

گزارش مورد بیماری

Case Report

گزارش یک مورد رزکسیون فک تحتانی به علت آملوبلاستوما

دکتر حسین تفضلی شادپور*

A report on mandibular resection due to ameloblastoma

H. Tafazoli Shadpour

□ Abstract

Ameloblastoma is the most common odontogenic tumor and its treatment includes radical surgery of the region. Radical surgery causes major defects in mandible, so reconstruction of the surgery to deliver the natural function of the organ seems to be necessary. Jaw reconstruction in ameloblastoma surgery is often done simultaneous to or sometimes after the primary treatment of the tumor and reassurance to the lack of recurrence. Usage of miniplates is much better than macroplates due to their delicacy and their better compatibility with tissues. In this case report, the usage of miniplates in a patient with unicystic ameloblastoma has been examined.

Keywords: Ameloblastoma , Resection, Reconstruction, Miniplate

□ چکیده

آملوبلاستوما شایع‌ترین تومور با منشأ دندانی است که درمان آن از طریق جراحی رادیکال ناحیه انجام می‌شود. جراحی رادیکال باعث نقص‌های وسیع به خصوص در ناحیه فک تحتانی می‌شود که برای بازگرداندن عملکرد طبیعی بیمار، بازسازی محل جراحی ضروری است. بازسازی فک در جراحی آملوبلاستوما بیشتر به طور هم‌زمان و گاهی به دنبال درمان اولیه تومور و اطمینان از عدم عود بیماری صورت می‌گیرد. استفاده از مینی پلایت‌ها به علت ظریف بودن و سازگاری بهتر با نسج نسبت به ماکروپلایت‌ها از مزایای بیشتری برخوردار است. در این گزارش نحوه استفاده از مینی پلایت‌ها در بیماری با آملوبلاستوما یونی سیستیک مورد بررسی قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: آملوبلاستوما، رزکسیون، بازسازی، مینی پلایت

مقدمه:

آملوبلاستوما اولین بار در سال ۱۸۹۰ توسط مالاسز (Malassez) به عنوان یک تومور با منشأ دندانی معرفی شد. (۲) در سال ۱۹۲۹ این تومور که تا آن زمان آدامانتینوم گفته می‌شد، آملوبلاستوما نامیده شد. آملوبلاستوما شایع‌ترین تومور با منشأ دندانی است که ۱۸ درصد تومورهای با منشأ دندانی را تشکیل می‌دهد. (۳) به طور کلی این تومور در زنان و مردان به طور یکسان دیده می‌شود و گاهی در مردان شایع‌تر است. این تومور در تمام سنین مشاهده می‌شود، اما نیمی از آنها در دهه سوم و چهارم، بیش از ۲/۳ موارد قبل از چهل سالگی و تعداد اندکی قبل از ۱۸ سالگی ظاهر می‌شود. بیش از ۳/۴ موارد ابتلا به این تومور در فک تحتانی است که حدود ۵۰ درصد آن در نواحی پر مولرها و مولرها ظاهر می‌شوند. اغلب مراجع منشأ این تومور را بقایای اورگان انامل مانند دنتال لامینا، سلول‌های سه تیغ مالاسز و گاهی سلول‌های کیستی با منشأ دندانی مانند فولیکولار، رادیکولار، رزیدوال و کراتوسیست می‌دانند. برای آملوبلاستوما ماهیتی شبیه تومورهای بدخیم ذکر شده است به طوری که رشد آن سریع و مخرب و دارای قابلیت بروز دوباره است. به علت تهاجم به شبکه‌های استخوان، حدود تومور از طریق پرتونگاری و بافت‌شناسی کاملاً مشخص نیست و امروزه ثابت شده است که این تومور می‌تواند به صورت بدخیم نیز بروز کند. (۴) علائم بالینی این تومور به طور کلی نامشخص است و باعث تخریب شدید موضعی در بیمار می‌شود. تورم شایع‌ترین علامت آن است و گاهی اوقات با درد، التهاب، زخم‌های مخاطی ناحیه دهان، لق شدن و تحلیل ریشه دندان‌ها و در طولانی مدت با تحلیل نواحی مجاور و

