چکیده
تکثیر مطالعه جامعی درباره گرانولوم بر پایه ایکال و کیست رادیکولر در ایران از نظر علامت‌های تکمیلی (درد، تورم و فیستول)، سیستم‌های نرم و وسیع ضایعات انجام نشده است؛ این مطالعه مورد فوکا از پرونده‌های موجود در بایگانی بخش آسیب‌شناسی دانشگاه دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران استخراج گردید. تا بندی ترتیب اطلاعات نسبتاً کاملی از روش‌های دمانتی به کار برده شده و انتخاب مناسب‌ترین روش در اختیار قرار دهد.

| Title: Statistical Evaluation of Chronic Apical Periodontitis and Radicular Cysts |
| Authors: Baghrei-Naeini F. Assistant Professor*, Hajloo R. Dentist. |
| Address: *Dept of Oral Pathology. Faculty of Dentistry. Tehran University of Medical Sciences. |
| Abstract: Up to now, no complete study was carried out about the prevalence and location of periapical granuloma and radicular cysts from the point of view of clinical symptoms (e.g. pain and swelling fistula) in Iran. The data was collected from the files available in the Department of Pathology, faculty of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences. With a consideration on different therapeutic methods, a proper method was selected. Radicular cyst occurred in 59.3 percent of 324 cases while 45.7 percent were granuloma. The most common incidence of these lesions was in the range of 24-25 years old. The most common location of lesions was the maxillary anterior. Sinus tracts occurred in 74 of all cases. 47.3 percent of these patients have been previously received root canal therapy. It is noticeable that 24 percent of all patients were treated endodontically before surgery. Higher incidence of granuloma occurred in small lesions while cysts were more common in large lesions. 232 of all cases showed one of the clinical symptoms, 16% pain, 35.8% swelling and 22.8% fistula. No symptoms were found in 92 cases. |
| Key Words: Dental Granuloma- Radicular Cyst- Periapical Cyst- Chronic Apical Periodontitis |
| Journal of Dentistry. Tehran University of Medical Sciences (Vol. 13, No:1, 2000) |
هری گونه علامتی نشان نداشته.

کلید واژه‌ها: کیست نوک ریشه - گرانولوم دندانی - کیست پری اپیکال - پروینگت مزمن نوک ریشه

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (دوره 13، شماره اول، سال 1379)

قمدته

به دنبال التهاب پال دندان در اثر محرکه‌های مختلف، میکروبی (پیویدگی دندان یا بیماری‌های پرورشی)، مکانیکی (کارهای ترمیمی)، حرارتی و شیمیایی (درمانهای اندو) و یا ترود، عفونت داخل پال در یک چهت (یعنی کالس های ریشه) انتشار پیدا می‌کند و باعث ایجاد ضایعات رادیولوسیت پری اپیکال (پوک معمولی نشان دهنده گرانولوم و کیست رادیکولو است). در گذشته ضایعات اطراف نوک ریشه انواع مختلفی را اشاره نکردند؛ بلکه در بیشتر موارد به صورت انتقال آرام از ضایعات به نوع دیگر پیشرفته می‌کنند (1). گرانولوم که ضایعات مزمن و آماسی است، شایع‌ترین ضایعه پری اپیکال را تشکیل می‌دهد (1).

کیست رادیکولو دومین ضایعه شایع پری اپیکال و احتمالاً فراوانی‌ترین ضایعه کیستیک قابل مشاهده در هر فاصله زمنی می‌باشد (2، 3). در یک پرسی بیش از 100 ساله بر روی 1589 کیست رادیولوست پوک 57% گرانولوم، 42% کیست و 8% ضایعات دیگر را در بر می‌گرفت (5). به‌همین‌گونه، در یک مطالعه چند ساله و سنتونیو مشخص شد که 85/4% از ضایعات گرانولوم و 16% از دیگر استکار اپیکال و 21/4% ضایعات درگیر را تشکیل می‌دادند (6). این ضایعات معمولاً سیمپتوماتیک نیستند و وجود آنها هیچگونه علامت کلینیکی را پرور نمی‌دهند (8)؛ ولی ممکن است همراه درد (در حال حاضر، فیستول و تورم باشند) (8).
این مطالعه جهت رسیدن به اهداف زیر انجام شده است:

