

ادنتودیسیپلازی منتشر: گزارش یک مورد

دکتر حسین افشار^۱ - دکتر پوریا مطهری^۲ - دکتر پریسا عارف^۳

۱- دانشیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان دانشکده و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۲- استادیار گروه آموزشی آسیب شناسی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۳- دستیار تخصصی گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

چکیده

مقدمه: ادنتودیسیپلازی عارضه‌ای است که دو گروه دندانهای شیری و دائمی را مبتلا می‌کند. این حالت باعث درگیری توانمان مینا و عاج می‌گردد. با توجه به درگیری کلیه دندانها و یا تعدادی از آنها، به دو نوع جنرالیزه یا لوکالیزه تقسیم می‌شود.

گزارش مورد: در این مقاله یک مورد ادنتودیسیپلازی جنرالیزه در یک دختر بچه دو و نیم ساله معرفی می‌شود، در ضمن ویژگیهای رادیوگرافیک و پاتولوژیک این مورد همراه با درمان ارائه شده است. جهت درمان، دندانهای مولر شیری اس‌اس‌کراون (SSC) شدند. از رزین‌های کامپوزیت برای پوشش سطح تاج دندانهای قدامی استفاده گردید.

کلید واژه‌ها: ادنتودیسیپلازی - دندان شیب مانند - دندان شبه صدف.

پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۵/۳

اصلاح نهایی: ۱۳۸۷/۳/۲۰

وصول مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۵

نویسنده مسئول: گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران e.mail:afsharhossein@hotmail.com

مقدمه

اغلب یک سویه بوده و از خط میانی عبور نمی‌کند (۴-۵)، اما نوع جنرالیزه که سبب درگیری تمام کوادرانت‌ها و دندانهای شیری و دائمی می‌گردد بی نهایت نادر است.

در این بیماری، دندانها در نمای بالینی، هایپوپلاستیک و هایپوکلسیفیه می‌باشند. اندازه آنها کوچکتر از حد طبیعی بوده و تغییر رنگ یافته‌اند. در نمای رادیوگرافی، دندانهای شیب مانند، با ریشه‌های کوتاه و اتاق پالپ وسیع قابل مشاهده است. تأخیر در رویش و تشکیل آبنه در این دندانها شایع می‌باشد. تعداد دندانها طبیعی است. (۷)

نظرات متفاوتی در مورد درمان ادنتودیسیپلازی وجود دارد. بعضی کلینیسین‌ها معتقدند که دندانهای مبتلا باید به سرعت خارج شوند و با پروتز جایگزین گردند و برخی دیگر به کارهای ترمیمی (Restorative) اعتقاد دارند. دندانهای نیازمند به درمان پالپ باید خارج شوند اما حداکثر تعداد دندانی را که می‌توان باید نگهداری کرد تا به رشد فک و کاهش عوارض روانی ناشی از نقایص رشدی کمک گردد (۴)، تاج دندانهای رویش یافته با SSC پوشانده می‌شوند. (۳)، تراش و آماده سازی دندان به علت عاج نازک و شکننده تاج که به سرعت منجر به اکسپوز پالپ می‌شود عدم تجویز دارد.

ادنتودیسیپلازی عارضه‌ای است که هر دو گروه دندانهای شیری و دائمی را مبتلا می‌کند و اجزای دندان با منشا اکتودرم و مزودرم را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

اولین بار McCald & World دندانهای Ghost-like را در رادیوگرافی توصیف کردند. Pindborg در سال ۱۹۷۰ نام Regional Odontodysplasia را بر روی این اختلال گذاشت (۱)، اما اصطلاح Ghost Teeth به وسیله Rushton عنوان شد علت این امر حالت شیب مانند این دندانها در رادیوگرافی بود. (۲)، این حالت توسط Chaudhry و همکارانش Odontogenesis Imperfecta نام نهاده شد.

