

بررسی رابطه بین اندازه رادیوگرافیک فولیکول دندان عقل پایین با وضعیت هیستوپاتولوژیک آن

نویسندگان: دکتر حمیدرضا عظیمی^۱ و دکتر رضا شاکرمتعال^۲

۱. استادیار بخش جراحی دهان فک و صورت دانشکده دندان پزشکی شاهد
۲. دندان پزشکی

چکیده

هدف: بررسی رابطه بین اندازه فولیکول دندان عقل پایین با وضعیت هیستوپاتولوژیک آن در مراجعه‌کنندگان به بخش جراحی دانشکده دندان پزشکی دانشگاه شاهد در طی سال‌های ۸۱-۱۳۸۰ است.

مواد و روش‌ها: ۱۰۶ بیمار که به بخش جراحی دهان فک و صورت دانشکده دندان پزشکی شاهد مراجعه کردند در این بررسی تحت جراحی خارج کردن دندان عقل پایین قرار گرفتند که ۴۸ نفر مرد و ۵۸ نفر زن بودند و بیماران در دو گروه سنی زیر ۲۰ بین ۲۰-۳۰ سال تقسیم‌بندی شدند. پس از تهیه رادیوگرافی پری اپیکال بیش‌ترین عرض فولیکول دندان با استفاده از خط‌کش اندازه‌گیری شد. در نهایت تمام نمونه‌ها به آزمایشگاه پاتولوژی ارسال شد.

یافته‌ها و نتایج:

- ۱- بین ضایعه پاتولوژیک و اندازه فولیکول دندان عقل در دو گروه ارتباط معنادار وجود ندارد.
 - ۲- بیش‌ترین عرض فولیکول دندان در افرادی که دارای ضایعه پاتولوژیک بودند و در افرادی که فاقد ضایعه بودند ۱/۸۵-۲/۴۷ میلی‌متر بود.
 - ۳- از بین ۴۲ بیمار که دارای ضایعه پاتولوژیک بودند ۴۱ بیمار دارای کیست دانتیژور (۶۷/۶۱ درصد) و یک بیمار (۲/۳۹) ادنتورژنیک کراتوسیست داشت.
- نتیجه‌گیری: نتیجه‌ای که می‌توان از این بررسی گرفت این است که برای تشخیص یک فولیکول دارای ضایعه از یک فولیکول نرمال لازم است که پس از خارج کردن دندان فولیکول آن جهت ارزیابی به آزمایشگاه پاتولوژی فرستاده شود.

واژه‌های کلیدی: دندان عقل، فولیکول، کیست و نهفتگی

مقدمه

حداقل یک دندان نهفته هستند که دندان‌های عقل در این میان شایع‌ترین دندان‌های نهفته محسوب می‌شوند و در ایجاد حالات نهفتگی عوامل متعددی دخیل هستند. تاج دندان‌های نرویده به‌طور طبیعی به‌وسیله فولیکول دندان‌ی احاطه می‌شود. تشخیص افتراقی فولیکول

نهفتگی دندان‌ها عارضه شایعی است که عمدتاً در دندان‌های دایمی دیده می‌شود و تاکنون گزارش‌های نادری مبنی بر نهفتگی دندان‌های شیری ارایه شده است. پس از ۲۰ سالگی ۱۷ درصد بیماران دارای

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال دوازدهم - شماره ۵۵
اسفند ۱۳۸۳

اغلب موارد ساختمان بافت نرمال با تومورهای ادنتوژنیک اشتباه شده است و مهم‌ترین نتیجه حاصل از این مطالعه این بود که یافته‌های هیستولوژیکی و نمای رادیوگرافیک در کنار یکدیگر برای رسیدن به تشخیص نهایی درست و صحیح مؤثر هستند [۳].

