

مقاله موردی

گزارش یک مورد تأخیر رویش دندان مولر اول دائمی ماگزایلا ناشی از ادنتوم کمپلکس

دکتر علی صالحی راد

خلاصه

ادنتوم یک تومور ادنتوژنیک غیرمهاجم با رشدی آهسته می باشد که از مینا، عاج، سمنتوم و نسج پالپ تشکیل شده است. ادنتوم کمپلکس از انساج نامنظم ادنتوژنیک تشکیل شده است و از لحاظ مورفولوژی به دندان هاشباهت ندارد. در این مقاله یک مورد نادر ادنتوم کمپلکس در پسر بچه ای ده ساله گزارش می شود که سبب تأخیر در رویش دندان مولر اول دائمی ماگزایلا، حجیم شدگی (Expansion) استخوان آلونل ناحیه بوکال و تورم لثه ای پالاتال دندان مذکور شده بود. پس از مشاوره

ارتودنسی و با توجه به رادیوگرافی‌های این دندان، تصمیم به خارج کردن دندان مذکور به علت ابتلاء به ادنتوم کمپلکس گرفته شد. در طی تکنیک دقیق خارج کردن دندان مذکور، فقط یک توده بی‌قاعده از نسج سخت که روی تاج مولر اول دائمی ماگزیلا را پوشانده بود، جدا گردید. در این مرحله خارج کردن دندان مذکور منتفی شد. بررسی بافت‌شناسی این نسج سخت تشخیص ادنتوم کمپلکس را قطعی نمود. بعد از سه ماه، بهبودی کامل تورم و رویش کامل دندان مذکور تا سطح جونده مشاهده شد.

واژه‌های کلیدی: ادنتوم کمپلکس، مولر اول دائمی، تأخیر رویش

در ماگزیلا شیوع بیشتری داشته باشد

مقدمه

(۲، ۱۰، ۱۶).

ادنتوم (Odontome) یک تومور

ادنتوم‌ها به دو نوع کمپاند

ادنتوژنیک غیرمهاجم بارشده آهسته

(compound) و

می‌باشد که از مینا، عاج، سمنتوم و نسج

کمپلکس (complex) تقسیم می‌شوند که

پالپ تشکیل شده است (۷، ۱). ادنتوم‌ها

تقریباً شیوع یکسانی دارند (۱۰). ادنتوم‌های

۲۲٪ تومورهای ادنتوژنیک فکین را تشکیل

کمپاند که اغلب در قسمت‌های قدامی

می‌دهند (۱). در مورد محل شیوع

ماگزیلا مشاهده می‌شوند، از انساج دندان

تشکیل ادنتوم‌ها، اتفاق نظر وجود ندارد و

تشکیل شده و از لحاظ مورفولوژی به

بر حسب مطالعات مختلف، ممکن است

دندان‌ها شباهت دارند (۱۰). این ادنتوم‌ها

ادنتوم (کمپلکس و کمپاند) به میزان

باجنسیت فرد ارتباط خاصی ندارند (۱۷).

یکسان در مندیبل و ماگزیلا دیده شده و یا

ادنتوم‌های کمپلکس از انساج نامنظم

ادنتوژنیک تشکیل شده و از لحاظ مورفولوژی به دندان‌ها شباهت ندارند. این ادنتوم‌ها بیشتر در زنان (۱۷) و غالباً در نواحی مولار فکین مشاهده می‌شوند (۱۰). ادنتوم‌ها از رشد سلول‌های اپی تلیال و مزانشیم به وجود آمده و در طی روند دیفرانسیاسیون کامل بافتی، به آملوبلاست‌ها و ادنتوبلاست‌های فانکشنال تبدیل می‌شوند. از آنجا که آرگانیزاسیون سلول‌های ادنتوژنیک به مرحله طبیعی مورفودیفرانسیاسیون نمی‌رسد در نتیجه این سلول‌ها، مینا و عاج رابه صورت غیر طبیعی می‌سازند (۱۳). اگر چه ترومای موضعی، عفونت و عوامل ژنتیکی به عنوان عوامل اتیولوژیک پیشنهاد گردیده‌اند ولی علل اتیولوژیک قطعی ادنتوم‌ها شناخته شده نیستند (۱۱، ۸). نمای رادیوگرافیک ادنتوم کمپلکس به صورت یک توده رادیوپاک مشخص است که توسط یک نوار باریک رادیولوسنت مشخص خارجی احاطه

می‌شود. به طور کلی ظهور اولیه ادنتوم‌ها به صورت یک توده رادیولوسنت است و در مرحله بینابینی تظاهر رادیوگرافی آن به صورت توده مخلوط رادیولوسنت رادیوپاک و ادنتوم‌های بالغ شده به صورت توده رادیوپاک می‌باشد. در مرحله نهایی شکل‌گیری، ادنتوم‌های کمپاند، ساختمانی شبیه دندان می‌یابند در حالی که ادنتوم‌های کمپلکس به صورت توده‌های رادیوپاک و بدون شکل مشخصی می‌باشند (۱۸). تشخیص اولیه ادنتوم در همه موارد از طریق نماهای رادیوگرافی به آسانی ممکن نیست و گاه نیاز به دقت و تامل بیشتر در حین درمان است. از این نظر گزارش مورد حاضر که مورد ملاحظه و اقدام درمانی نویسنده قرار گرفته است به روشن شدن مسئله کمک می‌نماید.

