

افزایش حجم غیر معمول فکین در بیمار مبتلا به هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه: یک گزارش مورد

آتس سا پاک فطرت*، زهره دلیرنانی**، نجمه انبیایی***، شادی ثقفی****، صدیقه مدرس موسوی*****#

* استناد بیماری‌های دهان، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
 ** دانشیار بیماری‌های دهان، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
 *** دانشیار رادیولوژی، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
 **** دانشیار پاتولوژی، مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
 ***** دستیار تخصصی بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۹۴/۱۱/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۲۲

Marked Enlargement of Jaws in a Patient with Secondary Hyperparathyroidism: A Case Report

Atessa Pakfetrat*, Zohreh Dalirsani**, Najmeh Anbiaee***, Shadi Saghafi****, Sedigheh Modarres Mousavy*****#

* Professor of Oral Medicine, Oral & Maxillofacial Diseases Research Center, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

** DDs, Msc, Associated Professor of Oral Medicine, Oral & Maxillofacial Diseases Research Center School of Dentistry, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

*** DDs, Msc, Associated Professor of Oral Radiology, Oral & Maxillofacial Diseases Research Center, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

**** DDs, Msc, Associated Professor of Oral Pathology, Oral & Maxillofacial Diseases Research Center, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

***** Postgraduate Student, Dept of Oral & Maxillofacial Medicine, Dept of Oral & Maxillofacial Medicine, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

Received: 18 February 2016; Accepted: 11 June 2016

Introduction: Brown tumors of the jaws represent severe osteodystrophy in patients with end-stage renal failure. These tumors occur most often in long bones, although any bone can be involved. From a clinical perspective, brown tumors are rarely reported in the jaws.

Case report: Herein, we report the case of a hemodialysis patient with an unusual growth of masses in jaws following partial parathyroidectomy. The masses were diagnosed as brown tumor, based on clinical, radiographic, and pathological findings. The present case report is noteworthy, considering the patient's medical history, site and size of lesions, unusual course of the disease, and occurrence of serious complications (dyspnea, dysarthria, and chewing dysfunctions).

Conclusion: Early detection of oral manifestations following hyperparathyroidism in patients with chronic renal disease and diagnosis by a dentist is important for preventing further complications.

Key words: Brown tumor of the jaws, Hyperparathyroidism, Chronic renal failure, Giant cell tumor

Corresponding Author: ModarresMs921@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2017; 40(4): 389-96.

چکیده

مقدمه: براون تومور در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه نشان دهنده اوستئودیسτροφی شدید در آنهاست. براون تومورها غالباً در استخوان‌های بلند رخ می‌دهند ولی در هر استخوانی می‌توانند دیده شوند. از نظر بالینی ضایعات براون تومور قابل توجه در فکین نادر هستند.

گزارش مورد: هدف از ارائه این گزارش معرفی یک بیمار در حال همودیالیز با رشد غیرمعمول توده‌هایی در فکین، بعد از پارسیل پاراتیروئیدکتومی بود که با تایید بالینی، رادیوگرافی و آسیب شناسی به عنوان براون تومور تشخیص داده شد. گزارش این بیمار از نظر تاریخچه پزشکی، محل و اندازه بزرگ ضایعات، سیر غیرمعمول و عوارض جانبی جدی ضایعات (اشکال در تنفس، اختلال در تکلم و در جویدن، ...) حائز اهمیت بود.

مولف مسؤول، نشانی: مشهد، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری‌های دهان، تلفن: ۱۵-۲۸۸۲۹۵۰۱-۰۵۱

E-mail: ModarresMs921@mums.ac.ir

نتیجه گیری: به دلیل تظاهرات متعدد فکی به دنبال هیپوپاراتیروئیدیسم، تشخیص زودهنگام تظاهرات دهانی مرتبط با بیماری کلیوی مزمن و شناخت آنها توسط دندانپزشک جهت جلوگیری از عوارض بیشتر اهمیت ویژه ای دارد.

کلمات کلیدی: براون تومور فکین، هیپوپاراتیروئیدیسم، نارسایی مزمن کلیه، ضایعه ژانت سلی.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۵ دوره ۴۰ / شماره ۴: ۳۸۹-۹۶.

