

فصل ۱۵ و ۳ نوپل / کیست ها و تومورهای ادنتوزنیک - ضایعات التهابی

(سطح اهمیت: A)

طبقه بندی کیست های ادنتوزنیک:

❖ کیست های التهابی:

۱- رادیکولار ۲- رزیجووال ۳- باکال بایفورکیشن.

❖ کیست های رشدی تکاملی:

۱-دنتی ژروس ۲-کیست رویشی ۳-OKC ۴-orthokeratinized odontogen cyst

۵-Gingival cyst of newborn ۶-Gingival cyst of adult ۷-LPC ۸-COC

۹-Glandular odontogenic cyst

منشا (التهابی یا غیر التهابی بودن) کدامیک از کیست های زیر با بقیه متفاوت است؟ (ورودی ۹۲)

ب) Latral Radicular Cyst

الف) Buccal Bifurcation Cyst

د) Eruption Cyst

ج) Residual Cyst

جواب: گزینه ی د

Inflammatory odontogenic cyst**Buccal bifurcation cyst**

کیست التهابی ناشایع در ناحیه فورکای باکالی مولر اول دائمی پایین

گاهی در سمت باکال و دیستال دندان مولر سوم نیمه رویش یافته همراه با سابقه پری کرونیت دیده می شود که در این

حالت Paradental cyst نامیده می شود.

تشخیص Para dental cyst از کیست دنتی ژروس عفونی بسیار مشکل است.

بعضی از این کیست ها در دندان هایی که enamel ectopic (enamel extension) داشته اند، دیده می شوند.

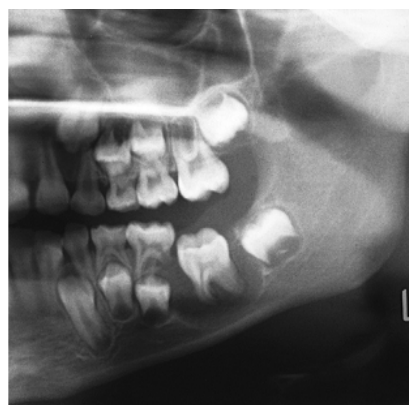
در کودکان ۵ تا ۱۳ سال دیده می شود.

درد خفیف و متوسط در سمت با کال مولر اول فکر پایین که ممکن است در حال رویش باشد و تورم و ترشح بد مزه و بدبو احساس شود.

پروب پرپودنتالی معمولاً در قسمت باکالی دندان درگیر، تشکیل پکت را نشان می‌دهد و حدود ۱/۳ بیماران درگیری دو طرفه مولرهای اول را نشان می‌دهند.

❖ **نمای رادیوگرافیک:** رادیولوسنسی تک حفره‌ای با حدود مشخص که فورکای باکالی و ناحیه ریشه را مبتلا می‌کند. استفاده از گرافی اکلوزال مفید است.

ریشه‌های مولر به سمت کورتکس لینگویالی فک پایین متمایل می‌شوند. موارد زیادی همراه با proliferative periostitis در کورتکس باکال می‌باشد.



شکل ۱-۲: نمای اکلوزال، جابه‌جایی لینگویالی ریشه‌های مولر

شکل ۱-۱: باکال بایفورکیشن کیست

❖ **نمای میکروسکوپی:** غیراختصاصی اند و سیستی را نشان می‌دهد که بوسیله اپی‌تلیوم سنگفرشی مطابق غیرکراتینیزه پوشیده شده است که در بعضی نواحی آن هایپرپلازی دارد. ارتشاح سلول‌های آماسی مزمن در بافت همبند دیده می‌شود.

❖ **درمان:** enucleation کیست بدون در آوردن دندان. بعضی بدون جراحی بهبود می‌یابند.

