

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.7 Jan. 2014

شماره ۷ - بهمن ۱۳۹۲



به نام خدا

با سلام به دوستان عزیز
هیجدهم تا بیستم دی ماه ۱۳۹۲
در سالن همایش‌های بیمارستان
میلا، کنگره تازه‌های بیماری
پوست (با موضوع پوست و پیری)
برگزار شد. در پانل تکنیک‌های
جوان‌سازی این کنگره، موضوعی زیر
عنوان «لیزرهای خانگی در
جوان‌سازی پوست» مطرح شد که
بحث بسیار جالبی را در کنگره ایجاد
کرد که آیا اصولاً این موضوعات که به
نظر می‌رسد مبنای علمی ندارند باید

در کنگره‌ها و مجامع علمی مورد بحث قرار گیرند یا نه؟

در پایان بحث که گروه‌های دیگر پزشکی نیز در آن حضور داشتند، این طور نتیجه‌گیری شد که اتفاقاً از وظایف مهم کنگره‌ها و مجامع علمی دیگر که متخصصان رشته‌های همگروه را به شکل وسیعی به گرد هم می‌آورد، این است که موضوعات روزی که بیماران به آن توجه دارند و انتظار دارند از پزشک مورد اعتماد خود در باره آن توضیح روشنی دریافت دارند، حتماً باید مورد بررسی قرار گیرد.

دستگاه‌هایی به طور گسترده در بازار تجهیزات پزشکی به فروش می‌رسند و با تبلیغاتی که در رابطه با آن‌ها می‌شود، وسوسه‌هایی در بیماران برای خرید و استفاده از آن برانگیخته می‌شود. یکی از با صلاحیت‌ترین نشست تخصصی کارشناسان که می‌تواند علمی بودن یا واهی بودن یک وسیله درمانی را اعلام کند، کنگره علمی پزشکان است.

از این گذشته، بیماران همیشه راجع به این نوع ادعاهای تبلیغی می‌پرسند و پزشکان معالج الزاماً باید پاسخ قانع‌کننده‌ای به آنان بدهند وگرنه قضاوت بیمار در بهترین حالت این خواهد بود که دکتر معالج با تکنولوژی جدید آشنا نیست و اطلاعات لازم را ندارد. به قول یکی از همکاران حاضر در پانل، شرکت واردکننده یک دستگاه که ادعا می‌کند کوچک‌کننده بینی است تا به امروز از بابت ناآگاهی مردم فروش بسیار بالایی از این وسیله غیر مؤثر و حتی بزرگ‌کننده بینی داشته است. نکته‌های جالبی در این کنگره مشاهده شد:

۱- این کنگره با سطح بسیار خوب علمی برگزار شد و هزینه‌هایی که برای ثبت نام گرفته شد شامل ناهار و استفاده رایگان از کارگاه‌ها و هدایای کنگره نیز می‌شد.

۲- ریاست کنگره اعلام کرد که یکی از شرکت‌های تولیدکننده لوازم بهداشتی داخلی بار اصلی هزینه‌های کنگره را کشیده است.

۳- حضور پرشماره همکاران پزشکمان تا آخرین لحظه در کنگره بسیار چشم‌گیر بود.

۴- انتخاب مناسب سالن همایش‌های بیمارستان میلاد که کاملاً با تعداد شرکت کنندگان همخوانی داشت.

ثبت نام کنگره تازه‌های بیماری پوست

۱۸ تا ۲۰ دی ماه

شرکت کنندگان	تا ۲۳ آذر ماه ۹۲	از ۲۳ آذر ماه لغایت روز برگزاری کنگره
متخصصین	۸۰۰/۰۰۰ ریال	۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال
غیر متخصصین	۵۰۰/۰۰۰ ریال	۷۰۰/۰۰۰ ریال
پرستاران	۴۰۰/۰۰۰ ریال	۶۰۰/۰۰۰ ریال

تذکرات مهم

این همایش برای متخصصین پوست، جراحان عمومی، روانپزشکان، متخصصین ژنتیک، متخصصین کودکان، متخصصین طب کار، داروسازان و کلینیکال فارماکولوژیست‌ها، پاتولوژی، بیماریهای داخلی، پزشکان عمومی و پرستاران دارای امتیاز آموزش مداوم می باشد .

هزینه ثبت نام بابت شرکت در تمامی جلسات کنگره، دریافت هدیه کنگره، پذیرایی، **ناهار**، کارت ورود به جلسات و **گواهی بازآموزی** می باشد.

برنامه نمایشگاه کنگره تازه‌های بیماری پوست

۱۱:۳۰ - ۱۱: استراحت، پذیرائی و بازدید از نمایشگاه و پوستر

۱۵:۳۰ - ۱۴: نماز و ناهار، بازدید از نمایشگاه و پوستر

(با همان هزینه ثبت نام، به شرکت کنندگان ناهار داده می شود)

بعد از ظهر کارگاه‌ها

کارگاه‌ها در این کنگره برای شرکت کنندگان **رایگان** است.

۴ کارگاه شامل: آزمایش‌های تشخیصی پوست، RF Fractional و جدیدترین تکنولوژی جوان سازی و لیفتینگ پوست با اولتراسوند فوکوس شده، آشنایی با تکنولوژی‌های جدید و کاربرد آن در جوان سازی پوست، تزریق سم بوتولنیوم و کارگاه آموزشی ساب سیژن با روش نوین

نگاهی به جدول ثبت نام نشان می‌دهد که برگزارکنندگان این کنگره، نه در پی ایفای نقش به عنوان واسطه و بازاریاب برای نمایشگاه و شرکت‌ها، بلکه در پی استفاده از امکانات نمایشگاه جنب کنگره، برای برگزاری یک کنگره تمام عیار علمی

بوده‌اند. در نمایشگاه کالائی فروخته نمی‌شد و در سخنرانی‌ها نهایت دقت را برای پرهیز از تبلیغات برای شرکت‌ها داشتند و نشان دادند که همکاران روپوش سفید ما تا به‌چه حد مقید به پرنسپ‌های علمی و انجمنی هستند.

با وجودی که تم این کنگره بخشی از کار حرفه‌ای ما جراحان فک و صورت را به طور مستقیم در بر می‌گیرد و برش ما ابتدا در پوست یا مخاط انجام می‌شود و در جراحی‌های بازسازی و زیبایی، پوست نقش پررنگی دارد و رشته بیماری‌های پوست یکی از علوم وابسته بالینی رشته ما و بخشی از کوریکولوم آموزشی دوره تخصصی جراحی فک و صورت است ولی **امتیاز بازآموزی برای رشته ما در نظر گرفته نشده بود** که به نظر من یکی از علل مهم آن، حضور کم‌رنگ ما جراحان فک و صورت چه به عنوان سخنران و چه به‌عنوان شرکت‌کننده در این قبیل کنگره‌ها و سمپوزیوم‌ها است.

سال گذشته به طور اتفاقی پوستر برگزاری سمپوزیوم «تراما و توده‌های گردن» در بیمارستان مدائن را که برگزار کننده آن دانشگاه شهید بهشتی بود دیدم که متأسفانه برای همکاران متخصص جراحی فک و صورت امتیازی در نظر گرفته نشده بود. در هنگام حضور در کنگره با دبیر علمی برنامه صحبت کردم و نظرم را راجع به ارتباط نزدیک این موضوع با رشته ما و منطقی نبودن عدم تخصیص امتیاز اظهار کردم. ایشان پذیرفتند که مسئله را مطرح کنند. بعد از گذشت فقط ۲ ماه از این تقاضا، از ابتدای امسال (۱۳۹۲) در کلیه کنفرانس‌های ادواری ماهانه بیمارستان مدائن که حول موضوعات مختلف می‌برم پزشکی برگزار می‌گردد و برگزار کننده آن دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است **نه تنها برای جراحان فک و صورت بلکه برای تمام گروه دندان پزشکی امتیاز بازآموزی معادل بقیه گروه پزشکی اختصاص یافته است.**

یقین دارم استقبال همکاران با شرکت در این نشست‌ها، موجب انتقال بهتر تجارب پزشکی در بین درمان‌گران و جراحان کشور می‌شود.

