

**حالة نادرة من الالتهاب
نسيج خلوي وجهي**



كيس سني المنشأ كيراتيني مصاب

حالة نادرة من التهاب نسيج خلوي وجهي.

قسم علم أمراض الفم، كلية طب الأسنان ufrn الاتحاد
الجامعي ل riogrand do nort قسم جراحه الوجه
والفكين، كلية طب الاسنان.

كيس متقرن سني المنشأ OOCs

- ❖ نسبياً، هو كيس تطوري غير مألوف تتكون من منطقه حبيبية بارزة وطبقة أساسية تحوي القليل من خلايا سطحية مكعبة والتي تُظهر عدم نزعها للحواجز النووية .
- ❖ تعتبر هذه الأكياس كيان قائم بحد ذاته من الأكياس المتقرنة سنية المنشأ، تظهر سلوكيات عدوانية منذ ظهورها وحداً أدنى من التكرار.
- ❖ الأكياس سنية المنشأ المتطورة من الممكن أن تكون عدوانية، لكن المضاعفات الحادة المهددة للنسيج الخلوي نادرة الحدوث .
- ❖ هذا التقرير يصف حالة نادرة لالتهاب النسيج الخلوي للوجه الثانوي بسبب الكيس السني المتقرن OOC لرجل بعمر الـ 27.
- ❖ مؤلفات ذات صلة عن السمات المرضية لـ OOCs تتم مراجعته.

كلمات مفتاحية:

- ✓ كيس سني المنشأ
- ✓ كيس سني المنشأ متقرن
- ✓ نسيج خلوي وجهي.

- الكيس سني المنشأ المتقرن تم اكتشافه من قبل العالم رايت عام 1981 ككيان فردي مميز عن بقية الأكياس السنية المنشأ الأخرى.
- العديد من الدراسات ناقشت لاحقاً الطبيعة الحقيقية والتصنيف النسيجي ل OOCs
- عادة ما يظهر هذا الكيس بدون أعراض ظاهرة، وحيد، آفة مشعة في القسم الخلفي من الفك السفلي ، التي تؤثر غالباً على الأشخاص البيض بين العقدين الثالث و الرابع.
- الأكياس سنية المنشأ المتطورة يمكن أن تكون عدوانية أو خطيرة
- إماكنيه التهاب النسيج الخلوي المهدد للحياة مثل ذبحة لودفيج والتهاب المنصف لوحظ ارتباطها القليل مع هذه الأمراض.
- تقارير المصابين بال OOCs نادرة جدا في الأدب.

هذا التقرير يقدم حالة نادرة من التهاب ثانوي للنسيج الخلوي لوجه لكيس متقرن مصاب يقع في الفك السفلي لرجل شاب.

✓ الأدبيات تشير إلى السمات السريرية والمرضية ل OOCs وتتم مراجعته .

- ❖ رجل بعمر ال 27 راجع الطبيب لوجود عسر بالبلع في منطقة الخد الايسر، بالمجمل، المريض كان يعاني من حمى خفيفة {38}، وأفاد أنه خضع لعلاج بالمضادات الحيوية صرفت داخل الفم قبل شهر، بدون تطور الأعراض،
- ❖ فحوص شفوية إضافية أظهرت أن الجلد المغطي كان طبيعي اللون بدون وجود دليل على وجود ناسور جلدي.
- ❖ تاريخ المريض الطبي أظهر عدم وجود أعراض جهازية مرتبطة، كشف الفحص داخل الفم وجود فتحة فم محدودة وإفرازات قيحية من الناسور الموجود في الرحى الأولى اليسرى للفك السفلي.
- ❖ بالإضافة إلى ذلك، الرحى الثالثة اليسرى {ضرس العقل} كانت مغطاة بلثة ملتهبة من الناحية الوحشية.
- ❖ الصورة البانورامية أظهرت آفة شعاعية أحادية الجانب في الزاوية اليسرى للفك السفلي.
- ❖ التصوير المقطعي المحوسب أظهر كيسة كبيرة، قياس هذه الآفة بحدود 8*5 cm

❖ أظهرت صورة البانوراما آفة مشعة بزاوية الفك السفلي أظهرت آفة ذات كيس كبير بقياس 5-8 سم – CT وترقق الصفائح القشرية للعظم وانثقابها

