

دانشگاهی، برای اطلاع از آخرین دستاوردهای علمی تخصصی خود نیاز به شرکت در کنگره‌ها و همایش‌ها دارند. اما آیا کنگره‌های فعلی پاسخ‌گوی نیاز مبرم آنان است؟ آیا نارضایتی که از طرف برخی از همکاران نسبت به تعدد کنگره‌ها می‌شود با نیاز علمی و آموزشی دندان‌پزشکان هم‌خوانی و هم‌سوئی دارد؟ به بیان دیگر، برگزاری کنگره‌های متنوع به سود چه کسانی و به ضرر چه گروهی است؟ با توجه به جمعیت کم اعضای



به نام خدا تا همین چند سال پیش، فقط یک کنگره دندان‌پزشکی در سال برگزار می‌شد و به ناچار همه دندان‌پزشکان چه عمومی و چه متخصص در آن شرکت می‌کردند. با گسترش رشته‌های تخصصی دندان‌پزشکی و کارآمد شدن انجمن دندان‌پزشکان عمومی ایران، هر انجمن تمایل برحق به برگزاری کنگره اختصاصی خود پیدا کرد. دانش‌آموختگان رشته دندان‌پزشکی پس از پایان دوره

انجمن‌های تخصصی که غالباً جمعیت آنان به حدود ۳۵۰ - ۳۰۰ نفر می‌رسد، برگزارکنندگان نمایشگاه‌های کنگره‌ها برای برخورداری از نمایشگاه پر رونق که در واقع بازار فروش کالاهای مصرفی دندان‌پزشکی است، علاقه‌ای به برگزاری کنگره‌های کاملاً تخصصی ندارند و به دنبال کنگره‌های هر از گاهی با بازار شلوغ و پرشماره خریداران کالا اند.

دیر بازی است که چیدمان برنامه‌های کنگره‌های تخصصی دندان‌پزشکی بر این اساس بنا شده است که بیش‌ترین تعداد دندان‌پزشکان عمومی را به کنگره بکشند. در این راستا گرایش به کنگره‌های عام‌تر با جمعیت تردد کننده هر چه بیش‌تر، آماج این گروه قرار گرفته است. در این میان برنامه‌های علمی خود را نیز بر همین اساس تدوین می‌کنند. غالباً در این کنگره‌های تخصصی، سالن اصلی کنگره به سالن همایش ایمپلنت و یا موضوعات مورد علاقه دندان‌پزشکان عمومی که ترکیب اصلی جمعیتی این کنگره‌ها را تشکیل می‌دهند اختصاص داده می‌شود و سالن‌های کوچک‌تر در اختیار گروه تخصصی میزبان کنگره قرار می‌گیرد که البته برنامه‌های این بخش نیز همیشه نامنظم‌تر از برنامه سالن اصلی است. بارها در این پانل‌ها شاهد بودم که بسیاری از سخنرانی‌ها نیمه‌کاره می‌ماند و گاه در این چند دقیقه، لب‌کلام گفته نمی‌شود و عملاً نه از سر سخنرانی چیزی می‌ماند و نه از ته آن.

آیا محدود کردن برنامه علمی رشته تخصصی فقط به یک کنگره عام که در گوشه‌ای از آن، پانلی با عنوان تخصصی برگزار شود کافی است؟ آن هم به صورت یک بار در سال و اخیراً ۲ - ۱/۵ سال یک بار.

برای تأمین نیازهای علمی-آموزشی و حرفه‌ای همکاران متخصص، برگزاری برنامه‌های تخصصی هر رشته به طور مستقل، از ضروریات مورد اتفاق نظر همه متخصصان است. زیرا در جریان فعالیت کاری و حرفه‌ای همکاران همیشه چالش‌هایی پیش می‌آید که نیاز به مشاوره جمعی برای حل آن چالش‌هاست. شیوه‌امروزیین برگزاری کنگره‌های دندان‌پزشکی، بی‌شک به تدریج موجب بی‌انگیزگی همکاران می‌شود و تمایل به شرکت در این برنامه‌ها را از بین می‌برد. بارها شاهد بوده‌ایم که در پانل سخنرانی‌های این کنگره‌ها، حضور شرکت‌کنندگان چقدر ضعیف است. گاه با احتساب مدیران پانل، تعداد افراد

حاضر در سالن به تعداد انگشت‌های یک دست نمی‌رسد. این گونه برنامه ریزی‌ها، نتیجه اش همین است که شاهد آن هستیم «تردد زیاد در نمایشگاه و پانل‌های خالی در کنگره علمی» با هزینه ای بیش از ده میلیارد ریال که پرداخت آن در آخرین چرخه از بودجه دندان پزشکان هزینه می‌شود.

از طرفی دیگر، چون برنامه‌ها در کنگره های عام عمدتاً بر محورهای مرسوم آموزشی دانشگاهی تنظیم می‌شود و سوالات و موضوعات مورد علاقه همکاران متخصص در این کنگره ها مطرح نمی‌شود، طبعاً نیاز و انتظار برای پاسخ گویی به مشکلات کلینیکی و کاربردی مشخص آنان برآورده نمی‌شود. بسیار طبیعی است که در این شرایط هیچ انگیزه ای برای شرکت در این مجامع باقی نماند.

راه چاره، برگزاری کنگره های تخصصی و برگزاری میزگرد و بحث و مناظره علمی و کنفرانس‌های منظم ماهانه در انجمن های تخصصی است تا همه علاقه مندان عضو انجمن‌های علمی بتوانند هم از تجربیات دیگران استفاده کنند و هم نمونه کارهای قابل ارزش خود را به دیگران معرفی نمایند.

در ماه گذشته، کنگره رینوپلاستی پیشرفته که برگزار کننده آن انجمن جراحان پلاستیک و ترمیمی ایران بود، برای حداکثر استفاده از امکانات دانشگاهی و بیمارستانی و در عین حال پائین آوردن هزینه های جاری، در طی سه روز در دو مکان متفاوت، برگزار شد. روز اول و دوم در سالن ابن سینای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و روز سوم در بیمارستان حضرت فاطمه .

هر صبح در پانل اول ، ویدئو پرزنتیشن از کیس‌های خاص توسط سخنرانان به نمایش گذاشته می‌شد و در پانل دوم، بحث جمعی در رابطه با کیس‌های معرفی شده مطرح می‌شد. در وقت بعد از ظهر هر دو روز، سخنرانی‌هایی در رابطه با موضوعات پژوهشی و تجربی ارائه می‌شد. روز سوم در بیمارستان حضرت فاطمه چهار جراحی زنده انجام شد و در این رابطه به سوالات حضار پاسخ داده شد.

نمایشگاه کنگره بسیار کوچک و منظم بود و از چند غرفه انتشارات تخصصی کتب پزشکی و DVD های آموزشی و ابزار جراحی تولیدی شرکت‌های معتبر داخلی تشکیل می‌شد. ویژگی بارز این کنگره، موضوعیت تخصصی و روش اجرای متفاوت آن بود و در این رابطه سطح خوبی از تبادل نظر و تجربه را ارائه داد. کما این که در پانلی حول مسائل حقوقی جراحی‌های بینی بحث بسیار مفیدی انجام شد.

در حال حاضر، کم‌تر انجمن علمی پزشکی است که به طور منظم و ماهیانه کنفرانس ماهانه در برنامه فعالیت خود نداشته باشد. حتی انجمن‌هایی که محل مناسبی برای این کار ندارند از سالن بیمارستان‌های محل کار همکاران استفاده می‌کنند. ۲ سال قبل، انجمن جراحان فک و صورت میزبان نشست انجمن‌های علمی گروه پزشکی در سالن اجتماعات بیمارستان آتیه بود. در آن جلسه، از طرف مدیریت بیمارستان اعلام شد که سالن این بیمارستان برای برگزاری نشست‌های علمی بدون هیچ هزینه ای در اختیار انجمن‌های علمی قرار می‌گیرد.

قلمروی رشته جراحی فک و صورت وسیع و موضوعات آن بسیار متنوع و چالش‌های درمانی بسیار است. همایش‌ها و کنگره‌های این رشته می‌توانند در فضایی آرام و در جوی با سطح علمی بالا، حول موضوعات تخصصی مشخص نه سالی یک‌بار، بلکه در هر فصلی در سالن‌های کوچک‌تر که هزینه ای اندک می‌طلبد از جمله در بسیاری از سالن‌های دانشگاه‌ها یا بیمارستان‌ها برگزار شوند. در آن صورت است که می‌توانیم از استعدادها و توانائی تک تک همکارانمان برای ارتقای علمی و حرفه ای‌مان در جمعی واحد بهره بگیریم.

دکتر میترا میرمحمدی

اقدامات جراحی در ماکروگلوسیای شدید در AL آمیلوئیدوز سیستمیک

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 51 (2013) e72–e74

Short communication

The surgical management of severe macroglossia in systemic AL amyloidosis

Alistair R.M. Cobba^{a,*}, Raghu Boyapati^b, Donald Murray Walker^c, David J. Dunaway^d, Timothy W. Lloyd^e

^a South Thames Cleft Service, Guys and St Thomas's Hospitals NHS Trust, London, United Kingdom

^b Department of Oral and Maxillofacial Surgery, St James Hospital, Dublin, United Kingdom

^c Department of Histopathology, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

^d Craniofacial Service, Great Ormond Street Hospital for Children, London, United Kingdom

^e Department of Oral and Maxillofacial Surgery, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

چکیده:

آمیلوئیدوز بیماری است که با نشست آمیلوئید (پروتئین غیر طبیعی در شکل بندی ورقه های تاه دار بتا) در بافت های بدن مشخص می شود. این بیماری یک نارسائی سیستمیک است و ماکروگلوسیا ممکن است در تمام اشکال آن دیده شود. تغییرات به سمت ساختار طبیعی بافت ها و اشکال سیستمیک بیماری و عوامل زمینه ای آن می تواند درمان جراحی زبان حجیم شده را پیچیده تر کند.

گزارش یک نمونه:

خانم شصت و هفت ساله ای با احتمالاً مورد شدیدی از ماکروگلوسیا به مرکز ملی آمیلوئیدوز ارجاع شد.



Fig. 1. Preoperative appearance of the tongue at rest.

