

رادیولوژی دهان، فک و صورت - دکتر نیلوفر قدیمی

۱۹۱- احتمال مرگ سلولی در کدامیک از جهش‌های ژنی حین میتوز کمتر است؟

الف) Ring chromosome

ب) Dicentric chromosome

ج) Anaphase bridge

د) Translocation

پاسخ: گزینه د صحیح است.

فصل ۲ پارسه - صفحه ۳۰

✓ برخی انحرافات برای سلول کشنده هستند و عامل ایجاد مرگ سلولی در طول میتوز می‌باشند مانند:

- کروموزوم حلقوی (ring chromosome)
- کروموزوم دی سانتربیک (dicentric chromosome)
- پل آنافاز (anaphase bridge)

✓ بقیه انحرافات غیر کشنده بوده و شامل جابه‌جایی (translocations) و حذف‌های کوچک (small deletions) می‌باشند که ممکن است عامل القای تومور یا اثرات وراثتی ناشی از اشعه باشند.

۱۹۲- اگر دندان مزیدندسی در پالاتال سنترال‌ها واقع شده باشد، تصویر آن در کلیشه پانورامیک در مقایسه با ابعاد

و موقعیت واقعی آن چگونه تصویر می‌شود؟

الف) بزرگ‌تر و بالاتر

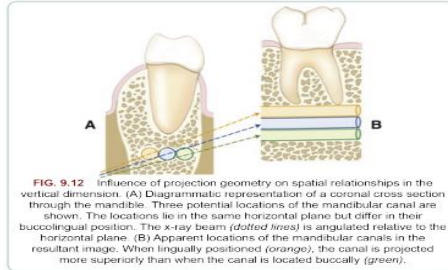
ب) بزرگ‌تر و پایین‌تر

ج) کوچک‌تر و بالاتر

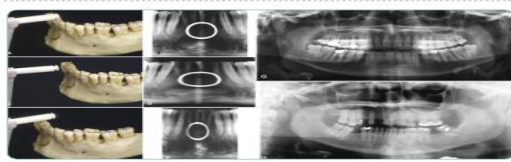
د) کوچک‌تر و پایین‌تر

پاسخ: گزینه الف صحیح است.

فصل ۹ پارسه، صفحه ۱۳۳



تاثیر ژئومتری تصویربرداری بر ارتباط فضایی در بعد عمومی (A) طرحی از یک برش گویال مندیبل سه موقعیت احتمالی کانال مندیبولار را نشان می‌دهد. هر سه موقعیت در یک پلن افقی یکسان قرار دارند، اما موقعیت باکوئینگویالی آن‌ها متفاوت است. برتوی آینه X خطوط نقطه چین نسبت به پلن افقی، زاویه دار است. (B) موقعیت‌های کانال مندیبولار که در تصویر نهایی دیده می‌شود. هنگامی که موقعیت کانال لیnguوالی است (نارنجی)، تصویر آن فوقانی تر (نزدیک به ایکس مولرها) از زمانی که موقعیت آن باکالی (سبز) است (دورتر از ایکس ریشه‌ها) است (سبز) می‌یابد. — فاصله بین ایکس ریشه و کانال مندیبل می‌تواند در تصاویر پانورامیک اشتباه نمایش داده شود.



تاثیر موقعیت اجسام در اندازه رادیوگرافیک آن‌ها. A. مندیبل یک حلقه فلزی را که در مرکز فوکتال ترف قرار گرفته سایورت می‌کند. مندیبل توسط فرار دخی لبه انسوزال انسوزورهای سانترال در بریدگی انتهایی یک بایت بلاک جهت گاز گرفتن بیمار، در مرکز فوکتال ترف قرار می‌گیرد (بایت بلاک (bite-stick) مرکز ناحیه قدام فوکتال ترف و بنابراین موقعیت قدامی خلفی سر را تعیین می‌کند). B. تصویر پانورامیک نهایی - حد افقی دستپوشتن را در حلقه فلزی نشان می‌دهد. C. مندیبل و حلقه ۵ میلی متر خلفی نیز از فوکتال ترف فرار می‌گیرند. D. رادیوگرافی پانورامیک بریده شده حاصل. magnification افقی حلقه و دندان‌های مندیبل (پهنتر) را نشان می‌دهد. E. مندیبل و حلقه ۵ میلی متر قدامی تر از بریدگی بایت بلاک فرار می‌کنند. F. تصویر پانورامیک بریده شده حاصل. minification افقی حلقه و دندان‌های مندیبل (بارنگتر) را نشان می‌دهد. G. رادیوگرافی پانورامیک بیمار که بزرگنمایی افقی در دندان‌های قدامی به واسطه خطای موقعیت دخی بیمار همانگونه که در کشتان داده شده می‌باشد. H. رادیوگرافی پانورامیک بیمار که minification افقی در دندان‌های قدامی به واسطه خطای موقعیت دخی بیمار همانند آنچه که در تصویر E نشان داده شده‌اند می‌سازد. همچنین چرخش به سمت چپ نیز در تصویر H مشخص است.

