

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

Oral & Maxillofacial Surgery- News

Dec/Jan. 2016_2017 No.39

سال چهارم شماره ۳۹ - دی‌ماه ۱۳۹۵



به نام خدا

پس از انتشار خبر خرید و فروش مقاله‌های شبه علمی و بازتاب برون مرزی آن، راه‌های گوناگونی در چاره‌جویی و اعتبار بخشی تولیدات علمی ملی مطرح شد. ولی این بار مسائلی عنوان شده است که تیشه به ریشه تولید علم می‌زند. گفته می‌شود با حذف امتیاز مقاله برای ارتقای استادان دانشگاه مشکل مقاله‌های شبه علمی نیز حل می‌شود!! این بدان معناست که اجبار امتیاز مقاله برای برخی از اعضای هیات علمی که در حوزه‌های خود سرآمد هستند، حذف شود و یک استاد دانشگاه نباید اجباراً برای ارتقاء به دانشیاری و استادی مجبور شود مقاله بنویسد. به باور مطرح کنندگان، کسی باید پژوهش کند که واقعاً پژوهش را دوست داشته باشد.

گفته می‌شود که هم اکنون اگر یک دانشگاه ۱۰۰ عضو هیات علمی داشته باشد ۳۰ نفر می‌توانند پژوهش اصیل انجام دهند و ۷۰ نفر دیگر خدمات آموزشی و درمانی خود را انجام می‌دهند. حال اگر افرادی که در حوزه آموزش و درمان کار می‌کنند را مجبور کنیم مقاله بنویسند مقاله غیر اصیل نوشته می‌شود.

نقشه راه این گروه این است که می‌گویند: باید به سمتی برویم که اعضای هیات علمی بتوانند از مسیرهای آموزش و خدمت ارتقاء پیدا کنند. خدمت هم در علوم پزشکی یعنی کار درمانی، جراحی و بیمار دیدن .

به نظر می‌رسد که در این اواخر بحث مربوط به فروش پایان‌نامه و مقاله و محصولات علمی در بازار ، مسئولان پژوهشی وزارت خانه را برای یافتن راه حل این معضل به تکاپو انداخته و به جای چاره‌جویی مؤثر و یافتن ریشه‌های ضعف پژوهش در علوم پزشکی کشور ترجیح داده اند صورت مسئله پاک شود و برخی از دانشگاهیان خاص از تولید کارهای علمی معاف شوند. علم پزشکی به علت سیال بودن و سر و کار داشتن با انسان و تنوع ویژگی‌هایش علم بسیار گسترده ای است که نیاز به پرورش ذهن خلاق و جستجوگری دارد که بتواند این گوناگونی‌ها را درک کند و به درمان بیماران بپردازد. نه این که پزشک به مثابه تکنیسینی باشد که راه حل مشخص در مشکلات یکسان ماشین‌ها ارائه دهد و جواب بگیرد. رسالت دانشگاه پرورش تفکر علمی خلاق در دانشجویان توسط کادرهایی با تفکر و تبحر علمی است و گرنه عمدتاً آموزش تکنیک به دانشجویان از عهده یک تکنیسین خوب که بیانی شیوا داشته باشد نیز بر می‌آید.

اگر پژوهش را از وظایف استاد دانشگاه حذف کنیم، دانشگاه از محل تولید علم به مکانی صرفاً مصرف کننده آموزشی و خدماتی در می‌آید و در واقع دانشگاه علوم پزشکی تبدیل به آموزشگاه و محلی برای پرورش پزشکان و دندان‌پزشکان تجربی درمی‌آید که عاجز از حل کمترین معضل جدی پیش رو هستند. اگر رتبه‌های دانشگاه‌های ما در حال حاضر در سطح جهان وضعیت مطلوبی ندارد طرح چنین راه حل‌هایی می‌تواند وضع را از این هم بدتر کند.

به نظر می‌رسد که یافتن این راه حل بوروکراتیک، چاره‌ای برای رهایی افرادی است که به هیئت علمی دانشگاه‌ها راه یافته‌اند بدون این که توانایی فعالیت و خلاقیت علمی داشته باشند یا فعالیت در هیئت علمی دانشگاه الویت چندم مشاغل

اداری آنان است و فقط به عنوان یکی از محل‌های دریافت دستمزد ماهانه به آن توجه دارند، بدون آن که در ساز و کارش نقش جدی داشته باشند.

راه حل پایان دادن به معضل تقلب علمی، برداشتن امتیاز کار علمی برای ارتقاء موقعیت استادان دانشگاه نیست، بلکه در مرحله اول برگزیدن کادرهای علاقه‌مند به علم و کار علمی با هوش مناسب برای بهره‌گیری از آموزش‌های پزشکی و کاربرد آن در فعالیت بالینی است. زمانی که جوانی را با بهره‌هوشی نامناسب و ناآماده برای مسئولیت علمی آینده بنا به تصمیم‌های اداری می‌پذیرند، فقط جان شهروندانی را که در آینده به عنوان بیمار به چنین شخصی مراجعه خواهند کرد به خطر نینداخته‌اند بلکه به رشد علم و پژوهش‌های علمی و به منافع ملی کشور آسیب رسانده‌اند.

دور زدن امتیازات مقاله و کارهای پژوهشی و قائل شدن تبعیض برای افراد خاص در بخش‌های دانشگاهی، کار علمی و پژوهشی را برای دیگران در کنار این گروه دچار مشکل می‌کند زیرا تبعیض یعنی تخریب همه انگیزه‌ها و فعالیت‌ها. این چنین فرمول بندی‌هایی علیه منافع علمی و ملی کشور است و ثمری جز عقب ماندگی از کاروان تولید علم در سطح جهانی نخواهد داشت.

دکتر میترا میرمحمدی

استئوسارکوم مندیبل برآمده از فیبروز دیسپلازی

گزارش کیس

Osteosarcoma of the Mandible Arising in Fibrous Dysplasia—A Case Report

Sean E. Pack, DDS, MD,* Ahmad A. Al Share, BDS,^y Faisal A. Quereshey, MD, DDS,^z and Dale A. Baur, DDS, MD^x

Received from the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Case Western Reserve University and University Hospitals/Case

Medical Center, **Cleveland, OH.**

[J Oral Maxillofac Surg 74:2229.e1-2229.e4, 2016](#)

فیبروز دیسپلازی (FD) ضایعه ای خوش‌خیم، بی درد و با رشد کم است.

در موارد نادر در FD ترانسفورماسیون بدخیمی اتفاق می‌افتد. وقتی تغییرات سارکوماتوز اتفاق می‌افتد، استئوسارکوم واریانت مشخص آن است و پس از آن کندروسارکوم و فیبروسارکوم قرار می‌گیرند. وقوع تغییر بدخیمی از ۰.۴٪ - ۱٪ بسته به این که آیا بیماری مونواستاتیک یا پلی استاتیک و سندرومیک (سندروم McCune – Albright یا Jaffe – Lichtenstein) است می‌باشد. علیرغم وقوع پایین تغییرات بدخیمی، پتانسیل کشندگی این بیماری، جراحان درمان‌گر را نیازمند از آگاهی زیاد از علائمی که نشان از بدخیمی داشته باشد می‌کند. این گزارش، یک نمونه از ترانسفورماسیون خودبه‌خودی FD طولانی مدت به استئوسارکوم در FD کرانیوفیشیال در یک زن ۳۹ ساله را مستند می‌کند.

