

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.4 Oct 2013

شماره ۴ - آبان ۱۳۹۲

چالش‌های پزشکی امروز کشور قرار می‌گیرد. به این علت دست اندرکاران برگزاری این کنگره سعی کرده بودند با تعرفه ثبت نام عادلانه، وسیع‌ترین مخاطب و شرکت کننده در کنگره را در طول ۴ روز کنگره و با حضور ۲۵ سخنران خارجی از کشورهای مختلف جهان در مرکز همایش‌های بین المللی دانشگاه شهید بهشتی در فضایی علمی گرد هم آورند.

متأسفانه حضور دندان‌پزشکان در این کنگره بسیار کم‌رنگ بود. لزوم شرکت دندان‌پزشکان به‌عنوان بخشی از قشر درمان‌گر در همایش‌ها و نشست‌های عمومی‌تر پزشکی بر کسی پوشیده نیست چرا که در پراتیک روزمره با بیماران



به نام خدا

با سلام به دوستان و همکاران گرامی. هر ساله ماه مهر و آبان، ماه کنگره‌ها و سمپوزیوم‌هاست. در ماه نامه شماره ۳ (مهر ۱۳۹۲) در بخش مربوط به نشست‌های علمی ماه، خبر « ششمین کنگره بین المللی بیماری‌های ریوی و مراقبت های ویژه و سل » اطلاع رسانی شد. این کنگره برای گروه پزشکی به منزله یک واحد به هم پیوسته درگیر با چنین مشکلات پزشکی حائز اهمیت بود. مباحث این کنگره جدای از این که دستگاه تنفسی - ریوی و بیماری‌های آن از مهم‌ترین بخش‌ها و ضروریات بیماری‌های داخلی است، به علت شرایط خاص وضعیت هوا در پایتخت ۱۲ میلیونی ما در صدر

تنفسی و ریوی بسیاری برخورد دارند که ملاحظات پزشکی آنان باید در نظر گرفته شود. اطلاع از آخرین دست‌آوردها در زمینه کنترل و مقابله با اورژانس‌های این موارد در همایش‌های تخصصی گروه پزشکی بسیار سودمند است.

در سال‌های اخیر، دندان‌پزشکان در دایره محدود «ایمپلنت دندان» اسیر شده‌اند و گمان نمی‌رود که با انگیزه‌های مالی که وجود دارد، خروج از این چنبره به راحتی امکان پذیر باشد. اساس پیشرفت رشته دندان‌پزشکی نه معطوف شدن به تکنیک‌های مربوط به درمانی محدود مانند ایمپلنت دندان بلکه هماهنگی و همگامی با دیگر همکاران رشته‌های دیگر پزشکی در گستره علمی وسیع و همه‌جانبه علوم پزشکی است.

از سوی دیگر، آشنایی با فضای کنگره‌هایی که هدفش نه جذب شرکت کننده برای شلوغ شدن نمایشگاه جنبی آن بلکه ارتقاء علم و درمان است نیز از نکات مثبت شرکت در این کنگره‌ها است. نمایشگاه این کنگره (ششمین کنگره بین المللی بیماری‌های ریوی ...) که عمدتاً از شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی معتبر تشکیل می‌شد، نقش واقعی نمایشگاهی خود را داشت، نه فروشگاه‌هایی برای عرضه کالاها و مواد مصرفی که چهره کنگره‌های دندان‌پزشکان را به هم می‌ریزد.

متأسفانه اخیراً تجهیزات دندان‌پزشکی در همایش‌ها به قدری نقش غالب و تعیین کننده پیدا کرده‌اند که در برخی موارد حتی محل برگزاری همایش‌های علمی را تعیین می‌کنند. اخیراً از شرکتی به آدرس الکترونیک من، جدولی از ۳ کنگره آینده آورده شده بود که در آن مبلغ لازم خرید کالا از فروشگاه، برای رایگان شدن ثبت نام در هر یک از این کنگره‌ها قید شده بود. در مواردی گاه کار به جایی کشیده شده است که در برنامه‌های رسمی علمی کنگره، به طور ناگهانی و غیرمنتظرانه به جای سخنرانی علمی برنامه ریزی شده، تیزر تبلیغاتی شرکت واردکننده ایمپلنت و بخش تجارت آموزشی مرتبط با آن، وقت ۲۳ دقیقه‌ای را به خود اختصاص داده است و البته پس از آن همه دست اندرکاران برگزاری کنگره علمی از زیر بار پاسخگوئی شانه خالی می‌کنند.

این کنگره که با توجه به روز ملی مبارزه با سل یعنی ۲۳ مهر ماه برگزار شد محورهای مختلفی از بیماری‌های عفونی ریه با توجه خاص به بیماری سل، مراقبت ویژه بیماران مبتلا به بیماری‌های ریوی حاد، جراحی‌های قفسه صدری، پاتولوژی و رادیولوژی در بیماری‌های ریوی و ارتباط بین بیماری‌های سر و گردن با بیماری‌های ریوی و نقش پزشکی از راه دور در تشخیص و درمان این بیماری‌ها و پیوند ریه و قلب مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

جا داشت که در پانلی مرکب از متخصصان بیماری‌های دهان، پاتولوژی فک و صورت، ارتودنسی، پرئودنتولوژی و به ویژه جراحان فک و صورت، مسائل مرتبط با موضوع کنگره از دریچه تخصصی دندان‌پزشکان مورد بحث قرار می‌گرفت. اگر چه همکاران متخصص گوش و حلق و بینی ما در این کنگره این وظیفه را به شایستگی به عهده گرفتند. با این حال جای پانل دندان‌پزشکان در کنگره علمی خالی ماند. امید است که در کنگره‌های علمی آتی گروه پزشکی، همکاران ما در جایگاه خود به ایفای نقش پررنگ علمی بپردازند. در این میان جراحان فک و صورت باید بتوانند وظیفه و نقش پیوند دهنده را به عهده گیرند.

دکتر میترا میرمحمدی

شاخ پوستی: خوش خیم یا بدخیم

نمونه گزارش

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 41 (2013) 144-146

Case report

A cutaneous horn - benign or malignant?

Tom Jones*, Manuel Blanco-Guzman

Department of Oral and Maxillofacial Surgery (Head: Mr. Manuel Blanco-Guzman), Musgrove Park Hospital, Taunton, UK

خلاصه: این مقاله یک نمونه گزارش از شاخ پوستی است که خوش خیم یا بدخیم بودن آن در تشخیص مشکل بود.

مقدمه: علل زیادی برای معرفی شاخ پوستی وجود دارد. دو ضایعه ای که به عنوان شاخ پوستی معرفی می‌شوند می‌توانند کارسینومای سلول سنگفرشی (SCC) پوست و یا کراتوآکانتوما باشند. این ضایعات می‌توانند به لحاظ کلینیکی و بافت شناسی بسیار شبیه هم باشند. این نمونه گزارش، سختی تشخیص این دو ضایعه از هم را به نمایش می‌گذارد.

نمونه گزارش: گزارش اول مربوط به آقای ۶۰ ساله ای است که با شاخ پوستی بزرگ بر روی گونه راست، با طول ۱۰ سانتی‌متر و قاعده ۵/۵ سانتی‌متر در ژوئن سال ۲۰۱۰ توسط پزشک معالجش به واحد جراحی فک و صورت ارجاع شد.



Fig. 1. A pre-operative lateral view of the right cheek cutaneous horn.

