

درمان ادنتوماى وسیع فک پایین با استفاده از جراحی تحت بی حسی موضعی - گزارش ۵ مورد

دکتر عطا... حبیبی*#، دکتر مجید عشق پور**

* دانشیار گروه جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

** دستیار تخصصی گروه جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ ارائه مقاله: ۸۷/۲/۸ - تاریخ پذیرش: ۸۷/۶/۵

Treatment of Large Mandibular Odontoma with Surgery under Local Anesthesia - Report of Five Cases

Ataollah Habibi*#, Majid Eshgpour**

* Associate Professor, Dept of Oral & Maxillofacial Surgery, School of Dentistry and Dental Research Center of Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

** Postgraduate Student, Dept of Oral & Maxillofacial Surgery, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Received: 27 April 2008; Accepted: 26 August 2008

Introduction: Odontoma is the most common odontogenic, non cystic lesion of the jaw. Surgical enucleation is the treatment of this lesion, which often in more extensive lesions, the operation is performed under general anesthesia. The purpose of this report was to assess the possibility of surgery for major lesions under local anesthesia.

Results: Recommended patients were 3 women and 2 men with age range of 20-35 years with extensive mandibular odontoma. All surgeries were performed under local anesthesia in oral & maxillofacial surgery department of Mashhad dental school.

Conclusion: All the patients were satisfied with ambulatory treatment and the performance of surgery under local anesthesia. They passed postoperative latent period (almost 7 days), and revealed no surgery complications.

Key words: Large odontoma, local anesthesia, mandible.

Corresponding Author: HabibiA@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2009; 32(4): 339-42.

چکیده

مقدمه: ادنتوما شایع ترین ضایعه ادنتوژنیک غیر کیستیک فکین می باشد. درمان این ضایعه جراحی است که در موارد جراحی ضایعات بزرگتر، معمولاً جراحی تحت بی هوشی عمومی انجام می شود. هدف از این گزارش امکان درمان ضایعات بزرگ تحت بی حسی موضعی می باشد.

یافته ها: بیماران معرفی شده ۳ زن و ۲ مرد در محدوده سنی ۲۰-۳۵ سال می باشند که همگی ادنتوم های وسیع در فک پایین داشتند. همه موارد جراحی انوکلیشن ضایعه، تحت بی حسی موضعی و در بخش جراحی دانشکده دندانپزشکی مشهد انجام شد.

نتیجه گیری: تمامی بیماران از عدم بستری شدن در بیمارستان و انجام جراحی تحت بی حسی موضعی رضایت کامل داشتند و بعد از عمل دوره نقاهت کوتاه (حداکثر ۷ روز) را سپری و بدون هیچگونه عارضه ناشی از جراحی درمان شدند.

واژه های کلیدی: ادنتوم بزرگ، بی حسی موضعی، فک پایین.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۷ / دوره ۳۲ / شماره ۴: ۳۳۹-۴۲.

مقدمه

کمپلکس (به شکل توده ای توپر و پیچ خورده) وجود دارد.^(۲)

محل شایع ادنتوم کمپلکس بیشتر در نواحی خلفی فک پایین^(۳) می باشد و ادنتوم کامپوند هم در ناحیه انسیزورها و کاین های فک بالا بیشتر شایع می باشد.^(۴) هر چند این ضایعه معمولاً بدون علامت بوده و در معاینات روتین و یا برای پی بردن به علت عدم رویش یک دندان کشف می شود،

ادنتوم در واقع یک هامارتوم می باشد که جزء تومورهای ادنتوژنیک مختلط (Mixed odontogenic tumor) طبقه بندی می شود. این تومورها از عناصر اپی تلیالی و همبندی تشکیل می شوند که در مراحل تکامل طبیعی دندان حضور دارند.^(۱) ادنتوم در دو شکل کامپوند (دارای ساختمانی شبیه دندان) و

جراحی خارج کردن ضایعه قرار گرفت. بعلت بزرگ بودن ضایعه و امکان شکستن فک پایین حین خارج کردن ضایعه، مینی پلیت ۱۰ سوراخ با روش داخل دهانی دو طرف ضایعه ثابت شد و سپس اقدام به خارج کردن ضایعه گردید (تصویر ۳). توده قطعه قطعه شده و سپس قطعات خارج شدند. در نهایت دندان درگیر نیز خارج شد. خوشبختانه شکستن فک رخ نداد ولی بدلیل امکان شکستن حین فانکشن بیمار، دهان بیمار IMF شد و پس از دو هفته IMF باز و بیمار تحت رژیم غذایی نرم قرار گرفت. تصویر ۴ رادیوگرافی پانورامیک بیمار را پس از یک سال پیگیری نشان می دهد.

