

گزارش یک مورد تأخیر رویش دندان مولر اول دائمی ماگزایلا ناشی از ادنتوم کمپلکس

دکتر علی صالحی راد^۱

خلاصه

ادنتوم یک تومور ادنتوژنیک غیر مهاجم با رشدی آهسته می‌باشد که از مینا، عاج، سمنتوم و نسج پالپ تشکیل شده است. ادنتوم کمپلکس از انساج نامنظم ادنتوژنیک تشکیل شده است و از لحاظ مورفولوژی به دندان‌ها شباهت ندارد. در این مقاله یک مورد نادر ادنتوم کمپلکس در پسر بچه‌ای ده ساله گزارش می‌شود که سبب تأخیر در رویش دندان مولر اول دائمی ماگزایلا، حجیم شدگی (Expansion) استخوان آلوئل ناحیه بوکال و تورم لثه‌ای پالاتال دندان مذکور شده بود. پس از مشاوره ارتودنسی و با توجه به رادیوگرافی‌های این دندان، تصمیم به خارج کردن دندان مذکور به علت ابتلاء به ادنتوم کمپلکس گرفته شد. در طی تکنیک دقیق خارج کردن دندان مذکور، فقط یک توده بی‌قاعده از نسج سخت که روی تاج مولر اول دائمی ماگزایلا را پوشانده بود، جدا گردید. در این مرحله خارج کردن دندان مذکور منتفی شد. بررسی بافت‌شناسی این نسج سخت تشخیص ادنتوم کمپلکس را قطعی نمود. بعد از سه ماه، بهبودی کامل تورم و رویش کامل دندان مذکور تا سطح جونده مشاهده شد.

واژه‌های کلیدی: ادنتوم کمپلکس، ادنتوم، مولر اول دائمی، تأخیر رویش

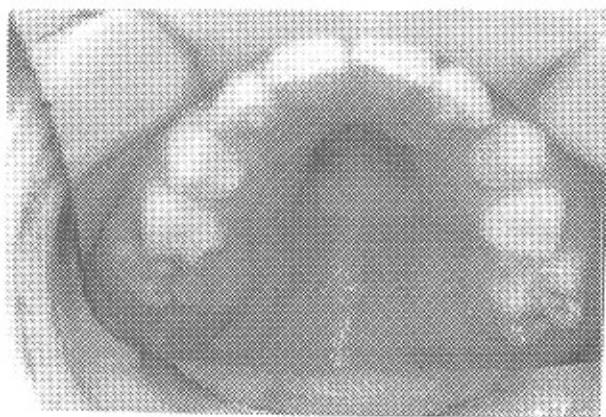
مقدمه

در حین درمان است. از این نظر گزارش مورد حاضر که مورد ملاحظه و اقدام درمانی نویسنده قرار گرفته است به روشن شدن مسئله کمک می نماید.

گزارش مورد

پسر بچه ده ساله‌ای به علت تأخیر رویش دندان مولر اول دایمی سمت راست ماگزایلا توام با کاسپ غیر طبیعی به بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی گلاسکو - انگلستان معرفی گردیده بود.

از لحاظ کلینیکی این دندان نیمه روئیده (بک سوم تاج قابل رویت بود) و همراه با حجیم شدگی استخوان آلوئل ناحیه با کال بود (شکل ۱). همچنین تورمی نیز در ناحیه پالاتال این دندان دیده می شد که لته ملتیمی آن را پوشانده بود. تورم مزبور، صورتی رنگ، سفت و هنگام لمس غیر حساس بود. شروع تورم و مدت آن نیز مشخص نبود.



