

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

Oral & Maxillofacial Surgery- News

July-Aug2017 -N0 45

سال پنجم شماره ۴۵ مرداد ۱۳۹۶



به نام خدا

این روزها تب انتخابات نظام پزشکی به ویژه با فعال شدن شبکه‌های مجازی به شدت بالا رفته است. از اطلاعیه‌هایی که بسیاری از انجمن‌های مردم نهاد پزشکی منتشر کرده‌اند مشخص می‌شود که مطالبات معوق مانده بسیاری وجود دارد که همکاران برای حل آن به سازمان نظام پزشکی دل بسته‌اند و در عین حال بسیاری از این اعلامیه‌های انجمن‌ها نشان می‌دهد که صادر کننده‌های آنها قانون سازمان نظام پزشکی را به درستی نخوانده‌اند.

وظایف سازمان در ماده ۲ آن آمده است. ما با شرکت موثر و مسئولانه در انتخابات نظام پزشکی انجام بهتر این وظایف را انتظار داریم. باید واقع بین بود و سطح توقع را به آرزوها گسترش نداد. جایگاه حل مسائل صنفی، انجمن‌های صنفی است و چالش‌های علمی می‌بایست از همان سال ۱۳۷۰ که شورای عالی انقلاب فرهنگی دستورالعمل تاسیس انجمن‌های علمی را صادر کرد در انجمن‌های علمی حل می‌شد.

انجمن‌های علمی کاملاً تخصصی‌اند در حالی که سازمان نظام پزشکی بسیار گذرا به آن می‌پردازد. با تقویت انجمن‌های علمی و وفادار ماندن به اساس‌نامه غیردولتی و غیر انتفاعی بودن آن، می‌توانند پاسخ‌گوی مطالبات علمی همکاران باشند. سازمان نظام پزشکی دارای قانون خاص خود است و نقش آن در موضوعات صنفی نقشی کاملاً مشورتی است که آن هم بنا به درخواست ارگان‌های مربوط صورت می‌گیرد. بهتر است همکاران، انجمن‌های علمی و انجمن‌های صنفی خود را تقویت کنند تا مجبور نشوند از سازمان نظام پزشکی انجام وظایفی را انتظار داشته باشند که قانون‌گذار به آن محول نکرده است.

دکتر میترا میرمحمدی

این شماره ماهانه - ۴۵ مین شماره و مصادف با چهارسالگی ماه نامه جراحی فک و صورت - تازه‌هاست. به این ترتیب ماهنامه وارد پنجمین سال حیات خود شد. با سپاس از همه دوست‌داران ماهنامه که همیشه محبتشان توشه راه بوده است.

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته ماهنامه به سایت زیر مراجعه فرمائید

www.omfs.ir

ملانوما اولیه برآمده از کیسه اشکی با بیماری متاستاتیک گردن

مروری بر مقالات و گزارش کیس

Primary Lacrimal Sac Melanoma With Metastatic Cervical Disease: A Review of the Literature and Case Report

Shiva S. Subramaniam, BDS, MBBS,* Rajiv Anand, BDS, MBBS,y

Timothy K. Mellor, BDS, MBBCh,z and Peter A. Brennan, MDx

Department of Oral and Maxillofacial Surgery,

Queen Alexandra Hospital, Portsmouth, Hampshire, UK.

J Oral Maxillofac Surg 75:1438-1441, 2017

ملانوما اولیه برآمده از کیسه بینی - اشکی یک شکل نادر از ملانوما مخاطی با تنها 30 مورد قبلاً گزارش شده در مقالات و بدون گزارشی از بیماری متاستاتیک گردنی است. با توجه به طبیعت بسیار نادر این بیماری، راه کارهای اختصاصی برای مرحله بندی و مداخله غیر عملی است و وجود ندارند. بنابراین، معرفی کیس ها پایه ای برای درمان تشکیل داده اند: این گزارش تنها موردی است که بنا به دانسته های مؤلفین مقاله، ملانوما اولیه مخاط کیسه بینی - اشکی با بیماری متاستاتیک گردنی در زمان تشخیص را توضیح می دهد که تنها با PET اسکن تشخیص داده شد و به طور خلاصه کیس های منتشر شده حاضر را جهت کمک در توسعه الگوریتم کلی برای مراقبت بیمار را مرور می کند.

اپی فور شایع ترین شکایت است. اگرچه دیگر علائم آن شامل توده در کانتوس مدیال یا اشک های خونی است. در بیش تر کیس ها عمدتاً (DCR) dacryocystorhinostomy به اجرا در می آید که در آن بافت غیرطبیعی برای آنالیز فرستاده می شود تا به تشخیص رسیده شود. مانند دیگر اشکال ملانوما، این بیماری مهاجم و با بقای ضعیف است که اغلب در نتیجه متاستاز دوردست در بیمار حادث می شود.

گزارش کیس: بیمار خانم 62 ساله غیرسیگاری که ابتدا به علت سابقه 4 ساله اشک ریزش به افتالمولوژیست مراجعه کرد. برای او DCR انجام شد که در جریان آن ماده ژلاتینی زرد کم رنگی که مجرای بینی - اشکی را مسدود کرده بود نشان داده شد.