دکتر میترا میرمحمدی

Eumycetoma دهانی کودکان

معرفی یک مورد نادر و مرور کوتاه

Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 42 (2014) 35e40

Case report

Oral eumycetoma of infancy: A rare presentation and a brief review

Abhijit Joshi ^a, Swetha Acharya ^{b,*}, Venkatesh S. Anehosur ^a, Amsavardani S. Tayaar ^b,

K. Gopalkrishnan ^a

^a Department of Oral and Maxillofacial Surgery, S.D.M College of Dental Sciences and Hospital, Dharwad, India

^b Department of Oral Pathology and Microbiology, S.D.M College of Dental Sciences and Hospital, Dharwad, **India**

خلاصه:

Mycetoma یک عفونت گرانولوماتوز مزمن بافت پوستی و زیر پوستی است که ممکن است استخوان را نیز گرفتار کند. مسبب بیماری، یک قارچ واقعی (eumycetoma) یا باکتری رشته‌ای (actinomycetoma) است. هر دو نوع میکروارگانیسم از ساپروفیت‌های مهم خاک هستند و بنابراین، عفونت به‌طور طبیعی از طریق تلقیح تراماتیک پوست توسط مواد آلوده به خاک وارد می‌شود.

از نظر کلینیکی mycetoma توسط تورم سینوس‌های درن شونده و دانه‌های تخلیه شونده مشخص می‌شود.

در این دانه‌ها، رشته‌های باکتری یا میسلیوم قارچ‌ها وجود دارند و اندازه این دانه‌ها و رنگ و استحکام آن‌ها، کلید اولیه را برای تشخیص میکروارگانیسم مسبب، فراهم می‌آورد.

بنا به اطلاعات ما، این مقاله احتمالاً اولین گزارش موردی از eumycetoma دهانی کودک است. مروری بر مقالات نشان داد که فقط ده مورد از eumycetoma با درگیری در ناحیه سر و گردن گزارش شده است که شامل مورد حاضر نیز می‌شود. آزمایشات هیستولوژیک از نمونه‌های بیوپسی شده، پایه تشخیص mycetoma بودند. تمیز بین actinomycetoma و eumycetoma برای درمان، اساسی است. آزمایشات میکروسکوپی مستقیم این دانه‌ها و بررسی‌های هیستوپاتولوژیک با استفاده از رنگ‌آمیزی، تفاوت بین این دو را مشخص می‌کند. درمان شامل یک دوره درازمدت از داروهای ضد قارچ و ضد باکتریال است که همراه با جراحی تجویز می‌شوند.

Mycetoma یکی از مشکلات بزرگ سلامت در بسیاری از نواحی استوایی و زیر استوایی است. به نظر می‌رسد کشور سودان به‌عنوان سرزمین مادری آن باشد. actinomycetoma اغلب در نواحی زیر استوایی و به‌خصوص آمریکای مرکزی و جنوبی دیده می‌شود، در صورتی که eumycetoma بیش‌تر در آفریقا و هند دیده می‌شود. میکروارگانیسم‌های مولد mycetoma ساپروفیت‌های خاک هستند و از طریق تراما با تیغ و تراشه‌ی چوب به‌بافت‌ها وارد می‌شوند. جراحی زود هنگام به‌شکل ندول‌های زیرپوستی ظاهر می‌شوند که به‌تدریج به‌آبسه با تعداد زیادی سینوس‌های درناژ شونده تبدیل می‌شوند. بدون درمان مؤثر، عفونت می‌تواند به‌بافت‌های نرم عمیق‌تر و استخوان منتشر شود و سبب استئومیلیت شود. ارگانیسم‌هایی که سبب mycetoma می‌شوند تولید گرانول‌های با رنگ‌های متفاوت می‌کنند. دانه‌ها پر از میسلیم قارچی و رشته‌های باکتری نیز، گاهی سفت و حاوی ماده‌ی سیمانمانندی هستند.

Mycetoma اغلب بالغین (در سنین ۲۰ - ۴۰ سال و مردان) را درگیر می‌کند.

Mycetoma بیماری ناشی‌ی در کودکان است. در این‌جا ما موردی از eumycetoma حفره دهان را گزارش می‌کنیم که کودک ۲ ساله‌ی را مبتلا کرده است.

گزارش نمونه: در ماه مه ۲۰۱۰، پسر بچه ۲ ساله‌ی با سابقه ۳ ماه تورم در یک سوم تحتانی سمت راست صورت به‌بخش جراحی فک و صورت ارجاع داده شد.

مادر بیمار سابقه درد، علائم دندانی، تب، کاهش وزن، دیس‌فاژی یا لنفادنوپاتی را در وی اظهار نکرد و تغییر اندازه تورم او در اثر جویدن را مشاهده نکرده بود.

در معاینات بیمار، توده‌ی به‌ابعاد ۴ سانتی‌متر در ۴ سانتی‌متر، از گوشه لب به‌پشت راموس سمت راست که به‌حدود ۲ سانتی‌متر زیر برادر ماندیبل گسترش می‌یافت، مشاهده گردید. پوست روی آن سالم و باز کردن دهان طبیعی بود. در لمس، تورم غیر دردناک، سفت و بدون بالا رفتن حرارت بود. بخش‌هایی از درگیری استخوان ماندیبل در برادر تحتانی و کورتکس باکال وجود داشت. آزمایش خون بیمار نرمال بود. تصاویر رادیوگرافی، نشان از ضایعه مولتی لوکولار با حدود مشخص در ماندیبل همراه با پرفوراسیون کورتکس و

واکنش پریوستال داشت. Fig 3



Fig. 3. CT demonstrates multiple osteolytic locules in the mandible extending from 84 up to ramus, with perforation of mandibular cortex.



Fig. 2. Radiograph shows well defined multilocular radiolucency in the posterior mandible.



Fig. 1. Facial asymmetry due to the presence of swelling in the right lower one-third of face.

بعضی از ضایعات داخل کورتیکالی و برخی داخل مدولاری بودند. در CT، تراکم محتوای داخل ضایعات از مایع غلیظ تا بافت نرم متغیر بود. بر اساس تاریخچه بیماری و یافته‌ها، برای این مورد، ابتدا تشخیص کیست استخوانی تراماتیک یا پروسه واکنشی مهاجم گذاشته شده بود. تحت بیهوشی کامل، جراحی برداشتن ضایعه به اجرا در آمد. در حین جراحی، فرورفتگی استخوانی در ناحیه مولر ماندیبل مشاهده شد. دیفکت استخوانی باز شد و محتوای آن کورتاژ و برای بررسی هیستوپاتولوژی ارسال و سپس به صورت اولیه بسته شد. برای بیمار تشخیص ائوزینوفیلیک گرانولوما گذاشته شد. در اگوست ۲۰۱۱ بیمار با تب حاد و افزایش ناگهانی در اندازه تورم در همان ناحیه با وجود یک اسکار بر روی پوست روی تورم مراجعه کرد. سابقه تخلیه از ناحیه اسکار بیمار وجود داشت.

در آزمایشات خون، بالا رفتن ESR به 84 mm در اولین ساعت مشاهده شد و CT - SCAN ضایعه استئولیتیک حجیم شونده باقیمانده ای را در ماندیبل نشان داد. بیمار مجدداً تحت جراحی کورتاژ کامل ضایعه قرار گرفت. بافت برداشته شده، این بار، قهوه ای-سیاه تیره و گرانولار بود.



Fig. 5. CT shows expansile residual osteolytic lesion



Fig. 4. Facial swelling in the right lower one-third of face, with a scar.

با بررسی آزمایشات هیستولوژیک و داده‌ها و تاریخچه بیماری، تشخیص eumycetoma ناحیه ساب ماندیبولار گذاشته شد که به احتمال زیاد گره‌های لنفاوی ساب ماندیبولار را نیز درگیر کرده بود.

رنگ گرانول‌های گرفته شده از ترشحات سینوس، اطلاعات مفیدی را در ارتباط با نوع ارگاناسم‌های مسبب mycetoma فراهم می‌آورد. گرانول‌های سیاه، شرکت غالب قارچ‌ها را در ضایعه نشان می‌دهد، در صورتی که گرانول‌های سفید مایل به زرد و قرمز مایل به صورتی به‌درگیری با باکتری‌ها در آن اشاره دارد.



