مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره بیستم، شمارهٔ ۱، دی ۱۳۹۶، صفحه ۷۳-۶۹

گزارش یک مورد کیست ادنتوژنیک گلاندولار بدون علامت با نمای رادیوگرافیگ کیست نازوپالاتین

شیما نفرزاده (DDS, MS)[۱]، علیرضا پورنبی (DDS, MS)[۲]، فاطمه بیژنی (DDS)[۳*]

۱-مرکز تحقیقات مواد دندانی، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲-مرکز تحقیقات بهداشت و سلامت دهان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳-گروه پاتولوژی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت:۹۶/۷/۲۷، اصلاح: ۹۶/۹/۱۴، پذیرش: ۹۶/۱۰/۹

خلاصه

سابقه و هدف: کیست ادنتوژنیک گلاندولار یک کیست ادنتوژنیک تکاملی نادر است که معمولاً در فک پایین به شکل رادیولوسنسی چند حجره ای بروز می یابد. با توجه به شیوع کم این کیست و مکان و شکل غیر معمول بروز ضایعه در بیمار، این مورد گزارش می گردد.

گزارش مورد: بیمار مرد ۵۳ ساله می باشد که جهت درمان ایمپلنت به کلینیک سرپایی بخش جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل مراجعه کرد. این ضایعه به طور اتفاقی در ارزیابی‌های رادیوگرافیک قبل از جایگذاری ایمپلنت کشف شد. کیست بدون علامت در قسمت قدام فک بالا که از نظر رادیوگرافی به شکل یک رادیولوسنسی کوچک تک حجره ای مشابه کیست مجرای نازوپالاتین بود. بعد از جراحی انوکلئاسیون و کورتاژ، ارزیابی های هیستوپاتولوژیک ماهیت این کیست که از نوع ادنتوژنیک گلاندولار بود را نشان داد. در پیگیری سه ماهه هیچ گونه عارضه جانبی و عود دیده نشد و مکان ضایعه با استخوان نرمال ترمیم شد.

نتیجه گیری: تشخیص قطعی کیست ادنتوژنیک گلاندولار تنها با بررسی هیستوپاتولوژیک امکان پذیر است. در برخی موارد رزکسیون فک برای درمان کیست ادنتوژنیک گلاندولار پیشنهاد شده است ولی با توجه به سایز و تک حجره ای بودن، نیازی به درمان مهاجم نمی باشد.

واژه های کلیدی: کیست ادنتوژنیک، کیست ادنتوژنیک گلاندولار، کیست مجرای نازوپالاتین.

مقدمه

کیست ادنتوژنیک گلاندولار یک کیست تکاملی نادر است که گاه رفتار مهاجم نشان می دهد. در سال ۱۹۸۴ آسیب شناسان دهان برای اولین بار به این ضایعه اشاره کردند ولی گزارش دو مورد مشابه که خصوصیات کیست ادنتوژنیک بوتریویید با اجزای غده‌ای داشتند در سال ۱۹۸۷ توسط Padayachee و Vanwyk انجام شد. با توجه به این موارد، نام "کیست سیالوادنتوژنیک"برای این ضایعه انتخاب شد (۴-۱). در سال ۱۹۸۸ Gardner و همکاران پی بردند که پوشش اپی تلیالی کیست طبیعت ادنتوژنیک دارد و لذا نام "کیست ادنتوژنیک گلاندولار"را انتخاب کردند که بعدها توسط WHO پذیرفته شد (۷-۵). High و همکاران با توجه به نمای چند شکلی این ضایعه، نام "کیست ادنتوژنیک پلی مورفوس"را پیشنهاد کردند (۱۰-۸). کیست ادنتوژنیک گلاندولار معمولاً در بالغین میان سال دیده می شود و تقریباً سه چهارم موارد در فک پایین و به خصوص در ناحیه قدام گزارش شده است. اختلاف بسیار زیادی در اندازه و نمای بالینی کیست دیده می‌شود که می تواند از یک ضایعه بدون علامت با قطر کمتر از یک سانتیمتر تا کیست های بزرگ همراه با اتساع و درد و پارستزی متفاوت باشد. از نظر رادیوگرافی، کیست می تواند تک حجره ای باشد ولی در بیشتر موارد انواع چند حجره ای گزارش شده اند. حاشیه ضایعه معمولاً مشخص و اسکلروتیک و کنگره دار است (۱۱و۲و۱). از نظر هیستوپاتولوژی، این کیست با اپی تلیوم سنگفرشی غیرکراتینیزه مفروش شده که ضخیم شدگی های کانونی هم در آن دیده می شود. اپی تلیوم سطحی شامل سلول های مکعبی و استوانه ای می باشد که نمای hobnail ایجاد می کنند. حوضچه های موسینی ، سلول های گابلت و فضاهای مجرایی و غده ای هم در اپی تلیوم این کیست یافت شده است (۲و۱). کیست ادنتوژنیک گلاندولار در موارد تک حجره ای و حاشیه استخوانی سالم به شکل موفقیت آمیزی با انوکلئاسیون و کورتاژ درمان می شود. با توجه به میزان عود ۳۰٪، برخی از کلینیسین ها جراحی های وسیع تر را خصوصاً برای ضایعات بزرگ چند حجره ای پیشنهاد می کنند (۱۱و۲و۱). با توجه به شیوع کم این کیست و مکان و شکل بروز ضایعه در این بیمار که به شکل رادیولوسنسی تک حجره ای در فک بالا بود برخلاف حالت شایع آن که رادیولوسنسی چندحجره ای در فک پایین است، این مورد گزارش می گردد.