FIGURE 1. Thickening at the medial canthus, surgical excision and access outlined

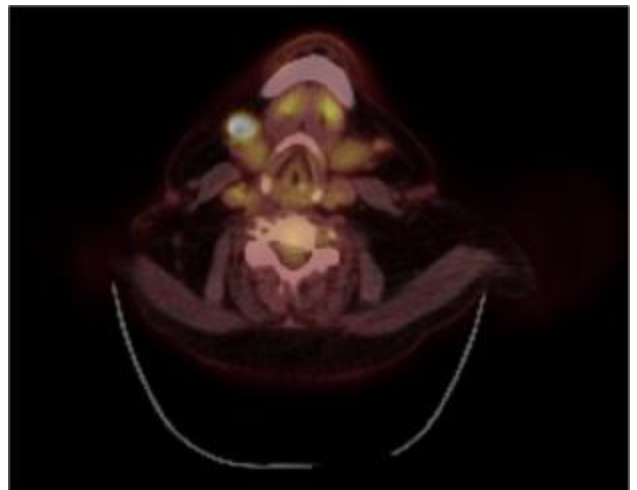


FIGURE 2. Axial positron emission tomographic computed tomogram showing avid fludeoxyglucose uptake in the right cervical level II node.

آزمایش بیوپسی انسیزنال، ورقه هایی از اپی تلیوئیدهای پلئومورفیک و سلول های دوکی شکل را نشان داد. MRI و CT بیماری را محدود به کیسه بینی - اشکی با میزانی گسترش به اتموئید قدامی سمت راست با تخریب استخوانی و دیگر نقاط کوچک احتمالی بیماری را در سطح مدیال قدام سینوس ماگزایلا نشان داد. PET - CT برای ارزیابی

بیماری دوردست انجام شد که آناتومی طبیعی ولی به لحاظ متابولیک فعال و گره‌های لنفاوی سطح II گردنی به علاوه تومور اولیه را نشان داد و هیچ شواهدی دیگری از متاستاز دوردست را نشان نداد. (Fig 2)
پس از معرفی در تومور برد، بیمار تحت جراحی نازوماگزیلکتومی، تخلیه اربیت، دایسکشن سوپرا اموهیوئید سمت راست گردن و بازسازی فلپ آزاد رادیال ساعد قرار گرفت. دایسکشن گردن بدون تأیید سیتولوژی درگیری گره‌های لنفاوی به علت طبیعت مهاجم بیماری، PET مثبت و نیاز به دسترسی گردنی برای آناستاموز میکروواسکولار انجام شد. آخرین هیستوپاتولوژی عملی، ملانومای بدخیم کیسه اشکی با 3 گره لنفاوی گردنی که متاستاتیک و با گسترش خارج کپسولی بودند را نشان دادند. بیمار برای انجام رادیوتراپی کمکی پس از جراحی فرستاده شد. 4 ماه پس از جراحی اولیه، بیمار عاری از بازگشت تومور بود و رژیم پایش او متشکل از اولتراسوند گردن در هر 3 ماه و انجام CT در هر 6 ماه بود.

فیکساسیون شکستگی‌های سر کندیل مندیبل با پیچ استخوانی بی سر کانوله قابل جذب آلیاژ

منیزیم جدید

Short communication

Fixation of fractures of the condylar head of the mandible with a new magnesium-alloy biodegradable cannulated headless bone screw

H. Leonhardt*, A. Franke, N.M.H. McLeod, G. Lauera, A. Nowaka

aDepartment of Oral & Maxillofacial Surgery, University Hospital of Technische Universität Dresden, Dresden, **Germany**

bDepartment of Oral & Maxillofacial Surgery, Oxford University Hospitals, Oxford, **UK**

[British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 55 \(2017\) 623–625](#)

چکیده: فیکس کردن شکستگی‌های سر کندیل مندیبل دشوار است. تکنیک‌های چندی توضیح داده شده‌اند که نتایج موفقیت‌آمیزی را نشان داده‌اند ولی ثبات آن‌ها می‌تواند مورد پرسش باشند و برخی از آن‌ها می‌توانند باعث تحریک بافت‌های نرم شوند. ما در این جا تکنیک و اولین نتایج درمان چنین شکستگی‌هایی را با پیچ‌های استخوانی بی سر با پایه منیزیم قابل جذب را در 5 بیمار با 6 شکستگی سر کندیل جا به جا شده با از دست دادن ارتفاع راموس مندیبل و نشانه‌های بالینی چون درد، مال اکلوژن و حرکت فک و محدودیت در گردش فک توضیح دادیم.

تکنیک: ما پیچ magnezix را به همان روش استاندارد پیچ‌های بی‌سر استخوانی قرار می‌دهیم. همه شکستگی‌ها از طریق روش اریکولار یا پره اریکولار اکسپوز می‌شوند. پس از جا انداختن قطعات جا به جا شده آنترومدیالی سر کندیل، یک یا دو سیم 0.9 میلی‌متری K به منظور فراهم کردن ثبات موقت (Fig 1) قرار داده می‌شوند. سوراخ در گردن کندیل با دریل کانوله وسیع‌تر می‌شود ولی به قطعه پروگزیمال سر کندیل گسترش نمی‌یابد. سپس پیچ Magnezix CS 2/7mm بر روی سیم K قرار داده می‌شود تا موجب کامپرسن از این سو به آن سوی شکستگی شود، (Fig 2). برای پرهیز از تماس با بافت نرم در لترال، پیچ باید به طور کامل به داخل استخوان کانترسینک شود.

CBCT پس از عمل، ریداکشن خوب شکستگی و موقعیت خوب پیچ‌ها را نشان داد. هیچ‌یک از بیماران فلج عصب صورتی نداشتند و همه اکلوژن قابل قبول داشتند و در طی سه ماه هیچ محدودیتی در عمل کرد مندیبولار وجود نداشت. هم‌چنین در طی سه ماه پایش، هیچ تورمی ناشی از گاز هیدروژن یا عارضه ای از جذب ماتریال در بیمار مشاهده نشد.