Fig. 8. Photomicrograph shows clusters of fungi [grains] stained black [GMS, 100].

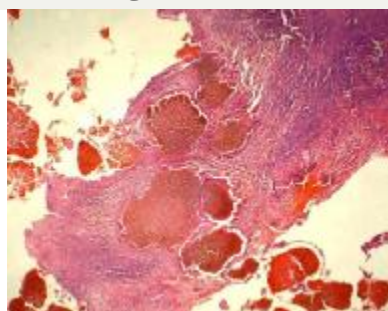


Fig. 7. Photomicrograph shows granulomatous inflammation with nodular structures (grains) in the centre [H & E, scanner view].



Fig. 6. Gross picture showing brownish black granular material curetted from the lesion.

اولتراسونوگرافی (USG) به‌طور موفقیت آمیزی در تفکیک mycetoma از استئومیلیت یا تومور به‌کار می‌رود. در USG، حفره‌های تک یا چند تابی با دیواره‌های ضخیم توسط eumycetoma بدون ایجاد افزایش صوت دریافت می‌شوند و سیمان‌های دانه‌ها، اکوی هیپر رفلکتیو را نمایش می‌دهند. USG هم‌چنین در تعیین اندازه، گسترش و حجم ضایعات کمک می‌کنند، بنابراین برای برنامه ریزی جراحی مفید واقع می‌شوند.

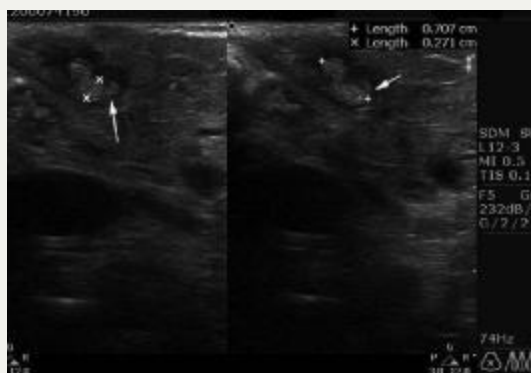


Fig. 10. USG of submandibular region shows two separate hyperechoic nodular lesions with hypoechoic rim.

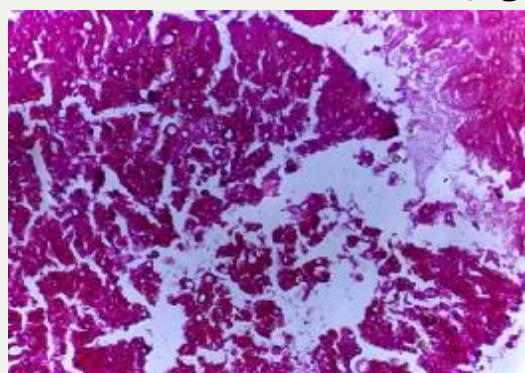


Fig. 9. Photomicrograph of grain demonstrates tangled fungal septate hyphae [PAS, 400].

مدت بیماری، نوع ارگاناسم مسبب، محل عفونت و امکان پاسخ‌گویی سیستم ایمنی میزبان، همه می‌توانند بر علائم کلینیکی mycetoma تأثیر بگذارند. Mycetoma اغلب دست و پاها، به‌خصوص پاها را درگیر می‌کنند. در نواحی بومی‌بیماری، بقیه قسمت‌های بدن نیز ممکن است درگیر شود که شامل دست‌ها، سر و گردن، ران و perineum می‌شود. mycetoma به‌شکل موضعی یا از طریق سیستم لنفاتیک و بسیار نادر از طریق گردش خون گسترش می‌یابد.

Eumycetoma اغلب کم‌تر از اکتینومیستوما به‌درمان دارویی پاسخ می‌دهد. بنابراین مدت‌های طولانی دوره داروهای ضد قارچ (۲۴ - ۱۸ ماه) تجویز می‌شود که همراه با اکسیژون جراحی یا کم کردن اندازه ضایعه است.

Azoliها به علت دسترسی وسیع به آنها و در مقایسه ارزان تر بودنشان عموماً بیشترین گزینه مورد استفاده هستند. در حال حاضر ketoconazole و Itraconazole هنوز بهترین گزینه درمانی هستند. نکات منفی استفاده از ضد قارچهای مرسوم تأثیر ضعیف کوتاه مدت و برگشت پذیری و عوارض آنهاست. میزان موفقیت ضعیف و غیر قابل پیشبینی است. این مسئله میدان بهتری را برای درمانهای جدیدتر مثل Terbinafine و posaconazole, voriconazole فراهم می آورد. Posaconazole به ویژه در انواع مقاوم eumycetoma مؤثر است.

این دارو در استخوان وارد می شود و در salvage تراپی عالی عمل می کند. استفاده طولانی مدت آن (بیش از ۲ سال) خوب تحمل می شود و عوارض جانبی کمتری دارد. اگر چه تعیین دوز آن در کودکان و تأثیرات طولانی مدت آن تاکنون تایید نشده است. برطرف شدن بیماری به طور خود بخودی گزارش نشده است. اگر بیماری درمان نشود می تواند پوست و ساختارهای عمیق تر را تخریب کند و منجر به ایجاد دفورمیتی و از دست دادن عملکرد آن ناحیه شود و حتی کشنده باشد. اندیکاسیون برای جراحی شامل تداخلات تشخیصی، ضایعات لوکالیزه زود هنگام، ضایعات مقاوم به درمان و mycetomas بزرگ است. امکان برگشت آن ۹۰٪ - ۲۰٪ گزارش شده است. بنابراین پایش منظم بسیار اهمیت دارد. ضایعه ای درمان شده تلقی می شود که تورم آن از بین رفته باشد، سینوسها بسته شده باشند، زخم جراحی ترمیم شده باشد و USG عدم وجود دانهها را نشان دهد.

فلپ بالشتک چربی باکال پایه دار برای آگمنتاسیون لب در بیماران جراحی ارتوگناتیک

Pediced Buccal Fat Pad Flap for Upper Lip Augmentation in Orthognathic Surgery Patients

Pilar Rubio-Bueno, MD, PhD,* Bruno Ardanza, MD, PhD,^y Laura Piñas, DDS,^z and Noemí Murillo, DDS

Received from the Maxillofacial Surgery Department, Clínica Centro, Madrid, Spain

J Oral Maxillofac Surg 71:e178-e184, 2013

هدف: در این مقاله، روش جدیدی از آگمنتاسیون لب بالا با استفاده از بالشتک چربی باکال دو طرفه گزارش شده است. این مطالعه پرسپکتیو تغییرات در لب بالا بعد از جراحی ارتوگناتیک و همزمان با آن، جابه جا کردن بالشتک چربی باکال دو طرف را به منظور بهبود برجستگی لب بالا ارزیابی کرد. جلو بردن فک بالا با استئوتومی لفورت، تغییرات بی ثباتی بافت نرم را ایجاد می کند، به این گونه که استتیک ناحیه نازولیبیال تحت تأثیر قرار می گیرد. بنا به گزارش stella و همکاران، در مقایسه با اندازه های قبل از عمل، پس از جلو بردن فک بالا، ضخامت لب بالا، ۶ ماه پس از جراحی تثبیت می شود. در تجارب مؤلفین، جلو بردن فک بالا می تواند نتایج غیر رضایت بخشی در افراد با لب بالای نازک، ایجاد کند. لب بالای جدید بسیار مستقیم و بدون تحدب بخش قدامی لب می شود. (Fig 1) . بر عکس آن، بیماران با لب بالای ضخیم کم تر به این نتایج مستعدند.



FIGURE 2. Frontal view of the same patient shown in Fig 1.



FIGURE 1. Orthognathic surgical patient before surgery, lateral view. The upper lip is extremely thin. Further thinning of the upper lip is a likely and undesirable side effect of maxillary advancement in such patients.

