

استاد : دکتر آرمان روغنی

ناهنجاری جلسه ۳

:(Scrotal Tongue) Fissured Tongue



احتمالاً در بیمارانتان دیده اید. ضایعه نادری نیست و نسبتاً شایع است با دیدن شیار روی زبان مشخص می‌شود. معنی groove و fissure در انگلیسی کمی فرق می‌کند؛ ما به هر دو شیار می‌گوییم: به شیارهایی با عمق کمتر fissure و با عمق بیشتر groove گفته می‌شود که در سطح دورسال زبان قرار دارند. دلیل آن خیلی مشخص نیست ولی معمولاً دلایل ارثی برای آن ذکر می‌کنند؛ تک ژن نیست و معمولاً پلی ژنیک است. از نظر ارزیابی ژنتیکی و به ارث رسیدن اتوزومال غالب است که نفوذ متفاوتی دارد. نکته: سن و فاکتورهای محیطی می‌توانند در به وجود آوردن و تکامل آن نقش داشته باشند.

Clinical Features: خیلی وقتها می‌بینید که در سطح زبان تعداد زیادی شیار وجود دارد: انگار زبان را به جزیره‌های جدا از هم تقسیم کرده، گاهی اوقات بیماران ممکن است یک شیار مرکزی داشته باشند و شیارهای دیگر مثل درخت یا تیغ ماهی از این شیار مرکزی جدا شده باشند.

نکته: به طور معمول زبان شیاردار علامتی ندارد. گاهی اوقات به خصوص در بیمارانی که شیارهای عمیق دارند ممکن است کمی احساس ناراحتی و سوزش در آن ناحیه داشته باشند.

نکته: شیوع ضایعه در کتاب‌ها متفاوت ذکر شده بین ۲ تا ۵ درصد کلی بین جمعیت گفته شده (که بیشتر است) مانند بسیاری از ضایعات گفته شده در بزرگسالان بیشتر از کودکان دیده می‌شود؛ شیوع و شدت آن همراه با بالا رفتن سن افزایش پیدا می‌کند و در ۳۰ درصد از بزرگسالان مسن دیده می‌شود یعنی از ۲ تا ۵ درصد به ۳۰ درصد در افراد مسن می‌رسد. شیوع این ضایعه در مردان بیشتر از زنان است.

نکته مهم از نظر پاتولوژی: خیلی اوقات زبان شیاردار با زبان جغرافیایی ارتباط دارد. زبان جغرافیایی (Erythema migrans) در ضایعات ایمونولوژیک گفته شد. بعضی‌ها زبان جغرافیایی را فرم دهانی پسوریازیس می‌دانند. گفته می‌شود کسانی که زبان شیاردار دارند با احتمال بیشتری زبان جغرافیایی خواهند داشت (در واقع بیس ژنتیکی و ارثی را در این ضایعه نیز ذکر می‌کنند). نکته: زبان شیاردار ممکن است جزئی از سندروم Melkersson-Rosenthal باشد؛ این سندروم سه آیتم کلی دارد (اطلاعات بیشتر در فصل ۹ کتاب نوئل):



۱. فلج عصب صورتی (Facial Paralysis)

۲. زبان شیاردار (Fissured Tongue)

۳. لبه‌ایشان حالت enlargement دارد (Cheilitis Granulomatosa)

:Histopathologic Features

۱. هایپرپلازی ناحیه رت ریج های زبان دیده می‌شود.
۲. کراتین سطحی روی پاپیلاهای نخعی شکل (filiform) زبان از دست رفته است (گفتیم که پاپیلاهای نخعی شکل کراتینیزه یا ارتوکراتینیزه هستند)

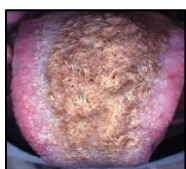
۳. PMN ها (نوتروفیلها) به داخل اپیتلیوم مهاجرت کرده و یکسری آبه های کوچک در قسمت های سطحی اپیتلیوم تشکیل می دهند (به این ویژگی در نمای هیستوپاتولوژی پسوریازیس و زبان جغرافیایی هم اشاره شد) که به این میکرو آبه ها، میکرو آبه مونرو گفته می شود.