شکل ۱: نمای کلینیکیال دندان نیمه روئیده، مولر اول دایمی سمت راست ماگزایلا توام با کاسپ غیر طبیعی در پسر بچه ۱۰ ساله

از لحاظ تاریخچه پزشکی نیز بیمار مشکل خاصی به جز تب یونجه (Hay fever) نداشت. بیمار دارای مال اکلوژن Class III بود. دندان‌های لترال سمت چپ و راست ماگزایلا مبتلا به Dens Invaginatus بودند ولی به تست‌های حیاتی (Vitality tests) به صورت مثبتی پاسخ می دادند و با فیشورسیلانت، در جلسه اول ترمیم شدند. هیچ تاریخچه‌ای از تروما به ناحیه دهان وجود نداشت.

گر چه کلیشه‌های رادیوگرافی پری اپیکال (شکل ۲)، اکلوژال و پانورامیک ناحیه مذکور، نمای رادیوپاک غیر طبیعی تاج دندان مولر اول دائمی سمت راست ماگزایلا را نشان می دادند

ادنتوم (Odontome) یک تومور ادنتوژنیک غیرمهاجم با رشدی آهسته می باشد که از مینا، عاج، سمنتوم و نسج پالپ تشکیل شده است (۱،۷). ادنتوم‌ها ۲۲٪ تومورهای ادنتوژنیک فکین را تشکیل می دهند (۱). در مورد محل شیوع تشکیل ادنتوم‌ها، اتفاق نظر وجود ندارد و بر حسب مطالعات مختلف، ممکن است ادنتوم (کمپلکس و کمپاند) به میزان یکسان در مندیبل و ماگزایلا دیده شده و یا در ماگزایلا شیوع بیشتری داشته باشد (۲،۱۰،۱۶).

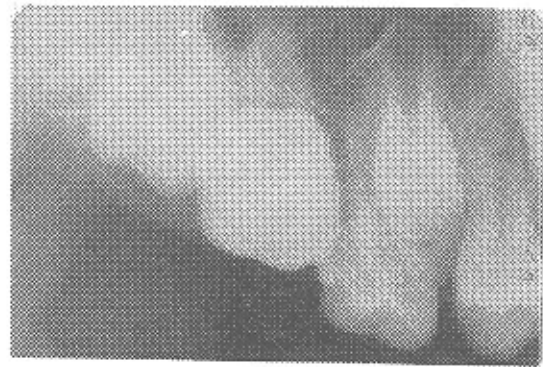
ادنتوم‌ها به دو نوع کمپاند (compound) و کمپلکس (complex) تقسیم می شوند که تقریباً شیوع یکسانی دارند (۱۰). ادنتوم‌های کمپاند که اغلب در قسمت‌های قدامی ماگزایلا مشاهده می شوند، از انساج دندان‌های تشکیل شده و از لحاظ مورفولوژی به دندان‌ها شباهت دارند (۱۰). این ادنتوم‌ها با جنسیت فرد ارتباط خاصی ندارند (۱۷). ادنتوم‌های کمپلکس از انساج نامنظم ادنتوژنیک تشکیل شده و از لحاظ مورفولوژی به دندان‌ها شباهت ندارند. این ادنتوم‌ها بیشتر در زنان (۱۷) و غالباً در نواحی مولر فکین مشاهده می شوند (۱۰).

ادنتوم‌ها از رشد سلول‌های اپی تلیال و مزانشیم به وجود آمده و در طی روند دیفرانسیاسیون کامل بافتی، به آمبولاست‌ها و ادنتوبلاست‌های فانکشنال تبدیل می شوند. از آنجا که ارگانیزاسیون سلول‌های ادنتوژنیک به مرحله طبیعی مورفودیفرانسیاسیون نمی رسد در نتیجه این سلول‌ها، مینا و عاج را به صورت غیر طبیعی می سازند (۱۳). اگر چه ترومای موضعی، عفونت و عوامل ژنتیکی به عنوان عوامل اتیولوژیک پیشنهاد گردیده اند ولی علل اتیولوژیک قطعی ادنتوم‌ها شناخته شده نیستند (۸،۱۱).

