فهرست

فصل۱: کیست ها و تومورهای ادنتوژنتیک..... ۷

فصل۲: ضایعات استخوان..... ۲۱

فصل۳: ضایعات بافت همبند..... ۳۵

فصل۴: ضایعات اپی تلیال..... ۴۸

فصل۵: پاتولوژی غدد بزاقی ۶۸

فصل۶:بیماری های پوستی مخاطی..... ۸۱

فصل۷: اختلالات خونی..... ۹۲

فصل۸: بیماری های پالپ و پری اپیکال..... ۹۹

فصل۹: عفونت های باکتریال..... ۱۰۵

فصل۱۰: بیماری های قارچی و پرتوزوایی..... ۱۱۱

فصل۱۱: عفونت های ویروسی..... ۱۱۵

فصل۱۲: آلرژی و بیماری های ایمونولوژیک..... ۱۲۰

۱ کیست ها و تومورهای ادنتوژنیک

فصل ۱۵ نویل ۲۰۲۴ دکتر سیده فاطمه عسکری

S:F1 V:F1

■ کیست های ادنتوژنیک دو دسته اند: التهابی و تکاملی

◄ التهابی ها:

- رادیکولار، رزیجوال، BBC

◄ تکاملی‌ها

- OKC,COC,LPC,DC,رویشی، لثه ای نوزادان و بالغین. گلاندولار

Dentigerous Cyst (Follicular Cyst):

- کیستی تکاملی اطراف تاج دندان نهفته
- منشا اپی‌تلیالی: reduced enamel epithelium
- دومین کیست شایع ادنتوژنیک بعد از کیست پری‌آپیکال.
- اغلب با مولر سوم پایین یا کانین بالای نهفته -بندرت اطراف ادنتوم و دندان شیری و دندان اضافی
- شایع‌ترین کیست تکاملی ادنتوژنیک
- به صورت نادر متعدد
- تئوری منشا التهابی در دو حالت: آماس پری اپیکال شیری، مولر سوم نیمه رویش یافته مندیبل یا پارادنتال سیست که ناشی از پری کرونیت عود کننده است.

◄ رادیوگرافی:

- رادیولوسنسی تک‌حفره‌ای با مرز مشخص و اسکلروتیک اطراف تاج دندان نهفته
- انواع بزرگ مولتی لاکولار
- تفاوت با فولیکول نرمال: اگر فضای پری‌کورنال > mm ۳-۴ باشد ← کیست در نظر گرفته می‌شود.

◄ انواع نمای رادیوگرافی:

۱. Central (دور تا دور تاج)
۲. Lateral (در یک سمت تاج)
۳. Circumferential (کل تاج را در بر میگیرد و بنظر میرسد که ریشه هم داخلشه اما نیست)

◄ پاتولوژي و هیستوپاتولوژی:

■ در حالت غیر التهابی:

- دیواره فیبروز نازک
- پوشش اپی‌تلیال ۲-۴ لایه‌ای سنگفرشی بدون کراتین
- بدون ریج‌های اپی‌تلیالی (rete ridges)
- گاهی بقایا یا جزایر اپی‌تلیالی در دیواره دیده می‌شود (اشتباه شدن با آملوبلاستوما).

■ در حالت التهابی:

- ضخیم شدن اپی‌تلیوم با rete ridges واضح و کراتینیزاسیون
- حضور سلول‌های مخاطی، سلول‌های مژه‌دار (ciliated)
- گاهی حضور غدد سباسه (بروز از توانایی تمایز اپی‌تلیوم کیستی)

نکات مهم پاتولوژیک:

- نواحی ضخیم‌شده یا تغییر یافته اپی‌تلیوم باید با دقت بررسی شوند، زیرا می‌توانند دچار تغییر نئوپلاستیک شوند.

◄ تغییرات بدخیم:

«دیواره کیست دنتی ژروس می‌تواند محل بروز تومورهای ادنتوژنیک یا بدخیمی‌هایی مانند:

- Ameloblastoma
- Squamous Cell Carcinoma (SCC)
- Mucoepidermoid Carcinoma (MEC)

باشد. »

- Squamous Cell Carcinoma ← با گذار مشخص از اپی‌تلیوم کیستی نرمال به اپی‌تلیوم بدخیم دیده می‌شود.

● Mucoepidermoid Carcinoma ← در اپی‌تلیوم تغییر یافته‌ای که سلول‌های مخاطی دارد ممکن است رخ دهد.
● گاهی تغییرات به شکل تومور خوش‌خیم ادنتوژنیک نیز رخ می‌دهد، مثل:
● Ameloblastoma (نوع فولیکولار)

◄ درمان:
● Enucleation کامل همراه کشیدن دندان درگیر
● در کیست‌های بزرگ: marsupialization + درمان تکمیلی
● اگر دندان ارزش حفظ داشته باشد و پتانسیل رویش داشته باشد ← کیست خارج می‌شود و دندان باقی می‌ماند

◄ پیش‌آگهی:
● پیش‌آگهی عالی در موارد غیر نئوپلاستیک

کیست رویشی eruption cyst:

کیستی زیر مخاطی که در مرحله رویش دندان‌های شیری یا دائمی در کودکان ایجاد می‌شود.
نوعی دنتی‌ژروس کیست اما در مرحله رویش و در بافت نرم.