گزارش کیس: بیمار زن ۳۹ ساله با سابقه شناخته شده از FD ایزوله کرانیوفیشیال بود که در سمت چپ ماگزیلا و مندیبل متوجه تورم جدیداً ظاهر شده‌ای شد. (Fig 1A) در سن ۱۸ سالگی، اولین بار ضایعه تشخیص داده شد و پس از آن بیماری برای یک سال پیشرفت داشت و بدون هیچ مداخله‌ای متوقف شد. برای ۲۰ سال بعد بیمار هیچ نشانه یا تغییری را اظهار نکرد اگرچه در سال ۲۰۱۳، متوجه تغییراتی شد که موجب مراجعه او به کلینیک جراحی دهان و فک و صورت گردید. در اولین حضور بیمار در کلینیک مؤلفین مقاله، شکایت اصلی او بروز تورم مندیبل در سمت چپ بود. بعد از یک ماه، علائم بیمار به درد و پارستزی در ناحیه پیشرفت کرد. ماگزیلا بدون علامت بود. بیمار سابقه رادیوتراپی سر و گردن را رد کرد.

معاینات کلینیکی اکسپنشن اینترماگزیلاری سمت چپ را با قوام سفت منطبق با سابقه FD کرانیوفیشیال نشان داد. همچنین درد به هنگام لمس زاویه مندیبل در سمت چپ و هیپوستری اخیر عصب آلوئولار تحتانی و منتال در سمت چپ وجود داشت. ماگزیلا دردناک نبود. در تجزیه و تحلیل رادیوگرافی ساده، اکسپنشن بُردر تحتانی سمت چپ مندیبل و رادیولوسنسی moth eaten - در زاویه مندیبل در سمت چپ نشان داده شد. رادیولوسنسی را فضایی با منظر ground - glass استخوان که از ناحیه پره مولر سمت چپ به کندیبل چپ ادامه می‌یافت احاطه می‌کرد. CT این یافته‌ها را تأیید کرد. سینتیگرافی استخوان درگیری خارج از مجمله را رد کرد.



FIGURE 1. A, A 39-year-old woman with painless left mandibular swelling. B, Patient's orthopantomogram at the time of initial presentation.

در آزمایشات لابراتوری سطح آکالین فسفاتاز بالا بود. آزمایشات بیوپسی ناحیه تشخیص FD را تأیید کرد. پس از یک ماه با افزایش درد در سمت چپ مندیبل بیوپسی دیگری انجام شد که از ناحیه لوسنت ضایعه در زاویه سمت چپ مندیبل برداشته شد. این نتیجه وجود استئوسارکوم با درجهٔ بالا را تأیید کرد (Fig 2).

بیمار با جراحی رزکسیون تومور و یک کورس کمکی شیمی‌درمانی قبل و پس از جراحی درمان شد. (Fig 3) حائز اهمیت است گفته شود که بیمار کم‌ترین پاسخ را به شیمی‌درمانی (doxorubicin , cisplatin) نشان داد.

در مقایسه با استئوسارکوم اولیه، استئوسارکوم برآمده از FD به شیمی‌درمانی پاسخ نمی‌دهد. علاوه بر آن در مواقعی که درمان با جراحی تلفیق می‌شود نه شیمی‌درمانی و نه رادیوتراپی میزان مرگ و میر (۵۴٪) را تغییر نمی‌دهند. این واقعیت

این نظر عمومی را که مؤثرترین راه برای درمان این بیماری تشخیص زود هنگام و درمان با جراحی‌های رادیکال است برجسته‌تر می‌کند.

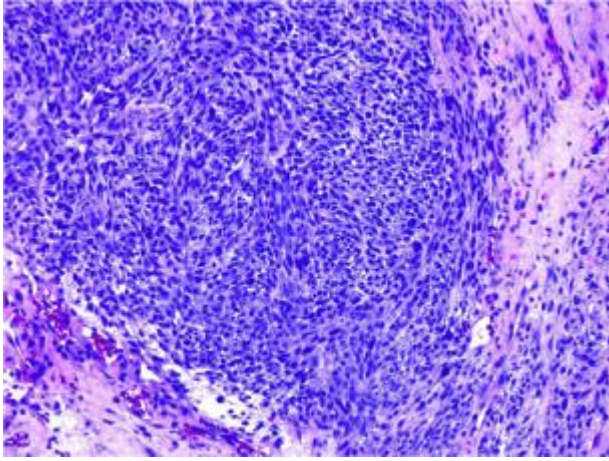


FIGURE 2. High-power view of the specimen from the left mandibular angle. Care was taken to obtain this biopsy specimen from the lytic area. Cells exhibited moderate atypia with numerous mitoses (hematoxylin and eosin stain; magnification, x 40).

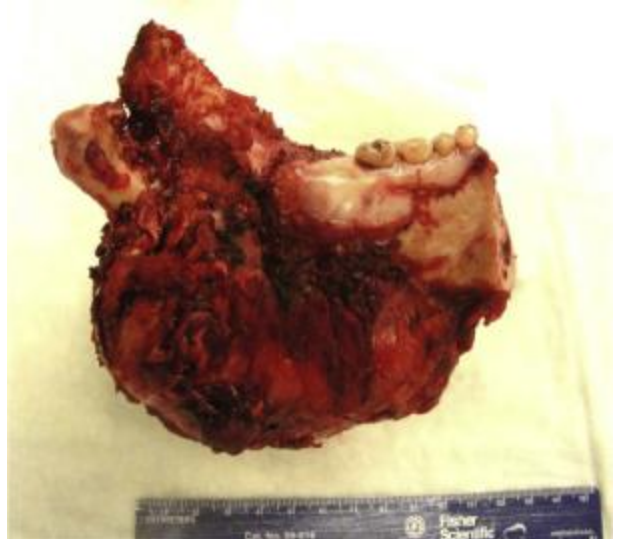


FIGURE 3. Resected specimen after left hemimandibulectomy.

امفیژم اربیتال و پری اربیتال به دنبال بالا بردن کف سینوس ماگزایلا

گزارش نمونه و مروری بر مقالات

Orbital and Periorbital Emphysema

Following Maxillary Sinus Floor

Elevation: A Case Report and Literature Review

Roberto Farina, DDS, PhD, MSc,* Antonio Zaetta, DDS, MSc,y Luigi Minenna, DDS,

PhD, MSc,z and Leonardo Trombelli, DDS, PhDx

Research Center for the Study of Periodontal and Peri-Implant Diseases,

University of Ferrara, Corso Giovecca 203, 44121 Ferrara, Italy

J Oral Maxillofac Surg 74:2192.e1-2192.e7, 2016

در طی ۱۵۰ سال گذشته، امفیژم زیرجلدی (SE) به عنوان یک عارضه نادر در دندان‌پزشکی توضیح داده شده است، اتیولوژی آن ممکن است به علت کارهای انجام شده (از جمله عطسه در حالی که دهان بسته است و دمیدن در بینی) و یا از طریق استفاده از وسایل مخصوص دندان‌پزشکی (از جمله دریل دندان‌پزشکی، سرنگ هوا و غیره) باشد. صرف نظر از اتیولوژی، ورود با فشار هوا به درون بافت نرم موجب تورم فوری ناحیه می‌شود. این عارضه در لمس، با کریپیتوس مشخص می‌شود. همچنین گاهی می‌تواند همراه با درد یا نقص‌های فانکشنال از فشارهای موضعی باشد. بر اساس مرور مقالات اخیر، اتیولوژی یاتروژنیک (iatrogenic) غالب‌ترین علت وقوع آن است. این گزارش اولین نمونه از امفیژم مرتبط با ناحیه اربیتال و پری اربیتال بعد از جراحی بالا بردن کف سینوس ماگزایلاست.