این ضایعه در طی ۵ ماه رشد سریعی در اندازه اش داشت. از نظر وضعیت سلامت، بیمار مورد خاصی نداشت. او نجار بازنشسته ای بود که در تمام مدت کاری اش در معرض نورخورشید بود. قبل از ارجاع بیمار، توسط پزشک معالجش از ضایعه بیوپسی پانچ تهیه شده بود که پرولیفراسیون خوش خیم سلول های سنگفرشی کراتینیزه را در تشخیص مطرح می کرد. همزمان با آن، رشد سریع اگزوفیتیک ضایعه و در درون آن مرکز هیپرکراتوتیک و هیستوپاتولوژی بیوپسی پانچ در مقابل این تشخیص خوش خیم و به طور مشخص کراتوآکانتوما بود.



Fig. 2. A post-operative and post-radiotherapy lateral view.

بنابراین، تصمیم به برداشتن ضایعه به عنوان ضایعه بدخیم گرفته شد گرچه شواهد، برای گذاشتن تشخیص ضایعه خوش خیم ردکردنی نبود. این درمان به عنوان بهترین درمان برای کراتوآکانتوماهای مشکوک که ممکن است ابهاماتی در رابطه با طبیعت خوش خیم آن ها وجود داشته باشد مطرح است. عمل جراحی شامل قطع شاخ مخروطی سطحی از گونه راست است. قبل از این که قاعده ضایعه با ۱ سانتی متر مارژین به پایین گونه برش داده شود، جراحی گونه با فلپ (Island flap) در پایین و با گرافت پوستی تمام ضخامت شکم در بالا به منظور به حداقل رساندن ایجاد اکتروپیون (ectropion) پلک پایین اصلاح شد.

آزمایشات هیستوپاتولوژیک ضایعه بزرگ خوب تمایز یافته کراتینیزه ای را نشان می داد (SCC) که به بافت درمال مجاور بافت زیر پوستی نفوذ کرده بود، اگرچه همه مارژین ها عاری از تومور بود. مارژین عمقی فقط ۲/۵ میلی متر بود. برش تا استخوان گسترش داده شد. بنابراین برش عمقی بیش تر بافت نرم امکان پذیر نبود. استخوان هیچ شواهد میکروسکوپیکی از نفوذ تومور نشان نداد.

به علت نزدیکی مارژین های عمقی بافت نرم با استخوان در ناحیه گونه بیمار رادیوتراپی کمکی با ۵۰ GY اشعه در ۱۵ قسم انجام شد. بعد از عمل هیچ نشانه ای از بازگشت تومور مشاهده نشد.

بحث: در تشخیص افتراقی، ضایعات در محل بافت (in situ) یا SCC مهاجم، کراتوآکانتوما، کراتوز آکتینیک، زگیل، ضایعات سبوره ای، کراتوز سبوره و نئوپلاسم های اپی تلیال مثل trichilemmoma مطرح

می‌باشند که بیش‌تر آن‌ها خوش خیم هستند. چنان‌چه در مطالعه ۶۴۳ شاخ پوستی نشان داده شد ۳۸/۹٪ آن‌ها از ضایعات اپیدرمال بدخیم یا پیش بدخیم و ۶۱/۱٪ آن‌ها از ضایعات خوش خیم منشاء می‌گیرند. ضایعه مورد مطالعه ما به نظر می‌رسید که کراتوآکانتوما یا SCC باشد. کراتوآکانتوما تومور خوش خیم با رشد سریع سلول‌های سنگفرشی کراتینیزه اپیدرم پوستی است که اگر بدون درمان بماند خود به خود برطرف می‌شود ولی کارسینومای سلول سنگفرشی تومور بدخیمی از این نوع سلول هاست. برخی از کراتوآکانتوما به یکی از واریانت‌های SCC طبقه بندی می‌شوند. تفکیک این ضایعات چه به لحاظ کلینیکی و چه هیستوپاتولوژیکی از هم بسیار مشکل است. هم‌چنین گزارشات بسیار کمی مبنی بر پیشرفت کراتوآکانتوماها به SCC و کراتوآکانتومای متاستاتیک وجود دارد.

دلیل این‌که چرا ضایعه گونه بیمار می‌تواند کراتوآکانتوما باشد، رشد سریع اگزوفیتیک ضایعه در ناحیه در معرض آفتاب است و در غیر این صورت پوست سالم با مرکز هیپرکراتوتیک است، به شکلی که گاه می‌تواند SCC نیز باشد. ضایعه گونه شکل دهانه ای ندارد و هیچ علامتی از بهبود خود بخودی بعد از ۳ ماه به طوری که در کراتوآکانتوما مشاهده می‌شود ندارد، بر عکس بررسی‌هایی که از برخی کراتوآکانتوماها که برای چندین ماه به رشد خود ادامه می‌دهند وجود دارد. در زیر اسلایدهایی از SCC دیده می‌شود، یکی از اشکال هیستولوژیک متمایز کننده این اسلایدها و تفاوت آن از کراتوآکانتوما، عدم وجود مرکز کراتینی است. به طور خیلی نادر در SCC کراتین رشد می‌کند که در این شرایط تشخیص را بسیار مشکل می‌کند. کراتوآکانتوما، هم‌چنین واجد کناره ای از اپیدرم طبیعی در پیرامون دهانه مرکزی کراتینی است. شکل دیگر هیستولوژیک که SCC و کراتوآکانتوما را از هم تفکیک می‌کند اندازه هسته کراتینوسیت است.

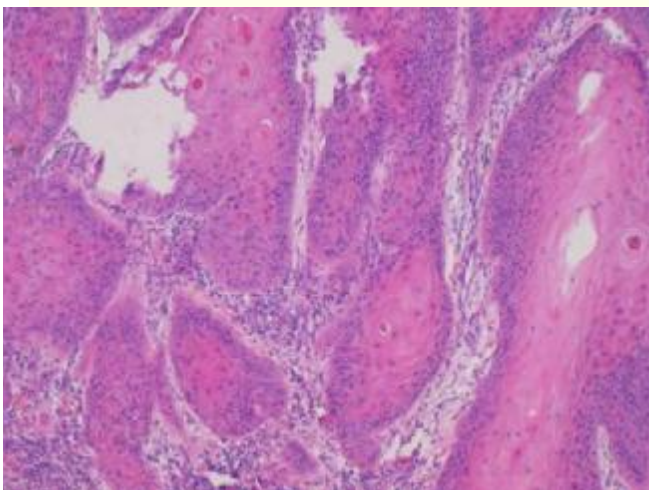


Fig. 4. High power slide of the right cheek squamous cell carcinoma showing poorly differentiated keratinocytes with enhanced nuclei due to a reduced amount of cytoplasm. Note the invasive, inflammatory nature of the lesion at the base made up largely of lymphocytes and plasma cells (haematoxylin and eosin, original magnification 100_).

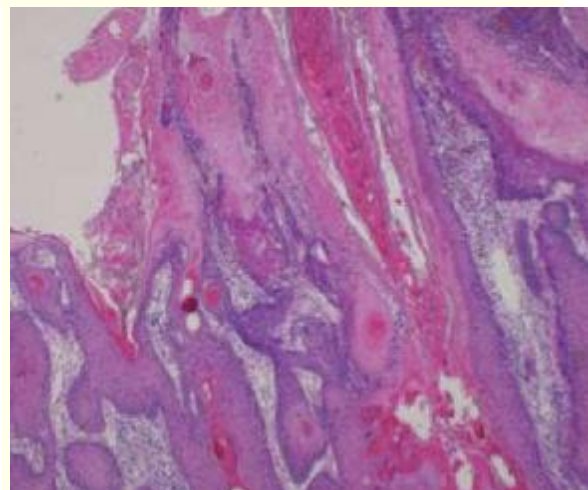


Fig. 3. Low power slide of the right cheek squamous cell carcinoma showing no central keratin plug (haematoxylin and eosin, original magnification 50_).