◄ اپیدمیولوژی:
● کودکان، به خصوص در سن رویش دندان‌های شیری و دائمی
● بیشتر دندان‌های اینسایزور و مولرهای اول دائمی و شیری

◄ کلینیک:
● تورم نرم، آبی رنگ یا شفاف روی لثه در محل رویش دندان
● معمولاً بدون درد/گاها ۲ طرفه
● ممکن است خود به خود باز شود و دندان بیرون بیاید

◄ هیستوپاتولوژی:
● پوشش مشابه دنتی‌ژروس کیست
● کیستی حاوی مایع در زیر مخاط نرم

◄ درمان:
● معمولاً خودبه‌خود بهبود می‌یابد، در صورت ماندگاری یا عفونت نیاز به باز کردن جراحی

Odontogenic Keratocyst (OKC):

● کیست ادنتوژنیک تکاملی با رشد فعال و تهاجمی و تمایل به عود بالا.
● منشأ از rests of dental lamina.
● تا سال‌ها به عنوان کیست اما در طبقه‌بندی WHO سال ۲۰۰۵ تحت نام keratocystic odontogenic tumor (KCOT) در نظر گرفته شد، سپس مجدداً به کیست برگشت (۲۰۱۷).

◄ اپیدمیولوژی:
● حدود۳-۱۱٪ کیست‌های فکی. .
● سن: هر سنی ممکن است، اما بیشترین در دهه دوم و سوم.
● مرد > زن
● بیشتر در فک پایین - راموس و زاویه فک (۶۰-۸۰٪)

◄ رادیوگرافی:
● Unilocular یا multilocular با مرز مشخص و اسکالپ‌شده (Scalloped border).
● از نظر گرافی شبیه DC ورادیکلار و رزیجوال و LPC
● گاهی باعث جابجایی دندان‌ها یا resorption ریشه اما کمتر از DC و رادیکولر
● ۲۵-۴۰٪ اطراف دندان نهفته دیده شود← شبیه دنتی‌ژروس کیست شود.

◄ هیستوپاتولوژی:
● اپی‌تلیوم نازک: ۴-۸ لایه سلولی
● سطح: پاراکراتینه (corrugated -wavy) با لایه کراتین بدون هسته
● لایه بازال: پالی‌سادینگ یا نردبانی هسته‌ها، هایپرکروماتیک و بلند
● اتصال اپی‌تلیوم به همبند: صاف و بدون rete pegs
● گاها جدایی بافت همبند از اپیتلیوم
● Satellite cysts (daughter cysts) یا epithelial rests در دیواره ← مسئول عود بالا
● موارد نادر حاوی غضروف

◄ موارد نادر solid:
ترکیبی از جزایر توپر اپیتلیوم ادنتوژنیک و فضاهای کیستیک پر از کراتین

◄ ویژگی‌های خاص:
● رشد در جهت قدامی-خلفی← بدون ایجاد تورم واضح ← کشف تصادفی
● عود بالا (۲۱-۳۰٪) حتی پس از برداشت کامل ← به دلیل satellite cysts یا باقی‌مانده اپی‌تلیالی
● عود بیشتر در قسمت خلفی تنه وشاخه صعودی مندیبل
● OKC ناحیه قدام ماگزیلا: نزدیک خط وسط -مشابه کیست مجرای نازوپالاتین-میانگین سنی ۷۰
● گاها در بافت نرم گزارش شده

۲ ضایعات استخوان

فصل ۱۴ نویل ۲۰۲۴ دکتر سیده فاطمه عسکری

S:F2 V:F2

■ تو این فصل هم برای یادگیری بهتر باید یه لیست طبقه بندی شده داشته باشی در موقع به خاطر اوردنش راحت تر باشیم

۱. اختلالات ژنتیکی / مادرزادی / دیس‌پلاستیک:

◄ Osteogenesis Imperfecta:

● نقص ژنتیکی در سنتز کلاژن نوع I. شکستگی‌های مکرر، دندان‌های شیشه‌ای، sclera آبی.

◄ Osteopetrosis:

● استخوان‌سازی زیاد ولی ناکارآمد. استخوان فشرده ولی شکننده. کاهش عملکرد استئوکلاست.

◄ Cleidocranial Dysplasia:

● دندان‌های نهفته متعدد، تأخیر در رویش دندان، ترقوه ناکامل یا غایب.

◄ Cherubism:

● بیماری ارثی با گسترش دوطرفه استخوان فک پایین در کودکان. ظاهر صورت گرد و چهره فرشته‌ای. حضور سلول‌های غول‌پیکر در ضایعه.

۲. ضایعات فیبرو-اُسئوس (Fibro-Osseous Lesions):

◄ Fibrous Dysplasia:

● جایگزینی استخوان با بافت فیبروز و استخوان نابالغ. رادیوگرافی: ظاهر "شیشه مات". در نوجوانان و یک‌طرفه.