گزارش کیس: بیمار خانم ۴۹ ساله غیر سیگاری بود که برایش جراحی سینوس لیفت به همراه جراحی ایمپلنت انجام شد، اولین روز پس از جراحی، با گزارش دمیدن در بینی‌اش چند ساعت پس از جراحی که متعاقب آن موجب تورم در سمت راست صورت در سطح ناحیه پری اربیتال و اربیتال شد به بخش مراجعه کرد. همچنین بیمار تغییر در بینایی را اظهار داشت ولی درد یا ناراحتی نداشت. تورم به همراه ضایعات شبه وزیکل در اسکلرای چشم وجود داشت. (Fig 2A, B) در ناحیه گونه

و زیر پلک، در لمس کریپیتوس مشهود بود. آنتی‌بیوتیک (Augmentin) به میزان ۱ گرم ۲ بار در روز برای ۶ روز (تجویز شد و به بیمار توصیه به مصرف داروی ضد التهاب در طی دوره درمانی شد. در معاینه چشم ادم اربیتال با هیپرمی و احتقان، کیموز کم و شفافیت قرینه نشان داده شدند.

عضلات خارج چشمی و تون بینایی نرمال بودند. دگزامتازون و توبرامایسین: ۱ قطره ۴ بار در روز و برای ۵ روز تجویز شدند. پس از ۲ روز از جراحی، تورم سمت راست صورت کاهش یافت و اریتم باقی‌مانده اسکلرا با بهبودی کامل وزیکل‌های چشم مشاهده شد. فیشور پلکی هم‌چنان در مقایسه با طرف مقابل محدود شده بود (Fig 2C , D). بهبود کامل علائم کلینیکی ۱۰ روز پس از جراحی مشاهده شد. (Fig 2E , F) این عارضه موفقیت جراحی اگمنتاسیون یا نوتوانی با ایمپلنت را تحت تأثیر قرار نداد.

امفیژم زیر جلدی موقعی که در پلن‌های فاسیال به نواحی دورتر می‌رود می‌تواند موجب عوارض تهدید کننده زندگی مرتبط با فشار بر نواحی چون مדיاستن و فضای پارافارنژیال باشد. بنابراین تشخیص زود هنگام آن برای ارزیابی این که آیا درناژ جراحی هوای جمع شده، اندیکاسیون دارد یا نه ضروری است.

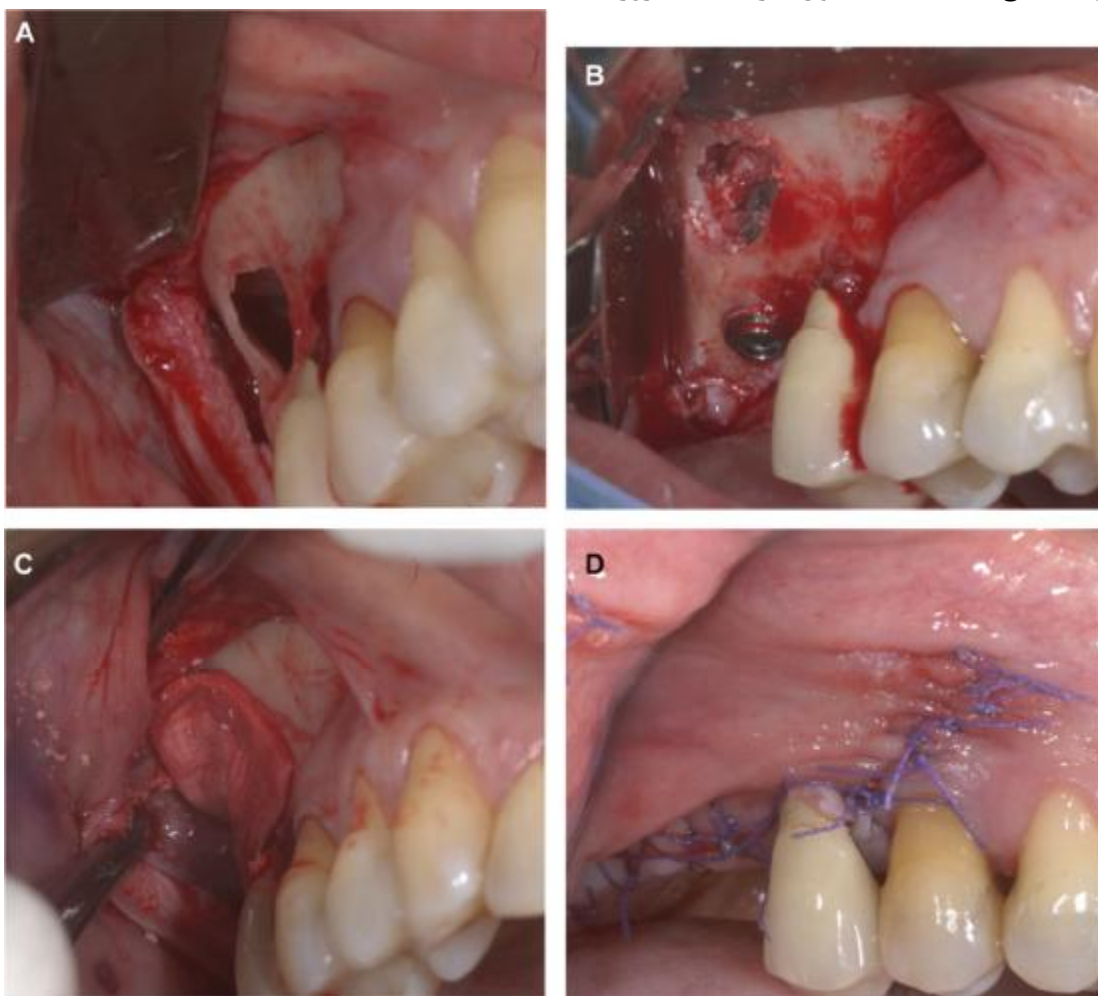


FIGURE 1. A, Creation of a window into the lateral wall of the maxillary sinus. B, Implant fixture protruding into the grafted sinus cavity. C, Resorbable collagen membrane covering the lateral access to the sinus. D, Wound closure.