زبان او حجیم شدن پیشرونده ای را از زمان تشخیص زنجیره سبک AL آمیلوئیدوز سیستمیک همراه با مولتیپل میلوما در سال ۲۰۰۲ داشت که با سیکلوفسفامید از ۲ سال قبل (سال ۲۰۰۶) مورد معالجه قرار گرفت، زبان او به قدری بزرگ شده بود که تمام فضای دهان و گونه ها را پر می کرد به طوری که مانع بستن لب می شد و در وضعیت استراحت از دهان بیرون می زد و بی حرکت بود. در این شرایط بیمار فقط قادر به خوردن غذاهای نرم و آبکی بود. گفتار بیمار بسیار ضعیف بود و ناتوان از گذاشتن پروتز دندانی در دهان بود. به این دلایل بیمار از مشکلات روانی حضور در جمع رنج می برد و خواستار جراحی کاهش زبان حجیم شده شد.

مشکلات پزشکی او شامل: دیابت نوع دو، سیکل سل آنمی میکروسیتیک، فشار خون بالا، سابقه تجویز وارفارین بعد از DVT در سال ۲۰۰۷، سستی دست ها که ثانویه به نوروپاتی محیطی و سندروم کارپال تونل دوطرفه (مچی) بود.

یک وج قدامی با رزکسیون V شکل و بستن اولیه آن طراحی شد. وارفراین با تجویز هماتولوژیست قطع شد. در بررسی جراحی، فیبرهای عضلانی زبان با مواد خارج سلولی ائوزینوفیلیک هموزن جایگزین شده بود که توسط بررسی هیستولوژیک آمیلوئید تشخیص داده شدند.

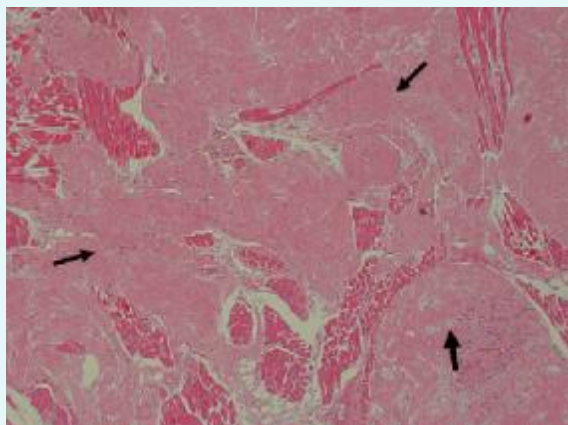


Fig. 2. Histology of Amyloid (arrows) surrounding and nearly totally replacing skeletal muscle fibres of the tongue. Nodules, merging to form large masses, were seen to extend from the lamina propria downwards, replacing most of the skeletal muscle fibres, accounting for the immobility of the tongue noted clinically. Haematoxylin and eosin stain, 100x.

در خونریزی‌ها از شریان زبانی، بازداشتن رگ از خونریزی سخت بود زیرا گیره های رگی و گره های جراحی به علت شکنندگی عروق بریده می شدند. در آخر هموستاز با دیاترمی بای پولار و فشار با پک کردن گاز کنترل شد. گلوستومی قدامی با برش قطعه ای به اندازه 7cm * 8cm بافت با تمام ضخامت انجام شد. بافت های عمیق تر زبان در نگه داشتن سوچوره های عمیق غیر مؤثر بودند و بستن ناحیه با سوچوره های مخاطی مترس حاصل شد.

بهبود بعد از عمل بیمار به علت مشکلات پزشکی وی دچار عوارض شد. بستری در بخش مراقبت های ویژه (ICU) پس از عمل از یک شب به ۶ روز به علت ملاحظات همودینامیک و کلیوی افزایش یافت، تراکتوستومی به منظور تخلیه ریوی انجام شد. زبان با حالت شکفتگی خود دفورمیتی چنگالی شکلی را ایجاد می کرد. به علت از دست دادن حجم زیادی خون که در دستگاه گوارش ریخته شده بود بیمار نیاز به احیاء اورژانسی داشت. به علت سفتی عضلات سوپراگلوتال که آسپیراسیون قابل ملاحظه ای را ایجاد می کرد، بلع دچار مشکلات جدی شده بود. تغذیه بیمار به طریق بینی - معده ای برای چندین ماه نگه داشته شد. نوروپاتی محیطی او بدتر شد و بیشتر حرکات پا و چالاکتی و قدرت دست وی نیز از دست رفت. دوره طولانی از نوتوانی فیزیکی و درمان بلع بیمار نیز مورد نیاز بود.

اجازه گرانولاسیون به جراحی زبان بیمار داده شد که در نتیجه زبان شکل خوبی پیدا کرد. پس از این مرحله دفورمیتی چنگالی کمی مشهود بود ولی با انقباض بافت های اسکار کاهش یافت. دیگر زبان از داخل دهان بیرون نمی زد و لب ها بسته می شدند. اگر چه حجیم شدن زبان ادامه یافت، گفتار بیمار بهبود نیافت و بیمار قادر به گذاشتن پروتز دندانی در دهان نبود ولی بیمار از نتیجه جراحی راضی بود.



Fig. 4. Post operative appearance of patient.



Fig. 3. Post operative appearance of tongue after healing by secondary intention.

بحث: ماکروگلوسیا در ۲۶٪ - ۲۰٪ بیماران با آمیلوئیدوز AL سیستمیک اولیه دیده می‌شود. همچنین در ۱۲٪ آمیلوئیدوز ثانویه و یا به همراه مولتیپل میلوما مشاهده می‌گردد. آمیلوئیدوز دهانی بدون درگیری سیستمیک بسیار نادر است. هیچ توافق نظری بر روی نقش و نوع جراحی در درمان این بیماری وجود ندارد. ماکروگلوسیای آمیلوئیدوز به علت تأثیرات موضعی و سیستمیک بیماری و علت زمینه‌ای آن مسئله بغرنجی است.

در موارد حاد تراکتوستومی و گاستروستومی در حفظ کیفیت بهتر زندگی ممکن است بهتر باشد. در طرح درمان، ارزیابی آناتومی ماکروسکوپی بافت‌های عمیق‌تر زبان و بیوپسی آن تجویز می‌شود. یافته‌ها ممکن است اطلاعاتی در رابطه با مختصات و مدت رزکسیون به ما بدهد. باید توصیه به حفظ کافی فیبرهای عضلانی شود و رزکسیون وج مانند باید به میزان مناسب باشد.

جایگزینی آمیلوئیدی فیبرهای عضلات اسکلتال و درگیری دیواره‌های رگی را باید بسیار جدی گرفت. هموراژی مربوط به شکنندگی رگ‌ها، نقص‌های انعقادی و دیس‌فانکشن پلاکتی می‌توانند اساسی و تهدید کننده زندگی باشند. امبولیزیشن عروق به تنهایی یا قبل از جراحی ممکن است مفید باشد. لیزر یا اسکالپل هارمونیک ممکن است کمک کننده باشند ولی تجربه کمی در رابطه با بافت‌های آمیلوئیدی گزارش شده است.

نتیجه‌گیری: آمیلوئیدوز یک نارسائی پزشکی نادر چند سیستمی است که اغلب با مشکلات پزشکی قابل ملاحظه‌ای همراه می‌باشد. ارزیابی دقیق برای تصمیم‌گیری در رابطه با انجام جراحی در موارد اشکال نادر ماکروگلوسیا لازم است. ترمیم ضعیف، بافت‌های مستعد به خونریزی و عوارض بعد از جراحی اقدامات احتیاط آمیزی را در رابطه با این بیماری می‌طلبد.

CAD - CAM کمک کننده در جراحی زیبایی صورت

CAD-CAM-Assisted Esthetic Facial Surgery

Thomas Hierl, PhD, MD, DDS, * Steffen Arnold, Dipl-Ing, †

Daniel Kruber, Dipl-Inf, ‡ Fritz-Peter Schulze, PhD, § and

Heike Hümpfner-Hierl, MD, DDS

© 2013 American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons

J Oral Maxillofac Surg 71:e15-e23, 2013

Department of Oral and Maxillofacial Plastic Surgery, Leipzig University, Nuemberger Street 57, Leipzig 04103 Germany

هدف: این گزارش جریان کار کاملاً دیجیتال برنامہ ریزی و راهنمای کامپیوتری جراحی های زیبایی در صورت را توضیح می دهد.

ماتریال و متدها: با استفاده از اسکن های نوری و بنا بر نتایج سفالومتریک ۳ بعدی، جراحی مجازی به اجرا درمی آید. سپس تمپلیت های (الگوهای) جراحی با استفاده از نمونه اولیه فوری ساخته می شوند. این تمپلیت ها بعنوان راهنما در طول جراحی عمل می کنند.

نتایج: روند کار بطور موفقیت آمیزی در ۴ جراحی زیبایی صورت (رینوپلاستی و جنیوپلاستی) مورد آزمایش قرار گرفتند. در مجموع علاوه بر کمک در جراحی، امتیازات این شکل کار شامل امکان بحث پلن درمانی با بیمار و مقایسه و اندازه گیری جراحی شبیه سازی شده با نتایج واقعی بود. همچنین علاوه بر آن، می توان اندازه دقیق ایمپلنت های آلوپلاستیک مورد استفاده در جراحی را قبل از جراحی تعیین کرد.

نتیجه گیری: تمپلیت ها می توانند اقدامات اختصاصی در جراحی زیبایی صورت را بهبود بخشند. اقدامات درمانی به کمک کامپیوتر اهمیت بیشتری را در تمام عرصه جراحی های سر و گردن کسب کرده اند. تلفیق با داده های ۳ بعدی (3D) (توموگرافی کامپیوتری، CBCT و اسکن های نوری سطحی) اساساً برای کمک در جراحی های استخوان مورد استفاده قرار گرفته اند. دامنه کاربردی از برنامه ریزی جراحی، طراحی به کمک کامپیوتر (CAD) ، ساخت به کمک کامپیوتر (CAM) از مراحل ۳-۱ برای ایمپلنت و ۴، ۵ برای تمپلیت های جراحی جهت رزکسیون استخوان یا مدلینگ ترانسپلانت استخوانی و ۸-۶ برای کمک در جراحی های کرانیوسینوسیتوزیس و ۹ جنیوپلاستی استخوانی، ۱۰ و ۱۱ برای اسپلینت های دندانی در جراحی ارتوگناتیک، ۱۲ برای بافت نرم صورت، از روند کامل کار از قالب گیری دیجیتال تا ساخت پروتزهای صورتی (در موارد فقدان گوش یا بینی) یا ارتز را چاپ می کند. (۱۸-۱۳) بنابراین آخرین عرصه گم شده در ناحیه سر و گردن همگرایی این متدها در جراحی های زیبایی و بازسازی های صورتی است.