کراتینوسیت‌های کراتوآکانتوما، سیتوپلاسم شیشه ای مانند و هسته کوچکی دارند. در حالی که SCC گونه راست بیمار تمایز نیافته‌تر بود و سیتوپلاسم کم‌تر و هسته بزرگ‌تر داشت. به‌طور کلی درجه بیش‌تری از بی‌نظمی در سیتوپلاسم SCC در مقایسه با کراتوآکانتوما مشاهده شد و در پاسخ التهابی نیز این دو ضایعه متفاوت بودند. بندرت ائوزینوفیل در پاسخ‌های التهابی SCC و هم‌چنین بندرت پلاسماسل در پاسخ

التهابی کراتوآکانتوما مشاهده می‌شد. ولی در هر دو ضایعه پاسخ‌های التهابی lichenoid در قاعده این ضایعات دیده می‌شد که تشخیص دقیق این دو ضایعه را از هم بسیار دشوار می‌کرد. نتیجه گیری: برای تشخیص دقیق این ضایعات از هم، ضروری است که هم الگوهای کلینیکی و هم هیستوپاتولوژیکیال را توأمآ در نظر گرفت. شکست در تشخیص کراتوآکانتوما ما را به درمان های نامناسب از جمله رادیوتراپی غیر ضرور و در رابطه با SCC به پیشرفت جدی بدخیمی رهنمون می‌کند.

آناتومی کلینیکی عصب زبانی و تعیین آن با اولتراسونوگرافی

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 51 (2013) 541–544

Clinical anatomy of the lingual nerve and identification with ultrasonography

Brion Benninger a,b,c,d,e,f,g,h,i,*, Jessica Kloenne a, Jean Lois Hornj

a Department of Medical Anatomical Sciences, Western University of Health Sciences, COMP-Northwest, Lebanon, OR, United States

b Department of Neuromuscular Medicine, Western University of Health Sciences, COMP-Northwest, United States

c Department of Family Practice, Western University of Health Sciences, COMP-Northwest, Lebanon, OR, United States

d Samaritan Health Care Orthopaedic Department, Corvallis, OR, United States

e Faculty of Dental Medicine, Western University of Health Sciences, COMP-Pomona, United States

f General Surgery Department, Corvallis, OR, United States

g Department of Oral Maxillofacial Surgery, Oregon Health & Science University, Portland, OR, United States

h Department of Surgery, Oregon Health & Science University, Portland, OR, United States

i Department of Orthopaedics & Rehabilitation, Oregon Health & Science University, Portland, OR, United States

j Department and Anaesthesia, Oregon Health & Science University, [Portland, OR, United States](#)

برگردان: دکتر امیرحسین مودبی، دستیار تخصصی جراحی دهان و فک و صورت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

خلاصه: هدف ما تحقیق در باره مسیر عصب زبانی و بررسی این موضوع است که آیا می‌توان آن را به وسیله اولتراسونوگرافی داخل دهانی تشخیص داد؟ عصب زبانی یک عصب حسی برجسته است که از شاخه خلفی عصب مندیبولار که خود شاخه ای از عصب سه قلو است منشاء می‌گیرد و یکی از دو عصبی است که در طول جراحی‌های دهانی آسیب می‌بیند. آناتومی آن در ناحیه مولر سوم با مورفولوژی متفاوت این عصب همراه است. اگر جراحان قادر به تعیین محل دقیق آن به وسیله اولتراسونوگرافی باشند، قطعاً صدمات به عصب کاهش می‌یابد. به این منظور به جستجو در متون تخصصی و مقالات منتشر شده و وب سایت‌ها پرداختیم. برای ارزیابی موقعیت قرارگیری عصب در بالای کرسٹ آلونولار لینگوال (lingual shelf)، اعصاب زبانی ۲۸ جسد را تشریح کردیم. برای تعیین محل عصب در داوطلبان (۱۴۰ عصب) تحت اسکن اولترا سونوگرافی داخل دهانی قرار گرفتند. جستجوی ما در کتاب‌های نشر شده و ژورنال‌ها حاکی از این بود که توصیف عصب در مسیر فوقانی کرسٹ آلونولار ناکافی است و هیچ مطالعه ای در مورد اولتراسونوگرافی عصب در انسان‌ها نیافتیم. تشریح‌ها نشان داد که عصب در بالای کرسٹ پلیت لینگوالی (n=6, 21%) و در پایین آن (n=22, 79%) طی مسیر می‌کند. اسکن‌های اولترا سونوگرافی درون دهانی، ۱۴۰ عصب زبانی را در ۷۰ داوطلب نشان داد. عصب یا در بالا یا در پایین ناحیه فوقانی کرسٹ آلونولار زبانی قرار گرفته بود.

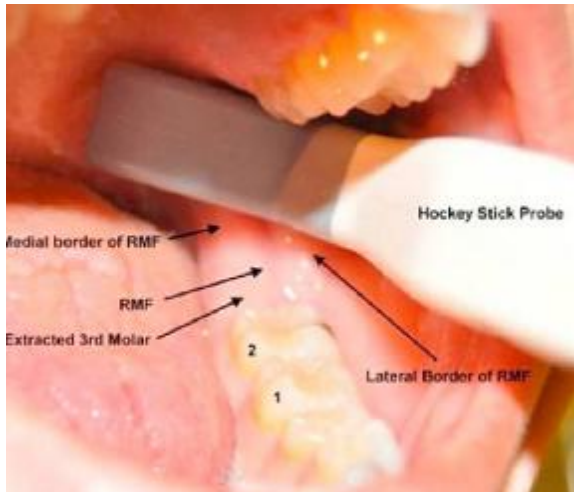


Fig. 1. Intraoral ultrasound scan that shows a high lingual nerve.

اولترا سونوگرافی می‌تواند عصب زبانی را مشخص کند و برای طبقه بندی به منظور جلوگیری از آسیب قبل از عمل مورد استفاده قرار گیرد.

نتایج ما پیشنهاد می‌کند که آناتومی کلینیکی عصب زبانی شامل قسمت فوقانی کرسٹ الوئولار زبانی در ناحیه مولر دوم و سوم به علت اهمیت آن در جراحی تعیین شود. بررسی های اولترا سونوگرافی عصب به صورت داخل دهانی در تشخیص قبل از عمل موفق عمل کرده است.

مقدمه: عصب زبانی یکی از اعصاب اصلی است که حس آوران عمومی سوماتیک به دو سوم قدامی زبان و لثه را به طرق مختلف در طول سمت لینگوآلی دندان‌های فک پایین فراهم می‌آورد. این عصب هم‌چنین فیبرهای آوران اختصاصی احشایی و وایران کلی احشایی را از chorda tympani حمل می‌کند تا مزه دریافت شده از زبان تقویت شود و محرک ترشح برای غدد بزاقی زیر زبانی و تحت فکی باشد. در داخل حفره اینفرا تمپورال عصب از انشعابات خلفی عصب مندیبولار جدا می‌شود و در بین عضلات tensor veli palatini و پتریگوئید طی مسیر می‌کند.