نمای رادیوگرافیک ادنتوم کمپلکس به صورت یک توده رادیوپاک مشخص است که توسط یک نوار باریک رادیولوست مشخص خارجی احاطه می شود. به طور کلی ظهور اولیه ادنتوم‌ها به صورت یک توده رادیولوست است و در مرحله بینابینی تظاهر رادیوگرافی آن به صورت توده مخلوط رادیولوست - رادیوپاک و ادنتوم‌های بالغ شده به صورت توده رادیوپاک می باشد. در مرحله نهایی شکل‌گیری، ادنتوم‌های کمپاند، ساختمانی شبیه دندان می یابند در حالی که ادنتوم‌های کمپلکس به صورت توده‌های رادیوپاک و بدون شکل مشخصی می باشند (۱۸).

تشخیص اولیه ادنتوم در همه موارد از طریق نماهای رادیوگرافی به آسانی ممکن نیست و گاه نیاز به دقت و تأمل بیشتر

اما متأسفانه به تشخیص کامل کمک نمی‌کردند.



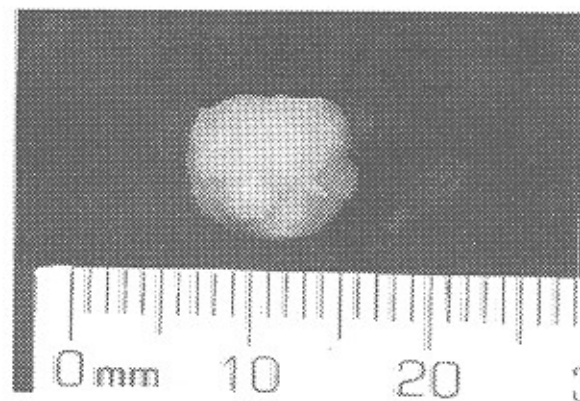
شکل ۲: کلیشه رادیوگرافی پری اپریکال نشان‌دهنده نمای رادیوپاکی غیر طبیعی تاج دندان مولر اول دایمی سمت راست ماگزینا

تشخیص اولیه مبتنی بر وجود ادنتوم دندان مولر اول دائمی و یا دیستودنس داده شد. بعد از مشاوره ارتدنتسی تصمیم به خارج

کردن دندان‌های $\begin{array}{c|c} 6E, 4 & 4, E \\ \hline E, 4 & 4, E \end{array}$ گرفته شد.

دندان‌های $\begin{array}{c|c} E, 4 & 4, E \\ \hline E, 4 & 4, E \end{array}$ تحت بی‌حسی موضعی در چهار جلسه

مختلف خارج شدند. یک ماه بعد بیمار جهت خارج کردن دندان مولر اول دائمی سمت راست ماگزینا با استفاده از بی‌حسی موضعی مراجعه نمود. در طی تکنیک دقیق خارج کردن دندان مربوطه، فقط یک توده بی‌قاعده از نسج سخت که روی تاج مولر را پوشانده بود جدا گردید (شکل ۳).

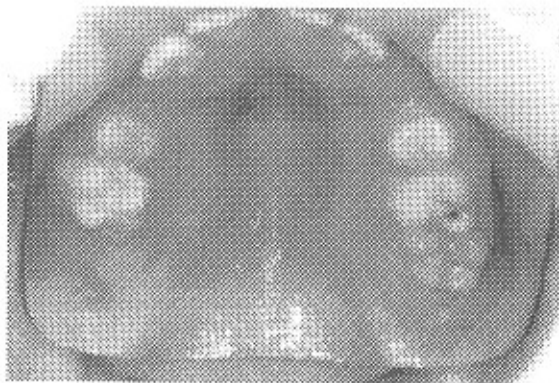


شکل ۳: توده بی‌قاعده نسج سخت بعد از جدا شدن از تاج دندان مولر اول دایمی سمت راست ماگزینا

در این مرحله تصمیم به خارج کردن دندان مولر اول دائمی

سمت راست ماگزینا منتفی شد. سپس این توده بی‌قاعده جهت انجام بررسی هیستوپاتولوژیک ارسال شد. بررسی بافت‌شناسی مشخص کرد که این نسج سخت (به ابعاد $7 \times 5 \times 4$ mm) یک ادنتوم کمپلکس است. نتیجه بافت‌شناسی همچنین وجود رشد باکتریال بر روی سطح این نسج سخت را به همراه انفیلتراسیون سلول‌های التهابی نشان می‌داد.

