

گزارش یک مورد غده بزاقی نابه‌جا در بدنه فک تحتانی و مقایسه آن با Stufne bone cyst

نویسندگان: دکتر علی اصغر روحی^۱ و دکتر تقی عزیزی^۲

۱. استادیار گروه جراحی فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی دانشگاه شاهد
۲. استادیار گروه پاتولوژی دانشگاه بقیه الله

چکیده

کیست استافنه یک ضایعه رادیولوسنت بدون سمپتوم بوده که ناشی از محل غدد بزاقی در فک پایین (عمدتاً غده بزاقی تحت فکی) به صورت یک فرورفتگی در کورتکس استخوان در سطح لینگوال زاویه مندیبل است. از این نظر که نیاز به درمان خاصی ندارد، تشخیص افتراقی آن از ضایعات پاتولوژیک واقعی فک پایین مهم است. در این مقاله به گزارش یک مورد شبیه به آن ولی در داخل استخوان مندیبل پرداخته می‌شود.

واژه‌های کلیدی: نابه‌جا، غده بزاقی، استافنه، مندیبل

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

مقدمه

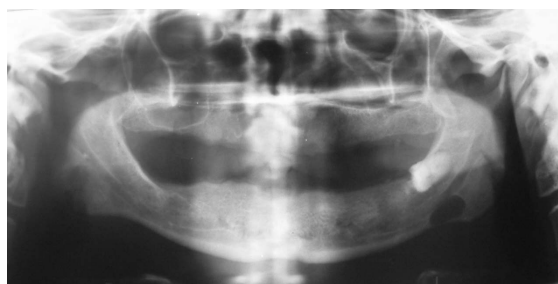
دفت استافنه (Stafne Defect) با عناوین دیگر stafne gland Depression و Static Bone cyst, Bone cyst، در سال ۱۹۴۲ توسط Lingual Mandibular Salivary stafne تشریح شد. در اکثر موارد هیستولوژی نمای بافت غدد بزاقی نرمال را نشان می‌دهد. گاهی دفت خالی و یا شامل عضله با بافت همبندی فیروزه عروق

خونی - چربی یا بافت لنفوئید نیز گزارش شده است. این دفت‌ها همچنین در قدام مندیبل، در ناحیه اینسایزرها، کانین یا پر مولر هم دیده شده است، که مربوط به غدد بزاقی زیر زبانی یا نابه‌جا است [۱ و ۲]. همچنین در ناحیه فوقانی Ramus در اثر غدد بزاقی پاروتید یک مورد گزارش شده است [۳]. لذا همه غدد بزاقی قادرند که این اثر را ایجاد کنند. نمای کلاسیک

حدود ۲ سال پیش ذکر می‌کرد. از نظر سیستمیک سابقه دیابت کنترل شده داشت، غیر از قند خون بالا بقیه تست‌های آزمایشگاهی طبیعی بود. در معاینه داخل دهان تورم مختصری در ناحیه دندان عقل نهفته چپ پایین دیده شد که همراه با Tenderness بود. در معاینه خارج دهانی نیز تورم و درد در بورد تحتانی مندیبل در همین ناحیه وجود داشت. نمای رادیوگرافی OPG، وجود یک دندان نهفته را نشان می‌داد که مختصری از استخوان بیرون آمده بود. در همین محل در زیر کانال مندیبل یک نمای رادیولوژیست به ابعاد $3 \times 2 \times 1$ سانتیمتری وجود داشت که در قسمت فوقانی مجاور کانال مندیبل و در قسمت تحتانی تا بورد تحتانی ادامه داشت (شکل ۱).

تحت L. A. و Sedation دندان نهفته خارج گردید و از همان انسیزیون داخل دهانی به ضایعه دسترسی پیدا شد. استخوان روی ضایعه کاملاً سالم بود و پس از برداشتن کورتکس باکالی آن کورت داخل ضایعه افتاد که جهت حفاظت عصب اینفرادنتال با احتیاط نمونه‌ای با قوام نرم و غیر کیستیک برداشته و جهت پاتولوژی ارسال گردید. پس از جراحی علائم عفونت برطرف شد ولی حدود یک ماه بیمار از وجود درد در ناحیه شکایت داشت و پس از آن برطرف شد. گزارش پاتولوژی (که در برش‌های متعددی انجام گرفت) بیانگر غدد بزاقی نرمال بود که شواهدی از بدخیمی نداشت.

شکل ۲ رادیوگرافی OPG بیمار را پس از حدود ۶ ماه نشان می‌دهد که علائم کاملاً برطرف شده ولی نمای رادیولوژیست در محل خود بدون تغییر دیده می‌شود.



