

بررسی رادیوگرافیک شیوع استئواسکلر وزایدیوپاتیک در ناحیه خلفی فک پایین در شهر یزد در سال ۱۳۸۱

دکتر فاطمه عزالدینی اردکانی^۱، دکتر محمدمهدی سالاری^۲

چکیده

مقدمه: اصطلاح استئواسکلر وزایدیوپاتیک (IO) برای توصیف ناحیه ای رادیوپاک با منشاء ناشناخته بکار میرود. این حالت معمولاً بدون علامت بود. دودرادیوگرافی‌هایی که به علل مختلف گرفته می‌شوند، کشف می‌گردد. اندازه، شکل، حد و دودانسیته این رادیوپاسیتی‌ها مختلف است. در این مطالعه میزان شیوع استئواسکلر وزایدیوپاتیک و رابطه آن با جنس، سن، موقعیت آناتومیکی و سابقه کشیدندندان شیری در محل مورد نظر را مورد مطالعه قرار دادیم.

روش بررسی: از ۹۱۷ بیمار که جهت انجام رادیوگرافی پانورامیک به بخش رادیولوژی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد دو کلینیک تخصصی رادیولوژی فک و صورت مراجعه کرده بودند (۴۹۴ زن و ۴۲۳ مرد) رادیوگرافی پانورامیک استاندارد به عمل آمد. رادیوگرافی‌ها توسط مشاهده گر رادیولوژیست به دقت مطالعه و محل توده اسکلر وزه علامت زده می‌شد. سپس جهت صحت تشخیص معاینه کلینیکی صورت می‌گرفت.

نتایج: تعداد ۵۴ توده اسکلروتیک در ۵۲ نفر مشاهده گردید. بیشترین محل بر وزان ناحیه پرمولرهای فک تحتانی بود. (۵۹/۶٪). از گروه خانم‌ها و ۴۰/۴٪. از گروه آقایان. کواز نظر شیوع سنی اغلب مو اردرده‌های سو مو چها رمنندگی بودند (P=۰/۰۱۸). شایع‌ترین ناحیه بروز IO به ترتیب در ناحیه پرمولرها، ناحیه مولرها، بین مولر اول و پره مولر دوم و بین کانین و پره مولر اول دیده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه بیشترین شیوع (۵۹/۲٪) مربوط به توده‌های اسکلروتیک بدون ارتباط با ریشه دندان بود. تئوری تکاملی بودن علت بر وزاین حالت قابل قبول به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: استئواسکلروز رادیوگرافی پانورامیک فک پایین

مقدمه

اسکلروتیک در استخوان‌کنند. اما در برخی موارد توده‌های اسکلروتیک به صورت منفرد یا چندتایی در استخوان دیده می‌شوند که علتی برای بر وزان نمی‌توان یافت.

استئواسکلر وزایدیوپاتیک را می‌توان از مو ارددیگر مانند دیسپلازی سمایی پری‌ایپیکال، توروس، آگزوستوز، سنگ غدد بزاقی تحت فکی، استئوما، ادنتوما و استئیت کندانسه تشخیص داد. تحقیقات محدودی برای بررسی شیوع این موارد صورت گرفته است و نتایج مختلفی در مقالات آرایه شده است.

استخوان نوعی بافت همبند اختصاصی است که ۳۳ درصد آن ماتریکس آلی و ۶۷ درصد از مواد معدنی تشکیل شده است. این بافت علاوه بر اعمال پشتیبانی، محافظت و حرکت، مخزن مهمی نیز برای مواد معدنی فراهم می‌آورد. علت‌های سیستمیک و موضعی بسیاری می‌تواند ایجاد توده‌های

۱- استادیار بخش رادیولوژی دهان و فک و صورت

۲- دندانپزشک عمومی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد

نمای بافت شناسی بافت‌های اسکلر و زه شامل ترابکولهای ضخیم شده مشخص با کاهش دراند از تعداد فضاهای مغز استخوان است. عروق خونی و لاکوناها می‌وجود کم در حالی که خطوط Incremental بسیا رزیا دو مشخص‌اند^(۷۸).