مقدمه

اصطلاح Renal osteodystrophy^(۱) (ROD) به اختلالات اسکلتی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه اطلاق می‌شود. کسانی که در مراحل پیشرفته تر نارسایی مزمن کلیه هستند، و به عبارتی اختلالات بیوشیمیایی در متابولیسم مواد معدنی وجود دارد، مبتلا به ROD هستند. بیماری استخوانی همراه با بیماری کلیوی مزمن به دلیل اختلالات مواد معدنی و استخوانی ممکن است منجر به شکستگی، درد استخوانی، دفرمیتی در کودکان در حال رشد، کاهش رشد و قد غیرطبیعی شود.^(۱،۲)

طیفی از تغییرات غیرطبیعی استخوانی در نارسایی مزمن کلیه ایجاد می‌شود که ناشی از نقص در متابولیسم کلسیم است. این تغییرات استخوانی در این مناطق به صورت مشخص دیده می‌شوند: متاکارپال، فالانژها، اسکال، پلوئیس، کلاویکل، دنده‌ها، فمور، ستون مهره، فک پایین و به ندرت در فک بالا.^(۱-۳)

حدود ۹۲ درصد بیماران دریافت کننده دیالیز به هیپوپاراتیروئیدیسم ثانویه دچار می‌شوند.^(۴) عوارض متعدد فکی - دندانی به دنبال آن گزارش شده است و شامل دیمینرالیزاسیون استخوان‌ها، گاهی افزایش دانسیته استخوانی، نمای شیشه مات استخوان، کاهش ضخامت استخوان کورتیکال، افزایش حجم استخوان به دلیل افزایش تراکول‌های گرانولر بافت اسفنجی استخوان، ضایعات ژانت سلی (Brown tumor)، ترمیم غیرطبیعی

استخوان بعد از کشیدن دندان، کلسیفیکاسیون متاستاتیک بافت نرم و شکستگی فک (Jaw fracture) است. تظاهرات دندانی نیز در برخی بیماران از قبیل هیپوپلازی مینایی در دندان‌های شیری و دائمی، از دست دادن لامینا دورا، گشاد شدن لیگامان پریدونتال، تخریب شدید پریدونتال، لقی دندان و کلسیفیه شدن یا باریک شدن پالپ دندان دیده می‌شود.^(۱،۵)

در موارد شدید هیپوپاراتیروئیدیسم، کورتیکال پلیت‌ها نازک می‌شوند و لامینادورای اطراف ریشه دندان‌ها ممکن است در رادیوگرافی دیده نشوند. دندان‌ها نسبتاً رادیوپاک تراز معمول دیده می‌شوند.

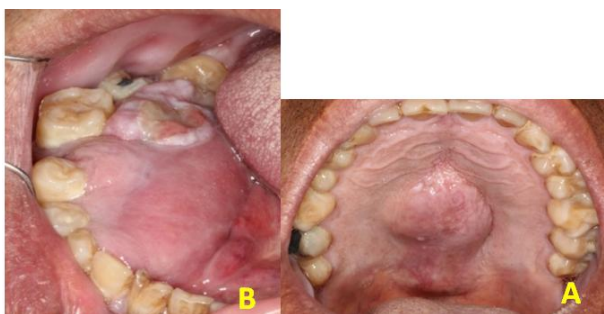
بیماری هیپوپاراتیروئیدیسم ثانویه در هر سنی می‌تواند تظاهر یابد و شیوع آن در زنان سه برابر مردان است. براون تومور در هر استخوانی می‌تواند رخ دهد ولی در موارد طولانی مدت غالباً در استخوان‌های صورت و فکین رخ می‌دهد.^(۵) گزارش‌هایی از درگیری استخوان فک ناشی از هیپوپاراتیروئیدیسم ثانویه در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه با نماهای خاص و غیرمعمول در کشور ما وجود دارند از جمله مواردی که موحدیان و همکاران^(۶)، جعفری و همکاران^(۳) و نیز مردانی و همکاران^(۷) گزارش نموده‌اند.

گزارش مورد

مرد ۴۳ ساله‌ای در آبان ماه ۱۳۹۳ به دلیل وجود دو ضایعه در دهان، میدلاین کام سخت و وسیتول لینگوال سمت راست پایین، از طرف بخش دیالیز، توسط متخصص داخلی بخش مربوطه، به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد ارجاع شد.