اگر چه جلو آوردن فک بالا، ناحیه لب بالا را به جلو می کشد ولی تغییرات استتیک ممکن است به علت تغییرات ابعادی در ضخامت لب بالا، ناکافی به نظر آید. تدابیر تکمیلی مانند بستن بافت نرم با استفاده از V-Y advancement به منظور کنترل کوتاه شدن لب بالا پس از جراحی فک بالا، مفید ارزیابی شد اما در کنترل نازک شدن لب بالا کاملاً مؤثر نیست.

بالشتک چربی باکالی (BFP) buccal fat pad ساختاری است که توسط کپسول نازک فاسیایی محاط می شود و در فضای مضعی جای می گیرد. مرزهای آن در مدیال، عضله بوکسیناتور و لترال آن عضله ماستر، راموس ماندیبل و قوس زایگوما هستند.

بدنه و گسترش باکالی آن (۷۰٪ تا ۵۰٪) تنه بالشتک چربی را درست می کند و موقعیت آن بیش تر سطحی و باعث پری گونه می شود، در حالی که گسترش تمپورال، پتریگوئید و پتریگوپالاتن تمایل به کوچک تر بودن در حجم دارد و عمیق تر در فضای مضعی و پتریگوپالاتن قرار می گیرد. به لحاظ هیستولوژیک، بالشتک چربی متشکل از چربی ساختاری است تا این که چربی جمع شده باشد. بنابراین، موجودیتش به تغذیه ارتباطی ندارد.

BFP شبکه ای غنی از رگ های خونی از شاخه های ماگزایلا، گیجگاهی سطحی و شریان های صورتی در خود دارد که اجازه استفاده از آن به عنوان فلپ پایه دار با الگوی اگزالی را می دهد. این تأمین خونی غنی ممکن است میزان موفقیت بالای این فلپ را در بازسازی دیفکت های دهان توضیح دهد.

اعتبار استفاده از BFP در سال های اخیر به علت قابلیت اطمینان آن، سهولت برداشت و میزان عوارض پایین آن افزایش یافته است. به عنوان فلپ دو طرفه پایه دار در جراحی اگمنتاسیون گونه، برای اصلاح فیستول سینوسی - دهانی مقاوم یا شکاف کام مادرزادی و در درمان فیبروز زیر مخاطی دهان به کار رفته

است. چندین گزارش از استفاده موفق آن به عنوان گرفت پایه‌دار در بازسازی دیفکت‌های ماگزیلا با اندازه کوچک تا متوسط بعد از رزکسیون تومور وجود دارد.

استفاده کلینیکی جدیدی از BFP در بیماران جراحی ارتوگناتیک گزارش شده است. در این موارد، فلپ BFP دو طرفه به منظور فراهم آوردن افزایش حجمی در لب بالا در تلفیق با استئوتومی لفورت I ماگزیلا برای تصحیح مال اکلوژن اسکلتال استفاده شده است.



FIGURE 6. Three-quarter view of the same patient shown in Fig 5 12 months after surgery and without braces



FIGURE 5. Frontal view of the same patient shown in Figs 1 through 4 12 months after surgery and without braces.



FIGURE 4. Frontal view of the same patient shown in Fig 3.



FIGURE 3. Postoperative profile 6 months after maxillary advancement and simultaneous upper lip augmentation using a bilateral buccal fat pad flap, lateral view.

ماتریال و متدها: فلپ بالشتک چربی باکال پایه‌دار دو طرفه به منظور پر کردن پره ماگزیلا، ناحیه پارانازال و نواحی لب بالا، به همراه استئوتومی لفورت I و advancement ماگزیلا، در ۱۱ بیمار جراحی ارتوگناتیک با لب بالای نازک به اجرا در آمد. پایش بیماران به مدت حداقل ۱۲ ماه انجام شد. CBCT با i-CAT قبل و بعد از جراحی گرفته شد و بر روی نرم افزار Dolphin برای تجزیه و تحلیل نصب شد.

تغییرات در نوک انسیزور سمت راست بالا، قدام لب بالا، داخل لب بالا، بالای استومیون و ساب نازال در هر بیمار بلافاصله قبل و ۶ ماه پس از جراحی اندازه گیری شد. تغییرات ابعاد لب بالا با استفاده از طول لب (از ساب نازال تا بالای استومیون) و ضخامت لب (از داخل لب بالا به قدام آن) اندازه گیری شد. برنامه ریزی درمانی جراحی متشکل از اجرای استئوتومی ساژیتال اسپلیت راموس ماندیبل دو طرفه و استئوتومی لفورت I سگمنتال فک بالا بود. برش وستیبولار برای دسترسی به فک بالا در مخاط باکال بالا به فاصله ۱۰ میلی‌متر از برادر ورمیلیون زده شد. (Fig 7) بعد از این که فک بالا جابه‌جا شد و با پلیت و پیچ تیتانیوم فیکس شد، BFPها به سهولت با استفاده از هموستات انحنادار با دایسکشن کند (blunt) از طریق بخش پشتی برش باکال برداشت شد. (Fig 8) سپس فلپ‌ها به طرف جلوی ماگزیلا با کشش ملایم و با حفظ پایه پشتی آن جابه‌جا شد. جابه‌جایی فلپ‌های دو سمت بر روی ماگزیلا فیکس شده صورت گرفت و به هم در خط وسط با سوچور قابل جذب بخیه زده شد.

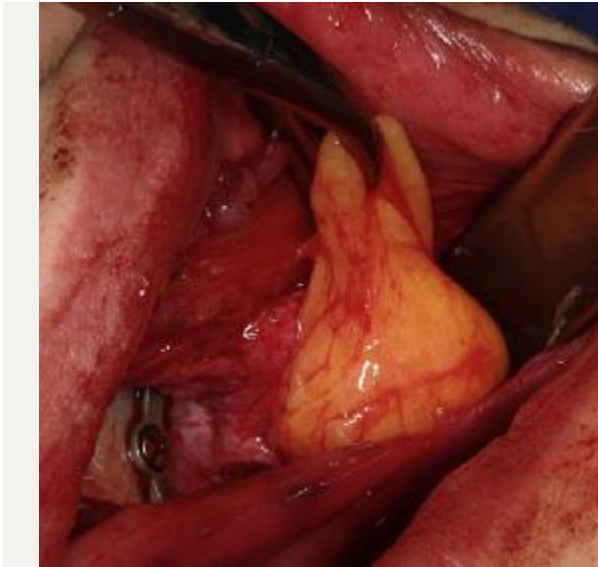


FIGURE 8. Once the maxilla has been fixed in proper occlusion, the buccal fat is dissected.



FIGURE 7. The incision to approach the upper jaw to perform the Le Fort osteotomy was made in the upper buccal mucosa (lip mucosa), only 10 mm from the vermilion border (black line), far from the buccal sulcus.

این کار جهت پر کردن قسمت بالای لب بالا، پره ماگزینا و ناحیه پاراناژال انجام می‌شود. (Fig 9 ,10)
تمام خط برش به نظر می‌رسد که کاملاً توسط فلپ‌ها پر می‌شود و زیر مخاط باکال مدفون می‌گردد.



FIGURE 10. Part of the buccal fat pad flap fills the "superior" part of the upper lip (black lines).



FIGURE 9. The 2 flaps are sutured at the midline to fill the "superior" part of the upper lip, the premaxilla, and paranasal aspect of the anterior maxilla

برش‌ها با استفاده از نخ قابل جذب (ویکریل. ۴/) بخیه زده شدند.
alar base cinch در تمام موارد انجام شد. ولی بستن V-Y برش انجام نمی‌شد. در این صورت افزایش برجستگی لب بالا را در حین عمل و قبل از این که ادم ظاهر شود را می‌شد مشاهده کرد.



FIGURE 12. The same patient shown in Fig 5. In this image, bilateral buccal fat pad flaps have been dissected and sutured at the midline to augment the projection of the upper lip.