افترا ادرادیوپاستیتی‌های غیرحقیقی از حقیقی (True) به سادگی با تغییر زاویه افقی یا عمودی تابش اشعه میسر می‌باشد (مانند تکنیک Clark). تصویر رادیوپاستیتی‌های غیرحقیقی با تغییر زاویه تابش اشعه تغییر مکان می‌دهد در حالی که در مورد رادیوپاستیتی‌های حقیقی چنین نیست^(۱).

Farman و همکاران در سال ۱۹۷۷ در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه Stellenbosch آفریقای جنوبی ۶۰۰ بیماران اروپایی و ۶۰۰ بیماران رنگین پوست را به منظور بررسی رادیوگرافیکی استئواسکلر و موضعی و ضایعات اطراف ناحیه آپکس مورد مطالعه قرار دادند^(۲).

در سال ۱۹۹۰ Geist و همکاران به منظور بررسی شیوع و توزیع استئواسکلر و زایدیوپاتیک از نظر سن، جنس، نژاد و موقعیت آناتومیکی در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه دیترویت و دانشگاه میسوری - کانزاس مطالعه ای را انجام دادند^(۳). بدین منظور رادیوگرافی‌های سری کامل پری اپیکا ل از ۱۹۲۱ بیماران مورد بررسی قرار دادند. که تنها حالاتی از اسکلر و ز که در اطراف دندان‌های سالم دیده می‌شد و هیچ‌گونه عامل خاصی برای بروز آنها وجود نداشت در نظر گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد که استئواسکلر و زایدیوپاتیک در ۵/۴ درصد بیماران وجود دارد و ۸۹/۳ درصد موارد دیده شده نیز در فک تحتانی قرار داشت.

در سال ۱۹۹۲ Tadahiko Kawai و همکاران در بیمارستان دندانپزشکی اوساکا در ژاپن تحقیقی جهت استئواسکلر و زایدیوپاتیک در بیماران ژاپنی انجام دادند^(۹)، آنها ۱۲۰۳ رادیوگرافی پانورامیک مربوط به بیماران مراجعه کننده به بخش رادیولوژی فک و دهان و صورت را بررسی کردند. در مطالعه آنها توده‌های اسکلر و تیک در اطراف دندان‌های سالم و در نواحی بی‌دندانی در نظر گرفتند. نتایج به دست آمد وجود استئواسکلر و زاید در ۹/۷ درصد بیماران (یعنی تقریباً دو برابر موارد گزارش شده قبلی) نشان داد.

استئواسکلر و ز متعاقب یک روند عفونی ایجاد نمی‌گردد و در واقع تغییر در استخوان اسفنجی نرمال است^(۱).

برخی موارد در درادیوگرافی، توده‌های اسکلر و تیک به صورت متعدد یا منفر در استخوان‌های بد دیده می‌شود که هیچ علت شناخته شده‌ای برای تشکیل آنها نمی‌توان یافت که این موارد استئواسکلر و ز ناشناخته یا ایدیوپاتیک می‌نامند.

یافته نسبتاً شایعی که در رادیوگرافی‌های داخل دهانی در افراد دارای دندان بالای ۱۲ سال مشاهده می‌شود. حدود ۵ درصد از وجود توده‌های استئواسکلر و ز پری اپیکال است^(۲۳).

پس از استئیت کندانسان، استئواسکلر و زایدیوپاتیک دومین رادیوپاستیتی شایع در فک‌ها می‌باشد^(۴) که این حالت غالباً در نما رادیوگرافی استخوان فکین مشاهده می‌گردد. جهت آگاهی از وجود چنین ضایعه‌ای، هیچ‌گونه علامت بالینی موجود نمی‌باشد^(۱). دندان‌های همراه با این ضایعات سالم بوده دارای عصب زنده و بدون علامت هستند از آنجایی که بیمار معمولاً شکایتی ندارد این موارد معمولاً در رادیوگرافی‌ها یروزمره کشف می‌شوند. همراه با توده‌های اسکلر و تیک درد، تغییرات کورتکس، نرمی، تورم و یا التهاب گره‌های لنفاوی دیده نمی‌شود. دو مخاط پوشاننده فک، معمولی به نظر می‌رسد^(۵،۶).

