

ادونتودیسپلازی ژنرالیزه: گزارش مورد

احسان وثوقی*، محمد علی صالحیان**

* دستیار تخصصی گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۹۴/۹/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۱۸

Generalized Odontodysplasia; A Case Report

Ehsan Vosoughii*, MohammadAli Salehian**

* Postgraduate Student, Dept of Oral Medicine, School of Dentistry, Zahedan University of Medical of Sciences, Zahedan, Iran.

Received: 20 December 2015 ; Accepted: 7 June 2016

Introduction: Odontodysplasia is a localized, non-hereditary, developmental abnormality, affecting tooth enamel, dentin, and dental pulp. Different factors are involved in the development of this abnormality, including vascular lesions. Odontodysplasia is most frequently observed in the anterior maxilla among females and usually involves less than two maxillary quadrants.

Case report: Herein, we present the case of a 15-year-old female patient, seeking treatment due to lack of tooth eruption in the jaws at the Department of Oral Medicine, Zahedan School of Dentistry in 2015. Dental examination of the upper jaw showed partial eruption in the right and left central incisors, whereas the second deciduous molars were still unerupted; also, other teeth in the upper jaw showed no eruption. The panoramic radiography showed ghost teeth with a large pulp chamber and an open apex. Moreover, pulp stones were observed in some mandibular teeth; many impacted teeth were reported in the radiography, as well.

Conclusion: Similar to other previous studies, the current report presented a case of generalized odontodysplasia in a female patient; however, in contrast to previous reports, both jaws were involved in our patient. Unfortunately, there is no consensus regarding the best treatment option for these patients.

Key words: Generalized odontodysplasia, ghost teeth, odontodysplasia.

Corresponding Author: Ali.salehian59@yahoo.com

J Mash Dent Sch 2017; 40(4): 397-402.

چکیده

مقدمه: ادونتودیسپلازی ضایعه موضعی غیر ارثی و تکاملی است که مینا، عاج و پالپ دندانی را متاثر می‌سازد. علل متفاوتی در ایجاد این ضایعه ذکر شده است که مهمترین آنها ضایعات عروقی است. این ضایعه در قدام ماگزایلا و جنس مونث فراوان تر است و معمولاً کمتر از دو کوادرنانت را درگیر می‌کند.

گزارش مورد: بیمار دختر خانمی ۱۵ ساله که به علت عدم رویش دندان‌های هر دو فک به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده بود. در معاینه دندان‌ها در فک بالا تنها دندان‌های سانترال راست و چپ مختصری رویش داشتند و دندان‌های مولر دوم شیری هنوز باقی مانده بودند سایر دندان‌ها در فک بالا رویش نیافته بودند. در کلیشه گرافی پانورامیک به عمل آمده از بیمار دندان‌ها شبیحی شکل بود و دارای پالپ چمبر بزرگ و اپکس باز بود. همچنین سنگ پالپی در برخی دندان‌های فک پایین دیده شد. دندان‌های نهفته زیاد در گرافی مشاهده شد.

نتیجه گیری: این مطالعه یک مورد دیگر از ادونتودیسپلازی جنرالیزه را نشان داد که مشابه با مطالعات قبل در جنس مونث مشاهده شد اما برخلاف آن مطالعات هر دو فک را درگیر کرده بود. توافقی درباره بهترین درمان برای این بیماران وجود ندارد.

کلمات کلیدی: ادونتودیسپلازی ژنرالیزه، دندان شبیحی، ادونتودیسپلازی.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۵ / دوره ۴۰ / شماره ۴: ۳۹۷-۴۰۲.

مولف مسؤول، نشانی: زاهدان، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، تلفن: ۰۹۱۲۶۹۶۵۹۰۰

