

اسکواموس ادنتوژنیک تومور: گزارش یک مورد

دکتر نوشین محتشم*، دکتر عطا... حبیبی**، دکتر نصر... ساغروانیان***، دکتر کامبیز کامیاب حصارى****

چکیده

سابقه و هدف: (SOT) Squamous Odontogenic Tumor، یک نئوپلاسم خوش خیم نادر با عامل دندانی است که اولین بار در سال ۱۹۷۵ توصیف گردید. از آن زمان تاکنون تنها ۴۰ مورد گزارش شده است. گمان می‌رود که منشاء این تومور از بقایای اپی‌تلیوم مالاسه باشد. اما در مواردی با دندان نهفته همراه می‌باشد که ممکن است از بقایای اپی‌تلیال فولیکول دندانی نشأت گرفته باشد. گزارش مورد فوق با تأکید بر نادر بودن آن و با توجه به اهمیت آن از نظر اشتباه شدن با آملوبلاستومای آکانتوماتوز و کارسینوم سلول سنگفرشی صورت پذیرفت. گزارش مورد: بیمار مردی است ۵۴ ساله که در تاریخ ۸۲/۵/۴ با تورم استخوانی کمی دردناک در ناحیه باکالی سمت راست فک تحتانی در ناحیه پرمولر و مولر اول، مراجعه نموده است. بنا به گفته بیمار تورم استخوانی وی سابقه ۲۲ ساله داشته که با رشد بطئی و گسترش باکالی استخوان و حساسیت به دق همراه بوده است. در سابقه پزشکی بیمار نکته قابل ذکر دیگری وجود نداشت. در بررسی بالینی Expansion باکالی استخوان در ناحیه پرمولرها و مولر اول فک پائین سمت راست، لقی دندانها به همراه پرپودنتیت متوسط مشاهده شد. تحت بی‌حسی موضعی به برداشت بیوپسی پارسیل از ضایعه اقدام و تومور ادنتوژنیک اسکواموس گزارش شد. در جراحی بعدی به برداشت کامل ضایعه و کورتاژ استخوانی و بنا به درخواست بیمار در آوردن دندانهای قدامی اقدام شد. نتیجه‌گیری: SOT نئوپلاسم نادری بوده و نمونه فوق تنها مورد گزارش شده از ابتدای تأسیس دانشکده دندانپزشکی مشهد تاکنون می‌باشد.

کلید واژه‌ها: تومور ادنتوژنیک اسکواموس، تومورهای ادنتوژنیک، خوش خیم

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۹/۲۲ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۳/۱۰/۲۶ تاریخ تأیید مقاله: ۱۳۸۳/۱۰/۲۶

مقدمه

مواردی که با دندان نهفته همراه باشد گمان می‌رود که از بقایای اپی‌تلیال فولیکول دندان منشاء گرفته باشد. گرچه در موارد چندکانونی خصوصاً چند کانونی فامیلیال پرولیفراسیون هاماروماتوز اپی‌تلیالی برای آن مطرح شده است. (۴،۳) به نظر می‌رسد تومورهای ادنتوژنیک اسکواموس خارج استخوانی که بسیار نادر هستند از بقایای اپی‌تلیوم Serres منشاء گرفته باشند. گاهی اوقات این تومور از پرولیفراسیون اپی‌تلیوم دیواره کیست‌های دنتی جروس یا رادیکولر ایجاد می‌شود. (۳)

تومور ادنتوژنیک اسکواموس تا سال ۱۹۷۵ شناخته و گزارش نشده بود. Pullon و جمعی از پاتولوژیست‌ها در سال ۱۹۷۵ با جمع‌بندی کار خود و گزارش ۶ مورد SOT این تومور را معرفی نمودند. (۱) پس از چندی Goldblatt و همکاران در سال ۱۹۸۲ پنج مورد SOT را گزارش نمودند (۲) مهمترین جنبه این ضایعه اشتباه شدن آن با کارسینوم سلول سنگفرشی و آملوبلاستومای آکانتوماتوز در نمای میکروسکوپی است. (۳) اکثر محققین معتقد هستند که این تومور یک نئوپلاسم ادنتوژنیک خوش خیم است که احتمالاً از بقایای اپی‌تلیال مالاسه بوجود می‌آید اما در

