

# چکیده مراجع دندانپزشکی

(CDR پاتولوژی نوپل ۲۰۱۶)

به کوشی :

دکتر ساعده عطارباشی مقدم

(استادیار بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی)

|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| سرشناسه             | : | عطارباشی مقدم، ساعده، ۱۳۵۷-گردآورنده   |
| عنوان و نام پدیدآور | : | چکیده مراجع دندانپزشکی CDR: پاتولوژی نوبل ۲۰۱۶/ به کوشش ساعده عطارباشی مقدم.                         |
| مشخصات نشر          | : | تهران: شایان نمودار، ۱۳۹۵  |
| مشخصات ظاهری        | : | ۲۵۷ ص.   |
| شابک                | : | ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۲۶۹-۰  |
| وضعیت فهرست نویسی   | : | فیبا   |
| یادداشت             | : | کتاب حاضر خلاصه‌ای از کتاب Oral and maxillofacial pathology, 2016 اثر بود. نوبل .... [و دیگران] است. |
| موضوع               | : | دهان -- بیماری‌ها  |
| موضوع               | : | دندان -- بیماری‌ها   |
| موضوع               | : | فک بالا - بیماری‌ها  |
| موضوع               | : | دهان -- بیماری‌ها -- تشخیص   |
| موضوع               | : | دهان -- بیماری‌ها - درمان  |
| شناسه افزوده        | : | نوبل، برد. پاتولوژی دهان، فک و صورت نوبل   |
| رده‌بندی کنگره      | : | ۱۳۹۵ ۸۴ چ ۶ ع / ۳۰۷ RK   |
| رده بندی دیوئی      | : | ۶۱۷/۵۲۲  |
| شماره کتابشناسی ملی | : | ۴۲۱۴۲۶۴  |

**نام کتاب:** چکیده مراجع دندانپزشکی CDR پاتولوژی نوبل ۲۰۱۶

**به کوشش:** دکتر ساعده عطارباشی مقدم

**ناشر:** انتشارات شایان نمودار

**شمارگان:** ۱۰۰۰ جلد

**مدیر تولید:** مهندس علی خزعلی

**حروف چینی و صفحه آرایی:** انتشارات شایان نمودار

**طراح جلد:** آتلیه طراحی شایان نمودار

**نوبت چاپ:** دوم

**تاریخ چاپ:** پاییز ۱۳۹۸

**شابک:** ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۲۶۹-۰

**قیمت:** ۷۸۰،۰۰۰ ریال



شایان نمودار

تهران، میدان فاطمی / خ چهلستون / خ دوم / پلاک ۵۰ / بلوک B / طبقه همکف - تلفن: ۸۸۹۸۸۸۶۸

وب سایت: [www.shayannemoodar.com](http://www.shayannemoodar.com)

 Shayannemoodar

(تمام حقوق برای ناشر محفوظ است. هیچ بخشی از این کتاب بدون اجازه مکتوب ناشر، قبل تکثیر یا تولید مجدد به هیچ شکلی از، جمله چاپ، فتوکپی، انتشار الکترونیکی، فیلم و صدا نیست. این اثر تحت پوشش قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان ایران قرار دارد.)

## مقدمه

کتاب حاضر ترجمه فشرده کتاب آسیب‌شناسی دهان و فک و صورت نویل ۲۰۱۶ می‌باشد که جزء پرمحتواترین منابع پاتولوژی دهان می‌باشد. در این کتاب سعی بر این بوده که تمامی مطالب ضروری در عین خلاصه بودن گنجانده شود و مطالعه آن به تمامی متقاضیان شرکت در آزمون دستیاری توصیه می‌شود.

دکتر ساعده عطارباشی مقدم

بهار ۱۳۹۵

## فهرست مطالب

|  |     |
|--|-----|
| فصل ۱: ضایعات رشدی نموی.....                     | ۵   |
| فصل ۲: ناهنجاری دندان .....                      | ۲۲  |
| فصل ۳: بیماری‌های پالپ و پری‌اپیکال.....         | ۳۵  |
| فصل ۴: بیماری پریودنتال.....                     | ۴۴  |
| فصل ۵ عفونت‌های باکتریال.....                    | ۵۱  |
| فصل ۶: بیماری‌های قارچی و پروتوزوایی.....        | ۶۲  |
| فصل ۷: عفونت‌های ویروسی .....                    | ۶۹  |
| فصل ۸: آسیب‌های فیزیکی و شیمیایی .....           | ۷۹  |
| فصل ۹: آلرژی و بیماری‌های ایمونولوژیک.....       | ۸۸  |
| فصل ۱۰: Epithelial Pathology.....                | ۹۷  |
| فصل ۱۱: پاتولوژی غدد بزاقی.....                  | ۱۳۶ |
| فصل ۱۲: Soft Tissue Tumors.....                  | ۱۵۲ |
| فصل ۱۳: اختلالات خونی.....                       | ۱۷۲ |
| فصل ۱۴: ضایعات استخوان .....                     | ۱۸۵ |
| فصل ۱۵: کیست‌ها و تومورهای ادنتوژنیک.....        | ۲۰۶ |
| فصل ۱۶: بیماری‌های پوستی.....                    | ۲۲۵ |
| فصل ۱۷: بیماری‌های سیستمیک.....                  | ۲۴۳ |
| فصل ۱۸: درد فاسیال و بیماری‌های عصبی عضلانی..... | ۲۵۲ |

# ضایعات رشدی نموی

## ✓ شکاف‌های دهانی صورتی

◀ در انتهای هفته چهارم رشد و نمو، رشد قسمت مرکزی صورت با ظاهر شدن صفحات بینی (بویایی)، Nasal placodes (olfactory) در دو طرف قسمت تحتانی زائده بینی پیشانی Frontonasal process آغاز می‌شود.

◀ در طول هفته ۶ و ۷، زوائد بینی میانی با یکدیگر و با زوائد ماگزیلاری اولین کمان حلقی یکی می‌شود.

**نکته** از اتصال زوائد بینی میانی با یکدیگر، قسمت میانی لب بالا ایجاد می‌شود.

**نکته** زوائد ماگزیلاری، قسمت طرفی لب بالا را می‌سازد.

**نکته** زوائد بینی جانبی، پره بینی را می‌سازند.

**نکته** یکی شدن زوائد بینی میانی همچنین باعث ایجاد کام اولیه (premaxilla) یا (intermaxillary segment) می‌شود که استخوانی مثلثی شکل است و ۴ دندان قدامی را در بر می‌گیرد.

**نکته** از اتصال زوائد ماگزیلاری اولین کمان حلقی کام ثانویه ایجاد می‌شود (۹۰٪ کام سخت و نرم)

◀ در هفته ۶، palatal shelves در ابتدا عمودی‌اند، با بزرگ شدن ماندیبل، زبان به سمت پایین حرکت کرده و صفحات کامی افقی می‌شوند.

◀ در هفته ۸، اتصال از قدام به خلف کام انجام می‌شود که در هفته ۱۲ کامل می‌گردد.



**نکته** ۲- oblique facial cleft (شکاف مایل): از لب تا گوشه چشم امتداد می‌یابد و تقریباً همیشه همراه با C.P می‌باشد. می‌تواند حفره بینی را درگیر کند و علت آن نقص در اتصال زوائد بینی جانبی با ماگزیلاری یا باندهای آمیونی می‌باشد.

**نکته** ۳- median cleft of the upper lip: بسیار نادر و اختلال در اتصال زوائد بینی میانی دیده می‌شود و نمایانگر آزنری کام اولیه در holoprosencephaly می‌باشد و همراه سندرم‌های Ellis-van creveld و oral-facial digital syn. دیده می‌شود.

◀ شیوع شکاف: سرخ‌پوستان < آسیایی‌ها < سفیدپوستان < سیاهپوستان.  
شیوع شکاف: lateral < oblique < median cleft of the upper lip  
◀ شیوع شکاف کام نرم در زنان و مردان مساوی است.  
◀ شیوع Cl±CP در مردان بیشتر است (نقایص شدیدتر در مردان دیده می‌شود).  
◀ شیوع CP در زنان بیشتر است (نقایص شدیدتر در زنان دیده می‌شود).  
◀ شکاف لب در ۸۰٪ موارد یکطرفه و بیشتر در سمت چپ دیده می‌شود.  
◀ شکاف استخوان آلوئول بیشتر در ناحیه لاترال و کاین دیده می‌شود که باعث فقدان لاترال و همین‌طور دندان‌های اضافی در ناحیه می‌شود.

**نکته** خفیف‌ترین و شایع‌ترین تظاهر شکاف کام، زبان کوچک شکاف‌دار (bifid uvula) می‌باشد.

**نکته** نقص در اتصال زوائد بینی میانی و زوائد ماگزیلاری باعث ایجاد شکاف لب (CL) می‌شود.

◀ اتصال ناقص صفحات کامی، شکاف کام (C.P) را ایجاد می‌کند.

◀ میزان شیوع: CL+CP>CP>CL

◀ از نظر اتیولوژیک CL منفرد و CL+CP ماهیت یکسانی دارند (CL±CP) اما CP منفرد ماهیت مجزا دارد.

◀ تمایل به ایجاد cleft به ژن‌های اصلی، فرعی و فاکتورهای محیطی مرتبط می‌باشد.

