

## گزارش یک مورد کیست دنتی ژروس در ارتباط با ادونتوم کامپلکس در ناحیه کانال اینسیزیو

دکتر سپهر کبروی<sup>۱</sup> دکتر افشین یادگاری<sup>۲\*</sup>

۱-دستیار تخصصی گروه جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران  
۲-استاد گروه جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۶/۲۰

اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۲/۳۱

۱۴۰۰/۱۰/۲۷

وصول مقاله:

### A Dentigerous cyst associated with complex odontoma in incive canal: A case report

Sepehr kobravi<sup>1</sup>, Afshin yadegari naini<sup>2\*</sup>

1-Post Graduated Student, oral and maxillofacial surgery Dept, Azad university of Isfahan (khorasgan)

2-Professor, oral and maxillofacial surgery Dept, Azad university of Isfahan (khorasgan)

Received: Oct 2021

; Accepted: Feb 2022

#### Abstract

**Background and Aim:** Odontoma is an asymptomatic, slow-growing odontogenic tumor. It is usually found accidentally in the maxilla or mandible on radiographs or when it deforms adjacent teeth. It is most commonly seen in patients 30 years of age or younger.

**Case Report :** A 56-year-old man with a dentigerous cyst associated with complex odontoma in the incisive canal region. The patient was referred with slight swelling in foramen incision area. Under general anesthesia, the cyst was completely excised with excisional biopsy along with dental mass and during pathology evaluation, dentigerous cyst associated with complex odontoma was diagnosed.

**Conclusion:** When surgeons encounter a patient with an odontogenic tumor, even if the patient is old, the odontoma should be placed in a differential diagnosis.

**Keywords:** Odontoma, Dentigerous cyst, General anesthesia

\*Corresponding Author: afshinyadegari@yahoo.com

J Res Dent Sci. 2022;19 (3): 283-288

**خلاصه:**

**سابقه و هدف:** ادونتوما یک تومور ادنتوژنیک بدون علامت و با رشد آهسته است. معمولاً به طور اتفاقی در فک بالا یا فک پایین در رادیوگرافی می شود. معمولاً در بیماران ۳۰ ساله یا کمتر دیده می شود. همراهی آن با کیست دنتی ژروس و در ناحیه کانال اینسیزیو در مردی ۵۶ ساله یافته ای نادر می باشد.

**گزارش مورد:** آقای ۵۶ ساله با شکایت از تورم ناحیه فورامن اینسیزیو به مدت ۴ ماه مراجعه کرد. تحت بیهوشی عمومی به طور کامل کیست مربوطه به همراه نسج دندانی ادنتوم تحت بیوپسی اکسیژنال خارج شدند و طی بررسی پاتولوژی کیست دنتی ژروس مرتبط با ادنتوم کامپلکس تشخیص داده شد.

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد وقوع ادونتوم همراه کیست دنتی ژروس در ناحیه کانال اینسیزیو می تواند در تشخیص افتراقی تورم ناحیه کانال اینسیزیو در بیماران مسن قرار گیرد.

**واژه های کلیدی:** ادنتوم، کیست دنتیژروس، بیهوشی عمومی

**مقدمه:**

اندازی کند.<sup>(۸)</sup> گسترش اندازه این کیست‌ها معمولاً به افزایش اسمولالیتیه ناشی از عبور سلول‌های التهابی و سلول‌های اپیتلیال دیسکوآمیه شده به لومن کیستیک مربوط می‌شود.<sup>(۹)</sup>

اگرچه کیست های ادنتوژنیک از جمله کیست دنتیژروس، ضایعات خوش خیم هستند، دژنراسیون کارسینوماتوز شیوعی از ۰/۱۳ تا ۳ درصد توصیف شده است.<sup>(۱۰)</sup> انواع مختلف تغییرات کارسینوماتوز که ممکن است از کیست های ادنتوژنیک ایجاد شوند، به طور گسترده ای به عنوان زیرگروه های کارسینوم های اولیه داخل استخوانی، بدخیمی های غیر معمول فک ناشی از بقایای اپیتلیال ادنتوژنیک گروه بندی شده اند. شایع ترین علائم در این تومورهای بدخیم درد و تورم است، اگرچه در برخی موارد بیمار بدون علامت است و ضایعه از طریق رادیوگرافی پانورامیک معمول دندان پیدا می شود.<sup>(۱۱)</sup>

