

جراحی فک و صورت - تازه‌ها

No.9 May, 2014

شماره ۹ - اردیبهشت ۱۳۹۳



به نام خدا

با سلام و آرزوی بهروزی برای شما در
پیمایش سال ۱۳۹۳.
از وظایف انجمن‌های علمی که در آیین
نامه‌های اجرائی کمیسیون انجمن‌های
علمی گروه پزشکی نیز بر آن تأکید شده است
برگزاری جلسات و کنفرانس‌های علمی منظم
ماهانه و برگزاری مباحثات علمی و نشر
تازه‌های علمی موضوعات مبرم رشته است.

داشتن نشریه علمی و نشریه خبری در انجمن‌ها که بتوانند با اطلاع رسانی به موقع و فراهم آوردن شرایط مناسب برای اعضا به ارتقاء دانش کلینیکی آنان یاری رساند و به حل چالش‌هایی که در کار کلینیکی و درمانی روزمره با آن روبرو هستند بپردازد، از ضروریات است. در واقع نشریه انجمن باید ابزاری برای طرح مشکلات همکاران و انعکاس فعالیت انجمن در راستای حل این معضلات باشد.

گروه‌های آموزشی تخصصی در دانشگاه‌ها در چارچوب وظایف خود در دانشگاه به چاپ نشریات علمی پژوهشی مبادرت می‌ورزند که حاوی مقاله‌های ارزشمندی است ولی این نشریات غالباً در سطح دانشگاه و نسبتاً محدود توزیع می‌شوند و خوب است که این نشریات با همیاری انجمن‌های علمی معرفی شوند و در دسترس همکاران قرار گیرند.

از ضروریات نشریاتی که توسط انجمن‌های علمی ارائه می‌شوند این است که همه اعضای انجمن و به طور بالفعل همه جراحان فک و صورت بتوانند فعالانه در تهیه آن سهیم باشند و از مطالب کاربردی - علمی و تجارب کلینیکی یک‌دیگر که می‌تواند در موارد مشخص، راهکارهای بسیار خوبی ارائه دهد بهره‌مند شوند. انجمن‌ها پتانسیل بسیار بالایی برای انجام کار علمی و نشر دارند و از سرمایه انسانی بسیار خوبی برخوردارند. انجمن علمی می‌تواند در امر آموزش و آشنایی با تکنیک‌های نوین، از همکاری شرکت‌های تولید کننده و توزیع کننده تجهیزات برای برپایی کارگاه‌های آموزشی عملی استفاده کند. نمونه این همکاری را در کنگره جراحی‌های کم‌تهاجمی مشاهده کردم که این روش در رابطه با معرفی و آموزش کار با ابزارهای لاپاروسکوپی و آندوسکوپی جدید به صورت گسترده ای انجام شد.

ایده‌آل این است که انجمن‌های علمی در تمام زمینه‌های فعالیت سازمانی خود نشریه داشته باشند. ولی با توجه به امکانات محدود انجمن‌ها در چاپ و نشر، بهتر است که در درجه اول، چاپ موضوعات کاربردی - علمی و خبری در اولویت باشد و فعالیت‌های علمی انجمن و اعضایش در آن انعکاس یابد.

شاخص‌هایی مانند نشریه علمی، میزگردهای ماهانه، نشست‌های پیرامون موضوعات مشخص از جمله کیس رپورت‌ها و پاسخ‌گویی به نیازهای حرفه‌ای اعضای نه تنها نشانه فعالیت یک انجمن علمی در کلیت خود است بلکه در عین حال، میزان فعالیت یک هیئت مدیره را در دوران مسئولیتش بازتاب می‌دهد.

دکتر میترا میرمحمدی

نقش جدید مدل‌های استریولیتیکی در درمان شکستگی‌های پیچیده فک پایین

برگردان : دکتر احسان طالب زاده

رزیدنت جراحی دهان، فک و صورت

دانشگاه آزاد خراسگان

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2014; 43: 194–196

A new role for stereolithic models in the management of complex mandibular fractures

R. M. C. Burnham¹, K. McMillian¹, R. Williams², I. Sharp² ¹Speciality Trainee Oral and Maxillofacial Surgery, University Hospitals of Birmingham Queen Elizabeth Hospital, Birmingham, West Midlands, B15 2TH; ²Consultant in Oral and Maxillofacial Surgery University

Hospitals of Birmingham Queen Elizabeth Hospital, Birmingham, **West Midlands**, B15 2TH

چکیده: نویسنده با گزارش دو مورد به بررسی نقش جدید مدل‌های استریولیتیکی در درمان شکستگی‌های پیچیده فک پایین می‌پردازد.

ساده‌تر و مقرون به صرفه‌تر شدن تکنولوژی مدل‌های استریولیتیکی سبب ترویج استفاده از آن شده است. اگرچه مطالعات پیشین به بررسی کاربرد مدل‌های استریولیتیکی در جراحی‌های انکولوژی، ارتوگناتیک و ایمپلنتولوژی و آرتروپلاستی مفصل گیجگاهی فکی پرداخته‌اند ولی کاربرد این مدل‌ها در آسیب‌ها (تروما) کم‌تر مورد مطالعه قرار گرفته است.

درمان آسیب‌های پیچیده فک و صورت به دلیل وسعت آسیب دیدگی و تغییر شکل ساختاری چالش برانگیز است. ایجاد یک اکلوزن ثابت اساس کار بازسازی آناتومی صورت است. تجربه به کارگیری مدل‌های استریولیتیکی برای برنامه ریزی جراحی‌های مازور بازسازی در محل کار نویسنده منجر به استفاده از آن‌ها در درمان تروما شد.