◀ شکاف‌ها می‌توانند منفرد یا همراه سندرم‌های خاص باشند.

◀ عوامل محیطی مؤثر در ایجاد شکاف: ۱- مصرف

الکل ۲- مصرف سیگار (احتمال را دو برابر می‌کند)

۳- مصرف داروهای ضد تشنج بخصوص فنی‌توئین

که احتمال را ۱۰ برابر می‌کند. ممکن است مکمل

های اسید فولیک نقشی در جلوگیری از تشکیل

شکاف‌های دهانی صورتی داشته باشند.

◀ شکاف‌های نادرتر:

**نکته** ۱- lateral facial cleft: (شکاف جانبی): فقدان

اتصال زوائد ماگزیلاری و ماندیبولر دیده می‌شود. به

صورت یکطرفه یا دو طرفه که از گوشه لب تا گوش

ایجاد می‌شود و موجب ماکروسومی می‌گردد.

◀ همراه سندرم‌های زیر دیده می‌شود:

۱- mandibulofacial dysostosis (treacher collin)

۲- oculo-auriculo-vertebral spectrum (hemifacial microsomia)

۳- Nager acrofacial dysostosis

۴- Amniotic rupture sequence

**Paramedian lip pits****(فیستول‌های مادرزادی لب پایین)**

از باقی ماندن سالکوس جانبی روی کمان ماندیبولار جنینی ایجاد می‌شوند.

◀ دو طرفه و قرینه در دو طرف میدلاین ورمیلیون لب پایین (گاهی فقط یک پیت وجود دارد).

📌 معمولاً همراه شکاف کام یا لب دیده می‌شود (van der woude syn.)

◀ شایع‌ترین فرم سندرمیک شکاف، سندرم واندروود می‌باشد.

◀ در سندرم واندروود، هایپودنسیا نیز دیده می‌شود (جهش IRF6).

◀ paramedian lip pits یک ویژگی popliteal pterygium syn. [۱-۲] popliteal webbing - شکاف

کام یا لب ۳- اینورمالیتی تناسلی ۴- اتصال فک بالا و پایین (syngnathia) و همینطور سندرم Kabuki eversion پلک پایین، عقب ماندگی ذهنی، گوش بزرگ، شکاف لب و کام، هایپودنسیا، laxity مفصل و ناهنجاری اسکلتی) می‌باشد.

میکروسکوپی: ناحیه مجرا مانند مفروش از اپی‌تلیوم مطبق سنگفرشی دیده می‌شود.

درمان: مهمترین مشکل شکاف کام و لب می‌باشد.

**Double lip**

چین بافتی اضافی در قسمت مخاطی لب (بیشتر لب بالا) که اکثراً ماهیت مادرزادی دارد اما جزیی از سندرم آشور، ناشی از تروما و عادت مکیدن لب نیز می‌باشد.

📌 سندرم آشور: ۱- لب مضاعف ۲- هیپرتروفی و از دست دادن قابلیت ارتجاعی پوست پلک بالا

(blepharochalasis) ۳- بزرگ شدگی غیر سمی

تیروئید در ۵۰٪ موارد.

**Submucous palatal cleft**

در این حالت سطح مخاط سالم و نقص در عضله زیرین کام دیده می‌شود.

شیاری در استخوان، در طول لب خلفی کام سخت وجود دارد که به صورت تغییر رنگ متمایل به آبی در میدلاین دیده می‌شود و معمولاً همراه زبان کوچک شکاف دار می‌باشد.

📌 pierre Robin anomalad شامل ۱- C.P به شکل

۲- کوچکی ماندیل ۳- glossoptosis (پایین

آمدن و عقب رفتگی زبان) که باعث ایجاد خفگی در موقع خواب می‌شود، می‌باشد.

◀ دو سندرم Stickler و velocardiofacial مرتبط با پیرروبین می‌باشند.

◀ به علت رشد محدود ماندیل در رحم که مانع از حرکت زبان به سمت پایین می‌شود شکاف کام ایجاد می‌گردد (در پیر روبین).

◀ درمان CP و CL: بستن شکاف لب در چند ماه اول زندگی و بعد بستن نقص کام.

**Commisural lip pits**

فرورفتگی مخاطی کوچک در گوشه دهان و بر روی حاشیه ورمیلیون لب که به علت نقص در اتصال زوائد ماگزیلاری و ماندیبولر می‌باشند و در بالغین مرد شایع‌تر است و برخلاف paramedian lip pits همراه شکاف نیست.

◀ همراه aural sinuses و preauricular pits دیده می‌شوند.

میکروسکوپی: فرورفتگی باریک مفروش از اپی‌تلیوم مطبق سنگفرشی را نشان می‌دهد.

درمان: نیاز ندارد.

**نکته** غالباً میکرو گلوسیا همراه هیپوپلازی ماندیبل و فقدان دندان‌های قدامی پایین می‌باشد.  
درمان: بر حسب شدت ضایعه جراحی و ارتودنسی

### Macroglossia (افزایش اندازه زبان)

**نکته** شایع‌ترین علت، مالفورماسیون عروقی و هیپرتروفی عضلانی می‌باشد.  
کنگره دار شدن حاشیه زبان، open bite و پروگناتیسم ماندیبل دیده می‌شود.

**نکته** ماکرو گلوسیا علامت اختصاصی Beckwith-wiedemann syn. می‌باشد. علائم دیگر آن شامل: (۱) omphalocele (فتق نافی) (۲) بزرگ شدن گشاده احشاء (visceromegaly) (۳) زیگانتیسم و (۴) هیپوگلیسمی نوزادی می‌باشد. (انتقال از طریق مادری)

در این سندرم ریسک ابتلا به تومورهای احشایی مانند تومور ویلمز، کارسینوم آدرنال، هیپاتوبلاستوما و همینتور رابدومیوسارکوما و نوروبلاستوما افزایش می‌یابد.

علائم دیگر این سندرم nevus flammeus، دندان‌دار شدن خطی نرمه گوش و هیپوپلازی ماگزیلا می‌باشد.

**نکته** زبان در هیپوتیروئیدیسم و سندرم Beckwith اختلالات neuromuscular بزرگی جنرالیزه و صاف و منتشر نشان می‌دهد.

**نکته** زبان در آمیلوئیدوز و نوروفیبروماتوز و MEN2B حالت ندولر پیدا می‌کند.

**نکته** زبان در لفتانژیوما حالت pebbly پیدا کرده و دارای حباب‌های متعدد شبیه وزیکول می‌باشد.

توارث اتوزوم غالب

درمان: در موارد مشکلات زیبایی انجام می‌شود.  
**Fordyce granules**: غدد سباسه‌ای که در مخاط دهان (مخاط باکال و ورمیلیون لب بالا) دیده می‌شوند.  
پاپول زرد رنگ که در بالغین شایع‌تر است (به دلیل فاکتور هورمونال) و از چند عدد تا صدها پاپول متفاوت است.

میکروسکوپی: شبیه غدد سباسه پوست فقط فولیکول مو دیده نمی‌شود.  
درمان نیاز نیست.

ممکن است کیست کاذب حاوی کراتین تشکیل شود

### Leukoedema

مخاط نمای منتشر سفید خاکستری غالباً با سطح چین خورده را نشان می‌دهد. این ضایعات کنده نمی‌شوند و در سیاهپوستان و افراد سیگاری شایع‌تر است.  
معمولاً به صورت دوطرفه در مخاط باکال دیده می‌شوند. هنگامی که گونه به سمت خارج برگردانده می‌شود محو می‌شوند (تشخیص بالینی)

میکروسکوپی: افزایش ضخامت اپی‌تلیوم و ادم داخل سلول در لایه خاردار (سلول‌های واکنش بزرگ) سطح پاراکراتینیزه و رتاریج‌های وسیع و طولیل دیده می‌شود.  
درمان: نیاز ندارد.

### Microglossia (hypoglossia)

زبان بیش از حد کوچک (وقتی زبان به طور کامل وجود ندارد aglossia نامیده می‌شود).

اکثر موارد همراه سندرم oromandibular-limb hypogenesis می‌باشد [فقدان انگشتان (hypodactylia)، هیپوپلازی اعضاء [hypomelia] شکاف کام، نوارهای داخل دهانی و معکوس شدن اعضاء (Situs inversus)].



**نکته** زبان در سندرم داون پاپیلری و شیاردار است.

**نکته** در hemifacial hyperplasia و نوروفیروماتوز بزرگی یکطرفه زبان دیده می‌شود.

◀ در اختلالات عصبی عضلانی از قبیل myasthenia gravis و amyotrophic lateral sclerosis (ALS) بزرگی زبان به علت آتروفی عضله و جایگزینی چربی می‌باشد.

درمان: بسته به میزان مشکل عدم درمان تا جراحی انجام می‌شود.

**Ankyloglossia (tongue-Tie)**: وجود فرنوم کوتاه و ضخیم که حرکت زبان را محدود می‌کند و در پسران شایع‌تر است. ممکن است شکاف خفیفی در نوک زبان ایجاد کند. ایجاد open bite قدامی و مشکلات پرودنتال دیده می‌شود.

◀ درمان: تا ۴ یا ۵ سالگی به تعویق می‌افتد و بعد از آن فرنکتومی انجام می‌شود.