Fig. 1. K-wires are inserted to provide temporary stabilisation and to prevent rotation

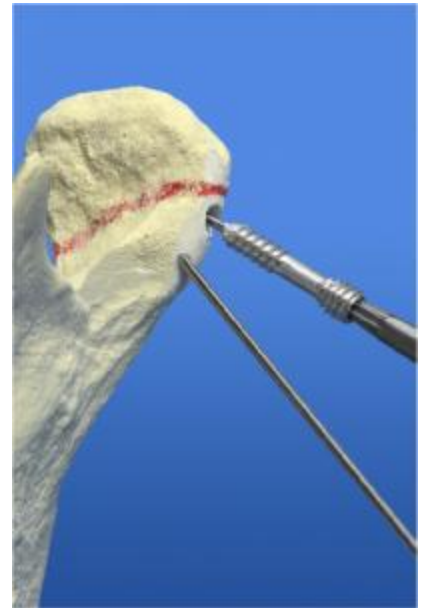


Fig. 2. Insertion of the biodegradable cannulated Magnezix 2,7 mm CS screw over the K-wire.



Fig. 3. Postoperative cone-beam computed tomogram, coronal view.

Correction of chin ptosis Technical Note Cosmetic Surgery

R. Torrealba¹, R. Farin^{2,3,4}, S. Valladares^{5,6}, F. Sa⁷

¹Department of Maxillofacial Surgery, Hospital de Carabineros de Chile, Santiago, Chile; ²Department of Maxillofacial Surgery, Hospital del Salvador, Santiago, Chile; ³Department of Maxillofacial Surgery, Hospital San Borja Arriaran, Santiago, Chile; ⁴Oral and Maxillofacial Surgery, Universidad de Chile, Santiago, Chile; ⁵Department of Maxillofacial Surgery, Hospital El Carmen, Santiago, Chile; ⁶Instructor of Oral and Maxillofacial Surgery, Pontificia Universidad Catolica de Chile, Santiago, Chile; ⁷Oral and Maxillofacial Surgery, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2017; 46: 1026–1029



Fig. 1. Facial profile photograph showing dynamic chin ptosis. The smile is horizontal and without commissure elevation. The soft tissue is compressed against the symphysis, causing the chin tissue to drop.

چکیده: پتوز چانه به معنای پایین رفتن بافت نرم از ناحیه سمفیزال به موقعیتی زیر کانتور زیرین مندیبل تعریف می‌شود. با توجه به علل چند فاکتوری آن، درمان می‌بایست بر اساس وضعیت هر بیمار تعیین شود. در حالی که اگمنتاسیون چین ساب منتال یک گزینه متنوع برای تصحیح پتوز چانه است، این روش تنها اجزای بافت نرم را تصحیح می‌کند.

اصلاحیه‌ای تکنیکی برای درمان پتوز دینامیک چانه همراه با ریداکشن استخوان در سمفیز مندیبل در این جا معرفی می‌شود. بر خلاف مورد چانه جادوگری، بافت به پایین و نه به خارج برآمده شده است، پتوز چانه می‌تواند در همه سنین در بیماران دیده شود، اگرچه اغلب همراه با افزایش سن دیده می‌شود، بر طبق نظر Garfein و Zide، چهار نوع از پتوز چانه وجود دارند: غیر واقعی، پیشرونده، یاتروژنیک و دینامیک.

تکنیک جراحی: بر روی پوست، شکل بیضی افقی توسط مارکر پوستی رسم می‌شود که محور اصلی آن با چین ساب منتال ردیف می‌شود. بین 3/6 میلی‌لیتر و 5/4 میلی‌لیتر از بی حسی موضعی در بافت زیر پوست در ناحیه مشخص شده اینفیلتره می‌شود. سپس با استفاده از اسکالپل، برشی در این ناحیه جهت حذف بافت پوست و زیر پوست و رسیدن به پلن عضله پلاتیسمای زده می‌شود. پس از این، یک مارکر پوستی برای علامت‌گذاری بافت عضلانی پلاتیسمای با دو مثلث با قاعده به قدام به کار می‌رود. سومین مثلث قاعده به خلف بین دوتایی که شرح داده شدند شکل می‌گیرد. این مثلث مرکزی عضله پلاتیسمای قطع می‌شود و حذف می‌گردد. (Fig 2) سپس بخش مرکزی ناحیه در جستجوی پلن استخوانی کناره مندیبل دایسکت می‌شود. انسپژن 4 میلی‌متری در عضله منتالپس در بالای محل استقرار پایینی آن زده می‌شود که میزان کافی بافت عضلانی باقی می‌گذارد که آن‌ها بتوانند جا به جا شوند و پس از جدا شدن سوچور شوند. برادر زیرین مندیبل اکسپوز می‌شود و دایسکشن در پلن ساب پریوستال کامل می‌شود. استکتومی در پوگونیون با استفاده از هندپیس جراحی و فرز با شستشوی

