



بسم الله الرحمن الرحيم

علم و دانش نوری است که خداوند آن را در دل هر کس که هدایتش را بخواهد قرار می‌دهد. اگر طالب علم هستی، اول در وجود خود به دنبال حقیقت عبودیت باش. بابه کار بستن علم، آن را بجوی و از خدا طلب فهم کن تا تو را بفهماند.

مروری جامع بر

آسیب شناسی دهان و فک و صورت

گروه علمی مؤسسه انتشاراتی پیشگامان پارسه

تدوین و گردآوری:

دکتر ساعده عطار باشی مقدم



کیست‌های ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک و تومورهای ادنتوژنیک

فصل ۱۵، ۱ و ۳ نوید ۲۰۱۶

کیست‌های ادنتوژنیک

نکته

کیست‌های التهابی:

(۱) رادیکولار

(۲) رزیدوآل

(۳) باکال بای فورکیشن.

کیست‌های رشدی تکاملی:

(۱) Dentigerous (۲) OKC (۳) COC (۴) LPC (۵) کیست

رویشی (۶) کیست ادنتوژنیک ارتوکرآتینیزه (۷) کیست

لته‌ای نوزادان (۸) کیست لته‌ای بالغین (۹) کیست ادنتوژنیک

گلاندولار (غده‌ای)

سؤال:

منشأ (التهابی یا غیرالتهابی بودن) کدامیک از کیست‌های زیر با بقیه متفاوت است؟ (ورودی ۹۲)

الف) Buccal Bifurcation Cyst

ب) Lateral Radicular Cyst

ج) Residual Cyst

د) Eruption Cyst

کدامیک از کیست‌های ادنتوژنیک زیر، منشأ التهابی دارد؟ (ورودی ۸۶)

الف) باکال بای فورکیشن سیست

ب) کیست گورلین

ج) گلاندولار ادنتوژنیک سیست

د) ژنژیوال سیست بالغین

Developmental odontogenic cyst

شیوع کیست‌های ادنتوژنیک بسیار بالاتر از تومورهای ادنتوژنیک است.

Dentigerous cyst (follicular cyst)

✓ شایع‌ترین کیست تکاملی ادنتوژنیک (۲۰٪ کل کیست‌های مفروش از اپی‌تلیوم فکین) تاج یک دندان رویش نیافته را در بر می‌گیرد و در ناحیه CEJ به دندان متصل می‌شود. از تجمع مایع بین اپی‌تلیوم کاهش یافته مینایی و تاج دندان به وجود می‌آید. دنتیژروس متعدد نیز به‌طور ناشایع گزارش شده است.

تئوری‌های منشأ آماسی برای DC (Dentigerous cyst):

(۱) آماس پری اپیکال دندان شیری

(۲) مولر سوم نیمه رویش یافته فک پایین که دارای یک ضایعه شبه کیستی آماسی در دیستال و باکال است (پارادنتال کیست).

✓ سومین مولر فک پایین - کانین ماگزایلا - سومین مولر ماگزایلا - دومین پره‌مولر مندیبل.

✓ به‌ندرت دندان شیری - دندان اضافی یا ادنتوم را مبتلا می‌کنند.

✓ ۱۰ - ۳۰ سال، M > F، سفید پوست < سیاه پوست.

✓ این کیست به جز در موارد عفونت ثانویه رشدی آهسته و بدون درد دارد که ممکن است منجر به اتساع استخوانی و ناقزینگی صورت شود.

✓ رادیو لوسنی یونی لاکولار همراه تاج دندان نهفته با حدود مشخص و حاشیه اسکلوپتیک انواع عفونی حاشیه نامشخص دارند.

✓ کیست‌های بزرگ به‌علت باقی ماندن ترابکول‌های استخوانی نمای چند حفره‌ای (multilocular) پیدا می‌کنند.

نکته

از نظر رادیوگرافی:

مرکزی (شایع‌ترین) - جانبی (lateral) - حلقوی circumferential (به نظر می‌رسد بخش قابل توجهی از تاج و ریشه داخل کیست است).

✓ نوع جانبی همراه مولر سوم میزوانگولار فک پایین

✓ جابجایی به حاشیه تحتانی فک پایین یا شاخه صعودی یا کف حفره بینی - کف کاسه چشم

✓ جابجایی دندان یا تحلیل ریشه

✓ ناحیه رادیولوسنسی حداقل باید قطری برابر ۳ تا ۴ میلی‌متر داشته باشد تا DC محسوب شود. (تمایز از فولیکول دندان)

نکته

■ نمای میکروسکوپی:

(۱) اپی‌تلیوم کیست متشکل از دو تا چهار ردیف سلول پهن غیرکراتینیزه که محل اتصال با بافت همبند فاقد رت پگ می‌باشد.

(۲) در صورت عفونی شدن درجاتی از هایپرپلازی و تشکیل رت پگ و کراتینیزاسیون سطحی را نشان می‌دهد.

(۳) ممکن است تجمع کانونی سلول موکوسی در اپی‌تلیوم و سلول سباسه در بافت همبند دیده می‌شود.

(۴) فولیکول دندان‌انی طبیعی حاوی یک لایه نازک از اپی‌تلیوم مینایی کاهش یافته است که تشخیص افتراقی میکروسکوپی آن را با D.C مشکل می‌سازد.

(۵) دیواره همبندی فیبروزه حاوی گلیکوز آمینوگلیکان، کیست را احاطه کرده که ممکن است حاوی جزایر یا طناب‌های کوچکی از اپی‌تلیوم ادنتوژنیک باشد (اگر زیاد باشد ممکن است با آملوبلاستوما اشتباه شود).



سؤال:

در صورت بروز آماس، پیدایش کراتین در جداره اپی-تلیالی کدامیک از کیست‌های زیر ممکن است مشاهده شود؟ (بورد ۹۴)

- الف) Dentigerous cyst
ب) Lateral periodontal cyst
ج) Calcifying odontogenic cyst
د) Glandular odontogenic cyst

کدام یک از عبارات زیر در مورد کیست دنتی ژروس غلط می‌باشد؟ (ورودی ۷۸)

- الف) کیست دنتی ژروس فقط در اطراف تاج دندان نهفته قرار دارد.
ب) ریشه‌های دندان نهفته ممکن است توسط کیست دنتی ژروس احاطه گردند ولی درون حفره کیستیک قرار ندارند.
ج) حفره کیستیک در کیست دنتی ژروس ممکن است ریشه‌های دندان را نیز در برگیرد.
د) برای تشخیص کیست دنتی ژروس، بررسی SSORG حین جراحی و مشاهده اتصال فولیکول کیستیک در J.E.C الزامی است.

Eruption cyst (Eruption hematoma)

- ✓ مشابه دنتی ژروس ولی در بافت نرم است.
✓ به دنبال جدا شدن فولیکول دندان از اطراف تاج دندان در حال رویشی که از استخوان آلوئول خارج شده ایجاد می‌شود.
✓ تورم نرم و شفاف در اطراف لثه دندان شیری یا دائمی رویش یافته (احتمالاً در اثر رسوب کلاژن ایجاد می‌شود).
✓ کودکان زیر ۱۰ سال عمدتاً سانترال ماندیبل شیری، مولر اول دائمی و دندان‌های قدامی شیری فک بالا
✓ در اثر تحریک و تروما ارغوانی شده و هماتوم رویشی نامیده می‌شود.

نکته

جدار کیست یک لایه نازک اپی تلیوم سنگفرشی غیر کراتینیزه که در سطح مخاط لثه دیده شده و بافت همبند ارتشاح سلول‌های آماسی مزمن را نشان می‌دهد. درمان لازم نیست و در مواردی جراحی ساده و برداشتن سقف کیست.



شکل ۷-۱: کیست رویشی

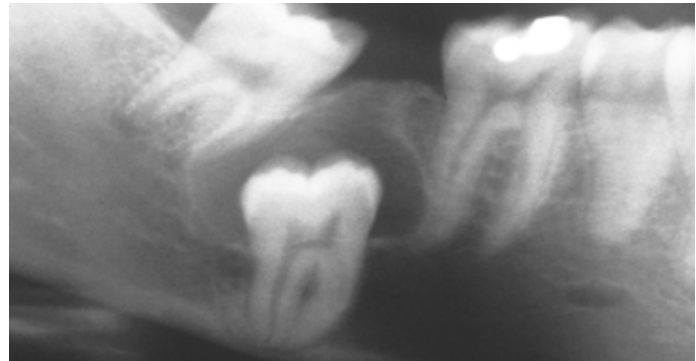
۶) در موارد التهاب و عفونت دیواره همبندی متراکم‌تر و حاوی ارتشاح سلول‌های التهابی مزمن خواهد بود.

۷) نواحی ضخیم شده در سطح لومینال DC gross ممکن است تغییرات نئوپلاستیک نشان دهد.

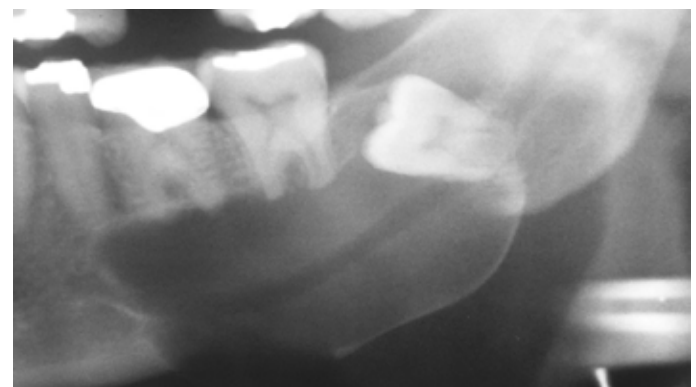
✓ درمان: خارج کردن کیست و دندان - عمل marsupialization در کیست‌های بزرگ

نکته

احتمال بروز آملوبلاستوما - SCC, MEC در جدار کیست وجود دارد.



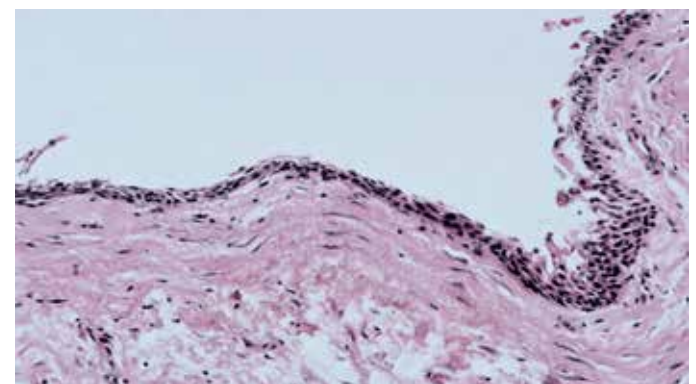
شکل ۳-۱: کیست دنتی ژروس نوع سنترال



شکل ۴-۱: کیست دنتی ژروس نوع لترال



شکل ۵-۱: انواع رادیوگرافیک کیست دنتی ژروس



شکل ۶-۱: کیست دنتی ژروس. به اپی تلیوم نازک غیر کراتینیزه دقت شود.