۱- بررسی علائم کلینیکی
۲- بررسی اختلاف موجود بین گرانولاوم و کیست رادیکولار
۳- مقایسه شیوع علائم کلینیکی در مراجعین به بخش آسیب شناسی با امر موجود در سایر کشورها
۴- بررسی نوع درمان انجام شده بر روی بیماران مورد مطالعه

روش بررسی

بر اساس پرونده‌های پایگاهی شده در بخش آسیب‌شناسی فک و دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و تعیین دو ضایعه گرانولاوم و پری اپیکال و کیست رادیکولار از بین ضایعات دیگر، تعداد ۲۴۴ بیمار مبتلا به این دو ضایعه در فاصله زمانی ۱۰ سال از لحاظ متنی‌های زیر طبقه‌بندی شدند:

۱- بدن شدید
۲- ضایعه در تورم شده بود.
۳- محل تورم در فکی در این دو ضایعه در G تورم بود. شماره ۱، ۲ نشان داده است: میزان ضایعه اندامزه‌ی ۲۰ تا ۱ سانتی‌متر و ۱ تا ۲ سانتی‌متر اکثریت
چربی به اتفاق شایعات از نوع R بودند و جالب تر این که از نظر درمانی فقط 78 مورد (24%) از 322 بیمار قبل از بیرون آوردن شایعات G و R بروی آنها به روش جراحی درمان ریشه انجام‌شده بود که این نتایج‌ها روی کانال شده درصد مساوی از ضایعه G و را نشان دادند. از 47 موردی که دیجیتال فیستول شده بودند، 36 مورد (78%) قبل درمان ریشه انجام‌شده بودند که در 27 مورد (39%) گروه G ضایعه بودند. این نتایج در 13 مورد ضایعه G و 12 مورد ضایعه R بیش از 27/7/6(3) قرار داشتند. نتایج نشان داده است که در جدول شماره 2، محل فیستول در این دو ضایعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع ضایعه</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>قدم</td>
<td>73</td>
<td>78/3</td>
<td>16</td>
<td>41</td>
<td>167</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گوشت</td>
<td>27</td>
<td>16</td>
<td>14</td>
<td>36</td>
<td>131</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع ضایعه</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>قدم</td>
<td>35</td>
<td>79/2</td>
<td>11</td>
<td>34</td>
<td>145</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گوشت</td>
<td>25</td>
<td>83/2</td>
<td>14</td>
<td>67</td>
<td>192</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع ضایعه</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>قدم</td>
<td>6</td>
<td>58/7</td>
<td>13</td>
<td>21</td>
<td>15/1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گوشت</td>
<td>9</td>
<td>8/8</td>
<td>20</td>
<td>42</td>
<td>24/8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع ضایعه</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>قدم</td>
<td>7</td>
<td>67/2</td>
<td>21</td>
<td>6</td>
<td>11/1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گوشت</td>
<td>11</td>
<td>31</td>
<td>20</td>
<td>42</td>
<td>24/8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع ضایعه</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>قدم</td>
<td>6</td>
<td>58/7</td>
<td>13</td>
<td>21</td>
<td>15/1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گوشت</td>
<td>9</td>
<td>8/8</td>
<td>20</td>
<td>42</td>
<td>24/8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع ضایعه</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>قدم</td>
<td>7</td>
<td>67/2</td>
<td>21</td>
<td>6</td>
<td>11/1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گوشت</td>
<td>11</td>
<td>31</td>
<td>20</td>
<td>42</td>
<td>24/8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع ضایعه</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>قدم</td>
<td>6</td>
<td>58/7</td>
<td>13</td>
<td>21</td>
<td>15/1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گوشت</td>
<td>9</td>
<td>8/8</td>
<td>20</td>
<td>42</td>
<td>24/8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع ضایعه</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>محیط سانگین</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>قدم</td>
<td>7</td>
<td>67/2</td>
<td>21</td>
<td>6</td>
<td>11/1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گوشت</td>
<td>11</td>
<td>31</td>
<td>20</td>
<td>42</td>
<td>24/8</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول شماره 3- توزیع پیمان بر حسب محل فیستولوشن و به تفکیک نوع ضایعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع ضایعه</th>
<th>محل فیستولوشن</th>
<th>رادیکولوم</th>
<th>گرانولوم</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>فک پایین</td>
<td>47/8</td>
<td>100</td>
<td>61/4</td>
<td>12</td>
<td>100</td>
<td>60/6</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
<td>100</td>
<td>60/6</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>خلف</td>
<td>41/5</td>
<td>100</td>
<td>66/4</td>
<td>14</td>
<td>100</td>
<td>62/4</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
<td>100</td>
<td>62/4</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>فک پلا</td>
<td>49/4</td>
<td>100</td>
<td>69/4</td>
<td>14</td>
<td>100</td>
<td>68/4</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
<td>100</td>
<td>68/4</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
<td>72/4</td>
<td>14</td>
<td>100</td>
<td>62/4</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
<td>100</td>
<td>62/4</td>
<td>14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در بررسی‌های انجام شده، مشخص شد که پیش‌ترین درصد ضایعات (چنینچه به‌طور ساده گفته می‌شود) در همان شاخص اول بعد روت‌کانال عود می‌کنند (البته اگر به وسیله درمان غلت روش‌کانال باعث عود مجدد ضایعه نشود).