### Lingual Thyroid

جوانه تیروئیدی از فورامن سکوم به سمت گردن حرکت کرده تا در قدام تراشه و حنجره قرار گیرد. اگر به طور طبیعی پایین نیاید تیروئید نابه‌جا ایجاد می‌شود.

**نکته** به دلیل تأثیر هورمونی در زنان شایع‌تر است.

**نکته** در ۷۰٪ موارد تنها بافت تیروئیدی بیمار است. ▶ بدون علامت و یا توده‌های بزرگی که راه هوایی را مسدود می‌کند.

**نکته** اغلب واسکولار است.

◀ هیپوتیروئیدیسم در ۳۳٪ بیماران دیده می‌شود.

**نکته** بهترین روش تشخیص اسکن تیروئید است.

**نکته** به دلیل ریسک خونریزی و به علت اینکه امکان دارد این توده تنها بافت تیروئید بیمار باشد بیوپسی انجام نمی‌شود.

درمان: در موارد بدون علامت درمان نیاز نیست. در موارد علامت‌دار دادن هورمون مکمل و جراحی انجام می‌شود.

◀ برای تعیین گسترش ضایعه MRI، CT و اولترا سونوگرافی سودمند است.

**نکته** کارسینوم تیروئید زبانی، در مردان شایع‌تر است.

### (Scrotal tongue) Fissured tongue

شکاف‌های متعدد در سطح پشتی زبان دیده می‌شود. ارث - سن و عوامل محیطی در ایجاد آن مؤثرند. M>F

**نکته** ارتباطی قوی بین زبان شیاردار و زبان جغرافیایی دیده شده است.

**نکته** زبان شیاردار جزئی از سندرم Melkerson-Rosenthal می‌باشد.

میکروسکوپی: هایپرپلازی رت‌ریج‌ها و از دست دادن کراتین در سطح پاپی نخعی شکل.

مهاجرت سلول‌های PMN به اپی‌تلیوم دیده می‌شود که باعث تشکیل میکروآبسه در اپی‌تلیوم می‌شود.

درمان: نیاز نیست.

### (black) Hairy tongue

تجمع کراتین روی پاپی نخعی شکل سطح پشتی زبان که شبیه مو می‌شود (اکثراً در میدلاین)

◀ به دلیل افزایش تولید کراتین یا کاهش تفلس آن می‌باشد.

◀ واریس‌های منفرد در لب و مخاط باکال ایجاد می‌شود و بعد از ترومبوزه شدن مشخص می‌شوند.  
 ▶ میکروسکوپی: ورید متسع که دیواره آن دارای عضلات صاف کم می‌باشد.

📌 در صورت وجود ترومبوز لومن حاوی لایه‌های متحدالمرکز پلاکت‌ها و اریتروسیت‌ها می‌باشد (lines of Zahn).

◀ ممکن است کلسیفیکاسیون دیستروفیک دیده شود که موجب تشکیل Phlebolith می‌شود.  
 درمان: انواع زبانی احتیاج به درمان ندارند و در لب و مخاط باکال جراحی می‌شوند.

### Caliber-persistent artery

#### (شریانی با قطر ثابت)

یک شاخه شریان اصلی بدون کاهش قطر به بافت‌های سطحی زیر مخاط گسترش می‌یابد. که در بالغین مسن شایع‌تر است.

📌 منحصراً در مخاط لب دیده می‌شود و به صورت برجستگی خطی، کمانی یا پاپولار دیده می‌شود که نبض دارد.

میکروسکوپی: شریانی با دیواره ضخیم نزدیک سطح مخاط مشاهده می‌شود.

درمان: نیاز نیست. ممکن است با موکوسل، ضایعات عروقی و واریس اشتباه شود.

### Lateral soft palate fistulas

اکثراً به علت نقص در دومین پاچ حلقی و یا عفونت و جراحی ناحیه لوزه ایجاد می‌شوند. بدون علامت.

◀ دو طرفه که در ستون‌های قدامی لوزه شایع‌ترند (از چند میلیمتر تا چند سانتیمتر).

◀ عوامل مستعد کننده: ۱- heavy smoker- ۲- ضعف عمومی ۳- بهداشت ضعیف ۴- تاریخچه رادیوتراپی سر و گردن ۵- داروهای مسبب خشکی دهان

◀ گاهی زبان ظاهر کرکی ضخیمی پیدا می‌کند. اغلب بدون علامت است اما حس تهوع یا مزه بد دهان دیده می‌شود.

◀ مصرف بیسموت سالی سیلات برای رفع رفلاکس معده موجب تغییر رنگ سیاه سطح پشتی زبان می‌شود که با قطع دارو برطرف می‌گردد که به علت ایجاد Bismuth sulfide می‌باشد.

📌 نباید با hairy leukoplakia که در حاشیه جانبی

زبان در افراد ایدزی و نقص ایمنی ایجاد می‌شود و عامل آن EBV است اشتباه شود.

◀ در بعضی افراد باکتری و سلول‌های متفلس شده در سطح پشتی زبان تجمع می‌یابند اما پروجکشن‌های شبیه مو دیده نمی‌شود که به Coated tongue معروف است که در تشخیص افتراقی با کاندیدیازیس قرار می‌گیرد.

میکروسکوپی: طویل شدن و هایپرپارااکراتوز پاپی نخعی شکل و تجمع باکتری.

درمان: تراشیدن و مسواک زدن ناحیه

**Varicosities (varices)**: وریدهایی هستند که به طور غیر طبیعی متسع و پیچ خورده می‌باشند.

◀ انواع دهانی با تاریخچه مصرف سیگار، بیماری قلبی عروقی و سن مرتبط است.

📌 شایع‌ترین نوع واریس Sublingual می‌باشد که

حباب‌های پاپولار برجسته بنفش رنگ در سطح شکمی یا جانبی زبان دیده می‌شود.

- ◀ در رادیوگرافی بزرگی سر کندیل یا طویل شدن گردن کندیل دیده می‌شود.
- ◀ انجام سینتی گرافی و SPECT مفید است.

درمان : جراحی

### Condylar hypoplasia

رشد ناکافی کندیل به صورت مادرزادی و اکتسابی دیده می‌شود.

**نکته** اغلب همراه ۱- mandibulofacial dysostosis ۲- Goldenhar (oculo-auriculo-vertebral syn.) و ۳- hemifacial microsomia syn دیده می‌شود.

- ◀ در موارد شدید condylar aplasia دیده می‌شود.

**نکته** شایع‌ترین علت انواع اکتسابی تروما به کندیل در زمان نوزادی یا کودکی می‌باشد. علل دیگر شامل عفونت- اشعه درمانی- آرتريت روماتوئید و آرتريت دژنراتیو می‌باشد.

- ◀ مال اکلوژن کلاس II ایجاد می‌گردد و انحراف به سمت ناحیه مبتلا دیده می‌شود.

◀ درمان: جراحی و پیوند Costochondral rib

### Bifid condyle (کندیل دو قسمتی یا دو سر)

بیشتر یک شکاف قدامی خلفی سر را به دو قسمت میانی- جانبی تقسیم می‌کند و در اثر تروما- چسبندگی غیر طبیعی عضله، عوامل تراتوژن و با وجود دیواره فیبروزه درون غضروف کندیل ایجاد می‌شوند.

- ◀ معمولاً یک طرفه‌اند و اغلب در رادیوگرافی کشف می‌شوند (دو لوبه بودن سر کندیل)- بدون علامت

◀ در بعضی موارد هنگام باز کردن دهان صدای pop یا click ایجاد می‌شود.

درمان نیاز ندارد.

- ◀ در مواردی با هایپوپلازی لوزه کامی، ناشنوایی و فیستول های اطراف گوش همراه است.

### Coronoid hyperplasia

زواید بزرگ شده کروئوئید به سطح خلفی زایگوما تجاوز می‌کند و موجب محدودیت در باز شدن دهان می‌شود.

- ◀ در مردان شایع تر که تأثیر اندوکراین را مطرح می‌کند.

◀ موارد دوطرفه شایع تر است.

**نکته** استئوم و استئوکندروم نیز بزرگی یکطرفه کروئوئید را نشان می‌دهند.

- ◀ ماندیبل به سمت ناحیه مبتلا منحرف می‌شود.
- ◀ رادیوگرافی رشد ندولار و نامنظم نوک زائده کروئوئید را نشان می‌دهد.

**نکته** به دلیل Superimpose شدن روی کروئوئید اغلب CT یا توموگرام ها بر رادیوگرافی ترجیح دارد.

درمان : جراحی- فیزیوتراپی بعد از عمل.

### Condylar hyperplasia

رشد بیش از اندازه یکی از کندیل ها دیده می‌شود.

- ◀ گردش خون موضعی، اختلالات اندوکرینی و تروما جزء عوامل اتیولوژیکند.  $F/M=3/1$

**نکته** به سختی از hemifacial hyperplasia تشخیص داده می‌شود اما در مورد اخیر بافت نرم و دندان نیز بزرگ می‌شوند.

- ◀ علامتی نظیر ناقربینگی صورت، پروگناتیسم، Crossbite و Openbite دیده می‌شود. هایپر پلازی کل

راموس نیز دیده می‌شود.

