

گزارش یک مورد از هیپرپلازی یکطرفه زائده کرونوئید با ایجاد آسیمتری صورت و

محدودیت حرکتی فک تحتانی

دکتر عطاء.. حبیبی *

استادیار گروه جراحی دهان و فک صورت دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر افشین جراحی

استادیار گروه جراحی دهان و فک صورت دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر برات.. شبان

استادیار گروه جراحی دهان و فک صورت دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

چکیده

مقدمه

هیپرپلازی زائده کرونوئید فک تحتانی نادر بوده و ممکن است یکطرفه یا دوطرفه باشد. اغلب اوقات رشد غیر معمول کرونوئید یکطرفه بعلت استئوکندروما یا استئوما ایجاد می‌گردد. هدف از گزارش مورد، غیر معمول بودن جایگاه ضایعه و نادر بودن آن است.

یافته‌ها

هیپرپلازی زائده کرونوئید باعث محدودیت حرکتی فک، آسیمتری صورت، خوردگی و شکستگی قوس زایگومای طرف مبتلا گردیده است. بیمار مورد معرفی تحت بیهوشی عمومی و کرونوئیدکتومی از طریق داخل دهانی جراحی گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

در نتیجه هیپرپلازی زائده کرونوئید و ایجاد محدودیت حرکتی فک تحتانی، یکی از تشخیص‌های افتراقی محدودیت حرکتی فک محسوب می‌گردد. درمان هیپرپلازی کرونوئید شامل برداشتن جراحی زائده کرونوئید بزرگ شده که معمولاً از طریق داخل دهانی انجام می‌شود، می‌باشد تا محدودیت حرکتی فک برطرف گردد. کلیشه‌های پرتو نگاری رایج قادر به تشخیص برجستگی قارچی شکل هیپرپلازی شده کرونوئید نیست بنابراین رادیوگرافی سی تی اسکن و توموگرافی پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها

هیپرپلازی زائده کرونوئید، استئوکندروما، کرونوئید کتومی.

Unilateral coronoid process hyperplasia causing restricted opening of the mandible and facial asymmetry-Report of a case

Habibi A*. DDS, OMFS

Assistant professor, Dept. of Oral& Maxillofacial Surgery ,Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Haraji A. DDS,OMFS

Assistant professor, Dept. of Oral& Maxillofacial Surgery ,Dental School, Mashhad University of Medical Sciences , Mashhad, Iran

Shaban B. DDS, OMFS

Assistant professor, Dept. of Oral& Maxillofacial Surgery, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Introduction

Hyperplasia of the coronoid process of the mandible is a rare developmental anomaly and may be unilateral or bilateral.

Unilateral enlargement of the coronoid process can result from a true tumor, such as an osteochondroma or osteoma.

The purpose of this case report is its abnormal sites as well as rarity.

Results and discussion

An enlarged coronoid process impinging on the posterior surface of the zygoma restricting mandibular opening and facial asymmetry and fracture of zygomatic arch was detected.

Coronoidectomy was done for the patient under general anesthesia via an intraoral approach.

Conclusion

One of the differential diagnosis of restricted mandibular opening is coronoid process hyperplasia. Treatment of coronoid hyperplasia consists of surgical removal of the

enlarged coronoid process or processes to allow freedom of mandibular motion. Coronoidectomy is usually accomplished via an intraoral approach.

Conventional radiographic techniques do not fully reveal the size and mushroom-shaped coronoid process, so CT scanning and tomography is suggested.

Key words: Coronoid process hyperplasia , osteochondroma, coronoidectomy

* Corresponding Author

مقدمه

می‌تواند از نسج همبند پره کارتیلاژنوز یا از بقایای ذره ای غضروف به وجود آید. هدف از گزارش نمونه ما، غیر معمول بودن این تومور در جایگاه کروئوئید و نادر بودن آن است. منابع بقایای غضروفی در فک تحتانی، نواحی چانه ای - سمفیز - زائده کروئوئید و کنذیل می‌باشد. بنابراین کنذرومای فک تحتانی از نواحی ذکر شده فوق به وجود می‌آید (۱۶).

گزارش مورد

آقای الف - پ ۲۴ ساله با توده ای متحرک در طرف چپ صورت قوس زایگوما بر جسته با محدودیت در باز نمودن دهان و آسیمتری صورت به کلینیک جراحی دهان و فک و صورت مراجعه نمود. در بررسی های اولیه، باز نمودن دهان همراه با انحراف شدید به طرف راست فک تحتانی بوده و ضمن باز نمودن دهان در لمس توده ای متحرک و بزرگ در زیر قوس زایگوما همراه با توسعه خوردگی قوس از داخل و برجستگی در ناحیه خارجی و مشکل حرکت و گردش فک در طرف چپ وجود داشت.