فراوان با محلول سرم فیزیولوژیک به اجرا درمی آید. (Fig 3) سپس محل جراحی تمیز می شود، عضله منتالیس جا به جا می شود و محل با استفاده از ویکریل 0 - 4 سوچور می شود. رئوس دو مثلث در وضعیت همگرا به هم وصل می شوند و عضله پلاتیسمما با ویکریل 0 - 4 به صورت منقطع سوچور می شود سپس کناره های مدیال دو مثلث با استفاده از همان ماتریال سوچور به هم آورده می شوند. در آخر سوچور پلن ها انجام می شود که بافت زیر پوستی را به طرف پشت جا به جا می کند و دیفکت را تصحیح می کند و سوچور کردن را بدون کشیدگی و سفتی پوست تسهیل می کند. این کار به صورت بخیه ادامه دار با استفاده از پرولن 0 - 6 انجام می شود. (Fig 4)

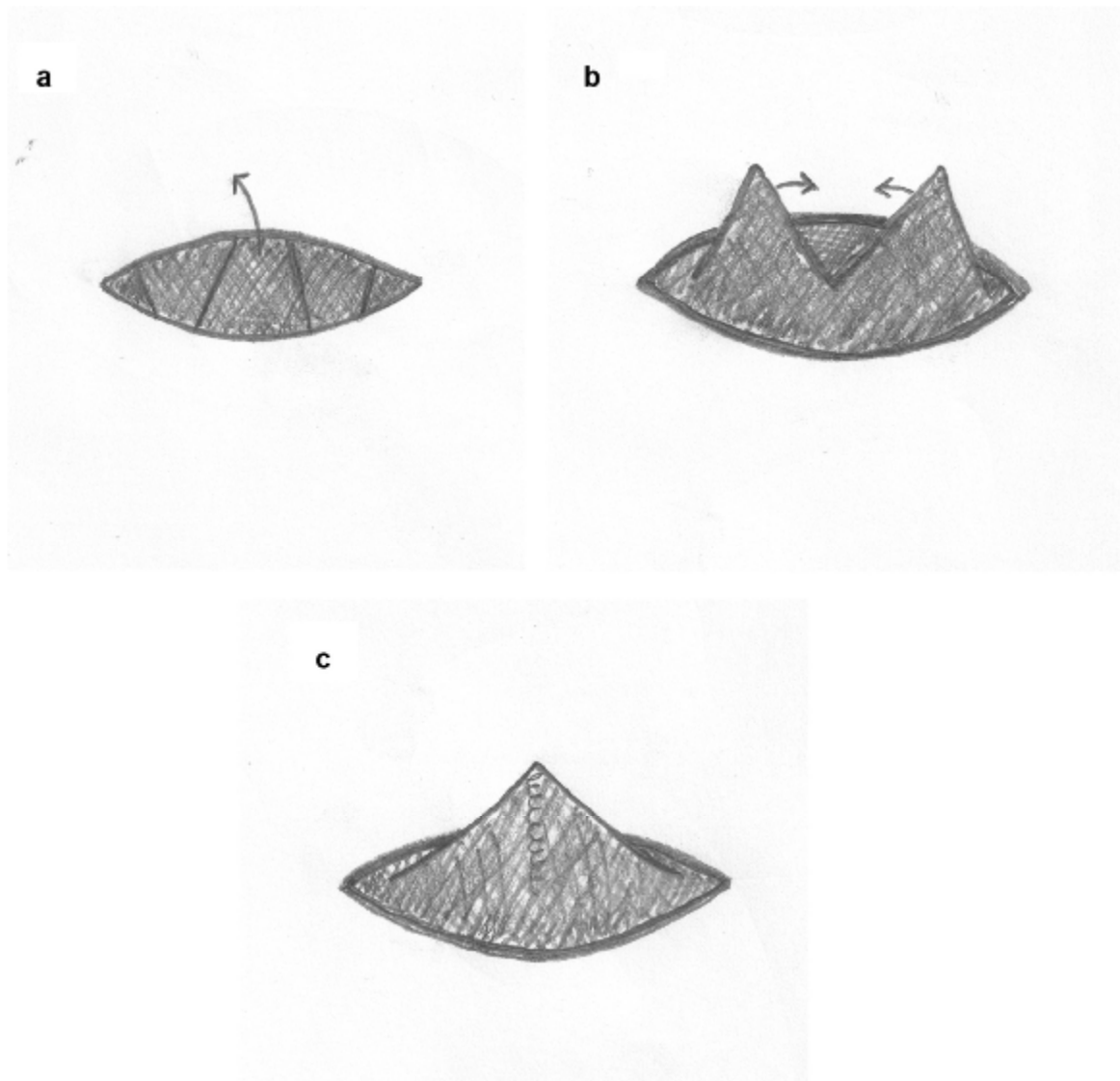


Fig. 2. Diagrams illustrating the technique. (a) A horizontal ellipse is drawn on the skin, with the main axis aligned with the submental crease. After removing the ellipse including skin and subcutaneous tissue, a skin marker is used to mark the muscular plane with two divergent anterior-base triangles. (b) The medial intervening triangle is excised and the vertices of the two triangles are connected in a convergent fashion. (c) The platysma muscle is sutured with interrupted stitches.