۲- توروس دوکی (spindle): در امتداد رافه کام دارای یک ریح میانی است و گاهی اوقات یک شکاف میانی دیده می‌شود.

۳- توروس ندولار: برجستگی متعدد که هر کدام پایه منفرد دارند.

۴- توروس لبولار: توده‌ای لبوله که یک پایه منفرد دارد.

◀ توروس کام در زنان شایع تر است.  $f/m = 2/1$

◀ شایع‌ترین آگزوستوز، توروس کام است.

میکروسکوپی: استخوان کورتیکال متراکم

درمان نیاز ندارد. در موارد کارهای پروتزی جراحی انجام می‌شود. توروس های کامی مستعد استئونکروز ناشی از دارو درمانی می باشند.

### Torus mandibularis

آگزوستوز شایع در طول سطح لینگوال ماندیبل بالای خط مایلوهیوئید در ناحیه پره مولرها که اکثراً دوطرفه‌اند.

◀ توروس های ماندیبل به سادگی در رادیوگرافی

اکلوزال مشاهده می شوند.

◀  $m > f$

◀ شیوع آن به bruxism و تعداد دندان‌های باقیمانده

بستگی دارد.

◀ میکروسکوپی: استخوان کورتیکال لاملار

◀ درمان: لازم نیست و در مواردی جراحی و خارج

کردن آن.

### Eagle syndrome (stylagia, stylohyoid syn. Carotid artery syn.)

◀ طویل شدن زائده استایلوئید یا معدنی شدن

کمپلکس لیگامان استایلوهیوئید که معمولاً دوطرفه

است.

◀ بیشتر موارد بدون علامت‌اند ولی عده‌ای به دلیل

تجاوز یا فشار به اعصاب و عروق مجاور علائم

سندرم ایگل را نشان می‌دهند.  $F > M$

درمان نیاز ندارد. بندرت کندیل سه شاخه یا چهار شاخه گزارش شده است.

### Exostoses

برجستگی موضعی که از کورتیکال پلایت ایجاد می‌شود و غالباً فکین را درگیر می‌کنند.

◀ Buccal exostosis: به صورت ردیفی از

ندول‌های سخت استخوانی در سطح فاسیال ماگزایلا

و ماندیبل دیده می‌شود.

◀ Palatal exostosis (توبرکل): از سطح پالاتال

توبروزیتی ماگزایلا ایجاد می‌شوند که معمولاً

دوطرفه‌اند  $m > f$

◀ solitary exostosis: احتمالاً در پاسخ به تحریک

موضعی ایجاد می‌شود. چنین ضایعاتی از استخوان

آلوئول زیر پیوند لثه و پیوند پوست ایجاد می‌شوند.

(محرک پریوست)

◀ reactive subpontine exostosis: از استخوان

آلوئول در زیر پونتییک یک بریج خلفی ایجاد

می‌شود.

میکروسکوپی: استخوان کورتیکال لاملار

درمان: احتیاج به بیوپسی نیست و در مواردی که تحت

تروما باشد جراحی انجام می‌شود. آگزوستوزهایی که به

علت Tooth function ایجاد می‌شوند اگر دندان‌هایی

که فشار در ناحیه را باعث می‌شوند، باقی بمانند ضایعه

بعد از جراحی عود می‌کند.

### Torus palatinus

آگزوستوز شایع در میدلاین کام سخت به علت تأثیرات

ژنتیکی و محیطی به انواع زیر تقسیم می‌شود:

۱- توروس هموار (flat): دارای قاعده وسیع، سطح

صاف که به صورت قرینه به هر دو سمت رافه

گسترش می‌یابد.

## ✓ کیست‌های رشدی نموی

- ◀ کیست حفره‌ای پاتولوژیک اغلب حاوی مایع بوده که به وسیلهٔ اپی‌تلیوم پوشیده می‌شود.
- ◀ در گذشته تئوری fissural (اپی‌تلیوم به دام افتاده در طول خطوط اتصال جنینی) را برای اینها تصور می‌کردند.

**Palatal cysts of the newborn (Epstein's pearls-Bohn's nodules)**

**نکته** کیست‌های رشدی نموی کوچک و شایع در کام نوزادان.

**نکته** Epstein's pearls: در هنگام اتصال صفحات کامی جزایر کوچکی از اپی‌تلیوم در رافه میانی کام به دام می‌افتد و کیست را ایجاد می‌کند.

**نکته** Bohn's nodules: از بقایای اپی‌تلیالی مشتق از رشد و نمو غدد بزاقی فرعی کام. این کیست‌ها در سرتاسر کام سخت پراکنده‌اند ولی اغلب نزدیک اتصال کام نرم هستند.

◀ پاپول کوچک سفید-زرد و بیشتر در طول midline نزدیک اتصال کام نرم و سخت.

◀ خوشه‌ای از ۲ تا ۶ کیست مشاهده می‌شود اما منفرد هم دیده می‌شود.

**نکته** کیست مملو از کراتین و مفروش با اپی‌تلیوم سنگفرشی می‌باشد که در سطح با مخاط پوشیده شده است. درمان احتیاج ندارد.

**Nasolabial cyst (nasoalveolar cyst)**

**نکته** کیست رشدی نموی fissural نادر که در لب بالا در یک طرف نسبت به خط وسط ایجاد می‌شود.

- ◀ در بالغین و به صورت درد فاسیال بخصوص در هنگام بلع و چرخش سر یا باز کردن دهان می‌باشد. علائم دیگر شامل otalgia، dysphonia، dysphagia، سردرد، سرگیجه، سنکوپ و حملات ایسکمیک گذرا می‌باشد.
- ◀ سندرم ایگل کلاسیک بعد از تونسیلکتومی ایجاد می‌شود.
- ◀ سندرم شریان کاروتید یا استایلوهیوتید: کمپلکس مینرالیزه و طویل شده به عروق کاروتید داخلی و خارجی و اعصاب سمپاتیک تجاوز می‌کند.
- ◀ سندرم ایگل تروماتیک که بعد از شکستگی لیگامان استایلوهیوتید مینرالیزه ایجاد می‌شود. درمان: موارد خفیف نیاز به درمان ندارد. در موارد شدید جراحی

**Stafne bone cyst-latent bone****Cyst-mandibular salivary gland depression**

**نکته** رادیولوژی بدون علامت زیر کانال ماندیل بین دندان‌های مولر و زاویه ماندیل مربوط به غده تحت فکی.

**نکته** دارای حاشیه اسکرو تیک و حدود مشخص است و اکثراً یکطرفه و در مردان بالغ و سالخورده دیده می‌شوند که از نظر اندازه ثابت می‌باشد.

- ◀ نقایص بزاقی در لینگوال قدام فک که با غده زیر زبانی ارتباط دارد نیز دیده می‌شود.
- میکروسکوپی: نکته: بیوپسی بافت نرمال غده تحت فکی، عضله، عروق خونی، چربی، بافت همبند، بافت لنفاوی را نشان می‌دهد. (بعضی موارد عاری از بافت است).
- درمان نیاز نیست.

**نکته** تئوری فعلی: منشأ ادونتوژنیک

**نکته** از نظر پاتولوژی بسیار شبیه periapical cyst، برخی OKC، برخی LPC می‌باشند.

کیست دنتی ژروس در موارد نادر با اپی‌تلیوم استوانه‌ای مطبق کاذب مژک‌دار مفروش می‌شود. وجود اپی‌تلیوم تنفسی در Periapical cyst, glandular odontogenic cyst مطرح شده است.

### Nasopalatine duct cyst (incisive canal cyst)

**نکته** شایع‌ترین کیست غیر ادونتوژنیک

سه تئوری مطرح شده در ایجاد کیست:

- ۱- به احتمال زیاد از بقایای nasopalatin duct و دژنراسیون کیستیک آن (ساختمان جنینی که حفرات دهان و بینی را در ناحیه کانال incisive به هم مربوط می‌نماید) ایجاد می‌شود. گاهی دو سوراخ کوچک تر حاوی اعصاب نازوپالاتین موسوم به canals of scarpa در سوراخ اینسیزیو دیده می‌شود.
- ۲- کیست از اپی‌تلیوم ارگان جاکوبسون ایجاد شود که احتمال آن کمتر است.
- ۳- تروما یا عفونت مجرا و احتباس موكوس در غدد بزاقی فرعی مجاور
  - ◀ دهه ۴ تا ۶ و  $m > f$
  - ◀ تورم در قدام کام- درناژ- درد- اما بسیاری بدون علامت می‌باشند.
  - ◀ بندرت اتساع مواج through and through به صورت درگیری قدام کام و مخاط لیپال ایجاد می‌شود.