Daley و Wysocki کیست‌های دانتی‌ژور کوچک و بافت فولیکول بزرگ شده دندان را در سال ۱۹۹۵ مورد بررسی قرار دادند در این مقاله توصیه شده است که قبل از جراحی باید یافته‌های رادیوگرافیک برای تشخیص درست بین کیست دانتی‌ژور کوچک و بافت فولیکول بزرگ کای باشد در غیر این صورت تمایز یک کیست با بافت فولیکول بزرگ در طی جراحی غیرممکن است [۴].

Glosser و Campbell در سال ۱۹۹۹ در دانشگاه میشیگان مطالعه‌ای را در ارتباط با تغییرات پاتولوژیک بات نرم و نمای رادیوگرافیک مولر سوم نهفته انجام دادند مانحص این مقاله این بود که شیوع کیست دانتی‌ژور در ارتباط با دندان مولر سوم نهفته بیش‌تر از گزارش‌هایی است که از طریق مطالعات رادیوگرافی به تنهایی به دست می‌آید و این امر اهمیت تشخیص‌های هیستوپاتولوژیک که کیست دانتی‌ژور را تأیید می‌کنند نشان می‌دهد [۵].

در سال ۲۰۰۰ Adelsperger و همکارانش در دانشگاه اینسبرگ مقاله‌ای را چاپ کردند که در آن پاتوزهای بافت نرم همراه با مولرهای سوم نهفته که رادیولوژیک پری کرونا نداشتند توضیح داده شده است و به این نتیجه رسیدند که نمای رادیوگرافی به تنهایی قابل اعتماد نیست و بر روی فولیکول‌های خارج شده همراه دندان باید مطالعات پاتولوژیک نیز صورت گیرد [۶].

Rakprastikul در سال ۲۰۰۱ در رابطه با تغییرات پاتولوژیک در بافت‌های پری کرونا مولرهای سوم نهفته مقاله‌ای به چاپ رسانید هدف از این مطالعه آن بود که بافت‌های پری کرونا دندان‌های مولر سوم که

دندانی و تومورهای ادنتوژنیک از احاط میکروسکوپیکی اهمیت زیادی دارد در بررسی رادیوگرافی فولیکول دندان به شکل یک هاله رادیولوژیک یکنواخت دیده می‌شود و در اطراف این هاله حشیای رادیوپاک که بیانگر استخوان متراکم در امتداد لامینا دورا است مشهود است. ضخامت این لایه به واسطه تغییر ضخامت فولیکول و تجمع مایع بین کپسول اپی تلیوم مینایی کاهش یافته و تاج دندان متغیر است. از آن‌جا که تغییرات پتولوژیک مختلفی در چنین فولیکول‌هایی رخ می‌دهند که بدون درد هستند لذا مهیاز خاصی که دندان پزشکی بتواند بین یک فولیکول نرمال و غیرطبیعی بزرگ شده تمایز قایل شود وجود ندارد [۱].

در این مطالعه سعی شده که به رابطه بین اندازه فولیکول و وجود ضایعه پاتولوژیک پرداخته شود و مشخص شود که آیا بین اندازه فولیکول در نمای رادیوگرافی و وجود ضایعه پاتولوژیک ارتباطی وجود دارد یا نه؟

Fukuta و همکارانش در سال ۱۹۹۱ مطالعه‌ای را تحت عنوان مطالعه اتولوژیکی از بافت فولیکول دندان اپیرپلاستیک انجام دادند و در بسیاری از نمونه‌های مورد مطالعه از لحاظ کلینیکی کیست دانتی‌ژور تشخیص داده شده بود و براساس مطالعه رادیوگرافی این ضایعات درجات متنوعی از رادیولوژیک را دور تاج دندان نهفته نشان میدادند ولی یافته‌های هیستولوژیک بافت فولیکول نرمال که دور دندان را احاطه کرده است نشان داد. پتس در این مطالعه در نهایت ره این موضوع اشاره شده است که تنها را تشخیص بعد از در آوردن دندان آزمایش آسیب‌شناسی است [۲].

