

گزارش یک مورد غیرشایع کیست رادیکولار دندان شیری

دکتر پرویز دیهیمی*، دکتر آتوسا امینزاده^۱

چکیده

مقدمه: کیست پری‌اپیکال (Radicular) شایع‌ترین کیست حفره دهان با شیوع ۷۵-۵۰ درصد است. به دلیل پاتوژنز التهابی، این کیست در همه سنین ممکن است ایجاد شود ولی در سری دندان‌های شیری به ندرت دیده می‌شود. برخی از پژوهش‌ها حاکی از احتمال تفاوت پاتوژنز تشکیل کیست در دو سری دندان‌های شیری و دایمی با یکدیگر است؛ اگر چه پوسیدگی و عفونت پالپ در هر دو مورد مهم‌ترین علت تلقی می‌گردد. در صورت کشیدن یا ریزش دندان مسبب، کیست در محل خود باقی می‌ماند و از آن پس کیست باقی‌مانده (Residual) نامیده می‌شود.

گزارش مورد: بیمار دختر خانم ۱۲ ساله‌ای بود که به دلیل تورم بدون درد خلف فک پایین مراجعه کرده بود. با توجه به یافته‌های حین عمل و بررسی هیستوپاتولوژی، تشخیص کیست رادیکولار مربوط به دندان مولر دوم شیری داده شد. دندان مذکور ترمیم وسیع آمالگام داشت و پیشتر برای آن درمان پالپ انجام گرفته بود. کیست به طور کامل خارج شد.

نتیجه‌گیری: شیوع کیست رادیکولار در دندان‌های شیری زیاد نیست لیکن به دلایلی، پس از درمان ریشه احتمال تشکیل این کیست افزایش می‌یابد که ممکن است به دلیل عدم دسترسی به انتهای کانال و باقی‌ماندن عفونت در این ناحیه و یا تحریک نسوج پری‌اپیکال ناشی از مواد مصرف‌شده در پرکردن کانال باشد. در صورتی که مکانیسم تشکیل کیست رادیکولار در دندان‌های شیری و دایمی یکسان باشد، شیوع کمتر آن در دندان‌های شیری قابل بررسی است.

کلید واژه‌ها: دندان‌های شیری، درمان پالپ، کیست پری‌اپیکال، کیست باقی‌مانده

* دانشیار، بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت و مرکز تحقیقات دندانپزشکی پروفیسور ترابی نژاد، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
deihimy@dnt.mui.ac.ir

۱: دستیار، بخش آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

این مقاله در تاریخ ۸۶/۲/۱۷ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۶/۲/۲۶ اصلاح شده و در تاریخ ۸۶/۳/۸ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان
۱۳۸۶؛ ۳(۲): ۸۹ تا ۹۳

مقدمه

کیست پری اپیکال یا رادیکولار، شایع‌ترین کیست حفره دهان است که در حدود ۷۵-۵۰ درصد کیست‌های دهان را شامل می‌شود و به عقیده برخی شایع‌ترین علت تورم مزمن فک است. این کیست از بقایای اپی‌تلیالی مالاسز درون PDL منشأ می‌گیرد و در اثر التهاب ناشی از نکروز پالپ در آپکس دندان درگیر تشکیل می‌شود [۱-۳].