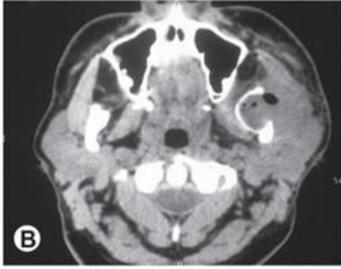
❖ على أساس التشخيص السريري الأولي لالتهاب النسيج الخلوي على مستوى الوجه و تشخيص ثانوي من خلال كيسة دواعم السن،
تعالج دواعم السن المريض بإعطائه المضادات الحيوية **وريدياً** (بنسلين IU) G_400000 مع METRONIDAZOLE 500mg وتراقب لمدة 5 أيام.

❖ بالإضافة إلى أن المريض يخضع لعلاج طبيعي وكمادات دافئة لتحسين صعوبة فتح الفم ، يتبعها عمل شق جراحي خارج فموي تحت التخدير العام لتصريف القيح

❖ تتحسن حالة المريض سريرياً بعد أسبوع واحد والآفة تعالج بالاستئصال الجراحي ، يليها تجريف عظمي محيطي
❖ نأخذ خزعة نسيجية ويتم وضعها في Formalin 10% وإرسالها
للتحليل النسيجي

❖ أظهرت فحوصات علم الأنسجة عن تجويف كيسي مبطن ببشرة
ظهارية مفرطة التقرن مع متوسط ثخانة (10-12) خلية

- ❖ كانت الطبقة السطحية مفرطة التقرن ثخينة نسبياً وكان هناك طبقة خلايا حبيبية بارزة تحتها.
- ❖ ظهرت طبقة الخلايا القاعدية مكعبة الشكل مع عدم وجود ميل لفرط التلون النووي أو نتوءات.



الشكل 1 :

الشكل المركب للصور الاشعاعية

A. الصورة البانورامية الشعاعية تظهر آفة شعاعية أحادية العين في يسار زاوية الفك السفلي والرأد.

B+C. يظهران آفة كيسية كبيرة مع ترقق وانثقاب الصفائح القشرية للفك السفلي بواسطة الاشعة CT وبالمستوى الجبهى والمحوري.



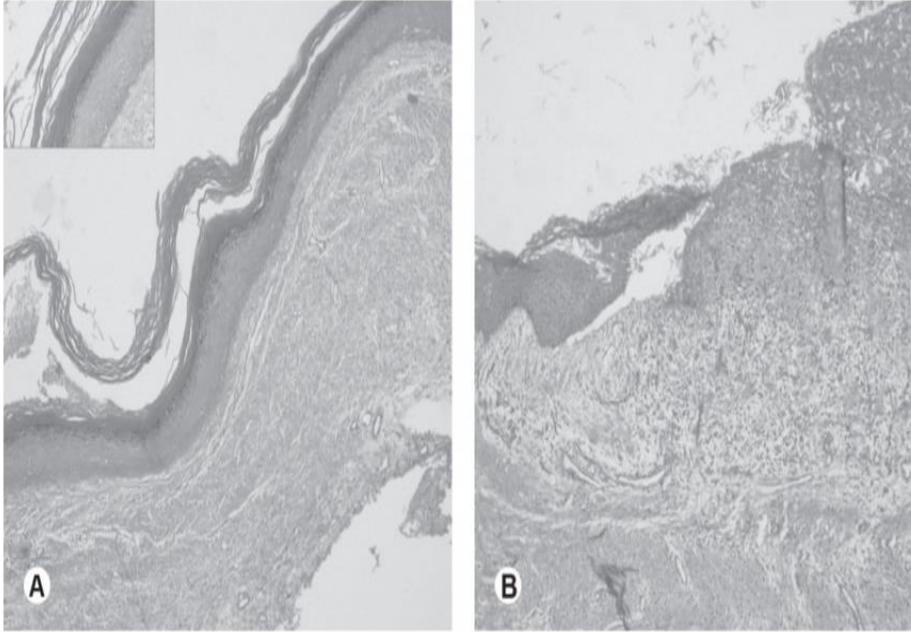
الشكل 2:

مظهر المريض فوراً بعد التصريف خارج الفم.

