

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

Oral & Maxillofacial Surgery- News

Feb/Mar. 2016_2017 No.40

سال چهارم شماره ۴۰ بهمن ماه ۱۳۹۵



به نام خدا

هم پیوندی و همکاری نزدیک بین متخصصان شاخه‌های متفاوت پزشکی که کار و حدود مسئولیتشان در عرصه‌هایی با یکدیگر هم پوشانی دارد، با شناخت توانائی‌ها و آموختارهای دوران تحصیل دانشگاهی و دوره‌های تکمیلی پس از آن، افزایش می‌یابد. چون هدف، درمان بهتر بیماران در بالاترین سطح دانش روز است، طبیعی است اگر پزشکان شاخه‌های گوناگون برای همکاری با یکدیگر گرایش داشته باشند.

مشخصات کلی دوره تخصصی برای همه رشته‌های تخصصی علوم پزشکی در کوریکولوم دوره دستیاری تعریف شده است. در اهداف اختصاصی دوره تخصصی رشته جراحی دهان و فک و صورت که یکی از رشته‌های تخصصی دشوار و طولانی مدت پزشکی است، زمانی دستیار فارغ التحصیل می‌شود که کف دانش و مهارتی که با طی دوره‌ها و ساعات کافی به دست آورده است شامل موارد زیر باشد:

- ۱) تشخیص بیماری‌ها، ضایعات، صدمات، نواقص و ناهنجاری‌های مادرزادی و اکتسابی عفونی، تروماتیک، رشدی تکاملی، نئوپلاستیک خوش خیم و بدخیم نسوج نرم و سخت دهان و فک و صورت
- ۲) درمان جراحی و غیر جراحی و وابسته موارد فوق
- ۳) بازسازی بافت نرم و سخت و جراحی‌های استتیک و فانکشنال ناحیه دهان و فک و صورت
- ۴) توانایی‌های آموزش و پژوهش در زمینه‌های فوق

نگاهی به جدول برنامه‌های دروس دوره تخصصی رشته جراحی دهان و فک صورت مشخص می‌کند که بازسازی بافت سخت و بافت نرم در ساختار صورت چه در عرصه تراما، چه در ناهنجاری‌های اسکلتال (در جراحی ارتوگناتیک و استئوتومی‌های دیگر استخوان‌های متشکله صورت و جراحی بافت‌های نرم صورت) محور اصلی برنامه آموزشی رشته جراحی دهان و فک و صورت است. به طوری که با قید تعداد موارد جراحی در زمینه‌های پاتولوژی غدد بزاقی، سینوس و عفونت، تراما، ارتوگناتیک و بازسازی - استتیک و فانکشنال و TMJ انجام حداقل آن تعداد جراحی را در طی دوره ۵ ساله تخصصی برای دستیاران الزامی کرده است.

بی شک گذراندن علوم وابسته بالینی چون جراحی مغز و اعصاب و چشم و... به منظور تسلط بیشتر بر درمان تروما و ناهنجاری‌ها و ضایعات پاتولوژیک در ناحیه کرانیوفاسیال است. کما این که گذراندن دوره ارتودنسیکس در ترکیب دوره‌های آموزشی تخصصی برای تسلط بیشتر بر درمان‌های مشترک با همکاران ارتودنسیست در بیماران با ناهنجاری‌های اسکلتال است و نه برای انجام درمان ارتودنسی توسط جراحان فک و صورت.

با توجه به روشن بودن برنامه‌های آموزشی هر رشته که در کجا متخصص رشته می‌تواند به عنوان درمان‌گر متخصص، مستقیم عمل کند و در کجا آموزش جنبی و آشنایی با تخصص‌های مجاور مطرح است، جای ابهامی باقی نمی‌ماند. بی‌شک نداشتن دانش تخصصی در مبحث اکلوزن، درمان‌های ناصحیح در تراماهای فک را موجب می‌شود و یا نداشتن علم ارتودنسی و اکلوزن، درمان پیچیده بیماران کاندید جراحی‌های ارتوگناتیک را ناممکن می‌کند.

در علوم تخصصی پزشکی، رشته‌های مجاور به علت همسایگی فیلدهای خود ممکن است هم پوشانی‌هایی با یکدیگر داشته باشند. نگاه هر یک از رشته‌ها به محدوده مشترک، از دیدگاه و گرایش تخصصی آن رشته تعریف می‌شود و فرصتی به دست خواهد داد تا با مشارکت علمی و بالینی سطح درمان بیماران ارتقاء یابد.

در فضای عمومی، منازعاتی که گاه در میان شاخه‌های مختلف بر سر محدوده کاری تخصصی هر رشته پیش می‌آید که در غالب موارد منازعات اقتصادی است، توجه به کوریکولوم آموزشی و عنایت به منافع بیمار و فلسفه کار پزشکی زمینه ذهنی مناسبی است برای آن که شاخه‌های گوناگون رشته‌های پزشکی بتوانند با اعتماد متقابل به درمان بهتر بیماران بپردازند و این روش پیوند صنفی را مستحکم‌تر و امکانات پژوهش‌های علمی را به ویژه آن جا که نیاز به همکاری چند رشته هم‌پوشان دارد، آسان‌تر کند.

در این جا باید گفته شود که علم نباید در انحصار دانشگاه و کارمندان دولت قرار گیرد. انجمن‌های علمی و انجمن‌های صنفی پزشکان می‌بایست تلاش کنند با ایجاد شرایط ضرور آن بخش از متخصصانی را که بیرون از دانشگاه فعالیت دارند و کار علمی می‌کنند، به انجمن‌ها جذب و تجربیات و دستاوردهای آنان را در اختیار جامعه پزشکی قرار دهند. ماه نامه «جراحی فک و صورت - تازه‌ها» در خدمت چنین هدفی است.

دکتر میترا میرمحمدی

بازسازی سه لایه دیفکت‌های ۱/۳ تحتانی بینی

با استفاده از فلپ پیشانی، فلپ نازولیبال معکوس و غضروف اریکولار

Three-layer reconstruction of lower third nasal defects using forehead flap, reversed nasolabial flap, and auricular cartilage

A. Ghassemi^{1,2}, S. S. Ahmed³, H. Ghanepur⁴, A. Modabber⁵ 1Klinikum Lippe, Academic Hospital of the University of Hannover, Detmold, Germany; 2Medical Faculty, RWTH Aachen University, Aachen, Germany; 3Oral and Maxillofacial Surgery, Dr. Z.A. Dental College, Aligarh Muslim University, Aligarh, **India**; 4Department of Maxillofacial Surgery, Shahid Beheshti Hospital, University of Medical Science, Babol, **Iran**; 5Department of Oral and Maxillofacial Surgery, RWTH Aachen University Hospital, Aachen, **Germany**

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017; 46: 36-40

پره بینی محل شایعی برای بدخیمی به ویژه برای کارسینومای بازال سل (BCC) است . اکسیزیون موضعی تومور با مارژین سالم لازم ممکن است منتج به دیفکت تمام ضخامت ۱/۳ تحتانی بینی شود. بازسازی دیفکت ۱/۳ تحتانی بینی شامل نوک بینی، چالش بزرگی را ایجاد می‌کند چون همه سه لایه برای ساختن فرم و عمل کرد بینی، نیاز به بازسازی دارند. فلپ‌های پیشانی و نازولیبیال در بازسازی ۱/۳ تحتانی بینی به‌ویژه پره بینی استفاده شده اند. دیگر گزینه‌های بازسازی، شامل فلپ موکوپری کندریال از سپتوم، گرفت آزاد پوست و مخاط دهان برای پوشش داخلی، در تلفیق با فلپ پیشانی به‌عنوان پوشش پوستی هستند.