۴. ارتشاح میکس سلولهای التهابی (چه مزمن چه نوتروفیل) را می توان در لامینا پروپریا مشاهده کرد.

Treatment & Prognosis: خوشخیم بوده و خیلی مشکل ندارد. به بیمارانی که احساس سوزش و ناراحتی دارند توصیه می شود که زبانشان را مسواک کنند (شکاف ممکن است عمیق و پر از دبری و مواد تحریک کننده شده باشد) زبان به طور معمول باید مسواک شود، به این بیماران تاکید بیشتری شود.

Hairy Tongue (Black Hairy Tongue):

زبان مودار به دلیل تجمع بیش از حد کراتین روی پاپیلاهای filiform زبان و عدم رویداد دسکوامیشن نرمال کراتین تشکیل می شود. علت آن خیلی مشخص نیست. از معمول ترین موقعیت هایی که میتوان زبان مودار را مشاهده کرد، در افراد heavy smoker است. افراد با بهداشت دهانی ضعیف، ناتوانی های عمومی، تاریخچه ای از رادیوتراپی به ناحیه سر و گردن و همچنین افرادی که داروهایی مصرف می کنند که خشکی دهان می آورند، مستعد این ضایعه هستند.



Clinical Features: معمولاً میدلاین را درگیر می کند در قسمت قدام پاپیلاهای circumvallate. معمولاً قسمت های خلفی و قدامی درگیر نمی شود. رنگ آن از حالت قهوه ای-زرد رنگ تا حالت های کاملاً تیره متنوع است؛ زمانی که تیره تر است، مواد تیره رنگتری مثل تنباکو به آن اضافه شده است.

به نظر چندش آور می آید ولی اگر یک گاز روی آن بگذارید و با سوند یا پروب آن را بلند کنید می توانید بلند شدن آنها را ببینید.

معمولاً علامتی ندارد؛ گاهی ممکن است بلندتر شود. اگر در قسمت های خلفی تر زبان باشد ممکن است حالت گگ برای بیمار ایجاد کند.

نکته: با توجه به اینکه نمای کلینیکی آن واضح است، در اغلب شرایط نیاز به بیوپسی نیست. انگار سطح زبان فرش شده و حالت ضخیم و بدی پیدا کرده.

گاهی ممکن است باکتری ها و سلول های اپیتلیالی دسکومه شده روی سطح دورسال زبان تجمع پیدا کنند ولی پاپیلاهای filiform، حالت مودار را نداشته باشند که در این حالت به آن **coated tongue** (زبان باردار) گفته می شود.



ماحصل این ضایعه بوی بد دهان است و بیمار بیشتر از این اتفاق شاکی است.

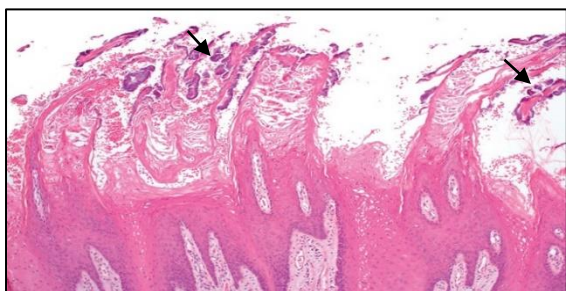
نکته: این حالت نباید با کاندیدیازیس اشتباه گرفته شود و نباید برای بیمار داروهای ضدقارچ تجویز شود.



گاهی اوقات ممکن است رنگ های دیگری در سطح زبان دیده شود که نمای آن شبیه به زبان مودار است.

تغییر رنگ سیاه بدون بلند شدن پاپیلاهای filiform ممکن است در سطح دورسال زبان بیمار دیده شود.