بحث و نتیجه‌گیری

بدون تردد عامل مواد تمام بیماری‌های بالب و پری‌ایپیکال، آنتی‌زن‌های حاصل از تغییرات آماسی در بالب و نمونه‌های بالب در بررسی‌های واقعی واقع سه به مکان بالب را می‌توان چنین بین نمود که بعضی مواقع آنتی‌زن‌های حاصل از تکرر وال بالب در همان فضایی کانال ریشه محض می‌شود که بدون هیچ علائم بالبی و رادیوگرافی خاص می‌باشد. بعضی اوقات موارد محکر به پدیدار نمی‌کند می‌بایند و دفاع بدن آنها را در همان چا حکومت می‌کند و ضایعات محل می‌زیند می‌کند و یک گرانولوم پری‌ایپیکال ایجاد می‌شود که اگر تحریک داده‌ای پیدا کند، تبیین به پدیداری که پی‌ایپیکال می‌شود: اما در مواردی ویرولاکس باکتریالی به آنها ایجاد ضایعات در دفاع بدن می‌زیند و ایجاد آیس‌ها حاد پری‌ایپیکال می‌کند که در صورت کنترل

توجه داشته باشیم که میزان ضایعه G در اطلاعات میزان ضایعه R توسط آنتی‌زن‌های حاصل از تغییرات آماسی در بالب و نمونه‌های بالب پدیدار می‌گردد.
بررسی آماری کیست رادیوکولر

رز شده و شایع‌ترین ضایعه رادیوولونت پری‌پیگال عنوان

شده است. بیشترین درصد وقوع ضایعات زدنی و کیست رادیوکولار در گروه سنی 25-34 سال بوده و در گروه سنی 15-19 سال خانم‌های بالاترین درصد ابتلا را نشان داده‌اند.

همچنین بدون دنی گرفتن جنس بیشترین درصد براوی گروه سنی 15-19 سال بود.

در مطالعات عنوان شده که این ضایعات درجه بهره‌مندی گرفتن محدودیت‌های سنی برای این ضایعات را در جامعه سوم تا ششم عنوان نموده‌اند. تعداد جالب، توجه اینکه در اولین دهه کیست رادیوکولار نادر است یا پاها یا پاها، با توجه به اینکه پوستی‌گی

دننده غیر‌هشمند در این گروه سنی وجود دارد.

طبیق مطالعات بروز گوانیوما در دو جنس با Bhashar

یک نسبت‌ست و بیشتر در دهه سوم زندگی حادت

می‌شود و اگر خواندن آن را در مجموع حدود 3 برابر مندی

ذکر کرده است (13).

موضع مورد بحث دیگر نوع درمان این ضایعات انیکش و

کشور ما است. با توجه به اینکه اوین، محیط‌های ارگانیسم بیماری و

و میان‌سیر درمان برای بیماران با ضایعات رادیوولونت

بری‌پیگال، درمان صحیح کانال رشته است که می‌تواند با

کمترین ترمو، بیشترین نتیجه را داشته باشد.

در این بررسی مشاهده شد که این بیشتر ضایعات به

درمان ویزیت دندان، نمونه‌برداری انجام شده و به بخش

آسیب‌شناسی فرستاده می‌شود که در میزان آن چه در مورد

ضایعاتی که خارج از دنت‌شکه و چه از خود دانت‌شکه به

بخش آسیب‌شناسی فرستاده می‌شود، بسیار زیاد می‌باشد و

به 2/78/7 می‌رسد.