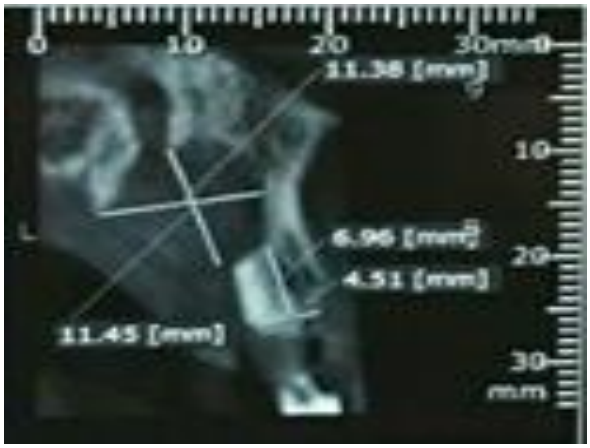
گزارش مورد

بیمار مرد ۵۳ ساله ایرانی بود که جهت درمان ایمپلنت به کلینیک سرپایی بخش جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل مراجعه کرد. در شرح حال اولیه سابقه مشکل پزشکی خاصی گزارش نشد و

* مسئول مقاله: دکتر فاطمه بیژنی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده دندانپزشکی، گروه پاتولوژی دهان وفک و صورت. تلفن:۰۱۱-۳۲۲۹۱۴۰۸
E mail: fatimahb56@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.20.1.10.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.1.73]

در معاینات خارج و داخل دهانی هیچ گونه تورم و علامت غیرعادی دیده نشد. تعدادی ریشه باقیمانده و دندان های سانترال بالا با لقی درجه III در دهان بیمار وجود داشت. جهت بررسی دقیق تر ناحیه، رادیوگرافی CBCT درخواست شد و به طور غیرمنتظره ای یک رادیولوسنسی تک حجره ای در قدام ماگزیلا مشاهده شد. دیواره لبیال کاملاً سالم بود ولی پرفوراسیون دیواره پالاتال با گسترش جانبی دیده شد. ریشه دندان های مجاور هیچ گونه تحلیل یا جابجایی نشان ندادند. (شکل ۱) مکان ضایعه، اندازه و شکل آن در مجموع تشخیص کیست مجرای نازوپالاتین را به ذهن متبادر می کرد.



شکل ۱. CBCT رادیولوسنسی تک حجره ای در قدام فک بالا به همراه پرفوراسیون کورتکس پالاتال نشان می دهد.

به بیمار در مورد وجود این ضایعه آگاهی های لازم داده شد و جراحی تحت بی حسی موضعی با لیدوکایین ۲٪ و اپی نفرین ۱/۱۰۰۰۰۰ آغاز شد. برش کرستال از توبروزیتی چپ تا راست با فلپ آزاد کننده عمودی در هر دو سمت ایجاد شد. فلپ موکوپریوستئال باکال و پالاتال و همزمان خارج کردن ریشه های باقیمانده انجام گرفت. کیست به طور کامل با دسترسی پالاتالی انوکلئه شد. اندازه کلی ضایعه حدوداً ۲×۱ سانتیمتر بود. قبل از شروع جراحی آسپیراسیون انجام نشد ولی حین عمل هیچ گونه خروج مایع یا خونریزی غیر عادی جلب توجه نمی کرد. انوکلئاسیون کیست با توجه به چسبندگی شدید دیواره آن، بسیار مشکل بود ولی با این حال، خروج کامل کیست و دسترسی به استخوان سالم با موفقیت صورت پذیرفت (شکل۲).