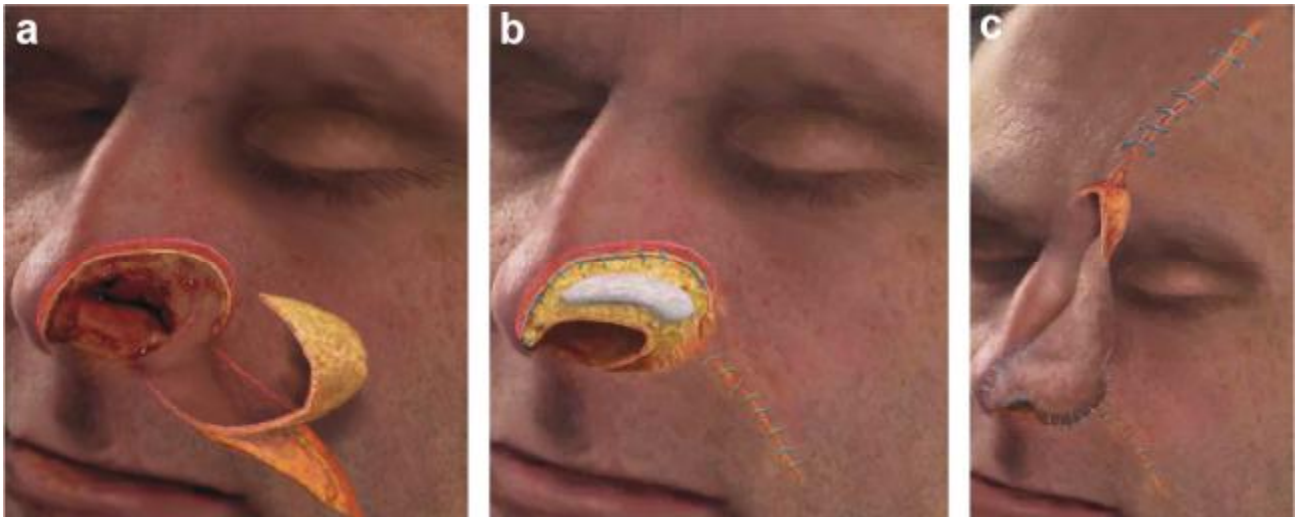


Fig. 1. Artistic illustration of the technique used. (a) Incision of the cranially pedicled nasolabial flap. (b) The cranial edge of the reversed nasolabial flap is sutured with the caudal edge of the preserved nasal mucosa. An auricular cartilage graft is placed on the subcutaneous surface of the nasolabial flap in the second step. (c) Dissection and adaptation of a paramedian forehead flap as skin coverage.

چکیده: متد علمی برای بازسازی سه لایه ۱/۳ تحتانی بینی و نتایج درازمدت این تکنیک در این‌جا معرفی شده است. تکنیک تلفیقی بازسازی شامل فلپ نازولیبیال پدیکل‌دار زیر جلدی معکوس برای بازسازی مخاط بینی، گرفت غضروفی اریکولار برای پشتیبانی ساختاری و فلپ پیشانی برای پوشش جلدی دیفکت استفاده شد. این تکنیک در ۲۱ بیمار پس از اکسیزیون تمام ضخامت کارسینومای بازال سل بخش پایینی بینی به کار برده شد و همه بیماران (۱۲ مرد و ۹ زن با متوسط سنی ۵۹/۸ سال) به‌طور موفقیت آمیزی درمان شدند و از نتایج استتیک و فانکشنال آن راضی بودند. زخم می‌بایست در ۳ کیس برای تصحیح کانتور یا دفورمیتی باقی‌مانده اصلاح شود، اگر چه بیماران عوارض بیش‌تری را تجربه نکردند. در یک بیمار به علت عفونت زخم، غضروف خارج شد. پس از برطرف شدن عفونت، جراحی گرفت با موفقیت تکرار شد. تلفات محل برداشت بافت غیرقابل توجه بود.

فلپ‌های تلفیقی از پیشانی و ناحیه نازولیبیال به همراه گرفت غضروفی اریکولار می‌توانند برای بازسازی دیفکت‌های تمام ضخامت ۱/۳ تحتانی بینی به کار برده شوند.