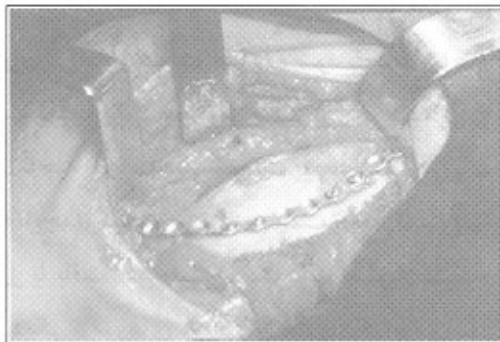
حتی پارستزی و انستزی همراه است. بروز این تومور در ناحیه فک بالا می‌تواند باعث گرفتگی مجرای بینی و خون ریزی بینی شود. در پرتونگاری نیز علامت مشخصه ثابتی که از طریق آن بتوان آملوبلاستوما را ثابت نمود، وجود ندارد. نمای تحلیل استخوان با حدود کمابیش مشخص و گاهی اوقات به صورت نمای حباب صابونی در پرتونگاری اختصاصی دیده می‌شود. تحلیل رشد دندان‌ها و یا وجود یک دندان نهفته هیچ‌گاه آملوبلاستوما را ثابت نمی‌کند، زیرا تحلیل ریشه دندان‌ها در تومورهای خوش خیم و بدخیم دیده می‌شود و دندان نهفته نیز می‌تواند در کیست‌های فولیکولار نمایان شود. از نظر بافت‌شناسی انواع مختلفی از آملوبلاستوما وجود دارند، ولی براساس اطلاعات کنونی نقش مؤثری در پیش‌آگهی ایفا نمی‌کنند. (۷)

درمان اصلی این تومور در مرحله اول، جراحی و حذف تومور تا نواحی سالم استخوانی یعنی حداقل ۰/۵ سانتی متر بیش از مرز ماکروسکوپی تومور است. چون در نمای رادیوگرافی علائم مشخصه قطعی برای تومور آملوبلاستوما وجود ندارد، نمونه برداری قبل از جراحی الزامی است.

معرفی بیمار:

آقای ۱۸ ساله، محصل و فرزند اول خانواده با علائم تورم، عدم تقارن صورت و درد بدون پارستزی سمت راست لب پایین در زمستان ۱۳۷۹ به مطب مراجعه نمود. بنابر اظهار بیمار این تورم و عدم تقارن از شش ماه پیش، آغاز و به مرور بیشتر شده بود. بیمار پس از احساس درد بیشتر در این ناحیه و مشاوره با

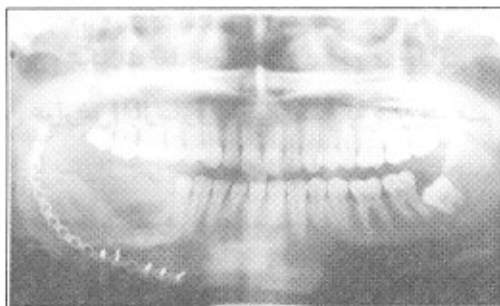
بینی، ضایعه از طریق برش خارج دهانی به طور کامل با لبه‌های سالم خارج شد و فک تحتانی از ناحیه دندان چهار تا راموس قطع گردید. سپس گرافت تهیه شده در ناحیه نقص ایجاد شده فک تحتانی قرار داده شد و توسط یک مینی پلیت ۱۶ سوراخی ثابت گردید (شکل شماره ۲).



شکل ۲ :

بازسازی استخوان فک تحتانی با استخوان ایلپاک

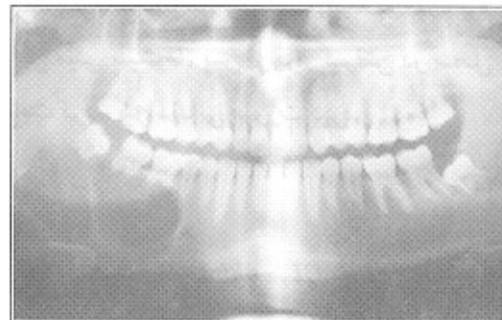
جهت ثابت کردن بهتر، آرچ بار هر دو فک و ثابت کردن بین دندانی انجام شد. سپس برش‌های انجام شده در چندین لایه دوخته شد و نمونه کامل تومور جهت بررسی آسیب‌شناسی نهایی ارسال گردید که تشخیص نهایی نیز یونیسیستیک آملوبلاستوما گزارش شد (شکل شماره ۳).



شکل ۳ :

نمای رادیوگرافی فک تحتانی ۶ ماه پس از بازسازی ناحیه

پزشکی عمومی، به متخصص فک و صورت ارجاع شده است. در تاریخچه بیمار غیر از رماتیسم مفصلی که در سال ۱۳۶۸ درمان شده بود مشکل خاص دیگری مشاهده نشد. در معاینه بالینی عدم تقارن صورت همراه با قرمزی پوست ناحیه سمت راست فک تحتانی مشاهده گردید. پرتونگاری پانورکس انجام شد که در آن ضایعه رادیولوسنت مولتی لاکولار همراه با تحلیل انتهای ریشه دندان‌های فک تحتانی مشاهده شد (شکل شماره ۱).