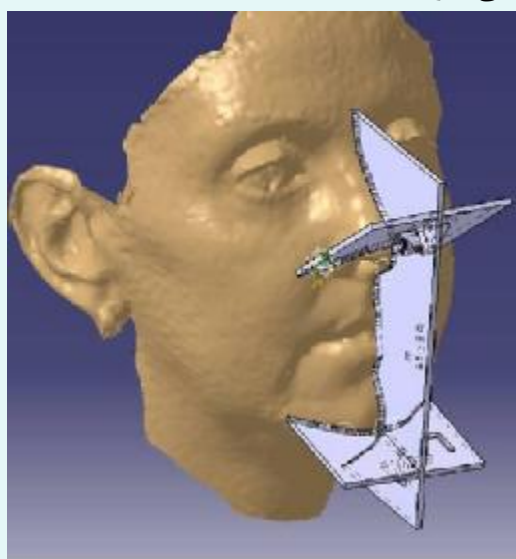
ماتریال ها و متدها: به منظور دست یافتن به روند کار دیجیتال ۴ مرحله مورد نیاز است.

اولین مرحله قالب گیری دیجیتال با استفاده از اسکن های نوری است. این کار اجازه اکتساب سریع و دقیق و بدون رادیاسیون را از سطوح صورتی می دهد. اسکن می تواند در هر زمانی تکرار شود و مش ۳ بعدی را با جزئیات تمام برای همه مراحل بعدی تحویل دهد. مرحله بعدی ارزیابی مختصر از استتیک است. ابزار تجزیه و تحلیل صورتی (۲۳ و ۲۴) یک برنامه نرم افزاری است که توسط ما انجام شده است. این برنامه همه سفالومتری های ۳ بعدی را قادر به انجام وظایف اندازه گیری فواصل و زوایا، آفرینش پلن ها و منعکس کردن آن ها و ... می سازد. بعد از ارزیابی اسکن های صورتی، مش های سطحی را به اندازه های

خواسته شده تطبیق می دهیم. (جراحی مجازی) این امر با استفاده از اسکن های نرم افزاری یا نرم افزارهای صنعتی که برای پیشرفت اتوماتیو یا هوا فضا به کار می رود صورت می گیرد.

اولین مرحله تعیین میانگین مورفولوژی سه بعدی صورت یا سعی در ساختن تمپلیت های زیبایی صورت به صورت جامع است. مراحل ۱۹ و ۲۰ با توجه به بازسازی بینی بعد از جراحی تومور (کاهنده) و بازسازی تمپلیت ها با استفاده از قالب گیری، مدلینگ با واکس و ساخت مدل از طریق ساخت نمونه های اولیه فوری تشریح شده است. ۲۱ و ۲۲ در این گزارش، روند کار نویی برای برنامه ریزی جراحی های صورت (رینوپلاستی، جنیوپلاستی) و کمک در جراحی، کاملاً بر اساس داده های دیجیتال معرفی شده است و اولین کاربرد آن نشان داده شده است.

گام بعدی مقایسه بین جراحی مجازی با داده های پیش از جراحی است. همه تغییرات باید با استفاده از نقشه color coded distance map بین دو داده مورد نظر، ارزیابی شود.



Surgical template consisting of 3 parts constructed with Catia. Horizontal templates can be plugged into the vertical template. Small flanges prevent unintentional mobility. Note, L imprinted on left side as a help for correct assembly.

گذشته از این، شکل و اندازه این تفاوت ها می تواند برای انتخاب ایمپلنت معینی (در جنیوپلاستی) به کار آید. به مجرد اینکه نتایج جراحی مجازی مورد قبول قرار گرفت، تمپلیت ها می توانند طراحی شوند و با استفاده از نمونه اولیه فوری ساخته شوند. این تمپلیت ها به عنوان راهنما در طول جراحی و در ارزیابی های بعد از جراحی عمل می کنند. تمپلیت ها باید راحت ساخته و به کار برده شوند و باید شامل همه اطلاعات مورد درخواست باشند. باید قابل استریلیزاسیون باشند و تکنولوژی تولید آن اجازه قیمت گذاری قابل قبولی را برای آنان بدهد. به منظور دستیابی به این امر، تمپلیت های سه بعدی کامل یا دو بعدی باید ساخته شوند.

با توجه به تمپلیت های سه بعدی، قالب ترنس پرنی از نتایج خواسته شده ضروری است. بنابراین، تمپلیت های ۲ بعدی چندگانه که می توانند با تلفیق با یکدیگر سه بعدی شوند ساخته شد.

برای تمام برنامه ریزی کامل از اسکن نوری تا داده های تمپلیت به ۲/۵ - ۱/۵ ساعت وقت نیاز است

بعد از جراحی، از بیمار مجدداً اسکن گرفته می شود تا بتوان نتایج را با داده های قبل از عمل و جراحی مجازی مقایسه کرد. در روند کار ما، برای مدلینگ از مواد پلاستیکی سخت (acrylonitrilebutadiene styrene) با عمری طولانی که

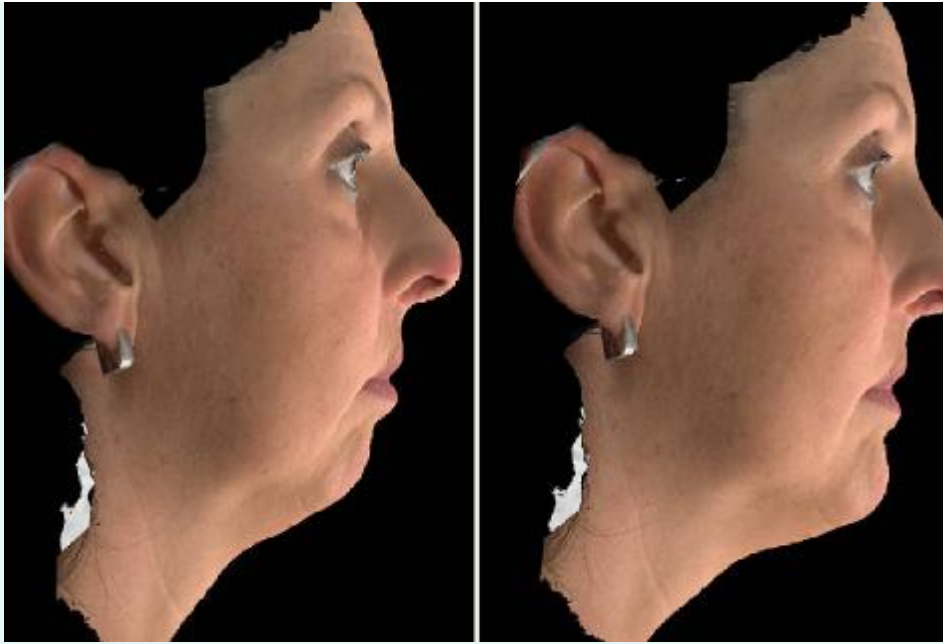
قابل استریل شدن باشند استفاده شده است. این تمپلیت ها پس از استریلیزاسیون جهت کمک در طول جراحی، به اتاق عمل منتقل می شوند. گذشته از آن، تغییرات برآمده می توانند به راحتی توسط جایگذاری تمپلیت در طی مشاوره بیمار چک شوند.

نتایج: این شکل کار در ۳ بیمار که برای آنان ۴ عمل جراحی انجام شد مورد ارزیابی قرار گرفت. نمونه شاخص آن بیمار ۴۳ ساله ای با شکاف لب و کام یک طرفه است. بعد از انجام distraction osteogenesis ماگزایلا و جلو بردن ماگزایلا با عمل Le Fort I، بیمار در پی درمان برای جراحی زیبایی نهایی برآمد. بعد از اسکن نوری، موقعیت ایده آل چانه با استفاده از سفالومتری سه بعدی تعیین شد. سپس اقدامات برنامه ریزی شده توسط نرم افزار 3D-Mirror بنا بر ارزیابی های سفالومتریک شبیه سازی شد. نتایج با بیمار مورد مباحثه قرار گرفت و تمپلیت ساخته شد. جراحی شامل رینوپلاستی جزئی و آگمنتاسیون چانه با ایمپلنت پلی اتیلن بود. ابعاد ایمپلنت چانه مورد نیاز نیز قبل از عمل انتخاب شد. (با تفریق داده های قبل از عمل از داده های برنامه ریزی شده) تصاویر ۵ تا ۸ وضعیت اصلی (اریجینال) را در مقابل وضعیت پیش بینی شونده و نتایج نهایی را بر اساس اسکن های نوری شبیه سازی شده مقایسه می کند.

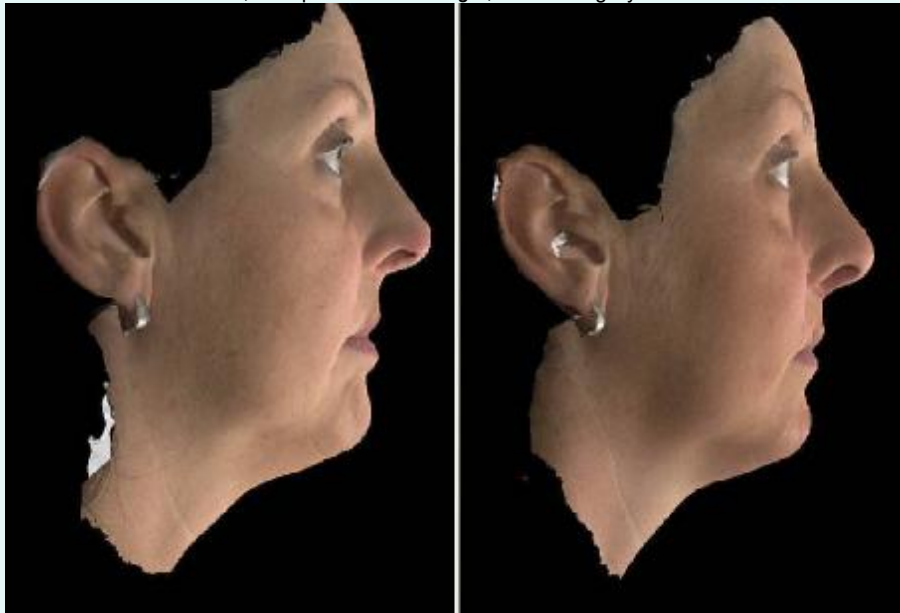
بحث: مقداری تورم همیشه اتفاق می افتد که می تواند میزان واقعی تغییرات بافت نرم را پنهان کند. در جنیوپلاستی، تفاوتی می تواند بین عمل های بر روی استخوان و استفاده از onlay های آلوپلاستیک وجود داشته باشد. آماده کردن با احتیاط ناحیه ساب پریوستال، فقط به اندازه ایمپلنت، منتج به تورم کمتر می شود و اجازه ارزیابی واقع گرایانه تری را نسبت به دست کاری استخوان خواهد داد.