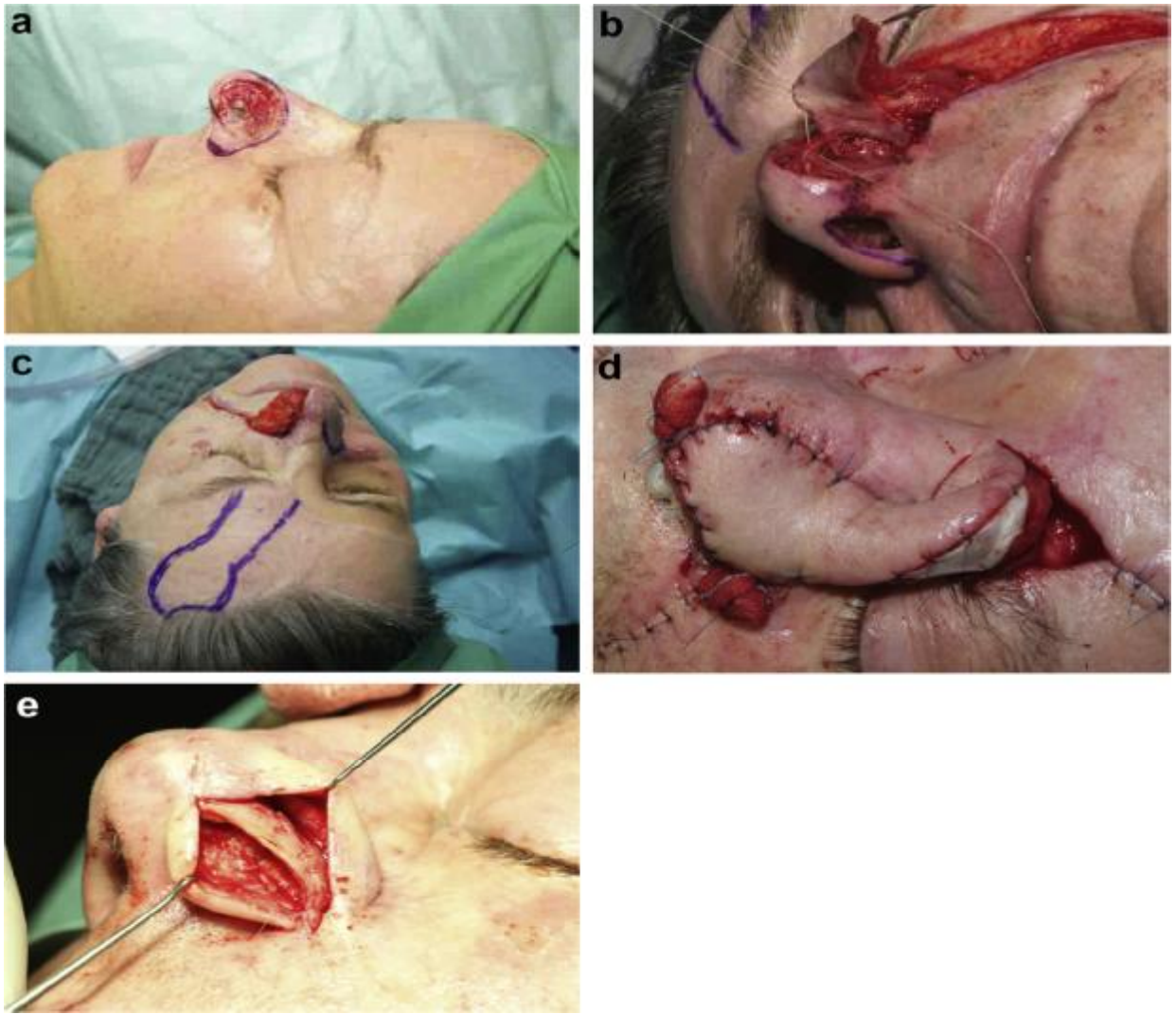


Fig. 2. (a) Full-thickness excision of a basal cell carcinoma of the left lower third part of the nose in a 60-year-old man. (b) The nasolabial flap is incised according to the defect size. The cranial edge of the flap is dissected and sutured to the caudal edge of the preserved nasal mucosa using 4-0 Vicryl. (c) The nasolabial flap is sutured and fitted into the defect completely to replace the lost nasal mucosa. The forehead flap is marked accordingly. (d) The forehead flap is elevated and adjusted to the defect as skin coverage. (e) Cartilage graft seen between the two flaps during the debulking procedure.

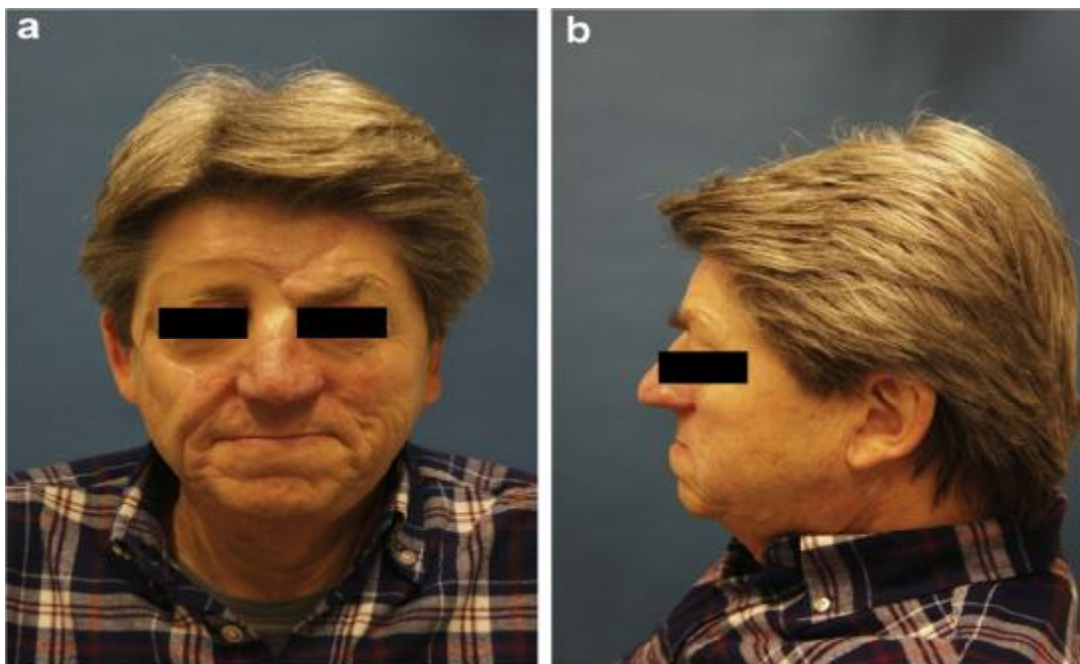


Fig. 3. Result seen after 18 months: (a) frontal view; (b) profile view.

بلفاروپتوز نوروزنیک کامل بعد از ترامای جزئی صورت

گزارش کیس

Complete neurogenic blepharoptosis after minor facial trauma: a case report

Jongweon Shin, Jung Ho Lee*, Young Joon Jun, Young Jin Kim

Department of Plastic and Reconstructive Surgery, The Catholic University of Korea Bucheon St. Mary's Hospital, 2 Sosa-dong, Wonmi-gu, Bucheon-si, Gyeonggi-do, 420-717, **Korea**

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 (2016) 1126–1127

چکیده: اگرچه بلفاروپتوز کم تا متوسط ناشی از ادم بعد از ترامای صورت شایع است، بلفاروپتوز نوروزنیک کامل به تنهایی نادر است. ما تجربه خود را از بیماری که ۷ هفته پس از درمان با کورتیکواستروئیدها بهبود یافت را توضیح می‌دهیم و کیس‌های دیگر را مرور می‌کنیم.

مقدمه: زمانی که بلفاروپتوز توسط ترامای صورت ایجاد می‌شود، تورم متوسط تا شدیدی در ناحیه پری‌اربیتال وجود دارد که به طور خود به‌خود همراه با تورم یا هماتوم مولد آن برطرف می‌شود.

بلفاروپتوز نوروزنیک به صورت جداگانه بدون هیچ علامتی همراه، به‌شدت نادر است. به‌این علت، بیماران می‌توانند با معاینات بی‌مورد توسط پزشکی که با این عارضه آشنایی ندارد، نگران یا عصبی شوند.

گزارش کیس: خانمی ۵۱ ساله با مشکل در باز کردن چشم چپ (به علت سُرخوردن به هنگام بالا رفتن از پله‌ها در روز قبل از آن) مراجعه کرد. بیمار بلفاروپتوز کامل داشت و عمل‌کرد بالا بردن پلک او کم‌تر از ۳ میلی‌متر (Fig 1) بود ولی در صورت او هیچ نشانه‌ای از هیپوستزی یا آنستزی وجود نداشت. خراش کوچکی بر روی دورسوم بینی و تورم کم و کبودی در اطراف چشم چپش وجود داشت ولی عضلات اطراف آن حرکت طبیعی داشتند. CT هیچ شکستگی مشخص یا هر نییشن بافت نرم در دیوارهٔ اربیت را نشان نداد.