در لبه تحتانی عضله پتریگوئید خارجی عصب توسط شاخه ای از عصب الوئولار تحتانی و chorda tympani به هم می‌پیوندد. عصب زبانی از قدام عبور می‌کند و در مقابل عضله پتریگوئید داخلی و قسمت داخلی راموس مندیبل جای دارد. عصب به پایین تر از محل اتصال عضلات منقبض کننده فوقانی در محل انتهایی خلفی خط mylohyoid عبور می‌کند. عموماً عصب از همین مکان به صورت قدامی تحتانی به سمت سطح کناری زبان طی مسیر می‌کند. تحقیقات حاکی از این هستند که عموماً آسیب به عصب در حین کشیدن دندان مولر سوم فک تحتانی و تزریق بی‌حس کننده‌ها رخ می‌دهند. اخیراً افزایش تعداد ایمپلنت‌های جای‌گزین دندان‌های مولر دوم فک تحتانی باعث افزایش ریسک آسیب به عصب شده است. اگر اولترا سونوگرافی داخل دهانی قادر به شناسایی عصب در محل جراحی باشد، می‌تواند در بررسی های قبل از عمل مفید واقع شود.

موضوع این مطالعه، تحقیق در مورد مسیر عصب زبانی برای فهمیدن این که آیا دلیل آناتومیکی برای افزایش تعداد جراحات در طول جراحی بر روی دندان های مولر دوم و سوم فک تحتانی بوده است و این که آیا می‌توان عصب را به وسیله اسکن اولتراسونوگرافی داخل دهانی شناسایی کرد.

روش‌ها: ما تمام کتب مرتبط با آناتومی، اطلس‌ها، مجلات و وب سایت‌ها را برای ذکر محل عبور عصب در داخل حفره دهان جستجو کردیم. در این رابطه ۲۸ عصب در جسد های مومیایی شده (۱۴ زن و ۱۴ مرد در سنین ۴۴ تا ۸۹ سال با میانگین ۷۶ سال) تشریح شد تا مسیر عصب زبانی را در نزدیک شدن به مثلث

رترو مولار و قسمت مدیال استخوان الوئولار در طول مولرهای دوم و سوم فک تحتانی تعیین کند. شناسایی بر اساس سه لند مارک زیر صورت گرفت: قسمت خلفی مولر سوم (اگر سالم بود) یا در محل کشیده شدن آن، نقطه ای که در آن عصب زبانی می چرخد یا به سمت پایین زاویه پیدا می کند در هنگامی که به موازات مثلث رترومولار و مولرهای دوم و سوم مندیبل و لبه فوقانی استخوان الوئولار سیر می کند. اگر عصب در فاصله ای بین ۰ تا ۵ میلی متر نسبت به آن قرار داشت به عنوان در ارتفاع بالا و اگر در فاصله ای زیر ۵ میلی متر جای داشت به عنوان در ارتفاع پایین در نظر گرفته می شد.

دستگاه اولترا سونوگرافی Philips HD11xe با یک پروب hockey stick میدل برای نمایش ۱۴۰ عصب در داوطلبان سالم (۶۶ زن و ۷۴ مرد با میانگین سنی ۲۵ سال با سن بین ۲۲ تا ۴۱ سال) برای شناسایی موقعیت عصب زبانی نسبت به مثلث رترومولار، راموس و قسمت داخلی استخوان الوئولار در طول مولرهای دوم و سوم مورد استفاده قرار گرفت. دسته پروب به صورت موازی با پلن اکلوزال مولرهای فک فوقانی گرفته شد که سمت مسطح پروب به سختی بر روی مخاط لبه قدامی راموس در مثلث رترو مولار فشرده می شد. تنظیم مکان پروب برای مسیرهای متفاوت عصب انجام می شد.

نتیجه: مسیر گذر عصب زبانی در مطالعه ما تشریح شد اما متاسفانه در محل جراحی عصب نشان داده نشد. در اندازه گیری ها بر روی جسد از ۲۸ مورد (با دندان و بی دندان) به این نتیجه رسیدیم که میانگین فاصله عصب از قسمت خلفی مدیال دندان مولر سوم به نقطه ای که عصب به پایین می چرخد ۱۳.۲ میلی متر (بین ۸.۳ تا ۱۸) است. میانگین فاصله ی ۷.۳ میلی متر (بین ۲.۹ تا ۱۳.۲) بین لبه فوقانی استخوان الوئولار و عصب زبانی ثبت شد. تفاوت چشم گیری بین این اندازه ها در اجساد با دندان و بی دندان نبود. الگوی موقعیت در ارتفاع بالا و در ارتفاع پایین در عصب های زبانی وجود داشت. یک برجستگی استخوانی نشات گرفته از قسمت خلفی داخلی دندان های مولر سوم، دوم و اول دیده شد. اولتراسونوگرافی از ۱۴۰ داوطلب به صورت داخل دهانی، عصب زبانی را در همه آنان مشخص کرد. تفاوت قابل ملاحظه ای بین ارتفاع عصب در سمت چپ و راست وجود نداشت.

بحث: محل عبور عصب زبانی در نزدیکی ریج مدیال مثلث رترو مولار و ادامه آن در قدام در طول "superior lingual alveolar crest" دندان مولر سوم و دوم مندیبل تاکنون به تفصیل توصیف نشده بود. این مطالعه ما را از این مسیر مطلع ساخت.

یک ریج استخوانی برجسته در طول قسمت فوقانی لینگوالی مولرهای سوم، دوم و اول که نام گذاری نشده است گذر می کند و ما پیشنهاد می کنیم که بهتر است به superior lingual alveolar crest یا lingual shelf نام گذاری شود. تشریح و اسکن های اولتراسونوگرافیک دو الگوی شایع را نشان داده است: عصب زبانی در بالا و در پایین، که در ارتباط با قرار گرفتن آن نسبت به lingual shelf تعریف می شود.

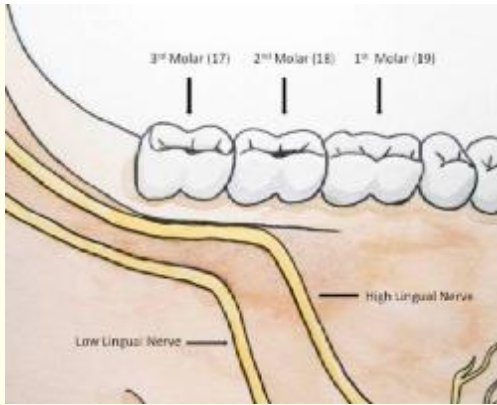


Fig. 6. Morphology of the lingual nerve, which highlights the high/low classification system.



Fig.2. Dissection of the lingual nerve from the superior lingual alveolar crest

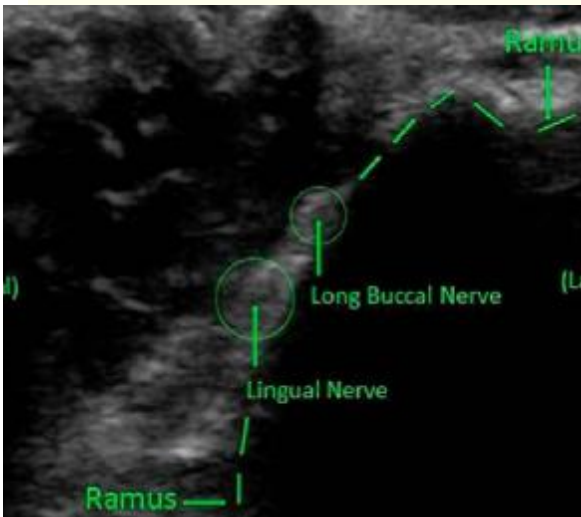


Fig. 5. Ultrasound scan of a low lingual nerve close to the ramus.