در تروماهای حاد و ثانویه، مدل‌های استریولیتیکی می‌توانند برای پلیت‌های پیش‌ساخته کرانیوپلاستی، پلیت‌های اوربیتال سفارشی ساخته شده (مستقیم و معکوس)، برنامه‌ریزی‌های پیش از عمل، پلیت‌های

شکل داده شده، آرچ بار سفارشی و جهت آموزش مورد استفاده قرار گیرند. در دپارتمان نویسنده، داده‌های Dicom به دست آمده از سی تی اسکن برای تسریع شکل‌گیری مدل‌های استریولیتیکی استفاده شد. چنین سیستمی در شکستگی‌های پیچیده فک پایین، باعث افزایش دقت برنامه‌ریزی و مدل‌سازی جراحی می‌شود. با استفاده از یک پرینتر سه‌بعدی Objet 30 برای چاپ مدل، یک مدل کامل از صورت را می‌توان در عرض ۱۶ ساعت و با هزینه‌ی حدود ۱۰۰ پوند تهیه کرد. این دستگاه، امکان ایجاد مدل استریولیتیکی با دقت بالا را فراهم می‌نماید (۲۸ میکرون در سطح). مدل ساخته شده به قدری دقیق است که می‌تواند یک اکلوژن جابه‌جا شده را بدون نیاز به اسکن مدل‌های گچی بازسازی کند. دو مورد زیر نشان‌دهنده مزایای استفاده از مدل‌های استریولیتیکی می‌باشند:

مورد اول: خانم ۳۹ ساله‌ای با پریدن از روگذر یک بزرگراه، اقدام به خودکشی کرده بود. جراحات‌های او شامل شکستگی‌های متعدد در استخوان‌های بلند و خرد شدگی قسمت قدامی فک بالا می‌شد. در اثر شکستگی فک بالا، قطعات استخوانی شکسته شده جابه‌جا شده بودند (شکل ۱). از داده‌های حاصل از سی تی اسکن برای ایجاد یک مدل استریولیتیکی استفاده گردید. در مدل جراحی، شکستگی جا اندازی شد تا امکان ساخت آرچ بار سفارشی فراهم شود. آرچ بارها تحت بیهوشی عمومی تثبیت شدند و تا ۶ هفته از ثابت‌کننده‌های بین فکی (IMF) استفاده شد. پس از برداشتن IMF، اکلوژن نهایی تثبیت شده بود و نشانه‌های رادیوگرافی و بالینی، حاکی از ترمیم خوب شکستگی‌ها بود.



Fig. 1. Case 1: 3D reformat of grossly comminuted fractured mandible.



Fig. 2. Case 2: 3D reformat of grossly comminuted fractured mandible

مورد دوم: چانه دختر ۱۹ ساله‌ای که در حین سقوط از یک دیوار ۶ فوتی به لبه دیوار اصابت کرده بود و در اثر این برخورد، دچار شکستگی شدید فک، تو رفتگی نیمه ماگزایلا و شکاف در خط وسط کام، شکستگی‌های پیچیده و چندگانه عاج و مینای دندان شده بود، به دفتر تصادفات و اورژانس مراجعه کرد.

سی تی اسکن تهیه شد (شکل ۲). از داده‌های دایکام برای تهیه مدل استریولیتیکی استفاده شد و مدل به دست آمده، متعاقباً جهت جاناندازی شکستگی‌های بیمار در لابراتوار به کار گرفته شد (شکل ۳). در نتیجه، امکان ساخت آرچ بار سفارشی و پلیت‌های استئوسنتز پیش ساخته برای قسمت قدامی فک بالا فراهم شد. بیمار ۴۸ ساعت پس از آسیب‌دیدگی مورد عمل جراحی قرار گرفت.

هنگام عمل تصمیم گرفته شد که تعدادی از دندان‌های فک پایین که پیش‌آگهی ضعیفی داشتند خارج شوند که منجر به عدم امکان قرارگیری آرچ بار فک پایین شد، استفاده از پلیت پیش ساخته فک بالا کمک شایانی در پرکردن فاصله بین دندان‌های نیش کرد. در این مورد، به دلیل وسعت آسیب‌دیدگی، هیچ ساختار واضح دندانی استخوانی برای بازسازی اکلوزن وجود نداشت (شکل ۴). پس از ترمیم شکستگی، می‌توان از ایمپلنت برای توان‌بخشی دندانی استفاده نمود.

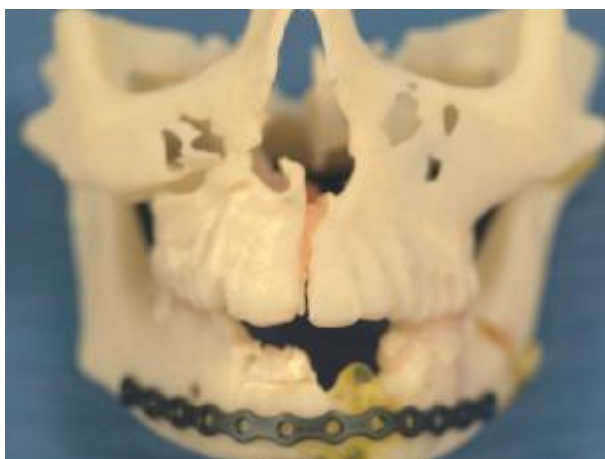


Fig. 3. Stereolithic model with reduction of fractures



Fig. 4. Case 2: postoperative radiograph demonstrating pre-bent anterior mandible plate and maxillary custom made arch bar.