اگرچه این حالت بیشتر در ناحیه پری اپیکال دندان‌های پر مولر و مولر فک پایین دیده می‌شود با این وجود در دندان‌های دیگری نیز ممکن است دچار چنین عارضه‌ای گردد. این ضایعه ممکن است در زاید ه آلوتولا در ناحیه بی‌دندان فک، میا ریشه دندان‌ها و یا در اطراف ریشه دندان‌هایی که در معرض نیروهای اکلوژالی قوی یا مضغی غیر طبیعی واقع می‌باشند نیز مشاهده شود^(۱). ضایعه مذکور ممکن است به دنبال تحلیل ریشه‌ای باقی ماند دندان‌های شیر یو جایگزین شدن آنها توسط استخوان اسکلو تیک نیز به وجود آمده باشد.

تئوری قابل بحث دیگر این است که پس از کشیده شدن دندان‌های مولر شیر یو به جای ماند ریشه آنها پس از کشیدن، در اطراف ریشه باقی مانده، استئواسکلر و ز ایجاد می‌شود^(۴) همچنین ذکر شده است افرادی که دندان‌های شیری خود را کشیده‌اند استئواسکلر و ز نیز در آنها مشاهده نمی‌شود.

معاینه کلینیکی انجام می‌شد. رادیوپاستیتی‌هایی که استئواسکلروز ایدیوپاتیک تشخیص داده شدند، اشکال مختلف داشته و اندازه آنها از چند میلیمتر تا حدود ۲ سانتیمتر متغیر بود. رادیوپاستیتی‌ها یزیر در این مطالعه بررسی نشدند:

- دندان‌هایی که دچار Mal position شدید شد. مو یا به عنوان دندان پایه در بریج‌ها و پروتزپارسیل استفاده شده بودند.

- رادیوپاستیتی مربوط به تروسواگروستوز بیماران که تصویر آنها در رادیوگرافی‌ها ثبت شده بودند.

- ریشه‌های باقیمانده دندان‌های شیر یو یا دایمی.

- ضایعات پری‌اپیکال اطراف دندان‌ها یا پوسیدگی عمیق و یا ترمیم‌ها ی وسیع زیرا که این رادیوپاستیتی‌ها ممکن است به علت تحریک و یا التهاب ناشی از دندان ایجاد شد. مودرواقع نوعی استئیت‌کنند انسان باشد.

- رادیوپاستیتی در رادیوگرافی افرادی که سابقه بیماری سیستمیک را ذکر می‌کردند. رادیوپاستیتی‌هایی که در تشخیص نهایی استئواسکلروز ایدیوپاتیک شناخته شدند در چهار گروه طبقه بندی شدند.

۱- اپیکالی جدا (Apical Separate): هنگامی که توده رادیوپاک در ناحیه پری‌اپکس دند انوبد و ن اتصال به لامینادورا قرا داشت.

۲- بین ریشه ای (Interradicular): اگر بافت اسکروتیک در محدوده بین ریشه دندان‌ها دیده می‌شد.

۳- اپیکالی متصل به لامینادورا (Apical Attached to Lamina dura): اگر توده رادیوپاک در آپکس دندان و در ارتباط با لامینا دورا دیده می‌شد.

۴- دوراز ناحیه دندان (Far form Tooth Bearing Area): هنگامی که رادیوپاستیتی دور ریشه دندان‌ها یا به عبا رتدیگر خارج زاید ه آلونولار قرا داشت.

برای این منظور پرسشنامه ای شامل اطلاعات دموگرافیک فر دو چند سؤال مختلف و همچنین شکل شماتیک رادیوگرافی پانورامیک برای تعیین محل ضایعه تنظیم شد. برای تمام بیماران مشخصات شامل سن و جنس آنها ثبت می‌شد. در صورت مشاهده ناحیه رادیوپاک معاینه کلینیکی انجام می‌شد برای

در سال ۱۹۹۳ Mac Donald به بررسی ۱۰۷ بیمار که نواحی متراکم استخوانی در رادیوگرافی‌های پری‌اپیکال یا پانورامیک آنها دیده می‌شد پرداخت^(۵). تعداد ۱۱۳ مورد جزایر استخوانی متراکم در رادیوگرافی‌های ۱۰۷ بیمار مورد مطالعه دیده شد. از نظر جنسی دهه‌های سو موچهارم بیشترین شیوع عراداشته و بر اساس یافته‌های آن تحقیق محل شایع بروز توده‌های متراکم استخوانی اولین مولر فک تحتانی بود.

