

کیست استغنه دو کانونی پاروتید- گزارش مورد

دکتر سید حسین حسینی زارچ^۱ دکتر آدینه جوادیان لنگرودی^{۲*} دکتر حامد ابراهیم نژاد^۳ دکتر مریم رجبی^۴ دکتر سعیده ابراهیمی^۴
 ۱- دانشیار بخش رادیولوژی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 ۲- استادیار بخش رادیولوژی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 ۳- متخصص رادیولوژی دهان، فک و صورت
 ۴- دستیار تخصصی گروه رادیولوژی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه:

سابقه و هدف: نقص استخوانی استغنه یافته ای نادر و فاقد علامت در تصاویر رادیوگرافی می باشد. کیست استغنه مربوط به غده بزاقی پاروتید یافته بسیار نادری است که می تواند در سمت باکال یا لینگوال راموس واقع شود.
گزارش مورد: در کلیشه پانورامیک یک مرد ۳۷ ساله بطور تصادفی دو رادیولوسنسی با حدود مشخص در بالای زاویه فک تحتانی و ابتدای راموس صعودی سمت چپ کشف شد. در تصاویر اگزیرال و کروئال CBCT پلیت کورتیکال باکال پرفوره شده و این دو نقص استخوانی بیش از نیمی از ضخامت استخوان را درگیر کرده بودند. بر مبنای نمای رادیوگرافیک و عدم تغییر سایز ضایعه در فالوآپ های ۶ ماهه و یکساله، ضایعه نقص استخوانی استغنه تشخیص داده شد.
نتیجه گیری: نماهای ناشایع نقص استخوانی استغنه، بویژه انواع مرتبط با پاروتید، بایستی مد نظر رادیولوژیست قرار گیرد تا از تفسیر اشتباه جلوگیری شود.

کلید واژه‌ها: غده پاروتید، کیست استخوانی، توموگرافی کامپیوتری با اشعه مخروطی

وصول مقاله: ۹۵/۲/۲۱ اصلاح نهایی: ۹۵/۴/۲۷ پذیرش مقاله: ۹۵/۴/۲۹

مقدمه:

در صورتی که علائمی نظیر درد این نما را همراهی کند، ضایعات دیگری نظیر آدنوم های غدد بزاقی بایستی مد نظر قرار گیرد.^(۴) سایر ضایعاتی که می توانند در تشخیص افتراقی با SBD قرار بگیرند عبارتند از: آملوبلاستوما، کراتوسیستیک ادنتوژنیک تومور، کیست استخوانی تروماتیک، کیست آنوريسمال استخوانی، ائوزینوفیلیک گرانولوما، زانت سل گرانولومی مرکزی و تومورهای متاستاتیک.^(۵)

بر مبنای جایگاه و منشا، چهار نوع SBD تا کنون شناسایی شده است که شایع ترین آنها در سمت لینگوال خلف مندیبل، بین زاویه فک تحتانی و اولین مولر دائمی در زیر کانال آلوئولار تحتانی دیده شده است. (نوع لینگول خلفی یا LP). نوع لینگوال قدامی (LA) در بین دندانهای انسیزور و پرمولر

نقص استخوانی استغنه (SBD) عمدتاً یافته ای نادر، تصادفی و فاقد علامت در تصاویر رادیوگرافی می باشد. نام های متعددی برای این نقص ذکر شده که از آن جمله می توان به static bone cyst، lingual mandibular bone defect، Stafne lingual idiopathic bone cavity، bone cavity aberrant or ectopic، mandibular bone depression، latent bone cyst، salivary gland defect، embryonic mandible و developmental bone defect اشاره کرد.^(۱)

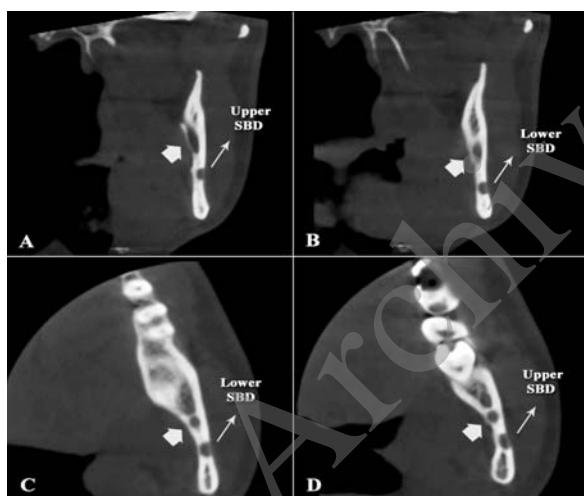
نمای رادیوگرافیک SBD اغلب به شکل یک رادیولوسنسی یکطرفه با حدود مشخص در خلف مندیبل زیرکانال عصب آلوئولار تحتانی می باشد. موارد چند حجره ای یا چند کانونی این ضایعه نادر می باشند.^(۳-۱)