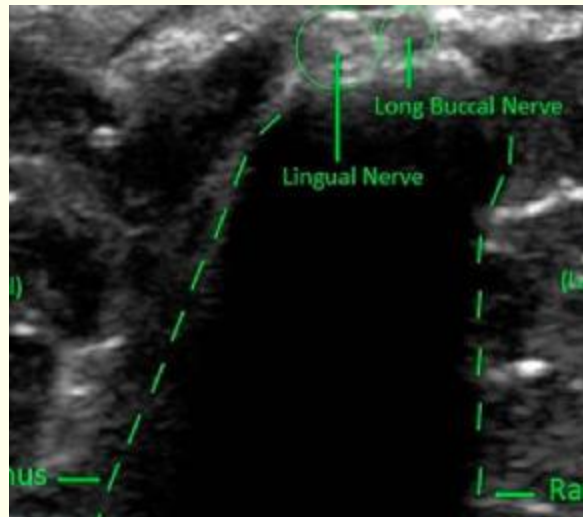


Fig. 4. Ultrasound scan of a high lingual nerve close to the ramus.

شیوع آسیب به عصب در نتیجه کشیدن دندان مولر سوم بین ۰/۶٪ و ۱۱.۵٪ برآورد می‌شود. ایمپلنت مولر دوم که برای بیماران با دندان و بی دندان قرار داده می‌شود ممکن است باعث افزایش صدمات به علت عبور عصب از lingual shelf دندان مولر سوم و دوم شود. جالب توجه است که عصب زبانی با تحلیل استخوان فک در بیماران بی دندان به پایین مهاجرت نمی‌کند. اگرچه هیچ مطالعه‌ای تاکنون بر روی آسیب به عصب به علت گذاشتن ایمپلنت مولر دوم وجود ندارد ولی تصور بر این است که افزایش تعداد جراحی‌ها می‌تواند به این علت باشد. چون دوره آموزش برای کارگذاری ایمپلنت هم کوتاه و هم متفاوت است بسیاری از دندان پزشکان به میزان کافی تجربه برای کارگذاری تمام انواع ایمپلنت‌ها را ندارند. این ناحیه از مسیر عصب زبانی هنوز به وسیله اولتراسونوگرافی در بیماران بررسی نشده و یا توسط کلینیسیین‌ها و متخصصین آناتومی به عنوان یک لند مارک مهم بالینی مورد مطالعه قرار نگرفته است.

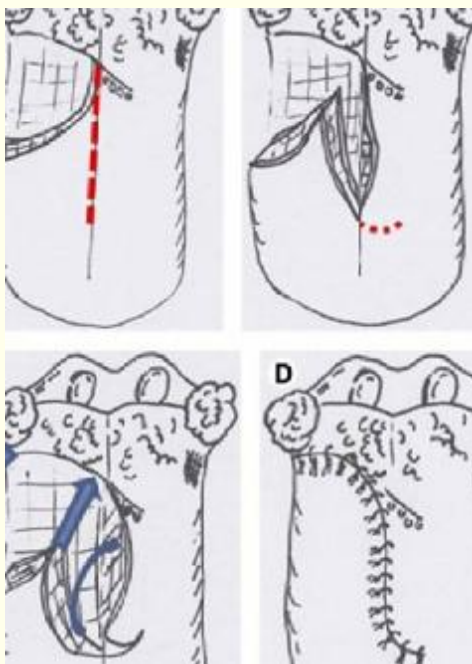
چکیده مقالات

کشیدن فلپ نیمه قدامی زبان برای بازسازی دیفکت‌های خلفی زبان

Sliding anterior hemitongue flap for posterior tongue defect reconstruction.

Lam David K, Cheng Allen,
Berty Karim E, Schmidt Brian L.
*Journal of Oral and Maxillofacial
Surgery* 2012;70:2440-4.

دیفکت ناحیه خلف زبان چالش بزرگی را در بازسازی این ناحیه ایجاد می‌کند. گزینه‌های گوناگونی از بازسازی برای درمان این دیفکت‌ها که به علت همی گلوسواکتومی خلفی به وجود می‌آیند وجود دارد از جمله: ۱- بستن اولیه سطح درسال به سطح و نترال زبان ۲- اجازه گرانولاسیون و اپیتلیزاسیون ثانویه به سطح مجروح زبان ۳- گرفت پوستی و ۴- فلپ‌های واسکولاریزه آزاد گوناگون. این گزینه‌ها اغلب منتج به ایجاد زبان خیلی کوتاه یا خیلی نازک شده اند. این بیماران ممکن است از جمع شدن بزاق، گیر غذایی و کنترل ناکافی زبان بر غذا و مایعات در خلف حفره دهان، اظهار شکایت کنند.



با بازسازی تمام بدنه متحرک خلف زبان، از این مشکلات احتمالاً جلوگیری می‌شود. این گزارش شیوه جدید سراندن فلپ نیمه قدامی زبان را معرفی می‌کند که اجازه بازسازی دیفکت‌های متوسط ناشی از رزکسیون تومور T1 یا T2 اسکواموس سل کارسینومای خلف زبان را می‌دهد. به وسیله جابه‌جایی قسمت قدامی زبان، تحرک تقریباً طبیعی و طول زبان حفظ می‌شود. این تکنیک جراحی می‌تواند به تنهایی در داخل دهان یا در تلفیق با dissection گردن به اجرا درآید.

نوتوانی (نوسازی) خلف ماندیبل تحلیل رفته بی دندان: لترالیزیشن عصب آلوئولار تحتانی توسط پیزوتوم و ایمپلنت گذاری فوری

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2013; 42: 521–526

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2012.10.015>, available online at <http://www.sciencedirect.com>

Rehabilitation of edentulous posterior atrophic mandible: inferior alveolar nerve lateralization by piezotome and immediate implant placement

J. O' . Ferna'ndez Di'az, L. Naval Gi'as

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2013; 42: 521–526. # 2012 International

Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Published by Elsevier Ltd

J. O' . Ferna'ndez Di'az, L. Naval Gi'as Department of Oral and Maxillofacial Surgery,

University Hospital La Princesa, **Spain**

چکیده: ارتفاع و استحکام بافت استخوانی واقع در بالای عصب آلوئولار تحتانی به عنوان

چالشی مهم در شرایطی که خلف ماندیبل تحلیل رفته بیمار با ایمپلنت استواینتره نوسازی می شود، مطرح است. اغلب بازسازی جراحی ریج های آتروفیک با استفاده از تکنیک های متفاوت بسیاری به اجرا در می آید. هدف از این مطالعه نشان دادن مؤثر بودن و درستی تکنیک لترالیزیشن عصب آلوئولار تحتانی با استفاده از تکنولوژی برش اولتراسونیک (پیزوتوم) است.

به منظور نشان دادن این موضوع، ۳۸ ایمپلنت استواینتره (با طول ۱۵ - ۱۱ میلی متر) در طی ۱۹ مورد جراحی بر روی ۱۵ بیمار به اجرا درآمدند. بعد از ۸ هفته، ۱۴ نفر از ۱۵ بیمار (۱۸ مورد از ۱۹ محل : ۹۴/۷۳٪ عملکرد نرمال عصب آلوئولار تحتانی را نشان دادند و میزان موفقیت ایمپلنت ۳۶ / ۹۷٪ بود.