در سال ۱۹۹۷ Yonetsuk و همکاران ۱۰۴۷ بیمار با رادیوگرافی پانورامیک تحت نظر قرا دادند و ۱۱ مورد آنها را با (Computed Tomography) مورد مطالعه قرا دادند.^(۱۰) ۶۴ بیمار (۶/۱٪) رادیوپاستیتی‌های ایدیوپاتیک را نشا ندادند، که بیشترین شیوع در ناحیه مولر اول فک تحتانی بود.

نظر به این که استئواسکلروز ایدیوپاتیک معمولاً بدون علامت بود و به صورت نواحی رادیوپاک با دانسیته متفا و تو حدود نسبتاً مشخص در رادیوگرافی دیده می‌شو دونمی توان هیچ علت موضعی یا عمومی برای تشکیل آن یافت و فرد نیز هیچ گونه شکایتی از قبیل درد یا حساسیت دندان ندارد.^(۲،۳،۵،۹) بر آن شدیم تا میزان شیوع استئواسکلروز ایدیوپاتیک و ارتباط آن را با جنس، سن، موقعیت آناتومیکی آن در فک تحتانی و نیز رابطه آن با سابقه کشید دندان شیر یو مورد مطالعه قرا اردیم.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی و به روش مقطعی در سال ۱۳۸۱ در شهر یز انجام شد. تعداد ۹۱۷ رادیوگرافی پانورامیک استاندارد از مراجعین به بخش رادیولوژی دانشکده دندانپزشکی و کلینیک رادیولوژی فک و صورت که جهت انجام این نوع رادیوگرافی معرفی شده بودند تهیه شد. (۴۹۴ زن و ۴۲۳ مرد) رادیوگرافی با استفا ده از فیلم کد اک (۱۵×۳۰cm) توسط دستگاه Planmea مدل Ec Proline ۲۰۰۲ ساخت کشور فنلاند، با ماکزیمم ۸۰ کیلو ولت و ۱۲ میلی آمپر در زمان ۱۸ ثانیه انجام شد. تکنیسین در هر دو مرکز یک نفر و نوع فیلم و دستگاه‌ها نیز مشابه بودند. پس از انجا مرادیوگرافی و مشاهد موجود نواحی رادیوپاک با اپاستیتی نسبتاً یکنواخت در ناحیه خلفی فک تحتانی

محدوده سنی افراد مورد مطالعه بالای ۱۲ سال لومیانگین سنی آنها ۲۸/۴ سال بوده است که از نظر آماری اختلاف معنی داری از نظر شیوع سنی نشا نداد. (جدول ۱)

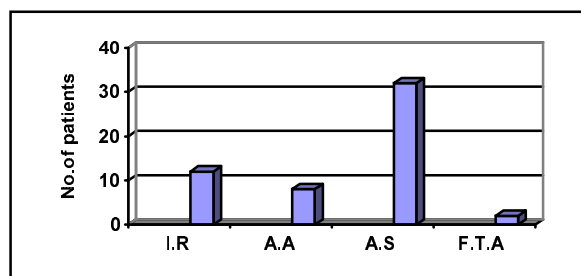
جدول ۱: بررسی میزان شیوع استئواسکلروز نسبت به سن

سن	نتیجه		استئواسکلروز+		استئواسکلروز-		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰-۲۰	۱۷	۳۲/۶۹	۲۹۶	۳۴/۲۱	۳۱۳	۳۴/۱۳		
۲۱-۴۰	۳۱	۶۰	۳۶۶	۴۲/۳۱	۳۹۷	۴۳/۲۹		
۴۱-۶۰	۴	۷/۳۱	۲۰۳	۲۳/۴۸	۲۰۷	۲۳/۵۸		
جمع	۵۲	۱۰۰	۸۶۵	۱۰۰	۹۱۷	۱۰۰		

