

درمان محافظه کارانه یک کیست رادیکولار مرتبط با مولر شیری مندیبل

دکتر حسین افشار^۱ - دکتر زهرا بنی عامری^۲

۱- عضو مرکز تحقیقات دندانپزشکی و دانشیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- متخصص دندانپزشکی کودکان، بیمارستان کودکان آیت الله طالقانی گنبد کاووس، گلستان، ایران

چکیده

مقدمه: کیست رادیکولار شایعترین کیست ادونتوژنیک بوده که می‌تواند با منشا التهابی به وجود آید. این کیست از بقایای اپی تلیالی لیگامان پریدنتال به دنبال التهاب ناشی از نکرور پالپ منشا می‌گیرد. پوسیدگی شایعترین عامل اتیولوژیک می‌باشد و بیشتر در مولرهای شیری مندیبل گزارش شده است. درمان انتخابی شامل درمان ریشه، خارج کردن دندان و یا جراحی می‌باشد.

معرفی مورد: یک بیمار ۱۰/۵ ساله با کیست رادیکولار در ناحیه مولر دوم شیری فک پایین به بخش دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرد و تصمیم به درمان با روش غیرجراحی و محافظه کارانه از طریق خارج کردن دندان مبتلا گرفته شد. پس از پیگیری دو ساله ضایعه بهبود یافت و دندان پرمولر دوم نیز رویش پیدا کرد.

کلید واژه‌ها: کیست رادیکولار، مولر شیری، عفونت

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۹

اصلاح نهایی: ۱۳۹۴/۸/۲۴

وصول مقاله: ۱۳۹۴/۵/۳

نویسنده مسئول: دکتر زهرا بنی عامری، متخصص دندانپزشکی کودکان

e.mail:yaldabaniameri@yahoo.com

مقدمه

تفلس اپی تلیوم در داخل لومن محتوای پروتئین افزایش می‌یابد و در نتیجه برای متعادل شدن فشار اسموتیک، مایع از بافت همبند اطراف به داخل لومن وارد شده و کیست به آرامی و بدون ایجاد علائم خاصی رشد می‌کند مگر اینکه دچار عفونت ثانویه شود که در آن صورت علائم عفونت بسته به حاد یا مزمن بودن نیز به آن اضافه می‌گردد. (۲)، کیست رادیکولار در دندانهای شیری می‌تواند موجب تحلیل یا تورم استخوان، جابه‌جایی دندانهای مجاور، تحلیل ریشه دندان مبتلا، تأخیر رویش دندان دایمی، موقعیت نامناسب دندان دایمی و نقایص مینایی دندان دایمی شود. (۷)، درمانهای لازم برای یک ضایعه التهابی پری اپیکال شامل درمان ریشه و یا خارج کردن دندان مبتلاست. در صورت وجود کیست رادیکولار انوکلائسیون، مارسوپپالیازسیون و یا ترکیبی از هر دو روش انجام می‌شود. انتخاب هر یک از این روشها بستگی به اندازه ضایعه، موقعیت آن، Integrity استخوان در اطراف ضایعه و نزدیکی آن به ساختارهای حیاتی دارد. پس از درمان مناسب عود ضایعه رخ نخواهد داد. (۸)، با توجه به موارد فوق هدف از ارائه این مطالعه معرفی روش درمان محافظه کارانه یک کیست رادیکولار مرتبط با مولر شیری مندیبل است.