◄ Ossifying Fibroma:

● تومور واقعی با مرز مشخص. ترکیبی از فیبروز + استخوان و سمان. رادیوگرافی: ابتدا رادیولوسنت ← سپس مخلوط ← رادیواپک.

◄ Juvenile Ossifying Fibroma:

● فرم تهاجمی‌تر و سریع‌الرشد در کودکان. خطر تخریب زیاد.

◄ Cemento-Osseous Dysplasias:

● در خانم‌های میانسال، بدون علامت. در مراحل پیشرفته رادیواپک. سه نوع: پری‌اپیکال، فوکال، فلورید.

۳. ضایعات شبه‌توموری (Tumor-like Lesions):

◄ Simple Bone Cyst:

● حفره‌ی بدون اپی‌تلیوم در داخل استخوان. اغلب تصادفی کشف می‌شود. رادیولوسنت شفاف.

◄ Aneurysmal Bone Cyst:

● کیست خونی با رشد سریع. ظاهر رادیوگرافی: "حباب صابون". ممکن است دردناک باشد.

◄ Central Giant Cell Granuloma:

● توده‌ی غیرنئوپلاستیک، با سلول‌های غول‌پیکر چندهسته‌ای. بیشتر در فک پایین، گاهی تهاجمی.

◄ Central Xanthoma:

● نادر، با سلول‌های کف‌آلود حاوی چربی. رادیولوسنت، بدون علامت خاص.

◄ Paget Disease of Bone:

● افزایش نوسازی استخوان، رادیوگرافی با ظاهر پنبه‌ای. درگیر شدن فک بالا شایع‌تر. افزایش ALP. خطر استئوسارکوم.

◄ Massive Osteolysis (Gorham Disease):

تخریب پیشرونده و ناپدید شدن استخوان.

Focal Osteoporotic Marrow Defect:

- ناحیه رادیولوسنت حاوی مغز استخوان طبیعی. معمولاً بدون علامت، در زنان میانسال.

Idiopathic Osteosclerosis:

- ناحیه رادیواپک متراکم، بدون علامت و بدون ارتباط با دندان پوسیده.

۴. تومورهای خوش‌خیم استخوان و غضروف:

◄ Osteoma:

- رشد آهسته استخوان جدید. معمولاً در فک پایین و سینوس‌ها. در سندرم گاردنر.

◄ Osteoid Osteoma:

- توده استخوانی کوچک با درد شبانه. به آسپرین پاسخ می‌دهد. هاله رادیواپک با مرکز رادیولوسنت.

◄ Osteoblastoma:

- شبیه به استئوئید استئوما ولی بزرگ‌تر و دردناک‌تر، و معمولاً به آسپرین پاسخ نمی‌دهد.

◄ Chondroma/ Chondromyxoid Fibroma:

- تومورهای غضروفی خوش‌خیم. نادر در فک.

◄ Desmoplastic Fibroma:

- تومور خوش‌خیم اما تهاجمی.رادیولوسنت چندحفره‌ای. نیاز به برداشت وسیع

◄ Synovial Chondromatosis:

- متاپلازی غضروفی در مفصل سینوویال، به‌ویژه مفصل گیجگاهی-فکی (TMJ). حاوی اجسام غضروفی آزاد در مفصل.

۵. تومورهای واقعی استخوانی:

◄ Cementoblastoma:

- نئوپلاسم واقعی منشأ گرفته از سلول‌های سازنده سیمان. به ریشه دندان متصل. توده رادیواپک با حاشیه مشخص. معمولاً دردناک و باید با دندان خارج شود.

۶. تومورهای بدخیم استخوان و متاستاتیک:

◄ Osteosarcoma:

- بدخیم‌ترین تومور اولیه استخوانی در فک.
- رادیوگرافی: الگوی sunburst، پهن شدن PDL، درد و تورم.

◄ Chondrosarcoma:

- تومور بدخیم غضروفی. در فک بالا شایع‌تر.
- رادیوگرافی: رادیولوسنت با کلسیفیکاسیون نقطه‌ای.

◄ Ewing Sarcoma:

- در کودکان: درد شدید + تب.
- رادیوگرافی: الگوی "onion-skin".

◄ متاستاز به فک:

- شایع‌ترین تومور بدخیم در فک از نظر منشاء. معمولاً از پستان، پروستات، ریه، تیروئید. رادیولوسنت یا مخلوط. گاها اولین نشانه سرطان زمینه‌ای.

Osteogenesis Imperfecta (OI) (brittle bone disease):

◄ تعریف:

- اختلال ارثی در سنتز کلاژن نوع I ← استخوان شکننده (کورتکس نازک، ترابکولاسیون ظریف، استئوپروز منتشر)
- جهش در ژن COL1A1-COL1A2/ اتورومال غالب بیشتر/ آزمایشات ژنتیک حساس‌ترین آزمایش برای تشخیص

◄ علائم دیگر:

- صلبیه آبی، دندان تغییر شکل یافته، کم شنوایی hypoacusis، بدشکلی استخوان دراز، ستون‌مهره و افزایش تحرک مفاصل

◄ علائم رادیوگرافی:

- استئوپنی، خمیدگی و زاویه‌دار شدن و بدشکلی استخوان های دراز، شکستگی متعدد و ده عدد یا بیشتر استخوان کرمی در جمجمه (استخوان درزی با نمای موزاییکی) در دیسپلازی کلیدوکرانیال هم دیده میشه. kyphoscoliosis گاها دیده میشه.