تطابق سوابقات رادیولوژی دهان، فک و صورت

۱۹۳- در سندرم اوروفیشیال کدام آنومالی دندانی شایع است؟

- الف) دندان اضافی
- ب) فقدان دندانی
- ج) تالون کاسپ
- د) ماکرودنشيا

پاسخ: گزینه ب صحیح است.

فصل ۱۷ پارسه - صفحه ۲۲۷

موسسه پیشگامان پارسه

سندرم orofaciодigital - اختلال در تشکیل مرتب دتال لامینا - Missing تکاملی دتدان

۱۹۴- در رادیوگرافی پانورامیک یک دختر ۱۶ ساله یک ضایعه میکسد پری کروئال در ناحیه کانین فک بالا، مشاهده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) ادنتوم کمپلکس

ب) آدنوماتوئید ادنتوژنیک تومور

ج) کلسیفایینگ اپی تلیال ادنتوژنیک تومور

د) آملوبلاستیک فیبرو ادنتوم

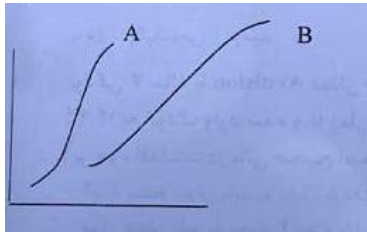
پاسخ: گزینه ب صحیح است.

فصل ۲۰ پارسه - صفحه ۲۶۵

۴. (AOT) Adenomatoid odontogenic tumor

- ✓ تئوپلاسم غیرشایع، غیرتهاجمی، به صورت سنترالی (داخل استخوان) و پریفرالی
- ✓ تومورهای سنترالی شامل دونوع فولیکولار (در ارتباط با تاج یک دندان نهفته یا رویش نیافته) و خارج فولیکولی (بی ارتباط با دندان) - ضایعات مرکزی اکثراً از نوع فولیکولار هستند.
- ✓ در رنج سنی وسیع ۵۰-۵ سال - اکثراً در دهه دوم زندگی با متوسط سنی ۱۶ سال
- ✓ بیشتر در خانم‌ها
- ✓ نوع فولیکولار زودتر از نوع اکسترا فولیکولار شناخته می‌شود. (به دلیل ارتباط با دندان غایب).
- ✓ دارای رشد آرام و بزرگ شدن تدریجی، تورم بدون درد یا آسیمتری
- ✓ بیشتر در قدام ماگزایلا و مندیبل (۷۰٪) - در ناحیه انسیزور- کانین و پره مولر خصوصاً کانین
- ✓ دارای حدود مشخص و کورتیکه با ضخامت‌های مختلف کورتکس
- ✓ ساختار داخلی رادیولوسنت یا mixed (اکثراً $\frac{2}{3}$ موارد)
- ✓ دارای کانون‌های رادیوپاک جزئی و ظریف (faint-delicate) تا خوشه‌های دندس‌تر از رادیوپاسیته‌های نامشخص (Cluster) - گاهی دارای بردر مشخص شبیه به سنگریزه‌های کوچک (small pbbles)
- ✓ به تصاویر پری اپیکال برای نمایش کلسیفیکاسیون‌هایی که در تصاویر پانورامیک یا تصاویر پیشرفته با رزولوشن پایین دیده شوند نیاز است.
- ✓ اکسپشن فکی همراه با بزرگ شدن تومور با حفظ کورتکس
- ✓ احتمال جابه‌جایی دندان‌های مجاور، تحلیل ریشه نادر است.
- ✓ در صورت قرارگیری در کروئال دندان در حال تکامل ← محدودیت رویش دندان