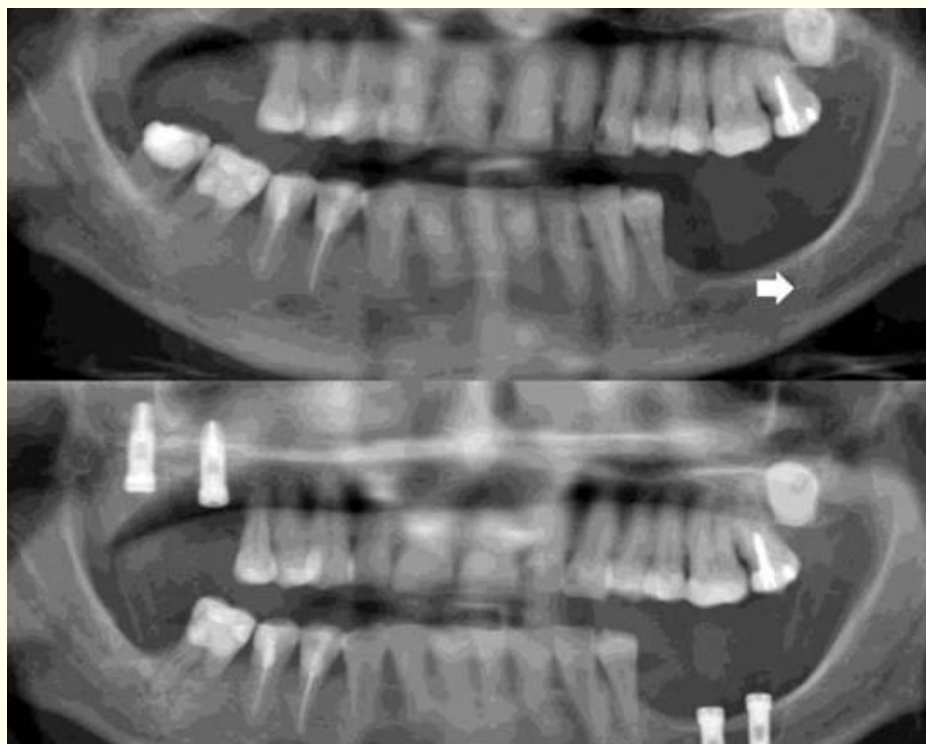


Fig. 1. Patients were included in the study if their bone height above the IAN was <5 mm.



Fig. 3. Ending of osteotomy (approximately 5 mm in height and 25 mm in length).



Fig. 2. Mucoperiosteal flap. Mental foramen and vestibular surface exposed.



Fig. 5. The previously removed vestibular cortical bone is re-screwed into place using a miniplate.



Fig. 4. Nerve reposition against the implants placed under direct visualization.



Fig. 6. An implant placed in a previous failed implant site suffered from an apical perimplantitis and was successfully resolved through surgical debridement at the second implant time.

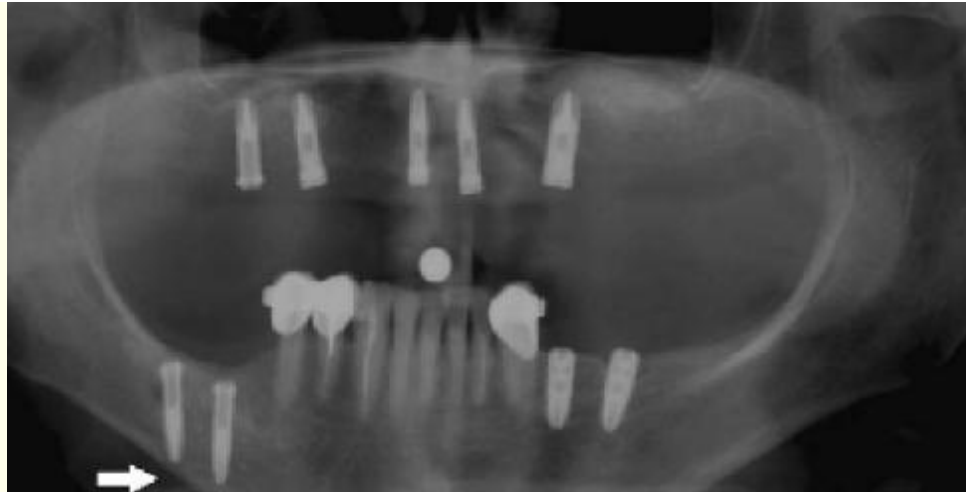


Fig. 7. Bicortical anchorage

سندرم Freeman- Sheldon: دسترسی توأم جراحی و غیر جراحی

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 41 (2013) 397-402

Case report

Freeman-Sheldon syndrome: Combined surgical and non-surgical approach

Roozbeh Sadrimanesh ^a, Ali Hassani ^b, Seyed Aliakbar Vahdati ^c, Hossain Chaghari ^d,

Pooyan Sadr-Eshkevari ^c, Ashkan Rashad ^{e,*}

^a Private Practice, Oral and Maxillofacial Prosthodontist and Implantologist, Tehran, Iran

^b Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dental Medicine, Azad University of Tehran, Tehran, Iran

^c School of Dental Medicine, Azad University of Tehran, Tehran, Iran

^d Iranian Dental Technicians Association, Tehran, Iran

^e Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Reinkenheide Hospital (Head: Prof. Dr. Dr. P. Maurer), Postbrookstraße 103, 27574 Bremerhaven, Germany



Fig. 1. Pre-operative profile status of 17 years old patient with Freeman-Sheldon syndrome.

چکیده: پیشینه تعدادی از بیماران با سندرم Freeman Sheldon با میکروستومی وسیع که احتمالاً منتج به بازدارندگی رشد دندانی و اسکلتال که همزمان همراه با مشکلات در خوردن، گفتار و بهداشت دهان است توضیح داده می‌شود. درمان انقباض درز دهانی از آموزش بیمار تا درمان های پیچیده جراحی و پروتزی متفاوت است، ولی برگشت بیماری اغلب مشاهده می‌شود. این مقاله گزارش دسترسی تلفیقی جراحی و غیر جراحی به منظور حصول افزایش حداکثر میزان باز شدن دهان و حفظ نتایج جراحی را ارائه می دهد.

تکنیک: بیمار تحت جراحی کامیشورپلاستی دوطرفه با استفاده از دو فلپ لوزی شکل برای هر طرف قرار گرفت.



Fig. 3. Documentation after surgery at 2nd postoperative day.



Fig. 2. Intra-operative view of bilateral commissuroplasty surgery. Upper and lower lips are retracted using hooks while intraoral intubation is maintained.

بعد از ۲ مرحله از قالب‌گیری داخل دهانی و بافت‌های اطراف دهان، مسترکست ریخته شد و یک رترکتور از مواد ترموپلاستیک ساخته شد. بیمار تشویق به گذاشتن رترکتور در طول شبانه روز به غیر از مواقع خوردن غذا شد.

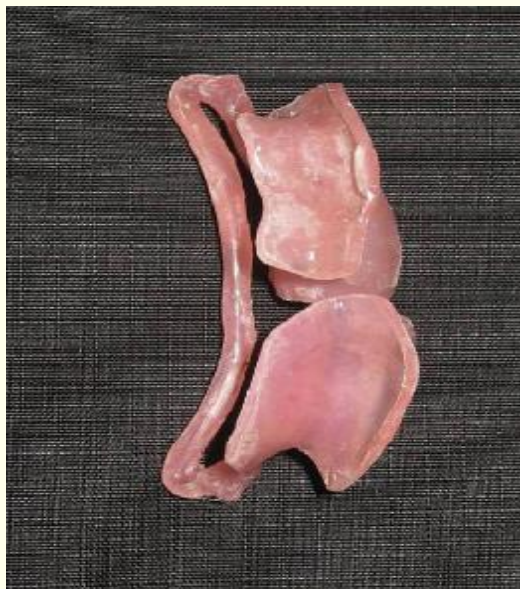


Fig. 7. Finish of individualized retractor before use. The patient was asked to keep the horizontal bar connecting both the lip-expanding parts between the teeth.