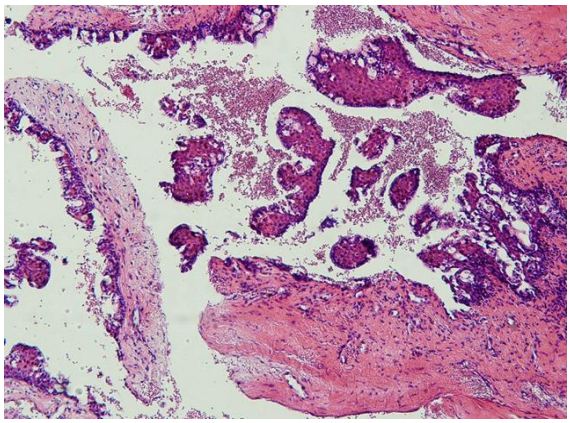
سپس دریلینگ جهت جایگذاری ایمپلنت های ۶۴۳۲|۲۳۵۶ انجام شد. حفره توسط بیومتریال پر شد و با غشای قابل جذب پوشانده شد. جراحی با بخیه ممتد و ماترس عمودی پایان یافت. آنتی بیوتیک (آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم ۳ بار در روز) و ضد درد (نوافن ۳ بار در روز) و دهان شویه (کلرهگزیدین ۲٪) برای بیمار تجویز شد و بیمار ترخیص گردید. در معاینه مجدد یک هفته بعد، ترمیم مناسب بافت بدون عوارض جانبی مشاهده شد.

نمونه بافتی در فرمالین قرار داده شد و جهت بررسی هیستوپاتولوژی ارسال گردید. در نمای میکروسکوپی، ساختار کیستیک با پوشش اپی تلیوم سنگفرشی مطبق با ضخامت های مختلف دیده شد. لایه سطحی اپی تلیوم مکعبی و استوانه ای بود و سطح پاپیلری با نمای hobnail قابل رویت بود (شکل ۳). در قسمت هایی از اپی تلیوم حوضچه های موسینی، سلول های گابلت و مژک دیده شد و دیواره فیبروزه کیست درجاتی از التهاب خفیف نشان داد(شکل ۴).

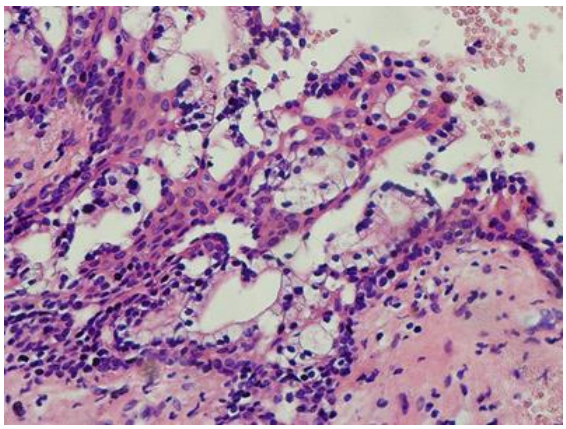
بر اساس این یافته ها، تشخیص نهایی "کیست ادنتوژنیک گلاندولار" گذاشته شد. در پیگیری سه ماهه، در رادیوگرافی هیچ گونه علائمی از عود دیده نشد و محل ضایعه ترمیم با استخوان نرمال را نشان داد (شکل ۵).



