

بررسی ادونتوزنیک کراتوسیست فکین در بیماران مراجعه کننده به بخش جراحی دهان و فک و صورت بیمارستان آیت ا... طالقانی از سال ۱۳۷۰ تا

۱۳۸۱

دکتر عباس خدایاری نمین^{*}، دکتر فرزین سرکارات^{**}، دکتر علی امامی خوانساری^{***}

Epidemiologic Assessment of Odontogenic Keratocyst in Patients referred to Taleghani Hospital, Tehran, 1991-2002

¹Khodayari Namin A. *DMD. MS.* ²Sarkarat F. *DDS. MS.* ³Emami Khansari A. *DDS.*

¹Assistant Prof., Dept. of Oral & Maxillofacial Surgery, Dental School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran-IRAN. ²Assistant Prof., Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, Dental School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan – IRAN, ³Dentist

Key Words: Odontogenic keratocyst, Recurrence, Epidemiology

Aim: The purpose of this study was to report our experience in the diagnosis, surgical treatment and follow up of 27 Iranian patients.

Method & Materials: A retrospective analysis was conducted of odontogenic keratocyst that were diagnosed and treated between 1991-2002. Clinical and histologic data were compiled from the patient records and pathologic reports. Including recurrences and syndromic types, the material comprises 37 OKCs.

Results: The man: woman ratio was 2.375:1 and most of the patients belonged to the age groups 20-29 (%29.7) and 10-19(%18.5). %83.8 of the OKCs were localized in the mandible. The most common site was the third molar, angle and Ascending ramus area. The most frequent clinical manifestation at first admission were swelling (%77.7), pain (%63), purulent discharge (%48.1) and neurologic involvement (%14.8). Radiographic impressions included unilocular pattern (%68.8) and multilocular pattern (%31.2). The diagnosis of Gorlin's syndrome was established in two patients (%7.5). Recurrences were observed in 5 patients and the mean time interval between the primary operation and the first recurrence was 3 years. Half of the cases were treated with enucleation and corettage,%36 with enucleation and peripheral ostectomy,%8 with marsupialization and %5 with partial resection. Parakeratosis and ortho-and parakeratosis was observed in %94.6 of the cases and orthokeratosis in %5.4. Malignancy was observed in one case.

Conclusion: In our study, most features of OKC are consistent with those previously reported. *Beheshti Univ. Dent. J. 2004; 22(2):228-238*

خلاصه

سابقه و هدف: هدف از این مطالعه بررسی جنبه های مختلف ادونتوزنیک کراتوسیست فکین و شیوع آنها در ۲۷ بیمار ایرانی مراجعه کننده به بخش جراحی دهان و فک و صورت بیمارستان طالقانی طی سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۱ بود.

^{*} استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^{**} استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

^{***} دندانپزشک

مواد و روشها: مطالعه حاضر از نوع گذشته نگر بر روی ۳۷ مورد OKC از ۲۷ بیمار که شامل موارد عود و سندرمیک نیز بودند و بین سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۱ در بخش جراحی دهان و فک و صورت بیمارستان طالقانی مورد درمان قرار گرفته بودند، انجام گرفت. این مطالعه شامل اطلاعات کلینیکی و هیستولوژیک موجود در پرونده بیماران و گزارشات پاتولوژی آنهاست.

یافته ها: نسبت بیماران مرد به زن در این مطالعه (۱: ۲/۳۷۵) بود. بیشتر بیماران در دهه سوم (۷/۲۹) و دوم (۵/۱۸) زندگی بودند. ۸۳/۸٪ موارد OKC در فک پایین بود و شایعترین نواحی درگیر مولر سوم / زاویه فک و راموس بود. بیشترین تظاهرات کلینیکی در اولین ملاقات، تورم (۷/۷۷)، درد (۶۳٪)، ترشح چرک (۱/۴۸) و درگیری نورولوژیک (۸/۱۴) بود. در رادیوگرافی، ۶۸/۶٪ موارد یونی لاکولار و ۳۱/۲ درصد مولتی لاکولار بودند. عود در ۵ بیمار با میانگین زمانی سه سال بعد از عمل جراحی مشاهده شد. نیمی از بیماران بوسیله انوکلیشن و کورتاژ، ۳۶ درصد با انوکلیشن و استکتومی محیطی، ۸ درصد با مارسویپالیزاسیون و ۵ درصد با ری سکشن پارشیال درمان شدند. از نظر هیستوپاتولوژی، پاراکراتین و مخلوطی از ارتو و پارا کراتین در ۹۴/۶ درصد و ارتوکراتین در ۵/۴ درصد موارد وجود داشت. همچنین بدخیمی در یک مورد مشاهده شد و ۲ بیمار (۷/۵) مبتلا به سندرم گورلین بودند. نتیجه گیری: اکثر جنبه های OKC و شیوع آنها در مطالعه ما شبیه به سایر مطالعات انجام شده در نقاط مختلف جهان است.