شکل ۱ :

نمای رادیوگرافی ضایعه رادیولوسنت فک تحتانی

جهت تشخیص افتراقی بیماری، آسیب‌شناسی و جهت بررسی آسیب‌شناسی، نمونه برداری به روش انسیرنال صورت گرفت و در آسیب‌شناسی مایع زرد رنگی آسپیره شد و بررسی آسیب‌شناسی یونیسیستیک آملوبلاستوما را اعلام نمود. بیمار جهت جراحی تومور همراه با رژکسیون فک تحتانی و بازسازی آن با گرافت ایلپاک با بی هوشی عمومی بستری شد. جهت اندازه‌گیری میزان لازم از استخوان ایلپاک، پرتونگاری لتراسفالوگرام تهیه شد. سپس وسعت تومور بر روی کلیشه پرتونگاری بدون بزرگ نمایی، اندازه‌گیری و تمپلیت تهیه شد. پس از بی هوشی عمومی بیمار از راه

بحث و نتیجه‌گیری:

بزرگ بودن با مشکلاتی همراه است زیرا تطابق آنها با کانتور فک مشکل و به علت قطور بودن، برداشتن نسوج به مراتب بیشتر است و گاهی باعث عکس‌العمل بافت می‌گردد.^(۹) استفاده از مینی پلیت‌های تیتانیوم بلند برای بازسازی فک به علت ظرافت و نرم بودن و تطابق آن با کانتور فک به مراتب آسان‌تر است و مشکلات فوق را ایجاد نمی‌کند. همچنین آلیاژ آن سازگاری بیشتری با استخوان و بافت نرم دارد و حتی خارج نمودن مجدد آن الزامی نیست. البته به علت نرم بودن این مینی پلیت‌ها، پس از قرار گرفتن در محل باید ثابت کردن بین دندانی صورت گیرد.

مراجع:

1. Ackerman GL, Altini M, Shear M. The unicystic ameloblastoma: a clinicopathologic study of 57 cases. *J oral pathol Med* 1988; 17: 541-6
2. Baden E. Terminology of the ameloblastoma: history and current usage *J oral surg* 1965; 23: 40
3. Bhaskar SN. *Synopsis der mandkrankheiten medica. stuttgart- wien- zurich- Amsterdam* 1971
4. Gardner DG, Corio RL. The relationship of plexiform unicystic ameloblastoma to conventional ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983; 56: 54-60
5. Pindborg JJ, Clausen F. Classification of odontogenic tumor , A suggestion. *Acta Odontol*

همان‌گونه که اشاره شد درمان انتخابی آملوبلاستوما جراحی است.^(۱۰) قبل از آن که جراح یک ضایعه رادیولوژیک را درمان کند باید تشخیص افتراقی آملوبلاستوما یونیسیستیک و کانونشنال را انجام دهد.^(۴)

در جراحی کیست‌ها اگر تغییراتی به صورت تومورال در جدار کیست مشاهده شود باید آن ناحیه علامت‌گذاری شود تا پاتولوژیست بررسی بیشتری را در آن ناحیه انجام دهد. تغییرات ایجاد شده در یک ناحیه از جدار کیست می‌تواند به علت تجمع کلسترول، فیبروز یا بافت گرانولیشن، تغییرات آملوبلاستیک، انواع دیگر تومورهای دندانی یا حتی اسکواموس سل کارسینوما و غیره باشد.^(۸) در بررسی آسیب‌شناسی اگر غشاء پایه سوراخ شده باشد یا این که سلول‌های تومورال به داخل استخوان نفوذ کرده باشند، برداشتن استخوان حداقل تا ۰/۵ سانتی متر از نواحی سالم الزامی است. البته پس از انجام عمل جراحی باید تا چند سال بعد کنترل مجدد در فواصل زمانی مشخص انجام پذیرد. درمان جراحی اکثر این تومورها با نقص‌های وسیع استخوانی همراه است که باعث فرورفتگی ناحیه، ایجاد عدم تقارن نسبت به طرف سالم، تغییرات اکلوزن، عملکرد غیر صحیح فک و همچنین مشکلات تغذیه خواهد شد. جهت جلوگیری از این عوارض، بازسازی ناحیه اکثراً به صورت هم‌زمان و یا پس از جراحی و اطمینان از عدم بروز مجدد تومور صورت می‌گیرد. منبع استفاده گرافت معمولاً ناحیه لگن خاصره و یا دنده‌هاست که توسط ماکروپلیت‌ها در ناحیه ثابت می‌شوند. استفاده از ماکروپلیت‌ها به علت قطور و سخت و

Scand 1958; 16: 298

6. Pindborg JJ, Kamer J RH. *Histological typing of odontogenic tumours , jaw cysts and allied lesions. WHO, Genf* 1971;

7. Prein J, Remagen W, spiessl B, Uehlinger E. *Atlas der tumoren des Gesichtsschadels. springer, Berlin. Heidelberg- NewYork- Tokyo* 1986

8. Robinson L. Martinez MG. *Unicystic ameloblastoma : a prognostically distinct entity.*

cancer 1977; 40: 2278-85

9. Rowe NL, und H. C Killey *Fractures of the facial skeleton livingstone. hondon. Edinburgh.* 1968

10. Takahashi K, Kitajima T, Lee M, Iwasak N, Inove SI, Matsui N, Ohki K, Nagao K, Akikusa B, Matsuzaki O. *Granular cell ameloblastoma of the mandible with metastasis to the third thoracic vertebra. Clin Orthop* 1985; 197: 171