◄ انواع:

چندین نوع که 4 تاش و میگیم:

- Type I (شایع‌ترین): خفیف‌ترین و شایع‌ترین، اسکلرا آبی، شکستگی‌های خفیف
- Type II: شدیدترین، مرگ داخل‌رحمی
- Type III: شدید، با شکستگی‌های متعدد، ناهنجاری‌های اسکلتی
- Type IV: متوسط، بدون اسکلرا آبی

◄ نکات:

- تغییرات دندانی که بیشتر در نوع 3و 4 دیده میشن مشابه دنتینوژنز ایمپرفکتاست. که به اون opalescent teeth میگن.
- نمای دندان‌ها هم شیری هم دائمی آبی زرد یا قهوه‌ای/اتریشن شدید و از دست رفتن VD و انسداد زودرس پالپ اما shell teeth به

۳ ضایعات بافت همبند

فصل ۱۲ نویل ۲۰۲۴ دکتر سیده فاطمه عسکری

V:F3 S:F3

■ توی این فصل برای یادگیری بهتر باید یه لیست تو ذهنتون داشته باشید که تاحدودی ماهیت ضایعه رو براتون یادآوری کنه این طبقه‌بندی بهتون خیلی کمک خواهد کرد.

۱. ضایعات واکنشی و التهابی فیبروزی (Reactive Fibrous Lesions):

- Traumatic Fibroma (Irritation Fibroma, Focal Fibrous Hyperplasia, Fibrous Nodule)
- Inflammatory Fibrous Hyperplasia (Epulis Fissuratum, Denture Epulis)
- Inflammatory Papillary Hyperplasia
- Giant Cell Fibroma
- Peripheral Ossifying Fibroma (POF)
- Peripheral Giant Cell Granuloma (PGCG)
- Pyogenic Granuloma (Lobular Capillary Hemangioma)

۲. ضایعات فیبروزی خوش‌خیم و تومورهای فیبروزی:

- Benign Fibrous Histiocytoma (Fibrous Histiocytoma)
- Solitary Fibrous Tumor
- Myofibroma/ Myofibromatosis
- Desmoid-type Fibromatosis
- Oral Focal Mucinosis

۳. ضایعات چربی (Adipose Tissue Lesions):

- Lipoma
- Liposarcoma

۴. ضایعات عروقی (Vascular Lesions):

- Hemangioma
- Vascular Malformations (Capillary, Venous, Arteriovenous Malformations)
- Sturge-Weber Syndrome
- Nasopharyngeal Angiofibroma
- Hemangiopericytoma
- Lymphangioma (Lymphatic Malformations)
- Cystic Hygroma
- angiosarcoma
- Kaposi sarcoma

۵. ضایعات عصبی (Neural Tumors and Lesions):

- Traumatic Neuroma
- Palisaded Encapsulated Neuroma
- Schwannoma (Neurilemoma)
- Neurofibroma
- Neurofibromatosis Type 1 (NF1)
- Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor (MPNST)

۶. ضایعات نوروژنیک و نوروآندوکرین خاص:

- Melanotic Neuroectodermal Tumor of Infancy
- Paraganglioma (Carotid Body Tumor, Glomus Tumors)
- Multiple Endocrine Neoplasia Type 2B (MEN 2B)

۷. ضایعات اختصاصی و نادر:

- Granular Cell Tumor

- Congenital Epulis (Congenital Granular Cell Lesion)
- Ectomesenchymal Chondromyxoid Tumor
- Osseous Choristoma
- Cartilaginous Choristoma

۸. سارکوم‌ها و تومورهای بدخیم بافت نرم:

- Fibrosarcoma
- Undifferentiated Pleomorphic Sarcoma (Malignant Fibrous Histiocytoma سابق) Olfactory Neuroblastoma (Esthesioneuroblastoma)
- alveolar sof part sarcoma
- synovial sarcoma

۹. ضایعات عضلانی:

- رابدومیوما
- رابدومیوسارکوما
- لیومیوما
- لیومیوسارکوما

Fibroma:

◄ مفاهیم معادل:

Irritation Fibroma, Traumatic Fibroma, Focal Fibrous Hyperplasia, Fibrous Nodule

◄ ماهیت:

- ضایعه واکنشی به تحریک مداوم (مثل گاز گرفتن مخاط یا پروتز نامناسب)، نه نئوپلاسمیک

◄ محل شایع:

- مخاط گونه (خط بایت)، لب، زبان، لثه، کام/در زنان و دهه ۶-۴ شایع‌تر/اغلب بدون پایه

◄ ظاهر بالینی:

- توده خوش‌خیم، نرم یا سفت، معمولاً رنگ طبیعی، سطح صاف یا ممکن است هایپرکراتوز باشد

◄ هیستوپاتولوژی:

- بافت همبند متراکم از فیبروبلاست‌ها و کلاژن با آرایش حلقوی، شعاعی و نامنظم، اپی‌تلیوم بدون آتیپی، التهاب خفیف مزمن/فاقد کپسول/پوشیده با اپیتلیوم سنگفرشی مطبق بدون رت ریج

◄ درمان:

- برداشتن ضایعه و حذف عامل تحریک؛ پیش‌آگهی عالی و بدون عود

- ferenaltag یک نوع فیبروم تحریکی درفرنوم لبیال ماگریلا/بدون نیاز به درمان

Giant Cell Fibroma:

◄ ماهیت:

- تومور خوش‌خیم فیبروزی نئوپلاستیک (غیرواکنشی)/خیلی مهمه بدونین مرتبط با تحریک مزمن نیست

◄ سن:

- غالباً 30-۱۰ سال (نوجوانان و جوانان)

◄ محل:

- بیشتر بر روی لثه (فک پایین)، زبان و کام نیز ممکن است

◄ ظاهر:

- توده گنبدی یا پاپیلاری (شبیه پاپیلوم)، کمتر از ۱ cm، معمولاً بدون درد

◄ هیستوپاتولوژی:

- سلول‌های فیبروبلاست بزرگ ستاره‌ای یا دوکی‌شکل (giant fibroblasts)، پوشش اپی‌تلیال نازک، فاقد آتیپی/اپیتلیوم اغلب اتروفیک و نازکدو دارای رت ریج‌های بلند
- یک ضایعه شایع تکاملی retrocuspid papilla که از نظر میکروسکوپی شبیه ژانت سل فیبروماست/روی لثه لینگوال کانین مندیبل/بدون نیاز به درمان/2 طرفه

◄ درمان:

- برداشت جراحی؛ عود بسیار نادر

Epulis Fissuratum:

◄ اصطلاحات دیگر:

Inflammatory Fibrous Hyperplasia, Denture Injury Tumor, Denture Epulis

◄ ماهیت:

- ضایعه واکنشی به پروتز نامناسب در مخاط وستیبول

◄ محل:

- غالبا در فاسیال و قدام/شایع در زنان

◄ هیستوپاتولوژی:

- هایپرپلازی بافت همبند فیبروزه/اپیتلیوم هایپرکراتوتیک با رت ریج های هایپرپلاستیک/گاهی زخم/غدد بزاقی فرعی ناحیه درگیر سیالادنیت مزمن/ارتشاح اماسی مزمن و فولیکول لنفوئیدی و

ائورینوفیل/گاها استئوئید و کندروئید (متاپلازی اسکواموس) ناشی از تحریک مزمن و نباید با سارکوم اشتباه شود

◄ درمان:

● برداشت بافت زائد + اصلاح یا تعویض دنچر

نکات کلیدی آزمون:

گاهی هایپرپلازی پاپیلری اتهابی یا سودواپیتلیوماتوز ضایعه مشابه با شیوع کمتر فیبرواپیتلیال پولیپ در کام سخت در زیر دنچر leaf like denture fibroma

Inflammatory Papillary Hyperplasia:

◄ اصطلاحات دیگر:

Denture Papillomatosis, Palatal Papillomatosis

◄ ماهیت:

● تغییرات پاپیلاری مخاط کام ناشی از تحریک مزمن و یا عفونت کاندیدایی

◄ محل:

● کام (سقف دهان)، غالباً زیر دنچر، به میزان کمتر روی لثه فک پایینو یا روی اپولیس فیشوراتوم/ برجستگی‌های پاپیلاری قرمز یا صورتی/ارتباط با دنچر با فیت نامناسب، بهداشت نامناسب، استفاده 24 ساعته و کمتر کاندیدا

◄ هیستوپاتولوژی:

اپی‌تلیوم پاپیلاری، التهاب مزمن، pseudoepitheliomatous hyperplasia ممکن است گمراه‌کننده باشد.

◄ درمان:

قطع موقت دنچر، درمان ضدقارچ/در موارد پیشرفته برداشت جراحی یا لیزر

نکات کلیدی آزمون:

● در موارد نادر عدم ارتباط با دنچر و در افراد با تنفس دهانی، کام عمیق و یا HIV

Fibrous Histiocytoma (dermatofibroma–sclerosing hemangioma–fibroxanthoma–nodular subepidermal fibrosis):

◄ ماهیت:

● تومور خوش‌خیم با تمایز همزمان فیبروبلاستی و هیستوسیتی، منشأ احتمالاً درم دندروسیتی‌اندام تحتانی که در جوانان بیشتره و بهش میگن درماتوفیبروما

◄ محل شایع:

● کمتر در دهان دیده می‌شود. اگر باشد، اغلب در مخاط گونه یا وستیبول/به ندرت در استخوان

◄ هیستوپاتولوژی:

● سلول‌های دوکی‌شکل (fibroblast) و هیستوسیت در الگوی storiform یا شبیه حصیر (straw mat)/گاها ژانت سل و لنفوسیت، استرومای هیالینیزه یا میکسوئید

◄ درمان/پیش‌آگهی:

● برداشت کامل معمولاً کافی است؛ احتمال عود کم

نکته: بسیاری از نمونه های این ضایعه جدیدا solitary fibrous tumor محسوب میشن.