کدام کیست منشاء التهابی داشته و معمولاً در کودکان دیده می‌شود؟ (ورودی ۹۶)

الف) Eruption cyst

ب) Dentigerous cyst

ج) Buccal bifurcation cyst

د) Gingival cyst of newborn

جواب گزینه ج

Periapical granuloma

(Dental granuloma-chronic apical periodontitis)

توده‌ای از بافت گرانولاسیون التهابی مزمن (لنفوسیت-پلاسماسل) یا تحت حاد در اپکس یک دندان غیر زنده در مرحله اول نوتروفیل‌ها غالبند و نمای رادیوگرافی هم ندارد که موسوم به acute apical periodontitis می‌باشد، نوتروفیل‌ها پروستاگلاندین ترشح می‌کنند که فعالیت استئوکلاستی را افزایش می‌دهد. در مرحله‌ی بعد سلول‌های مزمن غالب شده، مدیاتوری که لنفوسیت‌ها ترشح کرده، فعالیت استئوکلاستی را کاهش و فعالیت فیبروبلاستی را افزایش می‌دهد. این مرحله بدون علامت است و نمای رادیولوگنت دارد. تغییرات التهابی ثانویه حاد در پری اپیکال گرانولوما phoenix abscess نامیده می‌شود. معمولاً ضایعه بدون علامت است و واکنش قابل توجهی به حرارت و دق نشان نمی‌دهد گرانولوم پری اپیکال اکثر ضایعات التهابی اپیکال را تشکیل می‌دهد.

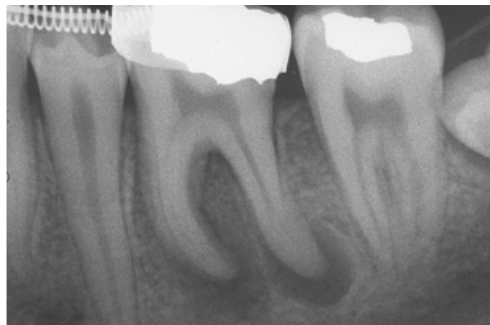
شایع‌ترین ضایعه‌ی التهابی پری اپیکال است.

❖ **نمای رادیوگرافیک:** رادیوگرافی diagnostic نبوده و رادیولوگنتی با حدود مشخص یا نامشخص را نشان

می‌دهد که در ناحیه‌ی درگیر لامینا دورا محو شده است. و تحلیل ریشه شایع است.

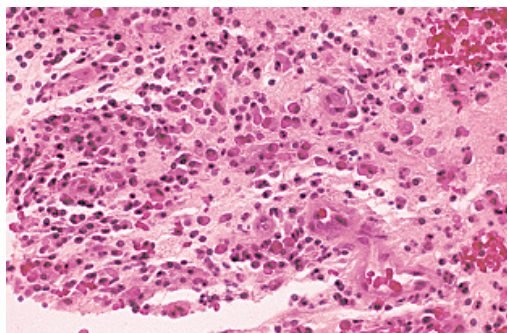
در مواردی که تست‌های کلینیکی ضایعه پری اپیکال را نشان می‌دهند اما رادیوگرافی معلوم نیست از Cone beam CT

استفاده می‌شود که دقت بالاتری دارد.



شکل ۱-۳: گرانولوم پری اپیکال

❖ **نمای میکروسکوپی:** بافت جوانه‌ای التهابی غالباً حاوی لنفوسیت می‌باشد. که توسط دیواره همبندی فیبروزه احاطه شده است.



شکل ۴-۱: گرانولوم پری اپیکال

امکان مشاهده موارد زیر وجود دارد:

(۱) **Russell body:** اجسام ائوزینوفیلی پراکنده متشکل از گاما گلوبولین مترشحه از پلاسماسل‌ها

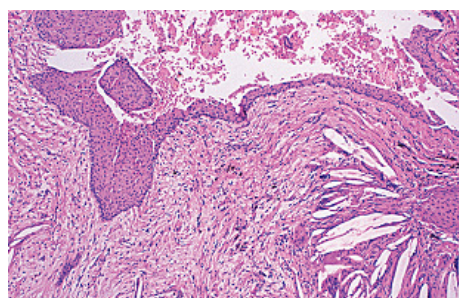
(۲) بقایای مالاسز

(۳) سلول‌های ژانت چند هسته‌ای

(۴) **Pyronine body:** اجسام بازوفیلیک حاصل از ترشح پلاسماسل

(۵) هموسیدرین

(۶) کلفت کلسترول (موجب جذب ماکروفاژ و ژانت چند هسته‌ای می‌شود).



