

گزارش یک مورد ادنتوم کامپاند در ناحیه کانین شیری فک پایین یک کودک ۵ ساله

دکتر بهمن سراج* - دکتر پوریا مطهری**[†] - دکتر مرجان فخری*** - دکتر راحیل احمدی***

*استادیار گروه آموزشی کودکان دانشکده دندانپزشکی و عضو مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

**استادیار گروه آموزشی آسیب شناسی دهان و فک و صورت و عضو مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی تهران

***دستیار تخصصی دندانپزشکی کودکان

Title: Compound odontoma associated with an unerupted mandibular primary canine: A case report**Authors:** Seraj B. Assistant Professor*, Motahhari P. Assistant Professor**, Fakhri M. Postgraduate Student of Pediatric Dentistry, Ahmadi R. Postgraduate Student of Pediatric Dentistry**Address:** *Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Medical Sciences/ University of Tehran
** Department of Oral & Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Medical Sciences/ University of Tehran**Abstract:** Odontomas are benign tumors of odontogenic origin characterized by their slow growth. They are considered to be a common type of odontogenic tumor, but rarely occur in the primary dentition. The etiology of odontomas is unknown, although local trauma, infection and genetic factors have been suggested. Odontomas often cause disturbances in the eruption of teeth such as, impaction or delayed eruption, and retention of primary teeth and abnormalities in the position of teeth such as tipping or displacement of adjacent teeth. In this paper, a case of unerupted right mandibular primary cuspid in a 5 years old girl due to the presence of a compound odontoma is presented.**Key Words:** Compound odontoma; Primary dentition; Odontogenic tumor

ادنتوم شایعترین تومور ادنتوژنیک می‌باشد اما بندرت در سیستم دندانهای شیری مشاهده می‌گردد. ادنتوم توموری خوش خیم با منشأ دندانی است که رشدی آهسته دارد و همچنین اتیولوژی آن ناشناخته می‌باشد اما فاکتورهایی مثل ترومای موضعی، عفونت و فاکتورهای ژنتیکی به عنوان عوامل احتمالی مطرح می‌باشند. ادنتوم موجب اختلالاتی در رویش دندان‌ها مانند نهفتگی و یا تأخیر در رویش دندانهای شیری و ناهنجاری در موقعیت دندان مثل tipping و یا جابجایی دندانهای مجاور می‌گردد. در این مقاله، یک مورد ادنتوم کامپاند در دختر ۵ ساله که به دلیل عدم رویش دندان کانین شیری مندیبل در سمت راست مراجعه کرده بود، گزارش می‌گردد.

: ادنتومای کامپاند؛ سیستم دندانی شیری؛ تومور ادنتوژنیک

وصول: ۸۶/۰۲/۰۱ اصلاح نهایی: ۸۶/۰۶/۱۹ تأیید چاپ: ۸۶/۰۹/۰۴

[†] مؤلف مسؤول: نشانی: تهران - دانشگاه علوم پزشکی تهران - دانشکده دندانپزشکی - گروه آموزشی آسیب شناسی دهان و فک و صورت

تلفن: ۶۶۴۰۲۶۴۰ نشانی الکترونیک: pmotahari@tums.ac.ir

در این مقاله، یک مورد ادنتوم کامپاند در ناحیه کانین شیری در سمت راست مندیبل دختر ۵ ساله‌ای که مانع رویش دندان شیری شده بود، شرح داده می‌شود.

شرح مورد

بیمار یک دختر ۵ ساله بود که جهت معاینه به بخش کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه نمود. در تاریخچه پزشکی وی هیچگونه سابقه بیماری مشاهده نشده و هیچگونه عدم رویش دندان در تاریخچه خانوادگی‌اش مشاهده نگردید. سابقه تروما، دفورمیتی یا تورم ناحیه ماگزیلوفاسیال هم وجود نداشت. در معاینه داخل دهانی تمام دندان‌های شیری به جز C راست پایین وجود داشتند و تماماً نرمال بودند. چند ترمیم آمالگام در مولرهای شیری دیده شد. تورم کاملاً واضحی در لبیال استخوان آلوئول ناحیه فوق مشاهده گردید و فضا برای رویش دندان نیز کافی بود (شکل ۱).