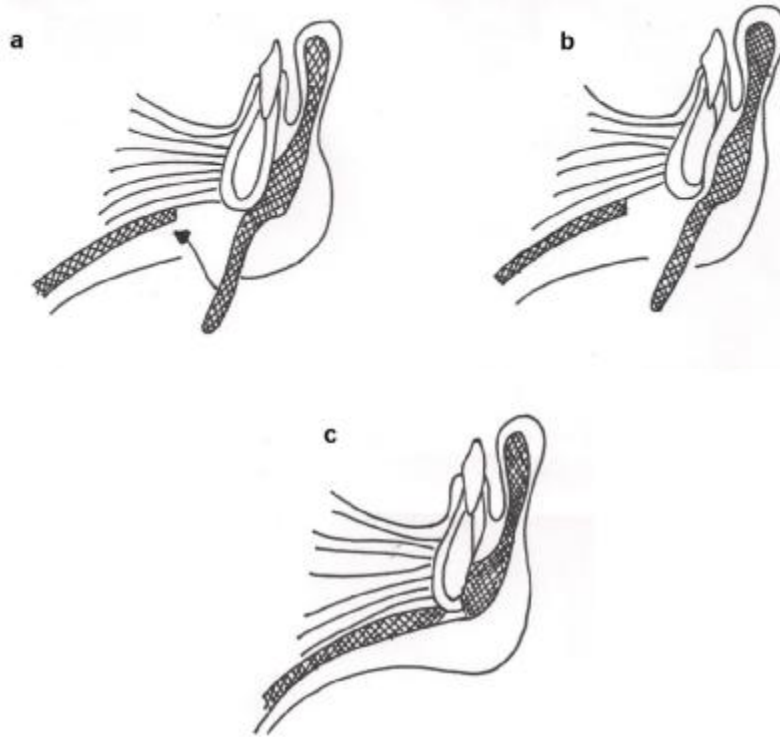


Fig. 3. Sagittal view diagrams. (a) The incision described above, placing the platysma section into the anterior base of the incision. (b) Elevation of the symphyseal region and sufficient osteotomy of the pogonion. (c) Re-positioning and transfer of the triangular portion of the platysma muscle to a more posterior position.



Fig. 4. Facial profile photograph at 12 months after surgery. A rhinoplasty was also per-formed to establish good facial balance.

سفید شدن پوست صورت پس از اینفیلتراسیون بی حسی موضعی

یک عارضه غیرمعمول از تزریق سهوی داخل شریانی

Blanching of facial skin after infiltration of local anaesthetic: an unusual complication of inadvertent intra-arterial injection

سفید شدن پوست صورت که توسط شریان ماگزیلاری خون‌رسانی می‌شود یک عارضه سهوی در موارد بلوک عصب ماگزیلاری در کانال کامی بزرگ و پس از بلوک‌های عصب آلوئولار تحتانی است. بنا به دانسته‌های ما، این اتفاق پس از اینفیلتراسیون بی‌حسی موضعی گزارش نشده است.

مردی 45 ساله با سابقه SCC لترال زبان در سمت راست و ناحیه رترومولر چپ، آزمایش بیوپسی انسینال از ضایعه اریتماتوزی داشت که قسمت خلفی کام سخت و نرم در سمت راست را متأثر کرده بود.

ما به آرامی 1 میلی‌لیتر لیگنوکائین 2٪ با 80000:1 آدرنالین را با استفاده از سرنگ اسپیره شونده در نزدیکی به محل اتصال کام سخت و کام نرم در سمت راست اینفیلتره کردیم. پیشاپیش هیچ اسپیراسیون خون به داخل کارتریج بی‌حسی موضعی وجود نداشت.



Fig. 1. Blanched skin of the face after palatal anaesthesia.

در طی 2 دقیقه، پوست در سمت راست صورت در محل تقسیم شریان اینفراربتال سفید شد. (Fig 1) مخاط پالاتال سمت راست طبق برنامه‌ریزی بی‌حس شد و هیچ ناحیه اکتوپیک یا چشم تحت تأثیر قرار نگرفتند. سفید شدن پوست گذرا بود و در طی 30 دقیقه بر طرف شد. ما طبق برنامه، بیوپسی پانچ را انجام دادیم و بیمار پس از بررسی به سلامت ترخیص شد.

شریان ماگزیلاری در نزدیکی با عصب ماگزیلاری درون فوسا همراه می‌شود. شاخه‌های اصلی آن شامل شریان آلوئولار فوقانی خلفی، شریان اینفراربتال و شریان کامی فوقانی می‌شوند که همچنین در کانال کامی بزرگ برای خون‌رسانی کام به پایین می‌آیند.

ما فکر می‌کنیم که علیرغم این که خونی به داخل سرنگ اسپیره نشده مقداری ماده بی‌حسی به درون شریان کامی فوقانی تزریق شد. برگشت جریان خون درون یک شریان پس از تزریق داخل شریانی بی‌حسی موضعی منتج به جریان برگشت دهنده از شریان کامی فوقانی و سپس به بافت‌های صورتی از طریق شریان اینفراربتال می‌شود. ذخیره شدن در پوستی که توسط شریان اینفراربتال خون‌رسانی می‌شود به سمت انقباض محیطی آرتریول‌ها و سفید شدن آن می‌رود که به علت اثر آگونیستی رسپتور α آدرنالین است.