Schimmelpfenning McDonald دندانهای مشابهی را مشاهده کردند و آن را آپلازی مینا و عاج نامیدند. (۳)، این اختلال با نامهای مختلفی همانند:

Odontogenesis Ghost teeth, Odontogenesis dysplasia Localized arrested tooth development Imperfecta نیز شناخته شده است. (۴)، با توجه به درگیری کلیه دندانها یا تعدادی از آنها این عارضه به دو نوع جنرالیزه و لوکالیزه تقسیم می‌گردد و نوع لوکالیزه آن در مطالعاتی توسط Bergman (۵) و Zegarelli (۶) معرفی شد که در آن اختلال

داده شد. SSC با دندانهای تراش خورده منطبق و توسط سمان پلی کربوکسیلات، بر روی دندان سمان شد. برای کمک به حفظ عاج نازک یک لایه کامپوزیت بر روی دندانهای $\frac{D,C}{D,C,B} | \frac{C,D}{B}$ قرار داده شد. به علت کوچک بودن اندازه دندانهای اولین مولر شیری، امکان گذاشتن SSC حتی با کوچکترین شماره، وجود نداشت. دندانهای $\frac{B}{A} | \frac{A,C,D,E}{A}$ که به شدت تخریب شده بودند خارج شدند. برای دندانهای E از روکشهای استنلس استیل استفاده گردید. این توضیح لازم است که دندانها حتی بدون تراش به قدری کوچک بودند که از روکش دندان D با شماره دو، برای آنها استفاده شد. در پیگیری بعد از شش ماه، وضعیت بیمار مطلوب بود. ولی پس از یک سال دندان C بالا سمت راست به علت وجود آبسه خارج شد.



شکل ۱: نمای بالینی دهان بیمار



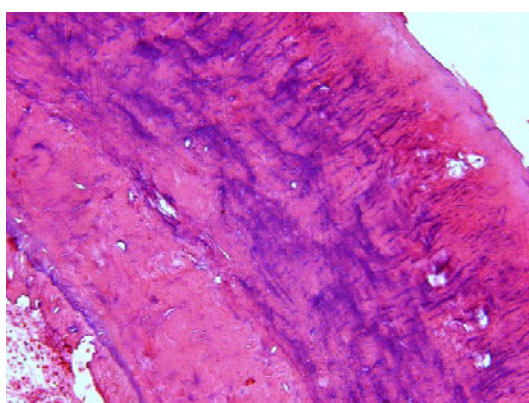
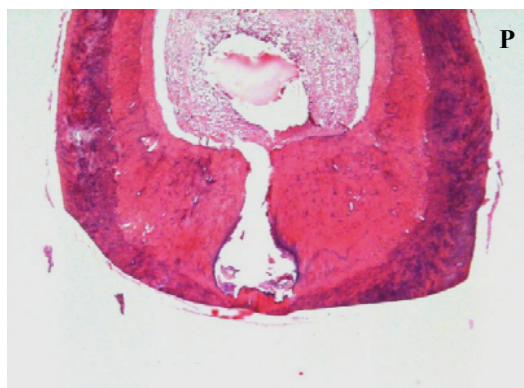
شکل ۲: نمای رادیوگرافی دندانهای مولر شیری

در این مقاله یک مورد Generalized Odontodysplasia با درگیری تمام دندانهای دائمی و شیری در یک دختر بچه ۲/۵ ساله گزارش می شود.