شکل ۵-۱: کلسترول کلفت

❖ **درمان:** اندو و پیگیری. در صورت عدم درمان کشیدن دندان و خارج کردن بافت توصیه می‌شود.

تجمع واضح کلسترول کلفت در غیاب عفونت میکروبیال فعال می‌تواند باعث ادامه پروسه التهابی می‌شود.

گاهی در صورت جراحی به خصوص در مواردی که پللیت باکال و لینگوال آسیب دیده باشد محل ضایعه به جای استخوان

با فیبروز پر می‌شود که اندیکاسیون جراحی ندارد و **fibrous periapical scars** نامیده می‌شود.



شکل ۱-۶: Fibrous periapical scar

عدم موفقیت درمان به دلایل: ۱- تشکیل کیست ۲- درمان نامناسب (باقی ماندن عفونت پالپال) ۳- عفونت خارج ریشه‌ای مانند اکتینومایکوز ۴- تجمع دبری‌های اندوژن مانند کریستال کلسترول ۵- وجود جسم خارجی در ناحیه اپیکال ۶- بیماری پریودنتال همراه این ضایعه ۷- نفوذ به سینوس ماگزیلا ۸- تشکیل اسکار فیبروزه
بیشترین سلولی که در نمای هیستوپاتولوژی دنتال گرانولوما دیده می‌شود، عبارت است از: (ورودی ۹۱)

Mast Cell (ب)

Giant Cell (الف)

Lymphocyte (د)

Eosinophil (ج)

جواب: گزینه د

سلول غالب در مراحل اولیه عفونت پری اپیکال کدام است؟ (ارتقا ۹۵)

الف) لنفوسیت (ب) پلاسماسل (ج) ماکروفاژ (د) نوتروفیل

جواب گزینه د

Periapical cyst

(Radicular Cyst–Apical periodontal Cyst)

افزایش Keratinocyte growth factor توسط سلول های استرومای پریودنتال رخ می دهد.

اپی تلیوم موجود در آپکس دندان غیرزنده می تواند به وسیله ی التهاب تحریک شده و کیست واقعی مفروش از اپی تلیوم یا پری

اپیکال کیست را ایجاد کند.

منشا آن بقایای مالاسز است اما اپی تلیوم شیار لثه، پوشش سینوس و پوشش اپی تلیالی مجرای فیستول نیز می تواند دخیل باشد.

کیست و گرانولوم پری اپیکال میتوانند به هم تبدیل شوند. شیوع گرانولوم از کیست بالاتر است.

لترال رادیکولار کیست، کیستی مشابه در طول سطح جانبی ریشه می باشد. که از نظر رادیوگرافی مشابه لترال پریودنتال کیست می باشد اما در مورد اول پالپ غیر زنده است (تشخیص این دو از طریق تست حیات پالپ).

اگر بافت ملتهب ناحیه آپکس پس از کشیدن دندان خارج نشود ممکن است کیست باقی مانده یا residual ایجاد شود.

