

گزارش یک مورد ادنتوژنیک کراتوسیست قدام مندیبل همراه با تورم باکالی در خانم ۵۰ ساله

حامد مرتضوی^۱، بهزاد لطیفیان^۲، هدایت منصوری^۳، سید مهدی انارکی^۴

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۹۰/۲/۱۹

تاریخ اعلام وصول: ۱۳۸۹/۷/۷

چکیده

سابقه و هدف: کیست‌های ناحیه دهان به دو دسته کلی ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک تقسیم می‌شوند که یکی از مهمترین و پرعارضه‌ترین کیست‌های ادنتوژنیک، نوع کراتوسیست آن می‌باشد که به اختصار O.K.C نامیده می‌شود و ماهیتی متفاوت با سایر کیست‌ها دارد تا آنجا که حتی در دهه‌های اخیر بیشتر تحت عنوان یک تومور مطرح شده است. حداکثر بروز این ضایعه در دهه دوم و سوم بوده و در ۷۰٪ موارد در فک تحتانی به ویژه ناحیه خلف فک دیده می‌شود. یک ویژگی مهم ضایعه گسترش زیاد آن بدون ایجاد تورم بالینی است اما در این مقاله یک مورد O.K.C گزارش می‌شود که تقریباً هیچ کدام از معیارهای معمول این ضایعه را ندارد. **معرفی بیمار:** مزبور خانمی ۵۰ ساله است که با شکایت از تورم قدام فک پایین به بخش بیماری‌های دهان مرکز تخصصی ۶۰۰ نزاجا مراجعه نموده و در معاینه بالینی تورم واضح باکالی بدون حساسیت در لمس در مجاورت دندان‌های ۳۲۱|۱ دیده شد که منجر به crowding دندان‌ها نیز شده بود. در نگاره‌های رادیوگرافی و C.T نیز یک رادیولوسسنی یونی سیستمیک با حدود واضح مشاهده شد که حدود فوقانی ضایعه بین ریشه‌های دندان‌های لترال و کانین نفوذ کرده بود و منجر به جابه‌جایی آنها شده بود، اما هیچ گونه تخریب کورتکس مندیبل وجود نداشت. در نهایت پس از بیوپسی اینسیژنال ضایعه و تأیید هیستوپاتولوژی ضایعه، کل کیست مزبور همراه با حاشیه بافتی سالم توسط جراح فک و صورت برداشته شد و نتیجه بررسی هیستوپاتولوژی O.K.C گزارش گردید. در پیگیری ۶ ماهه بیمار، روند بهبود و عدم وجود شواهدی مبنی بر عود، تأیید گشت.

بحث و نتیجه‌گیری: این مقاله به کلیه دندان‌پزشکان توصیه می‌نماید با توجه به تنوع تظاهرات بالینی و رادیوگرافیک O.K.C کلیه کیست‌های موجود در فک را به عنوان یک زنگ خطر در نظر گرفته و مورد ارزیابی دقیق و بررسی هیستوپاتولوژی قرار دهند. **کلمات کلیدی:** ادنتوژنیک کراتوسیست، مندیبل، رادیولوسسنی

مقدمه

غیر ادنتوژنیک تقسیم می‌شوند که یکی از مهمترین و پرعارضه‌ترین کیست‌های ادنتوژنیک، نوع کراتوسیست آن می‌باشد که به طور خلاصه OKC (Odontogenickeratocyst) نامیده می‌شود (۲). این کیست تقریباً در دهه ۱۹۵۰ معرفی گردید و با توجه به ماهیت متفاوتی که دارد، تقسیم‌بندی سایر کیست‌ها را بر هم زده است به گونه‌ای که حتی این کیست در دهه‌های اخیر بیشتر تحت عنوان یک تومور مطرح می‌باشد و این تفاوت از آنجا ناشی می‌شود که

کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک قسمت مهمی از ضایعات پاتولوژیک ناحیه دهان، فک و صورت را تشکیل می‌دهند که در این میان فراوانی کیست‌ها بیشتر از تومورها گزارش شده است (۱). کیست حفره پوشیده از اپی تلیوم و پر از مایع است که می‌تواند با رشد خود منجر به بروز آسیمتری در داخل و یا خارج از حفره دهان شود. اصولاً کیست‌های ناحیه دهان به دو دسته کلی، ادنتوژنیک و