Left, Lateral view of 43-year-old patient with retropositioned chin and minor nasal deformity. *Right*, Cephalometric analysis (face analysis tool): *green*, anatomic landmarks; *blue*, landmarks defining reference planes and lines (planes not shown for better visibility); *red*, preoperative and suggested chin position.



Left, Preoperative view. Right, Virtual surgery result.



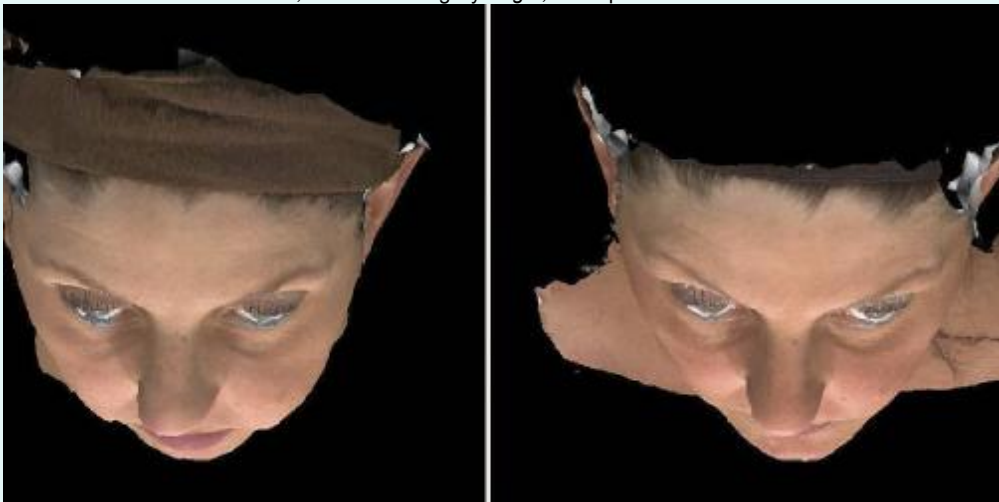
Left, Result of virtual surgery. Right, Actual result 3 months after surgery.



Left, Preoperative oblique scan. Right, Simulated effects



Left, Simulated surgery. Right, Postoperative scan.



Pre- and postoperative comparison using facial 3D scanning. *Left, Preoperative view. Right, Postoperative view. Cranial view*

shows changes in chin position and effects of rhinoplasty.

در جریان رینوپلاستی، مقداری تورم ایجاد خواهد شد. گرچه پاکت بافت نرم بینی در مقایسه نازک است و می تواند در طول جراحی با آب سرد خنک شود. در بیمار ما تورم در بخش های کرانیال بینی مشخص تر بود و در ناحیه نوک بینی کمتر مشاهده می شد.



Template check 3 months' postoperatively.
Note, Difference in template of throat
resulted from reclined head posture.

تمپلیت ها به منظور کمک به جراح در طول جراحی طراحی می شوند که اگر نتایج زیبایی به نظر نامطلوب باشد می توانند کنار گذاشته شوند. بنابراین، مهارت های جراحی برای انجام این جراحی ها و استفاده از قضاوت های مرسوم نتایج جراحی، ضروری هستند. بخش مهم در هر متد جدیدی تعیین زمان لازم برای انجام آن و برآورد هزینه آن است.

اسکنرهای نوری و نرم افزارها دامنه وسیعی از قیمت گذاری (از ۳۰۰۰۰ - ۳۰۰ دلار) را دارند و شرایط مشابهی برای نرم افزارهای ضرور دیگر صادق است. به عنوان اصل مسلم، نرم افزارهای با قیمت های پایین تر نیاز به مهارت های تکنیکال و صرف وقت بیشتری دارند.



A, Preoperative frontal view. B, Facial changes after intervention

متد به کار گرفته در گزارش فقط یکی از متدهای مورد استفاده است که نیاز به ۲/۵ - ۱/۵ ساعت وقت دارد. اگرچه زمان زیادی برای استفاده از این متد گذاشته می شود ولی سود بالقوه آن در این است که جراح

را مجبور به تجزیه و تحلیل و برنامه ریزی برای عمل می کند که در نتیجه می تواند باعث کاهش زمان عمل و پیشرفت نتایج آن شود.

چکیده مقالات

عوارض تهدید کننده زندگی به دنبال جراحی ارتوگناتیک در بیمار با آنژیوادم ارثی تشخیص داده نشده

Life-Threatening Complications Following Orthognathic Surgery in a Patient With Undiagnosed Hereditary Angioedema

Julio Cifuentes, DDS, OMFS,* Francis Palisson, MD,y Salvador Valladares, DDS,z
and Daniel Jerez, DDSx _ 2013 American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons
J Oral Maxillofac Surg 71:e185-e188, 2013

Received from the Oral and Maxillofacial Surgery Service of Clínica
Alemana, Fac of Medicine, School of Dentistry, U del Desarrollo, Clínica Alemana, Chile.

همان طور که در مقالات ذکر شده، آنژیوادم ارثی (HAE) یک بیماری اتوزومال غالب است که با وقوع مکرر آنژیوادم در اثر کمبود یا دگرگونی فانکشنال بازدارنده پروتئین C پلاسما معرفی می شود. این آنژیم در تنظیم کمپلمان سیستم فیرینولیتیک و کواگولاسیون کالیکرئین - کینین شرکت می کند. HAE توسط اپیزودهایی از ادم در حنجره، ساختارها و بافت های صورتی، لوله گوارش یا دست ها و پاها تعریف می شود. ادم حنجره اغلب بعد از جراحی دهان، گزارش شده است.



FIGURE 1. Facial edema more than 24 hours post-orthognathic surgery.

در این مقاله یک گزارش از پسر ۱۸ ساله آسیایی که در سابقه پزشکی او مورد قابل توجهی به نظر نمی رسید ولی پس از جراحی ارتوگناتیک عوارضی را تجربه کرد، ذکر می شود. ۳۰ ساعت بعد از جراحی، در بیمار ادم شدید صورتی، فارنژیال و گلو تیک اتفاق افتاد که موجب اختلالات در راه هوایی شد و نیاز فوری به لوله گذاری تراکیال را سبب گردید. بیمار مورد آزمایش تعیین سطح پلاسمایی بازدارنده C1 قرار گرفت که میزان آن زیر حد طبیعی نشان داده شد و به این ترتیب تشخیص HAE برای وی گذاشته شد. در نتیجه به بیمار پلاسمای fresh - frozen تزریق شد و همراه با تثبیت وضعیتش در طول روز، حال بیمار به تدریج بهبود یافت.

نمونه‌هایی از HAE به دنبال جراحی‌های دهان نیز گزارش شده است ولی بنا به اطلاعاتی که در دسترس مؤلفین این مقاله بود، این اولین نمونه گزارش شده آنژیو ادم پس از جراحی ارتوگناتیک است.



FIGURE 3. Coronal computerized tomography of the pharynx after orotracheal intubation. The arrow shows how the airway is compromised in its entirety and how the tube maintains its patency.

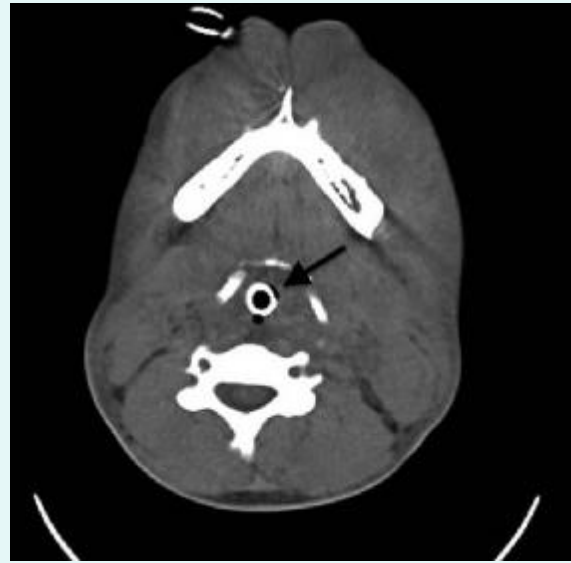


FIGURE 2. Axial computerized tomography of the hypopharynx after orotracheal intubation. The arrow shows how the airway is compromised in its entirety and how the tube maintains its patency.

تومورهای متاستاز دهنده به حفره دهان، مطالعه ای از ۱۶ مورد

Tumors Metastasizing to the Oral Cavity: A Study of 16 Cases

Judith Murillo, MD,* Jose V. Bagan, PhD, MD,y Elena Hens, MD,z Jose M. Diaz, MD,x
and Manuel Leopoldo, MDk

J Oral Maxillofac Surg 71:1545-1551, 2013

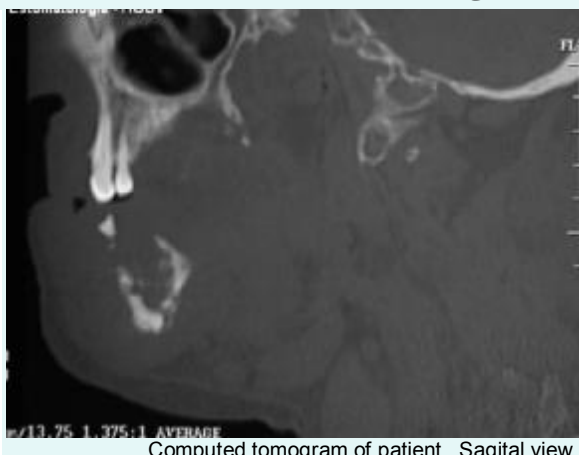
Received from the Service of Stomatology and Maxillofacial Surgery, University General Hospital, Valencia, Spain.

هدف: تجزیه و تحلیلی بر روی ویژگی‌های کلینیکی و اپیدمیولوژیکی گروهی از بیماران با متاستاز تومورهای اولیه دور دست یا بدخیمی‌های اولیه شناخته نشده به دهان انجام شد.

ماتریال و متدها: سری مطالعاتی مرکب از ۱۶ بیمار با ضایعات متاستاتیک در دهان بود که به بخش استاماتولوژی و جراحی فک و صورت بیمارستان عمومی دانشگاه والنسیای اسپانیا مراجعه کرده و در ۱۵ سال اولیه بیماری تشخیص داده شده بودند. تجزیه و تحلیل گذشته نگری مشتمل بر سن و جنس، خصوصیات کلینیکی ضایعات متاستاتیک، محل تومور اولیه و زمان سپری شده از تشخیص بیماری تا مرگ بیمار انجام شد.