سؤال:

در صورت مشاهده کانون‌هایی از اپیتلیوم اورتوکرآتینیزه در جدار یک کیست با پوشش پاراکراتینیزه کدامیک از تشخیص‌های زیر مطرح است؟ (بورودی ۹۴)

الف) Transitional odontogenic cyst

ب) Odontogenic keratocyst

ج) Orthokeratinized odontogenic cyst

د) Primordial cyst

مکانیسم رشدی و رفتار بیولوژیک کدام کیست با سایر موارد ذیل متفاوت است؟ (ورودی ۹۴)

الف) کیست دنتیژروس

ب) کیست رادیکولار

ج) ادنتوژنیک کراتوسیست

د) کیست ادنتوژنیک اورتوکرآتینیزه

نوع پوشش اپی‌تلیال کدام کیست مشابه OKC (ادنتوژنیک کراتوسیست) می‌باشد؟ (ورودی ۹۲)

الف) دنتیژروس

ب) مدین پالاتال

ج) لنفو اپی‌تلیال دهانی

د) COC

کدامیک از کیست‌های زیر در صورتیکه در سنین بالا ایجاد شود بیشتر در موقعیت Nasopalatine duct cyst دیده می‌شود؟ (بورودی ۹۰)

الف) Glandular odontogenic cyst

ب) Botryoid odontogenic cyst

ج) Odontogenic keratocyst

د) Orthokeratinized odontogenic cyst

در بررسی میکروسکوپی یک ضایعه رادیولوسنت یونی لاکولار در حد فاصل ریشه دندان‌های ۶ و ۷ یک پسر ۱۶ ساله، یک فضای کیستیک با پوشش اپی‌تلیالی یکنواخت و سطح پاراکراتینیزه مشاهده شد. تشخیص کدام است؟ (ورودی ۸۷)

الف) Lateral Periodontal Cyst

ب) Traumatic Bone Cyst

ج) Odontogenic Keratocyst

د) Lateral Radicular Cyst

بافت غضروفی در دیواره کدامیک از کیست‌های زیر دیده می‌شود؟ (ورودی ۸۸)

الف) ادنتوژنیک کراتوسیست

ب) کیست گورلین

ج) کیست دنتیژروس

د) کیست پریدنتال طرفی

Orthokeratinized odontogenic cyst

➤ ۷ تا ۱۷ درصد کیست‌های کراتینیزه فکی را شامل می‌شود.

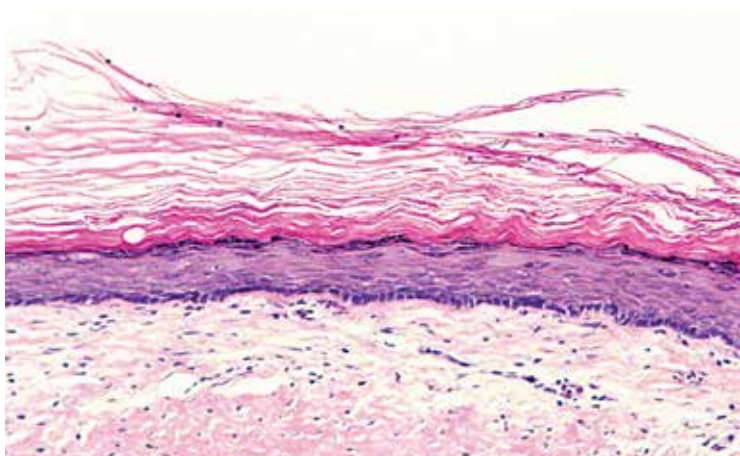
رابطه‌ای با سندرم گورلین ندارد.

➤ در بالغین جوان $1/2 = M/F$ - $1/2 = Man / Max$ نواحی خلفی فکین ۱ تا ۷ سانتی‌متر

➤ معمولاً رادیولوسنسی تک حفره اما چند حفره نیز دیده می‌شود.

نکته

- ✓ حدود $\frac{2}{3}$ موارد شبیه DC (در رادیوگرافی) دربرگیرنده مولر سوم فک پایین
- ✓ پوشش از اپی‌تلیوم سنگفرشی مطابق ارتوکرآتینیزه با دانه‌های کراتوهایالین واضح
- ✓ درمان کورتاژ و انوکلویشن عود نادر و حدود ۲ درصد
- ✓ ریسک بدخیمی ممکن است بیشتر باشد (نسبت به OKC).



شکل ۹-۱: کیست ادنتوژنیک اورتوکرآتینیزه

سؤال:

کدام جمله در خصوص Orthokeratinized odontogenic cyst صحیح می‌باشد؟ (بورودی ۹۰)

الف) نوع خاصی از odontogenic keratocyst می‌باشد.

ب) در بیشتر موارد بصورت Dentigerous cyst تظاهر پیدا می‌کند.

ج) گاهی همراه با Neviod basal cell carcinoma syndrome دیده می‌شود.

د) دارای لایه گرانولر مشخص و لایه بازال با نمای Palisading می‌باشد.

Nevoid basal cell carcinoma syn (Gorlin syn)

- بیماری ارثی اتوزوم غالب دارای نفوذ بالا به علت جهش PTCH یک ژن سرکوب گر تومور بر روی کروموزوم ۹ می‌باشد.



۵. احتمال وقوع تغییرات بدخیمی در کدام کیست ادنتوژنیک کمتر است؟ (ورودی ۹۵)

الف) Odontogenic Keratocyst

ب) Orthokeratinized odontogenic cyst

ج) Dentigerous cyst

د) Residual cyst

۶. در گرافی تهیه شده از کودکی ۱۰ ساله چند رادیولوسنسی تک حفره‌ای با حدود مشخص دیده شد که پس از بیوپسی، ساختارهای کیستیک با پوشش پاراکراتینیزه و سلول‌های بازال نردبانی مشاهده شد، کدامیک از علائم زیر باید در این کودک بررسی گردد؟ (ورودی ۹۷)

الف) پولیپ روده

ب) استئوم فکی

ج) پیگمانتاسیون

د) کلسیفیکاسیون داس مغزی

۷. تمام کیست‌های ادنتوژنیک زیر می‌توانند نوع خارج استخوانی داشته باشند به جز: (ورودی ۹۷)

الف) Dentigerous

ب) lateral periodontal

ج) glandular

د) gorlin

۸. در ارتباط با ضایعه ادنوماتوئید ادنتوژنیک تومور تمام گزینه‌ها صحیح است به جز: (ورودی ۹۷)

الف) ساختمان‌های توبولر یا شبه مجرای از نمای اختصاصی ضایعه است.

ب) سلول‌های تومورال مجاری ماهیت پره آملوبلاستی دارند.

ج) همراهی با ادنتوم مشاهده شده است.

د) نوع فولیکولار آن در نمای رادیوگرافی کاملاً به کیست دنتی ژروس شباهت دارد.

۹. تمام موارد به‌عنوان منشأ کیست رادیکولار مطرح است به جز؟ (ورودی ۹۶)

الف) بقایای مالاسه

ب) بقایای سرز

ج) اپی‌تلیوم شیار لثه

د) پوشش سینوسی

۱۰. کدام کیست منشأ التهابی داشته و معمولاً در کودکان دیده می‌شود؟ (ورودی ۹۶)

الف) Eruption cyst

ب) Dentigerous cyst

ج) Buccal bifurcation cyst

د) gingival cyst of the newborn

۱۱. ساختارهای اپی‌تلیالی شبه مجرای و کانون‌های کلسیفیه در نمای میکروسکوپی کدام تومور ادنتوژنیک دیده می‌شود؟ (ورودی ۹۶)

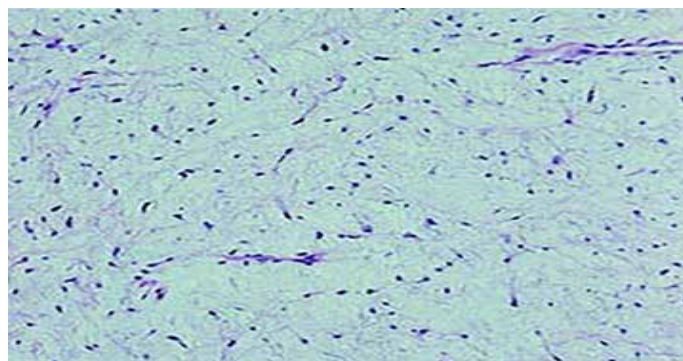
الف) تومور اپی‌تلیال ادنتوژنیک کلسیفیه

ب) ادنوماتوئید ادنتوژنیک تومور

ج) آملوبلاستیک فیبروما

د) آملوبلاستوما

✓ درمان: کورتاژ با پی‌گیری ۵ سال، ضایعات بزرگتر رزکسیون وسیع عود ۲۵٪. کپسول ندارد و به بافت اطراف نفوذ می‌کند. میکسوسارکوما مشی موضعی مهاجم‌تری دارند اما متاستاز دور دست گزارش نشده است.



شکل ۶۴-۱: میکسوما

نمونه سؤالات آزمون

۱. بیمار جوانی ۲۰ ساله است که با تورم بدون درد در ناحیه خلفی پایین مراجعه کرده است. در رادیوگرافی، نمای رادیولوسنسی حباب صابون (Soap Bubble) دیده می‌شود. در بررسی میکروسکوپی، بافتی متشکل از سلول‌های ستاره‌ای و دوکی شکل در زمینه‌ای میکسوئید وجود دارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (ورودی ۹۱)

الف) اسکواموس ادنتوژنیک تومور

ب) آملوبلاستوما

ج) ادنتوژنیک فیبروما

د) ادنتوژنیک میکسوما

۲. از بین تومورهای با منشأ اکتومزانسیم ادنتوژنیک کدام یک از عود بالاتری برخوردار است؟ (ورودی ۸۷)

الف) Odontogenic Fibroma

ب) Granular Cell Odontogenic Tumor

ج) Odontogenic Myxoma

د) Cementoblastoma

Cementoblastoma نیز یک تومور ادنتوژنیک مزانشیمی محسوب می‌شود.

۳. پوشش اپی‌تلیالی در کدام کیست دارای تنوع زیادی است؟ (ورودی ۹۵)

الف) کیست نازوپالاتین

ب) کیست نازولبیال

ج) کیست میانی کام

د) کیست میانی مندیبل

۴. در درمان کدام یک از ضایعات ادنتوژنیک، جراحی وسیع‌تری توصیه می‌شود؟ (ورودی ۹۵)

الف) Ameloblastic fibroma

ب) Odontoameloblastoma

ج) Odontoma

د) Ameloblastic fibro-odontoma

ضایعات استخوان

فصل ۱۴ و ۳ نوید ۲۰۱۶

استئوژنیزس ایمپرکتا (Brittle bone disease)

شایع ترین بیماری ارثی استخوان

اختلال در روند بلوغ کلاژن Type I به علت بروز جهش در ژن COL₁A₁ روی کروموزوم ۱۷ و COL₁A₂ روی کروموزوم ۷.
 * بلوغ غیر طبیعی کلاژن منجر به استخوان با کورتکس نازک، تراکولاسیون ظریف و استئوپروز منتشر می گردد.
 کلاژن قسمت عمده استخوان، عاج، اسکلا، لیگامان ها و پوست را تشکیل می دهد. علائم دیگر شامل صلبیه آبی رنگ، دندان های تغییر شکل یافته، کم شنوایی Hypoacusis، بد شکلی استخوان دراز و ستون مهره و افزایش تحرک مفاصل می باشد.

نکته

* شاخصه رادیوگرافی بیماری:

۱) استئوپنی ۲) خمیدگی و زاویه دار شدن و بد شکلی استخوان های دراز ۳) شکستگی متعدد و استخوان کرمی در جمجمه (۱۰ عدد یا بیشتر استخوان درزی که نمای موزاییکی ایجاد می کند)
 (Wormian bone) در بیماری دیسپلازی کلید و کرائیال و استئوژنیزس ایمپرکتا دیده می شود.