به او استروئیدهای داخل رگی (پردنیزالون روز/ ۲۵۰mg برای دو روز) و به دنبال آن خوراکی (روز/ ۱۵mg برای ۵ روز) داده شد. بعد از ۳ روز علائم بهبود یافت و بعد از هفتهٔ هفتم، به طور کامل برطرف شد. (Fig 2)

دو نظریه در مورد مکانیسم پاتوفیزیولوژی وجود دارد. یکی از آن‌ها ایسکمی ناشی از فشار که به بلفاروپتوز نوروزنیک پس از جراحی مرتبط است که در نتیجه دستکاری در طی جاناندازی محتویات اربیت به وجود می‌آید که فشار موضعی بر روی نواحی اطراف مسیر عصب اکولوموتور می‌گذارد و سبب نورآپراکسی می‌شود. نظریه دیگر آسیب کششی است که توسط جابه‌جایی به قدام یا کشش به جلو پلک بالا در طی تراما ایجاد می‌شود و سبب کشش عصب اکولوموتور می‌شود. مکانیسم دقیق آن باید روشن شود.

مؤلفین دربارهٔ محل جراحی عصب که بین عضله رکتوس فوقانی و عضلهٔ بالا برندهٔ پلک بالا یا نقطه عصب دهی عضلهٔ بالا برنده پلک بالا است توافق نظر دارند.

به همین علت بیماران با عملکرد طبیعی عضلهٔ رکتوس فوقانی، اندازهٔ طبیعی مردمک و پاسخ طبیعی به نور مراجعه می‌کنند.

عصب اکولوموتور از طریق فیشور فوقانی اربیت در مرکز وارد اربیت می‌شود و به شاخه‌های بالایی و پایینی تقسیم می‌شوند. انشعابات بالایی می‌توانند در زیر بال کوچک استخوان اسفنوئید و عضلهٔ رکتوس فوقانی یافت شوند و به طرف لترال در بالا به عصب بینائی گسترش یابند و به سطح پایینی عضله بالا برنده پلک بالا منتهی شوند. متوسط فاصله بین منشاء انشعابات فوقانی و عضله رکتوس فوقانی تقریباً ۲۰/۴ میلی‌متر و بین منشاء انشعابات فوقانی و عضلهٔ بالا برندهٔ پلک در حدود

۳۰/۳ میلی‌متر است. تصور می‌کنیم که قطعه عصب در حدود ۱۰ میلی‌متر، بین عضله رکتوس فوقانی و عضله بالا برنده پلک بالا مستعد به ترامای خارجی است (Fig 3)

درمان از مشاهده تا درمان با دوز بالای استروئید متغیر است. تقریباً همه مقالات بهبودی در ۲ تا ۶ هفته را نشان دادند. ولی علائم ممکن است برای بیش از ۶ ماه پافشاری کند. ما بیماران را با استروئید درمان کردیم با این استدلال که اثر ضد التهابی آن ممکن است به کاهش ادم پیرامون عصب اکولوموتور کمک کند. برای روشن شدن نقش استروئیدها در این شرایط مطالعه کیس‌های بیش‌تری مورد نیاز است.

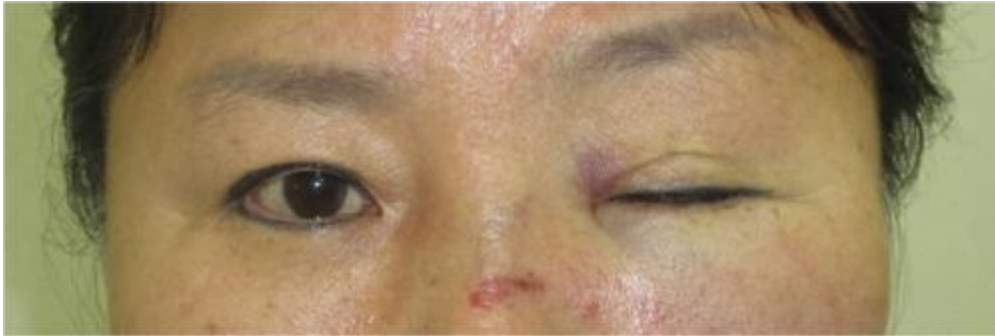


Fig. 1. Initial presentation. Complete unilateral blepharoptosis without severe swelling or haematoma

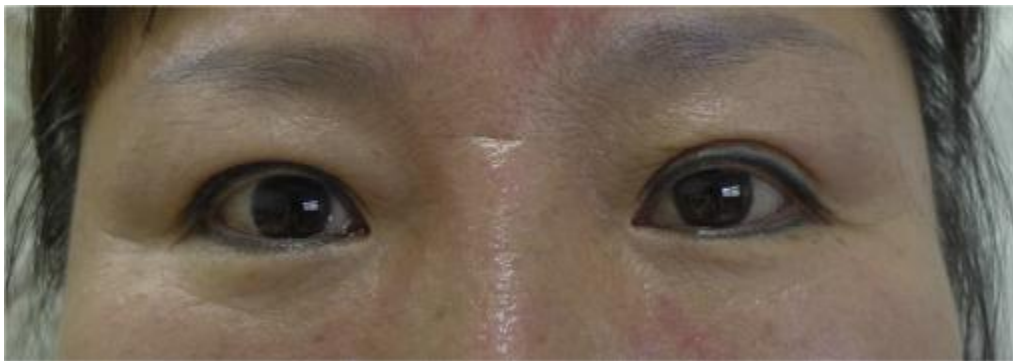


Fig. 2. Photograph seven weeks after injury. Blepharoptosis is resolved completely.