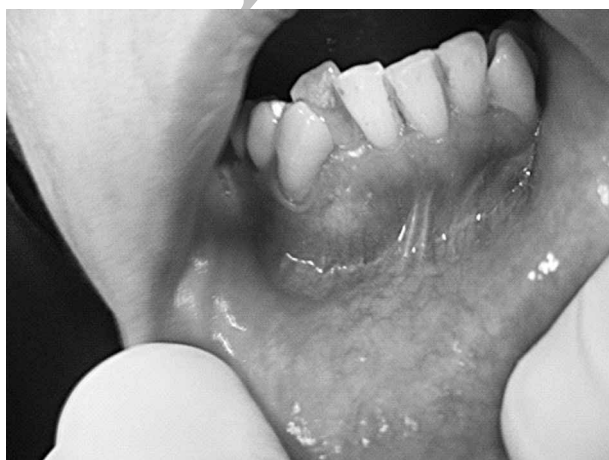
۱- استادیار، ایران، تهران، دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، متخصص بیماری‌های دهان

۲- پژوهشگر، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، عضو دپارتمان دندان‌پزشکی، متخصص بیماری‌های دهان (*نویسنده مسؤل) behzadlatifian@gmail.com آدرس الکترونیک: ۰۲۱-۶۶۹۴۳۹۲۱

۳- پژوهشگر، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، عضو دپارتمان دندان‌پزشکی، متخصص جراحی فک و صورت

۴- پژوهشگر، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشجوی دندان‌پزشکی

مدت تغییر محسوسی نداشته است ولی با جابه‌جایی و انحراف تدریجی دو عدد از دندان‌ها همراه بوده است و هیچ‌گونه حساسیتی یا دردی در لمس تورم وجود نداشته است. در معاینه بالینی بیمار، تورمی واضح در صفحه باکالی استخوان آلوئول مجاور دندان‌های ۱۱-۳۳ مشاهده شد که در لمس قوامی کاملاً استخوانی داشت ضمن آن که دندان‌های ۲۱-۲۲ دچار لقی افزایش یافته‌ای در حد لقی درجه II بودند و crowding واضحی در دندان‌های قدامی به چشم می‌خورد اما هیچ‌یک از دندانهای ناحیه درگیر، پوسیدگی بالینی واضحی نداشتند. بیمار از لحاظ سیستمیک، هیچ‌گونه بیماری خاصی نداشت و هیچ سابقه‌ای از مصرف دارو، عمل جراحی یا بستری در بیمارستان در طی ماه‌های اخیر ذکر نمی‌کرد. پس از تجویز رادیوگرافی و مطالعه نگاره رادیوگرافی پانورکس، یک رادیولوسنسی یونی سیستیک با حدود well defined و corticated مشاهده گردید که از ناحیه دندان لترال سمت چپ تا دیستال دندان پره مولر دوم سمت راست گسترش یافته بود و حدود فوقانی ضایعه با نفوذ در بین ریشه‌های دندان لترال و کانین سمت راست باعث جابه‌جایی ریشه‌ها، بدون هر گونه تحلیل خارجی در ریشه‌های مذکور شده بود. جهت بررسی دقیق‌تر حدود ضایعه و بررسی احتمال پرفوراسیون کورتکس مندیبل یا نواحی دیگر، بیمار جهت C.T اسکن ارجاع گردید که طبق تفسیر متخصص رادیولوژی پس از مطالعه مقاطع آگزیال و کروئال C.T اخذ شده، هیچ‌گونه تخریب کورتکس دیده نشد. ضمن این که رادیولوسنی مذکور فاقد هر گونه پارتیکل یا سپتادر داخل محدوده خود بود. در نهایت پس از مشورت با متخصص جراح فک و صورت در مورد طرح درمان



این کیست برخلاف موارد مشابه خود از طریق فعالیت آنزیماتیک سلول‌های دیواره خود رشد می‌کند، نه بر اساس فشار اسموتیک محتویات داخل کیست. (۱، ۳) این کیست ۳ تا ۱۱ درصد از کل کیست‌های ادنتوژنیک، ۷/۸٪ از کیست‌های پریموردیال، ۸/۵٪ از کیست‌های دنتی ژروس و ۰/۹٪ از کیست‌های رادیکولر را شامل می‌شود و با توجه به قدرت تخریب و عوارض منفی که از خود به جای می‌گذارد نیاز به توجه ویژه‌ای از سوی دندان‌پزشکان دارد، چرا که می‌تواند همانند یک کیست رادیکولر ظاهر شده و دندان‌پزشک را به اشتباه بیندازد (۱، ۲، ۳). حداکثر بروز این ضایعه در دهه‌های دوم و سوم می‌باشد و این در حالی است که در حدود ۷٪ موارد در فک تحتانی و به ویژه ناحیه خلف فک دیده می‌شود (۲، ۴). یکی از ویژگی‌های مهم این ضایعه گسترش زیاد آن بدون ایجاد تورم بالینی است به طوری که ممکن است نیمی از فک توسط این کیست درگیر شده باشد، اما تورم یا برجستگی به صورت کلینیکی مشاهده نگردد (۱، ۲).