* هر دو سیستم دندان درگیر می گردند و ترنس لوسنسی آبی تا قهوه ای را نشان می دهد. (گاهی دندان ها از نظر بالینی و رادیوگرافی مشابه دنتینوژنیزس ایمپرکتا هستند که در این بیماری موسوم به (opalescent teeth) می باشند. محو شدن (obliteration) زودرس پالپ دیده می شود. Shell teeth (دندان صدفی) ممکن است به ندرت دیده شود. صورت مثلثی شکل دیده می شود.

ریشه دندان ها ممکن است باریک و شبیه چوب ذرت شود (Corn-cob-shaped).
 چندین خانواده با شکستگی های متعدد و ضایعات شبیه Florid cemento – osseous dysplasia یا gigantiform cementoma دیده شده اند که ممکن است به دسته gnatho-diaphyseal dysplasia متعلق باشند.

◊ برای تایید تشخیص استئوژنیزس ایمپرکتا، آزمایشات ژنتیک بسیار حساس تر از الکتروفورز برای کلاژن تیپ I می باشد.

◊ در استئوژنیزس ایمپرکتا، غلظت ویتامین D، کلسیم، فسفر و تا حدی آلکالین فسفاتاز در محدوده نرمال می باشد. (اگرچه الکلین فسفاتاز ممکن است بالا رود)

دنتینوژنیزس ایمپرکتا و استئوژنیزس ایمپرکتا دو بیماری جداگانه اند. کلاس III بدلیل هیپوپلازی فک بالا، زبری واضح در استخوان باقی مانده، ماکروسفالی، صورت مثلثی و Frontal bossing دیده می شود. تغییرات دندان به خصوص در نوع III و IV دیده می شود.

* مشاهده رادیولوژیک چند کانونی، رادیولوژیک مختلط و یا رادیوپاستی منتشر (حساس به التهاب) شبیه به فلورید سمنتواسئوس دیسپلازی یا gigantiform cementoma به طور نادر دیده می شود.

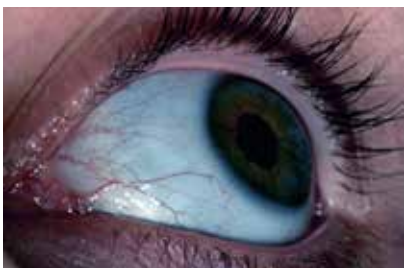
شدت بیماری (خفیف، متوسط و شدید) بر پایه تعداد شکستگی های استخوانی، درجه بد شکلی استخوان دراز و مهره، میزان نقص رشدی و سنی که این اختلال تشخیص داده می شود مرتبط می باشد. الگوهای متفاوتی دارد.

نکته

تیپ I: شایع ترین و خفیف ترین نوع بیماری است. بیماران توسط تعداد متغیری شکستگی استخوان، بد شکلی استخوانی خفیف و رشد نرمال مشخص می شوند.

تیپ II: شدیدترین فرم بیماری است. بسیاری از نوزادان مرده به دنیا می آیند. (شکستگی بی نهایت استخوان) و مرگ اکثراً بدلیل مشکل تنفسی بدلیل شکستگی متعدد دنده و توراکس کوچک اتفاق می افتد.

در این بیماری گاهی اختلالات خونریزی دهنده، ناهنجاری قلبی و هایپرترمی دیده می شود. درمان علامتی است. استفاده از بیس فسفونات خوراکی و وریدی در موارد شدید تا متوسط. استفاده از بیسفسفونات ها باعث کاهش درد و شکستگی و بهتر شدن حرکت می شود. kyphoscoliosis دیده می شود.



شکل ۱-۲: استئوژنیزس ایمپرکتا. صلبیه آبی رنگ

بیماری استخوان مرمری Marble bone disease
(Albers – Schonberg, Osteopetrosis)

* افزایش مشخص دانسیته استخوان ناشی از نقص در ری مادلینگ به علت نقص عملکردی استئوکلاست ها با اینکه تعدادشان زیاد می شود اما تحلیل استخوان انجام نمی شود.

نکته

- در استئوپتروز سه زیر گروه کلینیکی اصلی وجود دارد:
- ۱) نوع اتوزوم مغلوب نوزادی (بدخیم) (infantile)
- ۲) نوع اتوزوم مغلوب intermediate
- ۳) نوع اتوزوم غالب (خوش خیم) بالغین (adult)
- شیوع نوع Adult از بقیه بیشتر است.

نوع نوزادی:

* علائم اولیه اغلب کم خونی نرموسیتیک همراه با بزرگی کبد و طحال ناشی از فعالیت خونسازی جبرانی خارج استخوانی است. نقص ایمنی در برابر عفونت و گرانولوسیتوینی شایع است. بد شکلی صورت شامل صورت پهن، دوری چشم ها از هم، بینی زینی شکل و پیشانی برجسته (Frontal bossing) می باشد. رویش دندان ها همیشه با تأخیر بوده و به علت تنگ شدن سوراخ های جمجمه علائمی چون آتروفی عصب اپتیک، کوری، کری و فلج صورتی رخ می دهد. نقص مغز استخوان، شکستگی پاتولوژیک و تحت فشار بودن اعصاب مغزی شایع است. استخوان های فکین مستعد به استئومیلیت بعد از در آوردن دندان اند و پروگنوز ضعیف است نوع خفیف تر بیماری، حد



Cleidocranial dysplasia

* ناهنجاری استخوان ترقوه و دندان ناشی از نقص (RUNX2) CBFA1 روی کروموزوم ۶ که باعث نقص در تمایز استئوبلاست-دنتوبلاست-ارگان مینائی و دنتال لامینا می شود.

* هم استخوان سازی **داخل غشایی و هم داخل غضروفی** را درگیر می کند. در ۱۰٪ موارد استخوان ترقوه به صورت یک طرفه یا دو طرفه وجود ندارد.

* قد کوتاه- گردن بلند - سر بزرگ با برجستگی استخوانهای پیشانی و آهیانه - هیپرتلوریسم- قاعده بینی پهن و پل بینی فرورفته و **استخوان کرمی** و عدم حضور سینوس ماگزایلا دیده می شود. کام باریک و عمیق گاهی همراه شکاف- تأخیر در افتادن دندان شیری و حضور **دندان اضافی** (نمای characteristic) با بدشکلی تاج و ریشه- پروگناتیسم ماندیل و فضای اضافی بین اینسیزورهای آن تأخیر در بسته شدن درزها و فونتانل ها، اختلال شنوایی Conductive یا sensorineural به دلیل رشد غیرعادی گیجگاهی و لوله استاش، راموس باریک- کاهش ضخامت ماستر- مستعد عفونت عود کننده سینوس.

* **میکروسکوپی:** دندان دائمی رویش نیافته **فاقد سمان ثانویه** است. اما اخیراً **تحلیل ناکافی** استخوان الوئول به علت سلول های PDL تغییر یافته و ظرفیت کاهش یافته برای القاء استئوکلستوزنیز را دلیل نقص در رویش می دانند (کاهش استئوکلست).
درمان: علامتی



شکل ۳-۲: کلیدوکرائیال دیسپلازی

سؤال:

سمان ثانویه در تمام موارد زیر دیده می شود، به جز:
(بورد ۹۳)

- الف) Cleidocranial dysplasia
- ب) Cementoblastoma
- ج) Concrecence
- د) Gardner syndrome

Focal Osteoporotic Marrow Defect

* ناحیه ای از مغز استخوان که بزرگ شده و ممکن است با نمای لوسنت سایر نئوپلاسم های داخل استخوانی اشتباه شود.

نکته

* **پاتوژنز:** (۱) سنتز و دوباره سازی استخوان نا به جا پس از کشیدن دندان (۲) باقی ماندن مغز استخوان جنینی (۳) **هیپرپلازی مغز استخوان** در پاسخ به افزایش نیاز به تولید RBC. رابطه ای با آنمی یا اختلالات خونی ندارد.

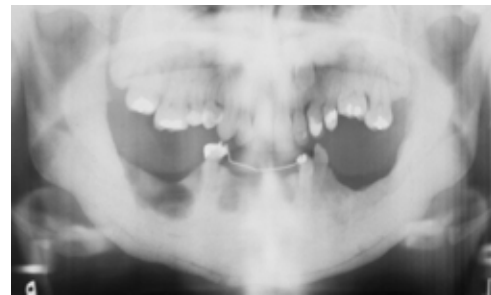
وسط (intermediate) نام دارد که در هنگام تولد بدون علائم اند اما اغلب شکستگی هایی را در اواخر دهه اول نشان می دهند. بروز نقص مغز استخوان و بزرگی کبد و طحال نادر است. قد کوتاه - پروگناتیسم مندیبل - دندان رویش نیافته و استئومیلیت گزارش شده است. * استئوپتروز بزرگسالی adult یا خوش خیم (**شایع ترین نوع**) مدت ها بعد در طول زندگی کشف می شود و به صورت اتوزوم غالب است. اسکلت محوری اسکروز قابل توجهی را از خود نشان می دهد در حالی که در استخوان طویل اتفاق نمی افتد. بیماری غالباً **بدون علامت** بوده و بروز نقص مغز استخوان نادر است گاهی تشخیص با رادیوگرافی دندان انجام می شود. افزایش خطر شکستگی و استئومیلیت بعد از کشیدن دندان. در یک نوع آن قرار گرفتن تحت فشار اعصاب جمجمه شایع و بروز شکستگی نادر است. در نوع دوم شکستگی شایع و فشرده شدن اعصاب نادر است. علل دیگر اسکروز منتشر استخوان: استئواسکلروز اتوزوم غالب (هایپر استوز اندوستئال نوع worth) یا اسکروز استوز و بیماری van Buchem.

نکته

■ میکروسکوپی:

تشکیل استخوان استئوفیتیک - جایگزینی استخوان اسفنجی با تراکول های تیغه ای پیچ و خم دار - رسوب استخوان آمورف گلوبولار. استئوکلست ممکن است زیاد باشد، کاهش یابد یا طبیعی باشد. ولی به دلیل دیده نشدن لاکونای هوشیپ فعالیت ندارند.

درمان دائمی پیوند مغز استخوان است. کورتیکواستروئید (برای بالا بردن RBC و پلاکت) - اینترفرون همراه کلسیتریول (کاهش توده استخوان، کاهش عفونت و کاهش فشار بر اعصاب) - پاراتورمون-فاکتور محرک تجمع ماکروفاژ- اریتروپوئیتین. آنتی بیوتیک تراپی و اکسیژن هایپر باریک در استئومیلیت فکی.



شکل ۲-۲: استئوپتروزیس. به تراکم استخوان دقت شود.

سؤال:

در بیماری Osteopetrosis کدام مورد زیر موجب افزایش تراکم استخوان می شود؟ (ورودی ۹۰)

- الف) کاهش تعداد استئوکلست ها
- ب) افزایش تعداد استئوبلاست ها
- ج) اختلال عملکرد استئوکلست ها
- د) اختلال عملکرد استئوبلاست ها

رسوب استخوان آمورف گلوبولار در فضاهای مغز استخوان جزء ویژگی های هیستوپاتولوژیک کدام یک از ضایعات زیر می تواند به شمار رود؟ (بورد ۹۲)

- الف) استئوپتروزیس
 - ب) استئوژنیزس ایمپر فکتا
 - ج) کلئیدوکرائیال دیسپلازی
 - د) استئواسکلروزیس ایدیوپاتیک
- در مورد Osteopetrosis تمام موارد زیر صحیح است، به جز (بورد ۹۰)**

- الف) تعداد سلول های استئوکلست افزایش نشان می دهند.
- ب) عملکرد نرمال سلول های استئوکلست دچار اختلال می باشد.
- ج) اولین علامت در فرم Infantile اغلب، شکستگی های استخوانی می باشد.
- د) فرم Intermediate در بدو تولد بدون علامت است.