نتایج: در این مطالعه ۱۳ مرد و ۳ زن بیمار (با سن متوسط ۵۸/۸ سال) قرار گرفتند. ۱۰ بیمار با تومور اولیه تشخیص داده شدند که برای مدتی طولانی زیر درمان بودند. ۲ بیمار با بدخیمی اولیه و ۴ بیمار با تومور اولیه غیرمشخص (ضایعه متاستاتیک با مطالعه بیوپسی) تشخیص داده شدند. ظهور کلینیکی بارز بیماری بیش تر به شکل ضایعه ای مرکب از متاستاز بافت نرم و استخوان و بعد از آن ضایعات منفرد بافت

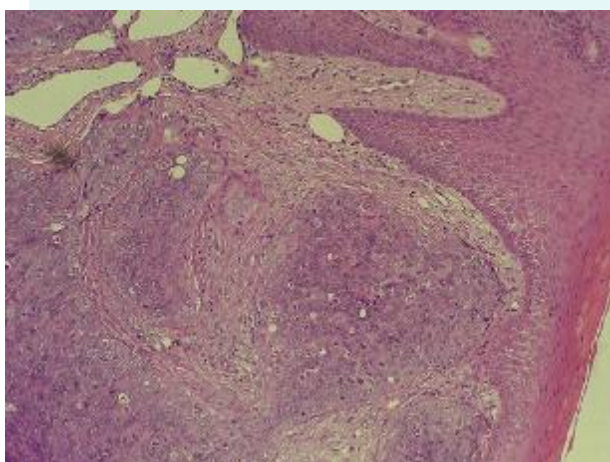
نرم و سپس ضایعات منفرد استخوانی بروز می‌کردند. برخی بیماران هیچ ضایعه دهانی واضحی نداشتند. بدخیمی‌های اولیه عمدتاً از ریه و سپس از پروستات، لوله گوارش، غده تیروئید، پستان و کبد منشاء می‌گرفتند. میانگین بقای بیماران بعد از تشخیص متاستاز دهانی، ۸/۲۵ ماه بود.



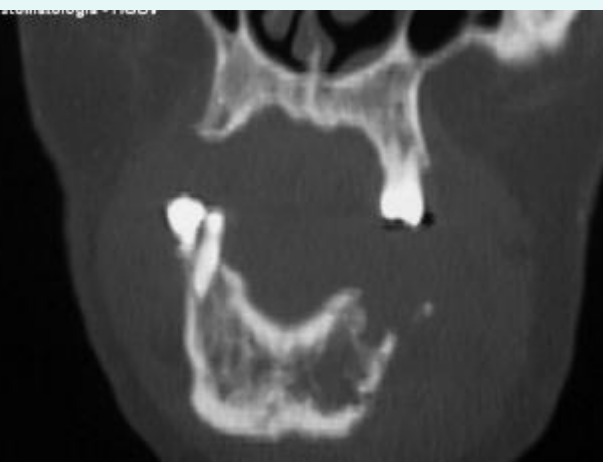
Computed tomogram of patient .Sagittal view.



Clinical image of a patient with oral metastasis of rectal cancer.



Histopathologic study of patient. Hematoxilina stain



Computed tomogram of patient -Coronal view.



Clinical image of a patient with oral metastasis of liver cancer.

نتیجه گیری: ضایعات دهانی متاستاتیک، ضایعات نادری هستند که می‌توانند زنان و مردان را به طور برابر درگیر کرده و در هر سنی به وجود آیند. این ضایعات ممکن است اولین نشانه ظهور بدخیمی اولیه هنوز تشخیص داده نشده ای باشند. بر طبق مقالات، متاستاز استخوانی شایع‌تر از متاستاز بافت نرم است.

با وجود این در مطالعه حاضر، غالب بودن آشکار این ضایعات را در مردان و شکل مخلوط ضایعات نشان می‌داد و بعد از آن ضایعات منفرد بافت نرم و سپس ضایعات منفرد استخوانی بروز می‌کردند.

مقایسه بین تکنیک ترنس سپتال کلاسیک و اصلاح شده (alar cinching) برای استئوتومی‌های لفورت I

Comparison between the classical and a modified transseptal technique of alar cinching for Le Fort I osteotomies: a prospective randomized controlled trial

N. Nirvikalpa, V. Narayanan, A. Wahab, A. Ramadorai

Int. J. Oral Maxillofac. Surg.

2013; 42: 49–54. # 2012 International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.

Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Saveetha Dental College & Hospital, Chennai, India

چکیده: هدف از گزارش این نمونه کنترل شده پرسپکتیو، تجزیه و تحلیل کفایت سوچور جدید ترانس سپتال alar base cinch در کنترل پهنای پره های بینی در بیمارانی که جراحی Intrusion و set back ماگزایلا برایشان انجام می‌شود و مقایسه بین این سوچور و سوچور متداول است. ارزیابی آماری در ۶۲ نفر از ۷۶ بیمار انجام شد. در گروه I (۳۱ بیمار) برای بیماران سوچور معمول alar base cinch زده شد و در گروه II (۳۱ بیمار) این سوچور با گرفتن سپتوم بینی (۱۰ میلی‌متر پشت لبه قدامی آن) در سوچور alar base cinch انجام شد. در دو گروه تشخیص دقیق بافت فیبرو آرتولار آالر با سوزن ۱۸ گیج سبز که در خارج دهان عبور داده شد تسهیل گردید. پهنای آالر بیس قبل و ۶ ماه پس از جراحی به کمک کالیپر vernier اندازه گیری شد. پهنای آالر بیس در گروه اول، قبل از عمل ۲۹/۷۶ میلی‌متر و در گروه دوم ۲۹/۷۹ میلی‌متر بود. مقادیر پس از عمل در گروه اول ۳۲/۴۲ میلی‌متر و در گروه دوم ۲۹/۹۴ میلی‌متر بودند. میزان پهن شدن آالر بیس ۲/۶۶۱ میلی‌متر در گروه I و ۰/۱۴۵ میلی‌متر در گروه II بود. تفاوت در پهنای آالر به لحاظ آماری قابل ملاحظه بود. در نتیجه گیری، سوچور آلار بیس ترنس سپتال اصلاح شده، کنترل بهتری از لحاظ معماری آالر بیس در set back و Intrusion فک بالا می‌دهد.



Fig. 3. 20 vicryl suture passing through it alar base fibroareolar tissue.



Fig. 2. 18-gauge needle passing through the right ala point, at the nasofacial skin fold and emerging intra orally, thereby identifying accurately the fibroareolar tissue.



Fig. 1. Right and left alae points marked at the nasofacial skin fold.



Fig. 6. Suture tightening.



Fig. 5. Passing the third suture bite through a point that is 10 mm behind the anterior end of the nasal septum.



Fig. 4. Dissection of the nasal septum and marking a distance of 10 mm from its anterior end with Vernier calliper.

عادت جراحان دهان و فک و صورت در تجویز داروهای مسکن مخدر و دیگر روش‌های کنترل درد پس از خارج نمودن دندان عقل نهفته

Narcotic Prescribing Habits and Other Methods of Pain Control by Oral and Maxillofacial Surgeons After Impacted Third Molar Removal
Ibrahim Mutlu, DDS, PhD,* A. Omar Abubaker, DMD, PhD, and Daniel M. Laskin, DDS, MSz

J Oral Maxillofac Surg 71:1500-1503, 2013 Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Virginia Commonwealth University School of Dentistry, 521 N 11th St, Richmond,

برگردان: نگین متینی - دانشجوی دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

هدف: تصور می‌شود که یک منشاء استفاده از داروهای نارکوتیک (مسکن مخدر) برای مصارف غیر درمانی در جوانان، تجویز مقادیر اضافی استفاده نشده از این داروها است که برای کنترل درد، پس از خارج نمودن دندان عقل نهفته توصیه می‌شود.

هدف از این مطالعه، بررسی این مطلب است که آیا جراحان فک و صورت به طور معمول، میزان بیش‌تری از دارو را برای کنترل درد پس از جراحی دندان عقل تجویز می‌کنند؟ هدف بعدی این است که مشخص شود آیا روش‌های دیگری برای کاهش درد پس از جراحی به جای تجویز بی‌روبه داروهای مسکن مخدر، استفاده می‌شود؟

بیماران و روش‌ها: پرسش‌نامه ای حاوی ۸ سوال، به صورت تصادفی میان ۱۰۰ نفر از جراحان فک و صورت عضو انجمن جراحان فک و صورت آمریکا در هر یک از ۶ ناحیه فرستاده شد. محتوای این پرسش‌ها مربوط به تجویز روتین داروی مسکن مخدر برای جراحی دندان عقل نهفته، رایج‌ترین داروی مورد استفاده و میزان دوز و تعداد قرص‌های تجویز شده بود. از جراحان هم چنین سوالاتی در مورد تجویز داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی پیش از درمان یا همزمان با تجویز داروهای نارکوتیک، تزریق داروی استروئیدی یا استفاده از داروی بی‌حسی موضعی طولانی اثر پس از جراحی، پرسیده شد.

نتایج: تنها ۲ نفر از ۳۸۴ پاسخ دهندگان در پرسش‌نامه قید کردند که داروی نارکوتیک در موارد خارج نمودن دندان نهفته تجویز نکرده اند. هیدروکدون (۵ میلی گرم) شایع‌ترین داروی نارکوتیک تجویز شده بود. تعداد قرص‌های تجویز شده بین ۱۰ تا ۴۰ عدد گزارش شد که در اکثر موارد به میانگین ۲۰ عدد قرص

می‌رسید. با این حال، از ۸۰ نفر از پاسخ دهندگان (۲۲٪) ۴۰ نفر، تعداد بیش‌تری (۳۰) قرص تجویز کرده بودند. هم چنین، ۸۰٪ از جراحان به بیماران خود استروئید تزریق نموده و ۶۲٪ نیز از داروهای بی حسی موضعی طولانی اثر پس از جراحی استفاده کرده بودند. تنها ۳۴٪ از جراحان، به بیماران خود پیش از درمان داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی تجویز نمودند، ولی ۶۶٪ از جراحان، این داروها را برای استفاده پس از درمان توصیه کردند.

نتیجه گیری: اغلب جراحان فک و صورت داروهای ضد درد (مسکن) را با دوز و نوع مناسب به همراه روش‌های مکمل در کنترل درد تجویز می‌کنند. با این وجود، یافته‌های ما نیز نشان می‌دهد که در بیش‌تر از ۲۰٪ از موارد، تعداد قرص‌ها بیش از حد نیاز برای کنترل درد بعد از جراحی تجویز شده است.

این مسئله می‌تواند منشائی از انحراف و سوء مصرف دارویی و استفاده خارج از مقاصد پزشکی از داروهای مسکن مخدر در جوانان باشد که می‌بایست از آن احتراز شود.