E-mail: Ali.salehian59@yahoo.com

مقدمه

ادونتودیسیپلازی یک آنومالی نادر تکاملی است که اجزاء اکتودرمال و مزودرمال دندان را درگیر می‌کند و می‌تواند هر دو سیستم دندانی شیری و دائمی را متاثر کند.^(۱) این آنومالی اولین بار توسط Hitchin در سال ۱۹۳۴ توصیف شد. اصطلاح ادونتودیسیپلازی در سال ۱۹۳۶ توسط Zegarelli و همکاران^(۲) عنوان شد و پیشوند Reginal را Pingbord در سال ۱۹۷۰ به آن اضافه کرد که اشاره به درگیری ناحیه ای یا قسمتی از فکین دارد. اکثراً دندان‌های قدامی بالا به این ضایعه مبتلا می‌شوند و شیوع آن در جنس مونث بیشتر است (۴:۱/۱). درگیری جنرالیزه به ندرت اتفاق می‌افتد.^(۳) در ادونتودیسیپلازی، درگیری فک بالا دو برابر فک پایین است و اکثراً یک کوادرنانت را درگیر می‌کند و تمایلی به عبور از خط وسط ندارد. دندان‌های درگیر دارای شکل غیرطبیعی، سطحی زبر، همراه با مینرالیزاسیون ناقص هستند، دندان‌ها دارای رنگ قهوه ای مایل به زرد بوده، هایپوپلاستیک و هایپوکلسیفیه می‌باشند. دندان‌ها مستعد پوسیدگی هستند. عدم رویش دندان و رویش تاخیری، تورم لثه ای غیرالتهابی و آبسه‌های دندانی از یافته‌های شایع می‌باشد. در محل دندان‌های تغییر یافته اغلب استخوان‌های اطراف دانستیه پائین تری را نشان می‌دهند؛ به علاوه ممکن است هایپرپلازی بافت نرم پوشاننده دندان‌های نهفته مبتلا دیده شود. رادیوگرافی دندان‌های تغییر یافته، مینا و عاج نازک را نشان می‌دهد، که یک پالپ رادیولوسنت بزرگ را احاطه کرده است؛ در نتیجه از دندان تصویر رنگ پریده به صورت قطعات کوچک و نازک ایجاد می‌شود به همین جهت دندان‌ها شبیحی (Ghost teeth) نامیده می‌شود. پالپ چمبر بزرگ همراه با یک یا چند سنگ پالپی، ریشه‌های کوتاه و اپکس‌های باز از دیگر مشخصات رادیولوژیک و

تشخیصی می‌باشد.^(۴) اتیولوژی این اختلال به درستی مشخص نیست، اگرچه چندین فاکتور مانند ترومای موضعی، عفونت، داروهای تراتوژنیک، ناسازگای RH، تابش اشعه، فعال شدن ویروس نهفته در مجاورت اپی‌تلیوم ادنتوژنیک، اختلال متابولیک و تغذیه ای، کمبود ویتامین، جهش‌های سوماتیک، اختلال در مهاجرت نورال کرسست همراه با همانژیوما مورد بحث قرار گرفته است. همچنین ادونتودیسیپلازی احتمالاً یک شرایط غیرارثی است.^(۵) این اختلال ممکن است به صورت مجزا یا بخشی از سندرم هائی مانند Occulo dento digital یا سندرم خال‌های اپیدرمال، سندرم Schimmelpenning - Feudstein - mims باشد.^(۶)

گزارش مورد

بیمار دختر خانمی ۱۵ ساله بود که به علت عدم رویش دندان‌های هر دو فک به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده بود. سابقه بیماری سیستمیک در تاریخچه بیمار وجود نداشت و از نظر رشد نرمال به نظر می‌رسید. در بررسی تاریخچه خانوادگی مورد مشابهی مشاهده نشد. در معاینه دهان و صورت آسیمتری در بافت نرم و دندان‌های بیمار مشاهده نشد. در معاینه دندان‌ها در فک بالا تنها دندان‌های سانتال راست و چپ رویش مختصری داشتند و دندان‌های مولر دوم شیری هنوز باقی مانده بودند. سایر دندان‌ها در فک بالا رویش نیافته بودند. در فک پایین تنها دندان‌های مولر اول راست و چپ روئیده بودند و دارای پوسیدگی‌های وسیع بودند. همچنین دندان‌های مولر دوم شیری که رویش نرمال نیز داشتند، در دهان بیمار باقی مانده بودند (تصویر ۱).

در کلیشه گرافی پانورامیک به عمل آمده از بیمار، دندان‌های کائین و پرمولر اول سمت چپ فک بالا شبیحی

تری گلیسرید، فسفات و TIBC درخواست شد که نتایج نرمال بود.

با مشاهده رادیوگرافی پانورامیک و براساس معیارهای کلینیکی تشخیص اولیه ادنودیسپلازی ژنرالیزه گذاشته شد. پس از مشاوره با متخصصین پروتز، ارتودنسی و جراحی فک و صورت، طرح درمان بیمار شامل کشیدن دندان‌های موجود در دهان، جراحی دندان‌های نهفته و استفاده از دنچر بود. اما به علت عدم همکاری بیمار، درمانی انجام نشد.