Chi-square=۸

P.Value=۰/۰۱۸

در این مطالعه شایع ترین ناحیه بر وز استئواسکلروز اپیدئوپاتیک ناحیه پرمولرها با ۳۰ مورد یعنی ۵۵/۵ درصد موارد بعد از آن بیشترین میزان شیوع در ناحیه مولرها با ۱۴ مورد، ناحیه مشترک بین مولر اول و پرمولر دوم با ۹ مورد و در نهایت ناحیه مشترک بین کانین و پرمولر اول (۱ مورد) مشاهده شد. بدین ترتیب تقریباً از هر ۱۰ مورد ۶ مورد در آن در حد و ناحیه پرمولرها قرار داشتند. بررسی موقعیت موارد مشاهده شد موارتبا طآن با دندانها نشا نداد که توده ها یرادئوپاتیک در ناحیه پری اپیکال بدون اتصال به لامینادورا (Apical Separate) نسبت به سه گروه دیگر بیشترین موارد (۳۲ مورد) را شامل می شد و پس از آن بیشترین موارد به ترتیب مربوط به گروه بین ریشه ای (Inter radicular) با ۱۲ مورد و بعد از آن اپیکالی متصل به لامینادورا (Apical Attached) با ۸ مورد و در نهایت گر و ه دور از ناحیه دندانانی ۲ مورد بوده است. (نمودار ۱)



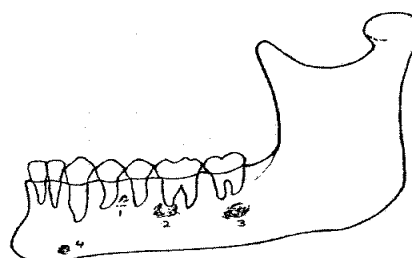
F.T.A= Far fromtoth bearing area A.A= Apical attached

I.R= Inter radicular

A.S= Apical Separate

نمودار ۱: توزیع فراوانی استئواسکلروز اپیدئوپاتیک در گروههای مختلف

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8



- 1- Interradicular
- 2- Apical attached
- 3- Apical separate
- 4- Far from tooth bearing area

نمای شماتیک گروههای مختلف استئواسکلروز اپیدئوپاتیک

اطمینا نزد مشاهده گر رادیولوژیست رادیوگرافیها را مورد بررسی قرار می دادند. سپس با بررسی علایم کلینیکی و رادیوگرافی و آنالیز تشخیصهای افتراقی ضایعات با نمای مشابه واطمینا نازوجو داستئواسکلروز در پرسشنامه و شکل شماتیک علامت زده می شد. با توجه به این که یکی از تئوریهای مورد بحث در رابطه با استئواسکلروز، کشیده شدن دندانهای شیر یو تشکیل استئواسکلروز در اطراف افریشه بجای ماند ه است جهت کنترل رادیوگرافیهای پانورامیک افر اذیر ۱۰ سال که دندانهای شیری خو در انکشیده بودند بررسی شدند. تعداد ۷۸ نمونه رادیوگرافی پانورامیک افر اذیر ۱۰ سال به عنوان گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند ولی در این افراد هیچ ناحیه رادیوپاکی دال بر وجو داستئواسکلروز اپیدئوپاتیک مشاهده نگردید. این موضع احتمال کشید دندان شیر یو رابطه آن با وجو داستئواسکلروز اپیدئوپاتیک را قوی تر می کند.

نتایج

در این تحقیق استئواسکلروز اپیدئوپاتیک در ۵۲ نفر از مجموع ۹۱۷ بیمه رارزیابی شده مشاهده شد (شیوع ۵/۶ درصد از کل بیمه ران) در ۲ نفر توده اسکلو تیک در دو ناحیه مشاهده شد و به این ترتیب موارد استئواسکلروز اپیدئوپاتیک دیده شده ۵۴ مورد بود. ۵۹/۶ درصد از افراد مبتلا در گروه خانمها و ۴۰/۴ درصد در گر وه آقایان دیده شد و طبق آنالیز آماری انجام شده شیوع استئواسکلروز نسبت به جنس تفاوت معنی دای وجود نداشت. از نظر شیوع سنی اغلب موارد استئواسکلروز اپیدئوپاتیک در دهه های سو مو چها رم (۲۱-۴۰ سالگی) زندگی مشاهده شد و

لامینا دوراو کمترین آن مربوط به گر و دوراز ناحیه دندانی می باشد (جدول ۲).