این دو رادیولوژی در زیر کانال عصب آلوئولار تحتانی قرار داشته و تاثیری بر روی کانال و مسیر آن نداشتند. بیمار به جز مشکلات دندانی فاقد علائم دیگری بوده و در بررسی تاریخچه پزشکی وی یافته قابل ملاحظه ای دیده نشد.

در بررسی خارج دهانی و داخل دهانی، در ناحیه مورد نظر یافته پاتولوژیکی مشاهده نگردید.

به منظور ارزیابی دقیق تر و رد تشخیص هایی نظیر ضایعات خوشخیم فکین، پس از توضیحات و کسب رضایت آگاهانه مکتوب از بیمار، تصاویر CBCT توسط دستگاه Promax 3D از وی بدست آمد (Planmeca, Helsinki, Finland). در تصاویر اگزیاال و کروئال CBCT دو رادیولوژی گرد در سمت باکال ابتدای راموس صعودی سمت چپ دیده شد.

پلیت کورتیکال باکال پرفوره شده و این دو نقص استخوانی بیش از نیمی از ضخامت استخوان را درگیر کرده بودند. تورم استخوانی مشاهده نشد (اشکال ۲ و ۳).



شکل ۲- تصاویر کروئال (A و B) و اگزیاال (C و D) Cone-beam CT نشان دهنده نقایص استخوانی استفنه (SBD) در سمت باکال راموس می باشد. کانال عصب آلوئولار تحتانی با فلش کوتاه تر مشخص شده است.

مندیبیل قرار گرفته و ۷ مرتبه شیوع کمتری نسبت به نوع LP دارد. انواعی از SBD که مربوط به غده پاروتید بوده و در سمت لینگوآل راموس مندیبیل (LR) یا باکال آن (BR) واقع شده اند، بسیار نادر می باشند.^(۶،۲) SBD های با نمای ناشایع می توانند رادیولوژیست را در تشخیص صحیح دچار مشکل کنند. تکنیک های تصویربرداری پیشرفته نظیر سی تی اسکن، توموگرافی با اشعه مخروطی (CBCT) و MRI می توانند در این زمینه کمک کننده باشند. CBCT با دوز رادیاسیون پایینتر و رزلوشن فضایی بالاتر نسبت به سی تی اسکن مولتی اسلایس مدالیته تصویربرداری معتبر و دقیقی در این حوزه محسوب می شود. MRI با توانایی نشان دادن بافت نرم بدون تشعشعات اشعه ایکس روش تصویربرداری ایده آلی به نظر می رسد. هرچند که هزینه بالا، نمایش کمتر جزئیات استخوانی و پروسه تصویربرداری طولانی می تواند از معایب MRI در این زمینه به شمار آید.^(۵، ۷، ۸)

هدف از این گزارش، ارائه یک مورد بسیار نادر کیست استفنه پاروتید دوکانونی می باشد که در سمت باکال ابتدای راموس صعودی واقع شده است.

یک مرد ۳۷ ساله به دنبال درمان دندان های پوسیده خود جهت انجام رادیوگرافی پانورامیک به مرکز تصویربرداری دانشکده دندانپزشکی علوم پزشکی مشهد ارجاع داده شد.

در کلیشه پانورامیک وی دو رادیولوژی با حدود مشخص به ابعاد حدود ۲×۲ سانتیمتر در بالای زاویه فک تحتانی و ابتدای راموس صعودی سمت چپ، بصورت تصادفی کشف شد (شکل ۱).