واژه های کلیدی: ادونتوزنیک کراتوسیست، عود

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال ۱۳۸۳؛ جلد (۲) ۲۲: صفحه ۲۲۸ الی ۲۳۸

مقدمه

سبب می شود، می تواند با پرفوراسیون استخوان همراه باشد.^(۲) این کیست علاوه بر تهاجم موضعی، عود بالایی دارد که از ۵ تا ۶۲ درصد گزارش شده است.^(۳و۱) بدلیل عود بالا و رفتارهای تهاجمی بعضی مؤلفین آن را یک تومور خوش خیم فرض کرده اند.^(۹،۸،۱) تا سال ۲۰۰۲، ۱۵ مورد SCC در دیواره اپسی تلیالی^(۱۰) و ۷ مورد متاپلازی غضروفی در بافت همبند آن^(۱۱) در مقالات گزارش شده است. همچنین شباهت OKC از نظر عود، محل، نمای رادیوگرافی و علائم کلینیکی و تا حدودی سن بروز با آمولوبلاستوما مطرح است^(۱۲) و حتی تغییرات آمولوبلاستیک در دیواره آن گزارش شده است.^(۱۳،۹) علائم شایع آن اتساع استخوان و تورم نسوج نرم، درناژ چرک، تظاهرات نورولوژیکی مانند هیپوستزی و پاراستزی لب و

OKC یک کیست دندانی تکاملی است که بدلیل نمای هیستوپاتولوژیک و رفتار کلینیکی خاص و متمایز خود از سایر کیست های دندانی مورد توجه است.^(۱-۳) این ضایعه ۱۰ تا ۱۲ درصد کیست های فکی را شامل می شود.^(۴-۶) عقیده عمومی بر این است که از بقایای دنتال لامینا منشاء می گیرد. OKC برخلاف سایر کیست ها که در اثر فشار اسمتیک داخل لومن خود رشد می کنند، در اثر عوامل مختلفی مانند رشد اپی تلیالی و یا فعالیت آنزیمی در دیواره فیبروز خود رشد می کند.^(۳و۱) OKC بدون اینکه سبب اتساع استخوان شود تمایل زیادی به رشد در جهت قدامی خلفی در داخل استخوان مدولاری داشته و تا مدت زیادی بدون علامت می ماند^(۷) اما هنگامیکه اتساع صفحات کورتیکال را

مواد و روشها

تحقیق حاضر از نوع گذشته نگر توصیفی بود. نوع بررسی، بررسی شیوع OKC از لحاظ سن، جنس، ناحیه و سمت ضایعه، علل مراجعه، نمای رادیوگرافی، همراهی دندان با ضایعه، تحلیل ریشه، نمای هیستولوژیک، نحوه درمان و میزان عود و پیگیری می باشد. نوع نمونه گیری، غیر تصادفی در دسترس (آماده) بود. جمعیت مورد مطالعه شامل تمام بیمارانی بود که در فواصل سالهای ۱۳۷۰ الی ۱۳۸۱ به بخش جراحی دهان، فک و صورت بیمارستان آیت ا... طالقانی مراجعه کرده و بعد از انجام معاینات کلینیکی، رادیوگرافی و پاتولوژی با تشخیص OKC اداره (manage) شدند. ابزار تحقیق شامل پرونده بیماران مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۱ و همچنین گزارشات پاتولوژیک بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بخش پاتولوژی بیمارستان آیت ا... طالقانی بودند.