ضایعات کوچکتر اغلب بدون علامت می‌باشند. در صورت بزرگ شدن ضایعه ممکن است شکایاتی از جمله درد و یا احساس پاراستزی از طرف بیمار گزارش شود. این کیست اغلب یونی لاکولار (تک‌حفره) است اما می‌تواند به صورت مولتی لاکولار (چند حفره‌ای) نیز در رادیوگرافی دیده شود که در این صورت اغلب ضایعات در تنه و راموس مندیبل متمرکز می‌باشند.

طبق مطالعات صورت گرفته توسط محققین مختلف بروز این کیست در مردان شیوع بیشتری از زنان دارد به طوری که در ۶۰ درصد موارد مردان به این ضایعه مبتلا می‌شوند (۲، ۵).

با توجه به مطالب مطروحه در خصوص این ضایعه در این مقاله یک مورد ادنتوژنیک کراتوسیست گزارش می‌شود که تقریباً هیچ‌کدام از معیارهای این ضایعه را نداشته است. به عنوان مثال این ضایعه در یک خانم، ناحیه قدام فک پایین و با تورم باکالی بوده است.

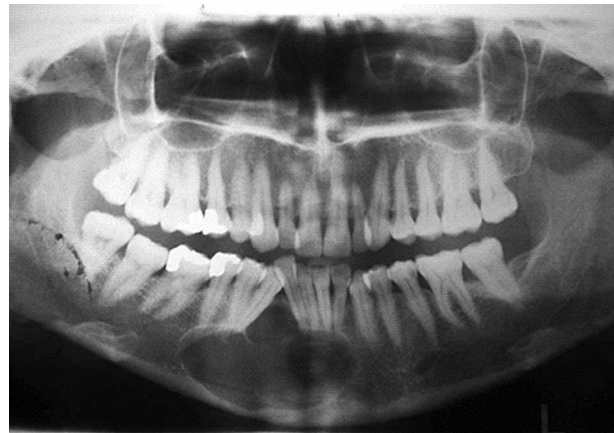
گزارش مورد

بیمار مورد گزارش خانمی ۵۰ ساله بود که با شکایت از تورمی که از ۲ هفته قبل در ناحیه لثه فک پایین، قسمت قدامی ایجاد شده بود به بخش بیماری‌های دهان مرکز تخصصی دندان‌پزشکی ۶۰۰ نزاجا مراجعه نمود. طبق اظهارات بیمار، اندازه تورم در طی این

ایجاد میکروسیست در جدار کیست شود. در صورتی که OKC های متعددی در فردی گزارش شود می باید به وجود بیماری هایی از جمله سندرم بازال سل نووس (Basal Cell Nevus Syndrome) توجه داشت که در این صورت بررسی های بیشتر در سایر نواحی بدن نیز توصیه می شود (۱، ۲).

همان طور که پیش تر از این ذکر شد، این ضایعه اغلب در مردان دیده می شود و به ویژه در ناحیه خلف فک پایین که این یافته ها توسط procket و Meningaud و Aleuar مشاهده شده است. در توضیح این مسئله این طور بیان شده است که اولاً مردان در معرض ترومای بیشتری می باشند. همچنین مردان در رعایت بهداشت دهان نسبت به زنان دقت کمتری دارند که این خود می تواند به عنوان عامل زمینه ای (و نه اتیولوژیک) شرایط را برای بروز پدیده های سیستیک فراهم کند (۳، ۵، ۸) و اما در خصوص مکان بروز ضایعه اختلاف نظر و نتایج متفاوتی ارائه شده است به طوری که برخلاف گزارش این مقاله و یافته های Meningaud و Alevar سایر محققین از جمله Ochsenius و Bataineh قدام ماگزیلا را به عنوان محل شایع برای کیست های ادنتوژنیک بیان نموده اند (۳، ۵، ۹، ۱۰).