بیمار دوم

خانم ۲۰ ساله که بدلیل عدم رویش یک دندان و درد خفیف در ناحیه زاویه فک پایین در سمت راست مراجعه کرده بود. در بررسی رادیوگرافیک وجود توده اپیک دارای کپسول در ناحیه مشخص بود (تصویر ۵). این بیمار نیز تحت جراحی خارج کردن ضایعه با بی حسی موضعی قرار گرفت (تصویر ۶) و پس از خارج کردن ضایعه با توجه به کورتکس نازک باقیمانده بیمار IMF و دو هفته بعد پس از باز کردن IMF تحت رژیم غذایی نرم قرار گرفت.

بیمار سوم

آقای ۲۷ ساله ای با تورم سمت راست فک تحتانی با شکایت از درد مبهم و بررسی دندانهای عقل مراجعه نموده است. با تهیه OPG، توده رادیوپاک بزرگ به همراه نهفتگی دندان عقل سمت راست فک پایین رویت شد (تصویر ۷). ایشان هم با بررسی های قبل از عمل و اندیکاسیون عمل جراحی تحت بی حسی موضعی، مورد عمل جراحی قرار گرفت. این عمل هم با موفقیت کامل سپری گردید (تصویر ۸) و چون ضعف استخوانی در زاویه فک امکان شکستگی زاویه را به همراه داشت به مدت ۳ هفته بیمار IMF گردید و پس از سپری شدن ۳ هفته باز گردید. نتیجه عمل مطلوب و پیگیری ۸ ماهه بیمار بسیار خوب بود.

بیمار چهارم

آقای ۱۹ ساله ای با تورم زاویه فک تحتانی سمت راست فقط جهت بررسی تورم راموس مراجعه نمود. پس از تهیه

ولی موارد نادر همراه با اکسپشن های وسیع هم گزارش شده است.^(۵) نمای رادیوگرافیک ادنتوم کامپوند بصورت ناحیه رادیولوسنت با حدود مشخص است که حاوی توده یا توده های کلسیفیه نامنظم می باشد. میزان دانسیته و اشغال ناحیه رادیولوسنت توسط ساختمان های رادیوپاک، بستگی به نحوه توزیع مینا و عاج در آن ضایعه دارد.^(۶)

ادنتومای کمپلکس غالباً همراه با یک دندان رویش نیافته بوده و توده رادیوپاک ضایعه در کنار تاج دندان مذکور واقع می باشد.^(۷)

درمان این ضایعه، خارج کردن توده به طریق جراحی است و بعلت وجود کپسول اطراف این ضایعه معمولاً اینکار براحتی انجام می شود. ضایعات کوچک تحت بی حسی موضعی جراحی شده و معمولاً مشکلی ایجاد نمی شود.^(۸) ضایعات بزرگتر نیاز به جراحی پیچیده تری داشته و بعلت عدم امکان خارج نمودن کل ضایعه بشکل سالم، توده به قطعات کوچک تقسیم و خرد شده، سپس خارج می شود. چرا که بعلت بزرگی ضایعه، خصوصاً در فک پایین، امکان شکستن فک حین جراحی و یا بعد از جراحی بعلت نازک بودن کورتکس باقیمانده وجود دارد. در موارد بزرگ، جراحی معمولاً تحت بی هوشی و در بیمارستان انجام می شود. در این گزارش، بیماران معرفی شده علیرغم بزرگ بودن ضایعه در فک پایین، جراحی تحت بی حسی موضعی و در بخش جراحی دانشکده دندانپزشکی انجام شده است.

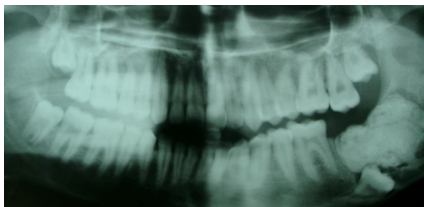
گزارش مورد

بیماران شامل ۳ زن و ۲ مرد با ادنتوم های وسیع در فک پایین می باشند که همگی تحت درمان جراحی با بی حسی موضعی قرار گرفتند. از بین این ۵ مورد، ۲ مورد را معرفی و ۳ مورد دیگر را با رادیوگرافی ذکر می نمائیم.