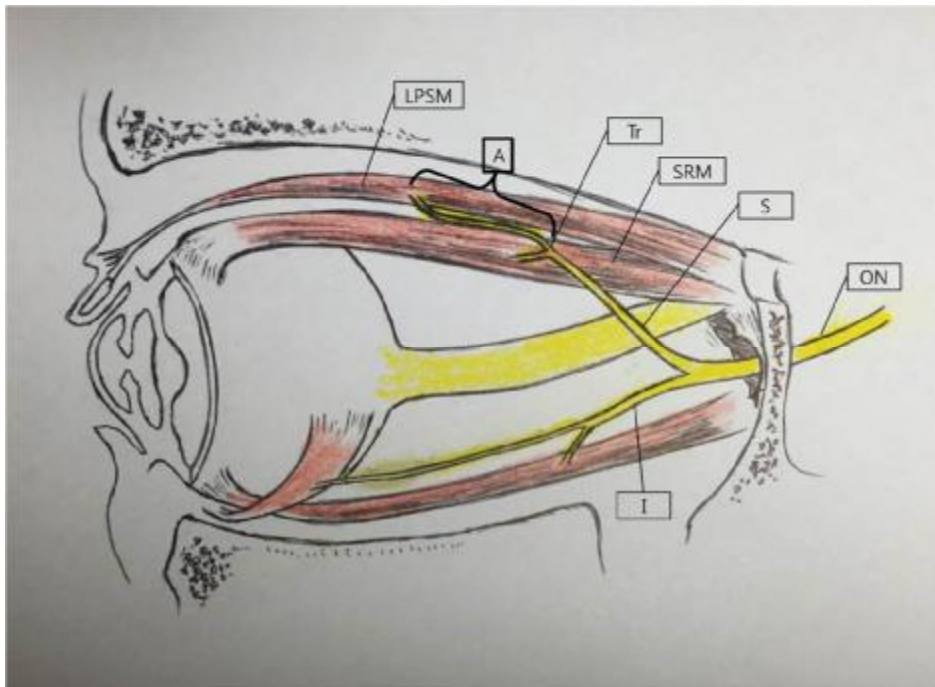


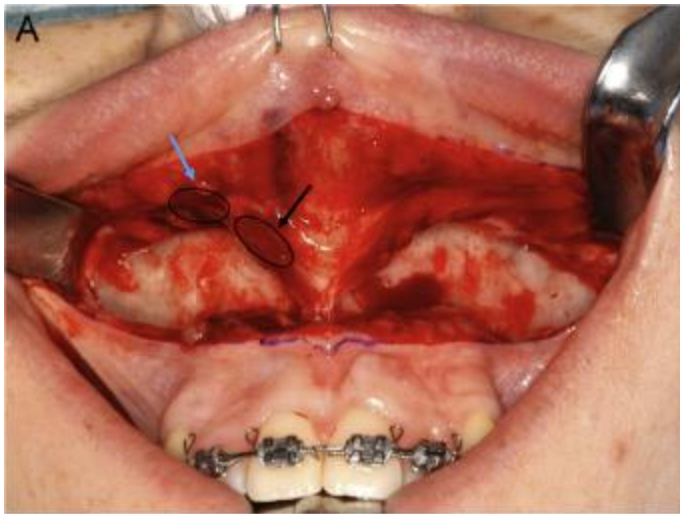
Fig. 3. The anatomical diagram of the oculomotor. The oculomotor nerve (ON) enters the orbit through the superior orbital fissure and splits into superior (S) and inferior (I) divisions. The superior division of oculomotor nerve gives off a few fibres to the superior rectus muscle (SRM) at the transition point (Tr) and ends beneath the levator palpebrae superioris muscle (LPSM). We presume the nerve segment (A) between the superior rectus muscle and levator palpebrae superioris muscle is the region vulnerable to external trauma.

تأثیر انسیژن لفورت I بر روی دینامیک بینی و لب بالا

حل راز لب لفورت I

The effect of a Le Fort I incision on nose and upper lip dynamics: Unraveling the mystery of the “Le Fort I lip”

Herman Vercruyse Jr. a, *, Luc Van Nassauw b, Joan San Miguel-Moragas c, Eva Lakiere a, Sten Stevens a, Geert Van Hemelen a, Mirco Raffaini d, Nasser Nadjmi a, e, f
a Department of Maxillofacial Surgery, ZMACK, AZ Monica Antwerpen, Antwerp, **Belgium**
Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 44 (2016) 1917e1921



جنبه‌های فانکشنال اجزای بافت نرم صورت می‌تواند استاتیک و دینامیک باشد. جنبه‌های استاتیک شامل حفظ کانتور صورت و پهنای بینی است در حالی که جنبه‌های دینامیک می‌تواند حالت‌دهی صورت یا تلفظ صحیح توصیف شود. نظریه جدید جراحی ارتوگناتیک به طرف پیش‌بینی نتایج استاتیک بافت نرم گرایش دارند. اگرچه تأثیر بازسازی کافی بافت نرم در طی جراحی ارتوگناتیک در عمل‌کرد دینامیک بافت نرم ناروشن باقی می‌ماند.



تغییرات در پهنای آلار بیس بینی در ارتباط با حرکت ماگزایلا توسط مؤلفین زیادی ثبت شده است. تغییرات در پروجکشن نوک بینی و محور عمودی nasal valve هم‌چنین باید مورد توجه قرار گیرد. ولی احتمالاً بیشتر مربوط به هدایت بافت سخت و موقعیت سپتوم بینی است.

دومین مسئله مسطح شدن لب بالا است که با کاهش ضخامت واضح لب، از دست دادن جلو آمدگی لب و کاهش در میزان ورمیلیون قابل مشاهده است. افتادگی گوشه‌های لب سومین ویژگی است که می‌تواند بعد از جراحی لفورت I بدون بستن عضلات بوجود آید.

Fig. 1. (A) Intraoperative view (cephalic); black arrow, transected myrtiliform; blue arrow, muscle transected nasalis muscle. (B) Unilateral Le Fort I incision in a cadaver before methylene blue marking. Rectilinear incision in the alveolar mucosa at a 1.5-cm distance of the mucogingival border. Once the mucosa is incised, the point of the blade is pushed until bone contact is acquired in the most lateral part of the incision. The blade is then inclined to a 60° angle to the bony surface to complete the submucosal and periosteal dissection.

جراحان با تجربه در استئوتومی لفورت I کاهش قابل ملاحظه حرکت مرکز لب بالا برای مدت متغیری پس از جراحی را تأیید کردند که به آن " لب لفورت " می گویند.

هدف ما تعیین این که چه عضلات صورتی در این پدیده درگیر می شوند برای جدید کردن مقاله در این موضوع است.

روش ها: در ۶ جسد، انسیشن لفورت I یک طرفه انجام شد. بعد از برداشتن پوست، همه عضلات صورتی فرد مشخص شدند و تحت کشش لامسه ای دو طرفه با مقایسه طرف برش داده شده با طرف دیگر قرار گرفتند.

نتیجه گیری: همه اجزای لایه عمیق (modolious alae nasi و عضله myrtiformis) و لایه عمیق عضلات میدفیس (عضله بالا برنده گوشه لب) با انسیشن لفورت I قطع شدند. بعد از انجام انسیشن، قسمت بزرگی از دپرسور سپتی بینی دست نخورده است. به علاوه، لایه سطحی عضلات میدفیس دست نخورده است ولی کشش خود را به علت اتصال به لایه عمیق از دست می دهد.

این مطالعه اهمیت بخیه کردن صحیح لایه های عضلانی عمیق برای حفظ کانتور سه بعدی صورت را نشان می دهد. گذشته از آن، در این مطالعه بر روی جسد، ما بر آن هستیم که نتایج فانکشنال خراب کردن حالات صورت در ارتباط با انسیشن لفورت I را پیش بینی کنیم.



Fig. 2. Skin and subcutaneous tissue have been removed. The forceps holds part of the superficial layer of the facial musculature (LLS, LLSAN and zygomaticus minor) after they have been surgically detached from their insertion on the orbicularis oris muscle. Note that the superficial layer was intact before this manoeuvre. The black arrow indicates the transection of the deep layer of the modiolus alae nasi (nasalis muscle, MM), the blue arrow indicates the transected LAO.



Fig. 3. (a) The depressor septi nasi is mainly unaffected by the Le Fort I incision, because we routinely perform a subspinal osteotomy and leave the periosteal insertions of the anterior nasal spine intact. However, function will be impaired because the subspinal osteotomy fragment of the maxilla can be considered as acting like an avulsion fracture. (b) The MM is transected above its inferior origin. Some of the fibres of the MM connect to the muscular components of the superficial layer. The loss of tension of the intact superficial layer can be explained by these connections between the deep and superficial layer. (c) Alar part of the nasalis muscle. (d) The pars transversalis of the nasalis muscle is cut a few millimetres above its inferior anchorage point. (e) The LAO muscle is transected just below its superior anchorage point.