در این مطالعه، پرونده بیماران با مشخصات فوق از قسمت مدارک پزشکی و بایگانی بیمارستان تهیه شد و از ابعاد عنوان شده مورد بررسی قرار گرفت. برای هر بیمار، یک پرسشنامه تنظیم شد. همچنین با توجه به شماره پرونده بیماران، گزارشات هیستوپاتولوژیک آنها بر حسب محل ارسال نمونه از بخش پاتولوژی بیمارستان آیت ا... طالقانی و بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهیه و مطالعه شد. همچنین بایگانی این دو بخش پاتولوژی، بصورت جداگانه

دندانها، جابجایی دندانها و تحلیل ریشه و سرانجام درد در مواردی که عفونی شده است، می باشد.^(۱۴،۴) OKC می تواند بعد از درگیری فکین به استخوان کرانیال و middle cranial fossa نفوذ کند و یا درگیری سینوس، اربیت و زایگوما را سبب شود.^(۱۳) ارتباط OKC با Nevoid Basal Cell Carcinoma Syndrome بخصوص در کودکان بسیار مهم است زیرا ۷ درصد بیماران دارای چندین OKC، به این سندرم مبتلا هستند^(۳،۱). در نهایت رفتارهای متفاوت کلینیکی آن سبب شده است که درمانهای متفاوتی از محافظه کارانه تا شدید بر حسب شدت ضایعه، عود، مسایل آناتومیک، سن بیمار و مهارت جراح، برای آن پیشنهاد شود.

به منظور افزایش آگاهی و دانش پزشکان برای تشخیص صحیح، ارجاع بیماران به جراح فک و صورت، عدم اقدام به هرگونه درمان اضافی و همچنین انتخاب روش مؤثر و مفید درمان و پیگیری بیماران به مدت کافی، لازم است که تحقیقات و مطالعات کافی راجع به این ضایعه در مراکز مختلف درمانی ایران مانند سایر نقاط جهان انجام شود تا با مقایسه اطلاعات و انتشار آن، امکان تشخیص و درمان بهتر و جلوگیری از ایجاد صدمات غیر قابل جبران برای بیماران، فراهم آید. این مطالعه با هدف بررسی جنبه های مختلف ادونتوژنیک کراتوسیست فکین و شیوع آنها در ۲۷ بیمار ایرانی مراجعه کننده به بخش جراحی دهان، فک و صورت بیمارستان طالقانی طی سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۱ انجام شد.

۱۹ بیمار مرد (۷۰/۴٪) و ۸ بیمار زن (۲۹/۶٪) در این مطالعه با نسبت مرد به زن (۱: ۲/۳۷۵) حضور داشتند. از ۱۹ بیمار مرد، ۹ بیمار (۴۷/۴٪) همراهی با دندان نهفته و از ۸ بیمار زن، ۲ بیمار (۲۰٪) همراهی با دندان نهفته داشتند، هرچند این تفاوت معنی دار نبود. در ۲۴ بیمار که یک OKC داشتند، ۷ مورد زن (۲۹/۲٪) و ۱۷ مورد مرد (۷۰/۸٪) بودند. از ۳۷ مورد OKC، ۳۱ مورد در فک پایین (۸۳/۸٪) و ۶ مورد در فک بالا (۱۶/۲٪) بودند. ۳ موردی که قدام فک پایین را درگیر کرده بودند همگی از خط وسط عبور می کردند. در فک پایین ناحیه راموس / زاویه فک / مولر سوم بیشترین شیوع را داشت (۲۹٪) و بعد از آن ناحیه مولر / پرمولر (۱۹/۴٪) بود زاویه فک در مجموع در ۱۶/۳۱ مسوارد (۵۱/۶٪) و راموس در ۱۲/۳۱ موارد (۳۸/۷٪) درگیر بودند. در فک بالا از ۶ مورد ۴ مورد سینوس را درگیر کرده بودند.

در ۲۷ بیمار در اولین مراجعه بیشترین علامت، تورم (۷۷/۷٪) بود. همچنین درد در ۶۳٪ موارد و ترشح چرک در ۴۸/۱٪ موارد وجود داشت. در ۳ بیمار ضایعه بصورت اتفاقی کشف شد. از ۴ موردی که سینوس را درگیر کرده بودند ۲ مورد ارتباط سینوسی - دهانی داشتند. تریسموس عضلات در دو مورد وجود داشت که هر دو در خلف مندیبل بودند. در ۴ بیمار مشکل عصب آلتولار تحتانی وجود داشت که در سه بیمار هیپوستزی گوشه لب و در یک بیمار سوزش نیمه زبان، گونه و لب وجود داشت. در ۶ بیمار تورم وجود نداشت که سه مورد آن بصورت اتفاقی کشف شدند. دو بیمار ترشح چرک