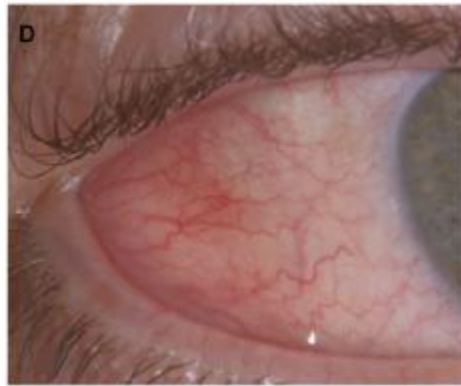
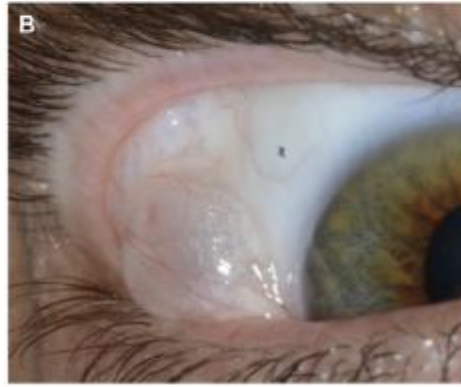


FIGURE 2. A, View of the face 1 day after surgery. B, View of the right eye 1 day after surgery. C, View of the face 2 days after surgery. D, View of the right eye 2 days after surgery. (Fig 2 continued on next page.)



FIGURE 2 (cont'd). E, View of the face 10 days after surgery. F, View of the right eye 10 days after surgery.

روش ساب تارسال در مقابل ترنس کونجانکتیوال

تجربه درازمدت استتیک و عمل کرد

Subtarsal Versus Transconjunctival Approach

—Esthetic and Functional Long-Term Experience

Lisa Strobel, DMD,* Frank Hölzle, MD, DMD, PhD,y Dieter Riediger, MD, DMD, PhD,z

Ralf-Dieter Hilgers, DSc, PhD,x Ali Modabber, MD, DMD, PhD,k

and Marcus Gerressen, MD, DMD, PhD{

Department of Oral, Maxillofacial and Plastic Facial Surgery, Heinrich

Braun Hospital, Location Zwickau, Karl-Keil-Str 35, 08060 Zwickau, Germany

J Oral Maxillofac Surg 74:2230-2238, 2016

هدف: علاوه بر روش ترنس کونجانکتیوال، برش ساب تارسال یکی از شایع‌ترین جراحی‌های استفاده شده برای جراحی‌های شناسایی کف و ریم تحتانی اربیت است. اگرچه داده‌های قابل دسترسی با در نظر گرفتن اعتبار و نتایج درازمدت استتیک و عمل‌کردی محدود است. هدف از این مطالعه، بازبینی نتایج کلینیکی مطلوب روش ساب تارسال و مقایسه این نتایج با جراحی ترنس کونجانکتیوال است.



FIGURE 1. A 51-year-old patient 18 months after surgical treatment of an orbital floor fracture on the right side that was treated with the subtarsal approach. There is moderate scar formation (arrowheads) according to the modified Vancouver Scar Scale (sum, 5 points; hypertrophic height, 1 point; rough pliability, 2 points; weak pigmentation, 1 point; pink vascularity, 1 point).

مواد و روش‌ها: ۴۵ بیمار (گروه ساب تارسال $n=30$ گروه ترانس کونجانکتیوال $n=15$) ۶ تا ۳۰ ماه بعد از جراحی با پایش استاندارد شده معاینه شدند. عوارض ثبت شده از جمله پارستزی، epiphora یا حس جسم خارجی در چشم ارزیابی شدند. شکل‌گیری اسکار پس از عمل با استفاده از Vancouver scar scale (mVSS (اصلاح شده بررسی شدند و بر طبق فتوگرافی‌های مستند استاندارد شده ثبت شدند. تصاویر فتوگرافی به روش کور توسط کارشناسان و غیر کارشناسان مطابق با معیارهای تعیین شده ارزیابی شدند. ارزیابی فتوگرافی همراه با کنترل سنی و جنسیتی به اجرا درآمد.

داده‌های ثبت شده توسط تست X^2 و نمونه‌های غیر مرتبط توسط تست Wilcoxon – Mann – Whitney به طور قابل ملاحظه‌ای به لحاظ آماری معنادار بودند.

نتایج: در دو روش میزان عوارض قابل مقایسه بدون هیچ تفاوت قابل ملاحظه‌ای مشاهده شدند. در استفاده از روش ساب تارسال، شکل‌گیری اسکار discrete در ۷ نفر از ۳۰ نفر تشخیص داده شد. به علاوه رسته بندی بر اساس mVSS نشان داد که در ۹۳/۳٪ از کیس‌ها، اسکار به عنوان هیپر یا هیپوتروفی غیر قابل توجه (متوسط ۱/۷ از ۱۰ نمره ممکن) اندازه‌گیری شد. هیچ تفاوت قابل توجه آماری در اسکارهای پدیدار و قرینگی‌ها بین دو روش در گروه‌های کارشناس و غیر کارشناس دیده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر این موضوع را که روش ساب‌تارسال بی‌خطر و روشی به لحاظ استتیک مطلوب است را تأیید کرد.