بحث: مطالعات حاکی از آن است که یکی از رایج‌ترین منابع استفاده غیر پزشکی جوانان از اپیوئیدها (داروهای مسکن و مخدر) داروهای اضافی و مصرف نشده ای است که برای افراد خانواده و دوستان آنان به دلیل اهداف درمانی تجویز شده است. برای همین، احتیاط در تصمیم‌گیری برای تجویز میزان داروی مناسب (تعداد قرص‌ها) که توسط کلینیسین بعد از جراحی دندان عقل نهفته صورت می‌گیرد، از اهمیت زیادی برخوردار است. میزان داروهای که مکرراً تجویز می‌شود، حدود ۲۰ عدد قرص است که ۴ الی ۶ بار در روز مصرف می‌گردد. این شیوه مصرف، هیچ گونه مبنای علمی ندارد و بیش‌تر از نظر تاثیرات بالینی است که درد عموماً ۳ الی ۴ روز به طول می‌انجامد؛ در اولین روز بعد از جراحی به بیش‌ترین حد رسیده و به تدریج کاهش می‌یابد.

بدین گونه، با فرض این‌که بیمار در روز اول که بیش‌ترین درد را دارد، ۶ عدد قرص مصرف کند و در دو روز بعدی نیز، روزانه ۴ عدد قرص و در چهارمین روز حتی چند قرص نیز مصرف کند باز هم ۲۰ عدد قرص بیش از حد نیاز وی است. با این حال، بعضی از کلینیسین‌ها در مواردی که درد بیش از ۴ روز طول بکشد، تعداد بیش‌تری قرص تجویز می‌کنند. این شیوه به هیچ گونه توصیه نمی‌شود، زیرا ادامه یافتن درد ممکن است نشانه بروز عفونت و یا استئیت آلوئولار باشد و به جای ادامه مصرف دارو، بیمار می‌بایست به جراح مراجعه کند.

نتیجه تحقیق حاضر نشان داده که بیش از ۲۰٪ از پاسخ دهندگان، بیش‌تر از ۲۰ عدد قرص را برای بیماران خود تجویز کرده اند که البته نیمی از همین تعداد کلینیسین‌ها، ۳۰ عدد قرص در نسخه درج نموده اند. علاوه بر این، از ۳۶ پاسخ دهنده، ۲۰ نفر بیش از ۲۰ عدد قرص (بین ۲۴ تا ۴۰ عدد) تجویز کرده اند. بنابراین، آنچه روشن است، این است که تعداد قابل ملاحظه ای از بیماران بیش‌تر از نیاز خود برای کنترل درد، دارو دریافت کرده اند که ممکن است راهی به سوی مصرف بی رویه غیر درمانی این مواد باز شود.

۴ مرحله برای تجویز مناسب دارو برای کاهش درد پس از جراحی موثر است. اول، کلینیسین باید دارویی را انتخاب کند که قدرت کافی برای کنترل مقدار درد مورد انتظار داشته باشد. پاسخ‌دهی به این پرسش‌نامه نشان داده است که اغلب کلینیسین‌ها برای این منظور، هیدروکدون را ترجیح می‌دهند و این دارو اثر مطلوبی نیز داشته است. دومین مرحله این است که بیمار می‌بایست اولین دوز دارو را پیش از شروع درد

مصرف کند. سوم این که دارو می‌بایست طبق برنامه مصرف شود تا آستانه درد در سطح بالایی حفظ شود تا این که این آستانه با مصرف نامنظم دارو، بالا و پایین شود. کلیه این موارد می‌بایست رعایت شود و بعد در مرحله چهارم، توجه شود که بهتر است دارو با دوزهای کم‌تر و در فواصل کوتاه‌تر (مکرراً) مصرف شود تا این که دوز زیادی از دارو در فواصل طولانی تجویز گردد. یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که تقریباً ۵۰ درصد از جراحان، استفاده از دوز ۵ میلی گرم هیدروکدون را به تجویز دوزهای بالاتر آن ترجیح داده‌اند. با توجه به این که یک داروی مسکن به تنهایی برای کنترل تمامی دردهای پس از جراحی کافی نیست، لذا بهتر است از دیگر روش‌های کنترل درد نیز استفاده شود. این روش‌ها می‌توانند شامل استفاده انحصاری از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی، استفاده از استروئیدها و تزریق داروهای بی‌حسی موضعی طولانی اثر، پس از جراحی باشند. با بررسی یافته‌ها در مطالعه حاضر، برآورد شده است که درصد بالایی از جراحان فک و صورت از روش‌های مکمل نیز برای کنترل درد استفاده می‌کنند.

نتایج بیان‌گر این است که جراحان فک و صورت نوع و میزان دوز مناسبی از دارو را تجویز می‌کنند. هم‌چنین آن‌ها از روش‌های دیگری برای تخفیف درد به عنوان مکملی در کنار مسکن‌ها استفاده می‌کنند. با این حال، یافته‌ها هم‌چنین نشان می‌دهند که بیش از ۲۰٪ از جراحان، بیش‌تر از میزان نیاز برای رفع درد پس از جراحی دندان عقل نهفته دارو تجویز کرده بودند. این ازدیاد در تجویز داروی مسکن می‌تواند به سر‌منشائی برای مصارف غیر درمانی و پزشکی برای جوانان تبدیل شده و می‌بایست از آن احتراز شود.

نشست‌های علمی ماه آذر

سیزدهمین کنگره انجمن پروستودنتیست های ایران

تهران - هتل المپیک ۸ - ۵ آذر ماه ۹۲ تلفن: ۸۸۲۸۸۸۴۱ - ۰۲۱

کارگاه مقاله نویسی به زبان انگلیسی (کارگاه)

۹۲/۹/۱۳ تا ۹۲/۹/۱۴ برگزار کننده: دانشگاه علوم پزشکی ارتش

محل برگزاری: خ فاطمی - خ اعتماد - دانشگاه علوم پزشکی ارتش - دانشکده پزشکی ط اول - کلاس ۴ - تلفن:

۸۸۳۳۷۹۲۲

برای جراحان فک و صورت: ۱۰ امتیاز

تازه های درمان کانسره‌های دستگاه گوارش، سر و گردن و پستان (سمینار)

۹۲/۹/۱۳ تا ۹۲/۹/۱۴ برگزار کننده: دانشگاه علوم پزشکی تهران

محل برگزاری: تهران - بیمارستان امام خمینی - تالار امام تلفن واحد مجری ۶۱۱۹۲۵۰۱

واحد مجری: انسیتیتو کانسر / مرکز تحقیقات سرطان

برای جراحان فک و صورت ۵ امتیاز

دومین سمینار ایمپلنتولوژی

۹۲/۹/۱۴ تا ۹۲/۹/۱۵ برگزار کننده: انجمن علمی ایمپلنتولوژی ایران
آدرس محل برگزاری: کیش - مرکز همایش های بین المللی کیش - سالن خلیج فارس تلفن واحد مجری: ۸۸۲۶۲۲۱۷
برای دندان پزشکان عمومی و متخصصین ۱۰ امتیاز

دوره آموزش فشرده research در پزشکی (کارگاه)

۹۲/۹/۲۵ تا ۹۲/۹/۲۸ برگزار کننده: دانشگاه علوم پزشکی ایران
آدرس محل برگزاری: بیمارستان حضرت رسول اکرم، مرکز آموزشی-تحقیقاتی جراحی های کم تهاجمی تلفن ۶۶۵۰۷۰۵۵
برای دندان پزشکان عمومی و متخصصان ۱۱ امتیاز

مقاله نویسی لاتین (کارگاه)

۹۲/۹/۲۶ تا ۹۲/۹/۲۸ برگزار کننده: دانشگاه علوم پزشکی ارتش
محل برگزاری: تهران - خ فاطمی غربی - خ شهید اعتماد زاده - دانشگاه علوم پزشکی ارتش - سالن اجتماعات مرکز
مطالعات و توسعه آموزش پزشکی
برای دندان پزشکان عمومی و متخصصان ۱۳ امتیاز

کنفرانس ادواری بیمارستان مدائن (میزگرد)

تاریخ ۹۲/آذر/۶ 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 ۷/آذر/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 گوش و حلق و بینی و سر و گردن.

سیزدهمین کنگره بیماری های گوارشی و کبد

WWW.iaghcongress.org تلفن ۳-۸۸۳۳۵۰۶۱

مقاله زیر در ماه نامه آبان سایت ایردن (www.irdden.com) آمده است. برای آن گروه از دوستانی که مقاله را دریافت نکرده اند، در این جا آورده می شود.

دکتر میترا میرمحمدی

متخصص جراحی دهان و فک و صورت

PhD در علوم پزشکی

ترومبومبولیسم وریدی در بیماران جراحی فک و صورت

ترومبومبولیسم وریدی (VTE) عارضه ای بالقوه تهدید کننده حیات در بیمارانی است که جراحی های بزرگ برایشان انجام می شود. وقوع این عارضه در برخی گزارشات به میزان نصف وقوع انفارکتوس میوکارد و ۳ برابر CVA اظهار می شود.

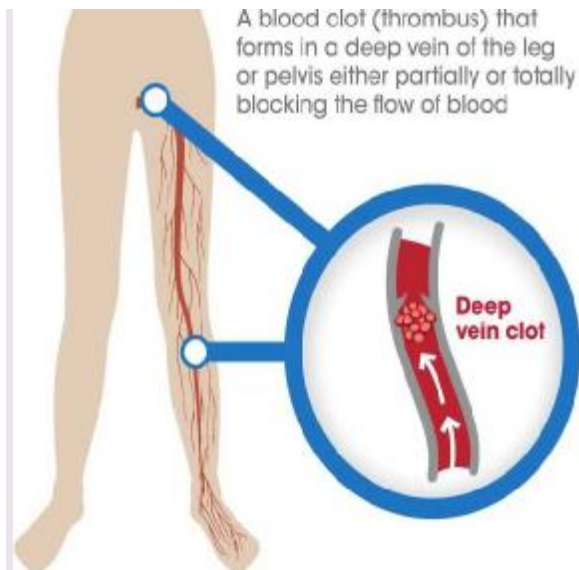


این عارضه تنها علت مرگ در بسیاری از بیماران و به همان میزان علت مساعد کننده اصلی مرگ در افراد دیگر است، که این عارضه را مبدل به سومین علت مرگ و میر در برخی کشورها گزارش می کند. در ۵۰٪ مرگ و میرها هنگام اتوپسی، امبولی ریوی دیده می شود، گرچه به عنوان تنها علت مرگ ۵٪ تا ۱۵٪ موارد را تشکیل می دهد. در میان علل ایجاد این عارضه، بالا رفتن سن جمعیتی، تعداد بیش تر اقدامات جراحی که امروزه به عمل می آید، امکان استفاده بیش تر از داروهای ضد بارداری و افزایش طول عمر بیماران را می توان شمرد.