۱۹۵- کدام گزینه برای مقایسه کنتراست و سرعت دو فیلم A و B در منحنی اختصاصی صحیح است؟ (از چپ به راست)



الف) $A > B \rightarrow A > B$

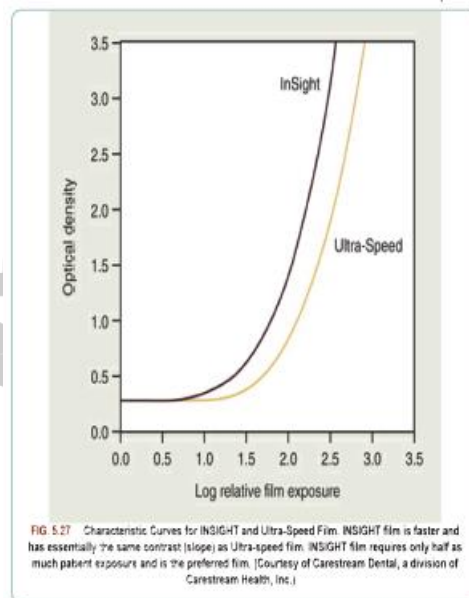
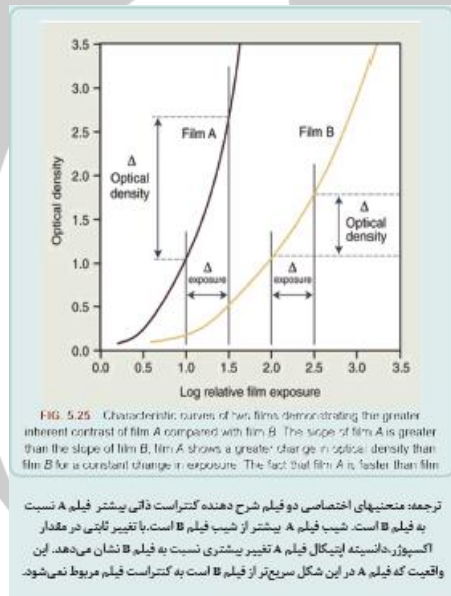
ب) $A < B \rightarrow A < B$

ج) $A > B \rightarrow A < B$

د) $A < B \rightarrow A > B$

پاسخ: گزینه الف صحیح است.

فصل ۵ پارسه، صفحه ۸۵ و ۸۶



۱۹۶- اگر هنگام تهیه رادیوگرافی پانورامیک سر بیمار بالا باشد، چه اشکالی در تصویر مشاهده می‌شود؟
الف) دندان‌های قدامی دچار بدشکلی می‌شوند.

ب) کندیل‌ها از لبه فوقانی تصویر بالاتر بوده و تصویر نمی‌شود.

ج) تصویر کام سخت روی ریشه دندان‌های ماگزایلا سوپرایمپوز می‌شود.

د) تصویر ناحیه سمفیز کات می‌شود.

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

فصل ۹، پارسه، صفحه ۱۳۴

• اگر چانه بیش از حد بالا قرار گیرد ← پلن اکلوزال مسطح (flat) یا معکوس (inverted) می‌گردد، و تصویر حاصل از مندیبل دیستوریشن خواهد داشت. به علاوه، سایه رادیواپیک کام سخت بر روی ریشه‌های دندان‌های ماگزایلا سوپرایمپوز می‌شود.

۱۹۷- درنمای رادیوگرافی پانورامیک آقای ۴۰ ساله‌ای که در هنگام باز کردن دهان انحراف فک دارد، ضایعات رادیوپیک متعدد مشاهده می‌شود. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

الف) انکیلوز مفصل

ب) سندرم گورلین گولتز

ج) نوروفیبروماتوزیس

د) سندرم گاردنر

پاسخ: گزینه د صحیح است.