۶. کدامیک از انواع استئوسارکوم و پیش آگهی بهتری دارد؟ (ورودی ۹۷)

الف) parosteal

ب) periosteal

ج) conventional intramedullary

د) High grade surface

۷. در مرحله اسکروتیک سمنتواسئوس دیسپلازی استعداد ابتلا به کدامیک افزایش می‌یابد؟ (ورودی ۹۶)

الف) تغییر شکل بدخیمی

ب) شکستگی پاتولوژیک

ج) نکروز و عفونت ثانویه

د) دفرمیتی فکی - صورتی

۸. در نمای میکروسکوپی کندروسارکوم با افزایش درجه بدخیمی کدامیک کاهش می‌یابد؟ (ورودی ۹۶)

الف) میتوز

ب) سلولاریتی

ج) اندازه هسته

د) ماتریکس غضروفی

۹. درد از علائم معمول تمام انواع استئومیلت‌های زیر است به جز؟ (ارتقا ۹۷)

الف) chronic suppurative

ب) Diffuse sclerosing

ج) Primary chronic

د) chronic tendo periostitis

۱۰. پسری ۱۳ ساله با تورم در ناحیه پره‌مولر مندیبل مراجعه کرده است. دندان‌ها در معاینه دارای پوسیدگی و ضایعه پری اپیکال می‌باشند. در بررسی رادیوگرافی تیغه‌های موازی و رادیوپاک استخوان در زیر کورتکس مشاهده می‌شود. کدامیک از موارد زیر به‌عنوان اقدام درمانی مؤثر می‌باشد؟ (ارتقا ۹۷)

الف) تجویز کورتیکواستروئید

ب) جراحی ضایعه

ج) تجویز آنتی بیوتیک موضعی

د) درمان ریشه دندان

♦ درد شدید، بوی بد و تورم و لنفادنوپاتی ۳ تا ۴ روز پس از کشیدن دندان ایجاد شده و ۱۰ تا ۴۰ روز طول می‌کشد.

♦ به‌ندرت درد در گوش، تمپورال و یا چشم همان طرف احساس می‌شود.

♦ درمان: کورتاژ ضایعه توصیه نمی‌شود و پانسمان با اوژنول هر ۲۴h، سه روز اول تا زمانی که ساکت پر شود.

♦ روش‌های پیشگیری: آنتی‌بیوتیک سیستمیک و موضعی - قطع سیگار یک روز قبل و یک روز بعد از جراحی - شستشوی زیاد حین جراحی و عوامل آنتی‌فیبری‌نولیتیک.

آنتی‌بیوتیک موضعی به‌صورت پماد به دلیل ایجاد میواسفرولوزیس نباید استفاده شود.

♦ تهیه رادیوگرافی برای رد احتمال باقی ماندن نوک ریشه و یا جسم خارجی الزامی است.

نمونه سؤالات آزمون

۱. شایع‌ترین بدخیمی که استخوان را درگیر می‌کند کدام است؟ (بورد ۹۱)

الف) کارسینومای متاستاتیک ب) استئوسارکوما

ج) مالتی پل میلوما د) کندروسارکوما

۲. شایع‌ترین علت ایجاد Periostitis ossificans کدام است؟

الف) عفونت پری‌دندانال ب) ترومای دندان

ج) پوسیدگی دندان د) کیست فورکای باکال

۳. نمای هیستوپاتولوژیک "ندول‌های غضروفی به خوبی تمایز یافته به همراه صفحاتی از سلول‌های گرد یا دوکی شکل کوچک تمایز نیافته"، در کدام یک از انواع کندروسارکوما مشاهده می‌شود؟

الف) Clear cell ب) Dedifferentiated

ج) Myxoid د) Mesenchymal

۴. کدام سلول در CGCG مسئول ایجاد ژانت سل‌ها می‌باشد؟ (ارتقاء ۹۷)

الف) فیبروبلاست ب) استئوکلست

ج) ماکروفاژ د) اندوتلیال

۵. کدام ضایعه احتمال همراهی بیشتری با ژانت سل گرانولوما دارد؟ (ورودی ۹۷)

الف) Traumatic bone cyst

ب) Aneurysmal bone cyst

ج) fibrous dysplasia

د) Cemento-osseous dysplasia

نکته

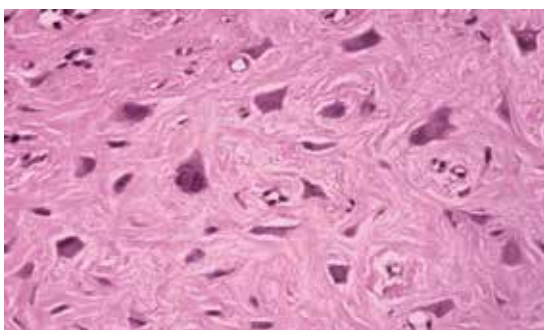
• برخلاف فیروم تحریکی پاتوژنز آن تحریک مزمن نیست.
* در ۶۰٪ موارد در سه دهه اول زندگی ایجاد می‌شود.
غالباً کمتر از ۱cm بوده و سطح پاپیلری دارد (شبه پاپیلوم). نکته: در نیمی از موارد روی لثه ایجاد شده در فک پایین دو برابر دیده می‌شود.

• رتروکاسپید پاپیلا: ضایعه شایع تکاملی و از لحاظ میکروسکوپی شبه فیرومای سلول ژانت است که روی لثه لیگوال کانین فک پایین و غالباً دو طرفه بروز می‌کند.

میکروسکوپی: فیروپلاست‌های ستاره‌ای شکل بسیار بزرگ در بافت همبند سطحی که ممکن است چند هسته‌ای باشند. اپی‌تلیوم اغلب آتروفیک و نازک است اما رت ریج‌های باریک و کشیده دارد. بافت همبند فیروواسکولار است.
* درمان: جراحی محافظه کارانه بدون عود. پاپیلای رتروکاسپید نیازی به درمان ندارد و با افزایش سن از بین می‌رود.



شکل ۳-۳: رتروکاسپید پاپیلا



شکل ۳-۴: ژانت سل فیروما

سؤال:

کدام ضایعه به نظر می‌رسد که با تحریک مزمن ارتباطی نداشته باشد؟ (ورودی ۹۳)

- الف) فیروما
ب) فیرومای سلول ژانت
ج) اپولیس فیسوراتوم
د) گرانولومای سلول ژانت محیطی

همه ضایعات زیر با تحریک مزمن ارتباط دارد، به جز: (ورودی ۹۴)

- الف) Epulis fissuratum
ب) Pyogenic granuloma
ج) Giant cell fibroma
د) Peripheral giant cell granuloma

ضایعات بافت همبند (Soft tissue tumors)

فصل ۱۲ نوئل ۲۰۱۶

focal fibrous hyperplasia (Irritation Fibroma)

شایع‌ترین تومور حفره دهان

* محل‌های شایع:

گونه در امتداد خط بایت، مخاط لبیال، زبان، لثه.

* ضایعات به‌صورت ندول صورتی با سطح صاف (در تحریک مزمن سفیدرنگ) و اغلب بدون پایه و کوچکتر از ۱/۵ cm هستند و در زنان و دهه چهارم تا ششم شایع‌تر است. بسیاری، فیروم لثه‌ای را یک پیوژنیک گرانولوم بهبود یافته می‌دانند.

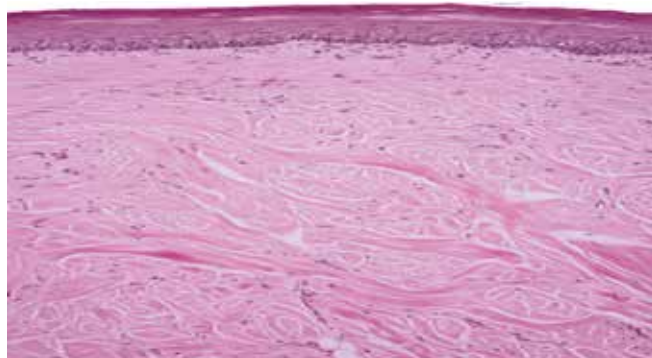
* frenal tag: یک نوع شایع از فیروم تحریکی در فرنوم لبیال ماگزیلا که به درمان نیاز ندارد.

میکروسکوپی: فاقد کپسول، اپی‌تلیوم پوشاننده سنگفرشی مطبق و غالباً آتروفیک و بدون رت ریج می‌باشد. بافت همبند ضایعه فیبروزه حاوی رشته‌های کلاژن متراکم به‌صورت حلقوی، شعاعی و نامنظم و به‌صورت پراکنده سلول آماسی مزمن دیده می‌شود.

* درمان: جراحی محافظه کارانه بدون عود



شکل ۳-۱: فیروم تحریکی



شکل ۳-۲: فیروم تحریکی



Inflammatory Papillary Hyperplasia (Denture Papillomatosis)

* معمولاً نه همیشه زیر دست دندان در ناحیه کام سخت ایجاد می‌شود و یک هایپرپلازی واکنش بافتی می‌باشد که مخاط حالت اریتماتوز و پاپیلری دارد.
* با موارد زیر ارتباط دارد: (۱) دنچری که خوب Fit نیست (۲) بهداشت ضعیف دنچر (۳) استفاده ۲۴ ساعته و کمتر (۴) کاندیدا
به میزان کمتر روی ریج بی دندان فک پایین یا روی سطح یک اپولیس فیشوراتوم.
* در موارد نادر ضایعه بدون ارتباط با دنچر در افرادی که کام عمیق و یا تنفس دهانی دارند و یا افراد مبتلا به HIV دیده شده است.
میکروسکوپی: ضایعه از ندول‌های مخاطی پاپیلری با اپی تلیوم سنگفرشی مطبق تشکیل شده است. **نکته:** در موارد شدید اپی تلیوم دچار تغییرات سودو اپی تلیوماتوز (سود و کارسینوماتوز) می‌شود. ارتشاح سلول‌های التهابی مزمن و گاهی PMN در بافت همبند و سیالادنیت اسکروزه در غدد بزاقی ناحیه دیده می‌شود.
* **درمان:** اصلاح و یا عدم استفاده از دنچر، مصرف داروهای ضد قارچ و یا جراحی.