آن قابل مشاهده بود و بیمار بیان می‌کرد گاهی در این محل به هنگام جویدن غذاهای سفت، خونریزی خفیفی رخ می‌دهد. (تصویر B-۱) دندان‌های درگیر در این ناحیه لق بودند. ضایعه باعث ایجاد فضای مختصری میان دندان‌ها شده بود. در عمق وستیبول باکال سمت چپ فک پائین، پری با قوام سفت از دندان ۳۴ تا دیستال دندان ۳۷ مشاهده شد که بیمار متوجه آن نشده بود. در این ناحیه دندان‌ها لق نبودند و ریشه باقیمانده دندان ۳۶ مشاهده می‌شد.

بیمار از ده ماه پیش متوجه تورم منتشر فک بالا شده بود و بیان می‌کرد که اندازه آن از ابتدا ثابت بوده است. ۸ ماه قبل متوجه ایجاد توده وستیبول لینگوال سمت راست پایین شده بود که طی چهار ماه، افزایش اندازه داشته و پس از آن تغییری نداشته است. بیمار به دلیل وجود ضایعه فک پایین با جویدن غذا مشکل داشت و نیز مدتی بود که در حالت خوابیده به پشت دچار سختی در تنفس می‌شد و اخیراً نیز به گفته اطرافیان وی، در خواب دچار اشکال در تنفس شده بود. هم چنین اختلال تکلم مشهود بود.



تصویر ۱: داخل دهان (A) فک بالا (B) فک پایین

با توجه به سابقه نارسایی مزمن کلیه و خارج کردن غدد پاراتیروئیدیسم بیمار قبل از مراجعه به دانشکده، با تشخیص بالینی براون تومور و درگیری جنرالیزه فکین در

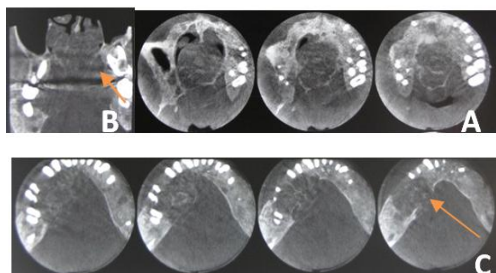
بیمار با سابقه فامیلی فشار خون بالا، از سن ۱۷ سالگی مبتلا به پرفشاری خون شده بود و به دنبال آن از ۲۰ سالگی دچار نارسایی کلیه شده بود. بیمار از زمان تشخیص نارسایی کلیه به مدت ۹ سال همودیالیز می‌شد. سپس پیوند کلیه دریافت کرده بود. به دلیل از دست دادن کلیه دریافتی در سن ۴۱ سالگی، مجدداً تحت همودیالیز قرار گرفته بود. هم اکنون بیمار هفته ای سه روز همودیالیز می‌شد. ده ماه پیش به دلیل ابتلا به هیپرپاراتیروئیدیسم، تحت پاروتیروئیدکتومی پارسیل قرار گرفته بود. بیمار هم چنین دچار اوستئوپروز پیشرفته بود و مدت دو سال بود که توانایی راه رفتن نداشت. بیمار به دلیل پرفشاری خون، مسدودکننده کانال کلسیم و مسدود کننده بتآدرنژیک و برای جلوگیری از انعقاد خون مهار کننده تجمع پلاکتی دریافت می‌کرد. هم چنین برای وی به دنبال کم خونی و اوستئوپروز، داروهای مکمل شامل قرص کلسیم - ویتامین D و فولیک اسید تجویز شده بود.

در معاینه خارج دهانی عدم تقارن صورت ناشی از تورم داخل دهانی بدون علامت سطح باکال فک پایین در سمت راست مشاهده می‌شد. پوست پوشاننده ناحیه مذکور از نظر رنگ و خصوصیات دیگر سطحی نرمال بود. غدد لنفاوی محل نیز قابل لمس نبودند.