گزارش مورد

دختر بچه ای ۲/۵ ساله به بخش دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرد. شکایت مادر کودک، ظاهر زرد رنگ و شکنندگی دندانها از بدو تولد بود. مادر در دوران بارداری سابقه هیچ گونه بیماری را نداشت. زایمان به صورت سزارین بوده و کودک تنها فرزند خانواده بود. سن مادر هنگام بارداری ۲۴ و سن پدر ۲۵ سال بوده است. تاریخچه خانوادگی اختلال مشابه را در مادر نشان می داد. مادر از سن ۱۶ از اوردنچر استفاده می کرده است. مورد مشابه دیگری در خانواده وجود نداشت. والدین بیمار با هم نسبت فامیلی نداشتند. والدین مادر بیمار (پدربزرگ و مادربزرگ مادری) دختر عمو و پسر عمو بودند. کودک در منحنی رشد از نظر قد طبیعی و از نظر وزن در زیر منحنی طبیعی بود. بیمار دارای پوست طبیعی بود ولی، موهای سر و ابروها بسیار نازک و کم تعداد بودند. میزان کلسیم، فسفات و آکالین فسفاتاز سرم جهت بررسی احتمال وجود بیماریهای متابولیک و اندوکراین و همچنین آزمایش خون و ادرار بیمار انجام شد. کلیه آزمایشات در محدوده طبیعی قرار داشتند. در معاینات دهانی هیچ نشانه ای از نقایص تکاملی یافت نشد. در بررسی دندانها، بعضی دندانها قدامی و خلفی به شدت تخریب شده بودند (شکل ۱)، رادیوگرافی های پری اپیکال و OPG برای بررسی شدت گیری دندانهای رویش نیافته انجام شد. در رادیوگرافی پری اپیکال استخوان آلوئول اطراف ریشه ها طبیعی بود. دندان C بالا سمت چپ رادیولوسنسی پری اپیکال را نشان می داد. (شکل ۱) در تمام دندانهای شیری اتاقها و کانال های پالپ بی اندازه بزرگ بودند و تنها پوسته ای از بافت سخت آنها را احاطه کرده بود. رادیوگرافی OPG درگیری عمومی دندانهای شیری و دائمی را نشان می داد (شکل ۲). بر اساس علائم بالینی و رادیوگرافیک، برای این بیمار تشخیص Generalized Odontodysplasia گذاشته شد. با توجه به سن پایین و عدم همکاری تصمیم به درمان دندان تحت بیهوشی عمومی گرفته شد.

جهت درمان این بیمار، SSC بر روی دندانهای $\frac{E}{E} | \frac{E}{E}$ قرار



شکل ۴: در دندانهای خارج شده، مینا در هیچ قسمتی دیده نمی‌شود. عاج تنها پوشش پالپ (P) را تشکیل داده که به دو شکل و در دو ناحیه متفاوت وجود دارد. (D1, D2)

بحث

ادونتودیسپلازی یا دندانهای شبح مانند (Ghost Teeth) یک آنومالی تکاملی است که به دلیل نقص در مرحله Histodifferentiation و Morphodifferentiation ایجاد می‌شود. (۴، ۸) هیپوپلازی شدید در مینا و عاج سبب ایجاد اتاق پالپ و کانال‌های ریشه وسیع می‌گردد. ادونتودیسپلازی در زنان شایعتر است و دندانهای فک بالا را بیش از فک پایین درگیر می‌کند. گرفتاری دندانهای قدامی بیش از خلفی است و تمایل به نژاد خاص ندارد.

دندانها از لحاظ مورفولوژی غیرطبیعی، هیپوپلاستیک و به شدت تغییر رنگ یافته می‌باشند. این دندانها مستعد به سایش و شکستن بوده و در نتیجه درگیری زود هنگام پالپ و ایجاد ضایعات پری اپیکال در آنها شایع می‌باشد. در بررسی رادیوگرافیک نقص در مینا و عاج دیده می‌شود.