در بیمارانی که از داروهای بیسموت سالیسیلات برای مشکلات معده استفاده می کنند؛ می تواند این اتفاق رخ دهد. بیسموت می تواند با سولفور که در بزاق وجود دارد، ترکیب سولفید بیسموت را بدهد و این تغییر رنگ را ایجاد کند. با قطع دارو ضایعه برطرف خواهد شد.



Histopathologic features: بسیاری از پاپیلاهای filiform زبان به طور واضحی بلند شدند و کراتین سطحی آنها بسیار زیاد شده. تکه های گرد بنفش رنگ (فلش) کلنی های باکتری هستند.



Treatment & Prognosis: مشکل جدی ای نیست؛ صرفاً بوی بد دارد و زیبا نیست. بیمار باید فاکتورهای زمینه ای را حذف کند از جمله اینکه مصرف سیگار را کاهش دهد، بهداشت دهان را رعایت کند. بسته به شدت و ضخامت آن می توان با اسکراب و برش کردن تا حد زیادی آن را برطرف کرد. بعضی اوقات از عوامل کراتولیتیک برای وقتی که کراتین زیاد شده باشد استفاده می شود ولی معمولاً در این حد نیست.

نکته: زمانی که صحبت از زبان مودار می شود همواره به **hairy leukoplakia** هم اشاره می شود؛ اسم آن ها به هم شبیه است ولی نباید آنها را با هم اشتباه کنید؛ hairy leukoplakia در بوردر های طرفی زبان اتفاق می افتد، با ویروس اپشتین بار (EBV) ارتباط دارد، معمولاً در افرادی که HIV مثبت هستند و یا سیستم ایمنی آنها ضعیف شده، دیده می شود.

(Varices) Varicosities



ضایعه آشنا و معروفی که در ناحیه دهان دیده می شود، واریس است که سیاهرگ های گشاد شده و پیچ در پیچ هستند. ممکن است در جاهای دیگر دیده میشود بخصوص در پا؛ گفته می شود افرادی که در ناحیه پا واریس دارند، با احتمال بیشتری در ناحیه دهان و یا زبان دچار این ضایعه می شوند.

مهمترین عاملی که در اتیولوژی این ضایعه گفته می شود، سن است (در کودکان نادر است و بالا رفتن سن شایع می شود)؛ طبق این نکته با افزایش دژنراسیونی که داخل رگها اتفاق می افتد، بافت همبند تونالیته و بافت اصلی خودش را تا درجاتی از دست می دهد.

نکته: اکثر مطالعات معتقد بودند که هیچ ارتباطی بین واریس و فشار خون یا بیماری های قلبی عروقی وجود ندارد اما اخیراً مطالعه ای بیان کرده که اندکی افزایش در کسانی که واریس های ناحیه ی ساب لینگوال و تاریخچه ای از سیگار کشیدن یا بیماری های قلبی عروقی دارند؛ دیده شده است (همچنان مورد مطالعه است).

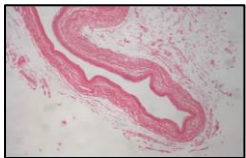
Clinical Features: شایع ترین محلی که این واریس ها دیده می شوند، ناحیه ساب لینگوال است. با شیوع کمتر ممکن است واریس ها به صورت تکی و جداگانه در نواحی لب و مخاط باکال دیده شود.

نکته: در دو سوم موارد در بیماران مسن تر از ۶۰ سال دیده می شود.

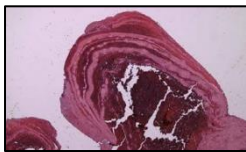
به شکل برجستگی های حباب مانند، به تعداد زیاد، به رنگ آبی مایل به ارغوانی در سطح و نترال و بوردرهای لترال زبان می توانند دیده شوند؛ معمولاً بدون علامت هستند.