در معاینه داخل دهانی، تورم منتشر فک بالا به شدت قابل توجه بود و یک ضایعه آگزوفیتیک گنبدی شکل نیز با قوام سفت در کام سخت از خلف روگا تا اوایل کام نرم دیده می‌شد که با مخاط هم‌رنگ با سایر نواحی و سالم پوشیده شده بود و در عریض‌ترین قسمت تقریباً ۲ سانتی‌متر بود. (تصویر A-۱) در وستیبول لینگوال سمت راست فک پایین یک توده با قوام سفت از دندان ۴۲ تا مزیال دندان ۴۸ وجود داشت که در یک قسمت اثر ترومای دندان مولر مقابل فک بالا به صورت زخم روی



تصویر ۲: رادیوگرافی پانورامیک

تصویر ۳: (A) نمای آگزیکال CBCT فک بالا (B) نمای کروئال
CBCT فک بالا (C) نمای آگزیکال CBCT فک پایین

در رادیوگرافی فک پایین رادیوآپاسیته دندان‌ها به دلیل تغییر کنتراست به دنبال کاهش جنرالیزه دانسیته استخوان فکین و از بین رفتن لامینادورها مشهود بود و اپک تر از حد طبیعی به نظر می‌رسیدند.

در تشخیص افتراقی ضایعات این بیمار به دلیل کاهش دانسیته جنرالیزه در فکین و سابقه دیالیز بیمار و پاراتیروئیدکتومی پارسیل، براون تومور ناشی از هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه و نیز کاهش دانسیته جنرالیزه ناشی از هیپرپاراتیروئیدیسم مطرح شد.

جهت تشخیص قطعی ضایعه، بیمار کاندید بیوپسی اینسیژنال شد. برای بیمار درخواست آزمایش جهت ارزیابی CBC، PTH، PT، INR، فانکشن کلیه (BUN و کراتینین)، میزان پتاسیم، اوره، فسفر، کلسیم و آلکالن فسفاتاز شد و به دلیل ناپایدار بودن وضعیت سیستمیک وی، ابتدا با متخصص کلیه معالج وی، مشاوره مکتوب

مرحله نهایی هیپرپاراتیروئیدیسم جهت تهیه رادیوگرافی پانورامیک و CBCT به بخش رادیولوژی دانشکده ارجاع شد.

در بررسی رادیوگرافی پانورامیک، کاهش دانسیته جنرالیزه استخوان‌های فکین، از بین رفتن لامینا دورا و استخوان‌های کورتیکال، و محو شدن بوردر تحتانی فک پایین مشاهده گردید. در ناحیه دندان‌های پرمولر و مولر راست فک پایین ضایعه رادیولوسنت چندحفره‌ای همراه با سپتاهای Wispy و Expansion در بعد ورتیکالی مشاهده شد. هم چنین رادیولوسنتی ناواضحی در ناحیه دندان‌های سنترال فک بالا مشاهده می‌شد. (تصویر ۲)

در تصاویر CBCT آگزیکال فک بالا، ضایعه رادیولوسنت چندحفره‌ای با سپتاهای Wispy با گسترش از ناحیه قدام فک بالا تا ناحیه مولرهای دو طرف دیده شد به گونه‌ای که ضایعه از خط وسط عبور کرده و سبب ایجاد Expansion قابل توجهی در ناحیه کام شده بود. جابجایی و یا تحلیل ریشه در ناحیه درگیر مشاهده نگردید. (تصویر ۳-۱)

در تصاویر کروئال فک بالا، ضایعه سبب پرفوراسیون کف بینی و تهاجم به داخل حفره بینی شده بود. (تصویر ۳-۲) هم چنین در این مقطع در ناحیه محاذات دندان‌های پرمولر پرفوریشن کام قابل مشاهده بود. (فلش در تصویر ۳-۲)

در تصاویر CBCT نمای آگزیکال نیمه راست فک پایین، ضایعه رادیولوسنت چند حفره‌ای همراه با Expansion که در سمت لینگوال از شدت بیشتری برخوردار بود دیده شد. سپتاهای Wispy نیز در محل رویت شد. جابجایی واضح و تحلیل ریشه در دندان‌ها مشاهده نشد. (تصویر ۳-۲) پرفوریشن در کورتکس لینگوالی قابل مشاهده بود. (فلش در تصویر ۳-۲)