شکل ۱- نمای داخل دهانی از C راست پایین و وجود توده‌ای در این ناحیه (قبل از جراحی)

در رادیوگرافی پانورامیک، عدم رویش C راست پایین و وجود توده‌های اوپک شبیه دندان در بالای آن مشاهده گردید (شکل ۲). برای بررسی دقیق‌تر رادیوگرافی PA تهیه شد. تشخیص اولیه براساس نمای بالینی و گرافی، ادنتوم کامپاند بود. با توجه به همکار بودن کودک و سابقه قبلی ترمیم دندان‌ها، تصمیم گرفته شد، جراحی توسط بی‌حسی موضعی انجام گیرد. پس از انجام فلپ موکوپریوستال Incision) Full thickness از ناحیه دیستال D تا دیستال A، لایه نازک استخوان پوشاننده سطح لبیال برداشته شده و توده کلسیفیه اکسپوز گردید (شکل ۳).

ادنتوم برای اولین بار در سال ۱۸۶۶ به صورت توده‌های آمورف بافت کلسیفیه توصیف شد (۱). اتیولوژی دقیق آن ناشناخته است اما عواملی مثل ترومای موضعی، عفونت و فاکتورهای ژنتیکی مطرح می‌باشند (۱، ۲، ۳).

ادنتوم، تومور مختلط ادنتوژنیک است که هر دو جزء اپی‌تلیالی و مزانشیمی از لحاظ عملکرد، تمایز لازم را تا حدی که منجر به تشکیل مینا، عاج و بافت پالپی بشود پیدا کرده‌اند (۲، ۴). ادنتوم شایعترین تومور ادنتوژنیک بوده و رشد آهسته‌ای دارد و معمولاً بدون درد می‌باشد (۵). این اعتقاد وجود دارد که این تومور، ماهیتاً هامارتوماتوز است و شامل هامارتوم آملوبلاستها و ادنتوبلاست‌های فانکشنال می‌باشد (۲، ۶).

وجود دندان نهفته یا تأخیر در رویش دندان به عنوان شایع‌ترین علامت بالینی مطرح شده است. علائم دیگری نظیر درد، چرک، تورم و جابجایی دندان شیوع کمتری دارند (۳). رشد ادنتوم در طی تکامل دندان شروع می‌شود و معمولاً رشدی آهسته و بدون درد دارد (۲). به همین خاطر اکثراً تا دهه دوم و سوم بدون علامت می‌ماند و در آن زمان در معاینات روتین رادیوگرافی کشف می‌شود (۲، ۳، ۵، ۸).

این ضایعات اغلب بدون علامت، کوچک و منفرد می‌باشند (۳)، هرچند در بعضی مطالعات به صورت متعدد نیز یافت شده‌اند (۸). به طور معمول ادنتوم بیشتر در سیستم دندان‌های دائمی رخ می‌دهد و در دندان‌های شیری بسیار نادر می‌باشد (۳، ۷).

WHO ادنتوم را برحسب درجه تمایز مورفولوژیک به دو نوع تقسیم می‌کند: کامپاند و کامپلکس (۱، ۷). نوع کامپاند ضایعه‌ای است که تمامی بافت‌های دندان به صورت منظم در آن وجود دارند و ساختاری شبیه به دندان را نشان می‌دهد. از طرف دیگر در نوع کامپاند با وجودی که همه بافت‌های دندان مشاهده می‌شوند الگوی آمورف وجود دارد (۱، ۳).