شکل ۱ رادیوگرافی بیمار قبل از عمل

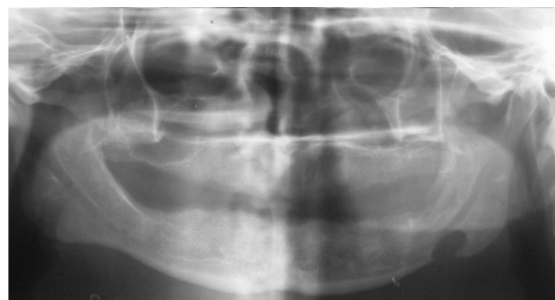
آن یک رادیولوژیست به صورت گرد، بیضوی و نیم دایره، معمولاً تک حفره‌ای و گاهی دو حفره‌ای در زیر کانال مندیبولار در خلف مندیبل بین دندان‌های مولار و زاویه مندیبل است که در موارد تیبیک توسط یک بورد اسکروتیک احاطه شده است. گاهی بورد تحتانی مندیبل را قطع کرده و به صورت یک Notch در این ناحیه لمس می‌شود. اکثراً یکطرفه هستند. دفکت استافنه خلفی نادر نیست و حدود $0/3$ درصد در گرافی‌های پانورامیک گزارش شده است [۱]. $80-90$ درصد موارد در جنس مذکر دیده می‌شود. اگر چه بنظر می‌رسد که طبیعت Developmental دارد ولی در هنگام تولد وجود ندارد و به نظر می‌رسد که به علت تکامل لوب غده بزاقی تحت فکی در حین زندگی جنینی باشد یک مورد نیز ناشی از یک Lymph node گزارش گردید [۲]. در میانسالان بیش‌تر در بچه‌ها بندرت گزارش شده است. تشخیص براساس کلینیک و محل تیبیک رادیوگرافیک است. در موارد مشکوک استفاده از CT یا سیالوگرافی توصیه می‌شود. در ناحیه قدامی نیز استفاده از توموگرافی دندانی مناسب‌ترین روش تشخیص معرفی شده است [۴].

معمولاً نیازی به بیوپسی نیست ولی در موارد قدامی ممکن است جهت افتراق آن از دیگر ضایعات پاتولوژیک ضروری باشد. نیاز به درمان ندارد و پروگنوز عالی است. درمان حداکثر به صورت Exploration است که با استفاده از سوزن با Gage، ۱۶ جهت بررسی به صورت داخل یا خارج دهانی توسط بعضی کلینیسین‌ها توصیه می‌شود. تومورهای غدد بزاقی نیز در این دفکت‌ها گزارش شده است [۲ و ۱].

گزارش مورد

بیمار آقای ۵۳ ساله بوده که در مهر ماه سال ۸۲ به بیمارستان مراجعه کرد. شکایت اصلی بیمار تورم، درد و گاهی همراه با خروج خون و چرک در ناحیه زاویه مندیبل در سمت چپ بود که تاریخچه این مشکل را از

بوده ولی پاتولوژی عدم وجود Lining کیست و وجود غده بزاقی نرمال زیر زبانی را گزارش کرد [۵]. در مورد گزارش شده ما نکته حائز اهمیت و جالب این بود که ضایعه داخل استخوانی بوده و در داخل استخوان و زیر کانال مندیبل، غده بزاقی گزارش شده است که در نوع خود نادر و کم نظیر بوده و می تواند منشأ موکو اپی درموئید کارسینوما باشد. این بیمار به مدت ۲ سال Follow up شده که ناشی از متاستاز نباشد.



شکل ۲ رادیوگرافی OPG بیمار ۶ ماه پس از عمل

بحث

کیست استافنه یک ضایعه صرفاً رادیولوژیک و بدون سمیتوم بوده که در قسمت خلفی مندیبل در سمت لینگوال و محل دپرسیون غده بزاقی تحت فکی است. تشخیص آن در این محل براساس کلینیک و رادیوگرافی است درمان خاصی ندارد.

یک گزارش قابل توجه حکایت از وجود این مورد در بالای کانال مندیبولار دارد که شبیه به Residual Cyst

منابع

- 1- Neville BW. Oral and Maxillofacial Pathology 2th ed. Philadelphia WB.: Saunders company, 2002.PP 21-3.and 420.
- 2- Wood NK. Differential diagnosis of oral and Maxillofacial Lesions 1997; 313-318.
- 3- Br. J. Oral and maxillofacial Surgery 1988 Feb; 26(1): 81-4.
- 4- J. Endod.2001 Apr; 27(4):304- 7.
- 5- J. Oral Surg,Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol.2002 oct; 94(4) 460- 4.