بعد از یک ماه، معاینه دهانی نشان دهنده بهبودی تورم و التهاب پالاتال همراه با رشد بیشتر دندان مولر اول دائمی سمت راست ماگزینا بود. بعد از سه ماه، بهبودی کامل تورم و رویش کامل تر دندان مذکور تا سطح جوئنده مشاهده شد. درمان فیشور سیلانت بلافاصله برای این دندان انجام گردید (شکل ۴).



شکل ۴: بهبودی کامل تورم و رویش کامل تر دندان مولر اول دایمی تا سطح جوئنده بعد از گذشت سه ماه از خارج کردن توده بی‌قاعده نسج سخت

بحث

ادنتوم‌ها غالباً بدون علامت بوده و بیشتر اوقات کشف نشده باقی می‌ماند (۶). ادنتوم‌ها غالباً در دهه‌های اول و دوم زندگی در طی بررسی‌های رادیوگرافیک معمول یافت می‌شوند (۱۰). علائم رایج همراه ادنتوم‌ها، دندان نهفته یا رویش نیافته، دندان شیری پیش از حد باقی مانده و یا تورم ناحیه‌ای می‌باشند (۹، ۱۲). علائم و نشانه‌های نادر دیگر این ضایعه عبارت از: درد، عفونی شدن و در نتیجه حجیم شدن استخوان آلوئل (Expansion)، مال اکلوژن و جابه‌جایی دندان‌ها می‌باشند (۳، ۵).

ادنتوم دارای پتانسیل رشد محدودی می‌باشد و در نتیجه در مراحل متعدد و مختلف تکامل دندان می‌تواند منجر به تغییر کبستیک و سبب اختلال در رویش دندان‌های دائمی و یا سبب تخریب قابل ملاحظه استخوان شود، لذا لازم است بعد از تشخیص اقدام به خارج کردن آن نمود (۴).

ارتودنسی را مشکل‌تر و طولانی‌تر می‌ساخت. احتمالاً علت التهاب سلولی، پلاک باکتریال و عدم امکان بیمار برای تمیز نگه داشتن ناحیه بوده است. گزارش پاتولوژی تشخیص ادنتوم کمپلکس را که از پلاک باکتریال و سلول‌های التهابی حاد پوشیده شده بود قطعی نمود. گزارش این مورد، اهمیت اقدام درمانی دقیق و با احتیاط و غیر رادیکال را در این قبیل موارد نشان می‌دهد (۱۴).

از آنجا که حضور ادنتوم به ندرت همراه حجیم‌شدگی، انبساط استخوان آلوئل و نیز جابه‌جایی دندان‌ها می‌باشد، گزارش این مورد به عنوان مورد غیر طبیعی با ارزش می‌باشد (۳). از آنجا که مورد گزارش شده به لحاظ بالینی و رادیولوژیک به راحتی قابل تشخیص نبود لزوم برخورد دقیق و محتاطانه‌ای را به لحاظ درمانی ایجاب می‌نمود (۱۵)، علی‌الخصوص این‌که چندین دندان جهت کشیدن برای درمان ارتودنسی نیز توصیه شده بود. مطمئناً از دست دندان مولر اول سمت راست ماگزبلا درمان

Summary

A Case Report of Delayed Eruption of a Permanent Molar Tooth Associated with A Complex Odontome