بیشترین شیوع و بروز این کیست در دهه سوم عمر میباشد، یعنی زمانی که بیشترین میزان پوسیدگی و بیماری‌های پالپ و پری‌اپیکال دیده می‌شود. در بررسی‌های آماری، ۶۰ درصد ایجاد کیست در فک بالا و ۴۰ درصد در فک پایین گزارش شده است. ۰/۵ تا ۳/۳ درصد کیست‌های رادیکولر گزارش شده، مربوط به دندان‌های شیری بوده‌اند [۴]. بیشتر کیست‌های رادیکولار بدون علامت هستند و به صورت اتفاقی در رادیوگرافی کشف می‌شوند. دندان‌های عامل غیرزنده هستند و به پالپ تستر و تست‌های سرما و گرما پاسخ نمی‌دهند. هرچند این دندان‌ها به ندرت دردناک هستند ولی نسبت به دق حساس می‌باشند. شایان ذکر است که همواره ارتباط کلینیکوپاتولوژیک قاطعی بین خصوصیات هیستوپاتولوژی و علائم بالینی مربوط به این کیست وجود ندارد؛ چنانچه در مواردی ممکن است برخی بیماران از درد شکایت کنند ولی از نظر پاتولوژی شواهدی دال بر عفونت و آبسه وجود نداشته باشد و برعکس، برخی از این کیست‌ها در نمای میکروسکوپی التهاب شدیدی نشان می‌دهند اما از نظر بالینی بیمار شکایتی از درد ندارد [۱]. به طور معمول این کیست‌ها رشد محدودی دارند و در صورت افزایش اندازه، بیشتر به سطوح لابیال و بوکال گسترش می‌یابند.

در نمای رادیوگرافی، کیست به صورت رادیولوسنسی پری اپیکال گرد یا بیضی شکل با حدود مشخص ظاهر می‌شود و امکان دارد در اطراف رادیولوسنسی مذکور، حاشیه رادیوپاک نازکی نیز مشاهده شود. از نظر هیستوپاتولوژی، پوشش اپی‌تلیالی کیست از نوع اپی‌تلیوم سنگفرشی مطبق غیرکراتینیزه است که توسط یک دیواره همبندی سست التهابی یا بافت جوانه‌ای، که در قسمت‌های محیطی ممکن است به صورت یک کپسول

فیروزه متراکم درآید، احاطه می‌گردد و ارتشاح سلول‌های التهابی مزمن مانند لنفوسیت، پلاسموسیت، هیستوسیت (Foam cell) در آن مشهود است. به ندرت ممکن است سلول‌های التهابی حاد، نوتروفیل و ائوزینوفیل و همچنین ماست‌سل نیز در دیواره همبندی کیست دیده شوند. در ۵۰ درصد موارد اجسام راسل و گاهی نیز سلول‌های نوتروفیل در اپی‌تلیوم پرولیفراتیو کیست نیز مشاهده می‌گردند [۱].

گزارش مورد

دختر خانم ۱۲ ساله سالمی بدون ابتلا به بیماری‌های سیستمیک و به دلیل تورم در خلف فک پایین مراجعه کرده بود. در معاینه بالینی تورمی با قوام سفت در خلف مندیبل سمت چپ مشاهده شد. سابقه ضربه به محل وجود نداشت. از نظر سابقه دندان‌پزشکی، دندان مولر دوم شیری بیمار پیشتر مورد درمان پالپ قرار گرفته، پرکردگی وسیع آمالگام داشت. در نمای ارتوپتوگراف، رادیولوسنسی از ناحیه کرسٹ استخوان تا حاشیه تحتانی مندیبل چپ با قطر تقریبی ۲ سانتی‌متر بین دندان‌های ۵ و ۴ مشاهده شد که با جا به جایی قابل توجه دندان‌های مذکور در مقایسه با سمت مقابل همراه بود. در دندان‌های اطراف ضایعه و دندان نهفته در رادیوگرافی بیمار پوسیدگی دیده نشد. اگرچه دندان ۵ چپ پایین در دهان قابل مشاهده نبود ولی با توجه به این که تاج آن تا حدی از استخوان آلوئول بیرون آمده بود، احتمال کیست دانتی‌ژور هم در نمای رادیوگرافی و هم در نمای بالینی منتفی تلقی گردید (تصویر ۱).