شکل بود و دارای پالپ چمبر بزرگ و اپکس باز بود. همچنین سنگ پالپی در برخی دندان‌های فک پایین دیده شد. دندان‌های نهفته زیاد در گرافی مشاهده شد (تصویر ۲).

جهت رد سندرم‌های مرتبط با ادنودیسپلازی و ضایعات فیبروآوستوس، تست‌های لابراتوری، Vitamin D، PT، PTT، INR، FBS، BUN، CBC Count، TSH، P.T.H، کراتین، کلسترول، LDL، HDL



تصویر ۱: نمای داخلی دهان بیمار (۱) نمای اکلوزن از رو به رو (۲) نمای فک پایین (۳) نمای فک بالا



تصویر ۲: کلیشه گرافی پانورامیک بیمار

بحث و نتیجه گیری

ادنتودیسپلازی یک ضایعه تکاملی نادر است. خصوصیات بالینی و رادیوگرافی درگیر کننده دندان دائمی فک بالا به طور قوی از تشخیص ادنتودیسپلازی حمایت می‌کند^(۷) اگر چه در گزارش ما، هر دو فک و تمام کوادرنال‌ها را درگیر کرده و از میدلاین عبور کرده بود. طبق برخی مطالعات، اتیولوژی ادنتودیسپلازی هنوز به خوبی مشخص نشده است ولی موارد متعددی به عنوان ریسک فاکتور آن در نظر گرفته شده است مانند نقص تغذیه، تروما، عفونت، ایسکمی، نقص عروقی، آسیب عصبی، داروهای تراتوژنیک و غیره.^(۸) در بیمار حاضر هیچکدام از فاکتورها در ارتباط با ادنتودیسپلازی دیده نشد و هیچ تاریخچه ای از مصرف دارو، کمبود تغذیه و نقص عروقی دیده نشد.

در رادیوگرافی بیمار دندان‌های رویش نیافته، اپکس باز داشتند و دندان‌های درگیر مورفولوژی غیرنرمال با کانتور سطحی نامنظم و نقص در مینرالیزاسیون داشتند. دندان‌ها هایپوپلاستیک یا هایپوکلسیفیه به نظر می‌رسید و تغییر رنگ زرد داشتند. از لحاظ رادیوگرافی، دندان‌های درگیر نمایی شبیح مانند و کاهش مشخصی در دانسیته داشتند. مینا و عاج نازک و پالپ چمبر وسیع بود. ریشه‌ها کوتاه و اپکس باز بود.

مصطفی و همکاران^(۱) یک مورد ادنتودیسپلازی جنرالیزه در پسر بچه ۸/۵ ساله گزارش کردند. بیمار تاخیر رویش و عدم بلوغ دندان‌های شیری را نشان می‌داد. در نمای گرافی دندان‌های شبیحی شکل دیده شد. پالپ چمبر و کانال‌های ریشه گشاد، ریشه‌ها کوتاه و اپکس باز بود.

معاینه داخل دهانی سایش شدید سانترال‌های بالا، مولرهای اول بالا و پایین سمت راست را نشان داد.

آپسه و فیستول در انسیزورهای سمت چپ و راست بالا و پائین مشاهده شد. همچنین میکرودنشیا نیز گزارش شد. در بررسی لابراتواری سطح آکالان فسفاتاز و کلسیم و فسفات سرم بیمار نرمال بود. درمان بیمار شامل اپکسیفیکیشن سانترال‌های بالا در طی دوره ۲/۵ ساله انجام شد اما شکست خورد.

درمان ریشه در دندان‌های غیرزنده انجام گرفت و روکش‌های پرسنل برای نیازهای زیبایی استفاده شد. پیگیری طی دوره ۱۰ ساله، وایتالیتی دندان‌های روکش شده را نشان داد و اپکس دندان‌ها تشکیل شده بود.

رشیدیان و همکاران^(۶) یک مورد ادنتودیسپلازی را در دختر بچه ۳/۵ ساله گزارش کردند. بیمار با تاریخچه شکایت از وجود آپسه در سمت چپ فک بالا مراجعه کرده بود و هیچگونه تاریخچه بیماری پزشکی را گزارش نکرده بود. بیمار هیچگونه سابقه ای از ابنورمالیتی دندان‌ها و آنومالی‌های ژنتیکی حتی در فامیل‌های درجه یک و دو ذکر نکرده بود.