Solitary Fibrous Tumor:

■ یه توضیح اولش بدم:

● در گذشته، Hemangiopericytoma (HPC) به عنوان یک تومور با منشأ از سلول‌های دور عروقی (Pericytes) شناخته می‌شد، تحقیقات جدیدتر و بازنگری WHOبا پیشرفت ایمونوهیستوشیمی و ژنتیک مولکولی (خصوصاً کشف فیوژن ژن STAT6-NAB2)، مشخص شد که HPC در واقع همان طیف SFT است.

◄ ماهیت:

● تومور خوش‌خیم با الگوی فیبروزی بیشتر در بافت‌های نرم

◄ محل شایع:

● مخاط باکال/عمدتا در بالغین

◄ ظاهر بالینی:

● توده‌ای منفرد عمقی، بدون درد، غالباً خوش‌مرز

◄ هیستوپاتولوژی:

● یک طیف وسیع داره: یک سر طیف شامل HPC که سلول‌های متراکم اطراف کانال های عروقی مفروش بااندوتلیوم/سلول‌ها به صورت نامنظم و هسته گرد تا بیضی/ عروق خونی نمای شاخ گوزن ایجاد میکنه stag horn or snter like. سر دیگر طیف تومورهای شبیه STF با سلول‌های دوکی به صورت دستجات کوتاه یا بدون الگوی خاص (patternless pattern)

● ساختار دوگانه (cellular و hypocellular) در استرومای میگزوئید/ در ناحیه کم سلول باندل کلاژن هیالینیزه/ و عروقی؛ ایمونوهیستوشیمی: CD34 +، Bcl-2 +، STAT+

● تشخیص 4 میتوز یا بیشتر نشان دهنده احتمال رشد سریع یا بروز متاستاز/ وجود نکروز نشانه بدخیمی

۴ ضایعات اپی تلیال

فصل ۱۰ نویل ۲۰۲۴ دکتر سیده فاطمه عسکری

S:F4 V:F4

■ طبقه بندی فصل ۱۰:

● A) ضایعات اپی تلیالی خوش‌خیم (Benignepithelial lesions)

۱. مرتبط با HPV

- Squamous papilloma
- Verruca vulgaris
- Condyloma acuminatum
- (Multifocal epithelial hyperplasia (Heck disease
- Sinonasal papillomas

۲. دیگر ضایعات خوش‌خیم

- Molluscum contagiosum
- Verruciform xanthoma
- Seborrheic keratosis
- Sebaceous hyperplasia

B) ضایعات پیش‌بدخیم / بالقوه بدخیم (Potentially malignant)

◄ ۱. ضایعات سفید / کراتوتیک

- Leukoplakia
- Proliferative verrucous leukoplakia
- Smokeless tobacco keratosis
- Nicotine stomatitis
- Keratoacanthoma

◄ ۲. ضایعات قرمز

- Erythroplakia

◄ ۳. اختلالات با فیبروز / اسکار زیرمخاط

- (Oral submucous fibrosis (OSMF

◄ ۴. ضایعات نور-تاثیرگذار (UV / خورشید)

- Actinic keratosis
- Actinic cheilosis

C) دیسپلازی / پیش‌سرطانی اپیتلیال

- Epithelial dysplasia
- Carcinoma in situ

D) بدخیمی های اپیتلیالی (Malignant epithelial tumors)

◄ ۱. SCC کلاسیک

- Conventional squamous cell carcinoma

◄ ۲. واریانت‌های SCC

- Verrucous carcinoma
- (Spindle cell carcinoma (sarcomatoid
- Basaloid squamous carcinoma
- Papillary squamous cell carcinoma
- Acantholytic squamous cell carcinoma
- Adenosquamous carcinoma

◄ ۳. مناطق خاص

- Carcinoma of maxillary sinus
- Sinonasal undifferentiated carcinoma
- Nasopharyngeal carcinoma
- Basal cell carcinoma
- Merkel cell carcinoma

E) ضایعات پیگمانته / ملانوسیتی

◄ ۱. فیزیولوژیک / واکنشی

- Ephelis (Freckles / کک‌ومک)
- Actinic lentigo
- Lentigo simplex
- Smoker's melanosis

◄ ۲. خوش‌خیم ملانوسیتی

- Melanocytic nevus (junctional / compound / intramucosal / blue nevus)
- Oral melanotic macule
- Oral melanoacanthoma