در سال ۱۹۹۳ Kim و Ellis مطالعه‌ای را در دانشکده دندان پزشکی به عنوان تومورهای ادنتوژنیک به دست آمده از بافت فولیکول دندان انجام دادند در این مطالعه فولیکول دندان نهفته و بیمه نهفته از نظر هیستولوژیکی و رادیولوژیکی مورد بررسی قرار گرفته است و در

جراحی خارج ساختن دندان عقل

در روز جراحی پس از آماده سازی بیمار ۲ کارپول لیدوکائین جهت بی حسی عصب الویولار تحتانی لانگ باکال و زبانی تزریق شد. سپس فلپ پاکتی از مزینال دندان مولر دوم تا بوردر قدامی راموس زده شد و بعد استخوان اطراف دندان عقل توسط هند پیس جراحی برداشته شده و پس از لق کردن دندان توسط الواتور خارج ساختن دندان صورت گرفت در اغلب موارد همراه دندان فولیکول نیز خارج میگردد سپس نمونه در فرمالین قرار گرفته و برای بررسی وضعیت پاتولوژیک به آزمایشگاه پاتولوژی ارسال می شود و حفره پس از شستشوی فراوان با نخ سیلک ۰۰۰ بخیه می شود و کلیه اصولی را که بیمار باید رعایت کند به وی توضیح داده می شود در آزمایشگاه پاتولوژی پس از تهیه لام جهت اطمینان بیشتر، نمونه ها توسط دو متخصص پاتولوژی و با میکروسکوپ نوری بررسی شدند.

نتایج

پس از بررسی های آماری نتایج زیر به دست آمد:

- ۱- بین ضایعه پاولوژیک و اندازه فولیکول دندان عقل از نظر آماری ارتباط معنادار وجود ندارد (p-value=4/ نمودار ۱).
- ۲- از بین ۱۰۶ بیمار ۴۲ نفر (۳۹/۶ درصد) دارای ضایعه پاتولوژیک بودند و در ۶۴ نفر (۶۰/۴ درصد) ضایعه پاتولوژیک مشاهده نشد (نمودار ۱).
- ۳- از ۴۲ نفر که دارای ضایعه پاتولوژیک بودند در ۴۱ نفر (۹۷/۶۱ درصد) کیست دانتی ژور و در ۱ نفر (۲/۳۹ درصد) ادنتوژنیک کراتو کیست تشخیص داده شد معیار تشخیص کراتو کیست براساس مشاهده ۴-۵ ردیف سلول های اپیتلیالی، نمای سنگ قبر Tomb stone و وجود کراتین بوده است.

تحت تأثیر ضایعات پاتولوژیک قرار می گیرند پس از شاسایی ضایعه باید به طور کامل برداشته شوند و به این نتیجه رسیده دندان های عقل نهفته باید خارج شوند قبل از این که ضایعات پاتولوژیک در بافت های پری کروئال آن ها مشاهده شود و در این تحقیق توصیه شده است که در افراد بالای ۲۰ سال دندان های عقل خارج شوند [۷].

