



## میکسومای ادنتوژنیک مندیل: یک گزارش مورد

سیدحسین طباطبایی<sup>۱</sup>، نجمه جعفری<sup>۲\*</sup>، علیرضا نواباعظم<sup>۳</sup>، فاطمه عزالدینی<sup>۴</sup>

### چکیده

مقدمه: میکسومای ادنتوژنیک یک نئوپلاسم خوش خیم اما موضعاً مهاجم است که از اکتومزانسیم ادنتوژنیک برآمده و بیشتر در فکین یافت می‌شود و فقط گاهی در سایر استخوان‌ها ایجاد می‌شود. گزارش مورد: ما یک نمونه نادری از میکسومای ادنتوژنیک را در مندیل یک خانم ۲۶ ساله با مروری بر خصوصیات کلینیکی و رادیوگرافی و مسائل تشخیصی و درمانی در ارزیابی این نمونه ارائه می‌دهیم. نتیجه‌گیری: بررسی دقیق خصوصیات بالینی و کلیشه‌های رادیوگرافی همراه با ارزیابی دقیق هیستوپاتولوژی منجر به تشخیص صحیح می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: میکسوما، ادنتوژنیک، اکتومزانسیم، مندیل

۱- استادیار، بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دهان و دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۲- دستیار، بخش پاتولوژی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۳- استادیار، بخش جراحی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۴- استادیار، بخش رادیولوژی دهان و فک و صورت، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دهان و دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

\* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۳۱۵۹۲۱۲۸، پست الکترونیکی: jafarynajmeh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱

## مقدمه



شکل ۱: عدم حضور علائم بالینی

در رادیوگرافی پانورامیک به عمل آمده از بیمار یک رادیولوسنسی چندکانونی با مارجین نامشخص از مزایل پرمولر اول تا دیستال مولر سوم چپ مندیبل مشاهده شد. تراپیکول‌های استخوانی عمود برهم داخل ضایعه مشاهده شدند که نمای راکت تنیس را ایجاد کرد (شکل ۲). در بعد عمودی لوسنسی از کرست الوئول تا بوردر تحتانی مندیبل همراه با اروژن ملایم دیواره فوقانی کانال الوئولار تحتانی گسترش پیدا کرده بود. تحلیل ریشه و جابجایی دندان وجود نداشت.



شکل ۲: رادیولوسنسی چندکانونی با مارجین نامشخص همراه با تراپیکول‌های عمود برهم

بر پایه یافته‌های رادیولوژیکی تشخیص‌های افتراقی شامل ادنتوژنیک کراتوسیست، آملوبلاستوما، ادنتوژنیک میکسوما، آملوبلاستیک فیبروما، گرانولومای سلول ژانت مرکزی، همانژیوم مرکزی و نئوپلاسم‌های خوش‌خیم بافت عصبی. آسپراسیون مایع و عدم مشاهده خون، همانژیوم مرکزی را رد کرد. ادنتوژنیک کراتوسیست تظاهر سیستیک دارد و در رنج سنی وسیع‌تری رخ می‌دهد. آملوبلاستوما در سنین بالاتری رخ می‌دهد و تورم بالینی و تحلیل ریشه بیشتر از میکسوما، ادنتوژنیک می‌باشد. آملوبلاستیک فیبروما در گروه سنی جوان‌تری رخ می‌دهد و در مردان بیشتر از زنان دیده می‌شود.