شکل۲. نمای حین جراحی

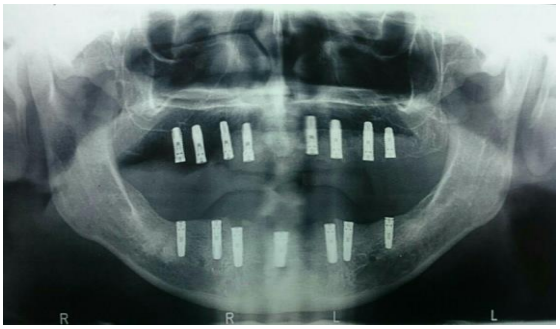


شکل۳. اپی تلیوم سنگفرشی مطبق با نمای hobnail (هماتوکسیلین_ائوزین ۱۰×)



شکل ۴. حوضچه های موسینی و سلولهای گابلت در اپی تلیوم کیست (هماتوکسیلین_ائوزین ۴۰×)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.20.1.10.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.1.73]



شکل ۵. نمای پانورامیک بیمار بعد از سه ماه

بحث و نتیجه گیری

در این مورد گزارش شده، درگیری قدام فک بالا که مکان ناشایعی برای این ضایعه می باشد و رادیولوسنسی کوچک تک حجره ای به طور اتفاقی در ارزیابی CBCT قبل از درمان ایمپلنت دیده شد.کیست ادنتوژنیک گلاندولاریک کیست تکاملی است که معمولاً به شکل رادیولوسنسی چند حجره ای در فک پایین دیده می شود. این ضایعه مشابه موردی که Akkas و همکاران گزارش کرده بودند کاملاً بدون علامت بود (۱۰). مکان و نمای ضایعه، کیست مجرای نازوپالاتین را در تشخیص افتراقی اول قرار داد ولی ارزیابی هیستوپاتولوژی خصوصیات کیست ادنتوژنیک گلاندولار را نشان داد. حین جراحی، دیواره چسبنده کیست انوکلئاسیون را بسیار دشوار کرده بود که طبق نظر برخی محققان احتمالاً به خاطر وجود مایع ویسکوز در اپی تلیوم مژکدار کیست می باشد (۱۱). سایر محققین عنوان کردند که مایع بی رنگ با ویسکوزیتی پایین می تواند کمکی در تشخیص کلینیکی کیست ادنتوژنیک گلاندولار باشد (۱۳و۱۲). همانگونه که دیگر محققین هم تأکید کردند تشخیص قطعی کیست ادنتوژنیک گلاندولار تنها با بررسی هیستوپاتولوژیک مقدور است و تشخیص بر پایه نمای کلینیکی و رادیوگرافی کاملاً غیرممکن می باشد (۱۴و۸). نمای CT و CBCT جهت ارزیابی دقیق از اندازه کیست، چند حجره ای بودن و حاشیه های ضایعه کمک کننده است. به علاوه هر گونه پرفوراسیون و درگیری بافت های نرم مجاورقابل تشخیص می باشد(۷). ازآنجاییکه محققین عنوان کرده بودند که درمان محافظه کارانه برای کیست های کوچک تک حجره ای کفایت می‌کند ومیزان عود پایین است برای این بیمار تنها انوکلئاسیون کامل انجام شد (۱۵و۱۰).

رزکسیون مارجینال یا رزکسیون قسمتی از فک برای ضایعات چندحجره ای بزرگتر توصیه می شود(۱۶). میزان عود در کیست های کوچک ۱۴/۴٪ گزارش شده است که این عدد در مقابل ۸۵/۶ ٪ برای ضایعات بزرگ چند حجره ای بسیار پایین می باشد (۱۷).

لذا در مورد این بیمار هیچ علامتی از عود طی مدت پیگیری مشاهده نشد. تشخیص قطعی کیست ادنتوژنیک گلاندولار تنها با بررسی هیستوپاتولوژیک امکان پذیر است. طرح درمان های مختلفی برای این ضایعه پیشنهاد شده است اما در این مورد با توجه به اندازه کوچک و تک حجره ای بودن، نیازی به درمان مهاجم احساس نشد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.20.1.10.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.1.73]

A Case Report of Asymptomatic Glandular Odontogenic Cyst Mimicking as a Nasopalatine Duct Cyst

Sh. Nafarzadeh (DDS, MS)[1], A. Poornabi (DDS, MS)[2], F. Bijani (DDS)[3*]

1.Dental Materials Research Center, Institute of Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
2.Oral Health Research Center, Institute of Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
3.Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R Iran

J Babol Univ Med Sci; 20(1); Jan 2018; PP: 69-73
Received: Oct 19th 2017, Revised: Dec 5th 2017, Accepted: Dec 30th 2017.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Glandular odontogenic cyst is a rare developmental odontogenic cyst which most frequently occures in mandible. According to low incidence and unusual shape and location of this case, we decided to report the case.