گزارش مورد

مولر اول دایمی سمت راست ماگزیلا توام
با کاسپ غیر طبیعی در پسر بچه ۱۰ ساله

از لحاظ تاریخچه پزشکی نیز بیمار

مشکل خاصی به جز تب یونجه (Hay

fever) نداشت. بیمار دارای مال اکلوژن

Class III بود. دندانهای لترال سمت چپ

و راست ماگزیلا مبتلا

به Dens Invaginatus بودند ولی به

تست‌های حیاتی (tests) Vitality به

صورت مثبتی پاسخ می‌دادند و با

فیشر سیلانت، در جلسه اول ترمیم شدند.

هیچ تاریخچه‌ای از تروما به ناحیه دهان

وجود نداشت.

گرچه کلیشه‌های رادیوگرافی

پری اپیکال (شکل ۲)، اکلوژال و پانورامیک

ناحیه مذکور، نمای رادیوپاک

غیر طبیعی تاج دندان مولر اول دائمی سمت

راست ماگزیلا را نشان می‌دادند اما متأسفانه

به تشخیص کامل کمک نمی‌کردند.

پسر بچه ده ساله‌ای به علت تأخیر

رویش دندان مولر اول دایمی سمت راست

ماگزیلا توام با کاسپ غیر طبیعی به

بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی گلاسکو

– انگلستان معرفی گردیده بود.

از لحاظ کلینیکی این دندان نیمه

روییده (یک سوم تاج قابل رویت بود) و

همراه با حجیم شدگی استخوان آلوئل

ناحیه باکال بود (شکل ۱). همچنین تورمی

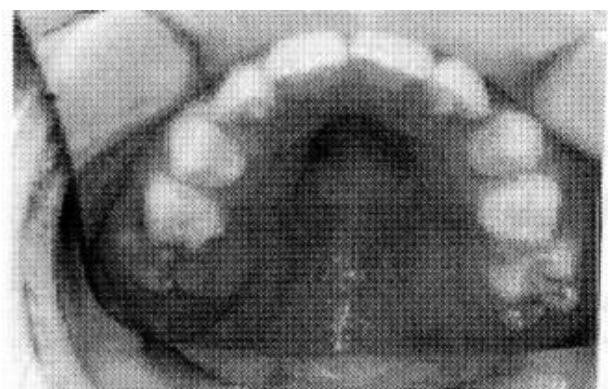
نیز در ناحیه پالاتال این دندان دیده می‌شد

که لته ملتهبی آن را پوشانده بود. تورم

مزبور، صورتی رنگ، سفت و هنگام لمس

غیر حساس بود. شروع تورم و مدت آن نیز

مشخص نبود.



شکل ۱: نمای کلینیکی دندان نیمه روییده

کردن دندان‌های

گرفته شد.

E, 4 4, E

E, 4 4, E

دندان‌های

تحت بی‌حسی موضعی در چهار جلسه

E, 4 4, E

مختلف خارج شدند. یک ماه بعد بیمار جهت خارج کردن دندان مولر اول دائمی سمت راست ماگزیلا با استفاده از بی‌حسی موضعی مراجعه نمود. در طی تکنیک دقیق خارج کردن دندان مربوطه، فقط یک توده بی‌قاعده از نسج سخت که روی تاج مولر را پوشانده بود جدا گردید (شکل ۳).



شکل ۲: کلیشه رادیوگرافی پری اپریکال نشان‌دهنده نمای رادیوپاک غیر طبیعی تاج دندان مولر اول دائمی سمت راست ماگزیلا