جهت یافتن مواردی که OKC تشخیص آنها بود جستجو شدند و مواردیکه از بیمارستان آیت ا. طالقانی ارسال شده بود، یافت شد. در نهایت اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه ها به صورت جداول خام آماده شد و بررسی ها به صورت توضیحات، جداول و نمودارها ارائه گردیدند. در این مطالعه کلیه تحلیل های آماری با استفاده از نرم افزار 98 Excell و minitab انجام شد و نتایج و یافته ها در مورد متغیرهای کیفی با استفاده از آزمون chi-square و دقیق فیشر مورد قضاوت آماری قرار گرفتند.

یافته ها

در این مطالعه ۲۷ بیمار با تشخیص OKC از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۱ در بیمارستان طالقانی تحت درمان قرار گرفتند که با احتساب موارد عود و سندرمیک شامل ۳۷ ضایعه OKC بودند که ۳۶ مورد آن تحت عمل جراحی قرار گرفته، یک مورد که عود کرده بود در این مرکز درمان نشد. ۲ بیمار سندرم گورلین داشتند که در مجموع ۷ ضایعه OKC را که یک مورد آن عود بود شامل می شدند و یک بیمار دو ضایعه با هم داشت. یک بیمار برای اولین بار بدلیل عود ضایعه مراجعه کرده بود و در ۴ بیمار غیر سندرمیک یکبار عود مشاهده شد.

میانگین سنی بیماران ۳۳/۷ سال در محدوده ۸ الی ۷۸ سال بود. بیشترین شیوع در دهه سوم زندگی و سپس در دهه دوم مشاهده شد و شیوع بطور قابل ملاحظه ای شیوع در سن زیر ۴۰ سال بیشتر از سن بالای ۴۰ سال بود.

وجود نداشت. ۱۲ مورد (۳۷/۵٪) همراه با دندان نهفته بود که مطابق با جدول ۱ بیشترین دندان نهفته مولر سوم فک پایین بود. در ۳ مورد تحلیل ریشه دندانها (۹/۴٪) و در ۲ مورد جابجایی دندانها مشاهده شد (۶/۳٪) موردی که بدخیمی داشت نمای مولتی لاکولار داشت. مطابق با جدول ۲، از ۱۰ مورد نمای مولتی لاکولار، یک مورد در خلف ماگزایلا، ۳ مورد در مولر - پرمولر فک پایین و ۶ مورد در راموس و زاویه فک پایین بود. همچنین از ۱۰ مورد نمای مولتی لاکولار، ۴ مورد (۴۰٪) همراه دندان نهفته بود در حالیکه از ۲۲ مورد نمای یونی لاکولار ۸ مورد (۳۶/۴٪) همراه دندان نهفته بود که این تفاوت معنی دار نبود (جدول ۳).

به همراه درد داشتند و یک بیمار تنها ترشح چرک داشت. در ۳۲ مورد OKC علایم رادیوگرافی ذکر شده در پرونده بیماران مورد بررسی قرار گرفت و در ۵ مورد اطلاعات ناقص بود و رادیوگرافی آنها نیز در بایگانی مرکز یافت نشد. در ۲۲ مورد نمای یونی لاکولار (۶۸/۸٪) و در ۱۰ مورد (۳۱/۲٪) مولتی لاکولار مشاهده شد. در OPG، ۲۵ مورد قطری بیش از ۳cm داشتند (۷۸/۱٪) و ۷ مورد کمتر از ۳cm بودند (۲۱/۹٪). اسکروتیک بوردر در ۲۱ مورد (۶۵/۶٪) مشاهده شد. ۲ مورد (۶/۳٪) در بعضی قسمتها دارای اسکروتیک بوردر بودند و در ۹ مورد (۲۸/۱٪)