A. Salehi Rad, DDS, MS¹

1. Assistant Professor of Pediatric Dentistry, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

An odontoma is a slow growing and non-aggressive odontogenic tumor composed of enamel, dentin, cementum and pulp tissue. Complex odontomas comprise of an unorganized mass of odontogenic tissues, morphologically not resembling the normal teeth. In this report, a case of rare odontoma in a ten-years-old boy that caused delayed eruption of a maxillary right first permanent molar, buccal expansion of the alveolar plate and a swelling on the palatal surface of this tooth is presented. After consultation with the department of orthodontics and regarding the radiographs of the area, it was decided to extract the tooth. During careful extraction of the tooth just an irregular overlying mass of hard tissue was removed. At this stage, no attempt was made to completely extract mentioned tooth. Histological examination revealed that the hard tissue was a complex odontoma. 3 months follow-up resulted in complete resolution of the swelling and eruption of the tooth which reached to the occlusal plane.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2001; 8(4): 239-243.

Key words: Complex odontoma, Odontoma, First permanent molar, Delayed eruption

References:

1. Bhaskar SN: Odontogenic tumors of jaws. In: Bhaskar SN(Ed.), Synopsis of oral pathology. St. Louis, C.V. Mosby Company, 1997; PP272-4.
2. Budnick SD. Compound and complex odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976; 42(4): 501-506.
3. Castro GW, Houston G and Weyrauch C. Peripheral odontoma: report of case and review of the literature. *ASDC J Dent Child* 1994; 61(3): 209-213.
4. Claude S. La Dow. Surgical aspects of oral tumors. In: Kruger GO (Ed.), Textbook of oral surgery. St. Louise, C. V. Mosby Company, 1984; PP644-5.
5. Curreri RC, Messer EJ and Abramson AL. Complex odontoma of the maxillary sinus: report of case. *J Oral Surg* 1975; 33(1): 45-48.
6. Gorline RJ *et al.* Odontogenic tumors; Classification histopathology and clinical behavior in man domestic animals.

- Cancer* 1961; 14: 73-101.
7. Gorline RJ and Goldman HM: Thomas oral pathology. 6th ed., St. Louis, C. V. Mosby Company, 1970; PP467-501.
 8. Hitchin AD. The aetiology of the calcified composite odontomes. *Br Dent J* 1971; 130(11): 475-482.
 9. Mintz SM and Pasqual HN. Complex odontoma of maxilla with impaction. *Oral Surg* 1964; 8: 157-161.
 10. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral and Maxillofacial Pathology. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1995; 531-533.
 11. Pindborg JJ, Kramer IRH and Torloni H. Histological typing of odontogenic tumors, jaw cysts and allied lesions. 1st ed., Geneva: *World Health Organization* 1971; p30.
 12. Schreiber LK. Bilateral odontomas preventing eruption of maxillary central incisors: report of a case. *Oral Surg* 1963; 16: 503-507.
 13. Shafer WG, Hime MK and Levy BM. Cysts and tumors of odontogenic origin. In: Shafer WG, Him MK and Levy BM (Eds.), textbook of oral pathology. 4th ed., Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1983; PP306-310.
 14. Shulman ER and Corio RL. Delayed eruption associated with an odontoma. *ASDC J Dent Child* 1987; 54(3): 205-207.
 15. Thwaites MS and Camacho JL. Complex odontoma: report of a case. *ASDC J Dent Child* 1987; 54(4): 286-288.
 16. Toretti EF, Miller AS and Peezick B. Odontomas: an analysis of 167 cases. *J Pedod* 1984; 8(3): 282-284.
 17. Wilbur JL. The odontoma: study and discussion. *J Balt Coll Dent Surg* 1973; 28(1): 36-41.
 18. Wood NK and Goaze PW: Differential diagnosis of oral lesions. 2nd ed., St Louis, The C. V. Mosby Co., 1980; 504-505.