فصل ۲۰، پارسه، صفحه ۲۷۱

✓ سندرم گاردنر به‌عنوان زیرگروه / ریسک بالای سرطان کولون / فرم کلاسیک

در سن ۳۹ سالگی فرم ضعیف شده بدخیم با میانگین سنی ۵۹ سال

✓ استئوماهای متعدد، DBI‌های متعدد، سیست‌های اپیدرموئید، تومورهای

دسموئید زیر پوستی، نماهای سندرم گاردنر هستند.

✓ شیوع بیشتر استئوماها در استخوان‌های فرونتال و اسفنوئید، ماگزایلا و مندیبل

✓ از آنجایی که استئوما و DBI (به تعداد پنج یا بیشتر) قبل از پولیپ روده‌ای ایجاد

می‌شوند ← تشخیص اولیه سندرم می‌تواند نجات‌دهنده زندگی فرد باشد.

✓ شیوع بالای دندان اضافه یا نهفته، ادنتوما / سن بروز استئومای مرتبط با

این سندرم در دهه دوم زندگی

۱۹۸- کدام یک از واحدها برای اندازه‌گیری ریسک تابش در بدن انسان به کار می‌رود؟

الف) گری

ب) سیورت

ج) راد

د) رونتگن

پاسخ: گزینه ب صحیح است.

فصل ۱ پارسه، صفحه ۲۴

دوز موثر (Effective Dose)

✓ تخمین میزان ریسک اکسپوزر به یک قسمت از بدن شامل چند بافت.

✓ ارزیابی میزان خطر در انسان‌ها

✓ مقایسه ریسک ناشی از اکسپوزر دندانان برای مثال با ریسک ناشی از معاینات رادیوگرافیک قفسه سینه دشوار است، زیرا بافت‌های متفاوت با رادیوسنسیتیته به مختلف اکسپوز می‌شوند. برای انجام چنین مقایسه‌ای دز موثر محاسبه است که اثرات بیولوژیکیک نسبی انواع مختلف رادیوسون و رادیوسنسیتیته بافت‌های مختلف اکسپوز شده تحت عنوان اثرات احتمالی رادیاسیون را در نظر می‌گیرد.

✓ واحد: سیورت Sv / واحد قدیمی: rem (röntgen equivalent mammal)

1Sv: 100rem

✓ W_T فاکتور وزنی بافت (برای اندازه‌گیری حساسیت به اشعه بافت‌های مختلف از جهت کنسر یا اثر ژنتیکی)

$$E = \sum W_T \times H_T$$

۱۹۹- در کدام مورد هنگام رادیوگرافی پری‌ایپیکال افزایش زمان تابش ضروری است؟

الف) تریسموس

ب) نکروز استخوان

ج) شکستگی استخوان

د) ادم

پاسخ: گزینه د صحیح است.

فصل ۷ پارسه، صفحه ۱۱۵

✓ در موارد وجود ادم در ناحیه مورد بررسی، به منظور جبران تضعیف اشعه ناشی از تورم بافتی، باید زمان اکسپوزر افزایش یابد.

۲۰۰- بوردر اسکروتیک در کدام ضایعه رادیولوسنت بیشتر دیده می‌شود؟

- الف) کیست دنتی جروس
- ب) آملوبلاستومای تک حجره‌ای
- ج) دیسپلازی استخوان پری اپیکال
- د) ادونتوژنیک کراتوسیست

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

فصل ۱۴ پارسه، صفحه ۲۰۰

۲. Corticated border

✓ خط نازک رادیوپاک کاملاً یکنواخت از استخوان در محیط یک ضایعه

مثال: سیست‌ها و نئوپلاسم‌های خوش خیم یا تومورها

۳. Sclerotic margin

✓ یک ناحیه انتقال عریض‌تر (wider) و منتشرتر (more diffuse) بین ضایعه و استخوان نرمال مجاور

✓ بوردر رادیوپاک از استخوان راکتیو (واکنشی) که معمولاً پهنای یکنواختی ندارد.

مثال: پری اپیکال اسئوس دیسپلازی (نشان‌دهنده سرعت رشد آهسته یا توانایی ضایعه برای تحریک ساخت استخوان محیطی است).

۲۰۱- به کارگیری کدام عامل باعث کاهش کمیت و افزایش کیفیت پرتو می‌شود؟

- الف) افزایش زمان اکسپوژر
- ب) اضافه کردن فیلتر
- ج) افزایش حداکثر ولتاژ تیوب
- د) افزایش میلی آمپر

پاسخ: گزینه ب صحیح است.