جدول ۱- همراهی با دندان نهفته در ماگزایلا و مندیبل

فک	دندان	کانین	مولر سوم	مولر
مندیبیل		۴	۶	۰
ماگزایلا		۱	۰	۱
جمع		۵	۶	۱

جدول ۲- نمای رادیوگرافی برحسب فک، قدام و خلف هر فک

نمای رادیوگرافی	فک			مندیبیل		
	قدام	خلف	جمع	قدام و پرمولر - مولر	راموس	جمع
مولتی لاکولار (n=۱۰)	۰	۱ (۱۰۰٪)	۱ (۱۰۰٪)	۳ (۳۳/۳٪)	۶ (۶۶/۷٪)	۹ (۱۰۰٪)
یونی لاکولار (n=۲۲)	۳ (۶۰٪)	۲ (۴۰٪)	۵ (۱۰۰٪)	۱۱ (۶۴/۷٪)	۶ (۳۵/۳٪)	۱۷ (۱۰۰٪)
نتیجه آزمون	فاقد شرایط			P<0.1 (Not Sig.)		

جدول ۳- همراهی دندان نهفته بر حسب نمای رادیوگرافی

ندارد	دارد	همراهی رادیولوژیک
۶ (/۶۰)	۴ (/۴۰)	مولتی لاکولار (n=۱۰)
۱۴ (/۶۳/۱۶)	۸ (/۳۶/۴)	یونی لاکولار (n=۲۲)
P<0.8 (Not Sig.)		نتیجه آزمون

مورد Enucleation+ peripheral ostectomy (۳/۳۶/۱)، ۳ مورد Marsupialization (۸/۳) و ۲ مورد Segmental resection (۵/۶) انجام شد. در ۲ موردی که بوسیله resection درمان شدند، بازسازی تأخیری با پلیت و پیوند استخوان اوتوزن ایلیاک انجام گرفت. در ۹ مورد از mesh تتراسایکلین استفاده شد که ۴ مورد آن بعد از درمان انوکلیشن + کورتاژ، ۳ مورد بعد از درمان ماریوپالیزاسیون و ۲ مورد بعد از درمان انوکلیشن + استکتومی محیطی بود و در هیچ کدام این بیماران عودی مشاهده نشد. درمان بیمارانی که تشخیص موقت OKC در آنها مطرح بود در جدول ۵ آمده است که نشان می دهد بیشتر موارد درمان Enucleation+Curettage عود نکردند.

در بررسی ۲۷ بیمار، بهترین حدس قبل از عمل جراحی بعنوان تشخیص موقت محسوب شد که در مجموع در ۴۸/۱ OKC شناسایی شد. گزارشات پاتولوژی در ۳۶ مورد OKC جراحی شده بررسی شد که ۲۷ مورد پاراکراتین (۷۵/۰)، ۷ مورد مخلوط ارتو و پاراکراتین (۱۹/۴) و ۲ مورد ارتوکراتین (۵/۶) بودند سلولهای التهابی در ۱۳ مورد، کریستال کلسترول در ۵ مورد، دیسپلازی در ۳ مورد و بدخیمی در یک مورد مشاهده شد. موردی که بدخیمی داشت از نوع پاراکراتین بود. جدول ۴ اسپیراسیون در بیماران را نشان می دهد که در ۳۸/۵ موارد مایع زردرنگ / کراتین خارج شد.

از ۳۶ مورد OKC درمان شده در این مرکز از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۱، ۱۸ مورد Enucleation+Curettage (۵۰/۰)، ۱۳

جدول ۴ - اسپیراسیون در نمونه ها

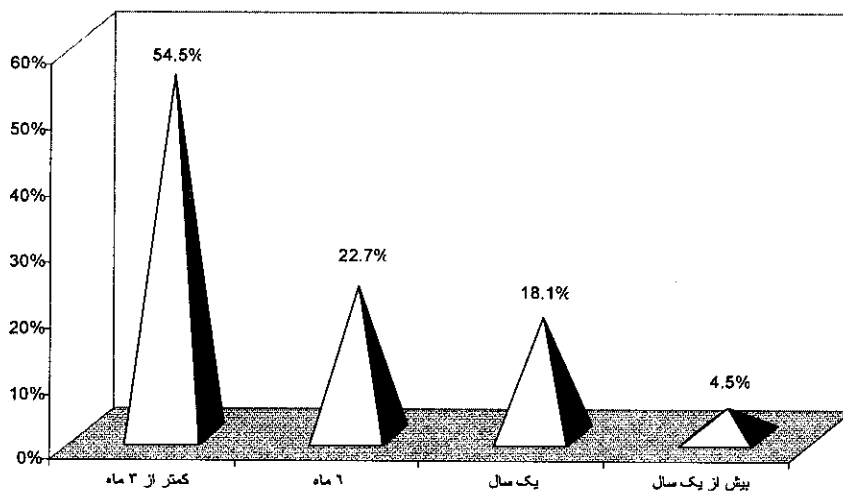
تعداد کل	مایع زردرنگ / کراتین	خونابه	منفی	Pus	اسپیراسیون
۱۳ (/۱۰۰)	۵ (/۳۸/۵)	۴ (/۳۰/۸)	۳ (/۲۳/۱)	۱ (/۷/۷)	تعداد (درصد)