بیوپسی اکسیژنال از ضایعه تهیه و کیست به طور کامل خارج شد. حین عمل مشخص گردید که ضایعه با بقایای ریشه دندان E در ارتباط است، در حالی که با فولیکول دندان ۵ مجاور آن هیچ گونه ارتباطی دیده نشد. حجم زیاد لوسنسی مربوط به کیست و همچنین تغییر موقعیت دندان ۵ و روی هم افتادگی آن بر روی ریشه باقی‌مانده دندان مولر دوم شیری، مانع رؤیت آن در نمای ارتوپتوگراف موجود شده بود؛ اگر چه مشاور رادیولوژیست با مشاهده دقیق قادر به تشخیص ریشه باقی‌مانده دندان E بود. نمونه به صورت یک قطعه بافت نرم با ساختمان کیستی، با تشخیص بالینی کیست رادیکولار برای پاتولوژیست



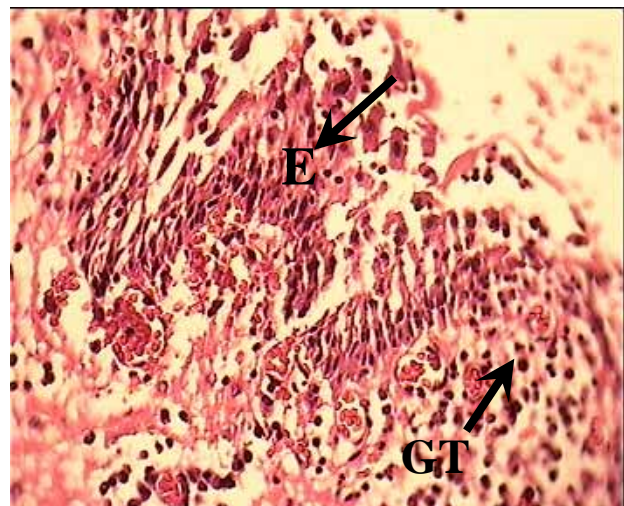
تصویر ۱: نمای OPG؛ رادیولوگرافی تک حفره‌ای بین دندان‌های ۴ و ۵

شدن روند تشکیل کیست متعاقب کشیدن دندان عفونی شیری، درناژ راحت‌تر چرک در دندان شیری و احتمال تفاوت در تحریک آنتی‌ژنی مسبب تشکیل کیست رادیکولر در دندان شیری نسبت به دندان دائمی، برای این شیوع کم مطرح شده است. به علاوه چون رادیولوگرافی‌های پری‌اپیکال دندان‌های شیری به اندازه دندان‌های دائمی مورد توجه قرار نمی‌گیرند، کمتر مورد بیوپسی و بررسی پاتولوژی قرار می‌گیرند؛ بنابراین ممکن است شیوع واقعی این کیست در دندان‌های شیری بیش از میزانی باشد که در منابع ذکر شده است [۵].

در نمای بالینی و رادیوگرافی کیست رادیکولار شیری، اتساع صفحه کورتیکال بوکال مندیبل، رادیولوگرافی well-defined با حاشیه فعال رادیوپاک نازک و جا به جایی دندان‌های دائمی جانشین‌شونده زیرین دیده می‌شود؛ مشابه مواردی که همه در بیمار مورد گزارش مشاهده شد. نمای رادیوگرافی کیست رادیکولار بیشتر با یک کیست دانتیژور در تشخیص افتراقی قرار می‌گیرد که در این گزارش به دلیل عدم وجود دندان نهفته در ارتباط با کیست مذکور، این احتمال برطرف می‌شود [۶،۱].

همانند دندان‌های دائمی، عفونت‌های پالپ و پری‌اپیکال و تحریک آنتی‌ژنی عوامل باکتریایی که به پاسخ دفاع غیراختصاصی و تحریک ایمنی سلولی و هومورال منجر می‌گردد، مهمترین عامل اتیولوژی کیست رادیکولر دندان‌های شیری است [۷،۱]. این عفونت‌ها و فرایندهای التهابی علاوه بر آن که ممکن است به ایجاد ضایعات پری‌اپیکال دندان شیری

ارسال شد. در نمای ظاهری، هیچ ارتباطی با فولیکول دندان مجاور دیده نشد. در بررسی میکروسکوپی نمونه، ساختمان کیستی مشاهده گردید که لومن آن توسط اپی‌تلیوم سنگفرشی مطابق غیرکراتینیزه در چند لایه مفروش شده بود. ارتشاح شدید سلول‌های التهابی مزمن لنفوپلاسماسلی در جدار فیروزه کیست و به خصوص در مجاورت اپی‌تلیوم دیده شد که تشخیص کیست رادیکولار یا باقی‌مانده را مطرح کرد (تصویر ۲).