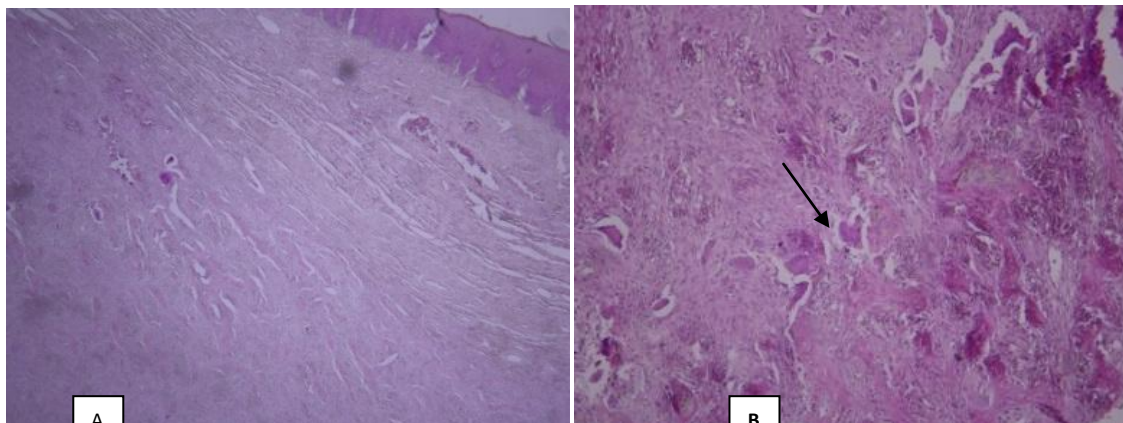
به فسفات (Phosphate binder) (کربنات کلسیم) قرار گرفت. داروهای باند شونده به فسفات در مجرای گوارشی به فسفات‌ها باند شده و یک ترکیب غیرمحلول را تشکیل می‌دهند. براساس آخرین پیگیری‌های انجام شده، وی به طور منظم توسط متخصصین کلیه و غدد تحت نظر می‌باشد و تصمیم بر کنترل تورم فکین با رژیم دارویی به جای دخالت جراحی می‌باشد.

جدول ۱: وضعیت آزمایش بیمار قبل از بیوپسی

| | Result | Normal range |
|-----------------------------|--------|--------------|
| RBC count(cells/ μ lit) | ۱/۷ | ۴/۵۵ |
| MCV(femtoliters/cell) | ۱۰۰/۵۴ | ۸۰-۹۵ |
| PLT($\times 10^3$ /microL) | ۱۳۶ | ۱۵۰-۴۵۰ |
| K(mmol/L) | ۵۹ | ۳۵-۵۵ |
| Urea(mmol/L) | ۱۵۱ | ۱۰-۴۰ |
| Creatinin(mg/dL) | ۱۰/۷ | ۰/۵-۱/۵ |
| Phosphorous(mmol/L) | ۶ | ۲/۵-۵ |
| ALK(IU/L) | ۱۷۱۳ | ۸۰-۳۰۶ |
| Calcium(mg/dL) | ۹ | ۸/۶-۱۰/۸ |
| PTH(pg/ml) | ۸۰۰ | ۱۰-۶۵ |
| PT(second) | ۱۶ | ۱۱-۱۴ |
| INR | ۱/۵ | ۰/۹-۱/۲ |

شد. بر اساس جواب مشاوره، تمهیدات مناسب و لازم برای کاهش و کنترل خونریزی در حین عمل و بعد از آن، و پوشش آنتی بیوتیکی انجام شد. جدول ۱، آخرین آزمایش بیمار قبل از بیوپسی را نشان می‌دهد.

تشخیص نهایی، ژانت سل ناشی از هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه بود. قطعه ارسالی پس از فیکساسیون و تهیه نمونه و رنگ آمیزی هماتوکسیلین و انوزین مورد بررسی میکروسکوپی قرار گرفت و در آن سلول‌های ژانت چندهسته‌ای خوش خیم از نوع جسم خارجی در استرومای همبندی فیبروواسکولار به همراه پراکنندگی گلبول‌های قرمز در سطح بافت و هموزیدرین در لا به لای ترابکول‌های استخوانی مشاهده گردید و نمونه در سطح توسط پوشش اپی تلیالی مخاط دهان پوشیده شده بود. (تصویر ۴) بیمار جهت ارزیابی‌های بیشتر و کنترل به متخصص غدد ارجاع شد. در مورد این بیمار، قبل از مراجعه به ما تحت عمل پاراتیروئیدکتومی قرار گرفته بود و فقط مقدار کمی از قسمت ترشحاتی به جای گذاشته شده بود و ضایعات به دلیل وسعت زیاد و نیز شرایط سیستمیک بیمار قابل جراحی نبودند. بیمار تحت نظر متخصصین کلیه و غدد تحت درمان یک داروی باندشونده