**نکته** ممکن است از بقایای اپی‌تلیالی به دام افتاده حین اتصال زوائد ماگزیلاری، بینی میانی و بینی جانبی ایجاد شود.

**نکته** ممکن است از اپی‌تلیوم نابه‌جای مجرای اشکی بینی ایجاد شده باشد.

**نکته** تورم یکطرفه لب بالا که موجب برجسته شدن پره بینی می‌گردد.

این بزرگ شدگی مخاط و استیبول بینی را برجسته کرده و چین موکولیپال ماگزیلا را مسدود می‌کند. درد غیر شایع، گاهی انسداد بینی، امکان دارد پاره شود و در دهان یا بینی تخلیه گردد. در بالغین (دهه ۴ و ۵)،  $f/m=3/1$

**نکته** نمای رادیوگرافی ندارد. گاهی فشار ناشی از آن تحلیل استخوان زیرین می‌دهد.

**نکته** کیست از اپی‌تلیوم استوانه‌ای مطبق کاذب به همراه سلول‌های گابلت پوشیده شده است.

در بعضی نواحی اپی‌تلیوم مکعبی، متاپلازی سنگفرشی، تغییرات آپوکراین هم مشاهده می‌شود. دیواره کیست از بافت همبندی فیبروزه و عضلات اسکلتی مجاور تشکیل شده است. درمان: خارج کردن کیست

### Globulomaxillary cyst

تئوری قبلی: کیست fissural ناشی از اپی‌تلیوم به دام افتاده در اتصال قسمت گلوبولار زوائد بینی میانی و ماگزیلاری (این دو قسمت از همان ابتدا یکی شده و اتصال رخ نمی‌دهد).

**نکته** تورم سفت یا موج در midline کام سخت و خلف

پاپی کامی. (palatine papilla)

◀ در بالغین جوان دیده می‌شود و معمولاً بدون علامت (درد و اتساع گاهی) است.

◀ رادیولوسنسی با حدود مشخص در midline کام سخت - تباعد اینسیزور میانی (گاهی)

**نکته** کیست میانی کام واقعی باید از نظر کلینیکی بزرگ شدن کام را نشان دهد.

**نکته** اپی‌تلیوم سنگفرشی مطبق در بعضی موارد (استوانه‌ای مطبق کاذب) دیده می‌شود.

درمان جراحی

◀ برای تشخیص این کیست Gingell این دسته‌بندی را انجام داد:

۱- به صورت قرینه در امتداد میدلاین کام سخت دیده شود.

۲- نسبت به palatine papilla عقب‌تر قرار گیرد.

۳- از نظر رادیوگرافی بیضی یا دایره باشد.

۴- همراه دندان غیر زنده نباشد.

۵- با کانال incisive ارتباط ندارد.

۶- از نظر میکروسکوپی در دیواره کیست باندهای عصبی و عروقی بزرگ، غضروف هیالین یا غدد بزاقی مینور دیده نمی‌شود.

### Median mandibular cyst

◀ تئوری قبلی: به دام افتادن اپی‌تلیوم در محل اتصال نیمه‌های مندیبل در طی دوران جنینی

**نکته** تئوری فعلی: اکثراً منشأ ادونتوژنیک دارند.

**نکته** اکثراً یک glandular odontogenic cyst می‌باشند.

**نکته** رادیولوسنسی گرد، بیضی یا گلایی معکوس با حدود مشخص و اسکروتیک، نزدیک midline قدام ماگزایلا در ناحیه اپیکال مابین ساترال‌ها دیده می‌شود. (نمای کلاسیک قلب به علت superimposition خار بینی)

**نکته** بندرت تحلیل ریشه دیده می‌شود. قطر تا ۶ میلی‌متر سوراخ طبیعی در نظر گرفته می‌شود.

**نکته** Cyst of the incisive papilla: کیست مجرای نازوپالاتین در بافت‌های نرم ناحیه incisive papilla که تغییر رنگ متمایل به آبی ناشی از محتویات درون لومن را نشان می‌دهد.

**نکته** پوشش کیست مجرای نازوپالاتین: مطبق سنگفرش (۳/۴ موارد) - استوانه‌ای مطبق کاذب (۱/۴ موارد) - استوانه‌ای ساده - مکعبی ساده

**نکته** غالباً بیش از یک نوع اپی‌تلیوم در کیست دیده می‌شود.

**نکته** دیواره کیست، اعصاب با اندازه متوسط و شریان‌های عضلانی کوچک و وریدها، غدد موکوسی (در ۱/۳ موارد)، غضروف هیالین و پاسخ التهابی مزمن را نشان می‌دهد و کیست‌های فوقانی کانال، اپی‌تلیوم تنفسی و کیست‌های تحتانی (نزدیک حفره دهان) اپی‌تلیوم سنگفرشی دارند.

درمان: جراحی - عود نادر

### Median palatal cyst

◀ کیست فیشرال نادر، ناشی از به دام افتادن اپی‌تلیوم در طول خط جنینی محل اتصال صفحات کامی جانبی ماگزایلا قابل اشتباه با کیست مجرای نازوپالاتین

**نکته** بقیه موارد کیست پری اپیکال، OKC و LPC اند.

درمان: جراحی

درمان: جراحی بدون عود- تغییر بدخیمی ناشایع

### Milia(milium)

کیست‌های کوچک مملو از کراتین‌اند که فرم مینیاتوری کیست‌های اپیدرموئید می‌باشند که شامل موارد زیر است:

۱. Primary congenital milia
۲. Genodermatosis- associated milia
۳. میلیا مربوط به اختلالات بولوز- تروما - داروهای خاص

به نظر می‌رسد milia اولیه از sebaceous collar of vellus hair منشأ می‌گیرد اما میلیای ثانویه از داکت‌های eccrine فولیکول مو یا اپیدرم سطحی منشأ می‌گیرند.

درمان: ایجاد شکاف از طریق چاقوی جراحی

### Follicular cyst of the skin

کیست شایع پوستی که به وسیله اپی‌تلیومی شبیه اپیدرم پوشیده شده است و از انفاندیبول مو مشتق می‌شود و به عنوان infundibular cyst یا اپیدرموئید کیست موسوم‌اند.

این کیست‌ها اغلب بعد از التهاب موضعی فولیکول مو ایجاد می‌شوند و احتمالاً پرولیفراسیون غیر نئوپلاستیک اپی‌تلیوم infundibular ناشی از روند ترمیم‌اند (non teratomaous می‌باشند).

**نکته** اصطلاح sebaceous cyst نباید برای اپیدرموئید

کیست یا pilar یا trichilemmal یا isthmus-catagen cyst به کار رود.

**نکته** pilar cyst (trichilemmal): بیشتر در scalp ایجاد

می‌شود و در زنان شایع‌تر است. معمولاً متحرک بوده و به راحتی پوسته آن برداشته می‌شود.

در میکروسکوپی لایه گرانولر وجود ندارد و یک کراتین متراکم لومن را پر می‌کند. کراتینوسیت‌های لایه بالایی بزرگند.

**نکته** کیست‌های اپیدرموئید دهانی در midline کف دهان

ایجاد می‌شوند و حداقل تظاهر طیف-teratoma-dermoid cyst-epidermoid cyst می‌باشند.

کیست‌های حاوی کراتین پوست گاهی بعد از کاشته شدن (implantation) تروماتیک اپی‌تلیوم به وجود می‌آید. به ندرت کیست‌های مشابه با Epidermal inclusion(implantation)cyst در دهان ایجاد می‌شود که باید از کیست اپیدرموئید دهانی افتراق داده شوند.

### Dermoid cyst (dysontogenic cyst)

**نکته** یک مالفورماسیون کیستیک رشدی غیر شایع

است که به وسیله اپی‌تلیومی شبیه اپیدرم پوشیده شده است و در جدار خود دارای ضمامت درم می‌باشد.

یک نوع غیر عادی و خوش‌خیم از تراتوم می‌باشد. تراتوم حقیقی، تومورهای رشدی نموی بوده و شامل بافتی از هر سه لایه جنینی اکتودرم، مزودرم و اندودرم می‌باشد. چنین تومورهایی از germ cell یا بلاستومرهای چند ظرفیتی به وجود می‌آیند.

Complex teratoma: می‌تواند خوش‌خیم یا بدخیم باشد. در تخمدان و بیضه شایع‌ترند و انواع متعددی از بافت را ایجاد می‌کنند. در دهان و گردن نیز گزارش شده‌اند ولی

**نکته** قبل از بلوغ همراه سندرم گاردنر دیده می‌شوند

. M>F

**نکته** در میکروسکوپی لایه گرانولر به خوبی تشکیل

یافته و لومن با ارتوکراتین دژنره پر می‌گردد.

اگر کیست پاره شود، کراتین به عنوان جسم خارجی شناخته شده و واکنش التهابی گرانولوماتوز شامل سلول‌های ژانت چند هسته‌ای را می‌توان در دیواره کیست مشاهده کرد.



بدون درد، رشد آهسته، توده خمیری یا لاستیکی و ایجاد pitting بعد از فشار

عفونت ثانویه ← درناژ کیست

MRI, CT و رادیوگرافی contrast medium در تعیین میزان گسترش ضایعه مفیدند.

میکروسکوپی: از اپی تلیوم مطبق سنگفرشی ارتو کراتینیزه به همراه لایه گرانولر واضح که در دیواره همبندی حاوی یک یا چند ضمامم پوستی نظیر غدد سباسه، فولیکول مو یا غدد عرق می‌باشد. اپی تلیوم تنفسی ممکن است دیده شود.

درمان: جراحی از طریق داخل دهانی در مورد ضایعات بالای جنیوهیوئید و خارج دهانی در مورد پایین جنیوهیوئید انجام می‌شود.

عود ناشایع و تبدیل شدن به SCC در موارد نادر دیده شده است.