FIGURE 11. After completion of the bimaxillary orthognathic surgical procedure, including an important advancement of the upper jaw. The occlusion has been corrected, but an unacceptable retrusion of the upper lip remains

نتایج: متوسط جلو بردن ماگزیلا $۴/۸۱+۲/۴۷$ میلی‌متر و میانگین حرکت عمودی $۱+۱/۷۵$ میلی‌متر بود که هر دو معیار در نوک انسیزورهای بالا اندازه گیری شد. جابه‌جایی لب بالا، در قدام لب بالا اندازه گیری شد که $۵/۹۸+۲/۴۶$ میلی‌متر بود. ضخامت لب به میزان $۰/۱۹+۰/۹$ میلی‌متر افزایش یافت و طول لب به میزان $۰/۳۲+۰/۷۷$ میلی‌متر افزایش یافت. در تمام موارد کانتور جدید لب بالا خوب تا عالی در نظر گرفته شد.

نتایج جراحی با ارزیابی حجم لب بعد از عمل در هنگامی که تورم از بین رفت هر هفته از نظر کلینیکی و با پایش فتوگرافی در طول ۲ ماه اولیه و سپس ماهانه به مدت ۶ ماه کنترل گردید. سپس اسکن CAT - i جدید گرفته شد. LT بالا توسط تریسینگ سفالومتریکی با نرم افزار Dolphin بلافاصله قبل از جراحی و ۶ ماه پس از جراحی اندازه‌گیری شد و درمان‌های ارتودنتیک بعد از عمل به مدت زمانی متفاوت ولی نه کم‌تر از ۶ ماه ادامه یافت.

بحث: رزکسیون قسمت بزرگی از BFP منتج به گونه‌های گود افتاده و زایگومای بیرون زده می‌شود. استئوتومی لفورت I برای جابه‌جایی ماگزیلا تغییراتی در مورفولوژی ناحیه نازوماگزیلاری بوجود می‌آورد. حتی با برنامه‌ریزی دقیق، در برخی موارد خاص، موقعیت جدید ماگزیلا برای تصحیح مال اکلوزن نتایج مطلوبی برای وضعیت لب بالا و به ویژه در موارد کمبودهای قبلی لب بوجود نمی‌آورد. هیچ تکنیک مفیدی در کنترل نازک شدن لب بالا بعد از جراحی advancement ماگزیلا یافت نشد. در تجربه کلینیکی مؤلفین این مقاله، نازک شدن لب در شرایطی که جراحی advancement ماگزیلا و جابه‌جا کردن آن بیش از ۱۰ میلیمتر است می‌تواند فاجعه بار باشد. جابه‌جا کردن BFP در دو طرف در جراحی استئوتومی لفورت کاملاً قابل حصول است و این تکنیک راحت و سریع و بدون آسیب زدن به محل برداشت اضافی است. عروق خونی غنی آن احتمالاً کمک به حفظ حجم این گرفت می‌کند.

به علت کاربردی بودن، در دسترس بودن و سهولت جابه‌جا کردن فلپ دو طرفه BFP، باید این فلپ در برخی از موارد جراحی ارتوگناتیک و اصلاح ثانویه شکاف لب و در بیماران جراحی زیبایی مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه گیری: به کارگیری تکنیک توضیح داده شده برای افزایش برجستگی، حجم و کانتور پره ماگزایلا، پارانازال و نواحی لب بالا در همه بیماران جراحی ارتوگناتیک سودمند بود. علاوه بر آن، این تکنیک در کنترل کوتاه شدن طول لب بالا در همه موارد مفید واقع شد.

خلاصه مقالات

استفاده از پراپرانولول برای درمان همانژیومای کودکان در ناحیه فک و صورت

Use of propranolol for the treatment infantile hemangiomas in the maxillofacial region

R. R. Sadykov, F. Podmelle, R. A. Sadykov, K. R. Kasimova, H. R. Metellmann:
Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2013; 42: 863–867.

ªDepartment of General Surgery with Plastic Operations, Ernst Moritz Arndt University of Greifswald, Greifswald, **Germany**;

«Tashkent Medical Academy, Tashkent, **Uzbekistan**; «Department of Maxillofacial and Plastic Surgery, Ernst Moritz Arndt University of Greifswald, Greifswald, Germany; «Ontario Cancer Institute, Biophysics & Bioimaging, Toronto, Ontario, **Canada**

چکیده: پراپرانولول به طور موفقیت آمیزی برای تعداد محدودی از کودکان درگیر با همانژیومای کودکان (IHS) مورد استفاده قرار گرفته است. این مطالعه تأثیر و عوارض جانبی پراپرانولول را در IH تشریح می‌کند. ۷۱ کودک با IHS با پراپرانولول خوراکی در دوز روز 2mg/kg برای حداقل ۱۲ هفته تحت درمان قرار گرفتند.

امتیازدهی بر اساس فتوگرافی توسط ۵ نفر از مشاهده کنندگان برای ارزیابی تأثیر، با به کارگیری نمره ۱۰ به عنوان IHS اصلی قبل از درمان و صفر به عنوان امتیاز پوست کاملاً طبیعی به اجرا درآمد. میانگین ۵ برای اندازه گیری مستقل در تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت.

پراپرانولول درمان فوری و مؤثری برای IHS در ۴، ۸ و ۱۲ هفته و پس از آن تا ۳۲ هفته بود. پاسخ IHS به پراپرانولول بدون توجه به جنسیت، سن شروع درمان، نوع درگیری (موضعی و منتشر)، قسمت های تحت تأثیر قرار گرفته صورت، محل های ویژه (پلک، نوک بینی و نواحی پاروتید)، زخم شدگی و عمق IHS مشابه هم بودند. در این مطالعه، در بیماران پراپرانولول خوراکی در دوز روز 2mg/kg به خوبی تحمل شد و درمان مؤثری برای IHS بود.



Fig. 1. Poor response after propranolol therapy. A 6-month-old patient with oral ulcer bleeding who had a change in score of 3 after 72 weeks of treatment. The ulcer healed, with no bleeding, and the hemangioma was partly resolved.

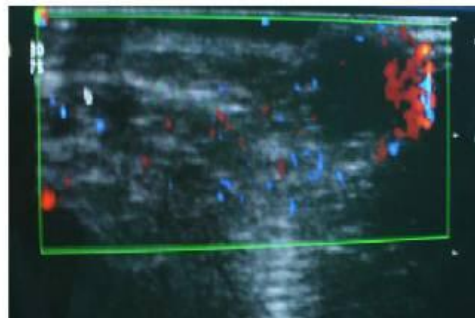
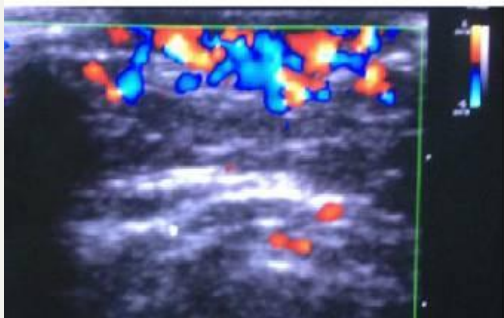


Fig. 2. Good response after propranolol therapy. A 4-month-old patient with no active opening of the left eye; ultrasound of the buccal region revealed lower lid IHs. After 28 weeks of treatment the IHs received a score of 4; ultrasound revealed that 50% of the IHs had resolved, with little change to the skin.

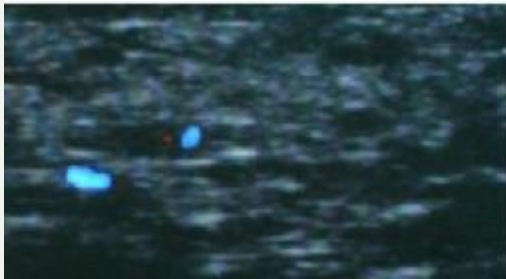
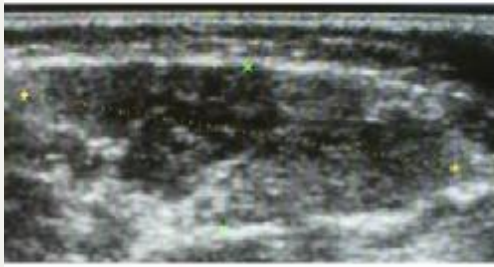


Fig. 3. Good response after propranolol therapy. A 10-month-old patient with IHs in the buccal and parotid ear regions. Invasion into the external ear canal was evident. The IHs received a score of 6 after 8 weeks of treatment. Ultrasound control revealed that 50% of the IHs had resolved, with little change to the skin.