نتایج به دست آمد در مورد موقعیت ضایعا تدرار تباط با دندان ها به تفکیک جنس مؤنث و مذکر همانند موارد فوق صدق می کند و بیشترین مو اردردر ناحیه پری اپیکال بدون اتصال به

جدول ۲: بررسی موقعیت ضایعات استئواسکلروز در جنس زن و مرد

موقعیت استئواسکلروز ناحیه دندانی	بین ریشه ای				اپیکالی بدون اتصال به لامینادورا				اپیکالی متصل به لامینادورا				دور از ناحیه دندانی				جمع	
	مرد		زن		مرد		زن		مرد		زن		مرد		زن		مرد	زن
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کانین-پرمولر	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰/۷۷
پرمولر	۴	۵۷/۱۴	۳	۶۰	۱۳	۶۱/۹۰	۵	۴۵/۴۵	۲۵	۱	۱	۴۵/۴۵	۲	۵۰	۱	۱۰۰	۱۱	۵۷/۳۸
پرمولر-مولر	۳	۴۲/۸۶	۱	۲۰	۳	۱۴/۲۸	۲	۱۸/۱۸	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳	۱۴/۲۸
مولر	۰	۰	۰	۰	۵	۲۳/۸۲	۴	۳۶/۳۷	۷۵	۳	۳	۳۶/۳۷	۲	۵۰	۰	۰	۶	۲۷/۵۷
جمع	۷	۱۰۰	۵	۱۰۰	۲۱	۱۰۰	۱۱	۱۰۰	۴	۱۰۰	۴	۱۰۰	۱۱	۱۰۰	۱	۱۰۰	۲۱	۱۰۰

بحث

شده است. بنابراین از یک تعریف محدودتری نسبت به سایر محققین استفاده شده است زیرا بعضی از آنها رادیوپاسیتی های مرتبط با التهاب پالپ، اکلوزن تروماتیک و جراحی های قبلی را نیز در بررسی خود شامل کرده اند.^(۵)

بنابراین ترجیح داده شد از طبقه بندی Brzovic و همکارانش استفاده شود^(۱۳). همان طور که قبلاً ذکر شد این محققین تغییرات موضعی دردناک استخوان را به سه گروه طبقه بندی کرده اند:

۱- استئواسکلروز جراحی (Compensatory) که متعاقب اکلوزن مخرب ایجاد می شود.

۲- استئواسکلروز التهابی (Inflammatory) مانند استیت کندانسان و تشکیل استخوان متعاقب جراحی

۳- استئواسکلروز ایدیوپاتیک که هیچ علت شناخته شده ای را نمی توان برای بر وز آن عنوان نمود.

در این مطالعه رادیوگرافی های پانورامیک استفاده گردید زیرا که این نوع رادیوگرافی نسبت به رادیوگرافی های سری کامل پری اپیکال داخل دهانی که در بعضی مطالعات قبلی استفاده شده است^(۳،۵،۱۳) نواحی وسیع تری از فکین را تحت پوشش قرار می دهند. همچنین در این بررسی مواردی از استئواسکلروز و زرا که در محل دندان های کشیده شد مدایمی دیده می شد در بررسی

امر وز در علوم پزشکی برای مواردی که هیچ علت شناخته شده ای بر طوقه آن ها نمی توان بیان کرد، از اصطلاح ایدیوپاتیک استفاده می شود. وجود توده های استخوانی متراکم یا اسکروزه، که علتی برای بر وز آنها پیدا نشد در قسمت های مختلف فکین خصوصاً فک تحتانی که یافته نسبتاً شایعی است و این موارد شاید به علت دارا بودن شرایط ویژه مانند در بر گرفتن سخت ترین بافت بدن یعنی مینا و بافت های مختلف دندانی و از سو یدیگر قرار گرفتن در معرض نیروهای قوی اکلوزالی حاصل از جویدن باشد. مطالعات قبلی شیوع استئواسکلروز ایدیوپاتیک را از ۴/۵ تا ۱۱ درصد گزارش کرده اند. در تحقیق حاضر شیوع استئواسکلروز ۵/۶ درصد دیده شد، که در محدوده یافته های مطالعات پیشین می باشد^(۲،۳،۱۱،۱۲).