فصل ۱ پارسه، صفحه ۱۹

✓ فیلتراسیون (دیسک فلزی) به طور ترجیحی پرتوهای کم انرژی را حذف می‌کند اما به فوتون‌های پرانرژی که در تشکیل تصویر، موثرند اجازه عبور می‌دهد و شدت پرتو (تعداد فوتون‌ها) کاهش می‌یابد؛ ولی متوسط انرژی پرتوهای باقی‌مانده افزایش می‌یابد (کیفیت ↑، کمیت ↓). حداکثر انرژی ثابت می‌ماند ← نمودار به سمت پایین و راست می‌رود.

۲۰۲- کدام گزینه هم اشعه پراکنده ایجاد کرده و هم باعث یونیزاسیون می شود؟

الف) کمپتون

ب) فتو الکتریک

ج) الاستیک

د) کلاسیک

پاسخ: گزینه الف صحیح است.

فصل ۱ پارسه، صفحه ۲۱

پراکندگی کامپتون (Compton Scatter)

- ✓ حین تداخل فوتون با الکترون اوربیتال خارجی رخ می دهد.
- ✓ ۵۷٪ از تداخلات اکسیپوز با اشعه ایکس دندان پزشکی (بیشترین) را شامل می شود.
- ✓ برخورد فوتون با الکترون لایه خارجی ← ایجاد یک الکترون برگشتی (Recoil) ← تغییر مسیر و کاهش انرژی فوتون برخوردی
- ✓ انرژی الکترون برگشتی + انرژی فوتون پراکنده شده + انرژی باندینگ الکترون لایه خارجی = انرژی فوتون برخوردی
- ✓ در محدوده انرژی های تشخیصی بیشتر انرژی به فوتون پراکنده می رسد که خود می تواند باعث یونیزاسیون اضافی، اغلب خارج از پیرامون محل پرتو برخوردی در یافت شود.
- ✓ فوتون های پراکنده در تمام جهات حرکت می کنند و می توانند از بیمار خارج شوند و به گیرنده برخورد کنند. این فوتون ها حاوی هیچ اطلاعات مفیدی نیستند و وقتی به رسیپتور می رسند با کاهش کنتراست، کیفیت تصویر را تضعیف می کنند.
- ✓ فوتون های پراکنده ای که از بیمار خارج می شوند، ممکن است اپراتور را اکسیپوز کنند.
- ✓ فوتون های پراکنده مسافت های متفاوتی را در بافت های بیمار حرکت کرده و موجب یونیزاسیون می شوند. این پراکندگی داخلی دوز اشعه بیمار را افزایش می دهد و اغلب ارگان ها و بافت های خارج و دور از مسیر پرتوی اولیه را اکسیپوز می کند.
- ✓ پراکندگی کامپتون نیز مانند جذب فوتو الکتریک منجر به از دست رفتن الکترون و یونیزاسیون اتم جاذب می شود و در تشکیل تصویر شرکت می کند:
 - جذب فوتو الکتریک ← تشکیل تصویر
 - کامپتون ← حیره شدن و کاهش کیفیت تصویر
- ✓ یونیزاسیون های اضافی ناشی از عبور فوتون های پراکنده و الکترون های برگشتی از بافت های بیمار است.
- ✓ احتمال تداخلات کامپتون و میزان زاویه تغییر مسیر فوتون پراکنده شده رابطه معکوسی با انرژی فوتون دارد.
- ✓ احتمال رخداد کامپتون به عدد اتمی ماده بستگی ندارد.

بیشتر

۲۰۳- موقعیت ریج پتروس در رادیوگرافی واترز در مقایسه با PA Cephalometry چگونه تصویر می‌شود؟

الف) تحتانی‌تر

ب) فوقانی‌تر

ج) در یک سطح قرار می‌گیرند.

د) در هیچ کدام ریج پتروس تصویر نمی‌شود.

پاسخ: گزینه الف صحیح است.