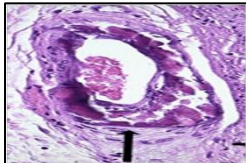
گاهی اوقات ممکن است ترومبوز به شکل ثانویه در آنها وجود داشته باشد. واریس هایی که ترومبوز می شوند، به شکل ندول های آبی بنفش هستند که بدون علامتند و بیمار ممکن است به طور واضح متوجه آن نشود؛ قوام firm و سفت دارند مانند ساچمه ای زیر مخاط.



Histopathologic Features: یک رگ گشاد شده دیده می شود که در دیواره اش ساپورت معمول را از دست داده است. عضلات صاف و الیاف الاستیک کمتری دارد.



اگر ترومبوز به صورت ثانویه در آنها اتفاق بیفتد، لومنی داریم که داخل آن پر از حلقه های متحدالمرکز از پلاکت و گلبول های قرمز است که به آن **line of Zahn** گفته می شود. ←



اگر ترومبوزها قدیمی شود می توانند دچار کلسیفیکاسیون های دیستروفیک شوند (مانند بسیاری از ضایعات) و سنگ داخل رگی به وجود بیاورند که به آن **Phlebolith** می گویند. ←

Treatment & Prognosis: ضایعاتی که در ناحیه ساب لینگوال قرار دارند و معمولاً بدون علامتند، به درمان خاصی نیاز ندارند. ضایعاتی را که در لب و یا مخاط باکال هستند می توان به دلایل استتیک و حس بد برای بیمار با جراحی خارج کرد و اگر شکی در ماهیت ضایعه داشته باشیم، همین جراحی ما را به تشخیص قطعی می رساند.

Stafne Defect (Static bone Cyst):



ضایعه رادیولوسنت بدون علامت است که معمولاً نزدیک زاویه مندیبل به صورت تعقر کانونی در سطح لینگوآل مندیبل دیده می‌شود. علت نامگذاری این ضایعه این است که Stafne این ضایعه را توصیف کرده است. در بیشتر موارد وقتی از این ضایعه بیوپسی بگیریم، یک سری defect های تکاملی در ناحیه مشاهده می‌شود و محتوی بخش هایی از غده ساب مندیبولار هستند.

رادیولوسنسی بدون علامت زیر کانال مندیبل در ناحیه بین دندانهای مولر تا زاویه مندیبل است؛ حدود مشخص دارد و بوردرهای اسکروتیک می‌تواند داشته باشد. گاهی به نظر می‌آید یکپارچگی بوردر تحتانی مندیبل را از بین برده باشد. نکته: معمولاً به شکل یک طرفه است؛ ممکن است دو طرفه هم دیده شود.



گاهی این دیفکت ممکن است در قدام مندیبل مشاهده شود (حدود ناحیه اینسایزور و کانین یا حتی پرمولر) که خیلی نادر است؛ در این صورت غده بزاقی موجود در این دیفکت، ساب لینگوآل است. تشخیص این ضایعه کمی مشکل تر است به دلیل اینکه دقیقاً در ناحیه قدام و در اپکس دندان های قدامی دیده می‌شود و فقط بر مبنای نمای رادیوگرافی و بالینی تشخیص داده نمی‌شود و نیاز به بیوپسی دارد.

نکته: Stafne defect ضایعه نادری نیست و در درصد زیادی از رادیوگرافی ها دیده شده است. در مردان شیوع بیشتری دارد ۸۰ تا ۹۰ درصد کسانی که این ضایعه را دارند مرد هستند.

نکته: مانند بسیاری از ضایعات developmental، علیرغم اینکه گفته می‌شود developmental است، در زمان تولد دیده نمی‌شود؛ به نظر می‌رسد تکامل آن با بالا رفتن سن باشد ولی از یک جایی به بعد در سائز خود باقی می‌ماند. بنابراین به این ضایعه Static Bone Cyst هم گفته می‌شود (در بسیاری از کتاب ها و رفرنس ها به این اسم دیده می‌شود؛ با توجه به اینکه می‌دانیم یک کیست واقعی نیست شاید به کار بردن اصطلاح کیست خیلی درست نباشد و دیفکت اصطلاح مناسب تری باشد).