**گزارش مورد**

مردی ۵۶ ساله با شکایت اصلی از تورم در ناحیه قدام کام از حدود ۴ ماه قبل در ناحیه فورامن اینسیزیو مراجعه کرد. در لمس نرم (چون در کانال اینسیزیو حضور داشت) و بدون

ادونتوما شایع ترین تومور ادنتوژنیک در بررسی های بالینی بوده و بیشتر از یک نئوپلاسم خوش خیم یک هامارتوم است.<sup>(۱)</sup>

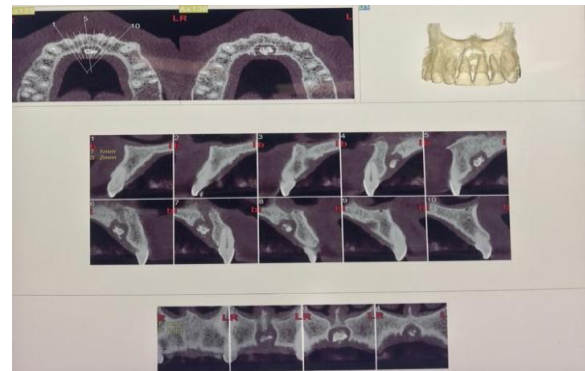
به کندی رشد می کند، بدون علامت است و معمولاً در بیمارانی که برای سایر بیماری های دهانی تحت درمان قرار گرفته اند، یافت می شود و معمولاً در بیماران ۳۰ ساله یا کمتر تشخیص داده می شود.<sup>(۲)</sup> با این حال، اگر درمان نشود، می تواند منجر به تحلیل یا جابجایی دندان های مجاور، تغییرات کیستیک و شکستگی یا هر آسیب دیگری به فک شود.<sup>(۳)</sup> همچنین ممکن است با توجه به ویژگی های بالینی خود دچار تغییرات کارسینوژنیک در فولیکول احاطه کننده و کیست همراه شود.<sup>(۵،۶)</sup> کیست دنتی ژروس به صورت یک رادیولوسنسی با ریم مشخص، معمولاً متقارن، در اطراف تاج دندان نهفته ظاهر می شود. از آنجایی که فضای طبیعی فولیکولی احاطه کننده دندان ۳-۴ میلی متر است، زمانی که فاصله بیش از ۵ میلی متر باشد، می توان به کیست دنتی ژروس مشکوک شد.<sup>(۷)</sup> سرعت رشد کیست دنتی ژور ممکن است بسیار سریع باشد و قطر ضایعات به قطر ۵ سانتی متر در ۳-۴ سال برسند. با این حال، می تواند بسیار بزرگ شود و به فضا های اناتومیک حیاتی دست

درد و بدون حساسیت بود. در معاینه تورم مشهود بود. (شکل ۱)

حسی موضعی همراه اپی نفرین و برش سولکولار در ناحیه پالاتال از دندان ۱۶ تا ۲۶ انجام شد. (شکل ۳)



شکل ۱- نمای بالینی بیمار



تصویر ۳ a. به هنگام بلند کردن قلم پالاتال ادوتوم به همراه فضای کیستیک به صورت چسبیده به مخاط پالاتال از ناحیه کانل اینسیزیو خارج گردید b. ناحیه کانال اینسیزیو بعد از انوکلیشن و کورتاز ناحیه

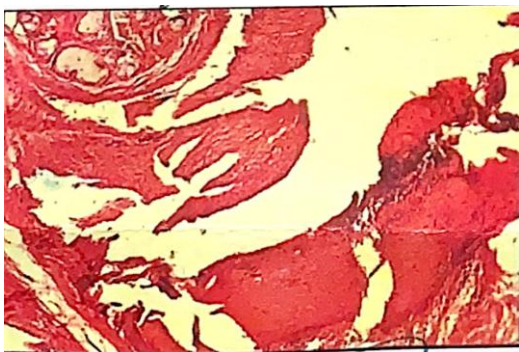
تصویر ۲ a گرافی پانورامیک و b تصویر CBCT در نماهای اگزیزال کروئال و ساژیتال