Endoscope-Assisted Resection of Elongated Styloid Process Through a Retroauricular Incision: A Novel

Surgical Approach to Eagle Syndrome

Renhui Chen, MD, PhD,* Faya Liang, MD,y Ping Han, MD, PhD,z Qian Cai, MD, PhD,x

Shitong Yu, MD,k and Xiaoming Huang, MD, PhD{

Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Sun Yat-Sen

Memorial Hospital of Sun Yat-Sen University, Guangzhou, People's Republic of China

J Oral Maxillofac Surg 75:1442-1448, 2017

سندروم Eagle دارای علائم پیچیده ای است که شامل درد بازگشت کننده در گردن و حنجره، احساس لقمه در گلو و دیسفاژی می شود که احتمالاً به سبب تخطی نوروواسکولار ناشی از طویل شدگی زائده استیلوئید یا لیگامانهای استیلوهیوئید استخوانی شده به وجود می آید. به طور کلی، کوتاه کردن زائده استیلوئید طویل شده، درمان اصلی سندروم Eagle است و رزکسیون رایج زائده استیلوئید از طریق روش های داخل دهانی و از گردن انجام می شود. اگرچه این تکنیک های رایج همراه با دایسکشن وسیع بافتی و دید جراحی نسبتاً ضعیف همراهند. بنابراین نیاز است که روش جراحی جدیدی که امتیاز کم تهاجمی بودن، اکسپوژر رضایت بخش، بی خطر بودن و نتایج بهتر زیبایی را داشته باشد به کار برده شود. این مقاله تجربه مؤلفین از استفاده از تکنیک اندوسکوپیک برای قطع زائده استیلوئید و بحث درباره کاربرد این تکنیک در درمان سندروم Eagle را توضیح می دهد.

هدف: رزکسیون رایج زائده استیلوئید طویل شده همراه با دایسکشن میزان بزرگی از بافت و اکسپوژر ضعیف ناحیه جراحی همراه است. هدف از این مطالعه نشان دادن سهولت، کفایت و سلامت روش جراحی جدید با استفاده از تکنیک اندوسکوپیک برای درمان سندروم Eagle بود.



FIGURE 1. Preoperative 3-dimensional computed tomogram showing indicated reconstruction of the bilateral elongated styloid process.

مواد و روش‌ها: مؤلفین، مطالعه گروهی گذشته‌نگری از 133 بیمار به عمل آوردند که برایشان استیلوئیدکتومی (EAS) به کمک اندوسکوپ از ژوئن 2010 تا اوت 2015 در بیمارستان آموزشی دانشگاه انجام شده بود. نتایج شامل طول زائده استیلوئید، خون‌ریزی و طول مدت جراحی می‌شد. مقیاس پاسخ شفاهی ساده بیماران برای برطرف شدن علائم، نمای زیبایی انسیزن و درد پس از جراحی جهت ارزیابی رضایت سوبژکتیو بیماران استفاده شد.



FIGURE 2. Intraoperative photograph of a 2.5- to 3.0-cm curved retroauricular incision for endoscope-assisted styloidectomy.

روش جراحی: همه بیماران تحت بی‌هوشی عمومی و در وضعیت سوپاین با چرخش گردن، کمی به سمت مقابل قرار گرفتند. یک انسیزن خمیده پوستی 3/0 – 2/5 سانتی‌متری نیم‌سانتی متر پشت سالکوس رترواوریکلار در سطح intertragic notch زده شد. بافت پوست و زیر پوست از انسیزن به سوی کناره قدامی عضله استرنوکلیدوماستوئید (SCMs) زیر دید مستقیم و در حالی که به دقت از عصب اوریکولار بزرگ محافظت می‌شد دایسکت شد.

بعد از مشخص کردن برادر قدامی SCMs، دایسکشن بین SCMs و غده پاراتید با کمک اندوسکوپ 4 میلی‌متری صفر درجه انجام شد و بطن خلفی عضله دیگاستریک مشخص شد. فضای کاری با کنار زدن به بالای غده پاراتید توسعه یافت. با استفاده از بطن خلفی عضله دیگاستریک به عنوان لندمارک، دایسکشن داخلی و فوقانی بیشتر به اجرا درآمد تا زائده استیلوئید معلوم شود. زائده در بخش بالایی مشاهده شد و پریوست و عضله‌ها از آن کنار زده شدند. زائده و وجه پروگزیمال آن با رانژور قطع شدند. بخش شکسته کنار زده شد. باقی‌اتصالات عضلانی به دیستال لخت شدند و زائده طویل شده برداشته شد. (Fig 4) زخم شستشو داده شد و انسیزن بدون درن بسته شد.

نتایج: همه بیماران تحت EAS بدون تبدیل به جراحی رایج قرار گرفتند. در 107 بیمار (80/5%) برطرف شدن کامل علائم و در 20 بیمار (15%)، برطرف شدن بخشی از علائم حاصل شد. طول باقیمانده زائده استیلوئید $10/1 \pm 4/4$ mm بود. در 172 سمت انسیزن (75/8%) بیماران دردی در طی بررسی‌های پس از عمل نداشتند. در یک طرف (0/4%) فلج گذرای صورت و در 4 طرف (1/8%) بی‌حسی گذرای گوش دیده شد. بخش بزرگی از بیماران (122 از 133: 91/7%) نمای زیبایی انسیزن را عالی اعلام کردند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که EAS، روش جراحی معتبر و کافی و بی‌خطری را برای درمان سندروم Eagle فراهم می‌آورد.