متوسط سن در هر دو نوع ادنتوم ۲۰ سالگی می‌باشد و در هر دو جنس شیوع یکسانی دارد (۸). البته نوع کامپاند اغلب در ناحیه انسیزورها و کانین‌های ماگزیلا رخ می‌دهد در حالیکه ادنتوم کامپلکس غالباً در ناحیه مولر و پر مولر هر دو فک مشاهده می‌شود (۱، ۲، ۳). میزان شیوع ادنتوم کامپاند ۲ برابر نوع کامپلکس می‌باشد (۲، ۵).

چندین توده نامنظم شبیه به دندان (شکل ۴) در طی جراحی بدون آسیب به جوانه دندان کانین شیری و دایمی و پرمولر برداشته شدند. نمونه‌ها در فرمالین ۱۰٪ قرار گرفته و به بخش پاتولوژی ارسال گردیدند.

پس از اتمام جراحی فلپ در جای خود قرار گرفت و با نخ بخیه Silk (۳-۰) بخیه شد. بیمار ۵ هفته بعد معاینه گردید و ناحیه جراحی بهبود پیدا کرده بود و رویش دندان کانین شیری تحت نظر قرار گرفت. در بررسی هیستولوژیک ضایعه، وجود ادنتوم کامپاند تأیید شد. سه ماه بعد از جراحی رادیوگرافی‌ها نشان داد کانین شیری در حال رویش می‌باشد (شکل ۵). در پی گیری‌های بعدی دندان کانین رویش نیافته ۹ ماه پس از جراحی رویش یافته بود (شکل ۶).



شکل ۲- رادیوگرافی پانورامیک قبل از جراحی: به موقعیت C راست پایین و توده متعدد رادیوپاک بالای تاجش توجه نمائید.



شکل ۵- نمای رادیوگرافی سه ماه بعد از جراحی C راست پایین در حال رویش می‌باشد



شکل ۳- نمای حین جراحی از ناحیه C راست پایین به ساختارهای شبه دندانی موجود در این ناحیه توجه نمائید.



شکل ۶- نمای داخل دهانی ۹ ماه بعد از جراحی: رویش C راست پایین به داخل دهان



شکل ۴- ساختارهای شبه دندانی بعد از اتمام جراحی

بحث و نتیجه گیری

درمان انتخابی ادنتوم جراحی و برداشتن کل ضایعه و کورتاژ اطراف آن می‌باشد. پس از جراحی رویش خود به خود دندان زیرین مشاهده می‌شود. لازم به ذکر است که عود ادنتوم نیز بی‌نهایت غیرمعمول می‌باشد (۲). در بررسی هیستولوژیک، ادنتوم کامپلکس به صورت توده‌ای از عاج، مینا، سمان و پالپ که غیرسازمان یافته‌اند مشاهده می‌گردد. در حالیکه در ادنتوم کامپاند ساختارهای منظم مشابه دندان یافت می‌شود. آزمایشات رادیوگرافیک و هیستولوژیک دقیق برای مشخص کردن این ضایعه لازم می‌باشند زیرا ادنتوم می‌تواند با نئوپلاسم مهاجم ادنتوآمبولاستوما اشتباه شود (۱۳،۱۲) که یک ضایعه مهاجم است و نیاز به درمان اگرسو دارد (۲).

در این Case با توجه به تاریخچه، معاینات داخل دهانی، رادیوگرافی و ارزیابی هیستولوژیک تشخیص ادنتوم کامپاند داده شد که بوسیله جراحی خارج گردید. یکی از علل عدم رویش دندان‌های شیری ادنتوم می‌باشد که باید پس از تأیید تشخیص آن توسط رادیوگرافی، جهت تسهیل در رویش دندان مربوطه با جراحی خارج گردد و با توجه به شرایط هر بیمار در صورت لزوم فضای مربوطه نیز تحت کنترل قرار گیرد که البته در این بیمار نیازی به حفظ فضا نبود و تنها با حذف موانع دندان کانین شیری رویش یافت.