وقوع VTE بعد از عمل، در جراحی های مختلف متفاوت است و بیش ترین وقوع آن در جا به جایی های کامل مفصل ران اتفاق می افتد.

VTE شامل ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) و امبولیسم ریوی (PE) می شود. چندین مطالعه در بیماران جراحی های عمومی، ریسک ایجاد DVT را کم تر از ۳٪ در بیماران زیر ۴۰ سال و در جراحی های با مدت زمان کم تر از ۳۰ دقیقه تخمین زده است. وقوع این عارضه هم چنین بستگی به نوع جراحی از ۳۲٪ تا ۸۸٪ در جراحی های اورولوژیک، زنان و ارتوپدی نوسان می کند. استفاده از ترومبوپروفیلاکسی روتین قبل از عمل، احتمال ایجاد این عارضه را تا ۳۰٪ - ۱۵٪ کاهش می دهد.

ترومبومبولیسم وریدی در بیش تر بیماران جراحی از پاها و لگن منشاء می گیرد. خصوصاً در بیمارانی که مشکلات پزشکی دارند و کسانی که قلب منبع مهم امبولی است.



DVT اغلب به عنوان کانون پلاکتی در کاسپ‌های دریچه‌های وریدی ساق پا است که یا به طور خودبه‌خود حل می‌شود یا انتشار می‌یابد. تا هنگامی که ترومبوز در محدوده عضلات ساق پا باقی می‌ماند، اغلب بدون علامت است. امبولی ریوی حتی می‌تواند بدون علامت و همراه با سطح نرمالی از فشار اکسیژن شریانی باشد. تاکی پنه و تاکیکاردی می‌توانند وجود داشته باشند که از یافته‌های غیر اختصاصی است. در بیماران با امبولی ریوی وسیع، سیاهرگ‌های گردنی می‌توانند منبسط شوند. سیانوز، سنکوپ، شوک و سنگینی جلوی قلب، سوفل ناشی از نارسایی دریچه سه لته یا درد جلوی قلب وجود داشته باشند که در این شرایط رادیوگرافی قفسه سینه و الکتروکاردیوگرام برای رد تشخیص بیماری‌های دیگر مفید هستند.

فاکتورهای مستعد کننده DVT و آسیب شناسی فیزیولوژیک

علت‌های ترومبوامولیسم وریدی مربوط به سه مکانیسم متفاوت است؛ (۱) استاز وریدی (۲) آبنورمالیتی در خون بیمار که شرایط هایپرکواگولاسیون ایجاد می‌کند. (۳) آسیب به ورید که مستعدکننده ترین فاکتور استاز وریدی است که با واریس، چاقی، نارسائی احتقانی قلب، بارداری و از همه مهم‌تر در بیماران جراحی، بی حرکتی بیمار همراه است. امبولی چربی به طور اولیه بعد از شکستگی استخوان‌های بلند اتفاق می‌افتد. همچنین شواهد تجربی حاکی از آن است که گاه تشکیل امبولی چربی بدون هیچ‌گونه شکستگی استخوانی اتفاق می‌افتد. به نظر می‌رسد سر منشا امبولی چربی، تغییرات در متابولیسم چربی در نتیجه تروما و استرس باشد.



DVT لخته خونی است که اغلب در پا و بیشتر در یک طرف در وریدهای عمقی اتفاق می افتد که علائمی چون ورم، درد، سرخی یا کبودی پوست پا و پای گرم ایجاد می کند و همچنین می تواند در دیگر قسمت های بدن و یا در بازو، گردن و لگن حادث شود.

تغییرات پوستی می تواند در یک چهارم همه بیماران به وجود آید و زخم شدن پوست در کم تر از ۵٪ افراد حادث می شود.

بخشی از لخته می تواند جدا شده و به ریه رود و امبولیسم ریوی (PE) را موجب شود که می تواند در یکی از ۳ مورد، مهلک باشد.

در این شرایط این عارضه با علائم ذیل مشخص می شود:

- ۱ - کوتاهی تنفس ناگهانی
 - ۲ - درد تیرکشنده در قفسه سینه که می تواند با نفس عمیق تر، بدتر شود.
 - ۳ - تند شدن ضربان قلب و دفعات تنفس
 - ۴ - سرفه های بی علت و گاه همراه با خلط خونی
- ترومبوفلبیت سطحی به لخته های خونی در وریدهای زیر پوست مانند وریدهای واریکوز اطلاق می شود که شرایط تهدید کننده ای برای زندگی ایجاد نمی کند ولی DVT که در وریدهای عمقی اتفاق می افتد را نمی توان دید و یا زیر پوست حس کرد.

سه عامل، احتمال ایجاد DVT را افزایش می دهند:

- ۱ - صدمه به ورید در اثر تراما یا جراحی
 - ۲ - گردش خون ضعیف در وریدهای عمقی
 - ۳ - شرایطی که باعث افزایش تمایل خون به لخته شدن می شود.
- صدمه به وریدهای عمقی در اثر تراما یا جراحی موجب آزاد شدن موادی می شود که باعث فعال شدن سیستم انعقادی می گردد.
- خون راکد احتمال زیادی برای ایجاد لخته دارد. شرایطی که باعث گردش خون ضعیف در وریدهای عمقی می شود شامل:

- نارسائی احتقانی قلب
- بی حرکتی طولانی (راه نرفتن یا بی حرکتی)

- لخته‌های کوچک از قبل موجود

بدن تعدادی از فاکتورهای انعقادی را تولید می‌کند که بیش‌تر آنان در کبد ساخته می‌شوند. این فاکتورها بالانس ظرفیتی بین عواملی که باعث لخته شدن خون می‌شوند و عوامل بازدارنده آن و حل‌کننده‌های لخته‌های خونی برقرار می‌کنند. در مواقعی برای جلوگیری از خون‌ریزی در هنگام آسیب به عروق، سیستم انعقادی فعال می‌شود و در مواقعی که نیاز به این کار نیست، دیگر فاکتورهای انعقادی کمک به حل شدن و اضمحلال لخته‌ها می‌کنند. در مواقعی که این بالانس به هم بخورد، خون‌ریزی شدید اتفاق می‌افتد یا ممکن است به طور غیرضروری لخته شدن خون اتفاق افتد.

افزایش انعقاد خون (هایپر کواگولابیلیتی) ممکن است به سبب:

- هورمون‌ها (قرص‌های ضد بارداری و حاملگی)

- کشیدن سیگار

- کانسره‌های معین

- کمبودهای ارثی فاکتورهای ضد انعقادی (که در سنین پایین بین ۴۰ - ۲۰ سال اتفاق می‌افتد)

و نارسائی‌های اتوایمیون معین باشد.

کمبودهای فاکتورهای ضد انعقادی می‌تواند کم و یا شدید باشد که شامل:

- فاکتورهای ۵ Leiden (اغلب)

- آنتی ترومبین

و پروتئین C یا پروتئین S می‌شوند.

DVT ساق پا ممکن است علائمی را در ساق پا ایجاد کند در حالی که DVT در ران می‌تواند موجب

علائمی هم در ران و هم در ساق پا شود.

امبولی ریوی می‌تواند باعث توقف جریان خون به ریه‌ها به وسیله بلوک کردن جریان خون به بخشی از

ریه گردد و به وسیله ایجاد رفلکس‌های معین، موجب توقف ناگهانی ضربان قلب شود.

تشخیص ترومبوامبولیسم: برای تشخیص DVT از موارد زیر استفاده می‌شود:

اولتراسوند داپلر که اغلب استفاده می‌شوند: این تست‌ها که در آن از امواج صدا به منظور ساختن

تصویری از عروق استفاده می‌شود بسیار دقیق و کم‌تهاجم است. با این وسیله DVT های پایین یا بالای زانو را می‌توان تشخیص داد.

Venogram: با استفاده از تزریق رنگ که توسط سری‌هایی از اشعه X دنبال می‌شود به کار می‌آید. با

این که این تست نیز با دقت است ولی غالباً با اولتراسوند جای‌گزین شده است زیرا که استفاده از venogram سخت‌تر است و علاوه بر آن گران و تا میزانی تهاجمی‌تر است.

Impedance plethysmograph (IPG) برای رد کردن DVT در بالای زانو که می‌تواند امبولی ریوی

ایجاد کند بسیار دقیق است. با این وسیله می‌توان تغییرات حجمی و فشاری که در ران درگیر DVT صورت می‌گیرد را اندازه‌گیری کرد. IPG در تشخیص لخته‌های زیر زانو کم‌تر دقیق است. این محدودیت حائز

اهمیت نیست زیرا که DVT های زیر زانو تقریباً هیچگاه امبولیزه نمی‌شوند. این تست، اگرچه ارزان و دقیق است، ولی عمدتاً با اولتراسوند در بیش تر بیمارستان‌ها جایگزین شده است.

آنژیوگرافی ریوی بهترین شیوه برای تشخیص PE است. مطالعات دیگر توسط MRI، CT Scan و تست ELISA انجام می‌شود.

ترومبوآمبولیسم در جراحی فک و صورت: در عرصه جراحی فک و صورت اغلب با عمل‌های جراحی بزرگ مانند بازسازی فک و صورت و تراماهای عضلانی - اسکلتال بزرگ مواجه می‌شویم. در این جراحی‌ها، وقوع VTE در حدود ۰/۵٪ - ۰/۳۶٪ گزارش شده است.

تراماهای صورت ممکن است به همراه شکستگی‌های استخوان‌های بلند بدن اتفاق بیفتد و در بازسازی‌های فک و صورت، تهیه استخوان اتوژن از قفسه سینه یا لگن، بخشی از عمل جراحی محسوب شود. هر دو ناحیه دهنده استخوان، استعداد تشکیل امبولی را دارند، یا این که ترومبوآمبولی وریدی ممکن است از استاز به علت بی‌حرکتی و یا امبولی چربی که از آزاد شدن چربی مغز استخوان ایجاد می‌شود، حادث گردد.

در بیماران با مولتیپل تراما، VTE بزرگ‌ترین عامل ناخوشی و مرگ و میر است خصوصاً صدمه به سر ریسک بالای VTE را به همراه دارد و بنابراین پروفیلاکسی آن به نظر می‌رسد ضروری باشد. اخیراً مطالعاتی در مورد احتمال وقوع VTE در بیماران جراحی ارتوگناتیک و انواع گوناگون بازسازی فک و صورت انجام شده است.