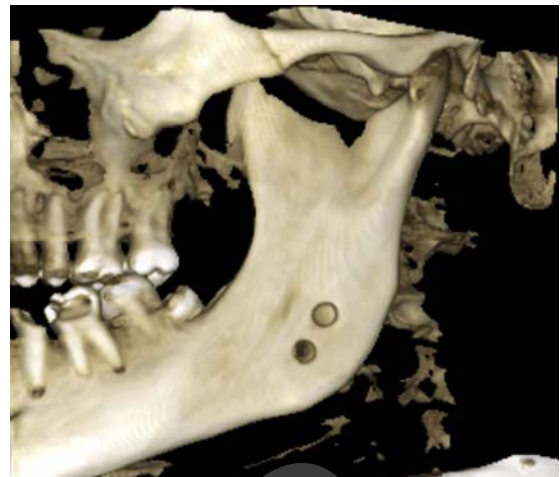
شکل ۱- رادیوگرافی پانورامیک دو ضایع شبه کیست رادیولوسنت با حدود مشخص را در بالای ناحیه زاویه مندیبیل سمت چپ نشان می دهد.

ها در سنین بالا و دیر هنگام تشخیص داده می‌شوند. چرا که بدلیل عدم وجود فرآیند پاتولوژیک در سیر SBD، زمان زیادی لازم است تا تخریب استخوان صورت گرفته نمای واضحی را در رادیوگرافی ایجاد نماید.^(۶)

اتیولوژی و پاتوژنز SBD کاملاً روشن نیست. نقایص استخوانی استغنه به لحاظ آناتومیک وابسته به غدد بزاقی بوده و در بسیاری از موارد فاقد ساختار درونی هستند. گاهی بخش‌هایی از غده بزاقی، بافت چربی، بافت همبند یا لنفاوی، بافت عضلانی یا عروق خونی در درون این نقایص یافت شده است.^(۴،۱)

Philipsen و همکارانش در یک مطالعه گسترده به این نتیجه رسیدند که فشار غده بزاقی بر روی سطح استخوان مجاور خود عامل ایجاد کننده SBD می‌باشد.^(۶) نادر بودن SBD های پاروتید به این علت است که غده پاروتید در مجاورت فضای پارافرنجیال واقع شده و در موارد هیپرتروفی یا هیپرپلازی اغلب فشار حاصله به سمت این فضا هدایت می‌شود و ندرتاً اتفاق می‌افتاد که فشار بافت غددی بتواند منجر به ایجاد نقص در سطح استخوان شود.^(۹،۱۰)

طبق نظریه Campos و همکارانش، در مواردی که ارتباطی بین سطح استخوان و غده بزاقی وجود ندارد، می‌توان شکل گیری SBD را با در نظر گرفتن منشا تکاملی یا مادرزادی توجیه کرد. این نقص ممکن است در مراحل استخوان سازی داخل غشایی مندیبل شکل گرفته باشد. از این رو نبایستی همواره نقایص استغنه را کاملاً وابسته به غدد بزاقی بدانیم.^(۱۱) اما بررسی اغلب مطالعات نشان می‌دهد که نظریه "Glandular theory" تا امروز مورد قبول‌ترین توجیه، برای شکل گیری نقایص استخوانی استغنه به شمار می‌رود. بر اساس این تئوری، همه انواع SBD شامل LA, LR و LP و BR منشا مشترکی دارند که آن فشار لوب هیپرپلاستیک/هیپرتروفیک غده پاروتید، ساب مندیبولر یا ساب لینگوآل بر روی سطح استخوان مجاور خود می‌باشد. این فشار منجر به آتروفی و تحلیل موضعی استخوان در محل می‌گردد. با افزایش سن، غدد بزاقی اصلی- بویژه غده ساب مندیبولر دچار ارتشاح سلولهای آماسی شده که منجر به درجات مختلف



شکل ۳- تصویر سه بعدی CBCT نقص استخوانی را در راموس چپ نمایش می‌دهد.

بر مبنای یافته‌های بالینی و رادیولوژیک، تشخیص کیست استغنه پاروتید تایید و جهت اطمینان برای بیمار جلسات فالوآپ تنظیم شد. تغییری در سایز ضایعه در فالوآپ های ۶ ماهه و یکساله مشاهده نگردید.