CASE REPORT: Here we present an asymptomatic case in anterior part of maxilla that radiographically was small and unilacular mimicking as a nasopalatine duct cyst. We have found it incidentally through radiographic evaluation before implant insertion. After enucleation and curettage, histopathologic evaluation revealed a glandular odontogenic cyst. In three months follow-up, no complication or recurrence was noticed, and the site of the lesion has filled with healthy bone.

CONCLUSION: In some cases enbloc resection is suggested for glandular odontogenic cysts, but according to the size and locularity, there was no need for aggressive treatment.

KEYWORDS: *Odontogenic Cyst, Glandular Odontogenic Cyst, Nasopalatine Duct Cyst*

Please cite this article as follows:

Nafarzadeh Sh, Poornabi A, Bijani F. A Case Report of Asymptomatic Glandular Odontogenic Cyst Mimicking as a Nasopalatine Duct Cyst. J Babol Univ Med Sci. 2018;20(1):69-73.

***Corresponding author: F. Bijani (DDS)**
Address: Faculty of Dentistry, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry. Babol, I.R.Iran
Tel: +98 11 32291408
E-mail:fatimahb56@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.20.1.10.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.1.73]

References

1.Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. Elsevier; 2016.P. 649-50.
2.Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology: clinical pathologic correlations. 7th ed. Elsevier; 2017.P. 252.
3.Padayachee A, VanWyk CW. Two cystic lesions with features of both the botryoid odontogenic cyst and the central mucoepidermoid tumor: Sialo-odontogenic cyst?. J Oral Pathol. 1987;16(10):499-504.
4.Nofflce C, Raubenheiner EJ. The glandular odontogenic cyst: Clinical and radiological features; review of the literature and report of nine cases. Dentomaxillofac Radiol. 2002;31(6):333-8.
5.Manor R, Anavi Y, Kaplan I,Calderon S. Radiological features of glandular odontogenic cyst. Dentomaxillifac Radiol. 2003;32(2):13-9.
6.Gardner DG, Kessler HP, Morency R, Schaffner DL. The glandular odontogenic cyst: an apparent entity. J Oral Pathol. 1988;17(8):359-66.
7.Tambawala SS, Karjodkar FR, Yadav A, Sansare K, Sontakke S. Glandular odontogenic cyst:A case report. Imaging Sci Dent. 2014;44(1):75-9.
8.Purohit S, Shah V. Bhakhar V, Harsh A. Glandular odontogenic cyst in maxilla: A case report and literature review. J Oral Maxillofac Pathol. 2014;18(2):320-3.
9.High AS, Main DM, Khoo SP, Pedlar J, Hume WJ. The polymorphous odontogenic cyst. J Oral Pathol Med. 1996;25(1):25-31.
10.Akkas I,Toptas O, Ozan F, Yilmaz F. Bilateral glandular odontogenic cyst of mandible: a rare occurrence. J Maxillofac Oral Surg. 2015;14(1):443-7.
11.Suzuki M. A biochemical study on the nature of jaw cysts (III). Instrumental analysis of the viscous component of fluids in ciliated cysts of the maxilla. J Craniomaxillofac Surg. 1988;16(2):85-8.
12.Jafarian AH, Rahpeyma A, Khajehahmadi S. Recurrent glandular odontogenic cyst of maxilla: a case report. Iran J Pathol. 2015;10(2):160-4.
13.Magnusson B, Goransson L, Odesjo B, Grondhal K, Hirsch JM. Glandular odontogenic cyst, report of seven cases. Dentomaxillofac Radiol. 1997;26(1):26-31.
14.Salehinejad J, Saghafi Sh, Zare-Mahmoodabadi R, Ghazi N, Kermani H. Glandular odontogenic cyst of the posterior maxilla. Arch Iran Med. 2011;14(6):416-8.
15.Hussain K, Edmonson HD, Browne RM. Glandular odontogenic cysts diagnosis and treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1995;79(5):593-602.
16.Raju SP, Reddy SP, Ananthnag J. Glandular odontogenic cyst of the anterior mandible. North AM J Med Sci. 2015;7(2):65-9.
17.Kaplan I, Gal G, Anvai Y, Manor R, Calderon Sh. Glandular odontogenic cyst: Treatment and recurrence. J Oral Maxillofac Surg. 2005; 63(4):435-41.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.20.1.10.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.1.73]