جدول ۵ - درمان ۱۱ مورد OKC که به صورت Provisional تشخیص داده شده بودند

مورد	نوع تشخیص	درمان اول	عود
۱	آسپیراسیون	Enucleation + Curetage	نداشته
۲	آسپیراسیون	Enucleation + Curetage	نداشته
۳	آسپیراسیون	Enucleation + Curetage	داشته
۴	آسپیراسیون	Enucleation + Peripheral Ostectomy	نداشته
۵	بیوپسی	Marsupialization	نداشته
۶	بیوپسی	Enuc + Curr	داشته
۷	بیوپسی	Enuc + P.O	نداشته
۸	تشخیص کلینیکی - رادیوگرافی	Marsupialization	نداشته
۹	تشخیص کلینیکی - رادیوگرافی	Enuc + Curr	نداشته
۱۰	تشخیص کلینیکی - رادیوگرافی	Enuc + P.O	نداشته
۱۱	تشخیص کلینیکی - رادیوگرافی	Enuc + Curr	نداشته

راجع به کارهای درمانی انجام شده قبل از مراجعه به این مرکز وجود داشت که در ۵ مورد کشیدن دندانها، ۲ مورد RCT و یک مورد تصحیح دنجر انجام شد که این موارد بعنوان کار درمانی اشتباه، ۵۰٪ موارد را شامل می شدند.

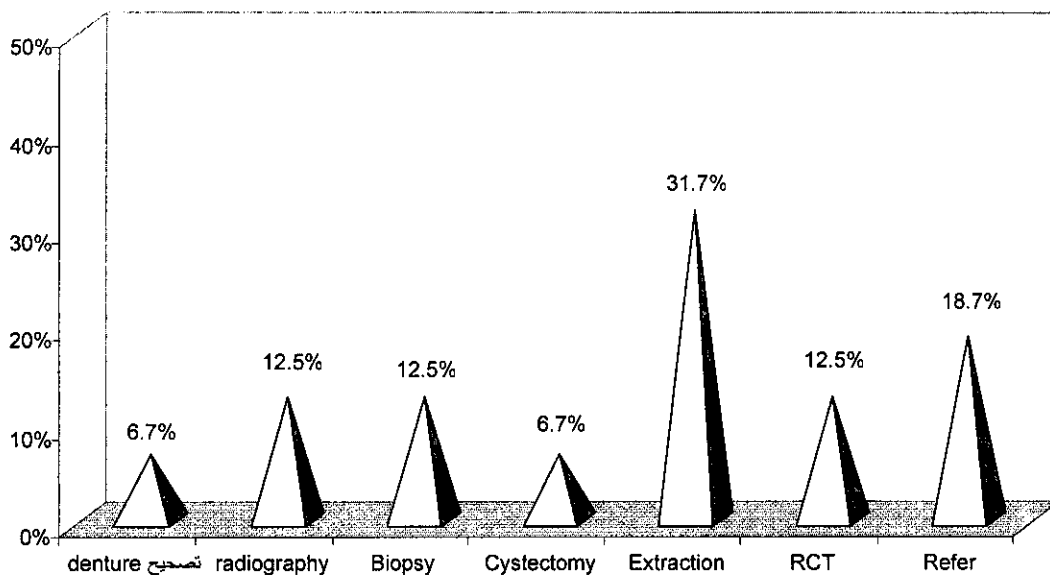
در ۵ بیمار عود وجود داشت (۱۸/۵٪). عود بیش از یکبار در این مرکز مشاهده نشد و میانگین زمانی عود اول ۳ سال و ۶ روز بود. نتایج پیگیری بیماران در نمودار ۱ آمده است. مطابق نمودار ۲ در ۱۶ بیمار اطلاعاتی



نمودار ۱. فراوانی نسبی حداکثر زمان Follow بعد از عمل جراحی در میان نمونه ها

درمان شدند و یک پسر ۱۴ ساله که با یک ضایعه مراجعه کرده و در سن ۱۷ سالگی بدلیل عود و در سنین ۲۱ و ۲۲ سالگی بدلیل OKC در سایر نواحی فک مراجعه کرد. درصد NBCS در بیماران دارای OKC در این مرکز ۷/۵٪ بود.