شکل ۳: برشی از دندان مولر شیری در مقایسه با یک دندان طبیعی: تفاوت حجم اتاقک پالپ

گزارش پاتولوژی

از دندانهای خارج شده برشهایی تهیه شد و به وسیله میکروسکوپ نوری با بزرگنمایی بیست برابر مورد بررسی قرار گرفتند. در دندانهای خارج شده در هیچ قسمتی مینا دیده نمی‌شد. عاج تنها پوشش پالپ را تشکیل داده بود که به دو شکل متفاوت و در دو ناحیه متفاوت وجود داشت. این عاج در دو لایه خارجی و داخلی همانند دو نوع عاج Primary & Secondary قرار گرفته بود. این دو لایه توسط یک Reverse line کاملاً واضح از یکدیگر جدا شده بودند. توپولها، تعداد کمتر و اندازه بزرگتر نسبت به حالت نرمال داشتند و به صورت نامنظم استقرار یافته بودند ولی لایه داخلی به وضوح لایه خارجی نبود، که علت آن را می‌توان به شکل‌گیری سریعتر لایه داخلی نسبت به لایه خارجی مربوط دانست. (شکل ۴) ادونتوبلاست‌ها کشیده‌تر از حالت طبیعی بودند. در نمونه‌های تهیه شده نواحی بسیار وسیعی از عاج شبیه Tertiary Dentin مشاهده می‌شد که نشان می‌داد عاج بدون پوشش در مقابل تحریکات فعال بوده است. فضای Subodontoblastic و سلول Reserve وجود نداشتند. پالپ از نظر ساختار طبیعی بود هر چند در نواحی از آن آبسه دیده می‌شد. قسمتهایی از اپی تلیوم مخاط دهان به درون حفره پالپی نفوذ کرده بود. اتاقها و مجاری پالپ در تمام دندانهای شیری بدون شواهدی از محوشدگی بی اندازه بزرگ بودند. سمان به نظر طبیعی بود اما سمان سلولار وجود نداشت.

دندانها شبیح مانند به نظر می‌رسند. تمام مشخصات دندانهای Shell Teeth یعنی فضاهاى پالپی بزرگ و ضایعات متعدد پری اپیکال در رادیوگرافی OPG مشاهده می‌شود. با وجود نادر بودن این اختلال، تشخیص به موقع آن، با توجه به علائم بالینی، رادیوگرافیک و هیستوپاتولوژیک، بسیار مهم می‌باشد. اقدامات درمانی صحیح و به موقع جهت نگهداری دندانهای موجود و در نتیجه حفظ و تکامل آلوئولاریج ضروری می‌باشد.

اتاق پالپ بزرگ و اپکس باز از ویژگیهای این دندانها می‌باشد. McDonald، اثری از تشکیل عاج ثانویه را در گزارش خود بیان نکرده است. (۲)، در این مطالعه لایه داخلی عاج به وضوح لایه خارجی نبود، که علت آن را می‌توان به شکل‌گیری سریعتر لایه داخلی نسبت به خارجی دانست، هر چند این مورد برخلاف مطالعه Russel و همکاران می‌باشد که عاج را در لایه داخلی منظم و در لایه خارجی نامنظم گزارش کرده‌اند. (۹)، به دلیل نقص در تشکیل و مینرالیزه شدن دندانهای مبتلا، رادیوآپسیتی به شدت کاهش یافته و

REFERENCES

1. Pindborg JJ. Pathology of the dental hard tissues. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 1970;120-3.
2. Rushton MA. Deontodysplasia. Ghost teeth .Br Dent J.1965 Aug 3; 119:109-13.
3. McDonald Ralph E, Avery David R, Dean Jeffrey A, Dentistry for the child and adolescent. 8thed. St. Louis Missouri: Mosby; 2004,127.
4. Shah N, Gupta YK. Generalized odontodysplasia; A case report. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 1998 Jun; 16(2):40-3.
5. Bergman G, Lysell L, Pindborg JJ. Unilateral dental malformation. Report of two cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1963 Jan; 16:48-60.
6. Zegarelli EV, Kutscher AH, Applebaum E, Archard HO. Odontodysplasia, Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1963 Feb; 16:187-93.
7. Sabah E, Eden E, Unal T, Odontodysplasia: Report a case, J Clin Pediat Dent. 1992 Winter, 16(2):115-8.
8. Lowe O, Duperon DF. Generalized Odontodysplasia. J Pedod. 1985 Spring; 9(3):232-43.
9. Russell K, Yacobi R. Generalized odontodysplasia concomitant with mild hypophosphatasia: A case report. J Can Dent Assoc. 1993 Feb; 59(2):187-90.