اختلاف موجود در میزان ارزیابی ها احتمالاً مربوط به عدم وجود یک تعریف استاندارد از استئواسکلروز ایدیوپاتیک توسط محققین مختلف می باشد. در این مطالعه اصطلاح استئواسکلروز ایدیوپاتیک برای توصیف یک توده رادیوپاک بدون علامت در قسمت خلفی فک تحتانی بدون هیچ گونه ارتباط مستقیم یا غیرمستقیم با عوامل ایجاد کننده بافت سخت استخوانی تعریف

همکا رانو Farman^(۲) مطابقت دارد این مسئله فرضیه ایجاد استئواسکلر و زرا پس از کشید دندان های مولر شیر یوبه جا ماند نریشه در این ناحیه را تقویت می کند. در تحقیقات Kawai Tadahiko و همکا رانو Mc Donald توسعه های اسکرو تیک در ناحیه مولر اول بیشترین شیو عر داشته اند^(۵،۹).

تئوری های مختلفی در مورد علت بر و زاستئواسکلروز ایدیوپاتیک عنوان شده است. برخی از محققین آنرا یک پدیده واکنشی (Reactive) در برابر التهاب های خفیفی که بر اثر جراحات مختصر، فشارها ی وارده بر دند انو یا هنگام جایگزینی دندان ها ی دایمی بجای دندانهای شیر ی ایجاد می شوند عنوان نموده اند^(۱۴). در این تحقیق سعی بر آن شده که رادیوپاستی ها ی ایجاد شده بر اثر عوامل جراحی و فشار مختصر از مطالعه حذف شوند و جایگزینی دندان ها ی دایمی با دندان های شیری نیز غیر قابل بررسی بود.

Eselman پیشنهاد می کند که بر و زاستئواسکلر و زایدیوپاتیک یک پدیده تکاملی (Developmental) است نه واکنشی. چنین تغییراتی در ساختمان طبیعی استخوان احتمالاً در طی تکامل آن که بیشتر در سه دهه اول زندگی روی می دهد، ایجاد می گردد^(۱۳).

نتیجه گیری

از آنجا که در این مطالعه بیشترین میزان توده های اسکرو تیک دیده شد هر آنهایی که اتصالی به ریشه دندان نداشته اند، تشکیل داده است (۵۹/۲ درصد)، تئوری تکاملی بودن علت ایجاد توده های اسکرو تیک بیشتر قابل قبول به نظر می رسد. همچنین با بررسی تعداد ۷۸ نمونه رادیوگرافی پانورامیک افراد زیر ۱۰ سال که در آن ها هیچ ناحیه رادیوپاکی دال بر وجود استئواسکلر و زایدیوپاتیک مشاهده نگردید، به این نتیجه رسیدیم که احتمالاً بین کشید دندان شیر یوبه وجود آمدن استئواسکلر و زایدیوپاتیک رابطه مستقیمی وجود داشته باشد که نیاز به مطالعات گسترده تر با نمونه های فر او انومد ت زمان پیگیری طولانی تری می باشد.

منظور نکردیم زیر ارادیوپاستی های موجو در نواحی می تواند، باقی مانده یک استتیت کند انسه که توسط دندان عفونی ایجاد شد مو پس از کشید دندان از بین نرفته است، باشد.