مدت زمان شروع ناراحتی تا مراجعه به مرکز درمانی در ۵۰٪ این بیماران بیش از یکسال بود و در ۳۷/۵٪ آنها بین یک ماه تا شش ماه بود. در این مرکز دو مورد سندرم گورلین وجود داشت. یک دختر ۸ ساله که با سه ضایعه مراجعه کرد. هر سه ضایعه با انوکلیشن + کورتاژ



نمودار ۲ - فراوانی نسبی درمان انجام شده قبل از مراجعه به بیمارستان

بحث

جراحی فک و صورت انجام شود. در مطالعه حاضر ضایعات عصب آلوئولار تحتانی و همچنین عفونت کیست و ترشح چرک بسیار بیشتر از سایر مطالعات بود که نشان دهنده پیشرفت ضایعه بدلیل بی توجهی و مشکلات درمانی بیماران و تشخیص اشتباه پزشکان است.

علایم رادیوگرافی OKC در مطالعه حاضر شبیه به سایر مطالعات است^(۱۸۶). این مطالعه نشان می دهد که تنها از

از لحاظ سن (۱۷-۱۵)، جنس (۹۵) و محل (۶، ۱۳، ۱۸) شیوع نژاد ایرانی شبیه به سایر نژادهاست. بر اساس تحقیق حاضر تورم، شایعترین علت مراجعه است که باید توجه همکاران دندانپزشک را به این موضوع جلب کرد که هر تورمی نشانه عفونت نبوده و درمان آن با Extraction، RCT یا آنتی بیوتیک نمی باشد و تشخیص افتراقی در مورد آن با معاینات دقیق و منظم و پیگیری ممکن می شود و در صورت لزوم باید ارجاع به متخصص

۱۲/۵٪ بیماران در مراجعه به دندانپزشک عمومی درخواست OPG شده و سپس بیمار به بیمارستان طالقانی ارجاع شده است. لذا انجام رادیوگرافی OPG به عنوان رادیوگرافی اصلی برای تمام بیماران دندانپزشکی با علائم مشکوک توصیه می شود.

بررسی نوع درمان در این مطالعه نشان می دهد که تمایل به درمانهای مهاجم تر در این مرکز نسبت به سایر مطالعات بیشتر می باشد. هرچند در این مرکز بدلیل آگاهی جراح از پیگیری ناکافی بیماران و همچنین هزینه بالای عمل جراحی برای بیماران، این امر توجیه پذیر است ولی امروزه در مطالعات جدید، درمانهای محافظه کارانه تر با پیگیری منظم و طولانی مدت بیماران پیشنهاد می شود تا کمترین خسارت در عمل جراحی به بیمار وارد آید.^(۱۹) انجام درمان دو مرحله ای مارتوسوپالیزاسیون + انوکلیشن در بیماران جوان و استفاده از محلول Carnoy's بعد یا قبل از خارج کردن OKC بعنوان یک عمل محافظه کارانه نسبت به استکتومی محیطی پیشنهاد می شود. این مطالعه نشان داد که بازسازی فوری در این مرکز انجام نشده و دو مورد بازسازی تأخیری انجام شده است در حالیکه در مطالعات جدید بازسازی فوری توصیه می شود. همچنین در این مرکز درمانی تمایل به بازسازی با پیوند استخوان اوتوژنز بسیار کم است.