اکثریت دندان‌های رویش نیافته در سیستم دندان‌های دائمی و در اوایل Mixed Dentition دیده می‌شوند و نهفتگی دندان‌های شیری به خصوص کانین شیری بسیار نادر می‌باشد (۴،۳). عواملی مثل ادنتوم، انکیلوز، تروما، کیست دنتی ژور و دندان‌های اضافه می‌توانند از علل آن باشند (۹،۴،۳). بیشترین موارد نهفتگی در دوره دندان‌های شیری در فک بالا گزارش شده است (۱۱،۱۰) و این مورد از موارد نادر نهفتگی کانین شیری مندیبل همراه با ادنتوم است. در این مقاله یک مورد کانین شیری نهفته در یک دختر ۵ ساله گزارش گردید. در معاینات داخل دهانی وجود یک توده بدون علامت Solid در ناحیه کانین سمت راست فک پایین مشاهده شد. از نظر رادیوگرافی ادنتوم به صورت توده‌های اوپک بدون شکل خاص یا مشابه با دندان مشاهده می‌گردد که یک ناحیه رادیولوسنت با حدود مشخص (well-defined) در اطراف خود دارد (۷،۵،۴).

در این مورد، بررسی رادیوگرافیک کانین شیری نروئیده مندیبل سمت راست نشان داد که تاج این دندان کاملاً تمایز یافته بود و یک فولیکول تک حفره‌ای کاملاً مشخص در اطراف آن مشاهده شد و در اطراف فولیکول تعدادی توده اوپک وجود داشت.

:

1-Cildir SK, Sencift K, Olgac V, Sandalli N. Delayed Eruption of a mandibular primary cuspid associated with compound odontoma. *J Contemp Dent pract.* 2005; 6(4): 152-159.
 2-Cabov T, Krmptic M, Grgurevic J, Peric B, Jokic D, Manoylovic S. Complex odontoma of the left maxillary sinus. *Wiener Klinische Wochenschrift.* 2005; 117/21-22: 780-783.
 3-Yassin OM. Yassin. Delayed eruption of maxillary primary cuspid associated with compound odontoma. *J Clin Pediatr Dent.* 1999; 23(2):147-9.
 4-Yeung KH, Cheung RCT, Tsang M.M.H. Compound odontoma associated with an unerupted and dilacerated maxillary primary central incisor in a young patient. *Int J Paediatr Dent.* 2003; 13: 208-212.
 5-Amado-Cuesta S, Gargallo- Albiol J, Berini- Aytes L, Gay-Escoda C. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma. *Med Oral* 2003; 8: 366-73.
 6- Junquera L, Devicente JC, Roig P, Olay S, Rodriguez-Reico O. Intraosseous odontoma erupted into the oral cavity: An unusual pathology. *Med Oral Cir Bucal.* 2005; 10: 248-51.

7-Hisatomi M, Asaumi J-I, Konouchi H, Honda Y, Wakasa T, Kishi K. A case of complex odontoma associated with an impacted lower deciduous second molar and analysis of the 107 odontomas. *Oral Disease.* 2002 ; 8(2): 100-105.
 8-Ajike S. O, Adekeye E. O. Multiple odontomas in the facial bone. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2000; 29:443-444.
 9-Ostuka Y, Mitomi T, A review of clinical features in 13 cases of impacted primary teeth. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11(4): 57.
 10-Bianchis SD, Rocuzzo M. Primary impaction of primary teeth: Report of three cases. *J Clin Pediatr Dent.* 1991; 130: 475-482.
 11- Noonan RG. Abbreviated case report: A compound odontoma associated with a deciduous tooth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1971; 32: 740-742.
 12-Hammer JE. Ameloblastic odontoma: Report of two cases. *Am J Dis Child.* 1968;115: 332-336.
 13-Hooker SP. Ameloblastic odontoma: an analysis of twenty-six cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1967; 24: 375-376.