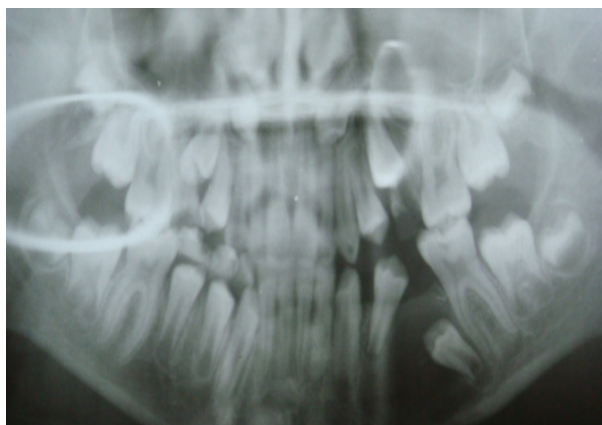
کیست رادیکولار شایعترین کیست التهابی ادونتوژنیک با منشا بقایای اپی تلیالی لیگامان پریدنتال (بقایای مالاسز) به دنبال نکرور پالپ در فکین می‌باشد. (۱)، اسامی دیگر این کیست شامل کیست پری اپیکال، کیست دندان، کیست نوک ریشه و کیست پریدنتال اپیکالی می‌باشد. (۲)، تعداد کمی از کیستها در دهه اول دیده می‌شوند و بیشترین میزان آن در دهه سوم قابل رویت بوده است. شیوع این ضایعه در دوره دندانهای دائمی ۷٪-۵۴٪ و در دوره دندانهای شیری بسیار نادر است به گونه‌ای که فقط ۰/۵٪-۳/۳٪ کل کیستهای رادیکولار در هر دو دوره دندانهای شیری و دائمی را تشکیل می‌دهد. (۳) بیشترین میزان شیوع کیست در آقایان می‌باشد. (۲)، پوسیدگی به عنوان شایعترین عامل اتیولوژیک ایجاد کننده کیست است ولی ضربات تروماتیک نیز می‌توانند این کیست را ایجاد کنند. (۴)، بیشترین موارد در مولرهای شیری مندیبل گزارش شده‌اند و در دندانهای انسیزور بسیار نادر هستند در حالی که در دوره دندانهای دائمی فک بالا بیشتر درگیر می‌شود. (۵-۶)، اغلب در ناحیه اپکس دیده می‌شوند ولی می‌توانند در دیواره جانبی ریشه نیز به دلیل حضور کانالهای فرعی دیده شوند. (۱)، این کیستها دارای بافت همبند فیبرو و پوشیده از اپی تلیوم می‌باشند که حاوی مایع و بقایای سلولی است. با

شرح مورد

منظم بیمار نیازی به فضا نگهدار نبود. همان‌طور که در شکل ۲ ملاحظه می‌شود حجم کیست از ناحیه دیستال ۲ تا مزال ۴ کاهش پیدا کرده و در شکل ۳ جابه‌جایی جوانه ۵ به سمت اکلوزال قابل ملاحظه است. در شکل ۴ افزایش استخوان‌سازی و کاهش حجم کیست محدود به ناحیه جوانه ۵ قابل مشاهده است. در شکل ۵ جوانه ۵ به میزان بیشتری به سمت اکلوزال تغییر مکان داده و در شکل ۶ در بافت نرم قرار گرفته است.



شکل ۲: نمای رادیوگرافیک، چهار ماه بعد از خارج کردن دومین مولر شیری چپ فک پایین

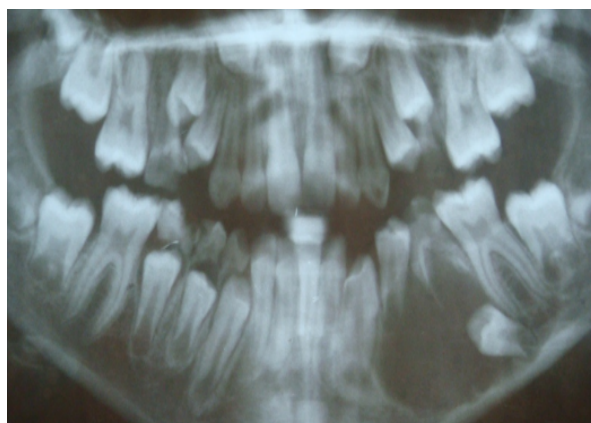


شکل ۳: نمای رادیوگرافیک، هشت ماه بعد از خارج کردن دومین مولر شیری چپ فک پایین

در نهایت دندان ۵ در موقعیت مناسبی رویش پیدا کرد. (شکل ۷)، در ضمن به والدین در خصوص سایر نیازهای دندانپزشکی کودکان توضیحات و آگاهیهای لازم داده شد ولی اقدامی از سوی آنان به دلیل شرایط اقتصادی صورت نگرفت.