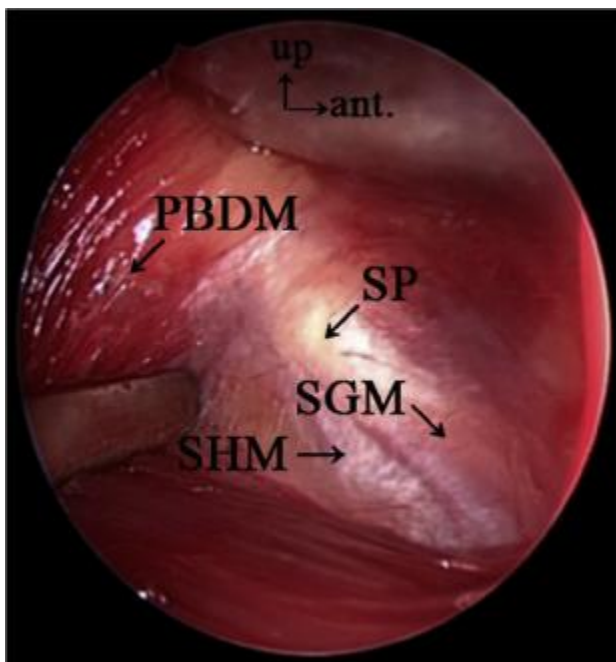


FIGURE 3. Illumination of the styloid diaphragm, including the SP, SHM, and SGM and their ligaments. Ant., anterior; PBDM, posterior belly of the digastric muscle; SGM, styloglossus muscle; SHM, stylohyoid muscle; SP, styloid process



FIGURE 4. Elongated styloid process resected en bloc.



FIGURE 5. Appearance of incision 3 months after surgery.

Argument for the conservative management of mandibular ameloblastomas

Jahrad Haqa, Sarah Siddiquib, Mark McGurkc,

*aSpR in Oral & Maxillofacial Surgery, King's College Hospital, Denmark Hill, London, SE5 9RSbDental Student, Guy's Hospital, Great Maze Pond, London, SE1 9RTcProf of Oral and Maxillofacial Surgery, University College London, Gower St, London, WC1E 6BT
British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 54 (2016) 1001–1005

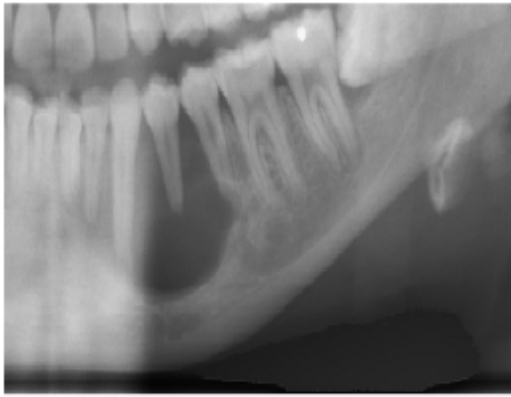


Fig. 1. Radiological subclassification. (A) Unilocular: no septa, well-defined margin; (B) multilobular: some septa, well-defined margin; (C) multilocular: multiple septa and satellite lesions, poorly-defined margin.

آملوبلاستوما، تومور ادنتوژنیک نادر و خوش خیمی است که مندیبل را بیش تر از ماگزینا درگیر می کند.

واریانت های توپر یا مولتی کیستیک آن اغلب قطع می شوند و دیفکت های ناشی از آن با فلپ آزاد بازسازی می شوند. جهت بررسی نتایج پس از انوکلیشن و به کار بردن محلول کارنوی صرف نظر از زیر مجموعه هیستولوژیک، داده های هیستولوژی بیمارستان را برای تشخیص همه بیمارانی که در بین سال های ۲۰۰۱ و ۲۰۱۴ توسط یک جراح درمان شدند مورد استفاده قرار دادیم. متغیرها در بیماران شامل خصوصیات زیر مجموعه هیستولوژیک، نمای رادیولوژیک، زمان پایش و وقوع بازگشت ضایعه می شدند که مجموعه ای را از ۲۷ بیمار (۱۳ مرد) با متوسط سنی ۴۱ سال (در دامنه ۷۹ - ۱۲ سال) دربر می گرفت. ۱۵ بیمار (۵۶٪) ضایعات مولتی کیستیک توپر داشتند و روی هم رفته واریانت غالب در بیماران، نوع فولیکولار یا پلکسی فرم یا هر دو بودند. از ۲۳ رادیوگرافی پیش از جراحی که قابل دسترسی بودند، ۱۷ ضایعه یونی کیستیک، ۵ ضایعه مولتی لوبولار و کنگره دار بدون سپتا و یک ضایعه، شکل مهاجمی از چند حجره ای با یک مارژین محیطی نامشخص بودند. طول مدت متوسط پایش ۳۸ ماه با دامنه (۳ - ۱۵۶) بود. سه بیمار، بازگشت ضایعه را در ۲۰، ۲۷ و ۳۵ ماه پس از جراحی داشتند و برای آنان انوکلیشن مجدد و استفاده از محلول کارنوی انجام شد. بازسازی ضروری نبود.

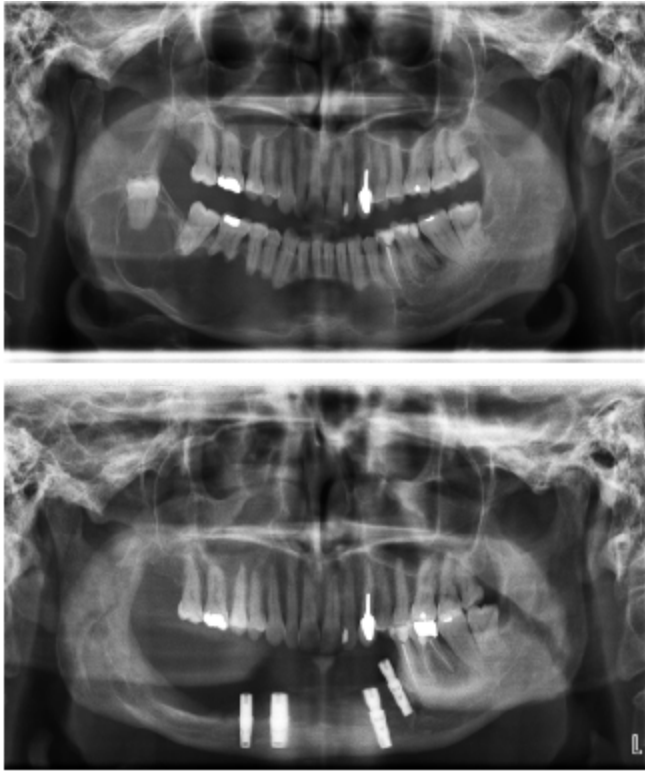


Fig. 2. Images showing good bony infill after enucleation and sterilization with Carnoy's solution of a large multilobular ameloblastoma. The alveolus sufficient for placement of dental implants and rehabilitation without the need for a bone graft.