◄ ۳. سیستمیک / ژنتیک / دارویی

- Melasma
- ضایعات اپی تلیالی خوش خیم مرتبط با (Human papilloma virus)HPV
- HPV ویروسهای DNA دار دو رشته ای خانواده Papillomavirus با تمایل به اپی تلیوم سنگفرشی پوست و مخاط
- عوامل افزایش شیوع عفونت HPV دهانی : مذکر بودن افزایش شرکای جنسی کشیدن سیگار و عفونت HIV / احتمال ارتباط با بیماری لثه و بهداشت نامناسب
- عوامل پایداری عفونت دهانی: نقص سیستم ایمنی، سن بالا، ،سیگار حضور زگیل دستان و Oral sex
- مخاط طبیعی DNA :ویروسی episomal یک مولکول مدور خارج کروموزومی با تعداد نسخه برداری کـم و وجود ویروس در هسته سلولهای بازال . برخلاف آن در ضایعات خوش خیم و پیش بدخیم low grade مرتبط با DNA ، HPV اپی زومال در لایه های مختلف اپی تلیوم با تعداد بالای نسخه برداری / در تعداد بالای اپی زومال DNA ویروس با ژنوم میزبان مخلوط وباعث : بروز انکوپروتئین ها و غیر فعال شدن ژنهای سرکوبگر تومور ، DNA مخلوط شده HPV در بدخیمی و بیش بدخیم high gradeمرتبط با HPV
- (HPV (low risk ۱۱،۶، ۱۳، ۳۲
- (HPV (high risk ۱۶ و ۱۸ و ...
- واکسن های Gardasil علیه ۶، ۱۱، ۱۶، ۱۸ و- cervarix ۱۶ و ۱۸ واکسن در افراد مؤنث و مذکر ۱۱ تا ۱۲ سال
- squamous Papilloma
- تکثیر خوش خیم اپی تلیوم سنگفرشی مطبق به شکل توده ی پاپیلر یا زگیلی توسط HPV
- انواع ۶ و ۱۱ در پاپیلومای دهانی/سطح HPV در ضایعات دهانی بالا اما درمخاط سالم پایین.

◄ روشهای تشخیصی:

- P.C.R /IHC /Insituhybridization

در ۳۰-۵۰سال/ m=f / ،کام ،زبان لب/شایعترین توده بافت نرم کام نرم

◄ پاپیلوما :

- ندولی برجسته نرم بدون درد پایه دار دارای برجستگیهای انگشتی شکل شبیه گل کلم یا زگیل (برجستگی نوک دار یا بدون نوک)

◄ رنگ ضایعه بر حسب کراتینیزاسیون سطحی :

- سفید،قرمز یا طبیعی . منفرد / رشد تا ۰/۵ سانت
- ■ تشخیص افتراقی کلینیکی:
- Verrca Vulgaris.
- Condyloma acuminatum
- Verruciform xanthoma
- Heck) MultiFocal epithelial hyperplasia)
- Giant cell fibroma

◄ بیماریهای پوستی همراه با پاپیلوماتوز:

- Acanthosis nigricans.
- Nevus unis lateris
- Goltz-Gorlin syn) Focal dermal hypoplasia)
- سندرم Down
- سندرم costello

◄ پاپیلوماتوز حنجره (RRP):

- ■ بیماری نادر و خطرناک حنجره و هیپوفارنکس با خشن شدن صدا در اثر درگیری تارهای صوتی)، دو زیر گروه :
- Juvenile onset -۱پاپیلوماهای سریع تکثیر یابنده منجر به انسداد راه هوایی. تاریخچه ای ازابتلا مادر به زگیل ژنیتال (کانال زایمان،جفت،مایع امنیوتیک)
- Adult onset -۲خاصیت تهاجمی کمتر ومنفرد ،درمان محافظه کارانه

◄ میکروسکوپی:

- ■ تکثیر اپی تلیوم سنگفرشی مطبق کراتینیزه به صورت برجستگی انگشتی شکل و مرکزی از بافت همبندی فیبرو واسکولار گاها آماسی /گاهی هایپرپلازی بازیلار و فعالیت میتوزی باعث اشتباه با دیسپلازی خفیف اپیتلیال
- koilocyte ها سلولهای روشن اپی تلیالی تغییریافته توسط ویروس با هسته کوچک تیره در طبقات فوقانی لایه خاردار

◄ درمان:

- جراحی محافظه کارانه همراه برداشت قاعده/ نوع Juvenile تکثیر مداوم منجر به خفگی ومرگ : توسط جراحی مکرر کاهش حجم ضایعه/ رفتار مهاجم HPV ۱۱ .ایجاد SCC از RRP نادر ۱٪با juvenile و ۳-۶٪با adult
- ■ زگیل Verruca Vulgaris" Common wart"

● هایپرپلازی کانونی خوش خیم اپی تلیوم سنگفرشی با عامل ویروسی (HPV) از انواع ۲ و مسری / بندرت در مخاط دهان
● محل شایع پوست دست . در دهان: ورمیلیون ،لب مخاط لبیال و نواحی قدامی زبان
● در کودکان به صورت پاپول یا ندول بدون درد با برجستگی پاپیلری یا سطح زیر سنگریزه ای پایه دار یا بدون پایه
● ضایعات دهانی همیشه سفیدند. ضایعات با رشد سریع و انواع متعدد شایع

شاخ جلدی یا Keratin horn :

■ تجمع بسیار زیاد کراتین ،در وروکا و لگاریس، SCC، سبورئیک کراتوزیس و اکتینیک کراتوزیس

◄ میکروسکوپی:

● تکثیر اپی تلیوم سنگفرشی مطبق هایپرکراتوتیک به صورت برجستگی های انگشتی شکل یا نوک دار به همراه بافت همبندی درمرکز/رت ریجهای بلند به سمت مرکز متقارب(Cupping effect). / کویلوسیت فراوان در لایه دانه دار انکلوزیونهای ویروسی داخل هسته ای ائوزینوفیلیک (حاوی گرانولهای فشرده کراتوهیالن) . سلولهای آماسی مزمن در بافت همبند

◄ درمان:

● اغلب خودبخود /سرما درمانی با نیتروژن مایع جراحی محافظه کارانه یا کورتاژ و استفاده از عوامل کراتینولیتیک مکانیسم سرما درمانی: ایجاد تاول زیر اپی تلیال با جدا شدن اپی تلیوم آلوده از بافت همبند زیرین
● "Condyloma acuminatum" زگیل مقاربتی (Venereal wart)
● تکثیر ناشی از ویروس اپی تلیوم مطبق سنگفرشی آلت تناسلی اطراف مقعد دهان و حنجره . HPV ۶ و ۱۱ / ۱۶ و (در مقعدی)۱۸. عفونت از مادر آلوده قبل از تولد و در زندگی داخل رحمی .
● در نوجوانان درمخاط ،لبیال، کام نرم و فرنوم زبان توده برجسته غیر حساس صورتی بدون پایه و با حدود مشخص با برجستگی سطحی کوتاه بدون نوک /از پاپیلوما بزرگتر

◄ میکروسکوپی:

● تکثیر خوش خیم اپی تلیوم سنگفرشی مطبق اکانتوتیک با برجستگی سطحی پاپیلری با کراتینیزاسیون اندک /برجستگی ها پهن تر و ضخیم ترو نمای کریپتهای مملو از کراتین دیدن Kolocyte به شکل raisin-like (دهانی کمتر از تناسلی)
● گسترش ضایعه و درگیری اپی تلیوم داکتال بزاقی: افتراق از پاپیلومای داکتال بزاقی مهم

◄ درمان:

● جراحی محافظه کارانه ، لیزر. درمان الزامی چون مسری . آنوژنیتال همراه با بدخیمی SCC ولی در دهانی گزارش نشده

(Multi Focal epithelial hyperplasia(Heck disease"
● تکثیر موضعی اپی تلیوم سنگفرشی دهان با عامل(۱۳-۳۲) HPV

◄ عوامل مستعد کننده:

● همراهی با 4HLA-DR . (استعداد ژنتیکی) /وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین - زندگی در محیط شلوغ ـ بهداشت ضعیف سوء تغذیه - عفونت HIV
معمولاً دوران کودکی مخاط لبیال، باکال، لینگوال پاپولهای متعدد نرم غیر حساس، گرد یا پهن که به صورت دستجاتی با رنگ مخاط طبیعی / گاهاپراکنده ،رنگ پریده و ندرتاً سفید

دو فرم کلینیکی اصلی :

● Papulonodular پاپولها و ندولهای صورتی با سطح صاف و تمایل به مخاط باکال؛ لبیال و commisure papillomatous: ندولهای سنگریزه ای (pebbly) سفید تا صورتی کم رنگ در زبان و لثه چسبنده

◄ میکروسکوپی:

● آکانتوز ناگهانی(abrupt) رتریج ها(hallmark) در عمق رت ریجهای بافت طبیعی بوده وگسترش به سمت بالا و پهن و متقاطع و چماقی شکل / کویلوسیتها وجود سلولهای میتوزوئید (هسته تغییر شکل یافته شبیه به اشکال میتوتیک)
● درمان جراحی محافظه کارانه پسرفت خود بخود/ بدون تمایل به عود و بدخیمی
● "Sinonasal Papiloma" پاپیلومای بینی سینوسی
● تکثیر موضعی و خوش خیم مخاط تنفسی

◄ هیستومورفولوژی سه نوع :

■ (هر نوع چندین اسم داره همشون مهمه)

۱- قارچی شکل Fungiform
۲- معکوس Inverted
۳- استوانه ای Cylindrical cell

◄ ضایعات با نمای inverted و cylindrical همزمان :

● mixed یا hybrid
● پاپیلومای سنگفرشی کراتینیزه شبیه انواع دهانی بندرت در وستیبول بینی /نیمی از پاپیلوماها از دیواره طرفی بینی .همگی ضایعات در مردان و در ۵۰-۲۰ سال و علائم انسدادی خونریزی و درد شایع
● عوامل اتیولوژیک احتمالی : آلرژی - سینوزیت، پولیپ بینی - آلوده کنندگان معلق در هوا مصرف تنباکوو حلال الی

◄ پاپیلومای قارچی شکل (Septal، سنگفرشی (exophytic :

● شبیه پاپیلومای سنگفرشی دهان اما مهاجم تر انواع ۶ و ۱۱ HPV . قوی ترین ارتباط با HPV نسبت به دو فرم دیگر)فقط در دیواره بینی به صورت ندول صورتی یا کرم با قاعده پهن و برجستگیهای سطحی پاپیلری و زگیلی