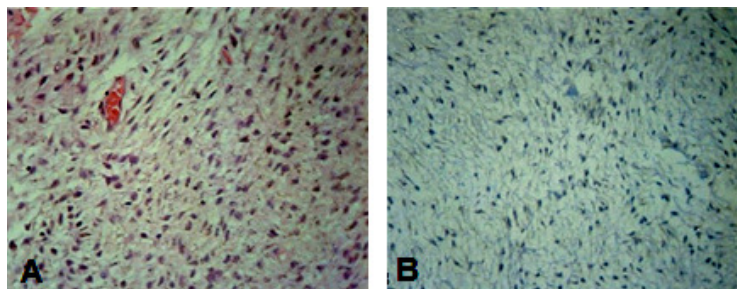
میکسوما، ادنتوژنیک یک تومور ادنتوژنیک مزانشیمال خوش‌خیم ناشایع است (۱). بر مبنای طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت میکسوما، ادنتوژنیک به عنوان یک تومور خوش‌خیم با منشا اکتومزانشیم با یا بدون حضور اپیتلیوم ادنتوژنیک دسته‌بندی شده است (۲). در سال ۱۹۴۷ Thoma and Goldman اولین بار میکسوما، فکی را توصیف کردند (۳). میکسوماها از نظر میکروسکوپی شبیه بخش مزانشیمال دندان در حال تکامل می‌باشد. به نظر می‌رسد که تمام میکسوماهای فکی منشاء ادنتوژنیک داشته باشند. میکسوماها اکثراً در بزرگسالان جوان رخ می‌دهند اما ممکن است در رنج سنی وسیعی اتفاق بیفتد. متوسط سنی بیماران در میکسوما ۲۵ تا ۳۰ سال می‌باشد. از نظر رادیوگرافی میکسوما به صورت رادیولوسنسی تک‌کانونی یا چندکانونی ظاهر می‌شود. از نظر میکروسکوپی تومور متشکل از سلول‌های ستاره‌ای، دوکی و گرد در یک استرومای میکسوئیدی شل و فراوان است که شامل تعداد اندکی الیاف کلاژن هم می‌باشد (۴).

این مقاله به توصیف یک نمونه از میکسوما، ادنتوژنیک مندیبل بدون تورم کلینیکی در یک خانم جوان با تاکید بر تشخیص‌های افتراقی رادیوگرافیک و هیستوپاتولوژیکی می‌پردازد. تمام این مراحل در این مقاله با رضایت بیمار انجام شده است.

## گزارش مورد

نمونه ما یک خانم ۲۶ ساله‌ای بود که نزدیک به یک سال و نیم گذشته برای درمان درد دندان در مولر اول سمت چپ مندیبل به دندانپزشک عمومی مراجعه کرده بود. یک رادیولوسنسی وسیع در رادیوگرافی پری‌اپیکال از مولر اول چپ مندیبل توسط دندانپزشک مشاهده شد. بیمار به بخش پاتولوژی دانشکده دندانپزشکی ارجاع داده شد. طی معاینات دندان، پوسیدگی شدید همراه با پالپیت برگشت‌ناپذیر تشخیص داده شد. مخاط سالم بود و هیچ‌گونه شواهدی از آسیمیتری صورت و تورم مشاهده نشد (شکل ۱).

کوچک پراکنده از کلسیفیکاسیون دیستروفیک در بخش‌هایی از ضایعه مشاهده شد. بر این اساس تشخیص‌های افتراقی شامل ادنتوزنیک میکسوفیبروما و نوروفیبرومای میکسوئیدی می‌باشد. با منفی‌شدن ایمونواکتیویته پروتئین S100، نوروفیبرومای میکسوئیدی رد شد (شکل B-3).



شکل ۳: بیوپسی اینسیژنال (A. x400) باندل‌های سلول دوکی و ستاره‌ای شکل با هسته‌های موجی در یک زمینه فیبرومیکسوئیدی. (B. x400) عدم رنگ‌پذیری S100.

شد که سطح باکال دست‌نخورده و سالم و سطح لینگوال اتساع مختصر و اروژن سطحی را نشان داد. یک بافت نرم ژله مانند در بخش تحتانی ضایعه از ورای ناحیه برش قابل مشاهده بود (شکل ۴).