شکل ۷-۳: inflammatory papillary hyperplasia

سؤال:

هایپرپلازی سودو اپیتلیوماتوز در ارتباط با کدام ضایعه دیده می‌شود؟ (ورودی ۹۲)

- الف) هایپرپلازی پاپیلاری آماسی
ب) ژانت سل فیروما
ج) کوژنیتال اپولیس
د) نورو فیروما

Fibrous Histocytoma-Dermatofibroma-Sclerosing hemangioma - Fibroxanthoma - Nodular subepidermal fibrosis

* به طیف وسیعی از تومورها با سلول هیستئوسیت و فیبرو بلاست اطلاق می‌شود و به عنوان نئوپلاسم حقیقی در نظر گرفته می‌شوند.
* محل شایع پوست اندام تحتانی است که درماتوفیروما نامیده می‌شود و در جوانان ایجاد می‌گردد.
* نوع دهانی در بالغین میانسال
* ضایعه به ندرت در استخوان فکین دیده می‌شود.
* غالباً حدود تومور مشخص نیست و سلول‌های تومورال دوکی به شکل دسته‌های متقاطع و کوتاه قرار گرفته‌اند (الگوی گردبادی - storiform یا شبیه حصیر straw mat).
* علاوه بر فیبروبلاست امکان مشاهده هیستئوسیت، سلول ژانت چند هسته و سلول‌های زانتومای حاوی لیپید و لنفوسیت پراکنده وجود دارد.
* در استروما تغییرات میگزوئید و هیالینیزه دیده می‌شود.
* **درمان:** برداشت موضعی که ضایعات عمقی تمایل به عود دارند.

امروزه بسیاری از موارد فیبروز هیستئوسایتوما در دسته Solitary fibrous tumor قرار می‌گیرد.

سؤال:

کدامیک از نظر کلینیکی در تشخیص افتراقی با پاپیلوما قرار می‌گیرد؟ (ورودی ۸۸)

- الف) ژانت سل گرانولوم محیطی
ب) اپولیس گرانولوماتوزوم
ج) پیوژنیک گرانولوما
د) ژانت سل فیروما

Inflammatory Fibrous Hyperplasia (Epulis Fissuratum)

* یک ضایعه شبه تومور بافت همبند فیبرو است.
* واژه اپولیس را به تنهایی می‌توان برای توصیف هر ضایعه روی لثه یا مخاط آلونول به کار برد. به شکل چین منفرد و یا چند تایی از بافت هایپرپلاستیک در وستیبول دیده می‌شود که می‌تواند زخمی باشد. غالباً در سمت فاسیال و نواحی قدامی ایجاد می‌شود.
* حدود ۲/۳ تا ۳/۴ موارد بیوپسی شده مربوط به زنان است. ضایعه در بالغین مسن شیوع بیشتری دارد.
* ضایعه مشابه با شیوع کمتر فیبرو اپی تلیال پولیپ روی کام سخت در زیر دنچر (Leaf Like Denture Fibroma) می‌باشد (توده تخت صورتی که توسط ساقه باریکی به کام متصل است و لبه دندان‌های دارد).
میکروسکوپی: هایپرپلازی بافت همبند فیبروزه دیده می‌شود. اپی تلیوم اغلب هایپرکراتوتیک بارت ریج‌های هایپرپلاستیک است. گاهی نواحی کانونی زخمی در قاعده شیار دیده می‌شود.
* گاهی هایپرپلازی پاپیلری التهابی یا سودو اپی تلیوماتوز هایپرپلازی دیده می‌شود.
* ارتشاح سلول‌های آماسی مزمن و گاهی اتوزینوفیل و فولیکول لنفوییدی دیده می‌شود. * غدد بزاقی فرعی ناحیه درگیر سیالادنیت مزمن نشان می‌دهد.
نکته: در موارد نادر استئوئید و کندروئید (متاپلازی اوستئوس و کندروماتوز) در ضایعه ساخته می‌شود (ناشی از تحریک مزمن) که نباید با سارکوم اشتباه شود.
* **درمان:** جراحی محافظه کارانه یا با استفاده از لیزر و اصلاح پروتز قدیمی



شکل ۵-۳: اپولیس فیشوراتوم



شکل ۶-۳: فیبرو اپی تلیال پولیپ



سؤال:

کدام یک از عبارات زیر در مورد تفاوت میکروسکوپیک همانژیوپری ساینونازال از دیگر نواحی بدن صحیح است؟ (پوردی ۹۲)

- الف) غالب بودن سلول‌های دوکی
ب) فعالیت بیشتر میتوتیک
ج) بافت کلاژن متراکم‌تر
د) آرایش و نظم سلولی کمتر

Fibromatosis

نکته: به گروه وسیعی از پرولیفراسیون فیبروزه با رفتار و نمای بین ضایعات فیبروزه خوش خیم و فیبروسارکوما اطلاق می‌شود.

نکته: این ضایعات در سر و گردن فیبروما توزیس مهاجم جوانان یا دسموئیدهای خارج شکمی و در استخوان فیبروما دسموپلاستیک نامیده می‌شود.

* این ضایعه در سر و گردن بیشتر در جوانان به صورت توده ای سفت و بی درد و گاهی با رشد سریع است.

نکته: ناحیه شایع دهانی بافت نرم اطراف ماندیل

* گاهی تومور رفتار تهاجمی تری داشته و باعث تغییر شکل صورت و یا تخریب استخوان زیرین با نمای رادیوگرافی می‌شود.

* در افراد مبتلا به familial adenomatous polyposis و سندرم گاردنر، ریسک بیشتر برای ابتلا به انواع مهاجم وجود دارد.

نکته

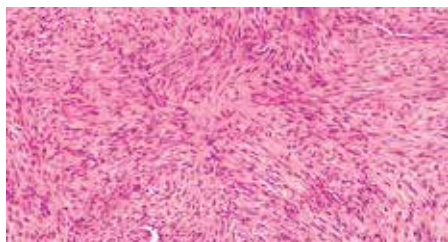
■ میکروسکوپی:

فیبروبلاست‌هایی که به شکل دستجات کشیده آرایش یافته‌اند. حدود ضایعه مشخص نیست و به بافت اطراف نفوذ کرده است. نکته: هایپر کروماتیسیم و پلئومورفیسم نباید دیده شود.

* درمان: جراحی با مارجین وسیع بافت نرمال اطراف. موضعاً مهاجم و عود ۳۰٪ ولی متاستاز نمی‌دهد.



شکل ۱۰-۳: فیبروماتوزیس بافت نرم اطراف ماندیل

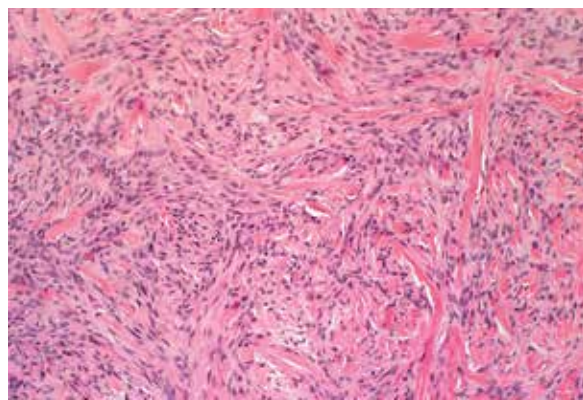


شکل ۱۱-۳: فیبروماتوزیس

سؤال:

کدامیک از تومورهای زیر از نظر بیولوژیک و الگوی هیستوپاتولوژیک حد فاصل بین تومورهای خوش خیم و بدخیم بافت فیبروزه می‌باشد؟ (ورودی ۸۸)

- الف) Giant Cell Fibroma ب) Fibromatosis
ج) Myofibroma د) Fibrous Histiocytoma



شکل ۸-۳: فیبروز هیستئوسایتوما

solitary fibrous tumor (Hemangiopericytoma)

SFT در ابتدا به عنوان تومور Pleural معرفی شد اکثر موارد همانژیوپریسایتوما انواع سلولار داخل طیف SFT قرار می‌گیرند.

➤ یک نئوپلاسم از نظر میکروسکوپی شبیه همانژیوپری سایتوما در مجرای سینونازال وجود دارد که موسوم به

Sinonasal – type hemangiopericytoma (glomangiopericytoma – myopericytoma)

می‌باشد که برای smooth muscle actin و muscle specific actin مثبت است و برای bcl-2 و CD ۳۴ منفی است. در بالغین میانسال یا مسن دیده می‌شود و علائم آن گرفتگی بینی و خونریزی از بینی است. همانژیوپری سایتوما سینونازال (سلول‌های دوکی واضح‌تر، میتوز نادر، عروق کمتر و کلاژن بینابینی کمتر) این تومور تمایز عضلانی و شبه پری سیت نشان می‌دهد.

SFT عمدتاً در بالغین و به صورت توده بافت نرم عمقی یا زیرمخاطی با رشد آهسته و بدون درد است که به راحتی از بافت اطراف جدا می‌شود. شایع‌ترین مکان دهانی مخاط باکال است.

* میکروسکوپی: معمولاً با حدود مشخص‌اند و از نظر هیستوپاتولوژی شامل طیف وسیع می‌باشد.

* یک سر طیف شامل HPC سنتی (traditional) می‌باشد که دارای سلول‌های متراکم اطراف کانال‌های عروقی مفروش با اندوتلیوم می‌باشد. سلول‌ها به صورت نامنظم قرار گرفته‌اند و هسته گرد تا بیضی با حدود سیتوپلاسمی مشخص دارند.

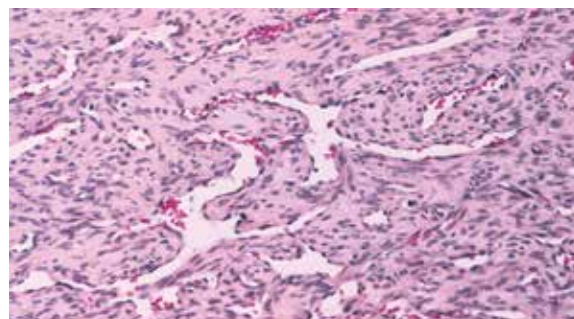
* عروق خونی نمای شاخ گوزن (stag horn or anter-like) ایجاد می‌کنند.

* سر دیگر طیف تومورهای شبیه SFT را داریم که شامل سلول‌های دوکی می‌باشد که بصورت دسته جات کوتاه یا بدون الگوی خاص (patternless) قرار گرفته‌اند. مناطق کم سلول و پرسلول با زمینه میکزوئید دیده می‌شود. در ناحیه کم سلول باندهای کلاژن هیالینیزه دیده می‌شود. این تومورها CD ۳۴ و bcl-2 مثبت‌اند. به راحتی از بافت اطراف جدا می‌شود.

* تشخیص ۴ میتوز یا بیشتر نشان دهنده احتمال رشد سریع یا بروز متاستاز است.

* وجود نکروز نشانه بدخیمی است.

* درمان: برداشت موضعی – انواع دهانی معمولاً خوش خیم‌اند.



شکل ۹-۳: solitary fibrous tumor

ضایعات اپی تلیال

فصل ۱۰ نوئل ۲۰۱۶

نکته

تشخیص افتراقی کلینیکی:

Verruca Vulgaris -۱

Condyloma acuminatum -۲

Verruciform xanthoma -۳

multifocal epithelial hyperplasia (Heck) -۴

نکته: بیماری‌های پوستی همراه با پاپیلوماتوز: Nevus unis lateris - Acanthosis nigricans

(Goltz-Gorlin syn) Focal dermal hypoplasia) سندرم داون.

نکته: پاپیلوماتوز حنجره (Recurrent respiratory papillomatosis (RRP)) بیماری نادر و بالقوه خطرناک حنجره و هیپوفارنکس است و خشن شدن صدا که در اثر درگیری تارهای صوتی ایجاد می‌گردد از خصوصیات آن است که دو زیر گروه دارد: (۱) Juvenile onset پاپیلوماهای سریع تکثیر یابنده ممکن است منجر به انسداد راه هوایی شوند. یک علامت معمول خشونت صدا می‌باشد. یک احتمال قوی برای ابتلا به این بیماری تاریخچه‌ای از ابتلا مادر به زگیل ژنیتال است (از طریق کانال زایمان، جفت، مایع آمنیوتیک).