بحث: ما با به کارگیری مدل‌های استریولیتیکی برای بازسازی اکلوزن دندانی بیمار و مدل‌سازی جراحی، امکان ساخت آرچ بارهای سفارشی را فراهم نمودیم و آن‌ها را در هنگام عمل جراحی نصب کردیم. بدون استفاده از این آرچ بارهای سفارشی، بازسازی اکلوزن تقریباً غیرممکن بود، زیرا هر تلاشی می‌توانست به تخریب بیش‌تر و یا کنده شدن قطعات شکستگی دنتوآلوئولار بیانجامد. آرچ بارهای سفارشی به هم‌ترازی آرواره‌ها در حین عمل جراحی کمک کردند و باعث کوتاه‌تر شدن زمان جراحی و افزایش دقت در جاناندازی اکلوزال گردیدند.

در مورد دوم، ایجاد انحنا بر روی پلیت بازسازی متحمل بار (bending load bearing reconstruction plate) پیش از جراحی به جراح کمک کرد تا بدون داشتن اکلوزن بیمار با اطمینان جاناندازی استخوانی را انجام دهد.

مواردی که در این جا توضیح داده شد، برخی از موارد استفاده مدل‌های استریولیتیکی را در شکستگی‌های پیچیده صورت نشان می‌دهد. این مدل‌ها امکان «جراحی آزمایشگاهی» را پیش از جراحی فراهم می‌کنند و این شانس را به جراح می‌دهد که نقایص را پیشاپیش به تصویر کشد. به‌علاوه، این مدل‌ها ساخت دقیق پلتهای پیش ساخته و آرچ بارها را قبل از جراحی امکان پذیر می‌سازند. چنین آرچ بارها و پلتهای دارای دقت و جزییاتی هستند که مدل‌های مطالعاتی امروزی از آن بی‌بهره‌اند.

تفکر مولف مقاله بر این است که استفاده از تکنولوژی استریولیتیکی در برنامه‌ریزی جراحی تروما شامل شکستگی‌های پیچیده در هر دو فک بالا و پایین مفید خواهد بود.

سیستم درجه بندی کلینیکی برای شکاف کام ساب موکوزال

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 275–276

Short communication

Clinical grading system for submucous cleft palate

Alistair Smyth

Leeds General Infirmary, Northern and Yorkshire Regional Cleft Service, **United Kingdom**

چکیده: شکاف کام زیر مخاطی یک آبنورمالیتی ساختاری کام است. گوناگونی اشکال کلینیکی و اختلالات عملکردی در آن از هیچ تا شدید متغیر است. اگر چه ارتباط متقابل ضعیفی بین نشانه‌های کلینیکی و شدت عدم کفایت و لوفارنژیال در موقع تکلم وجود دارد اما یک سیستم درجه بندی کلینیکال می‌تواند به اقدامات جراحی یاری رساند و اجازه مقایسه معنی دارتری را در مطالعات نتایج آن‌ها بدهد. سیستم درجه بندی توضیح داده شده بر اساس معاینات کلینیکی به تنهایی است و درجه آبنورمالیتی ساختاری عضلات کام نرم را منعکس می‌کند.

مقدمه: Calnan اشکال کلینیکی کلاسیک شکاف کام زیر مخاطی چون bifid uvula و ناحیه ترانس لوسنت خط وسط (zona pellucida) کام نرم و استخوان قابل لمس و ناچ notch در خلف کام سخت را تشریح کرده است. جداسازی و اتصال قدامی عضلات velar عملکرد طبیعی کام را معیوب می‌کند و می‌تواند منتج به مشکلاتی در بلع و گفتار شود.

قرارگرفتن غیر طبیعی عضله بالا برنده کام، بالا بردن و کشیدگی کام نرم را کاهش می‌دهد و می‌تواند با عدم کفایت و لوفارنژیال در زمان گفتار با هیپرنازیالیته و دفع غیر طبیعی مایعات از بینی خود را نشان دهد. طبقه بندی یا سیستم درجه بندی شکاف کام زیر مخاطی می‌تواند اجازه مقایسه معنادارتری را بین نتایج مطالعات بدهد و همچنین به درمان‌های کلینیکی یاری رساند، زیرا که جراحی اینترا ولار می‌تواند در بیماران با آبنورمالیتی ساختاری عضلانی شدید مقتضی‌تر باشد. سیستم طبقه بندی دیگری توسط Khan و همکاران تنها بر مبنای درجه درگیری استخوان کام سخت (بدون درگیر شدن)، فقط استخوان‌های کامی،

استخوان‌های کامی و فک بالا و توصیف غیر معمول گسترش میدلاین به کام اولیه ی قدام به فورامن انسیزیو تعریف شده است.

از نظر کلینیکی این مسئله که در چه مواقعی درگیری استخوانی از استخوان‌های کامی به استخوان‌های فک بالا گسترش می‌یابد می‌تواند برای ارزیابی مشکل باشد. همچنین گسترش به کام اولیه قدام به فورامن انسیزیو برای توضیح پایه‌های جنین شناسی نیز می‌تواند مشکل و بسیار نادر باشد.

سیستم درجه بندی ما از ۰-۳ به سهولت و کاملاً بر مبنای معاینات کلینیکی قبل از عمل بافت‌های سخت و نرم کام می‌باشد. اگرچه تناسب مستقیمی بین درجه کلینیکی شکاف زیر مخاطی کام و درجه عدم کفایت ولوفارنژیال در موقع گفتار نیست ولی این سیستم به تشخیص بیماران با علائم کمک می‌کند که احتمالاً می‌توانند از جراحی اینتراولار بهره ببرند یا این که ممکن است نیاز به جراحی اضافی داشته باشند. وزنه سیستم نمره گذاری به نفع شکل کام سخت و نرم با استفاده از مولتی پلایر که افزایش انقطاع امبریولوژیک را نشان می‌دهد و احتمالاً آبنورمالیتی ساختاری عضلات velar به همراه آن است انجام می‌شود.