تشخیص اولیه مبتنی بر وجود

ادنتوم دندان مولر اول دائمی و یا

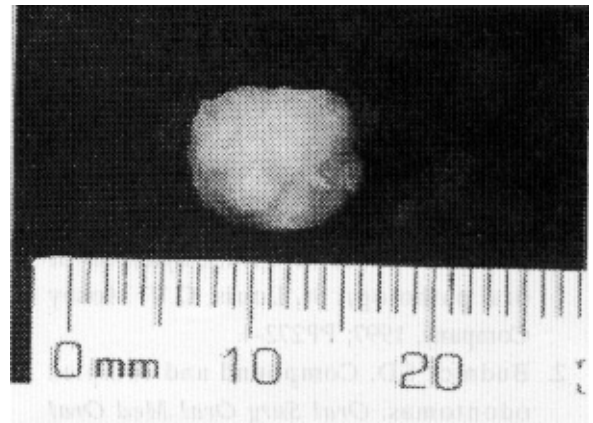
دیستودنس داده شد. بعد از مشاوره

ارتدنیسی تصمیم به خارج E, 4 ۶

4, E

سخت (به ابعاد $7 \times 5 \times 4$ mm) یک ادنتوم کمپلکس است. نتیجه بافت‌شناسی همچنین وجود رشد باکتریال بر روی سطح این نسج سخت را به همراه انفیلتراسیون سلول‌های التهابی نشان می‌داد.

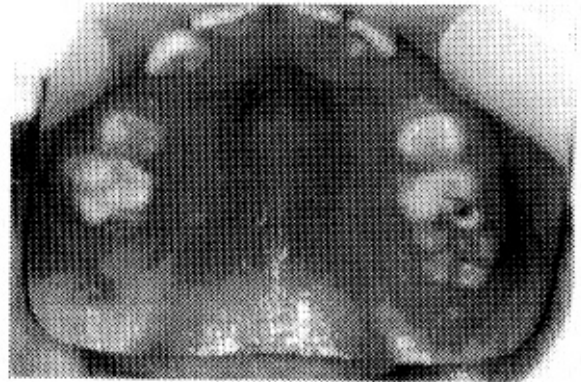
بعد از یک ماه، معاینه دهانی نشان دهنده بهبودی تورم و التهاب پالاتال همراه با رشد بیشتر دندان مولر اول دائمی سمت راست ماگزیلا بود. بعد از سه ماه، بهبودی کامل تورم و رویش کامل تر دندان مذکور تا سطح جوونده مشاهده شد. درمان فیشورسیلانت بلافاصله برای این دندان انجام گردید (شکل ۴).



شکل ۳: توده بی‌قاعده نسج سخت بعد از جدا شدن از تاج دندان مولر اول دائمی سمت راست ماگزیلا

در این مرحله تصمیم به خارج کردن دندان مولر اول دائمی سمت راست ماگزیلا منتفی شد. سپس این توده بی‌قاعده جهت انجام بررسی هیستوپاتولوژیک ارسال شد. بررسی بافت‌شناسی مشخص کرد که این نسج

نشانه‌های نادر دیگر این ضایعه عبارت از: درد، عفونی شدن و در نتیجه حجیم شدن استخوان آلوتل (Expansion)، مالاکلوژن و جابه‌جایی دندان‌ها می‌باشند (۵،۳).



ادنتوم دارای پتانسیل رشد محدودی می‌باشد و در نتیجه در مراحل متعدد و مختلف تکامل دندان می‌تواند منجر به تغییر کیستیک و سبب اختلال در رویش دندان‌های دائمی و یا سبب تخریب قابل ملاحظه استخوان شود، لذا لازم است بعد از تشخیص اقدام به خارج کردن آن نمود (۴).

شکل ۴: بهبودی کامل تورم و رویش کامل تر دندان مولر اول دایمی تاسطح چونده بعد از گذشت سه ماه از خارج کردن توده بی‌قاعده نسج سخت

بحث

از آنجا که حضور ادنتوم به ندرت همراه حجیم شدن، انبساط استخوان آلوتل و نیز جابه‌جایی دندان‌ها می‌باشد، گزارش این مورد به عنوان مورد غیر طبیعی با ارزش می‌باشد (۳). از آنجا که مورد گزارش شده به لحاظ بالینی و رادیولوژیک به راحتی قابل تشخیص نبود لزوم برخورد دقیق و محتاطانه‌ای را به

ادنتوم‌ها غالباً بدون علامت بوده و بیشتر اوقات کشف نشده باقی می‌ماند (۶). ادنتوم‌ها غالباً در دهه‌های اول و دوم زندگی در طی بررسی‌های رادیوگرافیک معمول یافت می‌شوند (۱۰). علائم رایج همراه ادنتوم‌ها، دندان نهفته یا رویش نیافته، دندان شیری بیش از حد باقی مانده و یا تورم ناحیه‌ای می‌باشند (۹، ۱۲). علائم و

and Health Services, Kerman, Iran

An odontoma is a slow growing and non-aggressive odontogenic tumor composed of enamel, dentin, cementum and pulp tissue. Complex odontomas comprise of an unorganized mass of odontogenic tissues, morphologically not resembling the normal teeth. In this report, a case of rare odontoma in a 7-year-old boy that caused delayed eruption of a maxillary right first permanent molar, buccal expansion of the alveolar plate and a swelling on the palatal surface of this tooth is presented.