(۲) Adult onset خاصیت تهاجمی کمتری داشته و منفردند.

میکروسکوپی: تکثیر اپی تلیوم سنگفرشی مطابق کراتینیزه که به صورت برجستگی انگشتی شکل آرایش یافته و مرکزی از بافت همبندی فیروواسکولار دارد که می‌تواند آماسی باشد. گاهی پاپیلوماها هایپرپلازی بازیلار و فعالیت میتوزی نشان می‌دهند که می‌تواند با دیسپلازی خفیف اپی تلیال اشتباه شود.

Koilocyte ها سلول‌های روشن اپی تلیالی تغییر یافته توسط ویروس با هسته کوچک تیره می‌باشد که در طبقات فوقانی لایه خاردار دیده می‌شوند.

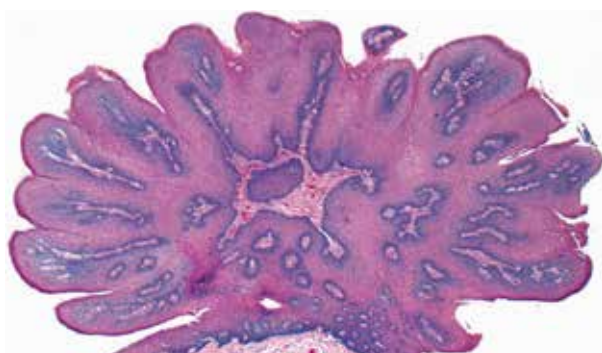
درمان: جراحی محافظه کارانه همراه برداشت قاعده ضایعه، بدخیمی یا سرایت به دیگر نواحی گزارش نشده است. در نوع Juvenile تکثیر مداوم منجر به خفگی و مرگ می‌شود که توسط جراحی مکرر حجم ضایعه را کاهش می‌دهیم. رفتار مهاجم به خصوص در موارد عفونت HPV، ۱۱ دیده می‌شود.

در نوع Adult تهاجم کمتری دارد و جراحی محافظه کارانه انجام می‌شود.

* در موارد نادر و گاه در افراد سیگاری یا کسانی که پرتوتابی ناحیه حنجره انجام داده‌اند در پاپیلوما توز حنجره طولانی مدت SCC ایجاد می‌شود.



شکل ۱-۴: اسکواموس پاپیلوما



شکل ۲-۴: اسکواموس پاپیلوما

ضایعات خوش خیم مرتبط با HPV

➤ عوامل مرتبط با افزایش شیوع HPV دهانی: مذکر بودن - افزایش شرکای جنسی - کشیدن سیگار - عفونت HPV اپی تلیو تروپیسم دارد.

➤ عوامل مرتبط با پایداری عفونت‌های دهانی با HPV: نقص عملکرد سیستم ایمنی - سن بالا - سیگار - حضور زگیل دست - Oral sex - ویروس episomal ← extra chromosomal circular molecule. ویروس اپی زومال با تعداد نسخه برداری کم می‌باشد و در هسته سلول های بازال باقی می‌ماند. برخلاف آن در ضایعات خوش خیم و پیش بدخیم Low grade مرتبط با HPV، DNA اپی زومال در داخل لایه های مختلف اپی تلیوم با تعداد بالای نسخه برداری دیده می‌شود.

➤ HPV های High risk: ۱۸-۱۶

➤ HPV های Low risk: ۶-۱۱-۱۳-۳۲

➤ واکسن های HPV:

۴ تایی (quadrivalent) ← Gardasil ← هر دو جنس (۶-۱۱-۱۶-۱۸)

۲ تایی (bivalent) ← cervarix ← زنان (Hpv و ۱۶-۱۸)

برای افراد ۱۱ تا ۱۲ ساله واکسیناسیون انجام می‌شود.

Squamous Papilloma

* تکثیر خوش خیم اپی تلیوم سنگفرشی مطابق که منجر به ایجاد توده‌ای پاپیلر یازگیلی شکل می‌شود و احتمالاً توسط HPV ایجاد می‌شود.

* انواع ۶ و ۱۱ مسئول ایجاد پاپیلوماهای دهانی هستند.

* سطح HPV در ضایعات دهانی بالا بوده اما در مخاط سالم پایین است. انتقال از طریق جنسی، وسایل آلوده، بزاق و شیر مادر مطرح شده است.

* ویروالانس و عفونت زایی پایینی در حفره دهان دارند

* روش های تشخیص: (۱) Insituhybridization (۲) IHC (۳) P.C.R

* m = f 30 - 50 سال مکان شایع کام - زبان - لب‌ها است.

نکته: شایع ترین توده بافت نرمی است که در کام نرم ایجاد می‌شود.

* پاپیلوما به صورت ندولی برجسته، نرم، بدون درد و معمولاً پایه دار، دارای برجستگی‌های انگشتی شکل شبیه گل کلم (Cauliflower) یا زگیل می‌باشد که می‌تواند برجستگی نوک دار یا بدون نوک ایجاد کند.

* رنگ ضایعه بر حسب کراتینیزاسیون سطحی ممکن است سفید، قرمز یا طبیعی باشد. معمولاً منفرد بوده به ۵/۵ cm می‌رسد و بدون تغییر می‌ماند.



Verruca Vulgaris (Common wart)

- * هایپرپلازی کانونی خوش‌خیم اپی‌تلیوم سنگفرشی با عامل ویروسی (HPV) از انواع ۲ که مسری بوده و به‌ندرت در مخاط دهان بروز می‌کند.
- * محل درگیری شایع پوست دست‌ها است. در دهان، ورمیلیون لب، مخاط لبیال و نواحی قدامی زبان می‌باشد.
- * اغلب در کودکان ایجاد می‌شود و به‌صورت یک پاپول یا ندول بدون درد با برجستگی پاپیلری یا سطح زیر سنگریزه ای شکل که ممکن است پایه‌دار یا بدون پایه باشد، دیده می‌شود.
- نکته:** ضایعات دهانی تقریباً همیشه سفیدند.
- * ضایعات به‌سرعت رشد کرده و انواع گروهی و متعدد شایع‌اند.

نکته

شاخ جلدی یا Keratin horn که در اثر تجمع بسیار زیاد کراتین ایجاد می‌گردد در وروکا و لگاریس، SCC، سبورئیک کراتوزیس و اکتینیک کراتوزیس دیده می‌شود.

- * میکروسکوپی: تکثیر اپی‌تلیوم سنگفرشی مطابق هایپر کراتوتیک که به‌صورت برجستگی‌های انگشتی شکل یا نوک‌دار آرایش یافته به همراه بافت همبندی در مرکز مشخص می‌شود.
- نکته:** رت ریج‌های بلند به‌سمت مرکز ضایعه متقارب می‌گردند (Cupping effect).
- * کویلووسیت فراوان
- * در لایه دانه‌دار، انکلوژیون‌های ویروسی داخل هسته‌ای انوزینو فیلک مشاهده می‌شود. این لایه واضح حاوی گرانول‌های فشرده کراتوهایال (hypergranulosis) است.
- * سلول‌های آماسی مزمن در بافت همبند دیده می‌شوند.
- درمان:** سرما درمانی با نیتروژن مایع، جراحی محافظه کارانه یا کورتاژ و استفاده از عوامل کراتینولیتیک.
- * مکانیسم سرما درمانی ایجاد یک تاول زیر اپی‌تلیال که سبب جدا شدن اپی‌تلیوم آلوده از بافت همبند زیرین می‌شود. همه درمان‌ها باید قاعده ضایعه را شامل شود. بهبود خود به خود دیده می‌شود.



شکل ۳-۴: Oral wart

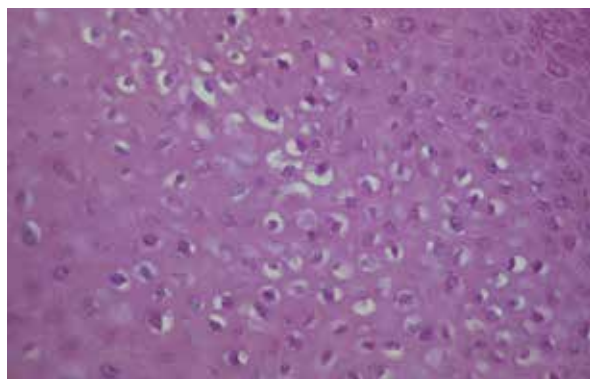
Condyloma acuminatum (Venereal wart) (زگیل مقاربتی)

- * تکثیر ناشی از ویروس اپی‌تلیوم مطابق سنگفرشی آلت تناسلی، اطراف مقعد، دهان و حنجره می‌باشد اکثراً انواع ۶ و ۱۱ می‌باشند اما انواع خطرناک ۱۶ و ۱۸ و ۳۱ به‌خصوص در ضایعات مقعدی تناسلی یافت می‌شود. عفونت از مادر آلوده حتی در قبل از تولد و در زندگی داخل رحمی ممکن است اتفاق بیفتد. بروز همزمان انواع دهانی و مقعدی تناسلی غیر معمول نیست.
- * در نوجوانان و بالغین جوان. کمون ۱-۳ ماه.
- * در مخاط لبیال، کام نرم و فرنوم زبان

- * به‌صورت توده برجسته غیرحساس صورتی، بدون پایه و با حدود مشخص که دارای برجستگی‌های سطحی کوتاه بدون نوک می‌باشد. تمایل دارد از پاپیلوما بزرگتر شود و به‌طور مشخص به یکدیگر بپیوندند.
- * میکروسکوپی: تکثیر خوش‌خیم اپی‌تلیوم سنگفرشی مطابق اکانتوتیک دارای برجستگی‌های سطحی پاپیلری با کراتینیزاسیون اندک می‌باشد.
- نکته:** برجستگی‌ها پهن‌تر و ضخیم‌ترند و باعث ایجاد نمای کریپت‌های مملو از کراتین می‌شوند.
- * دیدن Koilocyte (raisin-like). کویلووسیت در ضایعات دهانی کمتر از ژنیتال است.
- * وجود ویریون در سیتوپلاسم و هسته کویلووسیت
- * در بعضی موارد ضایعه گسترش یافته و اپی‌تلیوم داکتال بزاقی را درگیر می‌کند که باید از پاپیلومای داکتال بزاقی تشخیص داده شود.
- درمان:** جراحی محافظه کارانه. از لیزر نیز استفاده می‌شود.
- * حتماً باید درمان شود چون مسری است. در ناحیه آنونیتال همراه با بدخیمی SCC دیده شده است ولی در انواع دهانی گزارش نشده است.



شکل ۴-۴: condyloma acuminatum



شکل ۵-۴: کویلووسیت‌ها

سؤال:

در نمای میکروسکوپی برجستگی‌های اپی‌تلیال کدامیک از ضایعات زیر پهن‌تر (Broad) و ضخیم‌تر (Blunt) است؟ (بورد ۹۲)

- الف) Squamous papilloma
ب) Verruca vulgaris
ج) Condyloma acuminatum
د) Hecks disease

خطر بروز SCC در کندیلوما آکومنیاتوما کدام ناحیه بیشتر است؟ (بورد ۹۱)

- الف) کف دهان
ب) زبان
ج) آنونیتال
د) حنجره



* پاپیلومای سنگفرشی کراتینیزه شبیه انواع دهانی، به ندرت در وستیبول بینی پدید می آید.

نکته: نیمی از پاپیلوماها از دیواره طرفی بینی بوجود می آیند.