تصویر ۴: (A) ضایعه ژانت سلی در مجاورت پوشش اپیتلیالی مخاط دهان مشاهده می‌شود (بزرگنمایی $\times 40$) (B) پراکنندگی سلول‌های ژانت چند هسته‌ای خوش خیم (فلش) از نوع جسم خارجی در لا به لای تیغه‌های استخوانی در قسمت عمقی (بزرگنمایی $\times 400$ رنگ آمیزی H&E)

بحث و نتیجه گیری

میزان بروز براون تومور در مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه ۱۳-۱/۵ درصد است^(۸)، البته بعضی از مولفین اشاره کرده اند که براون تومور در ۱/۵ درصد بیماران مبتلا به هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه دیده می شود.^(۹) این بیماری، در افراد بالای ۵۰ سال شایع است، شیوع آن در زنان سه برابر مردان می باشد و نیز غالباً در فک پایین دیده می شود.^(۱۰) گرچه بعضی از محققین^(۱۱) معتقدند که این ضایعات در فکین شایع هستند ولی سایرین موافق نیستند.^(۱۲،۱۳) علاوه بر این بعضی گزارش کرده اند که درگیری فک بالا خیلی نادر است.^(۱۰) ولی در بیمار ما ضایعه منتشر در فک بالا و نیز ضایعه ای در فک پایین وجود داشت که کاملاً نادر بود.^(۱۴،۱۵)

موحدیان و همکاران^(۶) در اصفهان مرد ۱۹ ساله با سابقه End Stage Renal Disease را گزارش کرده اند که دارای دوتورم قابل توجه در فک بالا و پایین به دنبال هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه بوده که پس از ارزیابی لابراتواری و بررسی هیستوپاتولوژی، براون تومور تشخیص داده شد. ضایعه بزرگ تر در قدام لینگوآل فک پایین و ضایعه کوچک تر در کام سخت از شش ماه پیش ایجاد شده بودند.

جعفری و همکاران^(۳) نیز در اصفهان، یک بیمار زن ۲۹ ساله مبتلا به براون تومور را در ناحیه ماگزیلوفاسیال به دنبال هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه گزارش کرده اند که دارای تورم دوطرفه گونه بوده و به دلیل تشخیص هیپرپاراتیروئیدیسم تحت درمان دارویی بوده است و از هشت ماه بعد از این تشخیص، ضایعات دهانی بروز یافته اند.

مردانی و همکاران^(۷) یک مورد براون تومور مهاجم در قدام فک پایین مردی ۲۸ ساله با سابقه طولانی مدت

نارسایی کلیه گزارش کرده اند که با رشد سریع در مدت کوتاه باعث ایجاد نمای بیرون زدگی در فک پایین وی شده بود.

براون تومور یک ضایعه نئوپلازیک نیست، بلکه نوعی ضایعه ژانت سل است.^(۴) براون تومور نیز مانند سایر ضایعات ژانت سلی (آنوریسمال بن سیست، سنترال ژانت سل گرانولوم و چروبیسم) رشد آهسته و بدون دردی دارد^(۱۳) که در بیمار ما نیز دیده می شد.

از نظر نمای رادیوگرافی، براون تومور یک ضایعه رادیولوسنت یونی لاکولار یا مولتی لاکولار است. از آن جایی که براون تومور ناشی از هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه است کاهش دانسیته جنرالیزه استخوان های فکین و فقدان جنرالیزه لامینا دورا ممکن است مشاهده شود.^(۱۱) Krause و همکاران^(۱۵) گزارش کرده اند براون تومور در بیماران مبتلا به هیپرپاراتیروئیدیسم که دارای میزان نرمال کلسیم هستند خیلی نادر است ولی در بیمار ما هیپرپاراتیروئیدیسم ناشی از نارسایی مزمن کلیه، میزان کلسیم را تحت تاثیر قرار نداده بود.

گرچه مطرح شده است که در بیماران با نارسایی کلیه که درمان پاراتیروئیدکتومی انجام شده و همچنان هیپرپاراتیروئیدیسم مقاوم وجود دارد، احتمال حضور غدد پاراتیروئید اضافه / نابجا وجود دارد^(۱۶) ولی در مورد بیمار ما شواهدی برای این مورد وجود نداشت.