مواد و روش ها

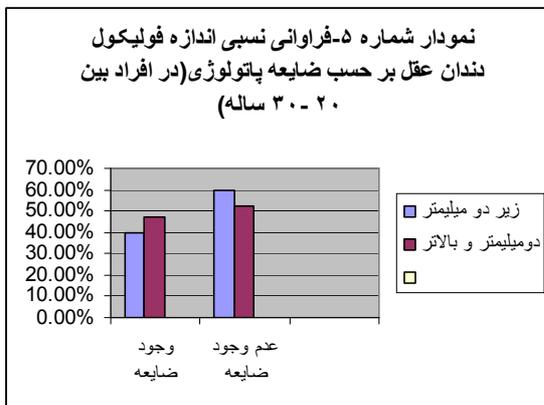
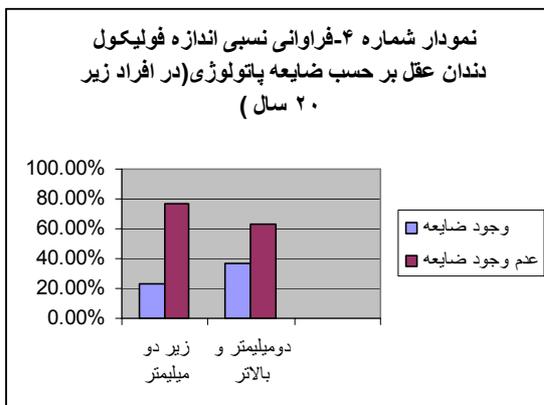
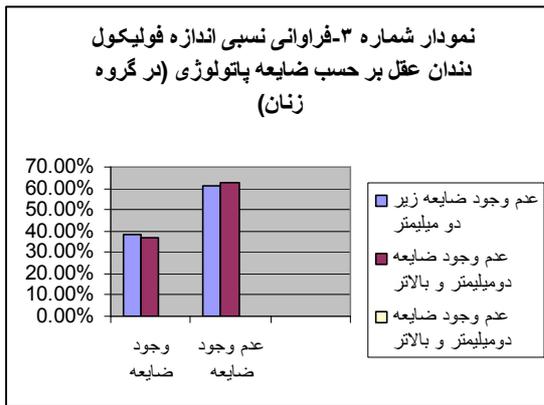
نحوه اجرای تحقیق

از بین بیمارانی که جهت جراحی دندان عقل نهفته فک پایین بخش جراحی دانشکده دندان پزشکی شاهد مراجعه کردند ۱۰۶ بیمار براساس معیارهای زیر انتخاب می شوند:

- ۱- بیماری سیستمیک نداشته باشند
 - ۲- دندان های مولر سوم فک پایین دارای نهفتگی کامل (در استخوان) باشند.
- جهت کاهش متغیرها در مطالعه این تحقیق بر مبنای دندان های عقل پایین صورت می گیرد.

معیار خروجی: بیمارانی که دارای بیماری نقص ایمنی بودند از مطالعه خارج شدند که از این ۱۰۶ بیمار ۵۸ نفر مرد و ۴۸ نفر زن بودند. بیماران در دو رده سنی زیر ۲۰ سال و بین ۲۰ تا ۳۰ سال تقسیم بندی شدند و بیماران زیر ۲۰ سال را ۴۸ نفر (حدود ۴۵/۲۸ درصد) و بیماران بین ۲۰ تا ۳۰ سال را ۵۸ نفر (۵۴/۷۲ درصد) تشکیل می دادند.

که ابتدا از این بیماران رادیوگرافی پری اپیکال به عمل آمده و بیمارانی که دارای دندان عقل نهفته کامل بودند انتخاب می شوند. رادیوگرافی های پری اپیکال توسط یک تکنسین رادیولوژی در شرایط یکسان گرفته می شد و سپس براساس رادیوگرافی و با استفاده از خط کش اندازه بیشترین عرض فولیکول دندان عقل بر حسست میلی متر تعیین می شود.



۴- بین ضایعه پاتولوژی و اندازه فولیکول دندان عقل در گروه مردان از نظر آماری ارتباط معنادار وجود ندارد (p-value=26) (نمودار ۲).