Fig. 4. Impression taking at 5th postoperative day with several staples serving as retentive anchors to guarantee the persistent support for the second portion of the impression.

نتایج: بعد از جراحی، میزان حداکثر باز کردن دهان از ۲۰ میلی‌متر به ۳۷ میلی‌متر افزایش یافت و در ۶ ماه پس از آن به همان میزان باقی ماند. عوامل روانی - اجتماعی در بیمار بهبود یافت و بیمار از نتیجه جراحی رضایت داشت.

نتیجه گیری: انجام جراحی دوطرفه کامیشورپلاستی در تلفیق با رترکتورهای دینامیک متداول کامیشور دهان می‌تواند در دیگر بیماران سندرومیک با کامیشور دهانی کوچک و هم‌چنین در بیماران با سوختگی‌های محیطی دهان به کار گرفته شود.

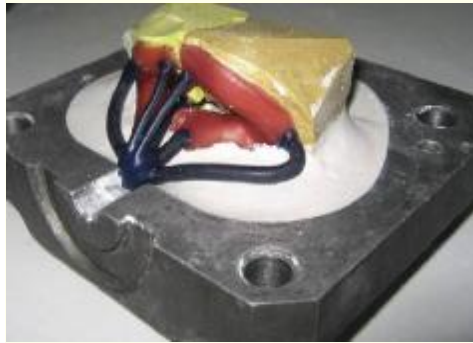


Fig. 6. Wax-up embedded in gypsum before injection of thermoplastic material

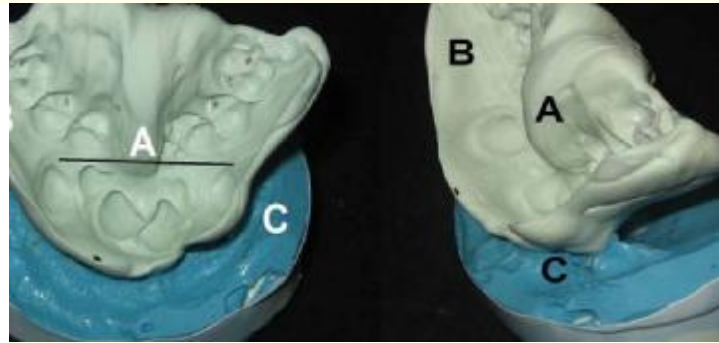


Fig. 5. Different views of two-stage impression procedure. A) High vault palate; B) vestibular extensions of impression material; and C) upper lip record in both frontal (left) and sagittal (right) views. The horizontal bar on the left shows the future intraoral position of the horizontal bar of the retractor.



Fig. 8. Follow up documentation with inserted retractor at 22nd postoperative day (left) and 2 month after surgery (right)

گزارش یک نمونه

Myiasis دهانی

Oral Myiasis—A Case Report

Vikas Singla, MDS*

Myiasis، اصطلاحی که توسط ویلیام هاپ در سال ۱۸۴۰ معرفی شده و به تجاوز به بافت‌ها و اعضای حیوانات و زخم‌های انسان و حفرات معینی از بدن توسط نوزاد حشرات دوابال اشاره می‌کند که خود را به شکل فرونکول‌های زیرپوستی و یا جراحتهای کورک مانند نشان می‌دهد. Myiasis دهانی پاتولوژی نادری است که برای زندگی بیمار مخاطره آمیز است. این بیماری بیشتر در مناطق روستایی استوایی و زیر استوایی آفریقا و آمریکا دیده می‌شود که می‌تواند ثانویه به شرایط پزشکی و آناتومیک مانند *cancrum oris*، سرطان‌های دهانی، شکستگی‌های فک پایین نادیده گرفته شده، فلج مغزی، تنفس دهانی، این بایت قدامی،

لب‌های نارسا و استفاده از ونتیلاسیون (تهویه) مکانیکی باشد. وقوع Myiasis هم‌چنین بعد از کشیدن دندان گزارش شده است.



FIGURE 1. Maggot seen escaping from a perforation. Vikas Singla. Oral Myiasis. J Oral Maxillofac Surg 2013.

همه این شرایط اجازه هجوم راحت‌تر به بافت‌های انسان را می‌دهد. Myiasis که دستگاه دهانی - دندانی را تحت تأثیر قرار دهد بسیار نادر است. این نمونه گزارش Myiasis دهانی را در یک مرد ۲۵ ساله که شغلش باغبانی بود توضیح می‌دهد. ضایعه او با روغن (تربانتین) معالجه شد که لارو را با فشار به بیرون راند و با محلول نمکی نرمال شستشو شد.

به لحاظ کلینیکی، myiasis به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم بندی می‌شود، مسبب نوع اولیه آن لارو خورنده ای که بر روی بافت‌های زنده تغذیه می‌کند که در احشام و اغنام شایع است ولی در انسان نادر است، Myiasis ثانویه توسط حشرات خورنده بافت‌های نکروتیک که بر روی بافت‌های مرده ضایعات نکروتیک تغذیه می‌شوند حادث می‌شود که نوع شایع‌تری در انسان است. هم‌چنین Myiasis می‌تواند براساس شرایط بافت‌های درگیر تقسیم بندی شود که شامل Myiasis تصادفی (که لارو همراه با غذا بلع شده ایجاد عفونت می‌کند) و Myiasis نیمه مشخص (در هنگامی که لارو بر روی بافت‌های نکروتیک در زخم‌ها گذاشته می‌شود) و Myiasis الزامی (در هنگامی که لارو بر روی پوست صدمه ندیده اثر می‌کند) می‌شود.

بر اساس محل آناتومیک، Myiasis به زیر مجموعه‌های پوستی، روزنه‌های خارجی (گوش، چشمی، بینی، دهانی و ...) و Myiasis اعضای داخلی (روده ای و ادراری) تقسیم بندی می‌شوند. این لاروها توکسین‌هایی آزاد می‌کنند که بافت‌های میزبان را تخریب می‌کند و به بافت‌های نرم زیرین نقب می‌زنند.

برداشتن مکانیکی لاروها درمان سنتی Myiasis است. استفاده از ivermectin سیستمیک می‌تواند نتایج مطلوبی را موجب شود. از آنتی‌بیوتیک‌های موضعی می‌توان به عنوان درمان کمکی استفاده کرد. Ivermectin آنتی بیوتیک ماکرولیدی نیمه سنتتیک است که از Streptomyces avermitilis جدا می‌شود.



FIGURE 3. Musca domestica



FIGURE 2. Larvae tapered in shape and creamy white in color.