تغییرات در بافت نرم لب پایین پس از گرفت استخوانی گرفته شده از سمفیز مندیبل

Changes in the lower lip soft tissue after bone graft harvesting from the mandibular symphysis§

N. Altıparmak¹, B. S. Akdeniz², S. S. Akdeniz¹, S. Uçkan³ ¹Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Baskent University, Ankara, Turkey; ²Department of Orthodontics, Faculty of Dentistry, Baskent University, Ankara, Turkey; ³Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Medipol University, Istanbul, Turkey
Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017; 46: 129–133

چکیده: به دنبال آزاد کردن عضلات چانه در جراحی، کفایت لب یا افزایش در اکسپوژر انسیزور پایین ممکن است به علت اتصال نامطلوب فیبرهای عضلانی دیده شود. هدف از این مطالعه، ارزیابی گستره افتادگی لب، اکسپوژر انسیزور پایین (LIE) و دیگر تغییرات بافت نرم به دنبال برداشت گرفت استخوانی از سمفیز مندیبل در زمانی که عضله چانه به دقت به محل اولیه خود متصل می‌شود، بود.

۱۷ بیمار که برای آنان گرفت استخوانی از سمفیز مندیبل برداشته شده بود در این مطالعه قرار داده شدند. در طی جراحی برداشت استخوان، عضله منتالیس جدا و مشخص و علامت‌گذاری گردید و به محل منشاء خود به دقت نزدیک شد. لترال سفالوگرام‌های دیجیتالی قبل از جراحی و ۶ ماه پس از جراحی تجزیه و تحلیل شدند و توسط *paired samples t – test* جهت تعیین تغییرات افقی و عمودی بافت نرم در لب پایین و چانه مقایسه شدند. اگرچه ضخامت بافت نرم در بافت نرم نقطه B و پوگونیون به‌طور قابل ملاحظه‌ای در ۶ ماه پس از برداشت گرفت استخوانی چانه افزایش یافت، ولی تغییرات قابل توجهی در اکسپوژر انسیزور پایین یا تغییرات دیگر موقعیتی لب پایین وجود نداشتند. اتصال مجدد دقیق عضله منتالیس در موقعیت اولیه خود کمک به احتراز از تغییرات موقعیتی عمودی قابل توجه در لب پایین می‌کند. افزایش در ضخامت بافت نرم می‌تواند به دنبال برداشت گرفت استخوانی از سمفیز مندیبل مشاهده شود.

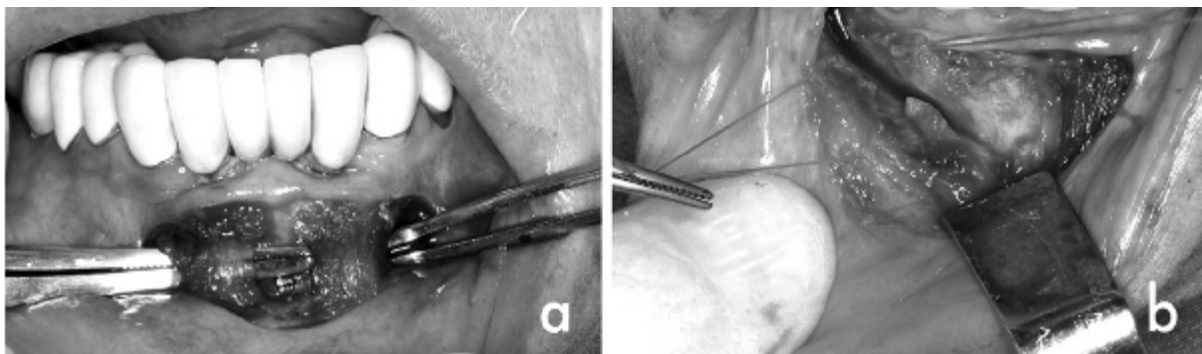


Fig. 1. (a) Blunt dissection of the bilateral mentalis muscles. (b) The origin and insertion edges of the mentalis muscle marked with 3-0 resorbable suture material before incision of the muscle fibres.

هدف از این مطالعه، مقایسه تغییرات ارتیکال و ساژیتال پروفایل در لب پایین و چانه به دنبال برداشت گرفت استخوانی سمفیز مندیبل با اتصال دقیق مجدد عضله منتالیس در طی بستن فلپ موکوپریوستال بود.

عضله منتالیس بافت نرم چانه را به‌طور مستقیم و لب پایین را به‌صورت غیر مستقیم پشتیبانی می‌کند. فیبرهای عضله منتالیس از منشأ آن‌ها به سمت پایین به طرف پوست چانه در سطح برآمدگی بافت نرم عبور می‌کند. فوقانی‌ترین فیبرها، کوتاه‌ترین هستند و تقریباً افقی به پوست وارد می‌شوند در حالی که فیبرهای پایینی طولی‌ترین هستند و به‌صورت عمودی عبور می‌کنند. منشأ عضله منتالیس عمق سالکوس لبیال را تعیین می‌کند.

در نتیجه، اتصال مجدد دقیق عضله منتاليس در طی برداشت استخوان سمفیز، اجازه حفظ LIE قبل از جراحی را می‌دهد. اگرچه ضخامت بافت نرم در ناحیه سمفیز افزایش می‌یابد، ولی این افزایش پروفایل و استتیک کلی را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد.

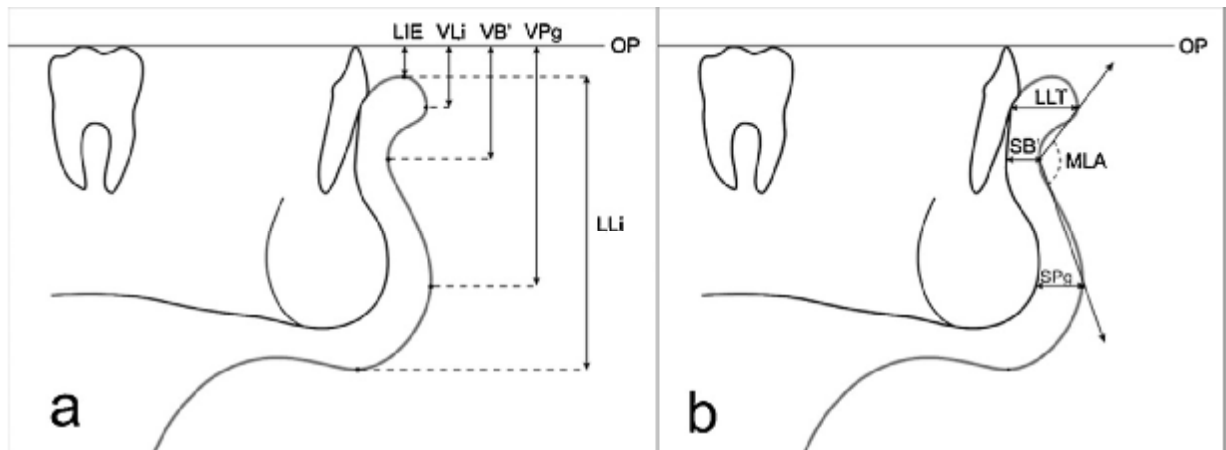


Fig. 2. (a) The vertical parameters evaluated: lower incisor exposure (LIE), vertical position of the anterior point of the lower lip (VLi), vertical point of the soft tissue point B (VB0), vertical position of the soft tissue pogonion (VPg0), and lower lip length (LLi). (b) The sagittal parameters evaluated: lower lip thickness (LLT), soft tissue thickness at soft tissue point B (SB0), soft tissue thickness at pogonion (SPg0), and mento-labial angle (MLA).