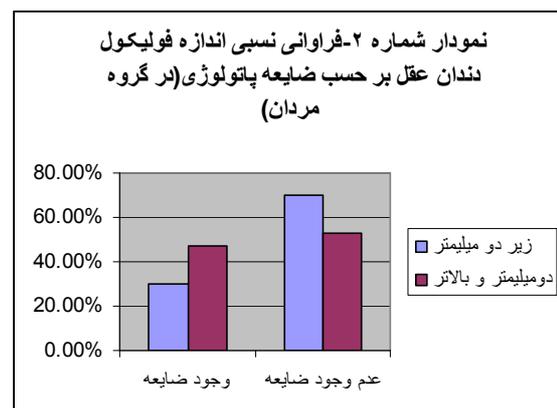
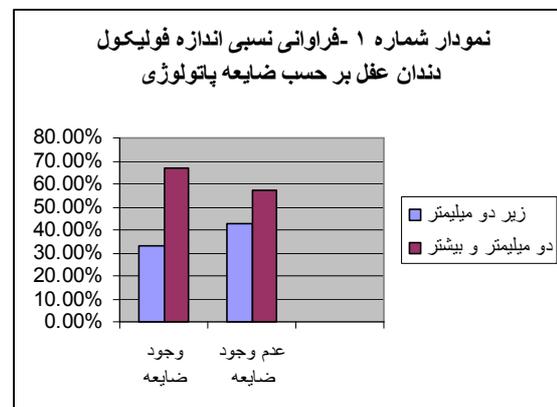
۵- بین ضایعه پاتولوژی و اندازه فولیکول دندان عقل در گروه زنان ارتباط معنادار از نظر آماری وجود ندارد (p-value=93) (نمودار ۳).

۶- بین ضایعه پاتولوژی و اندازه فولیکول دندان عقل در گروه سنی زیر ۲۰ سال از نظر آماری ارتباط معنادار وجود ندارد (p-value=49) (نمودار ۴).

۷- بین ضایعه پاتولوژی و اندازه فولیکول دندان عقل در گروه سنی ۲۰-۳۰ ساله از نظر آماری ارتباط معنادار وجود ندارد (p-value=78) (نمودار ۵).

تمامی نتایج بالا براساس آزمون وجود ارتباط کای دو (p-value=05) (x2) به دست آمده است.

۸- اندازه بیشترین عرض فولیکول دندان عقل به طور متوسط در افراد دارای ضایعه ۲/۵ میلی متر و در افراد بدون ضایعه ۱/۸ میلی متر بود.



بحث و نتیجه گیری

اهمیت تشخیص ضایعات پاتولوژیک در اطراف دندان نهفته و فقدان علایم بالینی در تشخیص آن نیازمند بررسی بیش تر جهت تأیید پاتولوژیک ضایعه است.

مطالعه Fukuta و همکارانش در سال ۱۹۹۱ بر روی بافت فولیکول دندان هایپر پلاستیک نشان داد که تنها

مطالعه ما هم نشان داد که از بین ۱۰۶ بیمار ۴۲ نفر (۳۹/۶ درصد) به ضایعه پاتولوژیک مبتلا بودند که از این میان در ۴۱ نفر (۹۷/۶۱ درصد) کیست دانتی ژور تشخیص داده شد. بدین ترتیب نتایج به دست آمده از مطالعه ما تأییدکننده نتایج مطالعه Glosser و Campbel است که شیوع بیش تر کیست دانتی ژور را در اطراف دندان‌های مولر سوم نهفته نشان می‌دهد.

همچنین Adelsperger در سال ۲۰۰۰ و همکارانش در دانشگاه ایندیا مقاله‌ای تحت عنوان بافت نرم همان با مولرهای سوم نهفته که رادیو لوسنسی پری کرونا نداشتند چاپ کردند و به این نتیجه رسیدند که نمای رادیوگرافی به تنهایی قابل اعتماد نیست و بر روی فولیکول خارج شده همراه دندان باید مطالعات پاتولوژیک نیز صورت گیرد [۶] و این مقاله نیز مغایرتی با تحقیق ما ندارد و به‌طور کلی تأییدکننده مطالعه ماست.

با توجه به نتایج این تحقیق و مقایسه آن با تحقیقات دیگر چنین به نظر می‌رسد که بین اندازه فولیکول دندان و ضایعه پانولژی ارتباط معناداری وجود ندارد و جهت تشخیص دقیق ضایعه پاتولوژیک در یک فولیکول و تمایز آن از یک فولیکول طبیعی در اطراف یک دندان نهفته بررسی پاتولوژیک هر گونه ضایعه خارج شده در اطراف دندان‌های نهفته ضروری است.