### Thyroglossal duct cyst (tract)

در امتداد مسیر حرکت تیروئید از فورامن سکوم تا زیر غضروف تیروئید در دوران جنینی مجرای اپی تلیالی تشکیل می‌شود که متصل به قاعده زبان باقی می‌ماند. از جلو و زیر هیوئید می‌گذرد و حلقه‌ای را در بالا و پشت هیوئید به وجود می‌آورد. اغلب قسمت دمی این مجرا باقی می‌ماند و لب هر می غده تیروئید را تشکیل می‌دهد. معمولاً اپی تلیوم مجرای تیروگلوئوسال آتروفی و مسدود می‌شود. اگر بقایای اپی تلیوم باقی بماند، کیست‌هایی را در طول این مجرا به وجود می‌آورد.

محرک تشکیل این کیست‌ها: التهاب (بخصوص از بافت لنفوئیدی مجاور)، درناژ عفونت، احتباس ترشحات درون مجرا و سابقه فامیلی.

این کیست‌ها در خط وسط بین فورامن سکوم تا سوپرااسترنال ناچ واقعند.

به صورت کیست‌های بالای هیوئید (زیر چانه)، (۸۰ تا ۹۰٪ موارد) زیر هیوئید، و بندرت کیست‌های داخل زبانی دیده می‌شوند.

نادرند. در دهان از طریق بن‌بست رانکه از هیپوفیز تا کام گسترش می‌یابند.

Teratoid cyst شامل مشتقات مختلفی از لایه جنینی (ضمائم پوست، اجزاء بافت همبندی و ساختمان اندودرمال نظیر پوشش دستگاه گوارش) می‌باشد.

کیست‌های تراتوئید شامل مشتقات مختلفی از لایه جنینی می‌باشند:

۱- ضمامم پوست (فولیکول مو، غدد سباسه و عرق)

۲- بافت همبندی (عضله، و عروق خونی و استخوان)

۳- اندودرمال مانند پوشش دستگاه گوارش

به دلیل آنکه طیف teratoid cyst/dermoid cyst/epidermoid cyst نشان دهنده تکامل جنینی معیوب می‌باشد این کیست‌ها گاهی اوقات موسوم به dysontogenic cyst می‌باشند.

enterocystomas) کیست گوارشی دهانی: بافت طبیعی در موقعیت غیر طبیعی (کوریتوما). که جزء ضایعات تراوماتوز است.

*Dermoid cyst*: از نظر ساختاری از کیست تراتوئید و تراوم کمپلکس ساده‌تر است. هر چند فاقد بافتی متشکل از هر سه لایه جنینی می‌باشند اما احتمالاً یک نوع غیر عادی از تراوم را نشان می‌دهند.

*Epidermoid cyst* در دهان: ساده‌ترین شکل در طیف تراوم می‌باشند و نباید با نوع پوستی اشتباه شوند.

**نکته** کیست درموئید اکثراً در خط وسط کف دهان ایجاد می‌شود. اگر در بالای عضله جنیوهیوئید ایجاد شود ممکن است تورم زیر زبانی باعث جابه‌جایی زبان به سمت سقف دهان شود و اختلال در خوردن، تکلم و تنفس ایجاد کند. در زیر عضله جنیوهیوئید اغلب تورمی در زیر چانه با ظاهر چانه مضاعف (Double chin) ایجاد می‌کند.

در کودکان و بالغین و جوانان (مادرزادی ۱۵٪). از چند میلیمتر تا ۱۲ سانتیمتر

توده مواج نرم از ۱-۱۰ سانتیمتر (گاهی درد و حساسیت) دیده می‌شود.

در کودکان و بالغین جوان گاهی ضایعه بعد از عفونت دستگاه تنفسی فوقانی یا تروما ظاهر می‌شود.

در بعضی موارد همراه سینوس یا فیستول که ممکن است ترشحات موکونیدی به سطح پوست داشته باشد.

میکروسکوپی: پوشش کیست اپی‌تلیوم سنگفرشی مطبق که ممکن است کراتینه‌زده باشد. (بعضی اپی‌تلیوم تنفسی) به طور معمول دیواره کیست حاوی بافت لنفوئیدی بوده که اغلب تشکیل مرکز زایگر را نشان می‌دهد. (گاهی بدون بافت لنفوئیدی). آنومالی‌هایی که به صورت فیستول یا sinus tract می‌باشند اغلب اپی‌تلیوم تنفسی دارند.

درمان: جراحی بدون احتمال عود

**نکته** تظاهر متاستاز کیستیک یک کارسینوم شناخته نشده به ویژه تومورهای مرتبط با HPV قاعده زبان، لوزه زبانی یا لوزه کامی می‌تواند شبیه Branchial Cleft Cyst شود.

◀ انجام FNA یا آسپیراسیون با سوزن نازک مفید است.

### Oral lymphoepithelial cyst

کیست شایعی در بافت لنفوئیدی دهان و حلقه والدیر حلق (لوزه کامی-زبانی-آدنوئید حلقی)

**نکته** شباهت زیادی به کیست شکاف حلقی دارد.

ممکن است از انسداد کریپت‌های لوزه، و یا از اپی‌تلیوم بزاقی، اپی‌تلیوم سطحی و یا از مجاری ترشحات غده زیر زبانی و غدد بزاقی فرعی ایجاد شوند و بافت لنفوئیدی همراه آن یک پاسخ ایمنی ثانویه است.

**نکته** کیست کوچک در زیر مخاط بخصوص در کف دهان [ (۵۰٪) شایع‌ترین مکان] و بعد در سطح شکمی و خلف حاشیه زبان می‌باشد.

کیست‌هایی که در ناحیه غضروف تیروئید تشکیل می‌شوند معمولاً از خط وسط منحرف شده و در موقعیت جانبی قرار می‌گیرند.

بیشتر در دو دهه اول زندگی و  $m=f$  می‌باشد.

تورم بدون درد-مواج و قابل حرکت دیده می‌شود.

ضایعات قاعده زبان موجب انسداد حنجره می‌شوند.

اگر کیست اتصال خود به استخوان هیوئید یا زبان را حفظ کند در طی بلع یا بیرون بردن زبان، به صورت عمودی حرکت خواهد کرد.

به دلیل پارگی کیست عفونی یا جراحی در ۱/۳ موارد فیستول در پوست یا مخاط تشکیل می‌شود.

میکروسکوپی: اپی‌تلیوم مطبق سنگفرشی و یا استوانه‌ای و با احتمال کمتر مکعبی یا روده باریک، (گاهی مخلوط اپی‌تلیوم) دیده می‌شود. ممکن است بافت تیروئید در جدار کیست ایجاد شود اما یافته ثابتی نیست.

درمان به وسیله جراحی روش sistrunk (برداشت کیست + قسمت میانی استخوان هیوئید + بخش عظیمی از بافت عضلانی موجود در طول مجرای تیروگلو سال) انجام می‌شود.

**نکته** کمتر از ۱٪ موارد ایجاد papillary thyroid adenocarcinoma که متاستاز آن نادر است دیده می‌شود.

### Branchial cleft cyst (Cervical Lymphoepithelial cyst)

**نکته** کیست رشدی نمودی در سمت جانبی گردن در طول لبه قدامی عضله SCM که مشتق از کمان دوم حلقی است.

آنومالی ناشی از کمان اول برانشیال نزدیک غده پاروتید یافت می‌شود.

آنومالی شکاف سوم و چهارم نادرترند و در lower neck و mediastinum دیده می‌شوند.

**نکته** اغلب پوست ضخیم شده و افزایش پیگمانتاسیون، پرمویی، تلاتژکتازی و nevus flammmus نشان می‌دهد.

**نکته** افزایش شیوع تومورهای شکمی مانند wilms، کارسینوم کورتیکال آدرنال و هپاتوبلاستوما دیده می‌شود.

**نکته** ماکروگلوسیای یکطرفه همراه با پاپی‌های برجسته زبانی شایع است.

در رادیوگرافی افزایش اندازه کانال ماندبیل دیده می‌شود.

تاج دندان‌ها بزرگتر شده و امکان تشکیل نابالغ این دندان‌ها و رویش زودرس دیده می‌شود. برخی تحلیل ریشه را گزارش کرده‌اند.

میکروسکوپی: افزایش ضخامت اپی‌تلیوم و هایپرپلازی بافت همبند.

درمان: جراحی زیبایی و بررسی تومورهای شکمی.

### Progressive hemifacial atrophy (parry-Romberg syn.):

آتروفی پیشرونده نیمه صورت که علت آن را اختلال عملکرد تغذیه‌ای سیستم عصبی سمپاتیک گردنی می‌دانند. تروما، عفونت Borrelia، عفونت ویروسی و وراثت نیز مطرح شده‌اند. موارد فامیلیال ذکر شده‌اند.

**نکته** عده‌ای معتقدند که شکلی از اسکلرودرمای موضعی می‌باشد.

به شکل آتروفی پوست و ساختمان‌های زیر جلد تظاهر می‌کند. ممکن است هیپوپلازی استخوان زیرین دیده شود. گاهی ممکن است دوطرفه دیده شود و یا یک طرف کل بدن را درگیر کند.

زنان بیشتر مبتلا می‌شوند.