Fig. 4. Poor response after propranolol therapy. A 10-month-old patient with ulcerative scarring of the left side of the nose, upper and lower eyelid, infraorbital region, and buccal (maxillary) region. After 24 weeks of treatment, the IHs had a change in score of 3.

تغییرات در آشکار شدن اسکرای پایین به دنبال استئوتومی لفورت I

در بیماران با رتروگناتی میدفیشیال

Change in Inferior Sclera Exposure Following Le Fort I Osteotomy in Patients With Midfacial Retrognathia

Sidika Sinem Soydan, DDS, PhD,* Burak Bayram, DDS, PhD,y Cagla Sar, DDS, PhD,z and Sina Uckan, DDS, PhDx

2014 American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons

J Oral Maxillofac Surg 72:166.e1-166.e5, 2014

Received from the Faculty of Dentistry, Baskent University, Ankara, Turkey.

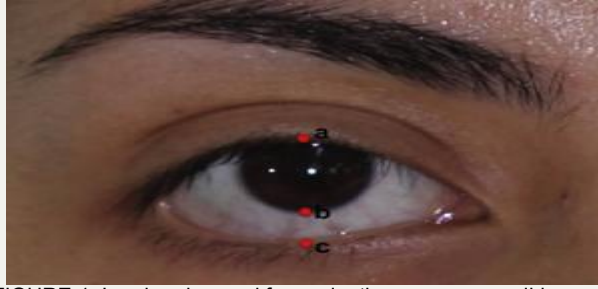


FIGURE 1. Landmarks used for evaluation: a, upper eyelid margin; b, inferior limbus; c, lower eyelid margin. The proportional relation between the inferior sclera exposure and the eye height was determined on standardized photograph

هدف: جهت حصول به استتیک صورت، در شرایطی که سر بیماری که الگوی اسکلتال نرمال دارد، در موقعیت خنثی و پلک ها در وضعیت استراحت هستند، اسکلا نباید بالا یا پایین عنبیه قرار گیرد. این مطالعه کاهش آشکار بودن اسکلا را بعد از جراحی جلو آوردن یا بالا بردن ماگزایلا در بیماران با هیپوپلازی میدفیشیال ارزیابی می کند.

بیماران و متدها: ۴۷ بیمار (۲۴ مرد، ۲۳ زن) که برای آنان استئوتومی لفورت I انجام شده بود در مطالعه قرار گرفتند. بیماران به دو گروه، مطابق با نوع حرکت ماگزایلا تقسیم شدند: گروه I تحت جراحی جلو آوردن ماگزایلا قرار گرفتند (۲۳ نفر). برای گروه II جراحی جلو آوردن و بالا بردن ماگزایلا انجام شد (۲۴ نفر). فتوگرافی های استاندارد تمام رخ بیماران قبل از عمل و ۶ ماه پس از عمل با استفاده از Adobe photoshop CS5 مورد ارزیابی قرار گرفت. نسبت اکسپوژر اسکرای پایین به ارتفاع چشم تعیین شد و تفاوت نسبی بین نمای اربیتال قبل و بعد از عمل تجزیه و تحلیل آماری شد.

نتایج: نسبت اکسپوژر اسکرای پایین به ارتفاع در چشم های راست و چپ در ۴۷ بیمار با میانگین ۶/۱ میلی متر advancement ماگزایلا، به میزان ۰/۰۷ و این نسبت به ترتیب از ۰/۰۲ - ۰/۱ و از ۰/۰۲ - ۰/۰۹ در گروه I و به نسبت ۰/۰۶ در گروه II کاهش یافتند.



FIGURE 3. Postoperative frontal view of patient. A mild decrease in bilateral inferior sclera exposure was seen in this patient



FIGURE 2. Preoperative frontal view of a male patient with skeletal Class III deformity. This patient underwent 6-mm maxillary advancement and 3-mm maxillary impaction surgeries.

نتیجه گیری: اکسپوژر اسکرای پایین در بیماران با هیپوپلازی میدفیشیال و رتروگناتی به طور قابل ملاحظه ای در انطباق با تغییرات در موقعیت پلک پایین بعد از جراحی های جلو آوردن یا بالا بردن آن کاهش می یابد.



FIGURE 5. Postoperative frontal view of patient. A distinct decrease of bilateral inferior sclera exposure was seen in this patient



FIGURE 4. Preoperative frontal view of a female patient with skeletal Class III deformity. This patient underwent 7-mm maxillary advancement surgery.

Morphometric evaluation of soft palate in oral submucous fibrosis-A digital cephalometric study

Vemanna Naveen Shankar ^{a,1}, Karthik Hegde ^b, Naveen Shankar Ashwini ^{c,*}, V. Praveena ^d, S.M. Ravi Prakash ^a

^a Department of Oral medicine and Radiology, Kothiwal Dental College Research Centre and Hospital, Kanth Road, Moradabad, Uttar Pradesh, India

^b Department of Oral Medicine and Radiology, Peoples Dental College, Bhanupur, Bhopal, Madhya Pradesh, India

^c Kothiwal Dental College Research Centre and Hospital, Kanth Road, Moradabad, Uttar Pradesh, India

^d Cure and Care ENT Centre, Bagepalli 561207, Chikkaballapura, Karnataka, India

مطالعه حاضر به منظور ارزیابی مورفولوژی کام نرم در فیبروز ساب موکوزال دهانی (OSF) بیماران با استفاده از سفالوگرام لترال دیجیتال انجام شد. ۷۰ بیمار در مطالعه وارد شدند (در گروه کنترل ۳۵ بیمار و در گروه مطالعه ۳۵ بیمار OSF قرار گرفتند) که کام نرم آنان توسط سفالوگرام لترال دیجیتال ارزیابی شد. طول قدامی- خلفی و طول سوپریور - اینفریور کام نرم اندازه‌گیری شد. مورفولوژی کام نرم به عنوان نوع ۱ به ۶ نوع رده بندی شد. انواع مختلف کام نرم با مراحل OSF مقایسه شدند. در میان گروه مطالعه (۳۵ بیمار) ۶۲/۹٪ مرحله ۲ OSF را داشتند. کام نرم برگی شکل (نوع ۱) عموماً در مرحله ۲ OSF دیده شد، در حالی که butt شکل (نوع ۳) در مرحله ۳ OSF مشاهده گردید.

در مطالعه حاضر به لحاظ آماری تفاوت قابل ملاحظه‌ای در طول (قدامی-خلفی) نوع I کام نرم بیماران OSF وجود داشت و هر چه OSF به مراحل پیشرفته تر سوق می‌یافت به تدریج تغییرات از نوع I و II کام نرم به نوع III و VI پیشرفت می‌کرد. مطالعه نشان داد که کاهش تدریجی در طول کام نرم در راستای قدامی- خلفی در بیماران OSF وجود دارد.

فیبروز دهانی ساب موکوزال یک ناهنجاری مزمن پیش‌رونده در حفره دهان است که اولین بار در اوائل سال‌های ۱۹۵۰ تشریح شده است. بیماری غالباً در هند، بنگلادش، سریلانکا، پاکستان، تایوان و جنوب چین، پلینزی و میکرونزی دیده می‌شود. بعضی از موارد در بین آسیایی‌های مهاجر به انگلستان و جنوب شرق آفریقا گزارش می‌شود. داده‌ها اپیدمیولوژیک اخیر نشان می‌دهد که، تعداد موارد OSF در هند به سرعت از حدود ۲۵۰۰۰۰ مورد در سال ۱۹۸۰ به ۲ میلیون مورد در سال ۱۹۹۳ افزایش یافته است.

نشانه بیماری، فیبروز در لایه‌های زیر مخاطی و عضلات ماضع‌های است که به سوی درجات متفاوتی از تریسموس می‌رود. مخاط در این افراد سفید، سفت و بسیار حساس به ضربه است و به سهولت کبود می‌شود. فیبروز مخاط رو و اطراف uvula باعث غیر طبیعی شدن آن شده به طوری که به سمت جلو نوک دار می‌شود یا ناپدید می‌گردد.