* عوامل اتیولوژیک احتمالی: آلرژی - سینوزیت، پولیپ بینی، آلودکنندگان معلق در هوا، مصرف تنباکو

پاپیلومای قارچی شکل (Septal، سنگفرشی، exophytic):

* شبیه پاپیلومای سنگفرشی دهان اما مهاجم تر
* انواع ۶ و ۱۱ HPV مثبت بوده است. (قوی ترین ارتباط با HPV نسبت به دو فرم دیگر).

* فقط در دیواره بینی

* به صورت ندول صورتی یا کرم با قاعده پهن و برجستگی های سطحی پاپیلری و

زگیلی

* میکروسکوپی شبیه اسکواموس پاپیلومای دهان فقط ندرتاً کراتینیزه است.

* اپی تلیوم تنفسی و انتقالی (transitional) ممکن است دیده شود.

* سلول های موکوسی (گابلت) و میکروکیست های داخل اپی تلیالی حاوی موکوس

* میتوز و دیسپلازی نادر است.

درمان: برداشت کامل ضایعه عود شایع است. تغییر بدخیمی ندارد.

پاپیلومای معکوس (Inverted Papilloma، پاپیلومای اشنایدرین معکوس):

نکته

• شایع ترین پاپیلومای سینونازال است.

• بیشترین پتانسیل تخریب موضعی و بدخیمی را دارا است.

* شیوع کم HPV

* به علت منوکلونال بودن یک ضایعه نئوپلاستیک در نظر گرفته می شود. ضایعات متعدد گزارش شده است.

* اغلب از دیواره طرفی بینی یا یک سینوس پارانازال (آنتروم) ایجاد می شود. دهه ۵ و ۶. 5/1 تا 3/1 M/F

* برجستگی ندولر پلی پوئید صورتی یا کرم و نرم

* در رادیوگرافی رادیولوسنسی نامنظم در استخوان زیرین ممکن است مشاهده شود که به علت اروژن استخوان ناشی از فشار است.

* درگیری سینوس اغلب بیانگر گسترش ضایعه از ناحیه حفره بینی می باشد.

* ضایعات اولیه سینوس، ممکن است تنها به صورت افزایش دانسیته بافت نرم با ضخیم شدگی مخاط در رادیوگرافی قابل تشخیص باشد.

* MRI در تعیین وسعت و حدود ضایعه می تواند کمک کند. hyperostosis
کانونی در CT ممکن است نشان دهنده مکان اتصال ضایعه باشد. در MRI یک الگوی بهم پیچیده مغزی شکلی (cerebriiform) دیده می شود. افزایش بروز P53 و P21 (پروتئین های مرتبط با چرخه سلولی) منجر به کاهش بروز CD44 (یک مولکول چسبندگی سلولی) می شود و حضور HPV ۱۶-۱۸ ممکن است همراه با افزایش خطر تغییر بدخیمی باشد.

میکروسکوپی: تکثیر اپی تلیال سنگفرشی به داخل استرومای زیر مخاط. غشاء پایه دست نخورده باقی می ماند و به نظر می رسد که اپی تلیوم به داخل بافت همبند زیرین رانده شده است.

Multi Focal epithelial hyperplasia (Heck disease)

* تکثیر موضعی اپی تلیوم سنگفرشی دهان با عامل (۱۳ - ۳۲) HPV.

➤ در بیماری Heck دو فرم کلینیکی وجود دارد:

(۱) papulonodular: پاپول ها و ندول های صورتی با سطح صاف و تمایل به مخاط باکال - لبیال - گوشه لب

(۲) papillomatous: ندول های سنگریزه ای (pebbly) سفید تا صورتی کم رنگ در زبان و لثه چسبنده

➤ در Heck ضایعات افراد بزرگتر، تمایل به کوچکتر بودن، تعداد کمتر و برآمدگی کمتر دارند.

* معمولاً دوران کودکی به ندرت ابتلا (conjunctiva) دیده می شود.

* مخاط لبیال، باکال، لینگوال

* پاپول های متعدد نرم غیر حساس، گرد یا پهن که به صورت دستجاتی با رنگ مخاط طبیعی در کنار هم قرار می گیرند که می تواند نمای Cobblestone ایجاد کند.

* همراهی با HLA-DR₄ (ژنتیک)، بهداشت ضعیف و موقعیت اجتماعی، زندگی در محیط شلوغ، بهداشت ضعیف، سو تغذیه و عفونت HIV مطرح است.

* ممکن است به صورت پراکنده، رنگ پریده و ندرتاً سفید باشند.

میکروسکوپی: آکانتوز ناگهانی (abrupt) دیده می شود. رت ریج های ضایعه در همان عمق رت ریج های بافت طبیعی بوده و چون مخاط ضخیم شده به سمت بالا گسترش می یابد. رت ریج ها اغلب پهن و متقاطع و چماقی شکل اند.

* دیدن کویلو سیت ها

نکته: وجود سلول های میتوزوئید (هسته تغییر شکل یافته شبیه به اشکال میتوتیک) **درمان:** جراحی محافظه کارانه. پسرفت خود به خود بعد از ماه ها یا سال ها گزارش شده. تمایل به عود و بدخیمی ندارد.



شکل ۴-۶: بیماری هک

سؤال:

تمام ضایعات زیر با گذشت زمان دچار پسرفت خود به خودی می شوند به جز: (بورد ۹۱)

الف) Heck's disease

ب) Verruca vulgaris

ج) Molluscum contagiosum

د) Verruciform Xantoma

پاپیلومای بینی سینوسی Sinonasal Papilloma

* تکثیر موضعی و خوش خیم مخاط تنفسی

* از نظر هیستو مورفولوژی سه نوع متفاوت دارد: (۱) قارچی شکل Fungiform (۲) معکوس Inverted (۳) استوانه ای Cylindrical cell

نکته: ضایعاتی که نمای inverted, cylindrical را با هم دارند موسوم به mixed یا hybrid می باشند.

پاتولوژی غدد بزاقی

فصل ۱۱ نوید ۲۰۱۶

Salivary gland aplasia

- آنومالی تکاملی نادر که یک یا چندین غده بزاقی اصلی (پاروتید و تحت فکی) وجود ندارد. نمای چهره به دلیل جایگزینی چربی یا بافت همبند نرمال است. اریفیس مجاری وجود ندارد. فقدان غدد با $m > f$ TC99m, CT, MRI مشخص می‌شود.
- می‌تواند همراه سندرم‌های زیر باشد:
 - (1) Treacher Collin (mandibulofacial dysostosis)
 - (2) Hemifacial microsomia
 - (3) سندرم LADD
- علامت شایع خشکی دهان است. مقداری رطوبت به دلیل فعالیت غدد فرعی وجود دارد.
- علائم سندرم LADD (lacrimo-auriculo-dento-digital syn) که به علت موتاسیون در ژن FGF 10 می‌باشد شامل موارد زیر است:
 - ۱- آپلازی یا هایپوپلازی غدد اشکی و بزاقی
 - ۲- گوش‌های فنجانی شکل
 - ۳- ناهنجاری انگشتی و دندانی (میکرودنشیا - هایپودنشیا - هایپوپلازی خفیف مینایی)
- درمان: رفع خشکی دهان (پیلوکارپین-سویملین)

Mucocoele (Mucous escape reaction)

- موکوسل:** یک کیست کاذب (برخلاف سالیواری داکت کیست) شایع در مخاط دهان که ناشی از قطع مجرای غده بزاقی و ترشح موسین به بافت‌های اطراف است و علت ایجاد آن تروما است.
- * در کودکان و نوجوانان
 - * شایع‌ترین مکان: لب پایین (یک طرفه نسبت به میدلاین)، کف دهان، قدام سطح شکمی زبان (مربوط به غدد Blandin-Nuhn)، مخاط باکال
- نکته:** سایر تومورهای غدد بزاقی بر خلاف موکوسل تمایل به لب بالا دارند.
- * به صورت یک تورم موکوسی گنبدی شکل تظاهر می‌یابد که از ۱-۲ mm تا چند cm متغیر است. رنگ شفاف متمایل به آبی دارد و تورم راجعه‌ای است که به تناوب پاره شده و محتویاتش بیرون می‌ریزد.

نکته

موکوسل سطحی (Superficial) به شکل یک یا چند وزیکل سفت که بعد از ترکیدن زخم کم عمق و دردناک ایجاد می‌کند که در نواحی کام نرم و رترومولرپد و امتداد مخاط خلفی با کال دیده می‌شود. تکرار در همان محل و ارتباط با زمان غذا خوردن گزارش شده است. از نظر کلینیکی شبیه پمفیگوتید سیکاتریکال می‌باشد.

نکته: موکوسل سطحی در اختلالاتی از قبیل لیکن پلان، GVHD، lichenoid drug eruption دیده می‌شود.

هیستوپاتولوژی: حفره‌ای پر از موسین که بافت گرانولاسیون آن را احاطه کرده است. التهاب معمولاً از هیستوسیت‌های کف‌آلود (موسینوفاژ) تشکیل شده است. مجرای قطع شده غده بزاقی و ارتشاح سلول‌های التهابی مزمن در غدد بزاقی فرعی مجاور دیده می‌شود.

درمان: جراحی موضعی همراه با خروج غده بزاقی فرعی درگیر. در مواردی بهبود خود به خود.

رانولا: به موکوسلی که در کف دهان ایجاد می‌شود می‌گویند. منشأ آن اکثراً غده زیر زبانی است (انواع بزرگ از تنه غده و انواع کوچک از داکت‌های سطحی rivini منشأ می‌گیرند) اما امکان دارد از مجرای تحت فکی و غدد بزاقی فرعی کف دهان نیز ایجاد شود.

نکته: معمولاً رانولا در سطح جانبی خط وسط کف دهان قرار دارد و این ویژگی باعث تمایز آن از کیست درموئید می‌شود.

* رانولای گردنی (Plunging) فرم نادری از ضایعه است که در آن موسین از عضله مایلوهیوئید عبور کرده و تورم گردنی ایجاد می‌کند. ممکن است همزمان در کف دهان نیز تورم دیده شود.

رانولایی که از غده زیر زبانی منشأ می‌گیرد در CT, MRI نمای (tail sign) ایجاد می‌کند.

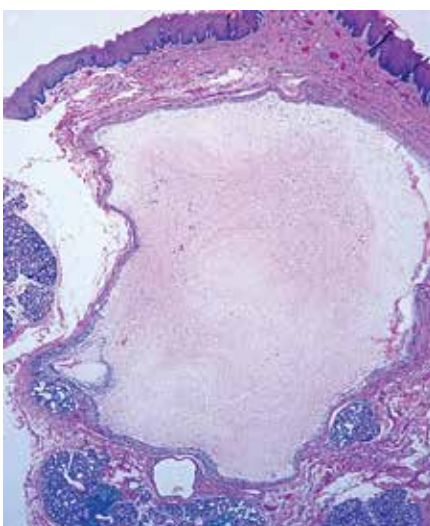
* هیستوپاتولوژی آن مشابه موکوسل است.

* درمان شامل برداشتن کل غده درگیر (روش بهتر) یا (Exteriorization Marsupialization) برای انواع سطحی می‌باشد.

بر خلاف غده تحت فکی، غده زیرزبانی به رها سازی بزاق موکوسی حتی بدون محرک عصبی ادامه می‌دهد که موجب توانایی آن در ایجاد رانولا بعد از پارگی یکی از چندین مجاری آن می‌شود.