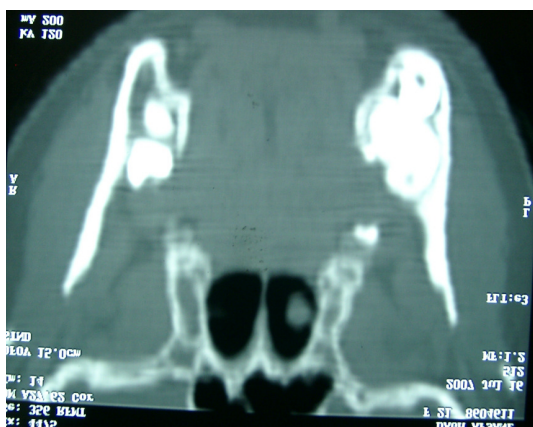
بیمار اول

خانم ۳۵ ساله که با شکایت از ادنتوم ایجاد شده در ناحیه سمت چپ فک پایین مراجعه نموده بود. در رادیوگرافی OPG (تصویر ۱) و نیز CT اسکن (تصویر ۲)، ضایعه رادیوپاک به همراه دندان مولر اول فک پایین که در ناحیه برادر فک پایین قرار گرفته بود، مشخص بود. بیمار با بی حسی موضعی تحت

بیماران نیاز به بستری در بیمارستان و انجام جراحی تحت بی‌هوشی ندارند.



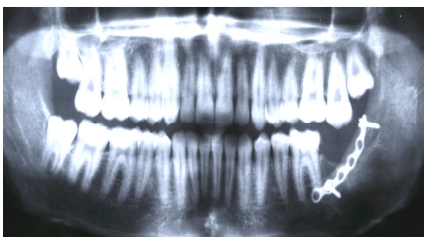
تصویر ۱: بیمار شماره ۱: رادیوگرافی پانورامیک قبل از جراحی (توده وسیع رادیوپاک سمت چپ فک پایین مشخص است)



تصویر ۲: بیمار شماره ۱: CT اسکن قبل از جراحی (توده وسیع رادیوپاک سمت چپ فک پایین مشخص است)



تصویر ۳: بیمار شماره ۱: رادیوگرافی پانورامیک بعد از جراحی (بعد از برداشتن ضایعه یک عدد مینی پلِت در ناحیه قرار داده شد و بیمار IMF شد)



تصویر ۴: بیمار شماره ۱: رادیوگرافی پانورامیک بیمار پس از یکسال پیگیری

رادیوگرافی های لازم (که متأسفانه CT اسکن بیمار در بخش پاتولوژی مفقود گردید و فقط رادیوگرافی خلفی قدامی فک پایین لحاظ شده است (تصویر ۹) توده کلسیفیه رادیوپاک زاویه فک تحتانی مشاهده گردید. پس از بررسی های اولیه عمل جراحی تحت بی حسی موضعی، بدون هیچ گونه ناراحتی بیمار، فقط با IMF دو هفته ای، درمان ادنتوم انجام گرفت (تصویر ۱۰). بیمار مدت ۲ سال است تحت پیگیری رضایت بخش قرار دارد.

بیمار پنجم

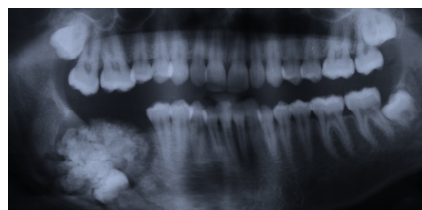
خانم ۱۸ ساله ای به دلیل تورم ناحیه چانه و شکایت از بدشکلی فک پایین مراجعه نمود. در بررسی رادیوگرافی وجود توده رادیوپاک دارای کپسول در ناحیه قدام فک پایین تشخیص داده شد (تصویر ۱۱). این بیمار نیز تحت جراحی بی حسی موضعی اقدام به خارج کردن توده کلسیفیه ای که حاوی ۱۶ دندان کوچک به همراه بیوپسی توده سمت راست ضایعه که حاوی دندان کاین نهفته غیرنرمال بود قرار گرفت و به بخش پاتولوژی فرستاده شد. در این بیمار نیز عمل تحت بی حسی موضعی بصورت موفقیت آمیز انجام شد و هیچ گونه عارضه ای پس از عمل و پس از پیگیری یک ساله وجود نداشت و بدشکلی چانه به نحو مطلوب اصلاح گردید.