نشست‌های علمی ماه آبان

کنگره انجمن متخصصین دندان پزشکی ترمیمی ایران

برگزار کننده: انجمن علمی دندان پزشکی ترمیمی ایران

۸ امتیاز

۹۲/۸/۲ - ۹۲/۷/۳۰

ششمین همایش سراسری اختلالات خواب

۱۷ - ۱۵ آبان ۹۲

تلفن: ۴۴۵۲۵۶۱۹

www.sleepmedsociety.ir

سیزدهمین همایش انجمن علمی پرئودنتولوژی ایران

۱۰ - ۸ آبان ۹۲

تهران - هتل المپیک

www.perioimplant2013.com

کنگره رینوپلاستی پیشرفته ۹۲/۸/۱ تا ۹۲/۸/۳

برگزار کننده: انجمن جراحان پلاستیک و ترمیمی ایران

تلفن واحد مجری: ۷-۸۸۵۰۶۴۵۶

محل برگزاری: تالار ابن سینا دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

گروه هدف: جراحی ترمیمی، پلاستیک و سوختگی، جراحی گوش و حلق و بینی و سر و گردن،

جراحی دهان و فک و صورت، با ۸/۵ امتیاز

* کنفرانس ادواری بیمارستان مدائن (میزگرد)

تاریخ ۱/آبان/۹۲ ساعت: ۱۴-۱۲ ۱/۲۵ امتیاز

مجری: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تلفن: ۲۳۸۷۲۳۰۲-۳

تلفن واحد مجری: ۶۶۴۶۹۲۰۵ بیمارستان مدائن

گروه هدف: همه رشته های تخصصی و عمومی پزشکی و دندان پزشکی

*کنفرانس علمی ماهانه انجمن گوش، گلو، بینی و سر و گردن

تاریخ ۲ /آبان/۱۳۹۲ ساعت ۱۴ - ۸ ۲ امتیاز

مجری: انجمن جراحان گوش و گلو و بینی و سر و گردن ایران، دبیر علمی: دکتر مهدی خواجوی

تلفن مرکز برگزار کننده: ۴-۸۸۹۷۹۱۰۱

تلفن واحد مجری: ۴-۸۸۹۷۹۱۰۱ انجمن گوش و حلق و بینی - بیمارستان امیراعلم

گروه هدف: جراحی ترمیمی، پلاستیک و سوختگی، جراحی مغز و اعصاب، جراحی دهان و فک و

صورت، جراحی گوش و حلق و بینی و سر و گردن.

*کنفرانس علمی ماهانه انجمن علمی راینولوژی ایران

تاریخ ۹/آبان/ماه/۹۲ ساعت ۱۱ - ۹ با ۲ امتیاز

مجری: انجمن علمی راینولوژی ایران دبیر علمی برنامه: دکتر ابراهیم رزم پا

آدرس محل برگزاری: تهران - بیمارستان امام خمینی - تالار تصویر برداری

تلفن محل برگزار کننده: ۰۲۱۸۸۷۴۳۱۷۳ تلفن واحد مجری: ۰۲۱۸۸۹۵۰۳۹۵

گروه هدف: جراحی ترمیمی، پلاستیک و سوختگی، جراحی دهان و فک و صورت، جراحی گوش و حلق

و بینی و سر و گردن

رویدادهای علمی بین المللی

NEW HORIZONS IN ORTHOGNATHIC SURGERY 2014

28 February - 01 March 2014, Ferrara, Cona, Italy

Contact: Mrs Clara Verlicchi. Email:

secretariat@nhferrara2014.org.

Website: www.nhferrara2014.org

INTENSIVE HEAD AND NECK SKIN CANCER COURSE

1 May 2014, Utrecht, The Netherlands

Directors: Peter J.F.M. Lohuis, Hade Vuyk, A. Flinterman. Website:

www.reconstruction-skin-cancer.com.

INTERCONTINENTAL RHINOPLASTY COURSE

MODERN MANAGEMENT OF SALIVARY TUMOURS AND STONES

4e5 November 2013, London, UK

Contact: Professor Mark McGurk. Email:

mcgurk@kcl.ac.uk. Tel: p44

2071884348.

38TH INTERNATIONAL COURSE FOR STEPWISE FLAP RAISING

5e7 December 2013, Munich, Germany

Course Chairmen: Professor F. Hölzle,

Professor K.D. Wolff, Mr D.A.

Mitchell. Email: mkg

chirurgie@ukaachen.de.

39TH INTERNATIONAL COURSE FOR STEPWISE FLAP RAISING

2e3 May 2014

Directors: Peter J.F.M. Lohuis, Carlos Pedroza, Fazil Apaydin.
Website: www.intercontinental-rhinoplasty.com.

DENTAL IMPLANT SURGERY

30 November - 1 December 2013, Vienna, Austria

Dental implantology courses for advanced and complex cases. One step vertical augmentation with autologous bone grafts

Course Organisers: G-H Nentwig, N Fock, B Giesenhausen website:

www.anatomical-surgical-training.com

FIRST INTERNATIONAL MEETING ON SCIENCE AND ART OF FACIAL MAKEOVER

4e6 June 2014, Brussels, Belgium

Contact: MCI Brussels. Email:

facialmakeover2014@mci-group.com.

Tel: +32 (0) 2 743 15 40.

skills necessary for leading positions in academic dentistry. Email: j.braun@mkg.uni-kiel.de.

Website: <http://www.imasder.org>.

4TH INTERNATIONAL CONGRESS ON CRANIOFACIAL STEOBIOLOGY & DISTRACTION

28 April-2 May 2014, Bandos Island, Republic of Maldives Joint Congress between the Asia Pacific Conference and the Paris Distraction Symposium.

13e15 February 2014, Aachen, Germany

Course Chairmen: Professor F. Hölzle, Professor K.D. Wolff, Mr D.A.

Mitchell. Email: [mkg-](mailto:mkg-chirurgie@ukaachen.de)

[chirurgie@ukaachen.de](mailto:mkg-chirurgie@ukaachen.de).

CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP

17e19 September 2014, Coventry, UK

Contact: Mr Liviu M. Hanu-Cernat. Email:

liviu-cernat@uhcm.nhs.uk.

PRE-SYMPOSIUM COURSES

06e07 November 2013, Zurich, Switzerland Pre-symposium Courses prior to the Symposium Dental Implants vs Bisphosphonates.

Contact: Dr M Baltensperger -

baltensperger@kiefergesichtschirurgie.ch.

ch Website:

www.nobelbiocare.com/bisphosphonates2013

DENTAL IMPLANTS VS BIPHOSPHONATES

8 November 2013, Zurich, Switzerland

Contact: Marc Baltensperger.

Email:

baltensperger@kiefergesichtschirurgie.ch.

Website: www.nobelbiocare.com/bisphosphonates2013.

www.nobelbiocare.com/bisphosphonates2013.

AESTHETIC SURGERY OF THE FACE

15e17 November 2013, Vienna, Austria

Master Class Course - Advanced aesthetic surgery of the face.

Course Organisers: G Botti, M P Ceravolo

Calendar of events

21-24 October 2013 21st International Conference on Oral and Maxillofacial Surgery (ICOMS)

- Profiloplasty
- Volumetric Improvement of Soft Tissues
- Genioplasty & Mandibular Angles

Barcelona, Spain

www.icoms2013.com

28 February – 1 March 2014

**NEW HORIZONS IN
ORTHOGNATHIC SURGERY 2014
PROGRAM HIGHLIGHTS**

Clinically relevant programs in key areas of
Orthognathic Surgery, including:

- Technical Innovations
- 3D Imaging & Planning
- Intraoperative Navigation
- Facial Aesthetic Surgery

- Soft Tissue Prediction & New Software
- Orthodontic Treatment for orthognathic Surgery
- Mandibular & Maxillary Osteotomies
- Piezosurgery
- Controversies in Orthognathic Surgery
- Complications in Orthognathic Surgery
- Distraction Osteogenesis

Symposium Chairman: Luigi C. Clauser, MD, DMD, FEBOMFS, Ferrara, Italy

Symposium Co-Chairman: Julio Acero, MD, DMD, PhD, FEBOMFS, Madrid, Spain
Joachim A. Obwegeser, MD, DMD, FEBOMFS, Zurich, Switzerland