سیستم درجه بندی کلینیکی: معاینات کام‌های نرم و سخت و uvula شامل لمس کام پشتی است. امتیاز فردی برای این ۳ شکل بستگی به آبنورمالیتی دارد. یک مولتی پلایر ۱ و ۲ یا ۳ برای امتیاز دهی به



Fig. 1. Grade III submucous cleft palate (score 18): complete bifid uvula, midline translucent area (zona pellucida), and palpable and visible bony defect, which is greater than the posterior third of the hard palate.

uvula ، کام نرم و کام سخت به کار می‌رود. این امتیازات با هم جمع می‌شوند و مجموع آن با دامنه ممکن ۰ - ۲۰ حاصل می‌شود. این‌ها به زیرمجموعه‌هایی در ۳ درجه کلینیکی تقسیم بندی می‌شوند و درجه آبنورمالیتی ساختاری عضله ولار با عنوان ملایم (درجه ۱)، متوسط (درجه ۲) و شدید (درجه ۳) نشان داده می‌شود. نمونه کلینیکی درجه III شکاف کام زیر مخاطی در تصویر ۱ نشان داده شده است

خلاصه مقالات

پایش دراز مدت کانین‌های ترانس پلانت شده اتوژن
با به کارگیری رژنراسیون استخوانی هدایت شونده

Clinical Paper Oral Surgery
Long-term follow-up of autogenous canine transplants with application of
guided bone regeneration

H. J. Yu, L. X. Qiu, X. Z. Wang Peking University School and Hospital of Stomatology, 4th dental center, Beijing, **PR China**

چکیده: هدف از این مطالعه، ارزیابی استتیک و نتایج اتوترانسپلانتاسیون کانین‌های نهفته نامناسب برای هم‌ترازی با استفاده از تلفیق جراحی و رژنراسیون استخوانی هدایت شونده و درمان ارتودنسی بود.

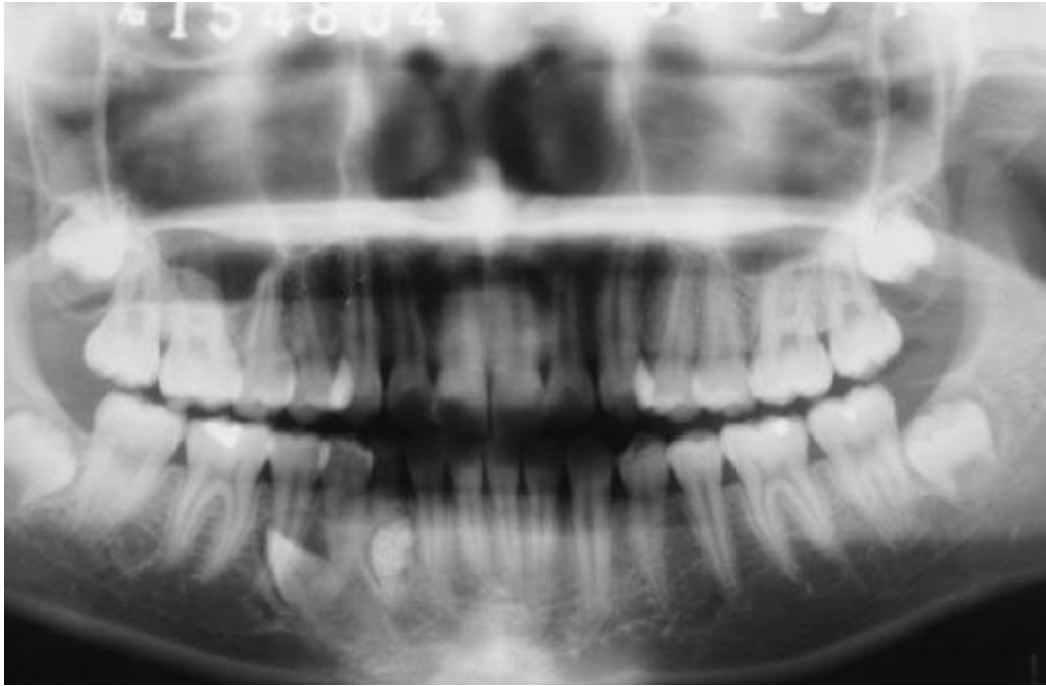


Fig. 1. Panoramic radiograph at the initial examination reveals an ectopically erupted mandibular canine. ۱۰ کانین به شدت نهفته در ۹ بیمار (با سن متوسط ۱۴/۸ سال) در این مطالعه گنجانده شدند. فضای مزبودیستال دریافت کننده دندان کانین توسط ارتودنسی ایجاد شد و ساکت آن با استفاده از دریل‌های ایمپلنت‌دندانی تهیه شد. در پی ترانسپلانتاسیون، دیفکت‌های استخوانی با استفاده از رژنراسیون استخوانی هدایت شونده گرفت شدند. با ارتودنسی دندان‌ها هم‌تراز شدند و اکلوزن تنظیم شد.



Fig. 2. The mesiodistal space of the recipient site was created with preoperative orthodontic treatment.



Fig. 3. The donated tooth was removed atraumatically



Fig. 4. The recipient bed was prepared with dental implant surgery.



Fig. 5. A clinical view of the transplantation of the canine to its normal position.



Fig. 6. The use of Bio-Oss and Bio-Oss Collagen in a largely osseous defect.