منابع

1. Wood & Goaz P.W. Differential Diagnosis of oral lesions. Mosby 1977; chapter 17, pp.282-290.
2. Fukutay & et.al. Patological study of the hyperplastic dental follicle. J Nihon univ sch Dent 1991; 33(3), pp.166-73.
3. Kim J, Ellis GL. Dental follicular tissue: misinterpretation as odontogenic tumors. J Oral Maxillofacial surg 1993; 51(7) pp.67-70.
4. Daley TD, wysoki GP. The small dentigerous cyste A diagnostic dilemma. Oral surg Oral pathol Oral radiol Endod 1990; 79(1), pp.77-81.
5. Glosser GW, Campbell JH. Pathologic change in soft tissue associated with radio graphically normal third molar impactions. B J Oral maxillofacial surg 1999; 37(4), pp.259-60.

راه تشخیص ضایعات پاتولوژیک بعد از در آوردن دندان آزمایش آسیب‌شناسی است [۲] و بدین ترتیب نتایج حاصل از مطالعه ما تأییدکننده نتایج مطالعه Fukuta و همکارانش است و همچنین در مطالعه ما بین ضایعه پاتولوژی و اندازه فولیکول دندان عقل از نظر آماری ارتباط معنادار وجود ندارد و این تأییدکننده آزمایش‌های آسیب‌شناسی به‌عنوان تنها راه تشخیص برای ضایعات پاتولوژیک است. در سال ۱۹۹۳ نتیجه مطالعه Kim و Ellis بر روی تومورهای ادنتوژنیک به دست آمده از فولیکول دندان این بود که یافته‌های هیستولوژیکی و نمای رادیوگرافیک در کنار یکدیگر برای رسیدن به تشخیص نهایی درست و صحیح مؤثر هستند [۳] و بدین ترتیب این موارد با مطالعه مامناتای ندارد و در کنار نمای رادیوگرافیک یافته‌های هیستولوژیکی نیز برای تشخیص صحیح کمک‌کننده هستند.

در سال ۱۹۹۵ Daley و Wysocki که کیست‌های دانتی ژور کوچک و بافت فولیکول بزرگ شده دندان را مورد بررسی قرار داده بودند توصیه کردند که قبل از جراحی تأیید یافته‌های رادیوگرافیک برای تشخیص درست بین کیست دانتی ژور و بافت فولیکول بزرگ کافی باشد در غیر این صورت تمایز یک کیست با بافت فولیکول بزرگ در طی جراحی غیر ممکن است [۴] و این بررسی نیز تأییدی بر مطالعه ما است که بیانگر این است که بین اندازه فولیکول دندان و ضایعه پاتولوژیک ارتباط معنادار وجود ندارد و جهت تشخیص دقیق ضایعه پاتولوژیک در یک فولیکول و تمایز آن از یک فولیکول طبیعی در اطراف یک دندان نهفته بررسی پاتولوژیک الزامی است.

موضوع مطالعه Glosser و Campbell در سال ۱۹۹۹ در رابطه با تغییرات پاتولوژیک بافت نرم و نمای رادیوگرافیک نرمال مولر سوم نهفته بود و این مطالعه بیانگر این است که شوع کیست دانتی ژور در ارتباط با دندان مولر سوم نهفته بیش تر است [۵]. نتیجه حاصل از

7. Rakprastikul. S. Pathologic changes in the pericoronal tissues of unerupted third molars. Quintessence Int 2001; 32(8), pp.633-8.
6. Adelsperger & et.al. Early soft tissue pathos is associated with impacted third molars without pericoronal radiolucency. Oral surg Oral pathol Oral radiol Endod 2000; 89(4), pp.402-6.