Fig. 4. Lateral cephalometric radiographs of a patient, used in the study: (a) preoperative, and (b) 6 months postoperative. Note the remaining bone defect caused by the graft harvesting operation marked with an arrow. (c) Best-fit superimposition of the pre- and postoperative lateral cephalometric tracings showing the increase in soft tissue thickness at soft tissue point B and pogonion

درمان موکوسل غده تحت فکی بدون برداشتن غده

یک گزارش نمونه

Management of a mucocoele of the submandibular gland without removal of the gland: a case report

Neelam N. Andrade*, Neha Aggarwal¹, Roy Thomas², Vyankatesh V. Sahu³Nair Hospital Dental College, Dr. A.L.Nair Road, Opp.

Maratha Mandir, Mumbai Central, Mumbai, 4000 India.

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 (2016) 1131–1133

چکیده: موکوسل یا تراوش موکوس در غدد بزاقی مینور شایع است ولی در غدد بزاقی بزرگ غیرمعمول است. وجود آنها

در غدد تحت فکی یک چالش تشخیصی است و درمان رایج شامل اکسیزیون غدد به همراه ضایعه می‌باشد.

ما در این جا بیماری را که مردی ۲۷ ساله با موکوسل غده تحت فکی است و با تورم لترال گردن که شبیه رانولای plunging بود توضیح می دهیم.

ضایعه کیستیک کاملاً قطع شد و بنا به دانسته های ما، این اولین کیس منتشر شده است که در آن غده تحت فکی بدون هیچ بازگشت ضایعه تا دو سال پس از عمل حفظ شد.

مقدمه: موکوسل ها حفراتی پر شده با موکوس هستند که به شکل تورم نرم، موج، بدون درد و اغلب در لب پایین ظاهر می شوند. کف دهان در ۱۵٪ - ۶٪ موارد درگیر می شوند. موکوسل هایی که از غده تحت فکی منشاء بگیرند به شدت نادر هستند.



Fig. 1. Extraoral presentation before treatment. A soft, fluctuant, non-tender swelling, which extends from the right submandibular region and crosses the midline anteriorly (published with the consent of the patient).

در این جا ما تورم بزرگ تحت فکی بدون هیچ تورم داخل دهانی با مشخصات علامت دم در CT یا MRI را توضیح می دهیم که تشخیص رانولا را برای آن رد کردند.

گزارش نمونه: بیمار مردی ۲۷ ساله بود که از ۸ ماه پیش متوجه تورم بی دردی در زیر فک پایین در سمت راست شده بود. برای شکایت مشابه او در یک سال پیش جراحی انجام شده بود.

ما تورم نرم، موج و بی دردی را که از زیر فک پایین در سمت راست به طرف میدلاین گسترش می یافت و میدلاین را به قدام و پایین تا سطح غضروف تیروئید (Fig 1) در می نوردید مشاهده کردیم. پوست بر روی آن طبیعی و غیر ثابت بود و اسکاری که نشان از جراحی قبلی بود، بر روی آن وجود داشت. کف دهان بلند نشده بود و سابقه پزشکی اش غیر قابل توجه بود.

CT ساده و با کنتراست، ضایعه بزرگ، با حدود مشخص، غیر افزایش یابنده، کم تراکم در زیر سمت راست مندیبل که اندازه آن ۴/۴*۶ cm بود را نشان داد. در MRI ضایعه کیستیک، لبوله، با حدود مشخص در ابعاد ۴/۸*۴*۶ cm در همان ناحیه با افزایش ملایم یونیفرم دیواره ها و با محتوای بسیار موسینی نشان داده شد. (Fig 2).

ضایعه بر روی سطح عضله میلوهیوئید یا داخل گپ گلوسومیلوهیوئید گسترش نیافته بود و غده تحت فکی دو طرف و فضاهای گردنی در محدوده نرمال بودند.

تحت بی هوشی عمومی، توده با برشی زیر فکی در نزدیکی اسکار اولیه جستجو شد. دایسکشن بافت های زیر پوستی، توده با دیواره نازک، آبی رنگ، موج که به غده تحت فکی چسبیده بود را نشان داد. (Fig 3) توده قطع شد و غده در پشت آن با کپسول مرمت شده گذاشته شد. بررسی های هیستوپاتولوژی یک ساختار شبه کیست با بافت های گرانوله در اطراف آن را نشان داد. غیبت پوشش اپی تلیالی، تشخیص کیست احتباسی موکوسی را تأیید کرد.

تفکیک رانولا از موکوسل های تحت فکی مشکل است ولی مشخصه آن علامت دم در CT و MRI است که مشخصه رانولا است.

گزینه های درمانی شامل آسپیراسیون، مارتیوپالیزاسیون، اسکروتراپی، رادیاسیون، تزریق سم بوتولینیم، برداشتن تمام کیست و غده یا برداشتن تمامی توده، غده تحت فکی و همچنین غده زیربانی می شود.

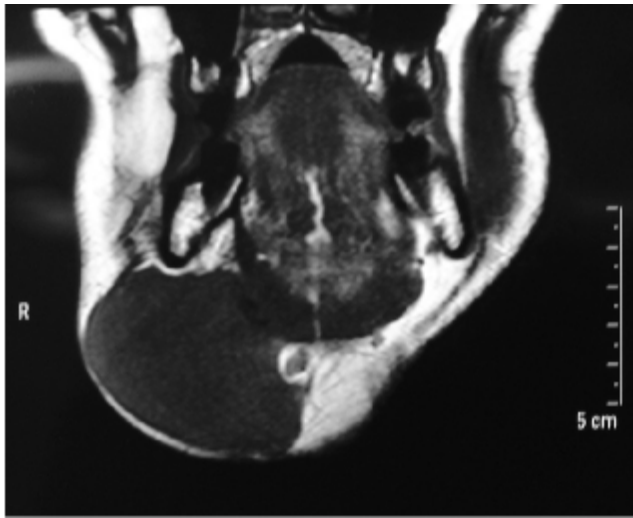


Fig. 2. Preoperative magnetic resonance image. A well-defined, lobulated, cystic lesion with mild uniform enhancement of the walls, also showing high mucinous content



Fig. 3. Intraoperative finding. A thin-walled, bluish, fluctuant mass, adherent to the adjacent submandibular gland.

درمان کم تهاجمی با استفاده از تمپلیت ویژه بیمار برای شکستگی‌های مندیبل در کودکان: Wing Splint توسط تکنولوژی CAD / CAM

Minimal invasive treatment using patient-specific template for mandibular fractures in children: “Wing-splint” by CAD/CAM technology

Jung-Woo Leea, Byung-Joon Choia, Ok-Hyung Namb, Yong-Dae Kwona

*a*Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Kyung Hee University, Seoul, **Korea**

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 (2016) 1140–1141

فیکساسیون circummandibular با سیم و اسپلینت‌های آکریلی عموماً برای درمان شکستگی‌های فک پایین در کودکان به کار می‌روند ولی چند نقطه ضعف دارند که شامل مراحل لابراتواری اضافی می‌شود که می‌تواند زمان بیهوشی عمومی را طولانی‌تر کند یا نیاز به سدیشن اضافی داشته باشد.