غیر از سن عوامل دیگر در بالا بردن احتمال VTE، سرطان و سابقه قبلی VTE و مدت زمان جراحی است. طول زمان جراحی بیش از ۱۸۰ دقیقه، ریسک VTE را بالا می‌برد. علاوه بر آن در بیمارانی که اغلب بی‌حرکت می‌مانند، مدتی پس از جراحی می‌تواند DVT اتفاق بیفتد. بنابراین در بیماران با ریسک بالاتر VTE توصیه به انجام پروفیلاکسی می‌شود

درمان پیش‌گیرانه این عارضه با آنتی‌کوآگولانت‌ها، VTE پس از عمل را کاهش می‌دهد و به عنوان اقدامی استاندارد در برخی جراحی‌ها انجام می‌شود. تصور می‌شود بیمارانی که جراحی سر و گردن وسیع برایشان انجام می‌شود احتمال اندکی در رابطه با حادث شدن این عارضه دارند. با توجه به این که افزایش مارکرهای TAT (کمپلکس ترومبین - آنتی ترومبین) و F1+2 قطعه پروترومبین در شرایط پس از برخی عمل‌ها مانند جراحی‌های ارتوپدی، نشان دهنده افزایش فعالیت این مارکرها در بیماران است، در جراحی‌های ارتوگناتیک خصوصاً در بیمارانی که استعداد به ترومبوآمبولی یا ترومبوفیلی ارثی دارند در رابطه با وقوع جدی VTE اقدامات ضرور باید به عمل آورده شود.

اطلاعات کافی از عوارض بالقوه بعد از عمل برای درمان مناسب این گونه بیماران ضروری است. ترومبوز وریدی عمقی، ترومبوآمبولی ریوی و امبولی چربی از جمله این مشکلات بالقوه مهلک هستند.

درمان: درمان DVT بستگی به مورد و علت‌های زیر بنایی آن دارد. آنتی کواگولانت‌ها که مانع بزرگ‌تر شدن لخته می‌شوند، تکیه گاه اصلی در درمان DVT هستند. در شرایط معین داروهای حل کننده لخته (ترومبولیتیک) ممکن است مورد استفاده قرار گیرند.

DVT‌های جای گرفته در دریچه‌های وریدی (در پایین زانو) به ندرت امبولیزه می‌شوند. درمان شامل استراحت در بستر و استفاده از داروهای ضد التهابی است.

به آنتی کواگولانت‌ها تا موقعی که DVT به وریدهای زانو یا ران گسترش نیابد نیاز نیست. گسترش لخته در ۳۰٪ - ۱۰٪ موارد DVT در زیر دریچه‌ها اتفاق می‌افتد. در این موارد پزشک باید وجود درد یا تورم را در آن ناحیه یا بالای زانو دنبال کند.

وجود DVT در وریدهای زانو و ران، که به آن DVT پروگزیمال می‌گویند، نیاز به بستری شدن (۱۰-۷ روزه) بیمار و استفاده از آنتی کواگولانت‌ها جهت جلوگیری از افزایش ریسک امبولی ریه دارد. آنتی کواگولانت‌ها شکل گیری لخته‌های جدید را متوقف می‌کنند ولی لخته‌های شکل گرفته را حل نمی‌کنند.

پروتئین‌های ترومبولیتیک به طور طبیعی مسئول حل شدن تدریجی لخته‌های خونی هستند. هپارین، آنتی کواگولانتی است که از طریق داخل وریدی برای ۷ - ۵ روز اول به بیمار داده می‌شود، تأثیر آن سریع است و توقف تأثیر آن نیز بلافاصله پس از قطع آن است. متأسفانه استفاده از آن به دلیل لزوم کنترل آن فقط در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی امکان پذیر است. پس از شروع دومین آنتی کواگولانت، کومادین و اطمینان از تأثیر آن می‌توان هپارین را قطع کرد.

کومادین (وارفارین) آنتی کواگولانتی است که می‌تواند به صورت خوراکی تجویز شود. این دارو در اولین یا دومین روز شروع هپارین داده می‌شود. حدوداً یک هفته وقت برای تأثیر کافی و جلوگیری از تأثیر فاکتورهای انعقادی لازم است. کومادین‌ها نمی‌توانند در زنان باردار استفاده شوند زیرا از جفت عبور می‌کنند و می‌توانند ناهنجاری‌های دوران جنینی را ایجاد کنند. توسط کنترل PT و PTT می‌توان از تأثیر کومادین و هپارین مطمئن شد.

فرم‌های جدید از هپارین (هپارین‌های با وزن مولکولی پایین) را می‌توان زیر پوست تزریق کرد که نیاز به کنترل و پایش دائم ندارد. اخیراً Enoxaprin توسط FDA تأیید شده است که برای درمان DVT به کار می‌رود. در موارد استفاده از این داروها مدت اقامت بیمار را می‌توان به ۳ - ۲ روز کاهش داد.

داروهای ترومبولیتیک: این داروها که شامل TPA و استرپتوکیناز می‌شوند، به منظور حل شدن لخته‌های خونی که باعث حملات قلبی و DVT می‌گردند به کار می‌روند. این داروها فقط در موارد با ریسک بالای حملات قلبی استفاده می‌شوند زیرا خطر خون‌ریزی در این موارد بسیار زیاد است.

استفاده زود هنگام از ترومبولیتیک‌ها، احتمال وقوع سندروم postphlebotic در بیماران با DVT حجیم یا DVT راجعه را کاهش می‌دهد. عوارض جانبی استفاده از آن مربوط به خون‌ریزی است. تهوع یا مشاهده خون در مدفوع مشکل بالقوه جدی است و نیاز به ارزیابی فوری و یا اقدامات اورژانس دارد. ترومبولیتیک‌ها را می‌توان در ابتدای DVT تجویز کرد ولی به علت خطرات آن نباید به طور مداوم داده شود.

اتفاق نظری است که DVT نیاز به درمان فوری دارد که بتوان ریسک امبولی ریه را که در موارد غیر درمان شده تقریباً ۵۰٪ برآورد می‌شود، کاهش داد. این احتمال در شرایطی که لخته در ناحیه ران قرار دارد بیش‌تر از موقعی است که در پایین پاست. گرچه، بر سر درمان DVT اختلاف نظر است ولی برخی از مؤلفین درمان ترمبولیتیک را به عنوان استراتژی اولیه درمانی و در مرحله بعد آنتی کوآگولانت تراپی و استفاده از هپارین را درمان مناسبی می‌دانند. آنتی کوآگولانت تراپی حداقل به مدت سه ماه ادامه می‌یابد. ترومبولیتیک درمانی یا ترومبوکتومی: در بیماران با DVT حاد وسیع، ترومبولیز توسط هدایت کاتتر به عنوان اولین درمان مد نظر قرار می‌گیرد و آن را نسبت به جراحی ترومبوکتومی ترجیح می‌دهند.

بحث: به طور کلی اطلاعات زیادی در رابطه با ایجاد این عارضه و ریسک فاکتورهای بالقوه VTE و PE در بیمارانی که تحت جراحی‌های فک و صورت قرار می‌گیرند در دسترس نیست و انجام پروفیلاکسی در رابطه با این عارضه مورد توجه قرار نگرفته است. تنها در مطالعه ای که بر روی ۴۱۱ بیمار در بخش جراحی فک و صورت بیمارستان مرکز پزشکی آمستردام انجام شده، در ۲ بیمار خانم که اقدامات جراحی پیش از ایمپلنت یعنی سینوس لیفت دو طرفه و اگمنتاسیون ریج فک بالا با استفاده از استخوان اتوزن ایلیاک برایشان انجام شد، در یکی از آنان PE یک هفته پس از جراحی و در دیگری یک روز پس از جراحی اتفاق افتاد. بیمار اول در طبقه بندی ریسک فاکتورها، در گروه با ریسک متوسط و بیمار دوم با ریسک بالا طبقه بندی شده بود. معالجه این عارضه در هر دو بیمار با هپارین unfractionated heparin و acenocoumarol به مدت یک هفته انجام شد، که درمان با داروی اخیر به مدت ۶ ماه ادامه یافت. در گروه با ریسک متوسط احتمال وقوع این عارضه در این جراحی‌ها ۰/۳٪ و در موارد با ریسک بالا ۲٪ ارزیابی شد.

برخی از جراحی‌های فک و صورت از قبیل استئوتومی‌ها و جراحی‌های پره ایمپلنت با گرفت استخوانی که در آن از کرسر ایلیاک قدامی یا خلفی استفاده می‌شود، طول مدت بستری به عنوان یکی از احتمالات ایجاد این عارضه مطرح است چرا که بی تحرکی بعد از جراحی باعث افزایش اقامت در بیمارستان می‌گردد. پروفیلاکسی دارویی VTE پس از عمل در جراحی‌های عمومی پرهزینه است. استفاده از آن ممکن است باعث خون‌ریزی و عوارض آلرژیک همراه با استفاده از هپارین و دکستران شود. این طور نتیجه گیری می‌شود که در جراحی‌های بزرگ فک و صورت در بیماران با ریسک بالا که نیاز به اقامت طولانی در بیمارستان دارند، نیاز به پروفیلاکسی ترمبوامبولیسم ضروری است.

رویدادهای علمی بین المللی

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

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

com. Tel: þ32 (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>

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

13e15 February 2014, Aachen, Germany

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

Mitchell. Email: mkg-chirurgie@ukaachen.de.

CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP

17e19 September 2014, Coventry, UK

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

liviucernat@uhcm.nhs.uk.

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.

Calendar of events

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

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

Symposium Co-Chairman: Julio Acero, MD, DMD, PhD, FEBOMFS, Madrid, Spain

SCIENTIFIC COMMITTEE

Manlio Galiè, MD, DMD, FEBOMFS, Ferrara, Italy

Joachim A. Obwegeser, MD, DMD,

- Profiloplasty
- Volumetric Improvement of Soft Tissues
- Genioplasty & Mandibular Angles
- Soft Tissue Prediction & New Software
- Orthodontic Treatment for orthognathic Surgery
- Mandibular & Maxillary Osteotomies
- Piezosurgery
- Controversies in Orthognathic Surgery
- Complications in Orthognathic Surgery
- Distraction Osteogenesis

FEBOMFS, Zurich,
Switzerland

ORGANIZING COMMITTEE

Riccardo Tieghi, MD

Giuseppe Consorti, MD

Giovanni Elia, MD

Unit of Cranio-Maxillo-Facial Surgery

St. Anna Hospital & University

FERRARA, Italy

ORGANIZING SECRETARIAT

Ms. Clara Verlicchi

A&R Eventi sas

Tel. +39 051 47 42 38 Fax +39 051 48

39 525

secretariat@nhferrara2014.org

www.nhferrara2014.org