تشخیص: برای مدل کلاسیک Static Bone Defect (کلاسیک = در خلف مندیبل)، بر مبنای همان چیزی که در نمای رادیوگرافی در محل ضایعه دیده می‌شود و همچنین براساس فقدان علامت تشخیصی صورت می‌گیرد. اگر در تشخیص شک وجود داشت، از تکنیک‌های دیگر تشخیصی میتوان استفاده کرد: CT scan, CBCT, MRI و sialography (برای اینکه دقیقاً محتویات درونی آن و اینکه غده بزاقی است به ما ثابت شود).

Histopathologic Features: بیوپسی اساساً خیلی ضرورتی ندارد ولی اگر بیوپسی انجام شود با توجه به توضیحاتی که داده شد یک بافت غده بزاقی ساب مندیبولار نرمال مشاهده می‌شود. اما در مورد ضایعاتی که در قسمت قدامی مندیبل وجود دارند نیاز به بیوپسی می‌باشد زیرا ممکن است با ضایعات پاتولوژیک دیگر اشتباه گرفته شود (با توجه به اینکه محل آن نیز معمولاً در ناحیه اپکس دندان ها می‌افتد).

گاهی اوقات داخل این defect در نمای بیوپسی، خیلی راحت غده بزاقی ساب مندیبولار را می‌بینیم ولی مواردی هم وجود دارد که گفته شده که داخل آن بافتی وجود نداشته و یا بافت های بی ربط دیگری وجود داشته اند (عضله، عروق خونی، چربی یا بافت لنفوئیدی ممکن است دیده شود).

Treatment & Prognosis: درمان خاصی نیاز ندارد و پروگنوز نیز معمولاً خوب است.

No treatment is necessary for patients with Stafne defects of the posterior mandible, and the prognosis is excellent.

Facial Hemihypertrophy/Hemihyperplasia

از اسم آن نیز مشخص است که یک هایپرپلازی یا هایپرتروفی یک طرفه وجود دارد. یک آنومالی تکاملی نادر است که با رشد بیشتر از حد غیر قرینه یک بخش (یک محدوده یا فقط یک اندام) شناخته می‌شود.

نام همی هایپرتروفی را هم به آن گفته اند ولی همانطور که تفاوت هایپرپلازی و هایپرتروفی را میدانید، در این ضایعه معمولاً فقط هایپرتروفی و افزایش سایز نداریم و بلکه هایپرپلازی و افزایش مقدار بافت ها هم هست.

• BOX 1-2 Malformation Syndromes Associated with Hemihyperplasia

- Beckwith-Wiedemann syndrome
- Neurofibromatosis
- Klippel-Trénaunay-Weber syndrome
- Proteus syndrome
- McCune-Albright syndrome
- Epidermal nevus syndrome
- Triploid/diploid mixoploidy
- Langer-Giedion syndrome
- Multiple exostoses syndrome
- Maffucci syndrome
- Ollier syndrome
- Segmental odontomaxillary dysplasia

می تواند یک اتفاق تنها (isolated) یا همراه با مجموعه ای سندروم های مختلف باشد. یکی از معروف ترین سندروم هایی که می توان نام برد، سندروم McCune-Albright است. همانطور که قبلاً خوانده اید، ضایعه فکی این سندروم فیروز دیسپلازی است. لکه های شیر قهوه و اختلالات اندوکرین نیز از خصوصیات این سندروم هستند.

نکته: موارد ایزوله معمولاً اسپورادیک هستند.