تصویر ۲: در نمای میکروسکوپی، نمونه اپی‌تلیوم کیست (E) و ارتشاح سلول‌های التهابی و بافت جوانه‌ای در جدار آن (G.T) دیده می‌شود. رنگ‌آمیزی H&E و بزرگ‌نمایی ۴۰ × ۱۰.

بحث

کیست‌های رادیکولار در دندان‌های شیری بسیار نادر تلقی می‌شوند. دلایل مختلفی چون قطع تحریک نسوج و متوقف

مانند کیست رادیکولار منجر شوند، ممکن است باعث تشکیل کیست‌های دانتی ژور التهابی در دندان دایمی جانشین‌شونده زیرین گردند. بنابراین حذف سریع این عفونت‌ها علاوه بر آن که مانع ایجاد ضایعات پری‌اپیکال دندان شیری می‌گردد، از تشکیل کیست دانتی ژور التهابی دندان دایمی جانشین‌شونده نیز جلوگیری می‌نماید. از طریق کشیدن دندان شیری و یا درمان‌های نگهدارنده مناسب، مانند درمان سریع پوسیدگی‌های دندان شیری و انجام پالپوتومی در صورت درگیری پالپی، می‌توان این عفونت‌ها را درمان کرد. درمان پالپکتومی برای دندان‌های شیری توصیه نمی‌شود. پالپکتومی مستلزم برداشتن پالپ کانال‌های ریشه و پرکردن آن‌ها با موادی مانند زونالین و یا مواد دیگر می‌باشد و به تجربه مشاهده شده است که به دلیل عدم همکاری کودک، ایزولاسیون کامل دندان‌های شیری میسر نیست و به طور معمول حذف کامل عوامل عفونی از کانال دندان شیری صورت نمی‌گیرد؛ ضمن این که باقی‌ماندن عفونت نیز به ضایعات مذکور منجر می‌گردد که به خصوص با توجه به احتمال تشکیل کیست دانتی ژور التهابی دندان دایمی، قابل توجه است. شواهد بالینی و بررسی‌های تجربی و آماری انجام شده در ایران نیز دلیلی بر این مدعاست. در ایران کیست‌های دانتی ژور دندان‌های پرمولر دایمی مندیبل از کیست‌های دانتی ژور دندان‌های عقل پایین شایع‌تر است. علت نیز بیشتر عفونت‌ها و ضایعات پالپ و پری‌اپیکال دندان‌های D و E شیری می‌باشد [۱]. نکته مهمی که باید در درمانگاه به آن توجه شود، آگاه کردن والدین در مورد اهمیت درمان سریع عفونت دندان‌های شیری است. والدین باید بدانند که مشکلات دندان‌های شیری، فقط به دندان‌های شیری محدود نمی‌شوند و با درمان سریع عفونت دندان‌های شیری می‌توان از بروز پیامدهای نامطلوب بعدی در دندان‌های دایمی جلوگیری کرد.

شیری که مورد درمان پالپ قرار گرفته‌اند، مشاهده شده است [۸-۱۱]. به اعتقاد برخی پژوهشگران، مواد حاوی ترکیبات فرموکروزول که در درمان پالپ دندان شیری استفاده می‌شود، در ترکیب با پروتئین‌های نسجی خاصیت آنتی‌ژنیک دارند و می‌توانند پاسخ سلولی و یا هومورال سیستم ایمنی را تحریک کنند [۱۲]. در یک پژوهش در سال ۱۹۸۴ توسط Grundy و همکاران نیز کیست‌های رادیکولار در دندان‌های شیری که با مواد حاوی ترکیبات فرموکروزول مورد درمان پالپ قرار گرفته بودند، گزارش شد [۱۳]. این پژوهشگران در سال ۱۹۸۶ به دنبال پژوهش قبلی خود ضایعات کیستی مورد گزارش را بررسی کردند. آنها در دیواره کیست‌های مذکور، مواد آمورف اتوزینوفیل حاوی گروه‌های فنولیک مشابه موادی که در درمان پالپ دندان استفاده می‌شود، مشاهده کردند [۱۴]. در سال ۲۰۰۳ نیز Bhat و همکاران به این مواد غیرعادی اتوزینوفیلی در جدار هم‌بندی کیست‌های رادیکولار شیری اشاره کرده‌اند [۱۵].