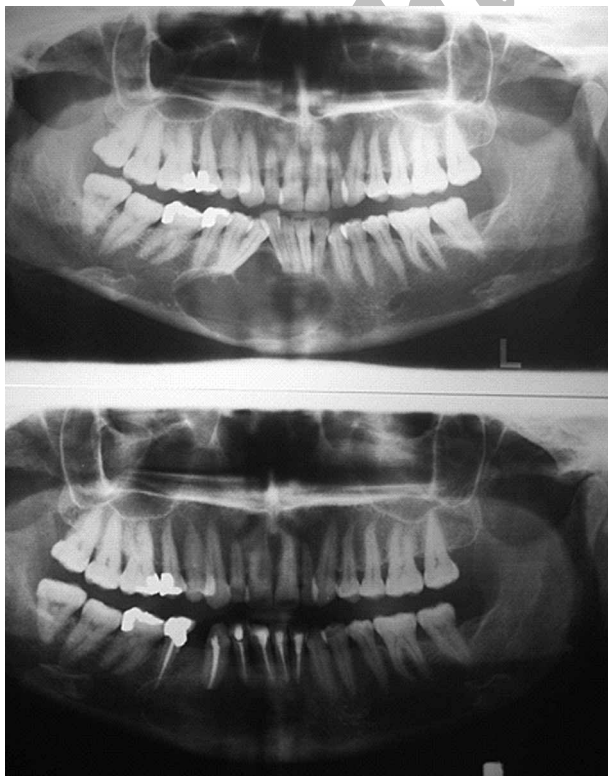
نکته حایز اهمیت در این گزارش این بود که این ضایعه با وجود



بیمار، ابتدا بیوپسی اینسیژنال از ضایعه به عمل آمد که پس از بررسی هیستوپاتولوژی، نتیجه یک ادنتوژنیک کراتوسیست گزارش گردید. لذا با توجه به لزوم برداشت کامل ضایعه همراه با حاشیه بافتی سالم، ابتدا درمان ریشه دندان های درگیر در داخل ضایعه در دستور کار قرار گرفت و سپس بیمار توسط جراح فک و صورت در بیمارستان خانواده نذاجا تحت عمل جراحی enucleation cyst قرار گرفت، ضمن این که در حین کورتاژ ضایعه و حواشی درگیر، یکی از دندان های درگیر با توجه به حذف استخوان پشتیبانی کننده ریشه و پروگنوز ضعیف آن، خارج گردید. در نهایت بیمار با حال عمومی مساعد مرخص گشت و کیست خارج شده جهت بررسی هیستوپاتولوژی مجدد ارسال گردید که نتیجه بررسی کل ضایعه نیز O.K.C گزارش گردید. در پیگیری ۶ ماهه بیمار و رادیوگرافی های تکمیلی اخذ شده، روند بهبود و تشکیل استخوان جدید در ناحیه مزبور به وضوح مشاهده گردید (تصویر) و شواهدی از عود مجدد مشاهده نشد.

بحث

بر اساس مطالعات صورت گرفته کیست های ادنتوژنیک ۷ تا ۱۲٪ کل بیوپسی های صورت گرفته در ناحیه دهان، فک و صورت را تشکیل می دهد (۶، ۷). از این میان ۷/۸ درصد کل کیست های فکی را ادنتوژنیک کراتوسیست تشکیل می دهد. این ضایعه به دو صورت پاراکراتینیزه و ارتوکراتینیزه دیده می شود که نوع پاراکراتینیزه آن قدرت تهاجم بیشتری دارد. بررسی میکروسکوپی این کیست اغلب اپی تلیومی با ضخامت ۶ تا ۸ سلول را نشان می دهد. تزیاید و جوانه زدن سلول پایه غالباً در OKC دیده می شود که ممکن است زمینه ساز



درمان شامل enucleation و کورتاژ ضایعه می‌باشد که ممکن است در موارد پیشرفته نیاز به local resection نیز پیدا شود که طبق گزارشات اخیر بهتر است که درمان رزکسیون به عنوان یک درمان قطعی‌تر در این ضایعه که به طور متوسط میزان عودی در حد ۳۰٪ دارد انتخاب گردد (۱، ۲).

نتیجه‌گیری

با توجه به شرایط گزارش شده در این مقاله در خصوص فرد مبتلا به OKC می‌توان این گونه نتیجه گرفت که تمامی کیست‌های موجود در فک می‌بایست توسط دندان‌پزشک مورد بررسی و ارزیابی دقیق قرار گیرند چرا که OKC با تنوع تظاهر رادیوگرافیک و بالینی خود چه از نظر مکان، شکل، علایم همراه و حتی جنسیت بیمار مبتلا می‌تواند همیشه به عنوان یک زنگ خطر برای دندان‌پزشکان مطرح باشد.