آملوژنیزس ایمپرفکتای هایپوکلسیفیه به دلیل اپسسته یکسان مینا و عاج در نمای گرافی و درگیری دندان‌های دایمی و شیری در تشخیص افتراقی با ادنتودیسپلازی قرار می‌گیرد. اما به دلیل مینرالیزاسیون غیرطبیعی، مینای سست، قهوه‌ای-زرد و پر از Stain و جرم از ادنتودیسپلازی قابل افتراق می‌باشد.^(۹)

هیچگونه تاخیری در رویش دندان‌ها در فک بالا در مقایسه با سایر کوادرنال‌ها مشاهده نشد. همه دندان‌های

دندان‌های نهفته در فکین تحت بیهوشی مدنظر بود که به دلیل عدم همکاری بیمار درمان صورت نگرفت. درمان ادونتودیسپلازی مورد بحث است، نگرانی اصلی در ادونتودیسپلازی در مورد کشیدن دندان‌های درگیر است. دلیل منطقی برای کشیدن زود هنگام این آنومالی‌های دندانی غیر قابل ترمیم بودن آنهاست. این مطالعه یک مورد دیگر از ادونتودیسپلازی جنرالیزه را نشان می‌دهد که مشابه با مطالعات قبل در جنس مونث مشاهده شد اما برخلاف آن مطالعات، هر دو فک را درگیر کرده بود. توافقی درباره بهترین درمان برای این بیماران وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از خانم دکتر نصرت زهی به دلیل همکاری ایشان در نوشتن این مقاله تشکر می‌کنند.

درگیر در سمت چپ فک بالا دارای تاج غیرطبیعی زرد و مینای هایپوپلاستیک بودند. همه دندان‌ها در سمت چپ فک بالا وجود داشت و دندان‌ها نمای شبیحی پالپ چمبر بزرگ و ریشه کوتاه داشتند، در ارزیابی لابراتواری سطح سرمی P، Ca، K، Na و آلکالین فسفاتاز نرمال بود. بیمار جهت کشیدن دندان و استفاده از فضا نگه دار ترغیب شد و در ادامه، طرح درمان برای دندان‌های مولر اول دائمی فک بالا، بیلدآپ با گلاس آینومر بود تا زمانی که رویش کامل شود.^(۵)

در این بیمار پس از مشاوره با متخصصین ارتودنسی، پروتز و جراحی فک و صورت، در مرحله اول، کشیدن دندان‌های شیری در هر دو فک صورت گرفت؛ سپس با استفاده از دندان‌های مولر باقیمانده در هر دو فک پروتز پارسیل برای بیمار تهیه شد. در مرحله بعد، جراحی

منابع

1. Ibrahim Mostafa M, Samir Taha N, Ismail Mehrez MA. Generalised versus Regional Odontodysplasia: Diagnosis, transitional management, and long-term followup; A report of 2 cases. Case Reports Dent 2013; 2013: 5.
2. Mehta DN, Bailoor D, Patel B. Regional odontodysplasia. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2011; 29: 323-6.
3. Cahuana A, Gonzalez Y, Palma C. Clinical management of regional odontodysplasia. Pediatr Dent 2005; 27(1): 34-9.
4. Thimma Reddy BV, Vinay Reddy KK, Sunil B, Pujita R, Kiran K, Kranthi KR. Regional odontodysplasia. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2010; 28: 315-8.
5. Rashidian A, Afsharian Zadeh M, Azarshab M, Zarrabian T. Regional odontodysplasia: Report of a case. J Dent (Shiraz). 2013; 14: 197-200.
6. Murakami A, Skovby F, Andreasen JO, Cohen Jr M, Jensen BL, Kreiborg S. Oral manifestations of schimmelpenning syndrome: Case report and review of literature: Annals of the Academy of Medicine Singapore 1999; 5(5): 744-8.

7. Quinderé LB, Cavalcante RB, Nonaka CF, Miguel MC, de Souza LB. Regional odontodysplasia involving three quadrants of the jaws: A case report. *Quintessence Int* 2010; 41: 13-6.
8. Ozer L, Cetiner S, Ersoy E. Regional odontodysplasia: Report of a case. *J Clin Pediatr Dent* 2004; 29: 45-8.
9. Crawford PJ, Aldred M, Bloch-Zupan A. Amelogenesis imperfecta. *Orphanet J Rare Dis* 2007; 2(17): 1-2.