اگر چه در گذشته رادیوگرافی‌ها برای تجزیه و تحلیل اندازه ناحیه نازوفارنژیال به کار می‌رفت، اخیراً سفالوگرام به عنوان ابزار تشخیص با اهمیت وارد شده برای اندازه‌گیری بافت سخت و نرم است. این وسیله ارزان‌تر، مفیدتر، راحت‌تر و با رادیاسیون کمتر است که با دیگر دستاوردهای چون CT هماهنگی دارد.

تجزیه و تحلیل‌های سفالومتریکی یکی از شایع‌ترین تکنیک‌های مورد قبول برای ارزیابی کام نرم در افراد طبیعی و در افراد با شکاف لب و کام است.

اگر چه مورفولوژی کام ، در گذشته نادیده گرفته می‌شد، ولی ممکن است برای ابعاد مختلف کام نرم مسئول باشد. بنابراین نیاز به تجزیه و تحلیل مورفولوژی کام نرم است. بنابراین مطالعه‌ای به منظور ارزیابی این مورفولوژی در بیماران OSF با استفاده از سفالوگرام لترال دیجیتال انجام شد.

ماتریال و متد: بیماران در سفالوستات قرار گرفتند به طوری که پلن فرانکفورت آنان موازی با کف زمین بود. از آنان خواسته شد که بزاق خود را از حفره دهان و فارنکس کاملاً بلعند و سپس دهان خود را به آهستگی ببندند. به طوری که دندان‌های بالا و پایین آنان در وضعیت اکلوزن مرکزی قرار گیرد و عضلات اوروفارنژیال آنان در استراحت باشد. سفالوگرافی لترال دیجیتال با سیستم Kodak 8000c انجام شد. مورفولوژی کام نرم در سفالوگرام لترال مورد بررسی قرار گرفت. طول کام نرم توسط اندازه گیری مسافت خطی از خار بینی پشتی PNS به نوک uvula کام نرم در استراحت ارزیابی شد. بعد سوپریور - اینفریور کام نرم در ضخیم‌ترین ناحیه آن اندازه گیری شد. مورفولوژی کام نرم به انواع ۱ (برگ‌ی شکل) ۲ (دم موشی شکل) ۳ (butt شکل) ۴ (خط مستقیم) ۵ (S شکل) و ۶ (کج و خم شبیه قلاب) تعریف شدند. (fig 1)

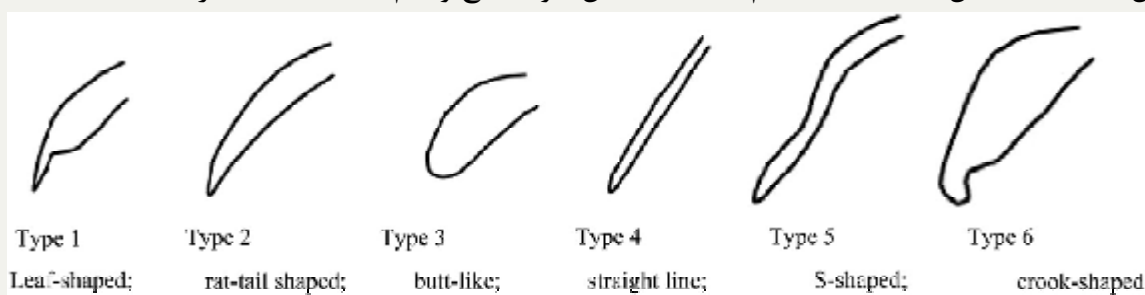


Fig. 4. Lateral cephalogram with type 3 (Butt shaped) soft palate.



Fig. 3. Type 6 (Crook shaped) soft palate is seen on lateral cephalogram.



Fig. 2. Lateral cephalogram with type 1 (Leaf shaped) soft palate.

هماتوم زبان

Journal Oracle

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 51 (2013) 184–185

From Toshinori Iwai, Noriaki Aoki and Yosuke Yamashita.

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Yokohama City University

Graduate School of Medicine, 3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama, Kanagawa 236-0004, **Japan**

Hematoma of the tongue



خانمی ۶۷ ساله با تودهٔ زبان به بیمارستان مراجعه کرد. ۲ ماه پیش بیمار زبان خود را گاز گرفته بود. توده به رنگ بنفش روشن و اندازه 5mm*4mm در سطح زیرین زبان وجود داشت که قوام آن سفت بود. برای بیمار بیوپسی انجام شد و تشخیص آن، هماتوم شکل گرفته بود که اگر چه عموماً می‌توانند جذب شوند ولی در این مورد، ماندگار شده بود.

نشست‌های علمی ماه بهمن

*کاربرد لیزر در دندان پزشکی

برگزار کننده: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۱۳۹۲/۱۱/۴ تا ۱۳۹۲/۱۱/۲

محل برگزاری: سالن ابن سینا دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تلفن واحد مجری ۲۲۷۱۸۰۲۱

با ۱۰ امتیاز بازآموزی برای دندان‌پزشکان و جراحان فک و صورت

مروری بر درمان سینوس لیت

کنفرانس علمی یک روزه ۹۲/۱۱/۹

مجری: سازمان نظام پزشکی

محل برگزاری: مرکز همایش‌های ابوریحان دانشگاه شهید بهشتی

تلفن واحد مجری ۸۴۱۳۸

با ۴ امتیاز بازآموزی برای گروه دندان‌پزشکی

کنفرانس احیای قلبی و ریوی CPR

کنفرانس علمی یک روزه ۹۲/۱۱/۹

مجری: سازمان نظام پزشکی

سالن همایش های ابوریحان دانشگاه شهید بهشتی تلفن ۸۴۱۳۸
با ۶ امتیاز بازآموزی برای گروه دندان پزشکی و پزشکی

اصول جراحی و بازسازی قدام ماگزیلا

کنفرانس علمی یک روزه ۹۲/۱۱/۱۰

برگزار کننده: سازمان نظام پزشکی

مرکز همایش های ابوریحان دانشگاه شهید بهشتی تلفن ۸۴۱۳۸
با ۴ امتیاز بازآموزی برای گروه دندان پزشکی

اصول مربوط به اوردنچر و رستوریش های متکی بر ایمپلنت

کنفرانس علمی یک روزه ۹۲/۱۱/۱۰

برگزار کننده: سازمان نظام پزشکی

محل: مرکز همایش های ابوریحان دانشگاه شهید بهشتی تلفن ۸۴۱۳۸
با ۴ امتیاز بازآموزی برای گروه دندان پزشکی

اصول طرح درمان و نکات مهم در جراحی ایمپلنت

کنفرانس علمی یک روزه ۹۲/۱۱/۱۱

برگزار کننده: سازمان نظام پزشکی

مرکز همایش های ابوریحان دانشگاه شهید بهشتی تلفن ۸۴۱۳۸
با ۴ امتیاز بازآموزی برای گروه دندان پزشکی

آموزه های حقوقی و قانونی برای پزشکان و کادر مرکزی بهداشتی درمانی

کنفرانس علمی یک روزه ۹۲/۱۱/۱۷

برگزار کننده: دانشگاه شهید بهشتی

تلفن واحد مجری ۰۹۳۷۰۸۵۷۴۳۳

نشانی: میدان تجریش - مرکزی پزشکی آموزشی و درمانی شهداء تجریش سالن اجتماعات بهنام دهپور
با ۶ امتیاز بازآموزی برای گروه پزشکی و دندان پزشکی

* کنفرانس ادواری بیمارستان مدائن (میزگرد)

تاریخ ۲/ بهمن ۹۲ ساعت: ۱۴-۱۲ ۱/۲۵ امتیاز

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

تلفن واحد مجری: ۶۶۴۶۹۲۰۵ بیمارستان مدائن

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

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

تاریخ ۳ بهمن/۱۳۹۲ ساعت ۱۴ - ۸ - ۲ امتیاز

مجری: انجمن جراحان گوش و گلو و بینی و سر و گردن ایران

تلفن واحد مجری: ۴-۸۸۹۷۹۱۰۱ - بیمارستان امیراعلم

گروه هدف: جراحی ترمیمی، پلاستیک و سوختگی، جراحی مغز و اعصاب، جراحی دهان و فک و صورت، جراحی گوش و حلق و بینی و سر و گردن.