یک دختر ۱۰/۵ ساله با شکایت از درد و تورم سمت چپ فک پایین به بخش دندانپزشکی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرد. بیمار از لحاظ تاریخچه پزشکی مشکل خاصی نداشت. در معاینه بالینی پوسیدگی وسیع مولر دوم شیری سمت چپ فک پایین و تورم نسج باکالی با قوام نرم در ناحیه مذکور دیده شد.

در بررسی رادیوگرافیک یک رادیولوسنسی با حدود مشخص در آپیکال دندان مولر دوم شیری سمت چپ فک پایین دیده شد و جابه‌جایی جوانه دندان ۵ نیز به سمت دیستال و اپیکال تا نزدیکی بوردر مندیبل اتفاق افتاده بود. (شکل ۱)، پس از مشورت با بخشهای آسیب شناسی و جراحی فک و صورت ابتدا از نسج ناحیه باکال دندان مولر دوم شیری سمت چپ که به نظر می‌رسید تالب استخوان باکال در آنجا در اثر ضایعه نازکتر شده، اسپیراسیون صورت گرفت.

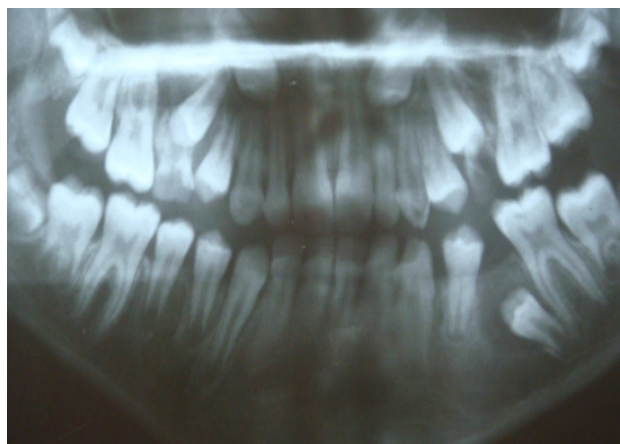


شکل ۱: نمای رادیوگرافیک اولیه

به دنبال اسپیراسیون مایع زرد رنگی خارج شد بنابراین احتمال وجود ضایعه عروقی رد شد و همچنین این اطمینان حاصل شد که مورد یک کیست است. به هر صورت با در نظر گرفتن سن کودک، اندازه ضایعه و درگیری پرمولر دوم رویش نیافته، دندان مولر دوم شیری سمت چپ خارج شد و به نوعی با خارج کردن دندان عمل مارسوپالیزاسیون صورت گرفت. از بیمار خواسته شد که هر چهار ماه یک بار برای معاینه بالینی و رادیوگرافیک مراجعه کند. در پیگیریهای مکرری که انجام شد کاهش در اندازه کیست مشاهده گردید که در نهایت نیازی به انوکئاسیون پیدا نکرد. با توجه به سن بیمار و اینترکاسپیشن دندانهای ۶ و اطمینان از مراجعات