مجموعه ای از فاکتورهای اتیولوژیک مختلف را برای این ضایعه پیشنهاد می کنند ولی علت آن همچنان مبهم است و مجموعه ای از تئوری های مختلف را برای آن ذکر می کنند: ابرنمالی های عروقی و لنفاوی، اختلالات CNS، اختلالات اندوکرین، مکانیسم های دوقلوئی نابجا (aberrant twinning mechanism) و آنومالی های کروموزوم.

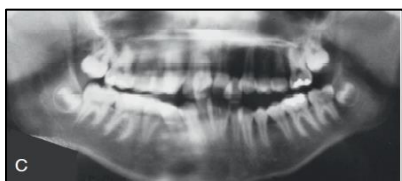
نکته: اگر همی هایپرپلازی تمام یک نیمه ی بدن را درگیر کرده باشد، به آن Complex Hemihyperplasia می گویند و اگر محدود به یک تک اندام باشد، به آن Simple Hemihyperplasia می گویند. اگر فقط محدود به یک طرف صورت باشد، به آن Hemifacial Hyperplasia می گویند.

نکته: آسیمتری معمولاً از زمان تولد مشخص است ولی ممکن است خیلی واضح نباشد و با بالا رفتن سن خودش را بیشتر نشان می دهد (به خصوص در حوالی بلوغ) و یک غیر قرینگی کامل و دائمی هم برای بیمار ممکن است اتفاق بیفتد.

نکته: تغییرات در تمام بافت هایی که در آن سمت وجود دارد اتفاق می افتد، یعنی هم استخوان را درگیر میکند، هم پوست روی آن افزایش ضخامت و پیگمان دارد، مو و عروق بیشتری می تواند داشته باشد و یا nevus flammeus وجود داشته باشد.

نکته: حدود ۲۰ درصد از افرادی که این ضایعه را دارند، از نظر mentally هم مشکل دارند. همچنین ممکن است دچار مشکلات دیگری نیز بشوند مثلاً تومور کلیه به اسم Wilms tumor داشته باشند (که در سندرم Beckwith-Wiedemann نیز وجود دارد)، کارسینوما های ناحیه آدرنال داشته باشند، Hepatoblastoma داشته باشند.

One of the most significant features is an increased prevalence of abdominal tumors, especially Wilms tumor, adrenal cortical carcinoma, and hepatoblastoma. These tumors have been reported in 5.9% of patients with isolated hemihyperplasia, and they do not necessarily occur on the same side as the somatic enlargement.



نکته: ماکروگلوسیا به صورت یک طرفه هم می تواند اتفاق بیفتد. کانال مندیبل این بیماران می تواند بزرگ شود؛ تاج و ریشه دندان ها در همان طرف می تواند بزرگتر باشد و مل اکلوزن همراه با این بایت هم می توانیم در این افراد داشته باشیم.

Histopathologic features: افزایش ضخامت اپی تلیوم داریم، به علاوه هایپرپلازی که در بافت همبند داریم یعنی در همان طرف همه چیز کمی دچار هایپرپلازی می شود.

Treatment & Prognosis: اگر به شکل سندرومیک وجود دارد، باید راجع به اینکه دقیقاً بیمار چه مشکلاتی دارد بررسی صورت بگیرد؛ مثلاً در سندرم Neurofibromatosis، خود تومور های نوروفیبروما اهمیت زیادی دارند و باید بیشتر مراقب آنها باشیم. و یا مثلاً در دوران بچگی به خاطر تومور هایی مانند Wilms tumor باید مرتباً چکاپ انجام شود.

در مورد انجام جراحی زیبایی برای این بیماران، مانند چیزی که در مورد فیروز دیسپلازا گفته شد، صبر می کنیم تا دوران رشد بگذرد و رشد بیمار تمام شود سپس جراحی های زیبایی که شامل هم استخوان هم بافت نرم و یا جراحی های ارتوسرجری میشود، برای بیمار انجام شود.