هم چنین قبل از بروز تظاهرات دهانی، پارسیل پاراتیروئیدکتومی برای بیمار ما انجام شده بود. در مطالعه Silverman^(۱۷) اشاره شده است که در تعداد کمی از نمونه های مورد مطالعه وی فقدان بعضی از PDL های دندانانی دیده شد و هیچ کدام حذف کامل PDL نداشتند. ولی در بیمار ما همه دندانها فاقد PDL بودند. از طرفی بیمار ما دارای تورم Bicortical بود که تظاهر نادری از

البته صرف نظر از تاریخچه پزشکی بیمار ما و با توجه به افزایش حجم غیر معمول باکالی - پالاتالی فک بالا، تشخیص افتراقی های زیر نیز می توانند مطرح شوند: فیروز دیسپلازی، (Aneurysmal Bone Cyst (ABC و چروبیسم. هر چند فیروز دیسپلازی به صورت نادر می تواند نمای مولتی لاکولار با سپتاهای Wispy داشته باشد ولی این نما در یک زمینه Rarefied و با نمای رادیولوسنت دور از ذهن است؛ از طرفی فیروز دیسپلازی مولتی فوکال در فکین در بزرگسالی به صورت نادر مشاهده می شود.

ABC از نظر نمای رادیوگرافی به ویژه سپتاهای درون ضایعه خیلی شبیه CGCG می باشد. ولی ضایعه نادری است که عمدتاً در خلف فکین رخ می دهد و باعث Expansion قابل توجه می شود.

CGCG نمای بسیار شبیه به چروبیسم می تواند داشته باشد ولی چروبیسم متعدد است و اپی سنتر آن در خلف فک پایین یا فک بالا می باشد و در سنین پایین تری مشاهده می شود.

به طور کلی برای درمان براون تومور باید با درمان هیپرپاراتیروئیدیسم شروع کرد و اگر ضایعات هم چنان باقی ماندند، انوکلیشن و کورتاژ نیز انجام خواهد شد. تظاهرات هیپرپاراتیروئیدیسم در فکین متعدد می باشد (تغییرات لامینادورا، تغییر در طرح تراکولها، تغییر در دانسیته استخوان، ضایعات رادیولوسنت همراه با تخریب پیشرونده استخوان، ضایعات ژانت سلی متعدد مرکزی و محیطی و لقی دندانها).

تشکر و قدردانی

در پایان از زحمات و همکاری اساتید، جناب آقای دکتر عباس جوادزاده و سرکار خانم دکتر زهرا دلوریان تقدیر می گردد.

بیماری های متابولیک استخوانی است. به گزارش Verma و همکاران^(۱) می توان اشاره کرد که در بیمار زن ۳۱ ساله با سابقه بیماری مزمن کلیه، براون تومور با تورم Bicortical دیده شده است.

در بیمار ما، افزایش حجم غیرمعمول فک بالا و فک پایین نیز به عنوان تظاهر دیررس هیپرپاراتیروئیدیسم وجود داشت که باعث لقی دندان، ایجاد فضا بین دندانها و عدم تقارن صورت شده بود. در نواحی متعددی در فک بالا و پایین بیمار، اروژن و پرفوریشن استخوان به دلیل Expansion زیاد وجود داشت که باعث بروز همزمان نمای محیطی ضایعه نیز شده بود.

با این که گزارشات متعددی در مورد ضایعات ژانت سلی دهانی ناشی از هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه وجود دارد، ولی افزایش حجم با چنین وسیع در فک بالا و کام که منجر به مشکلات شدید تنفسی و حتی تکلم شده، تورم قابل توجه در فک پایین و در ضمن حضور ضایعات ژانت سلی به صورت محیطی همزمان با مرکزی متعاقب تخریب استخوان، نکات قابل توجه این گزارش مورد را تشکیل می داد.