Fig. 7. The application of resorbable membranes (Bio-Gide) to cover the defect



Fig. 8. The transplanted tooth could be stabilized by surgical suturing or could be tied to the adjacent tooth using orthodontic brackets and a ligature

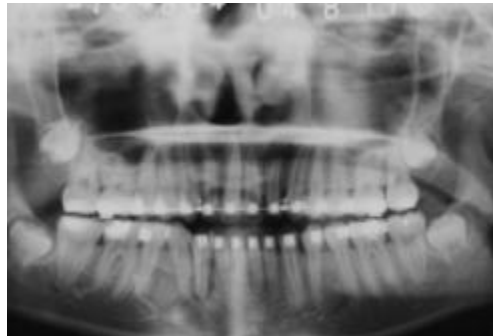


Fig. 9. Postoperative panoramic radiograph



Fig. 10. Peri-apical radiograph taken 5 years postoperatively.



Fig. 11. Facial appearance of the transplanted tooth 5 years postoperatively



Fig. 12. Incisal appearance of the transplanted tooth 5 years postoperatively.



Fig. 13. Postoperative pink aesthetic score (PES) assessment.

بیماران هر ۶ ماه یکبار به مدت متوسط ۷/۱ سال (از ۱۱ - ۲ سال) پیش شدند. متوسط امتیاز استتیک (means pink easthetic score) $0.87 \pm 13/33$ بود. عمق پاکت‌ها کم‌تر از ۳ میلی‌متر بودند. بررسی رادیوگرافیک، فضای پریدنتال بدون گسیختگی و لامینادورا را در ۷ مورد نشان داد، فضای پریدنتال ناواضح در ۲ مورد و جابه جایی تحلیل در ۱ مورد دیده شد. تجزیه و تحلیل مطالعه نشان داد که ترانسپلانتاسیون کانین در تلفیق با رزتراسیون استخوانی هدایت شونده و درمان ارتودنسی نتایج استتیک قابل قبول و قابل پیش‌بینی می‌دهد.

کاربرد axial superficial temporal artery island flap

برای اصلاح نقایص ثانویه برداشت پلک پایین، متعاقب بازال سل کارسینوما

British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 52 (2014) 72–75

The application of axialsuperficial temporalartery island flap forrepairing the defectsecondary to the removalofthe lower eye lidbasal cell

carcinoma Zheng Yan a, ZhaoJianhui b, WangXiaoyan c, YiChenggang d, Xia Wei d, LiYongd, MaXianjie d, a Department of PlasticandReconstructiveSurgery,ShanghaiNinthPeople'sHospital,ShanghaiJiaoTongUniversitySchoolofMedicine,Shanghai 200011, China b Department ofNeurosurgery,XijingHospital,FourthMilitaryMedicalUniversity,Xi'an,Shaanxi710032,China c Institute ofBurnSurgery,XiangyaHospital,Central-SouthUniversity,Changsha,Hunan410008,China d Institute ofPlasticSurgery,XijingHospital,FourthMilitaryMedicalUniversity,Xi'an,Shaanxi710032,China

خلاصه: هدف ما بررسی اصلاح نقص ناشی از اکسیزیون بازال سل کارسینوما (BCC) پلک پایین بود. برجستگی پوستی شریان گیجگاهی سطحی و شاخه‌های فرونتال آن با استفاده از اولتراسونوگرافی داپلر علامت گذاری شد. ضایعه با حاشیه ۱/۵ - ۰/۵ سانتی‌متر برش داده شده و Frozen section به منظور روشن شدن تشخیص انجام شد. (اگر ضایعه تمام ضخامت پلک پایین را درگیر کرده باشد، تمام بافت های درگیر برداشته می‌شود و فروزن سکشن به منظور روشن شدن این که آیا بافت‌های بیمار و مارژین های آن کاملاً برداشته شده اند، انجام می‌شود).

فلپ فرونتال مطابق با علامت گذاری قبل از عمل، ۰/۵ سانتی‌متر بزرگ‌تر از دیفکت طراحی شد. طول پدیکل ۱/۵ - ۱ سانتی‌متر بیش‌تر از فاصله بین پدیکل و دیفکت و پهنای آن ۳ سانتی‌متر بود. اگر ضایعه تمام ضخامت پلک پایین را شامل می‌گردید، فلپ کونجاکتیوال با این فلپ سوچور زده می‌شد. در شرایطی که دیفکت بزرگ بود، یک گرفت پوستی به کار برده می‌شد. این چنین نقایصی، به‌طور موفقیت آمیزی در ۱۰ بیمار اصلاح شد. هیچ‌گونه دیفکت ثانویه یا اکتروپیون بعد از عمل وجود نداشت.

شاخه فرونتالی Island flap شریان گیجگاهی سطحی، فلپ مناسبی برای اصلاح دیفکت ثانویه متعاقب BCC پلک پایین است.



Fig. 2. Case 2: (a) the preoperative frontal view of the basal cell carcinoma on the left lower eyelid, and (b) the postoperative frontal view of the patient with her eyes closed (published with the permission of the patient).



Fig. 1. Case 1: (a) the preoperative lateral view of the basal cell carcinoma on the left lower eyelid, and (b) the postoperative lateral view (published with the permission of the patient)

تغییرات پهنای فک بعد از بسط فوری کام به کمک جراحی

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2014; 43: 316–322

Clinical Paper Orthognathic Surgery

Transverse changes after surgically assisted rapid palatal expansion

J. A. Gurgela^{a,b}, C. M. Tiago^a, D. Normando^c ^aCEUMA University, Saõ Luı's, Maranhãõ, Brazil; ^bDepartment of Speech–Language Pathology and Department of Audiology, Universidade Estadual Paulista “Ju’ lio de Mesquita Filho” UNESP, Marı’lia, Brazil; ^cDepartment of Orthodontics, Federal University Para’ı, Bele’m, **Brazil**

چکیده: هدف از این مطالعه گذشته نگر، بررسی میزان بسط اسکلتال و دنتال در بیمارانی که برایشان بسط فوری کام به کمک جراحی (SARPE) انجام شد، است. مطالعه، متشکل از ۲۱ بیمار (۱۴ زن و ۷ مرد) با متوسط سنی ۲۵/۴ (از ۱۷/۴ سال – ۴۱/۸ سال) بود.