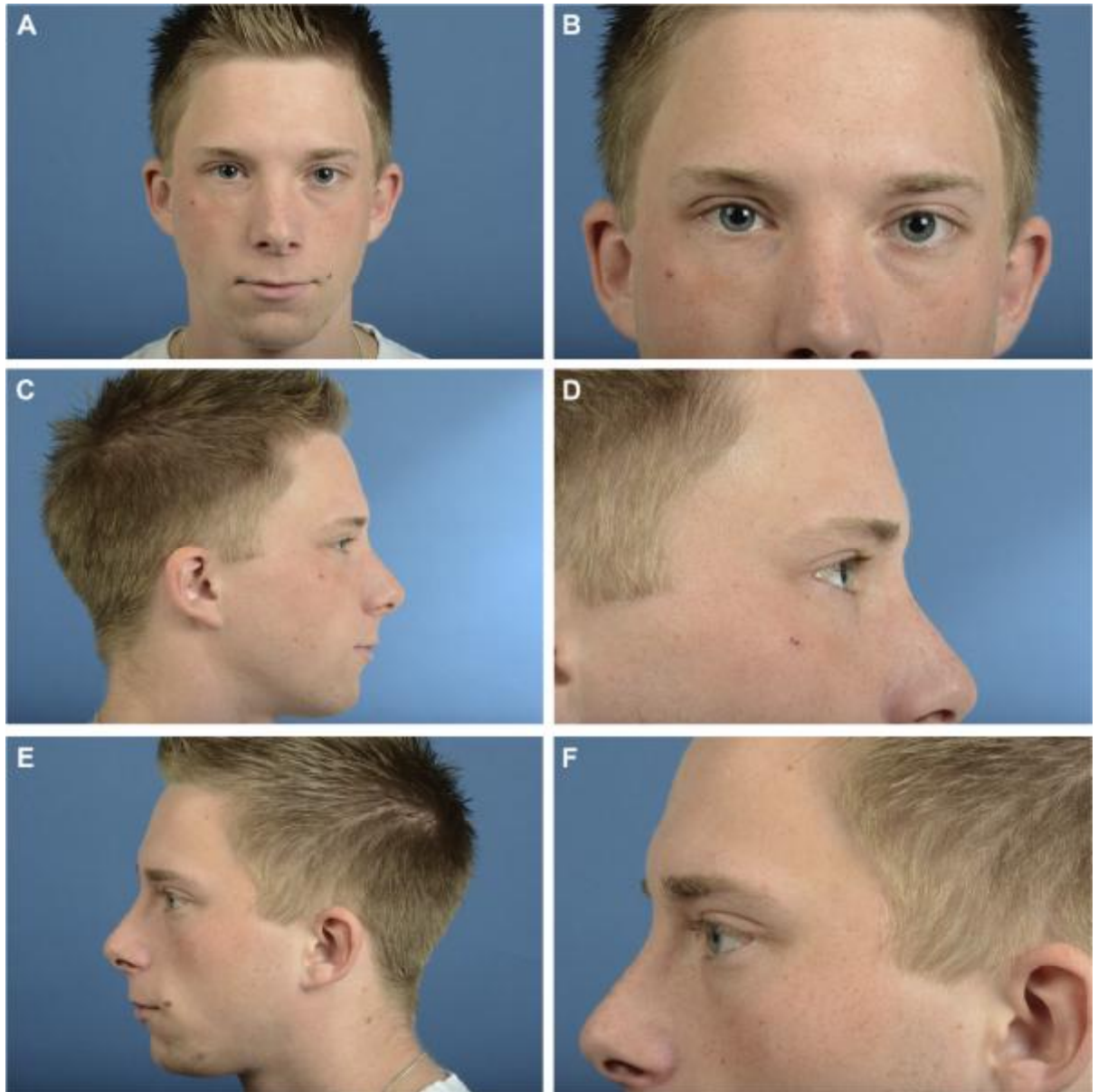


FIGURE 2. A-F, Standard projections of a 21-year-old patient 17 months after surgical treatment of a right-side orbital floor fracture using a subtarsal approach. A, En face. B, Close-up en face. C, Lateral right. D, Close-up lateral right. E, Lateral left. F, Close-up lateral left.

ترامای صورت:

پیشرفت تأخیری یک کاتارکت تراماتیک subluxated چنان که در تصویر پانورامیک دیده شده

Facial Trauma: Delayed Development of a Subluxated Traumatic Cataract as Visualized on a Panoramic Image

Lindsay L. Graves, DDS,* JoAnn A. Giaconi, MD,y Sanjay M. Mallya, BDS, MDS, PhD,z

Tina I. Chang, DMD, MD,x and Arthur H. Friedlander, DMDk

Oral and Maxillofacial Surgery, UCLA School of Dentistry; Director of Quality Assurance, Hospital Dental Service, Ronald Reagan

UCLA Medical Center, Los Angeles, CA.

J Oral Maxillofac Surg 74:2239.e1-2239.e2, 2016

نتیجه فوری و دراز مدت ترامای بلانت اربیتال که به ساب لوکسه شدن عدسی‌ها و کلسیفیکاسیون و opacification متعاقب آن منجر می‌شود مرور شدند. تصاویر پانورامیک به همراه آن این روند را ثبت می‌کنند.

بیمار مرد ۶۵ ساله، توسط پزشک معالجش به بخش دندان‌پزشکی برای ارزیابی جابه‌جایی ایمپلنت و بهبود عمل‌کرد جویدن ارجاع داده شد. پرونده پزشکی او نشان داد که در سال ۱۹۷۳، به اربیت سمت چپ او لگد زده شده بود که در نتیجه آن پارگی و خون‌ریزی کوروئید، لایه پر خون زیرین شبکیه و پارگی پلک اتفاق افتاد که نیاز به اصلاح داشت.

بینائی او پس از جراحی خوب بود که به او اجازه دریافت گواهی‌نامه رانندگی اتوبوس تجاری داد. اگرچه تقریباً ۲۰ سال بعد، بینائی در هر دو چشمش به علت حادث شدن گلوکوم در مرحله نهایی شروع به افول کرد. معاینه چشمی اخیر دریافت هیچ نوری را در هیچ‌یک از چشمان نشان نداد و عدسی‌های ساب لوکسه به پایین در چشم چپ با شکل‌گیری کاتاراکت متراکم سفید و detachment رتینال کامل را نشان داد. تلفیق تعداد زیادی از فاکتورهای شکل‌گیری کاتاراکت پیش‌رونده، ساب لوکس‌اسیون عدسی‌ها (جابه‌جا شده ولی در فضای عدسی‌ها قرار گرفته) و دیدن عدسی‌های بیمار در تصویر پانورامیک را تسهیل کرد. موقعی که سطح قدامی چشم به صورت بلانت ضربه خورد، کامپرشن چشمی حادث شد و با این که دوباره به جای اول برگشت ولی از حدود طبیعی خود خارج شد. از این رو از حد شکل طبیعی حدقه کشیده‌تر و منجر به پارگی کوروئیدال شد. هم‌زمان با آن، قسمتی از فیبرهای حلقوی عدسی‌ها که لیگامنت‌های نگه دارنده آن را تشکیل می‌دهند و آن را در موقعیت طبیعی آناتومیک درون ناحیه مردمک چشم نگه می‌داشت، پاره شدند که اجازه روند تدریجی ساب لوکس‌اسیون در طی سالیان را می‌داد. فیبرهای عدسی آسیب دیدند که محرکی برای لایه اپی‌تلیالی آن برای شکل‌گیری آهسته کاتاراکت بود. به علت آن که چشمان نابینا بودند کاتاراکت قابل ملاحظه به نظر نمی‌رسید و با جراحی نیز خارج نشده بود. در سال ۲۰۱۵ کاتاراکت ساب لوکسه، متراکم، سفید توسط افتالمولوژیست ثبت شد که به علت کلسیفیکاسیون شدید در تصویر پانورامیک ظاهر شد. وضعیت بی‌دندانی بیمار اجازه بسته شدن بیش از حد مندیبل را می‌داد که موجب کوتاه شدن ارتفاع صورت می‌شد و به اشعه X اجازه می‌داد که از اربیت بگذرد و کلسیفیکاسیون لنز را بر تصویر منعکس کند.

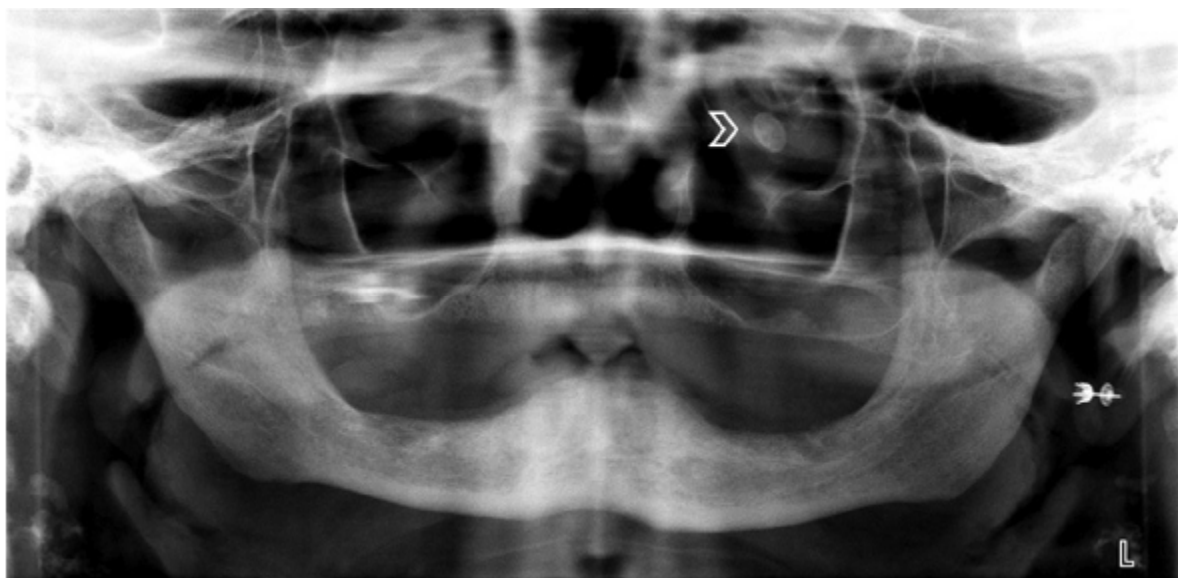


FIGURE 1. Panoramic image showing a subluxated traumatic cataract (arrowhead) in the left orbit and bilateral calcified carotid artery atheromas (unlabeled) in the cervical bifurcation area.