• کیست پری اپیکال را می توان به دو دسته تقسیم کرد:

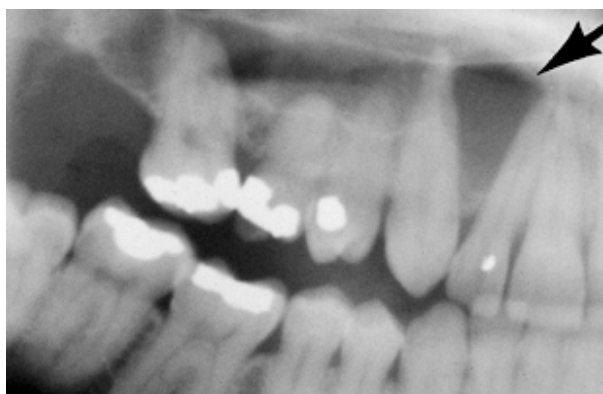
(۱) pocket cyst که به علت حضور انتهای ریشه در داخل کیست اپی تلیوم ناقص است. (۲) true cyst که به

علت عدم گسترش آپکس به داخل کیست اپی تلیوم پوشاننده کامل و شبیه کیست است.

دندان درگیر غیرزنده و معمولا بدون علامت است. امکان لقی دندان درگیر وجود دارد.

❖ **نمای رادیوگرافیک:** نمای رادیوگرافی ضایعه مشابه گرانولوم پری اپیکال است. اگر بزرگ شود ممکن است

تورم و حساسیت خفیف ایجاد کند. از دست دادن لامینادورا و تحلیل ریشه شایع است.



شکل ۸-۱: کیست رادیکولار طرفی



شکل ۷-۱: کیست پری اپیکال

در residual cyst با گذشت زمان گاهی دژنراسیون محتویات سلولی درون کیست به کلسیفیکاسیون دیستروفیک و رادیو

اپسیتی مرکزی لومن منجر می شود.



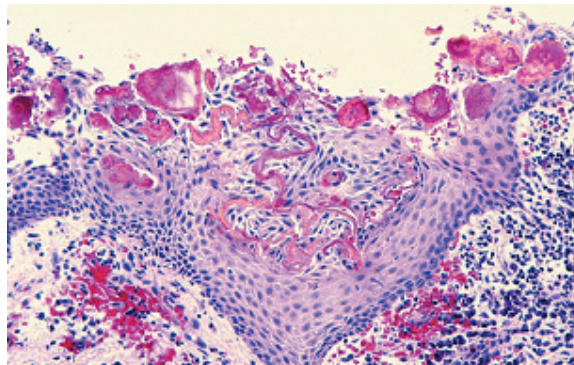
شکل ۹-۱: کیست رزیجوال

کیست رادیکولار به ندرت دندان شیری (مولر) را مبتلا می کند.

❖ **نمای میکروسکوپی:** اپی تلیوم سنگفرشی مطبق همراه با اگزوسیتوز، اسپونژیوز و هیپرپلازی، کیست را مفروش می کند.

همانند دنتی ژروس کیست، سلول های موکوسی و اپی تلیوم استوانه ای مطبق کاذب مژک دار (prosoplasia) می تواند دیده شود.

در بافت همبندی التهاب مزمن (لنفوسیت و پلاسماسل) دیده می شود.
گاهی در اپی تلیوم کلسیفیکاسیون خطی یا کمائی موسوم به rushton body دیده می شود.



شکل ۱۰-۱: راشتن بادی

گاهی در دیواره کیست حوضچه های کوچکی از مواد ائوزینوفیلیک با حاشیه چین خورده از کلاژن متراکم دیده می شود که با لنفوسیت و سلول ژانت چند هسته ای احاطه شده اند که به اجسام هیالین یا giant-cell hyaline، pulse granuloma، موسوم اند. (حاوی سرم خارج شده از رگ هستند)

❖ **درمان:** اندو-جراحی و کشیدن دندان

Periapical Poket Cyst با کدامیک از ویژگی های زیر مشخص می شود؟ (بورد ۹۱)

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| الف) Cholestrol clefts | ب) Russell bodies |
| ج) Foam cell aggregation | د) Incomplete epithelial lining |

جواب: گزینه د

بهترین راه تشخیص افتراقی کیست لترال پریودنتال از کیست رادیکولری که در سطح طرفی ریشه دندان ایجاد شده باشد، چیست؟ (ورودی ۹۱)