مشاهدات ما اختلا ف آماری معنی داری از نظر شیو عر زنا نو مردان نشان نمی دهد. که با یافته های سایر محققین مطابقت دارد^(۲،۳،۹). تحقیقات Geist و Katz شیو عر ۵/۴ درصد برای استئواسکلر و زایدیوپاتیک رادرادیوگرافی های پری اپیکال تحقیقات Geist JR, Katz شیو عر ۵/۴ درصد برای استئواسکلر و زایدیوپاتیک رادرادیوگرافی های پری اپیکال نشا نداد^(۳). ولی میزان شیو عر استئواسکلر و زایدیوپاتیک در این تحقیق ۵/۶ درصد است. علیرغم اینکه در این تحقیق از رادیوگرافی پانورامیک به جا ی رادیوگرافی های سری کامل پری اپیکال استفاده شده است و رادیوگرافی پانورامیک نواحی وسیع تری از فکین را پوشش می دهد، نتایج تقریباً مشابه می باشد. نتایج حاصل از تحقیق Brzovic شیو عر استئواسکلر و زایدیوپاتیک را حدود ۱۱ درصد گزارش می کند که اختلا ف فاحشی با نتایج حاصل از تحقیق حاضر (۵/۶ درصد) دارد. علت این اختلا فرا احتمالاً می توان به فاکتور هایی نظیر نژ ادو یا عواملی مانند اقلیم و تغذیه نسبت داد، اما اثبات این امر نیاز به تحقیقات بیشتر ی دارد. همچنین ممکن است تعریف دیگر ی از استئواسکلر و زداشته باشند. بیشترین شیو عر سنی در دهه های سو مو چها رهنزدگی بوده است که از این نظر مشابه با تحقیقات انجام شده توسط محققین دیگر دارد^(۲،۳،۵،۹). در مو در رابطه بین سن و بر و زاستئواسکلروز ایدیوپاتیک نمی توان نتیجه گیری دقیقی به دست آورد زیرا اولاً سن بیما ران در هنگام تهیه رادیوگرافی ثبت شده است و زمان ایجاد بافت اسکرو تیک نامشخص است. بدین ترتیب مسلماً نمی توان ارتباطا طدقیقی بین سن شروع ضایعه با شیو عر آن پیدا کرد. ثانیاً تعداد بیماران بررسی شد در گروه های سنی مختلف یکسان نبوده است. ثالثاً برای پی بردن به این که آیا با پیشرفت سن در اند از رادیوپاستی تغییر ی حاصل می گردد یا نه می بایست، تعدادی از بیما ران دارای این نوع تو در رادیوپاک را برای مدت حداقل چندین سال پیگیری نمود. شیو عر زیا داسکلر و زدر ناحیه پرمولر نسبت به نواحی دیگر در این مطالعه با یافته های Geist^(۳) و

References

- 1- طلائی پور، آر تغییر رادیولوژیک ضایعات دهان و فک و صورت، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی حیان ۱۳۷۶، صص ۶۹-۶۸ و ۱۵۱.
- 2- Farman AG, Nortje CJ, Wood RE. *Focal Osteosclerosis and apical periodontal pathosis in Uropean and cape coloured dental outpatients*, Int.J. oral surg. 1978; 7: 549-557.
- 3- Geist IR, Katz JO. *The Frequency and distribution of idiopathic osteo sclerosis*, Oral Surg. 1990 Mar; 69(3): 388-93.
- 4- Wood NK, Goaz PW. *Differential diagnosis of oral and maxillofacial Lesions*, 4th ed, Mosby, St Louis, 1997; 458-463.
- 5- Mac Dontald: *Dense bone island, A review of 107 patients*, Oral Surg-1993 Jul; 76(1): 124-8.
- 6- White SC, pharoah MJ. *Oral Radiology. Principles and inter pretation*, 3rd Ed. St Loise: Mosby; 2000, 358-89.
- 7- Regezi JA, Sciubbajj. *Oral pathology: Clinical pathologic correlations*. Philadelphia: WB Saunders, 1989: 402-4.
- 8- Shafer WG, Hine MK. *A text book of oral pathology*, 4th ed, philadelphia WB. Saunders, 1983: 502-5.
- 9- Kawai T, Hirakuma H Murakami S, Fuchigata H: *Radiographic investigation of idiopathic osteo sclerosis of the Jaws in Japanies dental outpatients*. Oral Surg- 1992 Aug; 74(2): 237-42.
- 10- Yonetsu K, Yuasa K, Kanada S. *Idiopathic osteo sclerosis of the Jaws: Panoramic radiographic and computed tomographic Findings*. Oral Surg oral Med. Oral pathol oral Radiol Endod, 1997, Apr; 83(4): 517-21.
- 11- Williams TP, Brooks SL. *Dento maxillo Fac Radiol*, 1998 Sep; 27(5): 275-8.
- 12- Brzovic ER, Belvederessi ME, Faivovich GW. *Localized osteo sclerosis in the Jaw Quintessence Int*. 1971; 2(3): 9-14.
- 13- Eselman JC. *A Roentgenographic investigation of enostosis*. Oral Surg. 1961: 14: 1331-8.