*نویسنده مسئول: استادیار گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. E-mail: drmohtasham@yahoo.com

**استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

***استادیار گروه آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

****پاتولوژیست آناتومی‌کال - کلینیکال، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

کاملاً واضح و مشخص بوده، و آتی‌بی سلولی و دیسپلازی معمولاً مشاهده نمی‌شود که وجه افتراق آن از کارسینوم سلول سنگفرشی است. کانونهای کراتین یا پاراکراتین و کلسیفیکاسیونهای تیغه‌ای، ساختمانهای ائوزینوفیلیک گلبولار و همچنین میکروکیست‌های متعدد در جزایر اپی‌تلیال مشاهده می‌شوند. (۱۲،۴،۳)

ضایعه خوش‌خیم است اگر چه دست‌اندازی به ساختمانهای مجاور در ضایعات ماگزایلا توسط Goldblatt و همکاران (۱۹۸۲) گزارش شده است. (۲) کورتاژ یا جراحی محافظه‌کارانه و بیرون آوردن دندانهای مبتلا معمولاً مؤثر است. جراحی وسیعتر برای ضایعات خلف ماگزایلا توصیه می‌شود، چون امکان درگیری سینوس ماگزایلا وجود دارد و در موارد چندی عود پس از کورتاژ گزارش شده است. اما تعداد ضایعات آنقدر کافی نیست که در مورد رفتار بیولوژیک این تومور بتوان به خوبی قضاوت کرد. (۴،۳)

گزارش مورد

بیمار مردی است ۵۴ ساله، اهل خراسان که در تاریخ ۸۲/۵/۴ با تورم استخوانی باکال در ناحیه پرمولر و مولر اول فک پائین، سمت راست و کمی دردناک مراجعه نمود. بنا به گفته بیمار تورم استخوانی وی سابقه ۲۲ ساله داشته که با رشد بطئی و گسترش باکالی استخوان و حساسیت به دق همراه بوده است. در سابقه پزشکی بیمار نکته قابل‌ذکری وجود نداشت. در بررسی کلینیکی Expansion باکالی استخوان در ناحیه پرمولرها و مولر اول فک پائین سمت راست و لقی دندانها به همراه پرودنتیت متوسط مشاهده شد. در رادیوگرافی اکلوزال، ضایعه یک رادیولوسنسی مولتی‌لوکولار با نمای حباب صابونی، Well defined دارا می‌باشد.

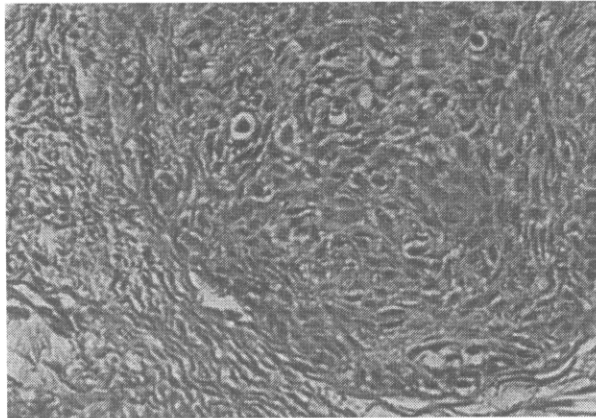
تحت بی‌حسی موضعی اقدام به برداشت بیوپسی قسمتی از ضایعه گردید که در بررسی میکروسکوپی پرولیفراسیون

این ضایعه طیف سنی وسیعی دارد که طبق گزارش Goldblatt (۱۹۸۲) بین ۶۷-۱۱ سالگی متغیر است. (۲)