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| الف) تست حیات دندان (vitality) | ب) رادیوگرافی پانورامیک |
| ج) آزمایش هیستوپاتولوژی | د) آسپیراسیون |

جواب: گزینه الف

وجود کدام مورد در کیست رادیوکولار نشانگر وقوع prosoplasia است؟ (ارتقا ۹۵)

الف) هیالین بادی

ب) سلول موکوسی

ج) راسل بادی

د) شکاف کلسترول

جواب گزینه ب

کلسیفیکاسیون دیستروفیک در دیواره همبندی کدام کیست دیده می شود؟ (بورد ۹۶)

الف) periapical cyst

ب) calcifying odontogenic cyst

ج) buccal bifurcation cyst

د) lateral periodontal cyst

جواب: گزینه الف

حضور کدامیک از ساختمان های زیر در کیست رادیوکولار ممکن است موجب شکست بهبود کیست علیرغم درمان مناسب ریشه باشد؟ (ارتقا ۹۶)

الف) شکافهای کلسترول

ب) جزایر اپی تلیوم ادنتوژنیک

ج) اجسام هیالین

د) کلسیفیکاسیون دیستروفیک

جواب: گزینه الف

تمام موارد به عنوان منشاء کیست رادیوکولار مطرح است به جز؟ (ورودی ۹۶)

الف) بقایای مالاسه

ب) بقایای سرز

ج) اپی تلیوم شیار لثه

د) پوشش سینوسی

جواب گزینه ب

کلاژن متراکم احاطه شده با لنفوسیت و سلول های ژانت چند هسته ای مشخصه هیستولوژیک کدامیک از اجسام زیر است؟ (ورودی ۹۷)

الف) Pyronine

ب) Russell

ج) Hyaline

د) Rushton

جواب گزینه ج

Developmental odontogenic cyst

شیوع کیست‌های ادنتوژنیک بسیار بالاتر از تومورهای ادنتوژنیک است.

Dentigerous cyst

(follicular cyst)

شایع‌ترین کیست تکاملی ادنتوژنیک (۲۰٪ کل کیست‌های مفروش از اپی‌تلیوم فکین)

تاج یک دندان رویش نیافته را در بر می‌گیرد و در ناحیه CEJ به دندان متصل می‌شود. از تجمع مایع بین اپی‌تلیوم

کاهش یافته مینایی و تاج دندان به وجود می‌آید.

دنتی ژروس متعدد به صورت ناشایع گزارش شده است.

• تئوری‌های منشاء آماسی برای DC:

۱- آماس پری اپیکال دندان شیری که باعث ایجاد کیست دنتی جروس در اطراف تاج یک دندان دائمی رویش نیافته می‌شود.

۲- مولر سوم نیمه رویش یافته فک پایین که دارای یک ضایعه شبه کیستی آماسی در دیستال و باکال است. (پارادنتال کیست)

به ترتیب شیوع ← سومین مولر فک پایین - کانین ماگزایلا - سومین مولر ماگزایلا - دومین پره مولر مندیبل (دندان ۸ مندیبل شایعترین)

دندان شیری رویش نیافته - دندان اضافی یا ادنتوم را به ندرت مبتلا می‌کنند.

۱۰-۳۰ سال، در مردان > زنان و در سفید پوست > سیاهپوست است.

این کیست به جز در موارد عفونت ثانویه رشدی آهسته و بدون درد دارد که ممکن است منجر به اتسع استخوانی و ناقربینی صورت شود.

دنتی ژروس ثانویه عفونی شده به علت پری کورنیت در موارد Partially erupted یا از ضایعات پری اپیکال یا پریودنتال دندانهای مجاور می‌باشد.

❖ **نمای رادیوگرافی:** رادیو لوسنی یونی لاکولار همراه تاج دندان نهفته به حدود مشخص و حاشیه اسکروتیک

- انواع عفونی حاشیه نامشخص