**نکته** کیست سفت یا نرم بوده دارای مخاط پوشاننده صاف و سالم است و حاوی مواد کراتینی خامه‌ای یا پنیری است.

در بالغین جوان شایع‌تر است.

میکروسکوپی: حفره کیستیک مفروش از اپی‌تلیوم مطبق سنگفرشی پاراکراتینیزه بدون رت‌ریج دیده می‌شود. گاهی با اپی‌تلیوم سطحی ارتباط دارد.

گاهی سلول موکوسی دیده می‌شود.

برجسته‌ترین ویژگی کیست وجود بافت لنفوئیدی در دیواره کیست است.

درمان: جراحی

### Hemihyperplasia (hemihypertrophy)

افزایش رشد ناقربنه یک یا چند قسمت از بدن که می‌تواند همراه سندرم نیز دیده شود.

اگر تمام یک طرف بدن گرفتار شود: Complex hemihyperplasia  
اگر به یک عضو محدود باشد: Simple hemihyperplasia  
سایر علل رشد یک طرفه شامل سندرم Beckwith-wiedemann، سندرم proteus و نوروفیروماتوزیس تیپ I باید رد شود.

عوامل اتیولوژیک شامل ابنورمالیتی و سکولار یا لنفاتیک، اختلالات CNS، اختلال در عملکرد غدد داخلی و مکانیسم‌های ناهنجاری دو تا شدن (twinning) و آنومالی کروموزومی می‌باشد.

اگر بزرگ شدگی به یک طرف صورت محدود شود ممکن است اصطلاح hemifacial hyperplasia به کار رود.

گاهی نواحی مختلف از هر دو طرف بدن درگیر می‌شوند.

$\frac{F}{M} = \frac{2}{1}$  و بیشتر سمت راست بدن درگیر است.

اغلب ناقربنگی در زمان تولد دیده می‌شود ولی در زمان بلوغ شدیدتر می‌گردد.

Becker's nevus (rough erythema) و یک بیمار با هیپر تریکوز + هیپرپیگمانتاسیون دیده شده است. میکروسکوپی: در لثه فیبروزیس غیر اختصاصی دیده می شود. استخوان ماگزایلا woven بوده و خطوط reversal فراوان دارد اما فاقد فعالیت استئوبلاستیک و استئو کلاستیک بارزند.

◀ دندان های شیری در گیر، توبول های عاجی نامنظم، کاهش لایه ادنتوبلاستی و تحلیل خارجی نشان می دهند.  
درمان: در صورت احتیاج درمان جراحی و ارتودنسی انجام می شود.

### Crouzon syn.(craniofacial dysostosis)

بسته شدن زودرس درزهای استخوانی جمجمه دیده می شود.

◀ موتاسیون ژن FGFR2 و افزایش سن پدیری در ایجاد آن مؤثرند.  
◀ علائمی نظیر براکیوسفال (سر کوتاه)، scaphocephaly (سر قایقی) یا trigonocephaly (سر سه گوش) دیده می شود.

◀ در موارد شدید جمجمه برگ شبدری

(clover leaf)(kleeblattschadel) دیده می شود.

◀ رادیوگرافی جمجمه علامت اثر انگشت یا طرح فلز

چکش خورده (beaten metal) را نشان می دهند.

◀ هیپوپلازی میانی صورت و بیرون زدگی چشم (proptosis) دیده می شود. کوری و کم شنوایی ممکن است دیده شود.

◀ ممکن است شکاف کاذب در خط وسط ماگزایلا دیده شود. بعضی missing دندانانی نشان می دهند.

درمان: جراحی

◀ هایپرپیگمانتاسیون پوست و ایجاد اسکلو درمای خطی یا نمای ضربه شمشیر enophthalmos, (coup de sabre) نورالژی تری ژمینال، پارستزی عصب فاسیال، میگرن و صرع دیده می شود. آتروفی یک طرفه زبان دیده می شود.

◀ دهان و بینی به سمت ناحیه مبتلا منحرف می شوند. آتروفی لب بالا موجب نمایان شدن دندان های ماگزایلا می گردد. در اثر هیپوپلازی ماندیل و تأخیر در رویش دندان اغلب open bite خلفی و یکطرفه دیده می شود.

میکروسکوپی: آتروفی اپیدرم و ارتشاح دور عروقی لنفوسیت و مونوسیت. در مواردی که شبیه اسکلو درمای خطی (Lincar) است فیبروز درم دیده می شود تغییرات دژنراتیو اندوتلیوم عروق بوسيله میکروسکوپ الکترونی مشخص می گردد.  
درمان: جراحی پلاستیک

### Segmental odontomaxillary dysplasia (hemimaxillo facial dysplasia)

◀ از نظر کلینیکی با craniofacial fibrous dysplasia و hemifacial hyperplasia اشتباه می شود.

◀ در دوران کودکی کشف می شود و مشخصه آن بزرگ شدگی یکطرفه و بدون درد استخوان ماگزایلا و هیپوپلازی فیروزه در بافت های نرم لثه ای پوشاننده آن می باشد. برجسته شدن لب بالا دیده می شود.

◀ یک یا هر دو پره مولر ماگزایلا وجود ندارد و دندان های شیری ناحیه هیپوپلاستیک اند و نقایص مینایی نشان می دهند.

◀ رادیوگرافی ترابکول های ضخیم عمودی را نشان می دهد که نمای گرانولر و اپک دارند.

◀ در موارد متعددی پرمویی پوست و اریتم تیره

یک یا دو دندان دائمی بویژه لترال ماگزویلا و پره مولر دوم مندیبل را ندارند.  
درمان: جراحی

### Mandibulofacial dysostosis

#### (Treacher collin syn)

افزایش سن پدری مؤثر است. اختلال در کمان اول و دوم حلقی. ژن (Treacle or TCOF1)  
زایگوما هیپوپلاستیک است. در اکثر بیماران (Coloboma) یا شیاری روی قسمت خارجی پلک پایین ایجاد می‌شود.  
گوش خارجی بد شکل است - عقب رفتگی شدید چانه و هیپوپلازی کندیل و زوائد کروئوئید به همراه antegonial notch دیده می‌شود. علائم در نسل‌های بعدی شدیدتر می‌شود.

**نکته** lateral facial cleft (ماکروستومیا) و شکاف کام دیده می‌شود.

موی بناگوش گسترش زبانه ای شکل (-tongue shaped) نشان می‌دهد. extra ear tag یا آویزه گوش دیده می‌شود. نقایص استخوانچه و فقدان کانال گوش خارجی منجر به از دست رفتن شنوایی می‌شود.

فقدان مادرزادی حفره بینی (choanal atresia) دیده می‌شود.

درمان: جراحی متعدد

### Apert syn.(Acrocephalosyndactyly)

با craniosynostosis و موتاسیون FGFR2 و افزایش سن پدری مشخص می‌شود.

جمعیه برجی شکل (acrobrachycephaly) و در موارد شدید جمعیه برگ شبدری دیده می‌شود.  
بیرون زدگی چشم علامت اختصاصی است.  
رادیوگرافی جمعیه اثر انگشت را نشان می‌دهد.  
یک سوم میانی صورت عقب رفته و هیپوپلاستیک است و بیمار مشکل تنفسی (تنفس با دهان باز) دارد.  
عفونت گوش میانی به از دست رفتن شنوایی می‌انجامد.

**نکته** نقایص اختصاصی اندام‌ها به تشخیص Apert از سایر سندرم‌های craniosynostosis کمک می‌کند (syndactyly) چسبندگی انگشت دوم و سوم و چهارم دیده می‌شود. اتصال ناخن (synonychia) نیز دیده می‌شود.

مال‌اکلوژن کلاس III، شکاف کام نرم و زبان کوچک و لب‌های دوزنقه‌ای شکل دیده می‌شود.  
بینایی به دلیل نمایان شدن مزمن چشم، افزایش فشار داخل جمجمه و تحت فشار بودن اعصاب اپتیک از بین می‌رود.  
Sleep apnea ممکن است ایجاد شود.

**نکته** به دلیل تجمع گلیکوز آمینوگلیکان بخصوص اسید هیالورونیک نمای شکاف کاذب کام سخت ایجاد می‌شود. ضخیم شدن لثه موجب عدم رویش می‌شود.

# ناهنجاری دندان

ناهنجاری دندانی ← ارثی  
← محیطی

## تغییرات محیطی دندان

مینا از جمله بافت‌هایی است که پس از تشکیل دچار ریمدلینگ نمی‌شود.

تشکیل مینا در سه مرحله انجام می‌شود:  
Matrix formation - ۱  
mineralization - ۲  
maturation - ۳

میزان رسوب مینا حدود  $0.23 \text{ mm}$  در روز است.

نقایص محیطی مینا سه الگو دارد:

۱- هیپوپلازی: وجود پیت و شکاف و یا نواحی وسیع فاقد مینا. (نقص کمی مینا)

۲- آپسیتی منتشر (diffuse): ضخامت مینای درگیر طبیعی است اما دارای افزایش آپسیتی سفید رنگی است که مرز مشخص با مینای طبیعی مجاور ندارد. (نقص کیفی مینا)

۳- آپسیتی کانونی (demarcated): نواحی از افزایش آپسیتی که با مینای مجاور مرز مشخص دارد که می‌تواند سفید، کرم، زرد یا قهوه‌ای باشد. (نقص کیفی مینا)

به نظر نمی‌رسد علت آسیب اهمیت زیادی داشته باشد چرا که تحریکات موضعی و سیستمیک توانایی ایجاد نقایص با نمای کلینیکی مشابه را دارند.