طبق گزارشات، متوسط سنی این ضایعه بین ۲۱-۱۹ سالگی بوده که در این سری ۶ بیمار مرد و ۱۰ نفر زن بوده‌اند. در یک آنالیز ۳۶ نفره از موارد گزارش شده، میزان ابتلا زنان به مردان $\frac{1}{8}$ بوده و ۳۶٪ موارد در دهه سوم اتفاق افتاده است. (۵،۴) شیوع آن در ماگزایلا و مندیبل تقریباً مساوی می‌باشد. در ماگزایلا در ناحیه انسیزورها و در مندیبل بیشتر به حدوث در ناحیه پرمولرها نمایل دارد. (۶،۷) در بعضی گزارشات این تومور در افراد یک خانواده گزارش شده است. (۴) حتی در یک مورد هم ماگزایلا و هم مندیبل را مبتلا نموده است. (۹،۸) این ضایعات گاهی بدون علامت هستند کما اینکه در نمونه گزارش شده بیمار پس از ۲۲ سال به علت تورم فک به کلینیک مراجعه نموده است. این تومور معمولاً زوائد آلوئولار مجاور ریشه دندانهای رویش یافته را مبتلا ساخته، ممکن است دندانهای مبتلا لق شوند. لقی دندانها همراه با تورم بدون درد شایعترین علائم اولیه هستند و ممکن است با بیماری پرپودنتال اشتباه شوند. درد غیرشایع است و در برخی موارد ممکن است توسط یک رادیوگرافی روتین کشف شود. (۱۱،۱۰،۴)

در نمای رادیوگرافی، SOT می‌تواند شبیه تحلیل شدید استخوان در نتیجه بیماری پرپودنتال باشد یا به صورت یک رادیولوسنسی مدور شبیه کیست یا رادیولوسنسی مثلثی شکل بین ریشه‌های دندانها باشد. گاهی اوقات ضایعه به شکل رادیولوسنسی نامشخص یا چندکانونی مشاهده می‌شود. (۷) علائم میکروسکوپی: تومور ادنتوژنیک اسکواموس از جزایر اپی‌تلیال سنگفرشی متعدد تشکیل شده که در اطراف دارای سلولهای محیطی شبیه آمولوبلاست (سلولهای استوانه‌ای با پلاریتی معکوس) نیست و این نکته اصلی در تشخیص SOT از آمولوبلاستومای آکانتوماتوز است. خارهای بین‌سلولی جزایر،

در جراحی بعدی به برداشت کامل ضایعه و کورتاژ استخوان اقدام شد. بنا به درخواست بیمار در آوردن دندانهای قدامی نیز صورت گرفت. در گزارش پاتولوژی از بیوپسی کامل، تشخیص قبلی تأیید گردید. شکل ۴ (رادیوگرافی اکلوزال پس از جراحی)



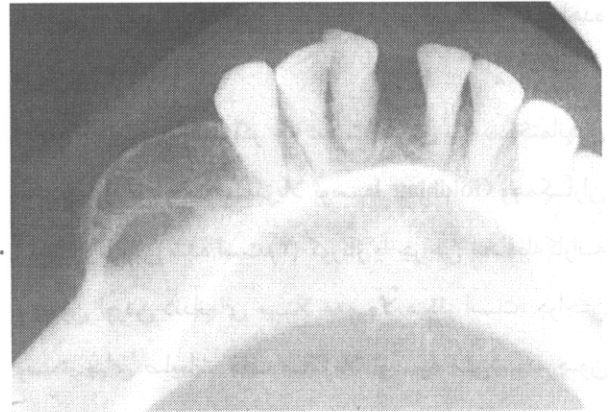
شکل ۴- نمای میکروسکوپی ضایعه، جزایر اپی تلیال ادنتوژنیک