فصل ۸ پارسه، صفحه ۱۲۵

ریج پتروس در:

نمای waters: زیر کف سینوس ماگزینا

نمای PA: ۱/۲ حثانی اوربیت

نمای reverse towne: قسمت تحتانی استخوان اکسیپیتال تصویر می‌شود.

۲۰۴- در سینوس ماگزیناری، در کدام مورد احتمال تحلیل ریشه بیشتر است؟

الف) موکوسل

ب) پاپیلوما

ج) استئوما

د) SCC

پاسخ: گزینه الف صحیح است.

فصل ۲۴ پارسه، صفحه ۳۳۳

تأثیرات بر ساختارهای مجاور

✓ با جابجایی دیواره‌ها به سمت خارج و اتساع استخوانی، شکل سینوس تغییر می‌یابد.

✓ سپتا و دیواره‌های استخوانی ممکن است به شدت نازک شوند.

✓ در سینوس ماگزیناری:

۱. جابجایی دندان

۲. تحلیل ریشه

✓ در سینوس فرونتال:

۱. معمولاً حاشیه اسکالوپ در اثر اتساع ضایعه، صاف می‌شود.

۲. سپتا داخل سینوس ممکن است جابجا شود

۳. بوردر فوقانی-داخلی اربیت جابه‌جا شده یا تخریب می‌شود.

✓ در سلول‌های هوایی اتموتید:

جابه‌جایی لامینا پاپیراسه و به دنبال آن جابه‌جایی محتویات اربیت ممکن است ایجاد شود.

۲۰۵- بررسی کدام مورد در انتخاب عمودی یا افقی بودن تکنیک بایت وینگ موثر است؟

الف) پوسیدگی راجعه

ب) ترمیم معیوب

ج) پوسیدگی بین دندانی

د) کرسر آلونولار

پاسخ: گزینه د صحیح است.

فصل ۱۳ پارسه، صفحه ۱۸۸

در تصاویر بایت وینگ زمانی که استخوان آلونول در یکی یا هر دو قوس به علت بیماری پریدونتال (متوسط تا شدید) از دست رفته باشد، می توان گیرنده را چرخاند و بایت وینگ عمودی تهیه کرد.

- تکنیک بایت وینگ عمودی می تواند برای تهیه بایت وینگ از دندان های قدامی به کار رود.

۲۰۶- در کدام تصویر خارج دهانی، بررسی یکنواختی و هوادار شدن سینوس اسفنوئید امکان پذیر است؟

الف) اکسپیتومنتال

ب) ساب منتور تکس

ج) پانورامیک

د) خلفی - قدامی

پاسخ: گزینه ب صحیح است.

فصل ۸، صفحه ۱۲۳

(SMV) (base) Submentovertex (بازال)

موارد تجویز

✓ قاعده جمجمه

✓ قوس زایگوما (شکستگی ها)

✓ سینوس اسفنوئید (integrity و aeration)

✓ تغییرات استخوانی ناشی از تومورهای بیس جمجمه

✓ این موارد به طور وسیعی توسط CT به دست می آیند.

۲۰۷- کدام گزینه در مورد مراجعین باردار صحیح است؟

الف) تابش دنتومگزیلوفشیال نصف دوز اثر قطعی رویان است.

ب) در افراد باردار تجویز تصاویر دهان و فک توصیه نمی‌شود.

ج) راهنمای تجویز تصاویر همانند افراد غیر باردار است.

د) استفاده از شیلد سربی در کاربرد رسپتور سریع ضروری نیست

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

فصل ۱۳ پارسه، صفحه ۱۹۵

بارداری

تصویربرداری از بیماران باردار، کنترااندیکاسیون ندارد.

- زمانی که اقدامات حفاظت در برابر اشعه نظیر ۱. کولیماسیون ۲. استفاده از گیرنده‌های سریع یا دیجیتال ۳. به‌کارگیری شیلدهای محافظ، به کار برده شوند، دوز ناشی از تصویربرداری تشخیصی دنتوماگزیلوفاسیال بسیار پایین است.

- دوز ناشی از تصویربرداری دنتوماگزیلوفاسیال به جنین، حدوداً ۴۲۰۰۰ بار کمتر از دوز آستانه برای ایجاد اثرات قطعی در رویان و جنین است.