ممکن است این پژوهش‌ها بیانگر احتمال پاتوژنز متفاوت کیست‌های رادیکولار دندان‌های شیری و دایمی باشد ولی با این وجود نمی‌توان عامل اصلی اتیولوژیک کیست‌های رادیکولار، که همان عفونت‌ها و التهاب‌های پالپ و پری‌اپیکال و تحریک آنتی‌ژنیک عوامل باکتریال می‌باشد، را در این موارد به طور کلی منتفی دانست و احتمال می‌رود اگر عوامل دیگری نیز مانند موارد فوق در پاتوژنز کیست‌های رادیکولر شیری مؤثر باشند، نقش سینرژسم با عوامل باکتریال داشته باشند. به علاوه وجود مواد اتوزینوفیلیک آمورف در دیواره کیست‌های رادیکولر شیری، الزاماً دلالت بر رابطه علت و معلولی این مواد با تشکیل کیست رادیکولار ندارد، بلکه می‌تواند اتفاقی باشد. به هر صورت این مسأله به پژوهش‌های بیشتر و دقیقتر نیاز داشته، مستلزم حذف عوامل مخدوش‌کننده است.

References

1. Deihimy P. Pathology of tooth and odontogenic lesions. 1st ed. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2006.p.172-6. [Persian]
2. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 7th ed. Philadelphia: WB saunders; 2002.p.116-21.

3. Shear M. Cysts of the oral and maxillofacial regions. 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1992.p.114.
4. Bhaskar SN. Oral surgery--oral pathology conference No. 17, Walter Reed Army Medical Center. Periapical lesions--types, incidence, and clinical features. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1966; 21(5):657-71.
5. Mass E, Kaplan I, Hirshberg A. A clinical and histopathological study of radicular cysts associated with primary molars. J Oral Pathol Med 1995; 24(10):458-61.
6. Wood RE, Nortje CJ, Padayachee A, Grotepass F. Radicular cysts of primary teeth mimicking premolar dentigerous cysts: report of three cases. ASDC J Dent Child 1988; 55(4):288-90.
7. Lustmann J, Shear M. Radicular cysts arising from deciduous teeth. Review of the literature and report of 23 cases. Int J Oral Surg 1985; 14(2):153-61.
8. 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; 24(3):158-60.
9. Takiguchi M, Fujiwara T, Sobue S, Ooshima T. Radicular cyst associated with a primary molar following pulp therapy: a case report. Int J Paediatr Dent 2001; 11(6):452-5.
10. Sato M, Takayu T, Amagasa T. Clinical study of radicular cysts arising in deciduous teeth. Japanese Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2001; 47(7):405-7.
11. Caldwell RE, Freilich MM, Sandor GK. Two radicular cysts associated with endodontically treated primary teeth: rationale for long-term follow-up. Ont Dent 1999; 76(8):29-33.
12. Block RM, Lewis RD, Sheats JB, Burke SH, Fawley J. Antibody formation and cell-mediated immunity to dog pulp tissue altered by eight endodontic sealers via the root canal. Int Endod J 1982; 15(3):105-13.
13. Grundy GE, Adkins KF, Savage NW. Cysts associated with deciduous molars following pulp therapy. Aust Dent J 1984; 29(4):249-56.
14. Savage NW, Adkins KF, Weir AV, Grundy GE. An histological study of cystic lesions following pulp therapy in deciduous molars. J Oral Pathol 1986; 15(4):209-12.
15. Bhat SS, Vidhya M, Sargod S. Radicular cyst associated with endodontically treated deciduous tooth: a case report. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2003; 21(4):139-41.