کیست به همراه توده دندانی شکل به طور کامل انوکلیه گردید (شکل ۴ و ۵) ناحیه کیست توسط سرجی سل جهت بهبود هموستاز و کنترل خون ریزی پر گردید و مخاط پالاتال سوچر گردید.

بررسی تصویر CBCT یک ضایعه کیستیک به قطر ۹ میلیمتر در قدام و میدلاین کام و توده اپک به قطر ۴ میلیمتر در مرکز فضای کیستیک حضور داشت (شکل ۲). در تشخیص های افتراقی کیست ادونتوژنیک کلسیفیه شده و تومور ادونتوژنیک اپیتیلی کلسیفیه شونده در کنار کیست دنتی ژروس به دنبال ادونتوم کامپلکس قرار می گیرد. بیمار جهت انوکلیشن ضایعه تحت بیهوشی در بیمارستان کاشانی اصفهان قرار گرفت. لوله اینتوباسین از طریق مسیر نازال برای بیمار قرار داده شد. بعد از تزریق بی



شکل ۴- a و آکسپلور ناحیه کیست و مشاهده شدن ادنتوم b ناحیه بعد از انوکلیشن ضایعه



شکل ۷ - تصاویر میکروسکوپی از ادونتوم کامپلکس و کیست دنتیژروس احاطه کننده



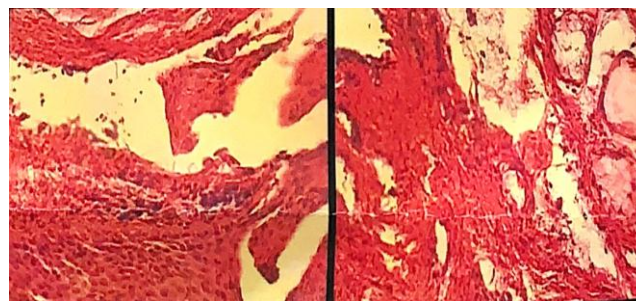
شکل ۵ - نمای Gross توده خارج شده

### بحث

ادونتوم معمولاً یک ضایعه بدون علامت است که به طور اتفاقی در طی معاینات معمول رادیولوژیک کشف می شود. از مینا، عاج، سمنتوم و بافت پالپ تشکیل شده است<sup>(۲)</sup>. طبق آخرین طبقه بندی سازمان بهداشت جهانی دو نوع ادونتوم وجود دارد.<sup>(۱)</sup> ادنتومای کامپوند یک توده رادیوپاک متشکل از چندین ساختار کلسیفیه کوچک است که از نظر تشریحی شبیه به دندانهای معمولی هستند و معمولاً توسط یک ناحیه رادیولوسنت باریک در رادیوگرافی احاطه شده اند.<sup>(۲)</sup> ادونتوما کمپلکس از یک توده بی شکل از مواد کلسیفیه تشکیل شده است که رادیودنسیته مشابه دندان ها از خود نشان می دهد و توسط یک ریم رادیولوسنت باریک در رادیوگرافی احاطه شده است. با این حال، از نظر آناتومیک شبیه دندان نیست.<sup>(۲)</sup> در این مورد، ساختاری توده مانند با اپسیتی نزدیک به دندان احاطه شده توسط فضای کیستیک که در معاینه هیستوپاتولوژیک به تشخیص کیست دنتی ژروس در ارتباط با ادونتوم کامپلکس انجامید.