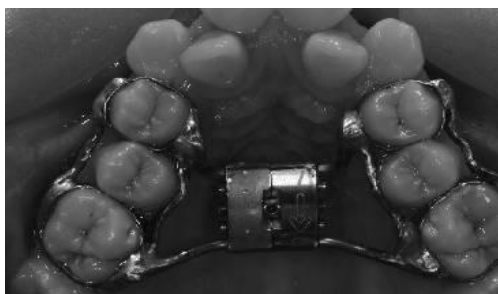


Fig. 1. Hyrax-type expander and markers with different designs for the left and right sides and for each premolar and molar.

تحت بی حسی موضعی، استئوتومی ناکامل لفورت I به صورت باکالی از توپروزیته ماگزیلا تا پریفورم اپرچر به اجرا در آمد. در حین جراحی، پیچ‌ها به میزان ۱ میلی‌متر اکتیو شدند. دوران رکود ۷ روزه برای آن رعایت شد و سپس به بیماران، اکتیو کردن پیچ‌ها به میزان ۰/۲۵ میلی‌متر/دوبار در روز تجویز شد.

سفالوگرام‌های PA قبل از انبساط فک (T1)، بلافاصله پس از انبساط (T2) و ۱۲۰ روز بعد از نگهداری بسط فک (T3) انجام شد. تغییرات SARPE عرضی اسکلتال را که از T2 به T3 صورت گرفته بود به طور قابل ملاحظه‌ای بهبود بخشید. بسط دنتوآلوئولار و مایل شدن دندان‌ها در ناحیه اولین مولرها و اولین پره مولرها نیز مورد بررسی قرار گرفت. تأثیر خالص آن در مولرهای اول به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از اولین پره مولرها بود و هیچ تأثیر قابل ملاحظه آماری در پهنای حفره بینی مشاهده نشد.

به عبارت دیگر، بسط ماگزیلاری در قدام ماگزیلا، بیش‌تر از خلف ماگزیلاست. هم‌چنین در ناحیه کام بیش‌تر از سطح استخوان‌های بینی است.

یافته‌ها نشان می‌دهد که خصائل ویژه ذاتی مربوط به تأثیرات دندانی ممکن است گزینه‌های کلینیکی برای SARPE را تحت تأثیر قرار دهد. بسط اسکلتال با SARPE قابل ملاحظه و با ثبات بود. تغییرات

دندانی در بین مولرها و پره مولرها متفاوت بودند. تغییرات عرضی بعد از SARPE باید برای اقدامات در آینده که مربوط به نگهداری و تکمیل درمان ارتودنسی است، مورد بررسی قرار گیرد.

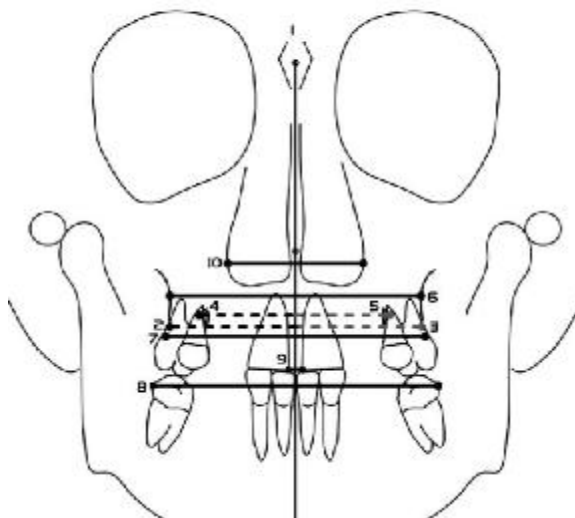


Fig. 2. Transverse linear variables: (1) MRL: median reference plane traced through the crista galli, nasal septum, and the menton point. (2) RML (RM-MRL) and (3) LML (MRL-LM): dentoalveolar lines for molars on the right and left sides, respectively, identified by markers. (4) PRL (RP-MRL) and (5) LPL (MRL-LP): dentoalveolar lines for premolars on the right and left sides, respectively, identified by markers. (6) JL (JR-JL): line from the right to the left jugular process for maxillary width. (7) 6UL (6UR-6UL) and (8) 6LL (6LR-6LL): maxillary and mandibular intermolar widths, respectively. (9) 1UL (1UR-1UL) maxillary inter-incisor width. (10) NC (NCR-NCL): nasal cavity width

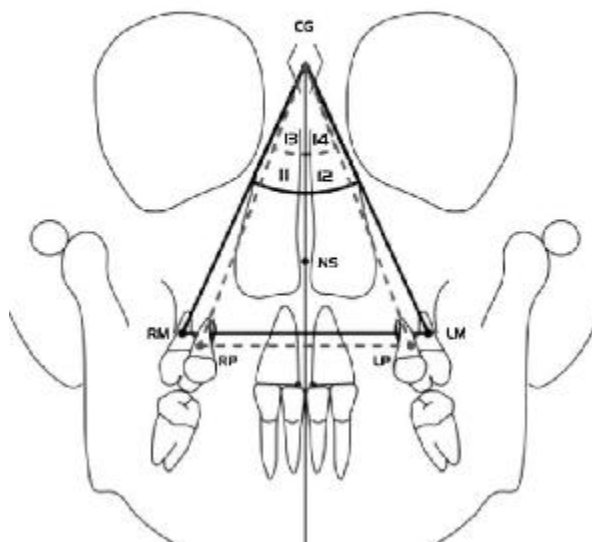


Fig. 3. Angular variables determined by examining PA X-rays: (11) RMA (RM-crista galli-MRL) and (12) LMA (LM-crista galli-MRL): angles between the MRL and the markers of the right and left first molars, respectively. (13) RPA (RP-crista galli-MRL) and (14) LPA (LP-crista galli-MRL): angles between the MRL and the markers on the first right and left premolars, respectively.