بحث

تومور ادنتوژنیک اسکواموس یک ضایعه نادر خوش خیم است که تا سال ۱۹۷۵ بدون نامگذاری و شناخته نشده بود و اولین بار توسط Pullon و همکاران (۱۹۷۵) توصیف شد. این ضایعه طیف سنی وسیعی دارد و طبق گزارش Goldblott (۱۹۸۲) بین ۶۷-۱۱ سالگی متغیر است. (۲) در یک آنالیز ۳۶ نفره از موارد گزارش شده، میزان ابتلا زنان به مردان $\frac{1}{8}$ وده و ۳۶٪ موارد در دهه سوم اتفاق افتاده است. (۵،۴) اما طبق مطالعه Regezi (۲۰۰۳)، این تومور در مردان و زنان به یک نسبت اتفاق می افتد (۱۰) در این نمونه نیز، فرد مبتلا، مردی ۵۴ ساله بوده است.

در یک مطالعه که بر روی ۳۶۲ مورد تومور ادنتوژنیک در شیلی صورت گرفت، دو نمونه SOT تشخیص داده شدند که ۰/۶٪ از کل موارد را تشکیل می دادند. (۵) در برخی مطالعات SOT در مندیل شایعتر از ماگزینا گزارش شده است. (۵،۴) اما

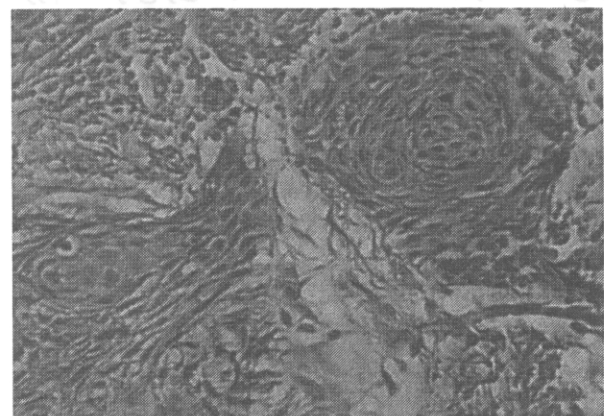
نئوپلاستیک خوش خیم سلولهای اپی تلیال ادنتوژنیک بصورت صفحات و جزایر سلولی با متاپلازی سنگفرشی و تشکیل کراتین مشاهده شد. استرومای ضایعه فیروزه در لابلا دارای عروق خونی بود.



شکل ۱- نمای رادیوگرافی اکلوزال ضایعه



شکل ۲- نمای رادیوگرافی اکلوزال پس از جراحی



شکل ۳- نمای میکروسکوپی ضایعه، جزایر اپی تلیال ادنتوژنیک در بافت همبندی فیروزه

تشخیص میکروسکوپی ضایعات ارتباط مستقیمی با درمان آنها دارد. از آنجا که اشتباه در تشخیص ضایعات پاتولوژیک خسارات جبران‌ناپذیری را برای بیمار خواهد داشت، این ضایعه هم از نظر بافت‌شناسی و هم از نظر رادیوگرافی به آملوبلاستوما شباهت بسیار زیادی دارد، در حالیکه درمان آنها با یکدیگر متفاوت است. درمان آملوبلاستوما رزکسیون وسیع فک بوده ولی درمان تومور ادنتوژنیک اسکواموس فقط حذف ضایعات به صورت اکسیژنال و کورتاژ بقایای آن می‌باشد. از طرفی شباهت SOT به کارسینوم سلول سنگفرشی از لحاظ هیستولوژیک و تفاوت فاحش این دو ضایعه از لحاظ پیش‌آگهی و درمان حائز اهمیت است. مورد مذکور حدود یک سال است که مورد پیگیری قرار گرفته، فاقد مشکل می‌باشد.