- تتكون الكبسولة الليفية من ألياف كثيفة من نسيج ضام مع بؤر التهابية شديدة، وانسلاخ خلايا متعددة الأشكال النووية – علامة مميزة للأضرار المرتبطة بالخراج- والتي تسببت فيها التغيرات على مستوى الظهارة الكيسية وأدت إلى تشخيص كـ OOC من خلال النتائج المجهرية.
- تحسنت حالة المريض بشكل جيد وتم تخريجه بعد 3 أيام.
- تراجع تورم الوجه وزال تماماً بعد 45 يوماً.
- بعد الجراحة والفحص الشعاعي (بعد 8 أشهر تبين وجود تماثل جيد للشفاء في العظام).

نقاش

OOC هو نوع مميز من الأكياس سنية المنشأ والتي تتميز بسلوك أقل عدوانية ومعدل انقسام منخفض.



الشكل 3:

- A. تجويف كيسى مبطن بظهارة عمودية (HE x100) بالترتيب طبقة متقرنة وسميكة نسبياً وتحتها طبقة خلايا حبيبية (HE x400)
- B. بؤر اختراق التهابي مكثف لخلايا متعددة الأشكال النووية في كبسولة ليفية (مميزة للتلغ المرتبط بالخراج) مع تغيرات في الظهارة الكيسية (HE x100).

❖ يعتبر هذا الكيس نادر و هو يشكل 0.4% من الاكياس سنوية المنشأ و نسبة حدوثه عند الذكور أكثر من الإناث بنسبة 2 ل 1

4

❖ و أكثر عمر يتأثر به فترة ال 30 و ال 40 عاما و تتظاهر أعراضه السريرية بانتفاخ (وذمه) بالوجه و عادةً يكون غير عرضي و لكن بعض المرضى يشكون من الألم و يكون عرض للكيسة

❖ ويكون الفك السفلي أكثر تعرض من الفك العلوي وخاصة في منطقة الرأد ومنطقة الأرحاء الخلفية

❖ على الصورة الشعاعية نرى حجرة وحيدة شافة على الأشعة و واضحة الحواف أو قد تكون عديدة الحجرات و نسبة تواجده مع سن منظم قد تصل من 45 ل 75% من الحالات وقطر الآفة من 2ل7 سننم

مظاهر أخرى قد تسجل في حالات أخرى مثل زيادة في القطر أو قد تسبب انثقاب لو قلت الأثانة في صفيحة العظم القشري ، مظاهر قد تكون لها علاقة بالإنثانات ، الإنثانات الثانوية تكون غير شائعة في هذه الكيسة التطويرية و في دراسة شملت 60 حالة من هذه الكيسة فقط حالتين ترافقت مع أعراض إنتانية أي بنسبة 3.3%

- ❖ في حالات نادرة فإنّ التكيّسات السنّيّة التّمويّة مع انتانات ثانويّة يمكن أن تؤدي إلى مضاعفات خطيرة
- مثلاً: احتمال أن تهدد حياة النّسيج الخلويّ.
- ❖ هذه المضاعفات الأكثر شيوعاً هي الخراجات العدوانيّة.
- ❖ على الرّغم من أن ميّزات التّصوير السريريّ لهذه الحالة توحى بكيسة دواعم السنّ كمسبب رئيسيّ للحالة المرضيّة.
- ❖ تمّ تحديد الحالة على أنّها كيس سنيّ المنشأ بواسطة التّحليل البيولوجيّ.
- ❖ التّأثيرات الثانويّة كانت نتيجة ركود جانبيّ للرحى الثالثة اليسرى للفك الأيسر.
- ❖ أكثر ما نعرفه أنه لا توجد تقارير عن التهاب النّسيج الخلويّ الثانويّ لعيوب الكيس سنّيّة المنشأ المصابة.
- ❖ وجود حالة كهذه تتضمن OCC في التّشخيص التفريقيّ المتطوّر الحديث ذو الإنتان الثّانويّ.
- وتؤكد على الحاجة للفحص النّسجيّ المرضيّ بشكل دوريّ وأخذ العينات الجراحيّة.
- ❖ على الرّغم من بعض التشابهات في الملامح المجهرية لـOOCs (أكياس سنّيّة كاملة التقرن و lok التقرن السنّي)
- (مثال:ظاهرة مطبقة رصفية، التقرن، وثخانة ظهارية متماثلة نسبياً)
- فإنّ هذه الأكياس مختلفة بشكل أساسيّ.