روش کار ماهنامه انتشار جدیدترین مقالات از نشریات معتبر جهانی جراحی فک و صورت است. ولی گاه در نشریات قدیمی تر به مطالبی بر می‌خوریم که ارزش و اعتبار زیادی دارند و می‌توانند برای گروه وسیع‌تری از همکاران دندان پزشکیان مفید باشند. مقاله زیر با این دیدگاه انتخاب شده است.

امفیزم پری اربیتال در حین درمان دندان‌های

گزارش یک نمونه

Periorbital emphysema during dental treatment: a case report

Lokman Onur Uyanık, DDS, PhD,^a Melek Aydın, DDS,^a Oguz Buhara, DDS,^a

Aysa Ayalı, DDS,^a and Atakan Kalender, DDS, PhD,^b Nicosia, Turkish Republic of Northern **Cyprus**

SCHOOL OF DENTISTRY, NEAR EAST UNIVERSITY

Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;112:e94-e96

امفیزم پری اربیتال عارضه نادری از درمان‌های دندان‌های است. در این مقاله اتیولوژی و دستورالعمل‌های پیش‌گیری از آن در حین درمان‌های دندان‌های طرح ریزی شده و یک مورد نادر گزارش شده است. امفیزم زیر جلدی به صورت وجود غیر طبیعی هوا در بافت‌های زیر جلدی مشخص می‌شود. این عارضه اساساً به علت تراما، جراحی سر و گردن، بیهوشی عمومی و سرفه یا اجرای عادی مانور Valsalva به وجود می‌آید. حادث شدن امفیزم زیر جلدی بعد از اقدامات جراحی دهان و دندان گزارش شده است که این عارضه بسیار نادر است و تا کنون فقط ۱ گزارش در مقالات مربوط به امفیزم پری اربیتال همراه با درمان دندان‌های وجود دارد.

گزارش نمونه: بیمار خانم ۲۳ ساله بدون هیچ‌گونه سابقه بیماری، با یک تورم حاد ناحیه پری اربیتال سمت چپ به بخش جراحی دهان و فک و صورت ارجاع شد. (Fig 1 , 2). برای او درمان ریشه دندان 23 در کلینیک اندودنتیکس انجام شده بود که به طور ناگهانی با تورمی در فوسای کانین مواجه شد که به ناحیه پری اربیتال گسترش می‌یافت. اندودنتیست ایجاد تورم را بلافاصله پس از آخرین فایلینگ آپکس دندان درج کرد. بلافاصله پانسمان موقت انجام شد و بیمار به کلینیک جراحی ارجاع داده شد. معاینات فیزیکی تورم آشکار بافت نرم پیرامون چشم چپ و کریپیتوس در لمس که نشانه جمع شدن هوا در بافت نرم بود را مشخص کرد.



بیمار قادر به باز کردن چشم چپ خود به علت تورم شدید آن نبود. تشخیص، امفیزم پری اربیتال بود. هیچ یافته دیگری کلینیکی یا مشکلات بینایی مشاهده نشدند. علائم حیاتی او ثابت بودند. به او برای پروفیلاکسی آنتی بیوتیک (آموکسی سیلین) تجویز شد. علائم ناشی از بهبود بیمار و باز کردن نسبی چشم بعد از ۲ روز نمایان شدند. پنجمین روز بهبود قابل ملاحظه ای همراه با کاهش امفیزم پری اربیتال مشاهده شد و در روز دهم بیمار کاملاً بهبود یافت.

بحث: امفیزم به وضعیتی که در نتیجه ایجاد هوا یا دیگر گازها در بافت نرم که منتج به انبساط پوست یا مخاط روی آن می شود اطلاق می شود. به طور خلاصه از موارد گزارش شده تا سال ۱۹۵۷، امفیزم بافت نرم اغلب متعاقب کشیدن دندان در نتیجه برخی عملیات که باعث افزایش فشار داخل دهانی می شوند بوجود می آمد. از زمان گزارش آن موارد، استفاده گسترده از هندپیس های پیشرفته چرخنده با هوا، باعث افزایش ریسک عوارض یا تروژنیک امفیزماتوز هم در درمان های جراحی و هم در غیر جراحی شد. کشیدن دندان به ویژه مولر سوم فک پایین، بیشترین مورد گزارش علت امفیزم زیر جلدی است. به طور شایع تر، امفیزم همچنین از درمان های ترمیمی، درمان کانال ریشه، آماده سازی و جاگذاری روکش، جراحی پیرونتال، جرم گیری و تاباندن لیزر منتج می شود. مکانیسم پایه ای آن در تمام این اعمال دندان پزشکی، انقطاع سد داخل دهانی است که به هوای تحت فشار اجازه ورود به زیر جلد را می دهد.