کفایت اسکروتراپی Ethanolamine Oleate

در درمان ژانت سل گرانولومای محیطی

Efficacy of Ethanolamine Oleate Sclerotherapy in Treatment of Peripheral Giant Cell Granuloma

Wael Said Ahmed, PhD

Oral and Maxillofacial Surgery Department,

Faculty of Dentistry, Mansoura University, Mansoura, **Egypt.**

J Oral Maxillofac Surg 74:2200-2206, 2016

ژانت سل گرانولومای محیطی (PGCG) یکی از شایع‌ترین انواع ضایعات هیپرپلاستیک دهان، احتمالاً یک پاسخ واکنشی در پریوست یا لیگامان پریودنت نسبت به محرک‌های موضعی چون سنگ (جرم)، کشیدن دندان، ریشه‌های باقی‌مانده، ترمیم‌های دندانی نامناسب، پروتزهای نامناسب، گیر غذایی، بهداشت ضعیف دهان و ترامای مزمن است. PGCG همراه با ایمپلنت‌های دندانی نیز گزارش شده است.

به لحاظ کلینیکی، PGCG در هر سنی حادث می‌شود و به صورت محیطی در لثه یا مارژین‌های آلئول بی‌دندان اتفاق می‌افتد. ضایعه به صورت یک توده چسبیده یا پایه‌دار بی‌درد تظاهر می‌کند که قوام آن نرم یا سفت است و رنگ آن قرمز تیره یا قرمز-آبی است. سطح آن ممکن است گاهی زخمی با تمایل زیاد به خون‌ریزی باشد. خوردگی سطحی استخوان زیرین در برخی کیس‌ها اتفاق می‌افتد. بنابراین در رادیوگرافی، رادیولوسنسی نعلبکی شکلی مشاهده می‌شود.

درمان رایج PGCG، اکسیژیون جراحی با برداشتن کامل بیس ضایعه به همراه از بین بردن عوامل مسبب آن است. به عنوان جای‌گزین جراحی، کورتاژ، electrodesiccation و جراحی لیزر معرفی شده است. این درمان‌های محافظه کارانه تأثیرات محدود درمانی با میزان بالایی از بازگشت به همراه دارند. اسکروتراپی به طور هدف‌مند از بین برنده آنومالی‌های عروقی چون واریکوز و شبکه‌های عنکبوتی وریدی توسط تزریق یک اسکروزان است و به عنوان روشی مناسب و موفق برای درمان گرانولوماهای پیوژنیک بزرگتر و به لحاظ جراحی مشکل که متشکل از بافت همبند بسیار پر خون است عمل می‌کند. بیش‌تر ضایعات به اکسیژیون جراحی پاسخ می‌دهند. موقعی که غشاء پریودنتال تحت تأثیر قرار گرفته باشد ممکن است کشیدن دندان درگیر برای اطمینان از برداشتن کامل PGCG ضروری باشد. اگرچه در ابتدای امر مجاز نیست. میزان بازگشت ضایعه ۱۱٪ - ۵٪ گزارش شده است.

هدف از این مطالعه ارزیابی کفایت اسکروتراپی Ethanolamine Oleate (EO) در درمان PGCG است.

بیماران و روش‌ها: مطالعه مشتمل بر ۲۴ بیمار بود که با PGCG‌های با قطری بزرگ‌تر از ۲ سانتی‌متر مراجعه کرده بودند. تشخیص قطعی پس از آزمایشات هیستوپاتولوژیک نمونه‌های بیوپسی انسیرنال شده تأیید شد. اسکروتراپی EO با غلظت ۲/۵٪ به هر ضایعه یک بار در هفته تزریق شد. در صورت نیاز تزریقات تکراری به اجرا درآمد. پاسخ‌های درمانی به عنوان بهبود کامل، پاسخ متوسط یا بدون تغییر ثبت شدند.



FIGURE 1. Peripheral giant cell granuloma in right posterior maxilla (case 18).



FIGURE 2. Complete remission of peripheral giant cell granuloma after first injection of ethanolamine oleate (case 18).

نتایج: مطالعه بیماران شامل ۱۱ مرد و ۱۳ زن در گروه سنی ۹ تا ۷۰ سال با میانگین سنی ۴۵/۳ سال می‌شدند. مندیبل (۷۵٪) بیش‌تر از ماگزیلا درگیر بود. PGCG بیشتر در قسمت پشتی مندیبل نسبت به قدام حادث شد. تعداد جلسات تزریق ۵۷ جلسه با متوسط ۲/۴ جلسه (۶۲٪/۵) برای هر ضایعه بود. از ۲۳ بیمار: بهبودی کامل در ۲۰ (۸۳٪/۳) و بهبودی متوسط در ۳ (۱۲٪/۵) بیمار مشاهده شد. در یک بیمار (۴٪/۲) هیچ بهبودی کلینیکی اتفاق نیفتاد.

نتیجه‌گیری: تزریق EO جای‌گزینی برای روش‌های متداول درمانی PGCG ارائه می‌دهد. این تکنیک آسان، بی‌خطر و با صرفه و همراه با میزان موفقیت بالا است.



FIGURE 3. Peripheral giant cell granuloma in anterior mandible (case 15).



FIGURE 4. Peripheral giant cell granuloma after first injection of ethanolamine oleate (case 15).

تزریق EO: ابتدا، ۵٪ EO در آب مقطر رقیق شد (1:1) که ۲/۵٪ EO را ایجاد کند. غلظت ۲/۵٪ EO برای جلوگیری از عوارض سیستمیک چون مسمومیت کلیوی تهیه شد.

حجم تزریقی EO ۰/۵ ml/cm از اندازه ضایعه بود. تزریق با فشار کم و به کندی انجام شد. تزریق تا موقعی که مایع از سطح ضایعه شروع به نشت به بیرون کند یا سفید شدن محل تزریق ادامه یافت. بعد از تزریق ناحیه حداقل به مدت ۵ دقیقه

کامپرس شد تا زمان تماس بین دیواره اندوتلیال عروقی و EO را افزایش دهد. هر ضایعه برای یک هفته پس از هر تزریق بررسی شد و تزریق در صورت نیاز تکرار شد.