- إن الخلايا القاعدية في الأكياس السنية كاملة التقرن هي أقل تطوراً من تلك الموجودة في التقرن السني.
- تميل الخلايا لتكون مكعبية الشكل وتظهر نزعة قليلة لتكون مستقطبة أو سياجية.
- بالإضافة إلى أن الأكياس السنية كاملة التقرن تمتلك سطح ذو لمعة كاملة التقرن وطبقة حبيبية جيدة التطور.
- معدل النكس العالي، السلوك العدواني، واحتمالية حدوث الأورام في التقرن السني تظهر أهمية التمييز بين الأكياس السنية كاملة التقرن و التقرن السني.
- في حالة الأكياس السنية المتطورة (في الحالات المتقدمة) مع وجود إنتان ثانوي ، تجب المعالجة بالصادات الحيوية للتخلص من الإنتان قبل البدء بالتدبير الجراحي النهائي للكيس

نتيجة لذلك، تعرض المريض الحالي لمعالجة وريدية بالصادات الحيوية مع بنسلين ج(4,000,000 وحدة) وميترونيدازول (500ملغ) يتبعه تفجير خارج فموي.

- تبدي الأكياس السنية كاملة التقرن ميل قليل للنكس وربما تعالج بشكل محافظ بإجراء استئصال بسيط مع أو بدون تجريف.

- تظهر بعض الحالات للأكياس السنية كاملة التقرن خاصة تعدد الأوجه تبعاً للتصوير الشعاعي وتمت معالجة الحجوم الكبيرة نسبياً بالاستئصال مع استئصال العظام المحيطة.
- من وجهة نظر وجود الإنتان الثانوي و الحجم الكبير نسبياً للكيس، عولجت الحالة الجديدة من الأكياس السنية كاملة التقرن باستئصالها مع استئصال العظام المحيطة.
- تظهر الفحوص الشعاعية شفاءً جيداً للعظام بعد 8 أشهر من المعالجة.
- على الرغم من الميل القليل لحدوث النكس في الأكياس السنية كاملة التقرن يبقى المريض تحت متابعة دقيقة.

REFERENCES

1. Wright JM. The odontogenic keratocyst: orthokeratinized variant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1981;51:609-618.
2. Li TJ, Kitano M, Chen XM, Itoh T, Kawashima K, Sugihara K, et al.. Orthokeratinized odontogenic cyst: a clinicopathological and immunocytochemical study of 15 cases. *Histopathology* 1998;32:242-251.
3. Vuhahuhla E, Nikai H, Ijuhin N, Ogawa I, Takata T, Koseki T, et al.. Jaw cysts with orthokeratinization: analysis of 12 cases. *J Oral Pathol Med* 1993;22:35-40.
4. Dong Q, Pan S, Sun LS, Li TJ. Orthokeratinized odontogenic cyst: a clinicopathologic study of 61 cases. *Arch Pathol Lab Med* 2010;134:271-275.
5. MacDonald-Jankowski DS, Li TK. Orthokeratinized odontogenic cyst in a Hong Kong community: the clinical and radiological features. *Dentomaxillofac Radiol* 2010;39:240-245.
6. Basa S, Arslan A, Metin M, Sayar A, Sayan MA. Mediastinitis caused by an infected mandibular cyst. *Int J Oral Maxillofac Surg*

2004;33:618-620.

7. Souza LB, Gordón-Núñez MA, Nonaka CW, Medeiros MC, Torres TF, Emiliano GBG. Odontogenic cysts: demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010;15:583-590.

8. Sciubba JJ, Fantasia JE, Kahn LB. Odontogenic cysts. In: Atlas of tumor pathology. Tumors and cysts of the jaw. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 2001,pp15-56.

9. Metzger MC, Wagner KW, Hohlweg-Marjet B, Voss PJ, Schoen R, Schmelzeisen R. Diplopia and acute rectus muscle palsy as symptoms of an infected follicular cyst of a maxillary right third molar: a case report. *Quintessence Int* 2007;38:571-574.

10. Smith JL, Kellman RM. Dentigerous cysts presenting as head and neck infections. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;133:715-717.

11. Lautenschläger GAC, Gallina MC, Ferreira Júnior O, Lar VS. Primary failure of tooth eruption associated with secondarily inflamed dental follicle: inflammatory follicular cyst? *Braz Dent J* 2007;18:144-147.