پیگیری بیماران در این مرکز بطور ناقص انجام می شود و بیماران اکثراً مراجعه نمی کنند در حالیکه عود بالای OKC و خاصیت تهاجمی آن، رادیوگرافی سالانه را برای

پیگیری بیماران ضروری می سازد. وظیفه بیمار در مورد انتقال جواب پاتولوژی خود از بخش پاتولوژی به بخش جراحی بیمارستان، سبب عدم وجود جواب پاتولوژی در پرونده بسیاری از بیماران بوده و سبب عدم آگاهی جراح نسبت به سرنوشت بیمار و نوع ضایعه وی می شود و با توجه به عود ۱۸/۵ درصدی و احتمال بدخیمی ۲/۷ درصدی این ضایعه، لزوم ایجاد ترتیبی برای آگاهی جراح از نوع ضایعه در صورت قصور بیمار احساس می شود. ضمن اینکه از ۲۷ بیمار تنها ۵ بیمار در پرونده پزشکی خود دارای شماره تلفن بودند که راحتترین وسیله دستیابی به بیمار است. آسپیراسیون و بیوپسی در این مرکز مانند سایر مراکز درمانی انجام می شود ولی frozen biopsy در حین جراحی، الکتروفورز و آزمایش سیتوکراتین در مایع کیست انجام نمی شود. مدت زمان طولانی بین شروع علائم و مراجعه برای درمان در بسیاری از بیماران نشان دهنده پایین بودن سطح آگاهی بیماران در مورد عوارض ضایعات فک و دهان و صورت است.

نتیجه گیری

بالا بردن آموزش همگانی سبب پیشگیری از خسارات فراوانی برای بیماران می شود. برقراری امکان اطلاع رسانی به بیماران بوسیله نامه یا تلفن برای پیگیری منظم و طولانی مدت بیماران، بالا بردن سطح آگاهی عمومی در مورد علائم دهانی و فکی ضایعات و لزوم پیشگیری سریعتره همراه

دوره های مناسب آموزش بیمارستانی ضایعات پاتولوژی
ناحیه دهان و فک و صورت برای رشته دندانپزشکی
عمومی، امکان تشخیص و درمان بهتر و جلوگیری از
ایجاد صدمات غیر قابل جبران برای بیماران را فراهم
می آورد.

References:

1. Neville B: Oral and Maxillofacial Pathology. 2nd Ed. Philadelphia, WB Saunders Co. 1995;Chap15:497-507
2. Wood N: Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. 5th Ed. St Louis: The CV Mosby Co, NewYork 1997;Chap10:318-320
3. Regezi J: Oral Pathology Clinical Pathologic Correlation. 3rd Ed. Philadelphia, WB Saunders Co, 1999;Chap10: 300-304
4. Soames J: Oral Pathology. 2nd Ed. Oxford Medical Publication, New York 1995;Chap2:82-85
5. Zhao Y: Treatment of odontogenic keratocysts:A follow up of 255 Chinese patients. *Oral Surg Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;**94**:151-6
6. Bataineh A: Treatment of mandibular odontogenic keratocysts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998;**86**:42-7
7. Zachariades N: Odontogenic keratocysts: review of the literature and report of sixteen cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1985;**43**:177-82
8. Partridge M: The primordial cyst (OKC): its tumor-like characteristics and behaviour. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1987;**25**:271-9
9. Ahlforse E: The odontogenic keratocyst: A benign cystic tumor? *J Oral Maxillofac Surg* 1984;**42**:10-19
10. Makowski G: Squamous cell carcinoma in a maxillary odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; **59**:76-80
11. Fornatora M: odontogenic keratocyst with mural cartilaginous metaplasia: a case report and a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;**92**:430-4
12. Williams T: Surgical management of the odontogenic keratocyst: Aggressive approach. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;**52**:964-6
13. Kakarantza E: Odontogenic keratocysts: clinicopathologic study of 87cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; **48**:593-96
14. Blanchard S: Odontogenic keratocyst: Review of the literature and report of a case. *J Periodontol* 1997;**68**:306-11
15. Meara J: The odontogenic keratocyst: A 20-year clinicopathological review. *Laryngoscope* 1998;**108**:280-3
16. Myoung H: Odontogenic keratocyst: review of 256 cases for recurrence and clinicopathologic parameters. *Oral Surg Oral med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;**91**:328-33
17. Forssell K: Recurrence of keratocysts-a long term follow - up study. *J Oral Maxillofac Surg* 1988;**17**:25-8
18. Dammer R: Conservative or radical treatment of keratocysts: a retro -spective review. *British Journal of Oral & maxillofacial Surgery* 1997;**35**:46-8

19. Marker P: Treatment of large odontogenic keratocysts by decompression and later cystectomy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;**82**:122-31