بحث و نتیجه گیری:

نقص استخوانی استغنه مربوط به غده پاروتید یافته نادری می‌باشد که در سمت باکال یا لینگوآل راموس قرار دارد. عمدتاً این نوع نقایص استغنه نسبت به انواع لینگوآل خلفی یا قدامی (LA و LP) سایز کوچکتری داشته و به لحاظ مورفولوژی شکل گردتری دارند. طیف سنی بیماران کاملاً وسیع بوده و از ۱۱ تا ۸۷ سال را شامل می‌شود؛ هرچند که بیشترین میزان بروز در دهه پنج و شش مشاهده شده است. عمدتاً SBD در مردان بیشتر یافت می‌شود.^(۶، ۲) گمان می‌رود که بروز نقص استخوانی استغنه وابسته به سیر بلوغ و تکامل ساختاری غدد بزاقی باشد. از آنجایی که آندروژنها نقش مهمی در تکامل اجزای غدد بزاقی دارند، این احتمال وجود دارد که جنسیت در میزان بروز SBD تاثیر داشته باشد. از آنجا که برای دیده شدن یک نقص استخوانی در تصاویر رادیوگرافی نیاز به از بین رفتن درصد قابل توجهی از حجم استخوان می‌باشد، معمولاً SBD

References:

- 1-Ozaki H, Ishikawa S, Kitabatake K, Yusa K, Tachibana H, Iino M. A Case of Simultaneous Unilateral Anterior and Posterior Stafne Bone Defects. *Case Rep Dent* 2015;29.
- 2-Quesada-Gomez C, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11(3): 277-80.
- 3-Stafne EC. Bone cavities situated near the angle of the mandible. *J Am Dent Assoc* 1942;29:1969-72.
- 4-Kaya M, Ugur KS, Dagli E, Kurtaran H, Gunduz M. Stafne bone cavity containing ectopic parotid gland. *Braz J Otorhinolaryngol* 2016;14.
- 5-Schneider T, Filo K, Locher MC, Gander T, Metzler P, Gratz KW, et al. Stafne bone cavities: systematic algorithm for diagnosis derived from retrospective data over a 5-year period. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2014;52:369-74.
- 6-Philipsen HP, Takata T, Reichart PA, Sato S, Swei Y. Lingual and buccal mandibular bone depressions: a review based on 583 cases from a world-wide literature survey, including 69 new cases from Japan. *Dentomaxillofacial Radiol* 2002;31(5):281-90.
- 7-Etoz M, Etoz OA, Sahman H, Sekerci AE, Polat HB. An unusual case of multilocular Stafne bone cavity. *Dentomaxillofacial Radiol* 2012;41(1):75-8.
- 8-Sisman Y1, Miloglu O, Sekerci AE, Yilmaz AB, Demirtas O, Tokmak TT. Radiographic evaluation on prevalence of Stafne bone defect: a study from two centres in Turkey. *Dentomaxillofacial Radiol* 2012;41(2):152-8.
- 9-Miloglu Ö, Sekerci AE, Yasa Y, Dagistan S. Unilateral Bone Cavities Situated Near the Angle of the Mandibula. *J Craniofac Surg* 2015;26(1): 27-8.
- 10-Venkatesh E. Stafne bone cavity and cone-beam computed tomography: a report of two cases. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2015;41(3):145-8.
- 11-Campos PS, Panella J, Crusoe-Rebello IM, Azevedo RA, Pena N, Cunha T. Mandibular ramus-related Stafne's bone cavity. *Dentomaxillofac Radiol* 2004;33(1):63-6.
- 12-More CB, Das S, Gupta S, Patel P, Saha N. Stafne's Bone Cavity: A Diagnostic Challenge. *Journal of clinical and diagnostic research: J Clin Diagn Res* 2015;9(11): 16-9

فیروز، هیپرپلازی و یا هیپرتروفی غده می گردد. این فرآیند به مرور بافت نرم غده را به یک توده فیروز تبدیل کرده که می تواند قدرت کافی برای ایجاد تحلیل استخوان زیرین خود داشته باشد.^(۶)

از آنجایی که اندازه نقص استخوانی استغنه به ندرت تغییر می کند (static lesion) تحت نظر داشتن و فالوآپ تنها راهکار درمانی پیشنهادی است. هرچند که در موارد مشکوک می توان از مداخله جراحی و معاینات هیستوپاتولوژیک جهت نیل به تشخیص صحیح بهره جست.^(۱۰، ۱۲)