بحث و نتیجه گیری

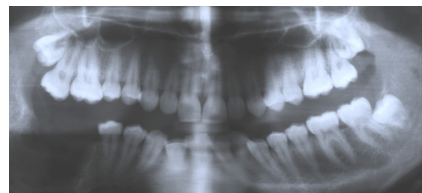
این بیماران همگی دارای آزمایشات کامل قبل از جراحی بودند و انتخاب آنها با بررسی های اولیه و اندیکاسیون عمل صورت گرفت و پس از جراحی همگی از نحوه جراحی، عدم بستری شدن در بیمارستان و عدم جراحی تحت بی هوشی، بی‌دردی کامل حین عمل جراحی، عدم مشکلات پس از جراحی رضایت کامل داشتند. بنابراین می توان چنین نتیجه گرفت که ضایعات با این وسعت (البته ضایعاتی شبیه ادنتوم که میزان دقیق حذف ضایعه و عدم نیاز به برداشتن زیاد استخوان، از روی رادیوگرافی قابل پیش بینی است) را می‌توان با بی حسی موضعی و با روش ساده تنها با اعمال تمهیداتی مانند بی حسی کامل، کنترل اضطراب بیمار، پیشگیری از شکستن فک درمان نمود و بیان کرد که لزوماً این



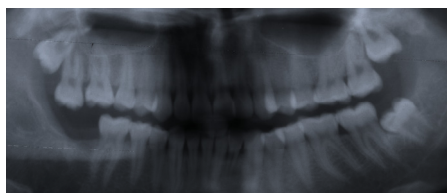
تصویر ۹ : بیمار شماره ۴ : رادیوگرافی قدامی - خلفی قبل از جراحی



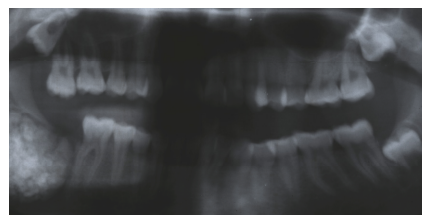
تصویر ۵ : بیمار شماره ۲ : رادیوگرافی پانورامیک قبل از جراحی



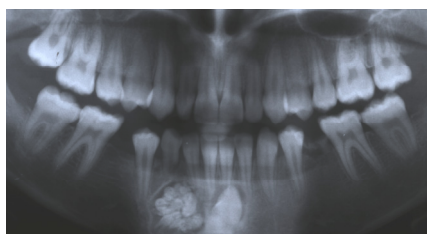
تصویر ۶ : بیمار شماره ۲ : رادیوگرافی پانورامیک بعد از جراحی



تصویر ۱۰ : بیمار شماره ۴ : رادیوگرافی پانورامیک بعد از جراحی

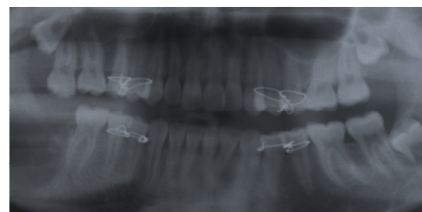


تصویر ۷ : بیمار شماره ۳ : رادیوگرافی پانورامیک قبل از جراحی



تصویر ۱۱ : بیمار شماره ۵ : رادیوگرافی پانورامیک قبل از جراحی:

ادنتوم به همراه ۱۶ دندان کوچک و کائین نهفته غیر طبیعی



تصویر ۸ : بیمار شماره ۳ : رادیوگرافی پانورامیک بعد از جراحی

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی این تحقیق را به عهده داشتند تقدیر و تشکر می شود.

منابع

1. Singer SR, Mupparapu M, Milles M, Rinaggio J. Unusually large complex odontoma in maxillary sinus associated with unerupted tooth. N Y State Dent J 2007; 73(4): 51-3.
2. Vengal M, Arora H, Ghosh S, Pai KM. Large erupting complex odontoma: A case report. J Can Dent Assoc 2007; 73(2): 169-73.
3. Fonseca RJ. Oral and maxillofacial Surgery. 1st ed. Philadelphia: Saunders Co; 2000. P. 379-81.
4. Gyulai-Gaal S, Takacs D, Barabas J. Mixed odontogenic tumors in children and adolescents. Fogorv SZ 2007; 100(2): 65-9.
5. Mehra P, Singh H. Complex odontoma associated with impacted tooth. N Y State Dent J 2007; 73(4): 8.
6. Chindasombatjaroen J, Kakimoto N, Akiyama H, Kubo K, Murakami S, Fukukawa S, et al. Computerized tomography observation of a calcifying cystic odontogenic tumor with an odontoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2007; 104(6): 52-7.
7. Gyulai-Gaal S, Takacs D, Szabo G. Mixed odontogenic tumors in children. J Craniofac Surg 2007; 18(6): 1338-42.
8. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: Analysis of 706 cases. J Oral Surg 1978; 36: 771-2.