نتایج حاصل از بررسی هیستوپاتولوژیک جدار یک کیست که توسط اپیتلیوم مطبق سنگفرشی غیر کراتینیزه با ضخامت متغیر پوشیده شده بود. به همراه استرومای همبندی ارتشاح متوسط از سلول های اماسی قابل مشاهده بود. شواهدی دال بر تغییرات بدخیمی در دیواره کیست مشاهده نشد و بر این اساس تشخیص زیر مطرح گردید:

Dentigerous cyst associated with odontoma در کنار نمای کیستیک نمای هیستوپاتولوژیک ساختار دندانی ادونتوم کامپلکس مشهود بود و به صورت مینا و عاج قابل مشاهده بود. (شکل ۶ و ۷)



شکل ۶ - شکل میکروسکوپی کیست دنتیژروس

ساختار های اناتومیکی با انوکلیشن به روش جراحی محافظه کارانه درمان می شوند. اگر به طور کامل انوکلیه نشود، ادنتوم می تواند باعث تشکیل کیست و تبدیل به توموری مهاجم مانند ادونتوآملوبلاستوما شود.

تأیید تشخیص پاتولوژیک مهم است زیرا ادونتوآملوبلاستوما و آملوبلاستیک فیروادنتوما شبیه ادونتوم های رایج هستند. از طرف دیگر، درمان ادنتوم در کیست دنتیژروس بسته به شرایط بیمار متفاوت است. مهمترین عامل در درمان، سن بیمار است.

هیچ مطالعه ای در مورد سن دقیق و روش درمانی مناسب گزارش نشده است. به طور کلی، ادنتوم در کیست های دنتی ژروس در کودکان خردسال نسبت به بزرگسالان کمتر تهاجمی است و بنابراین، مارسوپالیزیشن برای درمان آن ترجیح داده می شود.<sup>(۶)</sup> اگر بیمار مسن تر باشد، تصور می شود که ادنتوم در، کیست دنتی ژروس تهاجمی است که منجر به تخریب قابل توجه فک می شود و نیاز به انوکولاسیون دارد.<sup>(۶)</sup> علاوه بر این که در مواردی که اندازه بزرگ است، روش های جراحی دکامپرسن و سپس کیست انوکلیشن، مارسوپالیزیشن و در موارد کوچکتر انوکلیشن کامل، روش درمانی می باشند.

در مورد گزارش شده، بیمار تورم اندک در ناحیه کام از حدود ۴ ماه گذشته را عنوان کرد. با این حال، ادنتوم همراه با کیست دنتی ژروس خطر تخریب فک یا تبدیل احتمالی به کارسینوم را به همراه دارد. از این رو، بیمار با انوکولاسیون درمان شد. فالوآپ یکساله نشان از عدم عود ضایعه داشت.

با این حال، پیامدهای یافته های ما با این واقعیت محدود می شود که ما تنها یک مورد را تجزیه و تحلیل کردیم. اگر موارد بیشتری داشتیم، می توانستیم ارتباط اندازه ادنتوم را با سن و درمان بررسی کنیم. مطالعات بیشتر و داده های بلندمدت برای بررسی این روابط مورد نیاز است.

از نظر بالینی، ادنتوم ها یا داخل استخوانی یا خارج استخوانی هستند. ادنتوم های داخل استخوانی در داخل فک بالا یا فک پایین ایجاد می شوند و در نهایت ممکن است به داخل حفره دهان رویش پیدا کنند. ادنتوم های محیطی در بافت های نرم خارج استخوانی نادر هستند و تمایل به اکسفولیه شدن دارند.<sup>(۴)</sup> در این نمونه ادنتوم داخل استخوانی گزارش شد که به داخل حفره دهان رویش پیدا نکرده بود و به دنبال تغییرات کیستیک فولیکول احاطه کننده ادونتوم منجر به ایجاد کیست دنتی ژروس شده بود. اغلب ادونتوم ها در دهه اول و دوم زندگی به خصوص در بین بیماران زن رخ می دهد. اما مورد گزارش شده ما در مرد ۵۶ ساله گزارش گردید و ادونتوما معمولاً در تأخیر رویش دندان نقش دارد. بنابراین، در کودکان یا نوجوانان با ناهنجاری های دندانی یا تغییر شکل فک، احتمال ادنتوم باید با رادیوگرافی بررسی شود.<sup>(۲)</sup> تشخیص معمولاً بر اساس یافته های رادیوگرافی معمول است. ارزیابی اضافی با سی تی برای تعیین نوع، ویژگی ها و گسترش ادنتوم ضروری است. در مورد ما، بیمار ۵۶ سال داشت و هیچ گونه ناهنجاری دندانی یا تغییر شکل فک نداشت و بعد از تغییرات کیستیک تشخیص داده شد. این مورد به طور قابل توجهی با ویژگی های شناخته شده ادنتوم متفاوت بود. بیماران مبتلا به ادنتوم معمولاً علائمی از خود نشان نمی دهند، اما ادونتوما ممکن است دچار تغییرات کیستیک شوند. کیست دنتی ژروس به دلیل تجمع مایع بین اپی تلیوم مینایی کاهش یافته و تاج دندان رویش نیافته ایجاد می شود.<sup>(۵)</sup> در این موارد ممکن است باعث جابجایی دندان های در حال رویش یا دیسفاژی شود و همچنین ممکن است منجر به تغییرات کارسینوماتوز شود. در مورد گزارش شده ما شاهد تشکیل کیست دنتی ژروس در اطراف ادونتوم بودیم.