Progressive Hemifacial Atrophy (Romberg syndrome/Parry Romberg syndrome):

این ضایعه به نظر می رسد که برعکس ضایعه قبلی است. یک اختلال degenerative کمتر شناخته شده و نسبتاً ناشایع است که با تغییرات آتروفیک که یک طرف صورت را درگیر میکند مشخص می شود.

دلیل این ضایعه هنوز مشخص نیست. خیلی ها ایجاد آن را به cervical sympathetic nervous system ربط می دهند. در بعضی از منابع وجود تاریخچه ای از تروما در موردش ذکر شده است، بعضی نیز گفته اند که عفونت ویروسی یا بورلیا (نوعی باکتری) عامل به وجود آمدن این ضایعه است.

نکته: معمولاً به شکل اسپورادیک است ولی گاهی اوقات مواردی که به شکل فامیلیال بوده هم گزارش شده و یک اثر ارثی را نیز در به وجود آمدنش دخیل می دانند.

نکته: خیلی از مطالعات می گویند که این hemifacial atrophy یک مدل لوکالیزه از scleroderma (افزایش کلاژن در بافت) است و یا به نظر می رسد که ارتباط نزدیکی بین این دو وجود داشته باشد.



در این دختر بچه طرف راست صورت دچار این اختلال شده است.

شروع علائم معمولاً به همان اوایل زندگی برمی گردد (مانند تصویر این کودک که علائم واضح است). آتروفی در ناحیه پوست و ساختارهای زیر پوستی در ناحیه صورت می توانیم داشته باشیم و پوست از نظر میزان پیگمان حالت تیره رنگ تری پیدا می کند. گاهی اوقات یک خط کاملاً واضح بین قسمت سالم با قسمت مشکل دار مشاهده می شود که آن را مثل اثر شمشیر (coup de sabre) توصیف میکنند (در اسکلوودرما هم درمورد آن صحبت شد). هایپرپلازی استخوان زیرین هم ممکن است رخ دهد.

نکته: درگیری چشمی نیز از تظاهرات شایع در میان این بیماران است. enophthalmos می توانند داشته باشند به خاطر اینکه چربی اطراف چشم شان را از دست میدهند. همچنین alopecia، trigeminal neuralgia، پاراستزی عصب صورتی، سردرد و حالت هایی از صرع به صورت contralateral نیز از علائمی است که به صورت مشخص می توانند داشته باشند.

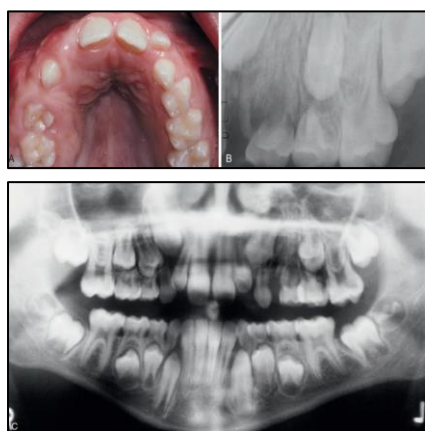
نکته: در نمای فرونتال به علت آتروفی یک طرفه صورت، دهان و بینی به همان سمتی که این نقص در آن وجود دارد منحرف می شوند. آتروفی که در ناحیه لب بالا وجود دارد دندان های ماگزیلای همان طرف را نمایان می کند. آتروفی زبان به شکل یک طرفه نیز ممکن است وجود داشته باشد. این بایت خلفی به صورت یک طرفه هم می تواند وجود داشته باشد که بخاطر هایپوپلازی مندیبل و رویش دیرتر دندان ها میباشد. دندان ها می توانند تکامل ریشه ناقص یا تحلیل ریشه داشته باشند.

Histopathologic Features: در نمای میکروسکوپی ضایعه آتروفی پوست را داریم، ارتشاح سلول های التهابی مثل لنفوسیت ها را می توانیم داشته باشیم، در افرادی که کاملاً حالت های مشابه اسکلوودرما دارند و خط شمشیر را دارند، الیاف فیبروزی که مانند اسکلوودرما زیر پوست تجمع پیدا میکند را در آنها هم می توان مشاهده کرد.