EO نمک اسید چرب اشباع نشده‌ای (اولئیک اسید) است که به عنوان اسکروزان عمل می‌کند. اصلی‌ترین اثر EO موقعی که در PGCG تزریق می‌شود فیبروز اندوتلیوم عروق تأمین کننده خونی ضایعه است که علت این که چرا نوع پایه‌دار آن که تأمین کننده اصلی را در گردن خود دارد بعد از یک جلسه تزریق از بین می‌رود را توضیح می‌دهد.



FIGURE 5. Complete remission of peripheral giant cell granuloma after second injection of ethanolamine oleate(case 15).



FIGURE 6. Peripheral giant cell granuloma in left posterior mandible (case 2).



FIGURE 7. Peripheral giant cell granuloma after first injection of ethanolamine oleate (case 2).



FIGURE 8. Peripheral giant cell granuloma after second injection of ethanolamine oleate (case 2)



FIGURE 9. Complete remission of peripheral giant cell granuloma after third injection of ethanolamine oleate (case 2).



FIGURE 10. Peripheral giant cell granuloma in left posterior mandible (case 6).



FIGURE 11. Peripheral giant cell granuloma after first injection of ethanolamine oleate and bone sequestrum (arrow) (case 6).

تأثیر رادیوتراپی بر نوتوانی پروتزی مبتنی بر ایمپلنت بیماران با سرطان سر و گردن مطالعه مشاهده‌ای مربوط به آینده در بقای ایمپلنت و کیفیت زندگی - نتایج مقدماتی

Impact of radiotherapy on implant-based prosthetic rehabilitation in patients with head and neck cancer: A prospective observational study on implant survival and quality of life Preliminary results

Tobias Ettl ^{a, *}, Janet Weindler ^a, Martin Gosau ^b, Steffen Müller ^a, Matthias Hautmann ^c, Florian Zeman ^d, Michael Koller ^d, Dimitrios Papavasileiou ^e, Ralf Bürgers ^f, Oliver Driemel ^{g, 1}, Isabel Schneider ^a, Christoph Klingelhöffer ^a, Johannes Meier ^a, Ulrich Wahlmann ^a, Torsten E. Reichert ^a

^a Department of Oral and Maxillofacial Surgery, University Medical Centre Regensburg (Head: Prof. Dr. Dr. T. Reichert), Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, **Germany**

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 44 (2016) 1453e1462

هدف: مطالعه نوتوانی پروتزی مبتنی بر ایمپلنت در بیماران با سرطان سر و گردن با تمرکز بر روی بقای ایمپلنت و کیفیت زندگی.

مواد و روش‌ها: مطالعه مشاهده‌ای آینده نگر، نتایج مقدماتی از ۲۹ بیمار بی‌دندان با سرطان سر و گردن را معرفی می‌کند (۲۰ بیمار پس از رادیوتراپی با ایمپلنت Osseo Speed). موفقیت ایمپلنت پس از ۱ سال پایش توسط معیار Albrektsson مورد ارزیابی قرار گرفت، کیفیت زندگی توسط ۱۴ پرسش‌نامه ، QLQ – H&N 35 , EORTC QLQ – C 30 , OHIP مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: میزان بقای کلی ایمپلنت پس از یک سال ۹۲/۵٪ بود. سنجش موفقیت ایمپلنت توسط معیار Albrektsson، میزان موفقیت کمتری از ۸۶/۷٪ نشان داد، که عمدتاً به علت تحلیل استخوان مارژینال اطراف ایمپلنت با میانگین ۰/۸ میلی‌متر پس از یک سال بود.



Fig. 1. The diagram shows the isodoses of a hypopharyngeal carcinoma. The interforaminal mandibular implant bed is outside the target volume of irradiation.

گزرستومی، گذاشتن ایمپلنت در محل اشعه دیده، ایمپلنتاسیون در استخوان ترنسپلنت شده و کشیدن سیگار از علل اصلی شکست ایمپلنت بودند و پس از آن در مرتبه بعد کیفیت استخوانی D4، محل ایمپلنت در فک بالا و ثبات اولیه ناکافی قرار می گرفتند. صحبت کردن، بلع، خوردن و همچنین ارتباطات اجتماعی و اعتماد به نفس فردی به طور قابل توجهی یک سال پس از گذاشتن دنچر در مقایسه با قبل از درمان بهبود یافتند.

نتیجه گیری: نوتوانی پروتزی مبتنی بر ایمپلنت بیماران با سرطان سر و گردن با ریسک مشخص خود امکان پذیر است و به طور قابل ملاحظه ای کیفیت زندگی این بیماران را بهبود می بخشد

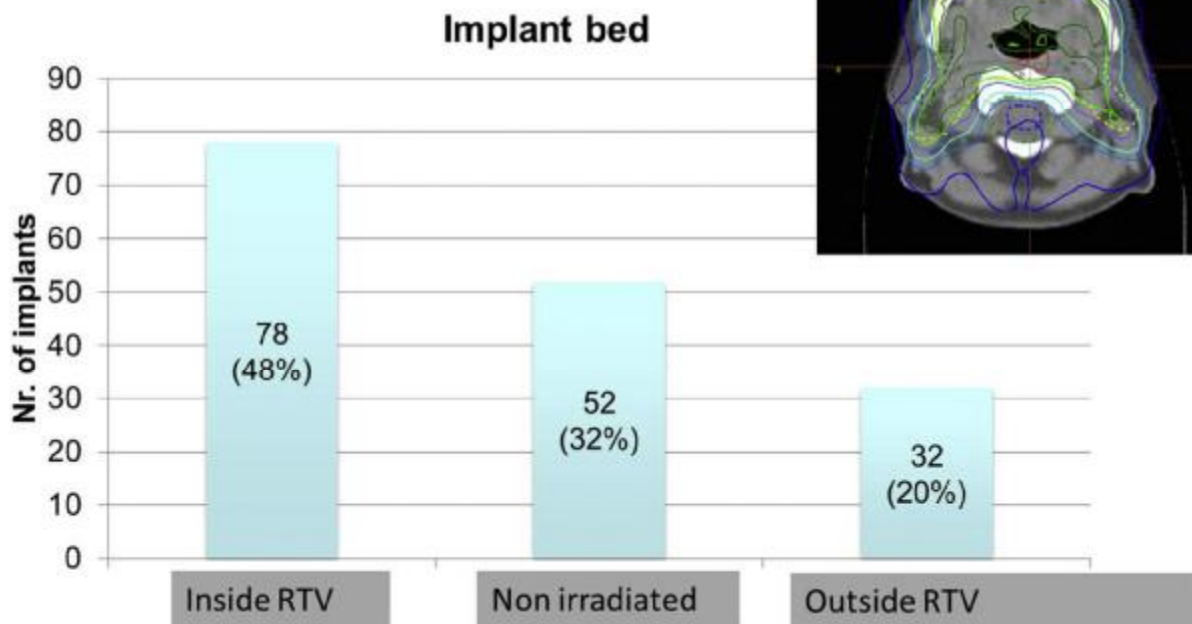


Fig. 2. Site of implant insertion in relation to the applied radiation volume. RTV radiated target volume.