یازدهمین کنگره بین المللی جراحی ها و تکنیک های کم تهاجمی، اولین کنگره بین المللی

جراحی های چاقی ۱۱ - ۸ بهمن ۱۳۹۲

با امتیاز بازآموزی برای کلیه رشته های تخصصی (جراحی فک و صورت)

www.mistic2014.com

مکان برگزاری: تهران - مرکز همایش های بین المللی رازی

تلفن: ۸ - ۸۸۳۳۴۴۳۶

رویدادهای علمی بین المللی

CONGRESS

XXII CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR CRANIOMAXILLO-FACIAL SURGERY

23e26 September 2014, Prague, Czech Republic

President e Dr Daniel Hrusak.

Website: www.eacmfs2014.com

SPECIAL PROGRAMS: EACMFS SESSION IN THE BELARUSSIAN

CONGRESS

LECTURINGS FOR THE PARIN'S NAME 2014

10e11 April 2014, Minsk, Republic of Belarus

EACMFS Session in the Belarussian Congress.

Contact: Prof I Pohodenko-Chudakova

Email: ip-c@yandex.ru

EACMFS EDUCATIONAL ROLLING PROGRAMME

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.

6TH INTERNATIONAL ORTHOGNATHIC SURGERY

FORUM

14e15 February 2014, Interlaken, Switzerland

IBRA Conference on Surgery of the Head.

Chairman: Prof J Kleinheinz

1010-5182/\$ e see front matter

[http://dx.doi.org/10.1016/S1010-5182\(13\)00326-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1010-5182(13)00326-0)

Contact: IBRA Administration Office

Email: info@ibra.ch

Website: www.ibra.ch

40TH INTERNATIONAL COURSE FOR FLAP RAISING AND MICROSURGERY

19e28 March 2014, Bochum, Germany

Block I - 19/3 -20/3/14 Anatomical Course for Flap Raising

Block II - 24/3/ - 28/3/14 Microsurgical Exercise Course

Course Chairmen: Prof K D Wolff, Prof F Holzle, Mr D Mitchell,

Mr A Kanatas

Contact: Prof F Holzle

Course Secretary: Mrs Ruth Lennartz

Email: rlennartz@ukaachen.de

ORTHOGNATHIC SURGERY

7 May 2014, Aarhus, Denmark

Hands-on Course for Oral & Maxillofacial Surgeons and Orthodontists

Course Secretary: Puk Gungel

Email: pukgun@rm.dk

THE BRUGES 3D ORTHOGNATHIC COURSE -THE 'LOBSTER COURSE'

30 June e 3 July 2014, Bruges, Belgium

Contact: Mrs W Cortier, Mrs L Bultinck

Emails: wendy.cortier@azsintjan.be,

lindsay.bultinck@azsintjan.be

Tel: þ32 50 45 22 60

Fax: þ32 50 45 22 79

<p>INTERNATIONAL COURSE FOR IMPLANTOLOGY 11e12 August 2014, Aachen, Germany Contact: Prof F Hölzlehoelzle Email: Holzlehoelzle@ukaachen.de CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP 17e19 September 2014, Coventry, UK Contact: Mr Liviu M. Hanu-Cernat. Email: liviucernat@uhcm.nhs.uk EACMFS SCIENTIFICALLY SPONSORED MEETINGS SKULL BASE SURGERY WORKSHOP 27e28 February 2014, Freiburg, Germany Endoscopy, Navigation and Robotics; A cadaver workshop Contact: Gisela Kappenberger Email: Gisela.kappenberger@uniklinik-freiburg.de NEW HORIZONS IN ORTHOGNATHIC SURGERY 2014 28 February - 01 March 2014, Ferrara, Cona, Italy Contact: Mrs Clara Verlicchi. Email: secretariat@nhferrara2014.org Website: www.nhferrara2014.org 3D BOLOGNA NEW TECHNOLOGIES IN DIAGNOSTIC PLANNING AND TREATMENT IN MAXILLOFACIAL SURGERY 28e29 March 2014, Bologna, Italy Contact: Dr A Bianchi giulioschiarti Email: Bianchi giulioschiarti@yahoo.it EUROPEAN CONGRESS ON HEAD AND NECK ONCOLOGY 24e26 April 2014, Liverpool, UK Congress President - J L Lefebvre Congress Chairman: J Brown Contact: Kenes UK, The Euston Office, One Euston Square, London NW1 2FD Telephone: þ44 (0) 207 383 8030 Website: www.echno2014.com INTERNATIONAL CONGRESS FOR ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY - THIRD BALKAN CONGRESS OF BAMFS 24e27 April 2014, Ohrid, Macedonia Congress President: Prof V. Popovski Email: contact@omfscongress2014.mk Website: www.omfscongress2014.mk</p>	<p>4TH INTERNATIONAL CONGRESS ON CRANIOFACIAL OSTEOBIOLOGY & DISTRACTION 5e9 May 2014, Bandos Island, Republic of Maldives Joint Congress between the Asia Pacific Conference and the Paris Distraction Symposium. Congress Secretariat: Balaji Dental and Craniofacial Hospital, 30 K.B. Dasan Road, Teynampet, Chennai, India Tel: 91-44-42947200-249, 24326622, 24364136 Fax: 91-44-24322907 Email: info@distraction2014.com Website: www.distraction2014.com FIRST INTERNATIONAL MEETING ON SCIENCE AND ART OF FACIAL MAKEOVER 4e6 June 2014, Brussels, Belgium Contact: MCI Brussels. Email: facialmakeover2014@mci-group.com Tel: þ32 (0) 2 743 15 40. EACMFS ANNOUNCEMENT OF OTHER COURSES 12TH INTERNATIONAL CONGRESS OF IRSOM 26e28 February 2014, Tehran, Iran Course Organisers: Ali Hassani DMD, OMFS Arash Khojasteh, DMD, OMF. Contact Email: Sarashkhojasteh@gmail.com 4th PanAfCOMS 13e15 March 2014, Nairobi, Kenya Congress President: Dr Eric Kahagu Contact: Jolandi Ackermann Email: jolandi@onscreenav.co.za Website: www.onscreen-conference.co.za THE 11TH INTERNATIONAL NETHERLANDS CANCER INSTITUTE HEAD AND NECK SYMPOSIUM 10e11 April, Amsterdam, The Netherlands How to treat head and neck cancer in the elderly. Contact: Marion van Zuilen, Secretary Email: kno@nki.nl Website: www.hoofdhalshalkanker.info/elderlysymposium 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</p>
--	--

<p>INTERCONTINENTAL RHINOPLASTY COURSE 2e3 May 2014, Utrecht, The Netherlands Directors: Peter J.F.M. Lohuis, Carlos Pedroza, Fazil Apaydin. Website: www.intercontinental-rhinoplasty.com 36TH ASIA PACIFIC CONGRESS (APDC 2014) 17e19 June 2014, Dubai. APDC 2014 Conference Secretariat c/o Kenes Asia (Thailand Office) PICO Building, 10 Soi Lasalle 56, Sukhumwit Bangna, Bangkok 10260 Thailand Telephone: +662 7487881 Fax: +662 7487880 Email: apdc2014@kenes.com</p>	<p>50TH CONGRES DE LA SOCIETE FRANCAISE DE STOMATOLOGIE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET CHIRURGIE ORALE 18e20 September 2014, Lyon, France Contact: SFSCMFCO 2014, 43 bd du 11 Novembre 1918, 69622, Villeurbanne Cedex Email: sfscmfco2014@univ-lyon.fr INTERNATIONAL MASTER OF APPLIED SCIENTIFIC DENTAL EDUCATION AND RESEARCH (MASTER OF SCIENCE) Kiel University, Germany To achieve the unique combination of skills necessary for leading positions in academic dentistry. Email: j.braun@mkg.uni-kiel.de Website: http://www.imasder.org</p>
--	--