اگر ادنتوم های ناحیه فکین و فولیکول احاطه کننده آنها دچار تغییرات پاتولوژیک نشوند، بسته به اندازه و ارتباط با

**References:**

1. Da Silva LP, de Paiva Macedo RA, Serpa MS, Sobral AP, de Souza LB. Global frequency of benign and malignant odontogenic tumors according to the 2005 WHO classification. *J Oral Diagn.* 2017;2:e20170044
2. Boffano P, Zavattoni E, Rocca F, Gallesio C. Complex and compound odontomas. *J Craniofac Surg.* 2012;23:685-8
3. Candamourty, R., Venkatachalam, S., Babu, M. R. R., & Kumar, G. S. (2012). Ludwig's angina – An emergency: A case report with literature review. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*, 3(2), 206-208
4. Jordi Borrás-Ferreres,<sup>1</sup> Alba Sánchez-Torres,<sup>2</sup> and Cosme Gay-Escoda<sup>3,5</sup> *J Clin Exp Dent.* 2016 Dec; 8(5): e622-e628. Published online 2016 Dec 1. doi: 10.4317/jced.53256
5. Jayam C, Bandlapalli A, Patel N, Choudhary RS. A case of impacted central incisor due to dentigerous cyst associated with impacted compound odontome. *BMJ Case Rep.* 2014;2014:bcr2013202447
6. Gulbranson SH, Wolfrey JD, Raines JM, McNally BP. Squamous cell carcinoma arising in a dentigerous cyst in a 16-month-old girl. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;127:463-4
7. Ustuner E, Fitoz S, Atasoy C, Erden I, Akyar S. Bilateral maxillary dentigerous cysts: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;95:632-5.
8. . Nuñez-Urrutia S, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010;15:767-73
9. Jain M, Mittal S, Gupta DK. Primary intraosseous squamous cell carcinoma arising in odontogenic cysts: an insight in pathogenesis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013;71:7-14
10. Chaisuparat R, Coletti D, Kolokythas A, Ord RA, Nikitakis NG. Primary intraosseous odontogenic carcinoma arising in an odontogenic cyst or de novo: a clinicopathologic study of six new cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;101:194-200
11. Manfredini M, Ferraris S, Creminollil , Kuhn E, Piere Paolo , Case Report Compound odontoma Associated with Dentigerous Cyst Incidentally Detected in and Adult patient: Tomography and Histological Features

به نظر می رسد اگر ادنتوم با کیست دنتی ژروس همراه باشد، می تواند دچار تغییرات کارسینوژنیک شود. بنابراین، مارسوپیلیزیشن یا انوکلیاسیون در طرح درمان قرار خواهد گرفت.

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد وقوع ادونتوم همراه کیست دنتی ژروس در ناحیه کانال اینسیزیو می تواند در تشخیص افتراقی تورم ناحیه کانال اینسیزیو در بیماران مسن قرار گیرد.