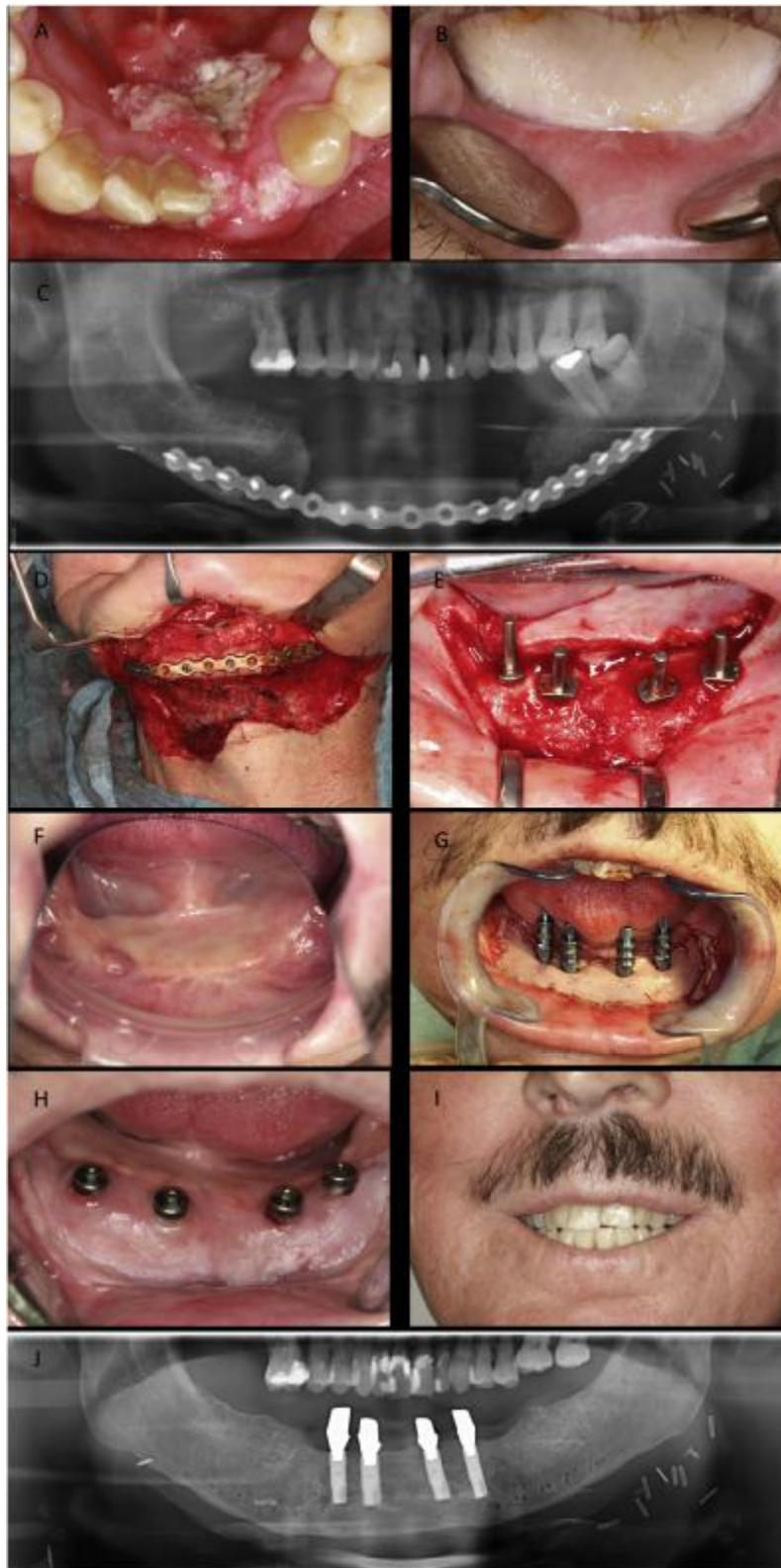


Fig. 7. A. Patient with carcinoma in the anterior mandible. B. Intraoral situation after reconstruction with a microvascular fibular flap. C. Orthopantomogram showing mandibular reconstruction using a fibula with vertical deficit. D. Augmentation of the fibula with iliac crest. E. Insertion of dental implants. F. Intraoral situation after implantation. G. Vestibuloplasty using an implant-retained splint. H. Fixed peri-implant tissue after vestibuloplasty. I. Clinical extraoral aspect. J. Orthopantomogram after 1-year follow-up.

نشست‌های علمی دی ماه

چالش‌های سرطان سر و گردن

۹۵ / ۱۰ / ۵ انستیتو کانسر - سالن شهید میرزائی

۶۶۵۸۱۶۳۸ ۱/۲۵ امتیاز

بیست و هفتمین کنگره سالیانه انستیتو کانسر ایران

۳ - ۱ دی ۹۵

مکان برگزاری - بیمارستان اعلم

یازدهمین کنگره سالیانه انجمن دندان پزشکان عمومی ایران

۲۴ - ۲۱ دی ۹۵ مرکز همایش‌های برج میلاد

۲۶۴۲۰۴۳۰

یازدهمین کنگره سالیانه طب اورژانس ایران

۴ - ۲ دی ۹۵ مرکز همایش‌های رازی

۸۸۷۹۴۷۸۶

رویدادهای علمی بین‌المللی

51ST INTERNATIONAL COURSE FOR STEPWISE FLAP RAISING

Wendlingweg 2 Aachen, 52074 Germany

16e17 February 2017

Contact: Ruth Lennartz

Email: mkg-chirurgie@ukaachen.de

Website: <http://www.mkg-chirurgie.ukaachen.de>

52ND INTERNATIONAL COURSE FOR FLAP RAISING &

MICROSURGERY

15e22 March 2017

Course Chairman: Prof F Hölzle

Organizer: Ruth Lennartz/Karin Huppertz

Tel: þ0241 80 88246

<http://www.mkg-chirurgie@ukaachen.de>

Website: www.ukaachen.de

ICOMS 2017

THE 23RD INTERNATIONAL CONFERENCE ON ORAL &

MAXILLOFACIAL

SURGERY 2017

31 March 2017 e 3 April 2017, Hong Kong, China

Organiser: Llink Ltd

Email: icoms2017@llink.com.hk

LIVERPOOL PRACTICAL MICROVASCULAR COURSE

13 e 17 March 2017

Contact: Prof R Shaw

Email: Richard.Shaw@liverpool.ac.uk

2017 IA00 6TH WORLD ORAL CANCER CONGRESS

17e20 May 2017, Bangalore, India

Frontiers in Oral Oncology

Email: iaoo2017india@gmail.com

Website: <http://www.iaoo2017.com>

12TH INTERNATIONAL EUREGIO COURSE FOR IMPLANTOLOGY

7e8 August 2017, Aachen, Germany

Course Chairman: Prof F Hölzle

Organizer: Ruth Lennartz

Tel: þ49 (241) 80-88231

Email: mkg-chirurgie@ukaachen.de

Website: <http://www.mkg-chirurgie.ukaachen.de>

42ND ANNUAL CONGRESS OF AOMSI

16e18 November 2017, Nagpur, India

Organizer: Abhay Datarkar

Email: abhaydatarkar@yahoo.com

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته ماه‌نامه به سایت زیر مراجعه فرمائید

www.omfs.ir