نتیجه‌گیری

مورد فوق تنها نمونه گزارش شده SOT از زمان تأسیس دانشکده دندانپزشکی مشهد بوده است. با توجه به نادر بودن ضایعه در گزارشات محققین، اظهار نظر در رابطه با عواملی مثل شیوع سنی، جنسی و مکان و نحوه رفتار بیولوژیک تومور نیازمند معرفی موارد بیشتر و جدیدتر و همچنین جمع‌آوری کلیه اطلاعات می‌باشد.

References

1. Pullon PA, Shafer WG, Elzay RP, Kerr DA: Squamous odontogenic tumor. Oral Surg 1975;40:616.
2. Goldblatt LF, Brannon RB, Elish GL: Squamous Odontogenic tumor report of five cases and review of literature. Oral Surg 1982;54:187.
3. Pilch BZ: Head and Neck Surgical pathology. 1st Ed. Lipincott Willian & Wilkins, 2001; Chap6: 215.
4. Roderick A, Cawson RA, Binnie WH: Lucass pathology of Tumors of the oral tissues. 5th Ed. London, Churchill Livingstone, 1998; Chap2:49.

در برخی دیگر، شیوع ضایعه در ماگزیلا و مندیبل تقریباً مساوی ذکر شده است، بطوریکه در ماگزیلا در ناحیه قدام و در مندیبل بیشتر تمایل به حدوث در ناحیه پرمولرها وجود دارد. (۱۱،۷۶) که در این مورد نیز ضایعه در ناحیه پرمولرها و مولر اول فک پائین بوده است.

در نمای رادیوگرافی، SOT معمولاً به شکل یک رادیولوسنسی مدور شبیه کیست یا رادیولوسنسی مثلثی شکل بین ریشه‌های دندانها می‌باشد و در موارد نادری بصورت رادیولوسنسی چندکانونی مشاهده می‌شود. (۱۱،۱۰) در مورد مذکور نیز نمای رادیوگرافی ضایعه تی‌پیک نبوده و بصورت رادیولوسنسی چندحجره‌ای با حدود نامشخص می‌باشد.

تورم بدون درد شایعترین علامت بالینی است. در مورد گزارش شده نیز تورم بطئی استخوان وجود داشته است. نمای میکروسکوپی SOT، ممکن است با آملوبلاستوما و کارسینوم سلول سنگفرشی اشتباه شود. وجه افتراق آن از آملوبلاستوما عدم وجود سلولهای استوانه‌ای با پلاریته معکوس شبیه آملوبلاست، در اطراف جزایر اپی‌تلیال سنگفرشی می‌باشد. همچنین سلولهای شبیه Stellate Reticulum در SOT مشاهده نمی‌شود. عدم وجود پلئومرفیسم سلولی و دیسپلازی آن را از کارسینوم سلول سنگفرشی متمایز می‌سازد. (۱۱،۴)

5. Ochsenius B, Ortega W: Odontogenic tumors in Chile: A study of 362 cases. J Oral Pathol Med 2002; 31:415-20.
6. Weight JM JR: Squamous odontogenic tumor. Oral Surg 1979;47:354.
7. Philipsen HP, Reichart PA: Squamous odontogenic tumor (SOT): a benign neoplasm of the periodontium. A review of 36 reported cases. J Clin Periodontal 1996;23:922-926.

8. Kusama K, Kawashima A, Nagal H: Squamous odontogenic tumor of maxilla report of a case. *J Oral Sci* 1998;40:119-122.
9. Baden E, Doyle J: Squamous odontogenic tumor: report of 3 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* ,1999;75:733-738.
10. Regezi JA, Sciubba JJ: Oral pathology, clinical pathologic correlation. 4th Ed. WB Saunders Co. 2003;Chap11:277.
11. Neville BW, Damm DD, Allen CM Ne, Bouqout AL: Oral & Maxillofacial pathology. 2nd Ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 2002;Chap15:625.
12. Shafer WG, Maynard K: A text book of oral pathology. 4th Ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 1999;Chap15:291.