شکل ۱-۵: موکوسل لب پایین



شکل ۲-۵: موکوسل



سنگ بزاقی (Sialolithiasis)

ساختارهای کلسیفیه هستند که از رسوب کلسیم به دور یک هسته ارگانیک (شامل موکوس غلیظ، باکتری، سلول‌های اپی‌تلیال مجرا یا اجسام خارجی) ساخته می‌شوند. * تشکیل سنگ به متابولیسم کلسیم و فسفر ارتباط ندارد ولی با سیلادنیت مزمن و انسداد ناقص پیشرفت می‌کند.

نکته: بیشتر در مجرای وارتون غده تحت فکی به علت مسیر دراز و پر پیچ و خم و رو به بالا و ترشح غلیظ‌تر

نکته: در غدد بزاقی فرعی بیشتر در لب بالا و مخاط باکال

* در افراد جوان و میانسال و همراه تورم و درد به خصوص هنگام صرف غذا * تنها سنگ‌هایی در رادیوگرافی دیده می‌شوند که کلسیفیکاسیون قابل توجهی داشته باشند. رادیوگرافی اکلوزال برای سنگ‌های انتهایی وارتون مناسب است. در پانورامیک و پری اپیکال ممکن است با ضایعه داخل استخوانی اشتباه شود.

نکته: سنگ‌های متعدد پاروتید از نظر رادیوگرافی شبیه به غدد لنفاوی کلسیفیه مثل آنچه در توبرکلوزیس دیده می‌شود هستند.

* **هیستوپاتولوژی:** توده کلسیفیه شامل لایه‌های متحدالمرکزی است که یک هسته آمورف از دبری‌ها را احاطه کرده‌اند.

* در مجرای مرتبط غالباً متاپلازی سنگفرشی، انکوسیتی و یا موکوسی دیده می‌شود. معمولاً التهاب نیز وجود دارد.

* **درمان:** ماساژ و دوشیدن مجرا - سیالوگوگ‌ها - جراحی



شکل ۴-۵: سیالولیت

سؤال:

ضایعه لنفوآپی‌تلیال خوش‌خیم با کدامیک از ضایعات زیر ممکن است همراه باشد؟ (بورد ۹۱)

- (الف) سیالولیت (ب) سیال آدنیت
(ج) سیال آدنوزیس (د) کیست احتباسی غده بزاقی

Sialadenitis (سیالادنیت)

التهاب غدد بزاقی ناشی از عوامل عفونی و غیر عفونی

* شایع‌ترین عفونت ویروسی، اوریون است. شایع‌ترین در نوزادان CMV است.

* باکتری‌ها (استاف اورئوس) بیشتر در هنگام انسداد و یا کاهش جریان بزاق - تنگی مادرزادی مجرا - فشار به مجرا از طریق تومور مجاور - مصرف داروهای کاهش دهنده بزاق مثل آتروپین - سندرم شوگر و سارکوئیدوز - رادیوتراپی و شیمی درمانی - آلرژن‌ها می‌توانند باعث سیالادنیت شوند. یکی از رایج‌ترین علل سیالادنیت، جراحی‌های جدید به خصوص جراحی شکم است (چون بیمار NPO است و آتروپین مصرف می‌کند) که باعث ایجاد عفونت حاد پاروتید یا اوریون جراحی می‌شود.

* سیالادنیت باکتریال حاد بیشتر در پاروتید و در ۱۰ تا ۲۵٪ موارد دو طرفه ایجاد می‌شود. غده مبتلا متورم و دردناک است و پوست روی آن اریتماتوز می‌باشد. تب خفیف و تریسموس وجود دارد و بعد از ماساژ از دهانه چرک خارج می‌شود.

در پاروتیدیت مزمن، مجرای استنسون در سیالوگرافی شبیه سوسیسی Sausaging می‌شود که ناشی از اتساع و تنگی مجرا می‌باشد.



شکل ۳-۵: رانولا

سؤال:

میزان بروز موکوسل در کدامیک از نواحی زیر کمتر است؟ (ورودی ۹۳)

- (الف) لب پایین (ب) کف دهان
(ج) زبان (د) کام

بیمار مرد جوانی است که با تورم آبی رنگ در کف دهان و درد در هنگام غذا خوردن مراجعه نموده است. در شرح حال وی، سابقه‌ای از کاهش و افزایش میزان تورم وجود دارد. کدامیک از بیماریهای زیر در خصوص این بیمار مطرح می‌باشد؟ (ورودی ۹۱)

- (الف) Hemangioma
(ب) Ranula
(ج) Dermoid cyst
(د) Necrotizing Sialometaplasia

کیست مجرای بزاقی

(Sialocyst – Mucous retention cyst – Salivary duct cyst)

* یک کیست حقیقی مفروش از اپی‌تلیوم است که احتمالاً به‌طور ثانویه در اثر احتباس موکوس درون مجرای کیست ایجاد می‌شود.

نکته

* در بالغین و غده پاروتید شایع‌تر است که به‌صورت تورم بدون علامت است که به آرامی رشد می‌کند.
* انواع داخل دهانی بیشتر در کف دهان - مخاط باکال و لب‌ها دیده می‌شود.

* کیست‌های کف حفره دهان غالباً در مجاورت مجرای تحت فکی پدید می‌آیند و رنگ کهربایی دارند.

* در موارد نادر به‌صورت کیست‌های متعدد دیده می‌شود که ممکن است ductal ectasia باشند.

* در ضایعات متعدد هر ضایعه به‌صورت ندول‌های دردناکی تظاهر می‌یابند که دهانه مجاری آن‌ها به‌صورت متسع در سطح مخاط دیده می‌شود. ممکن است از این مجاری متسع چرک یا موکوس ترشح شود.

* **هیستوپاتولوژی:** حفره ای مفروش از اپی‌تلیوم مکعبی، استوانه ای یا سنگفرشی آتروفیک که ترشحات موکوئید یا رقیق را احاطه کرده است.

نکته: در اتساع مجاری متاپلازی انکوسیتی ممکن است دیده شود که به‌صورت چین‌های پاپیلری در داخل لومن دیده می‌شود و شبیه یک تومور وارتین کوچک بدون استرومای لنفوئید است و یا ممکن است شبیه تومور papillary cystadenoma شود.

* **درمان:** در موارد غدد بزاقی فرعی جراحی محافظه کارانه و در غدد اصلی برداشت کامل یا ناقص غده ضروری است. در موارد متعدد به جای جراحی مصرف سیستمیک ایترومایسین - کلروهگزیدین و سیالوگوگ



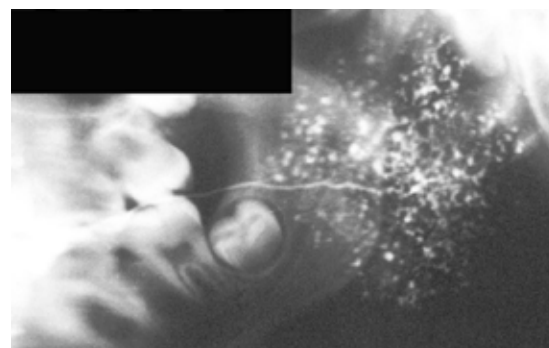
(سیالوزیس) Sialadenosis

یک اختلال غیر آماسی غیر شایع است که با تورم غدد بزاقی مخصوصاً پاروتید مشخص می‌شود. **نکته:** غالباً با مشکل زمینه‌ای مثل دیابت ملیتوس، سوء تغذیه - الکلیسم - بولیمیا - اکرومگالی - هیپوتیروئیدیسم - حاملگی - دیابت بی مزه - داروی ضد فشار خون - ضد افسردگی - ضد اسهال و همراه است. نمای کلی ضایعه تجمع بیش از حد ترشحات و تورم شدید آسینی‌های بزاقی است.

* نمای کلینیکی تورم دو طرفه بدون درد با رشد آهسته در پاروتید است. اختلال در عصب‌گیری اتونومیک آسینی‌ها موجب آن می‌شود. در Sialadenosis کاهش عصب‌گیری سلول‌های میو اپی‌تلیال نیز دیده می‌شود. **نکته:** در سیالوگرافی الگوی درخت بی‌برگ Leafless tree دیده می‌شود که به علت فشرده شدن مجاری باریک، توسط سلول‌های آسینار هیپرتروفیک است.



شکل ۵-۵: شوگرن



شکل ۵-۶: شوگرن. Fruit-laden branchless tree

نکته

■ میکروسکوپی:

هیپرتروفی سلول‌های آسینی دیده می‌شود (۲ تا ۳ برابر اندازه طبیعی). هسته سلول به طرف قاعده جابه‌جا شده و سیتوپلاسم مملو از گرانول‌های زیموژن می‌باشد.

در دیابت و الکلیسم طولانی مدت ممکن است آتروفی آسینی و جایگزینی چربی داشته باشیم.

* درمان: به علت وجود مشکل زمینه‌ای درمان ناموفق است (پیلوکارپین در بولیمیا).



شکل ۵-۷: سیالادنوزیس. تورم پاروتید و تحت فکی

سؤال:

کدام یک از موارد زیر از لحاظ بالینی می‌تواند در تشخیص افتراقی با سندرم شوگرن قرار گیرد؟ (ورودی ۸۷)

الف) Sialadenosis

ب) Sialadenitis

ج) Necrotizing Sialometaplasia

د) Cheilitis Glandularis

هیپرتروفی سلول‌های آسینی بزاقی در کدام یک از موارد زیر دیده می‌شود؟ (ورودی ۸۶)

الف) سندرم شوگرن ب) ضایعه لنفو اپی‌تلیال خوش خیم

ج) سیالادنوزیس د) سیال آدنیت مزمن اسکروزه

درمان کدامیک وابسته به عامل زمینه‌ای است؟ (ورودی ۸۸)

الف) sjogren syn ب) necrotizing sialometaplasia

ج) sialadenosis د) sialolithiasis

سؤال:

همه عبارات زیر در مورد سندرم شوگرن صحیح است، به جز: (بورد ۹۰)

الف) HLA-DRw۵۲ در هر شکل اولیه بیماری وجود دارد.

ب) معمولاً IgG سرم این بیماران افزایش می‌یابد.

ج) لنفوما در این بیماری غالباً از نوع MALT lymphoma است.

د) در نمای میکروسکوپی جز ایرایی میو اپی‌تلیال مشخص در زمین‌های از استرومای لنفوئید دیده می‌شود.

نقش تمام موارد زیر در بروز سندرم شوگرن مطرح گردیده است، به جز؟ (بورد ۹۱)

الف) اثرات هورمونی ب) تأثیرات ژنتیکی

ج) HLA-DRw۵۲ د) EBV

بر اساس تست Schirmer کدام یک از موارد زیر مشخص کننده Keratoconjunctivitis می‌باشد؟ (بورد ۹۲)

الف) مقادیر کمتر از ۵ میلی متر پس از ۵ دقیقه

ب) مقادیر کمتر از ۵ میلی متر پس از ۱۰ دقیقه

ج) مقادیر کمتر از ۱۰ میلی متر پس از ۵ دقیقه

د) مقادیر کمتر از ۱۰ میلی متر پس از ۱۰ دقیقه

در بیماران مبتلا به سندرم شوگرن، ریسک ابتلا به کدام یک از موارد زیر بیشتر می‌باشد؟ (ورودی ۸۸)

الف) Squamous cell carcinoma

ب) Pleomorphic adenoma

ج) Mucoepidermoid carcinoma

د) Lymphoma