همان گونه که پیشتر اشاره شد، هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه به نارسایی مزمن کلیه و همودیالیز می تواند باعث ایجاد طیف وسیعی از تغییرات اوستئودیستروفیک شود که در یک حالت نادر، هیپرتروفی قابل توجه فکین و عدم رویت / فقدان استخوان کورتیکال رخ می دهد. این پدیده در ناحیه کرانیو فاسیال، Uremic leontiasis ossea یا بیماری سر بزرگ نامیده می شود که به ویژه مشابه تغییرات استخوانی در فیروز دیسپلازی ناحیه کرانیو فاسیال است و در موارد دیگری مانند بیماری پاژه، ژیگانتیسم و اورمی همراه با هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه نیز می تواند دیده شود.^(۱۸)

منابع

1. Verma P, Verma KG, Verma D, Patwardhan N. Craniofacial brown tumor as a result of secondary hyperparathyroidism in chronic renal disease patient: A rare entity. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014; 18: 267-70.
2. Pechalova P, Poriazova E. Brown tumor at jaw in patients with secondary hyperparathyroidism due to chronic renal failure. *Acta Medica* 2013; 56(2): 83-6.
3. Jafari-Pozve N. Maxillofacial brown tumors in secondary hyperparathyroidism: A case report and literature review. *J Res Med Sci* 2014; 19(11): 1099-102.
4. Proctor R, Kumar N, Stein A, Moles D, Porter S. Oral and dental aspects of chronic renal failure. *J Dent Res* 2005; 84(3): 199-208.
5. White S, Pharoah M. *Oral Radiology Principles and Interpretation*. 7th ed. Missouri: Mosby Co; 2014. P. 453-5.
6. Movahedian B, Razavi S, Hasheminia D, Rezaei M. Simultaneous maxillary and mandibular brown tumors in secondary hyperparathyroidism: A case report. *Dent Res J* 2008; 5(1): 41-5.
7. Mardani S, Tamadon MR, Shahbazian h, Beladi Mousavi SS, Ardalan MR, Nasri H. Aggressive jaw brown tumor in a 28-year-old man with long-lasting chronic kidney disease. *J Parathyroid Dis* 2015; 3(1): 8-9:15-7.
8. Kalathas T, Kalatha T, Bouloukas E. Brown tumors; a possible pitfall in diagnosing metastatic disease. *Hell J Nucl Med* 2010; 13(1): P. 15.
9. Lessa MM, Sakae FA, Tsuji RK, Filho BC, Voegels RL, Butugan O. Brown tumor of the facial bones: case report and literature review. *Ear Nose Throat J* 2005; 84(7): 432-4.
10. Nunes Th, Bologna Sh, Witzel A, Simonson Nico M, Lourenco S. A rare case of concomitant maxilla and mandible brown tumors, papillary thyroid carcinoma, parathyroid adenoma, and osteitis fibrosa cystica. 2016; [4 pages]. Available at: URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5320298>. Accessed May 5, 2016
11. Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 4th ed. Canada: Elsevier and Book Aid International; 2016. P. 781-2.
12. Tarrass F, Ayad A, Benjelloun M, Anabi A, Ramdani B, Benghanem MG, et al. Cauda equina compression revealing brown tumor of the spine in a long-term hemodialysis patient. *Joint Bone Spine* 2006; 73(6): 748-50.
13. Franco M, Bendini JC, Albano L, Barrillon D, Cassuto E, Bracco J. Radiographic follow-up of a phalangeal brown tumor. *Joint Bone Spine* 2002; 69(5): 506-10.
14. Thronson RR, Sexton SB. A mandibular central lesion with unusually rapid growth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod* 2004; 98(1): 4-9.
15. Krause I, Eisenstein B, Davidovits M, Cleper R, Tobar A, Calderon S. Maxillomandibular brown tumor: A rare complication of chronic renal failure. *Pediatr Nephrol* 2000; 14(6): 499-501.
16. Dorigatti de Avila E, Scafe de Mollon Rafael, Gabrielli M, Hochuli-Vieira E, Massucato E, Verissimo de Mello-Filho F. Unusually rapid growth of brown tumor in the mandible after parathyroidectomy associated with the presence of a supernumerary parathyroid gland. *J Cranio Maxillofac Surg* 2012; 40: 19-23.
17. Silverman S, Gordan G, Grant T, Steinbach H, Eisenberg E, Manson R. The dental structures in primary hyperparathyroidism. Studies in forty-two consecutive patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1962; 15: 426-36.
18. Dehghan P, Zahiri A, Karimi M, Ghadiani M. Leontiasis ossea following secondary hyperparathyroidism and hemodialysis. *J Bio Sci Med* 2015; 3: 54-9.