تصویر ۱: بیمار مورد گزارش دارای آسیمتری و برجستگی زایگوما و محدودیت در باز نمودن دهان دارد.

باز نمودن دهان و حرکت توده با کریپتاسیون و درد همراه بود. تمام آزمایشات روتین و تاریخچه پزشکی بیمار نرمال گزارش گردید. در رادیوگرافی پانورکس و واترز و ساب منتوورتکس (S.M.V) توده ای مختلط (لوسنس و اپک) در امتداد زائده کروئوئید مشاهده گردید.

اولین بار هیپرپلازی زائده کروئوئید توسط Ginested و همکارانش در سال ۱۹۵۷ گزارش گردید (۱) نمونه‌های هیپرپلازی زائده کروئوئید یکطرفه و دو طرفه در مقالات گوناگون گزارش شده است.

در حالی که هر دو نمونه نادر می‌باشند و تا بحال حدود ۴۰ مورد بیشتر گزارش نشده است. نمونه های یکطرفه نادرتر از دو طرفه گزارش گردیده است (۲). هیپرپلازی یکطرفه، با آمارهای ارائه شده توسط مقالات در خانمها بیشتر است و ابتلاء استخوان کروئوئید توسط تغییرات کنذروماتوز رخ می‌دهد. این در حالی است که نمونه های دو طرفه از نظر تغییرات استخوانی نرمال گزارش شده اند (۸,۷,۶,۵,۴,۱,۳).

هیپرپلازی دو طرفه کروئوئید بطور ثانوی با محدودیت حرکتی فک تحتانی توأم بوده و با ادامه رشد کروئوئید در خلف زایگوما باعث آسیمتری صورت می‌شود (۹,۱۰). فیزیوپاتولوژیک هیپرپلازی کروئوئید هنوز مورد بررسی است ولی مبدأ تعدادی از مکانیسمها در مورد رشد غیر نرمال کروئوئید به ثبت رسیده است (۱ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۳). بررسی الکترومیوگرافی از عضلات جونده بیماران مبتلا به هیپرپلازی کروئوئید تا به حال نرمال گزارش شده است (۳).

Besling و Vanhoof پنج مورد هیپر پلازی دو طرفه کروئوئید را از یک خانواده گزارش نموده اند. Arnet, Yamashita ترسیموس را در سندروم Pseudocomptodactyly که مبتلا به هیپرپلازی کروئوئید بودند را گزارش نمودند (۱۳). تمام این بیماران دارای کوتاهی عضلات بودند. با توجه به گزارشات فوق، بیماران در سن رشد، وراثت و تغییرات هورمونی می‌توانند از عوامل هیپرپلازی کروئوئید باشند.

تعدادی از بیماران مبتلا، سابقه ضربه به ناحیه زایگوما را ذکر می‌نمایند. به هر ترتیب هیپرپلازی نئوپلاستیک سر کروئوئید و افتراق آن در نتیجه تراما را نمی‌توان از هم تشخیص داد (۱۴). زیرا هیپرپلازی نئوپلاستیک سر کروئوئید یا استئوکنذروما (۱۵) تومور نادری است که کلاً از غضروف بالغ تشکیل شده است. این تومور

توده برجسته متحرک سر کرونوئید در رزکسیون به شکل قارچ بوده و ابعادی که در رادیوگرافی نشان داده نمی شد به علت غضروفی بودن ناحیه بود. در رزکسیون مشکل جدا نمودن توده قارچی در زیر قوس زایگوما وجود داشت. در بررسی پاتولوژیک ضایعه هیپرپلازی استخوانی توده برداشته شده تایید گردیده است.

بحث و نتیجه

تومورهای کندروژنیک حتی اگر از نظر بافت شناسی خوش خیم هم باشند باید به دقت مورد ارزیابی و درمان قرار گیرند. زیرا این تومورها در برابر رادیوتراپی مقاوم بوده و توصیه می گردد یک سانتیمتر از بافت سالم استخوانی به عنوان مارژین مطمئن از اطراف تومور برداشته شود. زیرا تقریباً در گذشته تعدادی از آنها به صورت کندروسارکوما درآمده اند (۱۷) هیپر پلازی کرونوئید از موارد نادر بوده و باعث محدودیت حرکتی فک تحتانی می شود. اتیولوژی نامعلوم دارد. نسبت ابتلا مرد به زن پنج به یک است. علت عارض شدن جوانان به این ضایعه و هیپر پلازی سر کرونوئید تغییرات هورمونی پیشنهاد شده است (۵). هیپر پلازی دوطرفه پنج برابر بیشتر از هیپرپلازی یکطرفه گزارش شده است. هیپر پلازی یکطرفه از تومورهای واقعی مشابه استئوما و استئوکندروما سرچشمه می گیرد و باید از هیپر پلازی خالص سر کرونوئید تفکیک شود (۵)

چون زائده کرونوئید در زیر قوس زایگوما Superimpose می شود بنابراین رادیوگرافی های سی تی اسکن و توموگرافی بر رادیوگرافیهای معمول و رایج جهت تشخیص هیپرپلازی ارجحیت دارد (۱۷).