همچنین می‌تواند فیکساسیون قابل جذب به کار رود که به معنای طولانی شدن زمان عمل و دشواری‌های تکنیکی است و جسم خارجی استفاده شده می‌تواند باعث واکنش شود.

ما تکنیک ساده و کم‌تهاجمی را بر اساس نظریه فیکساسیون خارجی که از تمپلیت مخصوص بیمار استفاده می‌کند ارائه کردیم.

در ابتدا CT از اسکلت کرانیوفیشیال با رزولوشن بالا بر طبق پروتکل استاندارد گرفتیم. داده‌های آن یا هر اسکن تشخیصی اولیه که داشتیم را به نرم افزار وارد کردیم و به مدل مجازی سه بعدی تبدیل کردیم. سپس دندان‌ها را از مندیبل مجازی جدا کردیم تا توانستیم ریشه‌های دندان‌های مختلط و جوانه‌های دندانی دائمی را ببینیم. قبل از تبدیل مجازی، چهار استوانه (با قطر ۲ میلی‌متر) در فک پایین درست می‌کنیم. (Fig 1)



Fig. 1. Reconstructed 3-dimensional virtual mandible from computed tomography dataset and creation of cylinders (yellow).

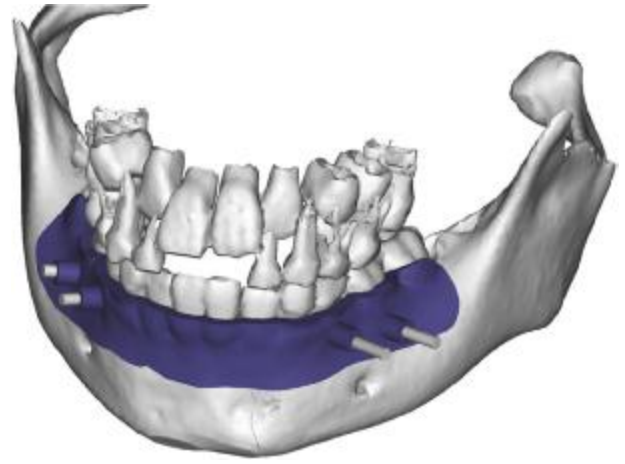


Fig. 2. Virtual reduction and the designed "wing-splint" (purple template).

این کار به ما اجازه می‌دهد که پیچ‌های فیکساسیون را به دقت موقعیت دهیم و از آسیب به ریشه‌های دندان‌ها و جوانه‌های دندانی پیرامون احتراز کنیم. سپس استوانه‌ها را به داخل فک پایین مجازی ترکیب می‌کنیم تا موقعیت قطعات را در طی جا اندازی مجازی تنظیم کنیم. ما جا اندازی مجازی مندیبل شکسته را با در نظر گرفتن ارتباط اکلوژالی و کانتور استخوانی محل به انجام می‌رسانیم. سپس می‌توانیم مندیبل جا اندازی شده مجازی که شامل سیلندرهای می‌شود، به نرم افزار تجاری CAD وارد کنیم. این کار به ما اجازه می‌دهد که یک Wing – Splint را برای پوشش سطح باکال و یک سوم پایینی دندان‌ها طراحی کنیم تا اسپلینت به طور دقیق بنشیند و حداقل ۳ میلی‌متر ضخامت داشته باشد تا به اندازه کافی برای تثبیت مندیبل ریجید باشد (Fig 2).

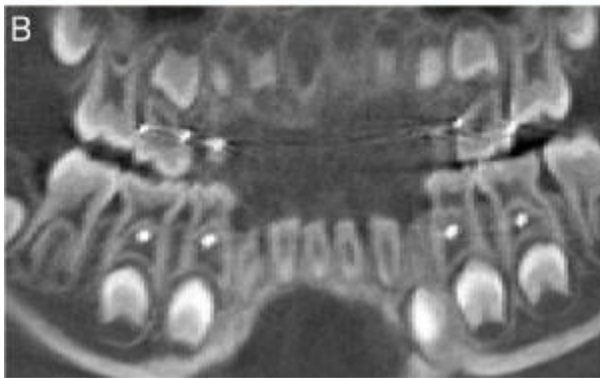


Fig. 3. Postoperative clinical (A) and radiographic views (B). The printed "wing-splint" was accurately and easily seated on the reduced mandible and used orthodontic anchor implants without any damage to the surrounding structures.

در آخر Wing – Splint را به عنوان فایل استریولیتوگرافی خارج می‌کنیم و توسط پرینتر ۳ بعدی می‌سازیم. مندیبل شکسته را تحت بی‌هوشی عمومی با نشاندن اسپلینت بر روی آن جا می‌اندازیم و سپس تمپلیت را با ۴ ایمپلنت anchor ارتودنتیک فیکس می‌کنیم که هم‌چنین برای فیکساسیون اینترماگزیلاری از آن‌ها استفاده می‌شود.

تکنیک ما امتیازات زیادی دارد که شامل سهولت در کاربرد، برداشتن و ایجاد کم‌ترین تراما برای ساختارهای آناتومیک مجاور از جمله جوانه‌های دندانی است (Fig 3B). هم‌چنین نیاز به بی‌هوش نگه داشتن بیمار برای مدت طولانی نداریم. به‌علت آن که استفاده از داده‌های CT در زمان ارزیابی اولیه تشخیصی گرفته می‌شود، نیاز به معاینات بعدی را نیز برطرف می‌کند.

نشست‌های علمی بهمن ماه

چالش‌های سرطان سر و گردن

۹۵ / ۱۱ / ۳ انستیتوکانسر - سالن شهید میرزائی

۶۶۵۸۱۶۳۸ ۱/۲۵ امتیاز

پانزدهمین کنگره بین‌المللی انجمن جراحان دهان و فک و صورت

هفتمین همایش بین‌المللی ایمپلنت خلیج فارس

پنجمین همایش متخصصین جوان جراحی دهان و فک و صورت

www.omfscongress.org

۱۹ - ۲۲ بهمن هتل المپیک

سمینار اختلالات خواب

۹۵ / ۱۱ / ۲۷ - ۲۸ ۴ امتیاز

۸۸۴۴۹۰۴۵ مجتمع بیمارستان امام خمینی

هشتمین گردهمایی علمی فصلی انجمن پزشکان عمومی ایران

۶ - ۸ بهمن مرکز همایش‌های رازی

نهمین کنگره انجمن علمی رادیولوژی دهان، فک و صورت ایران

۲۷ - ۲۹ بهمن ۹۵ هتل المپیک

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته ماه‌نامه به سایت زیر مراجعه فرمائید

www.omfs.ir

رویدادهای علمی بین المللی

51ST INTERNATIONAL COURSE FOR STEPWISE FLAP RAISING

Wendingweg 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 IAOO 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