- در تمام بیماران از جمله افرادی که ممکن است باردار باشند، کلار محافظ تیروئید، در صورتی که ناحیه آناتومیک اصلی را نپوشاند، باید استفاده شود.

- در تمام بیماران تجویز تصویربرداری براساس وجود نیاز تشخیصی انجام می‌گیرد.

۲۰۸- لایه فسفر ضخیم‌تر در PSP، عامل ایجاد پراکندگی پرتو و وضوح تصویر می‌شود.

الف) بیشتر- بیشتر

ب) کمتر - کمتر

ج) بیشتر - کمتر

د) کمتر - بیشتر

پاسخ: گزینه ج صحیح است.

فصل ۴، صفحه ۵۷

✓ لایه فسفر ضخیم‌تر:

• انتشار بیشتر (diffusion) ← رزولوشن کمتر

• افزایش بازده جذب اشعه X ← افزایش سرعت گیرنده تصویر (افزایش کارایی)

۲۰۹- در ارزیابی رادیوگرافیک پسر دوازده ساله با شکایت تورم در سمت چپ فک پایین، ضایعه رادیولوسنت با حدود نامشخص در تنه مندیبل مشاهده می‌شود که سبب تخریب کورتکس داخلی استخوان شده است. محتمل ترین

تشخیص چیست؟

الف) فیروسارکوم

ب) یووینگ سارکوم

ج) آملوبلاستیک کارسینوما

د) آملوبلاستیک فیروما

پاسخ: گزینه ب صحیح است.

فصل ۲۲ پارسه، صفحه ۳۰۰

یوئینگ سارکوما

نئوپلاسم سلول گرد کوچک

این ضایعه نوعی نئوپلاسم استخوان‌های دراز بوده و در فکین نسبتاً نادر است. در دهه دوم زندگی شایع / شیوع در مردان دوبرابر زنان / بهندرت در فکین رخ می‌دهد. علائم و نشانه‌های بیمار به ترتیب کاهش شیوع: تورم، درد، لقی دندان‌ها، پارستزی، آگروفتاموس، افتادگی پلک، خون دماغ، زخم، دندان‌های جابه‌جا شده، تریسموس و سینوزیت

ضایعات مولتی سنتریک / لنفادنوپاتی گردنی

مندیل به نسبت ۱:۲ بیشتر از ماگزایلا / بالاترین شیوع، مربوط به نواحی خلفی فکین

حدود نامشخص / هرگز کورتیکالی نیستند / استخوان را به شکل ناهمواری (uneven) تخریب می‌کند و منجر به یک برذر ناصاف (ragged) می‌شود / شکستگی فک به همراه توده بافت نرم قابل مشاهده در رادیوگرافی در مجاورت آن معمولاً کاملاً رادیولوسنت / به سرعت رشد می‌کند.

واکنش پریوستال: نمای مثلث codman و اسپیکولاسیون اشعه خورشیدی یا hair-on-end / شکل‌گیری استخوان جدید پریوستال لامینار، مشابه آنچه در استئومیلیت دیده می‌شود، گزارش شده است، اما جزء ویژگی‌های معمول ضایعات یوئینگ سارکوما در فکین نیست.

تحریک ساختارهای نرمال مجاور / تخریب لامینادورا و کورتکس‌های فولیکولار این نئوپلاسم به طور مشخص باعث تحلیل ریشه نمی‌شود، اگرچه استخوان ساپورت کننده دندان‌های مجاور را تخریب می‌کند.

۲۱۰- در تصاویر CBCT، لندمارک آناتومیک، در مقاطع..... و به بهترین صورت مشاهده می‌شود.

الف) Nasal floor → coronal → axial

ب) Nasolacrimal canal → axial → sagittal

ج) Intermaxillary suture → axial → sagittal

د) Anterior nasal spine → axial → sagittal

پاسخ: گزینه د صحیح است.

فصل ۱۰، صفحه ۱۴۷

✓ در تصاویر CBCT، خار قدامی بینی در **مقاطع اکزیال و ساجیتال** بهتر دیده می‌شود و به صورت یک برآمدگی رادیوپاک مثلثی، نامنظم یا V شکل از سطح قدامی ماگزایلا در سطح کف بینی مشاهده می‌شود.

موسسه
پیشگامان پارسه