امفیزم زیر جلدی عارضه شناخته شده درمان های ریشه است. این وضعیت اغلب در نتیجه کار با دریل های جراحی با هوای با سرعت بالا و سرنگ های هوای فشرده در حین ترمیم و اقدامات اندودنتیک ایجاد می شود. گرچه در این مورد، ادم پری اربیتال در حین درمان دندان و در هنگام استفاده از ابزارهای دستی (فایل های اندودنتیک) مشاهده شد که این گزارش نمونه را جالب می کند.

تظاهر بالینی امفیزم زیر جلدی، اغلب یک تورم نرم و به رنگ پوست و بدون قرمزی ناحیه است که ممکن است در حین و یا کمی بعد از درمان دندان اتفاق بیفتد. شناخت زود هنگام و درمان مناسب بسیار مهم هستند زیرا که گسترش مقادیر بزرگی از هوا به درون فضاهای عمیق تر ممکن است در بعضی مواقع سبب عوارض جدی شود. اگر چه بیشتر بیماران با امفیزم زیر جلدی بعد از اقدامات دندان پزشکی فقط تورم

موضعی کم تا متوسط دارند ولی هوا می‌تواند داخل فضاهاى پارافارنژیال و رتروفارنژیال شود و جمع شدن آن باعث مخاطرات در راه هوایی، امبولیسم هوا و عفونت بافت نرم می‌گردد. پنوموتوراکس، آسیب به عصب اپتیک و حتی مرگ در اثر امبولیسم هوا گزارش شده است. اگر امفیزم حادث شود، تشخیص افتراقی ابتدا باید از آنژیوادم، هماتوما یا عفونت داده شود و با مشاهده به منظور تعیین گسترش گاز دنبال شود. به بیمار باید چگونگی روند انبساط امفیزم و توصیه به مراجعه به بخش اورژانس در صورت وقوع آن بشود.

امفیزم زیر جلدی اغلب خود به خود و بدون عوارض جذب می‌شود که این امر علت درمان علامتی آن را توضیح می‌دهد. آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک، مراقبت نزدیک راه هوایی و مانیتور بسط گاز نیز توصیه می‌شود. تجویز آنتی بیوتیک به منظور پیش‌گیری از عفونت ثانویه توصیه می‌شود. ضد درد در صورت ضرورت تجویز می‌شود ولی به علت این که ناراحتی بیمار اغلب بسیار کم است به ندرت مورد نیاز است. اگر چه وضعیت این بیمار به پیشنهادات ذیل مربوط نمی‌شود ولی مهم است که در ذهن داشته باشیم که از عوارض اندودنتیک می‌توان توسط اقدامات زیر جلوگیری کرد:

(۱) استفاده از رابردم

(۲) استفاده از هندپیس‌های remote exhaust (با مفر هوا در دوردست) ر یا هندپیس‌های با موتور الکتریکی

(۳) پرهیز از استفاده از هوای فشرده شده سرنگ در موقع شستشو

(۴) پرهیز از استفاده از پراکسید هیدروژن در شستشوی کانال‌ها

نتیجه گیری: هدف از این گزارش نمونه، متذکر شدن این نکته به دندان‌پزشکان، جراحان دهان و پزشکان اورژانس است که به علائم امفیزم زیر جلدی منتج از درمان‌های دندان‌پزشکی هشیار باشند تا با تشخیص زود هنگام و دقیق بتوانند درمان مناسبی را به کار بندند.

معرفی نشریه

فصل نامه زمستان ۱۳۹۲ انجمن جراحان دهان و فک و صورت

شماره ۱- دوره سوم به چاپ رسید.

Journal of Craniomaxillofacial research

فصل نامه مرکز تحقیقات کرانیوماگزیلوفیشیال دانشگاه علوم پزشکی تهران از زمستان ۹۲ شروع به انتشار کرد.

این نشریه به صورت online در [www. jcr.tums.ac.ir](http://www.jcr.tums.ac.ir) قابل دسترسی است.

نشست‌های علمی ماه اردیبهشت

مجمع عمومی سالانه انجمن علمی دندان پزشکی ایران
ساعت ۱۵ روز پنج شنبه ۱۸ اردیبهشت، سالن اجلاس سران

پنج‌شنبه و چهارمین کنگره بین‌المللی انجمن علمی دندان پزشکی ایران
تهران - سالن اجلاس سران ۱۹ - ۱۶ اردیبهشت ۹۳
www.ida-dent.com

چهارمین کنگره خاورمیانه‌ای راینولوژی و جراحی پلاستیک صورت
تهران - مرکز همایش‌های رازی ۵ - ۳ اردیبهشت ۹۳
برای جراحان دهان و فک و صورت ۱۶ امتیاز
www.merc2014.com

رویدادهای علمی بین‌المللی

<p>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 INTERNATIONAL COURSE FOR IMPLANTOLOGY 11e12 August 2014, Aachen, Germany Contact: Prof F Hölzlehoelzle Email: Hölzlehoelzle@ukaachen.de</p>	<p>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>
<p>CRANIO-MAXILLOFACIAL OPERATIVE SURGERY CADAVER WORKSHOP 17e19 September 2014, Coventry, UK Contact: Mr Liviu M. Hanu-Cernat. Email: liviu-ernat@uhcm.nhs.uk 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, Utrecht, The Netherlands Directors: Peter J.F.M. Lohuis, Carlos Pedroza, Fazil Apaydin. Website: www.intercontinental-rhinoplasty.com</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.</p>

<p>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>
---	--

لطفاً برای دریافت شماره‌های گذشته « جراحی فک و صورت – تازه‌ها »
سایت شخصی دکتر میترا میرمحمدی www.omfs.ir را
مشاهده فرمائید.