آپسیتی‌های زرد یا قهوه‌ای متخلخل تر از آپسیتی سفیدند و با شدت بالاتری همراه با از دست رفتن مینا می‌باشند.

**نکته** رشد و نمو تاج دندان‌های شیری ← هفته چهاردهم جنینی شروع و تا ۱۲ ماهگی ادامه دارد.

رشد و نمو تاج دندان‌های دائمی ← تقریباً از ۶ ماهگی تا ۱۵ سالگی به وقوع می‌پیوندد.

**نکته** بیماری‌های ویروسی و تب‌های اگزانتوماتوز در ۲ سال اول ← آسیب به مینای دندان‌های قدامی و مولر اول.

**نکته** بیماری‌های ویروسی و تب‌های اگزانتوماتوز در ۴-۵ سالگی ← آسیب به مینای کائین، پره‌مولر و مولر دوم.



### هیپوپلازی ناشی از درمان آنتی‌نئوپلاستیک:

تغییرات بیشتر در اثر اشعه درمانی و در کودکان زیر ۱۲ سال و تغییرات شدیدتر در زیر ۵ سال دیده می‌شود. تغییرات شامل: ۱- هایپودنسیا، ۲- کوچک شدن دندان، ۳- هیپوپلازی ریشه و مینا، ۴- هیپوپلازی ماندبیل و کاهش رشد عمودی یک سوم تحتانی صورت. هایپوپلازی مندبیل به دلیل اثر مستقیم اشعه، کاهش رشد استخوان آلوئول به علت تشکیل ناقص ریشه یا احتمالاً نارسایی رشد در رابطه با تغییر عملکرد هیپوفیز به دلیل تابش اشعه به مجسمه می‌باشد.

**فلوئوروزیس دندان:** دوز مجاز بین ۰/۷ تا ۱/۲ ppm در آب آشامیدنی است.

فلوراید منجر به تشکیل مینای هیپومینرالیزه می‌گردد که به صورت لکه‌های سفید گچی دیده می‌شود و به پوسیدگی مقاوم است.

تأثیر ژنتیکی نیز مطرح است. اثرات بعد از رویش (posteruptive) فلوراید بارزند.

در گذشته نواحی دچار فلوئوروزیس متوسط تا شدید را mottled enamel می‌گفتند.

**نکته** کنترل جذب فلوراید تا قبل از ۳ سالگی به شدت توصیه می‌شود.

**هیپوپلازی سیفیلیسی:** در سیفلیس مادرزادی دندان‌های قدامی بیچ گوشتی یا هوجینسون و مولرهای شبیه توت یا mulberry دیده می‌شود.

### ✓ از دست رفتن ساختمان دندان بعد از رشد و نمو

۱- attrition: سایش در اثر تماس دندان با دندان (که می‌تواند فیزیولوژیک یا پاتولوژیک باشد). فاست‌های بزرگ، مسطح، صاف و درخشان ایجاد می‌شود که با طرح اکلوژن مطابقت دارد و با

**نکته** هیپوپلازی ترنر: نقص مینایی در دندان دائمی

(پره‌مولر) به علت بیماری التهابی پری‌ایکال دندان شیرینی روی آن. اگر به علت تروما باشد بیشتر سانتال‌های ماگزایلا و لاترال ماگزایلا اکثراً سطح فاسیال درگیر می‌شود. عوامل تعیین‌کننده میزان آسیب به دندان دائمی در اثر عفونت دندان شیرینی شامل مرحله تکامل دندان، مدت زمانی که عفونت بدون درمان باقی می‌ماند، بیماری زایی ارگانسیم‌های عفونی و مقاومت میزبان در برابر عفونت می‌باشد.

ترومای شدید در مراحل اولیه رشد و نمو ممکن است ساختمانی شبیه ادنوم کمپلکس ایجاد کنند.

علاوه بر ایجاد دندان ترنر کلاسیک، افزایش شیوع demarcated opacities در دندان دائمی جایگزین دندان شیرینی پوسیده دیده می‌شود. همچنین آسیب شدید در مراحل انتهایی ساخت دندان موجب توقف تشکیل قسمتی یا تمام ریشه می‌شود.

### Molar-incisor hypomineralization (MIH)

این بیماران نقایص مینایی در یک یا تعداد بیشتری از مولرهای دائمی نشان می‌دهند. این دندان‌ها در درمان دندانپزشکی بسیار حساسند و به سختی بی‌حس می‌شوند. با هایپومینرالیزاسیون ۱ تا ۴ دندان مولر اول دائمی تعریف می‌شود اگرچه اینسیزورها هم مبتلا می‌شوند. مینای تغییر یافته سفید، زرد و یا قهوه‌ای است و توسط مرز مشخصی از مینای سالم جدا می‌شود. اینسیزور مبتلا فقط اپسیتی سفید نشان می‌دهد. عوامل موثر شامل وضعیت تغذیه ای، عوامل حین تولد و نوزادی، ابتلا به بیماری در کودکی، تب بالا، آنتی‌بیوتیک‌ها از قبیل تتراسایکلین و آموکسی‌سیلین، مصرف شیر مادر به مدت طولانی (احتمالاً به دلیل dioxin) فلوراید می‌باشد.

عده‌ای معتقدند که از بین رفتن دندان در ناحیه سرویکال به علت کاهش جریان بزاق سروزی است تا فشارهای اکلوزالی. مطالعه بر روی بیماران دارای Bruxism شدید نتوانسته رابطه‌ای بین نیروهای اکلوزالی شدید و از دست رفتن دندان در ناحیه سرویکال پیدا کند.

شیارهای ایجاد شده معمولاً V شکل و عمیق و گاهی زیر لثه که اغلب تک دندان را مبتلا می‌کند.

کاین و مولرها اغلب درگیر می‌شوند (سطح فاسیال) در تمام موارد بالا چون پروسه طولانی است رسوب عاج ثالثیه و جلوگیری از اکسپوز پالپ را داریم. در دندان‌های شیری ممکن است همراه با اکسپوز باشد.

**نکته** abrasion + attrition : Demastication

**نکته** Perimolysis: اروژن در اثر تماس با ترشحات معده

#### ۷ تحلیل داخلی و خارجی

تحلیل داخلی: نسبتاً نادر است و در اثر تحریک پالپ و به وسیله سلول‌های پالپ ایجاد می‌شود. معمولاً بدون علامت است مگر در مواردی که با التهاب قابل توجه پالپ همراه است و دارای دو الگو است:

۱- تحلیل inflammatory: عاج جذب شده توسط بافت گرانولیشن جایگزین می‌شود که معمولاً علت باکتریال داشته و در ناحیه سرویکال دیده می‌شود و روند تحلیل تا نکروز کامل پالپ ادامه می‌یابد (معمولاً پالپ کرونال نکروتیک و قسمت اپیکال زنده است).

**نکته** هنگامی که قسمت کرونال دچار تحلیل شود تاج می‌تواند تغییر رنگ صورتی دلچک (pink tooth mummery) را ایجاد کند.

گذشت زمان موجب کوتاه شدن قوس فکی می‌شود. عوامل تسریع کننده: مینای ضعیف، تماس زودرس، ساینده داخل دهانی، اروژن و عادات ساییدن دندان

۲- abrasion: سایش دندان در اثر یک عامل خارجی مانند مسواک زدن. این نقایص مارچین‌های بسیار مشخص و سطح سخت و صاف دارند. استفاده از پیپ، پاره کردن نخ یا استفاده از سنجاق سر شیارهای گرد یا V شکل در لبه انسیزال دندان قدامی ایجاد می‌کند.

۳- erosion: (عده‌ای معتقدند Dental Corrosion نام بهتری است). سایش و تخریب دندان در اثر یک عامل شیمیایی مانند اسید. اما عوامل شلاته کننده (chelating) نیز علت اولیه می‌باشند.

تخریب دندان در اثر تولید اسید باکتری‌های پلاک، اروژن محسوب نمی‌شود.

نواحی مبتلا توسط بزاق سروزی محافظت نمی‌شوند. سطوح فاسیال، پالاتال دندان‌های قدامی ماگزایلا و سطوح فاسیال و اکلوزال دندان‌های خلفی ماندیبل اکثراً مبتلا می‌شوند.

الگوی کلاسیک اروژن ضایعات فنجان‌ی cupped می‌باشد.

اغلب فرورفتگی مقعری در عاج ایجاد می‌شود که به وسیله حاشیه برجسته‌ای از مینا احاطه می‌گردد.

گاهی کاسپ‌های باکال کاملاً از بین می‌روند و فرورفتگی شبیه سطح شیب اسکی (ski slope-like) ایجاد می‌شود.

اروژن فعال دارای سطح رنگ نگرفته و تمیز است در حالی که محل‌های غیر فعال دچار تغییر رنگ می‌شوند.

۴- abfraction: تخریب دندان در ناحیه طوق به دلیل استرس‌های اکلوزالی.