Treatment & prognosis: این حالت معمولاً خیلی آرام تا حوالی ۲۰ سالگی در فرد پیشرفت می کند و پس از آن به حالت stable باقی می ماند. بنابراین جراحی های پلاستیک پس از ثابت شدن وضعیت بیمار می تواند انجام شود و بعد درمان های ارتودنسی و اصلاح مل اکلونهای بیمار در همان سن و سال پس از اینکه رشد متوقف شد صورت گیرد.

Segmental Odonto-maxillary Dysplasia (Hemi-maxillofacial Dysplasia):

اختلالی است که خیلی وقت نیست که راجع به آن صحبت می کنند و فک را درگیر میکند. بعضی اوقات بافت های رویی آن در ناحیه صورت را نیز درگیر می کند. دلیل آن مشخص نیست اما از نظر کلینیکی میتواند با craniofacial fibrous dysplasia یا hemifacial hyperplasia اشتباه گرفته شود و برای همین می خواهیم در مورد آن صحبت کنیم.



معمولاً بی علامت است. یک بزرگ شدگی یک طرفه در ناحیه استخوان ماگزایلا است و در همان طرفی که ماگزایلا بزرگ شده است، فیبروز هایپرپلازی لثه داریم. یکی یا هردو پرمولر ماگزایلی که در حال تکامل هستند، میتوانند دچار missing شوند. دندانهای شیری که در این ناحیه قرار دارند هایپوپلاستیک اند یا دیفکت هایی در ناحیه مینا میتوانند نشان بدهند. در ارزیابی های رادیوگرافی که از بیمار می کنیم، ترابکول های ضخیم استخوانی داریم که معمولاً به شکل عمودی نسبت به همدیگر آرایش پیدا کرده اند که در نتیجه یک مقدار نمای رادیوپاک گرانولار می دهد (که ما را یاد فیبروز دیسپلازی می اندازد). سینوس ماگزایلا می تواند در این سمت مقداری کوچکتر

باشد. گاهی اوقات در این ناحیه موی زیادتری در نمای بالینی بیماران مشاهده می شود. مشکلات عروقی و خال های عروقی نیز در این بیماران گزارش شده است.

Histopathologic Features: در بیوپسی لثه می توانیم الیاف فیبروزه را ببینیم. استخوان ماگزایلا هم ترابکول های نامنظمی دارد که بیشتر نمای ساختارهای ترابکولار استخوانی woven را از خودشان نشان می دهند و فعالیت های استئوبلاستیک و استئوکلاستیک را معمولاً در این استخوان ها نداریم. دندانهای شیری اگر درگیر شوند، در ارزیابی هیستوپاتولوژیک توبول های عاجی نامنظم دارند.

Treatment & prognosis: وقتی ضایعه متوقف شد، میتوان از جراحی های زیبایی استفاده کرد. برای مشکلات مربوط به دندان هایی که رویش پیدا نکردند و دندانهایی که مشکلات ساختاری دارند، از درمان های دیگر مانند ترمیم زیبایی و یا ایمپلنت ها می توان استفاده کرد.

نکته: سندرومهای ۱. Treacher Collins، ۲. Apert و ۳. Crouzon سندروم هایی با تظاهرات بالینی نادر هستند که در مورد سندروم های Crouzon (craniofacial dysostosis) و Apert سوچورهای کرانیال زودتر از حد موعد بسته می شود و تظاهرات آن ها به این دلیل است.

استاد گفتن در مورد این ۳ سندروم، در همین ممبروئیم کافیه.

گل اگر خار نداشت،

دل اگر بی غم بود،

اگر از بهر کیوتر قفسی تنگ نبود،

زندگی، عشق، اسارت،

قهر و آشتی،

همه بی معنا بود