After consultation with the department of orthodontics and regarding the radiographs of the area, it was decided to extract the tooth. During careful extraction of the tooth just an irregular overlying mass of hard tissue was removed. At this stage, no

لحاظ درمانی ایجاب می نمود (۱۵)،
علی الخصوص این که چندین دندان جهت
کشیدن برای درمان ارتودنسی نیز توصیه
شده بود. مطمئناً از دست دندان مولر اول
سمت راست ماگزیلا درمان ارتودنسی را
مشکل تر و طولانی تر می ساخت. احتمالاً
علت التهاب سلولی، پلاک باکتریال و عدم
امکان بیمار برای تمیز نگه داشتن ناحیه
بوده است. گزارش پاتولوژی تشخیص
ادنتوم کمپلکس را که از پلاک باکتریال و
سلول های التهابی حاد پوشیده شده بود قطعی
نمود. گزارش این مورد، اهمیت اقدام
درمانی دقیق و با احتیاط و غیر رادیکال را
در این قبیل موارد نشان می دهد (۱۴).

Summary

A Case Report of Delayed Eruption of a Permanent Molar Tooth Associated with A Complex Odontome
A. Salehi Rad, DDS, MS
1. Assistant Professor of Pediatric Dentistry, Kerman University of Medical Sciences

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2001; 8(4): 239-243.

Key words: Complex odontoma, Odontoma, First permanent molar, Delayed eruption

References:

1. Bhaskar SN: Odontogenic tumors of jaws. In: Bhaskar SN (Ed.), Synopsis of oral pathology. St. Louis, C.V. Mosby Company, 1997; PP272-4.
2. Budnick SD. Compound and complex odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976; 42(4): 501-506.
3. Castro GW, Houston G and Weyrauch C. Peripheral odontoma: report of case and review of the literature. *ASDC J Dent Child* 1994; 61(3): 209-213.
4. Claude S. La Dow. Surgical aspects of oral

attempt was made to completely extract mentioned tooth. Histological examination revealed that the hard tissue was a complex odontoma. 3 months follow-up resulted in complete resolution of the swelling and eruption of the tooth which reached to the occlusal plane.

- tumors. In: Kruger GO (Ed.), Textbook of oral surgery. St. Louis, C.V. Mosby Company, 1984; PP644-5.
5. Curreri RC, Messer EJ and Abramson AL. Complex odontoma of the maxillary sinus: report of case. *J Oral Surg* 1975; 33(1): 45-48.
6. Gorline RJ *et al.* Odontogenic tumors; Classification histopathology and clinical behavior in man domestic animals. *Cancer* 1961; 14: 73-101.
7. Gorline RJ and Goldman HM: Thomas oral

- pathology.6th ed., St. Louis, C.V. Mosby Company, 1970; PP467-501.
- 8.Hitchin AD. The aetiology of the calcified composite odontomes.*Br Dent J* 1971; 130(11): 475-482.
- 9.Mintz SM and Pasqual HN. Complex odontoma of maxilla with impaction.*Oral Surg*1964; 8: 157-161.
- 10.Neville BW, Damm DD, Allen CM,Bouquot JE: Oral and Maxillofacial Pathology. Philadelphia, W.B. SaundersCo., 1995; 531-533.
- 11.Pindborg JJ, Kramer IRH and Torloni H. Histological typing of odontogenic tumors, jaw cysts and allied lesions. 1st ed., Geneva:*World Health Organization*1971; p30.
- 12.Schreiber LK. Bilateral odontomas preventing eruption of maxillary central incisors: report of a case.*Oral Surg*1963; 16: 503-507.
- 13.Shafer WG, Hime MK and Levy BM.Cysts and tumors of odontogenic origin.In: Shafer WG, Him MK and Levy BM (Eds.), textbook of oral pathology. 4thed., Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1983;PP306-310.
- 14.Shulman ER and Corio RL. Delayed eruption associated with an odontoma.*ASDC J Dent Child*1987; 54(3): 205-207.
- 15.Thwaites MS and Camacho JL. Complex odontoma: report of a case.*ASDC J Dent Child*1987; 54(4): 286-288.
- 16.Toretti EF, Miller AS and Peezick B. Odontomas: an analysis of 167 cases.*J Pedod*1984; 8(3): 282-284.
- 17.Wilbur JL. The odontoma: study and

discussion. *J Balt Coll Dent Surg* 1973;28(1): 36-41.

18. Wood NK and Goaze PW: Differential diagnosis of oral lesions. 2nd ed., St Louis, The C. V. Mosby Co., 1980; 504-505.