مورد گزارش شده ما از ابعاد گوناگون با بررسی مقاله Giovanni (۱۶) در سال ۱۹۹۷ مطابقت کامل دارد. از اعضاء یک خانواده، پنج مورد هیپرپلازی دو طرفه کرونوئید گزارش شده است. (۱۸)



تصویر ۲: رادیوگرافی واترز، کرونوئید طرف چپ را به صورت هیپرپلازی و اکسپانسیون استخوان گونه و شکستن قوس زایگوما را در یک نقطه از داخل را نشان می دهد.

استخوان زایگوما در یک نقطه دچار شکستگی گردیده بود. در بررسی رادیوگرافیک و کلینیکی طولیل شدن و تغییر شکل کرونوئید تایید و بیمار با خصوصیات فوق تحت بیهوشی عمومی رزکسیون کرونوئید سمت چپ فک از طریق داخل دهانی انجام شد.



تصویر ۳: بیمار پس از عمل و اندازه جراحی شده کرونوئید مشاهده می گردد.



تصویر ۴: جراحی کرونوئید به صورت کرونوئید کتومی به اندازه ۴ سانتیمتر مشاهده می گردد.

منابع

1. Ginestet G, Dupuis A, Merrille L, Guerin J, Dondey PL. Constriction des mashiors drigine coronoido-malaire Revue de stomatal. 1957; 58:233-37.
2. Giacomozzi D. Bilateral Enlargement of the mandibular coronoid process: Review of the literature and report of case. J Oral Maxillofac Surg 1986; 44: 728-31
3. Allison ML, Wallace WR, wyl H. coronoid abnormalities causing limitation of mandibular movement . J Oral Surg 1969; 27:229-238
4. Lyon LZ, sarnat BG. Limited opening of The mouth Caused by enlarged coronoid process. J Am Dent Assoc 1963;67:644-50
5. Neville BW, Damm DD, Bouquot JE. oral & Maxillofacial Pathology. 2nd Ed. Philadelphia: W.B. Sanders Co; 2002. p.16
6. Nickerson JW, Grafft NL, sarzima HJ. Bilateral Coronoid Process enlargement. J Oral Surg 1969; 27:885-90
7. Vander vijver LM. Eenzeldzame oorzaak van beperking van de mondopeninig : de ziekte von o. Jacobs. Acta Stomatol Belg 1962;59:187-93
8. Van zile WM, Johnson EB. Bilateral coronoid process exostoses simulating partial ankylosis of the temporomandiblar goint. J Oral Surg. 1957;15: 72-7
9. York BV, Corkerham S. Bilateral hyperlasia of the coronoid processes in siblings. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1983; 56:584-85.
10. Kreutz RW, Sanders B. Bilateral cronoid hyperplasia resulting in Severe limitation of mandibular movment. Report of a Case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol .1985; 60: 482-84
11. Shira RB, Lister RL. Limited mandibular movement due to enlargement of the coronoid Process. J Oral Surg1958;16:183-91
12. Tucker MR, Gvilford WB, Howard CV. Coronoid Process hyperplasia Causing restricted opening and facial asymmetry. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1984; 58: 130-32
13. Yamashita DDR, Arnet GF. Trismus peseudocamptodactyly syndrome. J Oral Surg 1980;38:625-30
14. james RB, Alexander RW, Traver JG. osteochondroma of The mandibular Coronoid Process . Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1974; 37: 189-195
15. Cooper JC, Finch LD. coronoid osteochdroma presenting as a corono-zygomatic ankylosis. Br Dent J 1974; 123: 99-101
16. Gerbino G, Bianchi SD, Bernardi M. Hyperplasia of the Mandibular Coronoid Process: Long-term follow – up after Coronoidotomy. J Cranio – Maxillofac Surg 1997; 25: 169-73
17. Shafer A. Textbook of oral pathology , 4th ed. Philadelphia: W.B. Sanders Co; 1983. p.162
18. Van Hoof RG, Besling W T. coronoid process enlargement. Br j Oral Surg 1973;10:339-48.