شکل ۷: نمای بالینی، ۲۴ ماه بعد از خارج کردن دومین مولر شیری چپ فک پایین

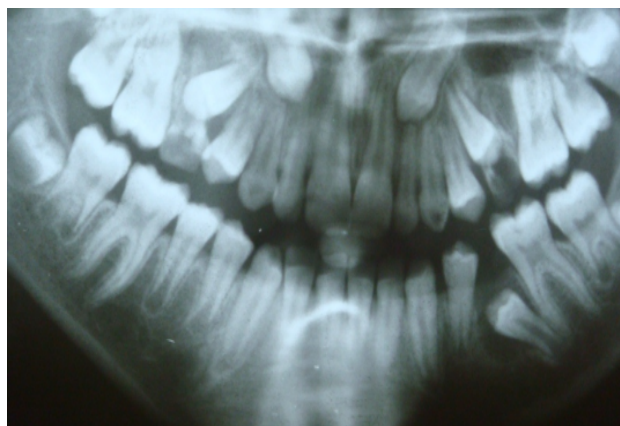


شکل ۴: نمای رادیوگرافیک، ۱۲ ماه بعد از خارج کردن دومین مولر شیری چپ فک پایین

بحث

کیست رادیولار در دندانهای شیری به دلیل تمایل به درناژ راحتتر نسبت به دندانهای دائمی نادر است. (۴) از طرفی علت شیوع کم کیستهای رادیولار گزارش شده در دندانهای شیری برخلاف دندانهای دائمی، خارج کردن دندانهای شیری مرتبط با کیست بدون بررسی آسیب شناسی فک و صورت ذکر شده است. اغلب این کیستها بدون علامت هستند و تنها با رادیوگرافی مشخص می‌شوند. (۳)، درمان پالپ دندانهای درگیر پروگنوز خوبی ندارد (۹) و تحت تاثیر چند عامل می‌باشد: انحناهای کانال‌های ریشه، حضور کانال‌های فرعی و تحلیل ریشه. در برخی موارد بعد از درمان پالپ، التهاب پالپ و پری رادیولار به طور مداوم بدون ایجاد هیچ علامتی ادامه می‌یابد، بنابراین پیگیری طولانی مدت این درمانها ضروریست. (۱۰)

رادیولوسنسی‌های پری اپیکال دندانهای شیری در تشخیص افتراقی با گرانولوم پری اپیکال، کیست دنتی ژروس و فولیکول بزرگ شده مرتبط با جوانه دندان دائمی قرار می‌گیرند. کیست دنتی ژروس یک رادیولوسنسی یونی لاکولار با حدود مشخص در فضای پری کرونال دندان دائمی رویش نیافته است و مارژین آن تا ناحیه CEJ دندان دائمی ادامه دارد. فولیکول بزرگ شده مرتبط با دندان دائمی به صورت یک رادیولوسنسی هموژنوس با یک بوردر اپیک نازک در حاشیه دیده می‌شود ولی احتمال ایجاد تغییرات کیستیک در آنها وجود دارد. بنابراین فضای پری کرونال بیشتر از ۲/۵



شکل ۵: نمای رادیوگرافیک، ۱۶ ماه بعد از خارج کردن دومین مولر شیری چپ فک پایین



شکل ۶: نمای رادیوگرافیک، بیست ماه بعد از خارج کردن دومین مولر شیری چپ فک پایین

تقریباً برای هر دو نوع کیست یکسان است با این تفاوت که در صورت وسیع بودن کیست دنتی ژروس ابتدا مارسوپالیزاسیون و سپس انوکلتاسیون صورت می‌گیرد چرا که باید کیست مورد نظر را به دلیل خطر ایجاد آمولوبلاستوما، کارسینوم موکوپیدرموئید و همچنین کراتوکسیت ادونتوژنیک به طور کامل خارج کرد. (۱۴)، از آنجا که درمان از طریق انوکلتاسیون با خطر خروج جوانه‌های دندان دائمی همراه بوده در حالی که مارسوپالیزاسیون به کم کردن فشار کیست کمک کرده و آسیبی به جوانه‌ها وارد نمی‌کند (۱۵) لذا برای بیمار مذکور خارج کردن مولر دوم شیری پوسیده و به نوعی مارسوپالیزاسیون انجام شد. بزرگترین مشکل مارسوپالیزاسیون عدم امکان بررسی هسیتوپاتولوژیک و بنابراین معاینات مرتب جهت شست و شو و بررسی بالینی است (۱۶) که همکاری بیمار برای معاینات منظم بسیار خوب بود و در منزل دهان‌شویه منظم با سرم فیزیولوژی را انجام می‌داد. در نهایت پس از بررسیهای مکرر ضایعه به طور کامل از بین رفت و دندانهای پرمولر در موقعیت مناسبی رویش کردند.