تکنیک: ابتدا فیستول مخاطی یا مخاط چسبیده به تومور را بر می‌داریم ولی مخاطی که چسبیده نیست را حفظ می‌کنیم. در بیش‌تر کیس‌ها به عنوان بخشی از انوکلیشن، دندان همراه با ضایعه را برمی‌داریم. در اکسپوز مندیبل با دقت پلیت باکال روی ضایعه را برمی‌داریم تا همه گستره تومور آشکار شود و از باقی گذاشتن برآمدگی‌های استخوانی احتراز شود. سپس با دقت تومور را با ایجاد یک پلن بین آن و استخوان انوکله می‌کنیم. جهت انجام این کار یک نوار گاز را به داخل فضای اطراف محیط تومور پک می‌کنیم. بقیه پلیت لینگوال می‌تواند با روتاری یا چیزل آزاد شود به طوری که تومور و دندان نهفته به عنوان یک واحد درآورده شود. این روش یک حفره واضح با تکه‌هایی از پریوست اکسپوز شده باقی می‌گذارد. حفره به دقت بازرسی می‌شود و هر حفره‌ای برای حصول به استخوان خون‌ریزی کننده دریل می‌شود. سپس حفره استخوانی دوبار با محلول کارنوی پر می‌شود که هر بار برای ۳ دقیقه در محل می‌ماند.

بافت نرم مجاور را با گاز و ژلاتین پترولیوم وازلینه محافظت می‌کنیم. سپس حفره را قبل از بستن فلپ موکوپریوستال با نرمال سالین شست‌وشو می‌دهیم.

این مطالعه، سودمند بودن بالقوه جراحی محافظه کارانه و استریلیزاسیون حفره کیستیک با محلول کارنوی را نشان می‌دهد. میزان بازگشت تومور پایین است و با نظارت حساس در شرایط ضرور، اقدام مجدد مشابه مؤثر بوده است. برای تایید داده‌ها، دوره پایش طولانی‌تر و جمعیت بزرگتری از بیماران مورد نیاز است.

نشست‌های علمی مردادماه

چالش‌های سرطان سر و گردن

۹۶/۵/۱ انستیتوکانسر - سالن شهید میرزائی

۶۶۵۸۱۶۳۸ ۱/۲۵ امتیاز

سومین سمینار تومورهای سر و گردن

۹۶/۵/۱۹ - ۲۰

بیمارستان میلاد - مرکز همایش‌ها

رویدادهای علمی بین المللی

24th EACMFS CONGRESS

18e21 September 2018, Munich, Germany

Contact: Torres Pardo

Email: a.marzo@torrespardo.com

Websites: www.eacmfs.2018.com and www.torrespardo.com

53RD INTERNATIONAL ADVANCED COURSE FOR STEPWISE FLAP

RAISING BERLIN, PULSATILE PERFORATOR FLAP COURSE

21e23 September 2017, Berlin, Germany

Course Chairman: Frank Hoelzle

Organizer: Ruth Lennartz/Karin Huppertz

CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOPS

7e9 November 2017, Coventry, UK

Course Organiser: Mr Liviu M Hanu-Cernat

Email: Liviu.Hanu-Cernat@uhcw.nhs.uk

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>

MASTERCLASS IN ORTHOGNATHIC SURGERY - THE SOUTH AFRICAN SOCIETY OF MAXILLO-FACIAL & ORAL SURGEONS

10e16 September 2017, Cape Town, South Africa

Course Directors: Greg Boyes-Varley and Jean Morkel

Website: www.sasmfos.surg

TMJ SURGERY: UP TO DATE

22e23 September 2017

Website: www.iclo.eu

53RD FRENCH ORAL & MAXILLOFACIAL SOCIETY CONGRESS e NEW TECHNOLOGIES

4e7 October 2017, Marseille, France

Course Chairman: Prof C Chossegras

Email: cmf2017@atout-org.com

42ND ANNUAL CONGRESS OF AOMSI

16e18 November 2017, Nagpur, India

Organizer: Abhay Datarkar

Email: abhaydatarkar@yahoo.com

SENTINEL NODE BIOPSY TRAINING COURSE IN EARLY ORAL CANCER e WORKSHOP ON THE TECHNICAL AND REGULATORY ASPECTS OF SETTING UP A NEW SNB SERVICE

15 September 2017, London, UK

Email: uclsnb@gmail.com

NEWCASTLE FUNCTIONAL SEPTORHINOPLASTY & FACIAL PLASTICS CADAVERIC COURSE

4e6 December 2017, Newcastle, London

Organizer: Louise Sore

Email: louise.sore@nuth.nhs.uk

Website: www.nstcsurg.org

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته ماهنامه به سایت زیر مراجعه فرمائید

www.omfs.ir