اندازه نسبتاً محدودش دارای تورم باکالی بود که یافته‌ای غیر معمول برای OKC می‌باشد از این رو توجه به این تنوع در تظاهر بالینی می‌باید توسط دندان‌پزشکان مدنظر قرار بگیرد چرا که شناخت نماهای کلاسیک ضایعات به طور صرف می‌تواند ذهن را در مطرح کردن تشخیص‌های افتراقی دچار سطحی‌نگری نماید و با توجه به این که OKC ضایعه‌ای مهاجم و با عود بالاست، لازم است در مراحل اولیه تشخیص داده شود. بنابراین تنوع بروز این ضایعه در مکان و جنس غیر معمول می‌باید مدنظر قرار بگیرد. مطالعات صورت گرفته نشان داده است که OKC حتی بعد از درمان در ۱۲ تا ۵۱٪ موارد عود داشته است، به طوری که حتی این عود تا ۴۰ سال بعد از درمان اولیه دیده شده است. بنابراین پیگیری‌های دوره‌ای در خصوص این دسته از بیماران حتی پس از اتمام درمان توصیه می‌شود (۲).

References

- 1- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Saunders Elsevier, Philadelphia, 2002.
- 2- Wood, Norman Kenyon. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions, C 1997.
- 3- Meningaud JP, Oprean N, Pitak – Arthrop P, Bertrand JC. Odontogeniccysts: a clinical study of 695 cases. J oral SCI 2006; 48: 59-62.
- 4- Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. Oral pathology: clinical pathologic correlation. 5th ed. Saunders Elsevier, St. Luis, 2008, 581-610.
- 5- Avelar RL, Antunes AA, Carvalho RWF, Bezerra PGCF, Oliveria – Neto PJ, Andrade ESS. OdontogenicCysts: a clinicopathological study of 507 cases. J Oral SCI 2009; 4: 581-586.
- 6- Mosqueda – Taylor A, Irigoyen – Camacho ME, Diaz – Franco MA, Torres – Tejero MA. Odontogenic Cysts: Analysis of 856 cases. Med Oral 2002; 7: 89-96.
- 7- Ledesma – Montes C, Hernandez – Guerrero JC, Garces – Ortiz M. Clinico – pathologic study of odontogeniccysts in a Mexican sample population. Arch Med Res 2000; 31: 373-376.
- 8- Prockt AP, Schebela CR, Maito FDM, Sant' Ana-Filho M, Rados PV. Odontogeniccysts: analysis of 680 cases in Brazil. Head NeckPathol 2008; 2: 150-146.
- 9- Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Panafiel C. Odontogeniccysts: Onalysis of 2,944 cases in Chile. Med oral patol oral Cir Bucal 2007; 12: E85-91.
- 10- Bataineh AB, Rawashdeh MA, Al-Qudah MA. The prevalence of in flammatory and developmental odontogenic cysts in a Jordanian Population: a clinicopathologic study. QuentiessenceInt 2004; 35: 815-816.

Archive of SID

Report of an Odontogenic Anterior Mandible Keratocyte in a 50 Years Old Woman with Buccal Swelling

Mortazavi H; MSc², *Latifian B; MSc¹, Mansuri H; MSc³, Anaraki M⁴

Received: 28 Sep 2010

Accepted: 9 May 2011

Abstract

Oral cysts are divided into two subgroups as odontogenic and non-odontogenic. One of the most common and important cysts is odontogenic keratocyst which called O.K.C. this lesion has a different nature and it is noted as a tumor lesion in recent years. This lesion most frequently appears in first and third decade of life and occurs in the posterior part of the mandibular bone. This lesion has a more extension than expansion. In this present study a case of O.K.C was presented with uncommon appearances. A 50 – year old female with history of expansion in the anterior part of mandibles was referred to the department of oral medicine, 600 NEZAJA center. Clinically, there were a buccal expansion without pain over the Teeth with crowding. Radiographic images and CT scan showed a unicystic radiolucency with teeth movement, without cortical perforation. After biopsy, the diagnosis of O.K.C was reported. Six months follow – up did not show any recurrent lesion. This article is recommended to the dentists because OKS has different clinical and radiographic findings. For this reason all cysts should be considered and evaluated.

Keywords: odontogenic Keratocyst, mandibule, radiolucency.

1- (*Corresponding Authors) Researcher, Aja University of Medical Sciences, Dept. of Dentistry, Tehran, Iran.

Tel: 021-66943921 E-mail: behzadlatifian@gmail.com

2- Assistant Professor, Beheshti University of Medical Sciences, Dentistry Faculty, Dept. of Oral Medicine, Tehran, Iran.

3- Researcher, Aja University of Medical Sciences, Dept. of Dentistry, Tehran, Iran.

4- Researcher, Student of Beheshti University of Medical Sciences, Dentistry Faculty, Tehran, Iran.