میلی‌متر در رادیوگرافی داخل دهانی و یا بیشتر از سه میلی‌متر در رادیوگرافی پانورامیک باید مورد بررسی بیشتری قرار بگیرد. علایم شایع کیست‌های رادیکولار تورم کورتکس باکال و نازکی دیواره، رادیولوسنسی با حدود مشخص و جابه‌جایی جوانه دندان دائمی است. (۱۱-۱۲)، از سوی دیگر اعتقاد بر این است که مولرهای شیری در سن ۴-۵ سالگی پوسیده می‌شوند و پس از، از دست دادن حیاتشان اگر خارج نشوند برای مدت ۵-۶ سال دیگر در دهان باقی خواهند ماند که به نظر می‌رسد برای تشکیل کیست رادیکولار کافی باشد و سرعت رشد آن پنج میلی‌متر در سال می‌باشد. (۱۳) در بیمار گزارش شده پس از رد ضایعه عروقی با کمک اسپیراسیون و خروج مایع زرد رنگ در مورد نوع کیست دو ضایعه بیشتر مورد شک قرار گرفت. کیست پری اپیکال و کیست دنتی ژروس. با توجه به پوسیدگی وسیع دندان مولر دوم شیری سمت چپ و اینکه معمولاً در کیست دنتی ژروس تحلیل ریشه دندانهای مجاور رخ می‌دهد محتملترین گزینه کیست پری اپیکال بود. هر چند که در نهایت طرح درمان

REFERENCES

1. Shear M. Radicular and residual cysts. In: Cysts of the oral regions. 3rd ed. Boston: Wright; 1992:136-62.
2. Varma Penumatsa N, Nallanchakrava S, Muppa R, Dandempally A, Panthula P. Conservative approach in the management of radicular cyst in a child: Case report. Case Rep Dent. 2013; 123-148.
3. Ramakrishna Y, Verma D. Radicular cyst associated with a deciduous molar: A case report with unusual clinical presentation. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2006 Sept; 24(3):158-60.
4. Delbem AC, Cunha RF, Vieira AE, Pugliesi DM. Conservative treatment of radicular cyst in 5 year old child: A case report. Int J Paediat Dent. 2003 Nov; 13(6):447-50.
5. Mass E, Kaplan I, Hirshberg A. A clinical and histopathological study of radicular cysts associated with primary molars. J Oral Pathol Med. 1995 Nov; 24(10): 458-461.
6. Smith AT, Cowpe JG. Radicular cyst arising from a traumatized primary incisor: a case report of a rare complication that emphasizes the need for regular follow up. Dent Update 2005 Mar; 32(2):109-110.
7. Mc Tigue DJ, Nowak AJ, Fields HW, Casamassimo PS. Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence. 5th ed. Missouri: Elsevier; 2013, 45.
8. Bonder L. Cystic lesions of the jaws in children. Int J Pediat Otorhinolaryngol. 2002 Jan; 62(1):25-9.
9. Yawaka Y, Kaga M, Osanai M, Fukui A, Oguchi H.

- Delayed eruption of premolars with periodontitis of primary predecessors and a cystic lesion: A case report. Int J Paediatr Dent. 2002 Jan; 12(1):53-60.
10. Patchett CL, Srinivasan V, Waterhouse PJ. Is there life after buckley's formocresol? Part 2- Development of a protocol for the management of extensive caries in the primary molar. Int J Pediat Dent. 2006 May; 16(3):199-206.
11. Johann AC, Gomes Cde O, Mesquita RA. Radicular cyst: A case report. J Clin Pediat Dent. 2006 Fall; 31(1): 66-7.
12. Farah CS, Savage NW. Pericoronaradiolucencies and significance of early detection. Aust Dent J. 2002 Sept; 47(3):262-265.
13. Lustmann J, Shear M. Radicular cysts arising from deciduous teeth. Int J Oral Surg. 1985 Apr; 14(2):153-161.
14. Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral lesions. 5th ed. St. Louis; Mosby; 1997, 274.
15. Bihari Lall A, Arora R. Coincidental Overlapping Cystic Pathological Changes: A Case against Marsupialisation. J Maxillofac Oral Surg. 2013 June; 12 (2):214-217.
16. Aslan M, Aras MH, Simsek G, Dayi E. Large dentigerous cyst and radicular cyst of the mandible (case report). Dis Hek Fak Derg Cilt. 2006 Jan; 16(1):54-8.