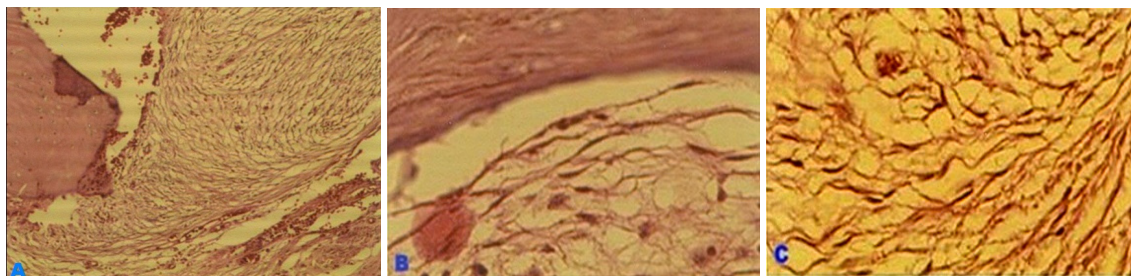
به منظور کاهش احتمال عود ضایعه، بیمار تحت جراحی رزکسیون مارجینال با حفظ بوردر تحتانی مندیبل با استفاده از پلیت بازسازی‌کننده قرار گرفت. در بیوپسی اکسیژنال یک قطعه استخوان از بدنه مندیبل شامل سه دندان مولر مشاهده



شکل ۴: اکسیژنال بیوپسی: (A) سطح لینگوال، اتساع مختصر و اروژن سطحی. (B) سطح باکال، دست‌نخورده و سالم. (C) بافت نرم ژله ای در قسمت تحتانی ضایعه.

الیاف کلاژن کم و در برخی نواحی با تولید رشته‌های کلاژن ضخیم‌تر مشهود بود. بنابراین تشخیص اولیه تأیید شد (شکل ۵).

از نظر میکروسکوپی در بیوپسی اکسیژنال تکثیر سلول‌های شبه فیبروبلاست دوکی و گرد در یک استرومای میکسوئیدی با



شکل ۵: بیوپسی اکسیژنال: (A. x100) و (B and C. x400): سلول‌های شبه فیبروبلاست دوکی و گرد در یک استرومای میکسوئیدی.

به دنبال جراحی، بیمار به مدت ۱۲ ماه فالو شد و هیچگونه

شواهدی از عود مشاهده نشد (شکل ۶).



شکل ۶: عدم مشاهده عود پس از ۱۲ ماه

### بحث

درد استخوان درگیر شده همراه است که ممکن است باعث لقی و تحلیل یا جابجایی دندان شوند (۴). درد و جابجایی دندان و پاراستزی ناشایع می‌باشد، بنابراین ضایعه می‌تواند قبل از اینکه بیمار از وجود آن آگاه شود یا نیاز به درمان را حس کند، به اندازه قابل توجهی برسد (۶).

در مطالعه‌ای Elison و همکاران تعداد ۳۳ نمونه میکسوما را بررسی کردند. نسبت خانم‌ها به آقایان ۱/۸۳ به ۱ بود. اکثریت تومورها در مندیبل و چند کانونی بودند. درد، زخم، تهاجم به بافت نرم و حرکت دندان در بین بیماران دیده شد (۱). همان‌طور که نمونه ما یک خانم ۲۶ ساله با یک تومور در مندیبل بود اما برخلاف این مطالعه نمونه ما علائم کلینیکی نداشت. علی‌رغم گستردگی ضایعه در بعد قدامی - خلفی از دندان ۱۷ تا ۲۱ و در بعد عمودی از کرسٹ استخوان تا بوردر تحتانی مندیبل، تورم قابل توجهی که توجه بیمار را جلب کند مشاهده نشد.

از نظر رادیوگرافی ضایعه به صورت رادیولوسنسی تک‌کانونی یا چندکانونی با مارجین مشخص یا منتشر به نظر می‌رسد (۶) که ممکن است باعث جابجایی و تحلیل ریشه دندان شود. مارجین رادیولوسنسی اغلب نامنظم یا کنگره‌ای است (۴). نمای تک‌کانونی بیشتر در کودکان و قدام فکین دیده می‌شود (۶). ادنتوژنیک کراتوسیست در بعد قدامی - خلفی بدون تورم مشخص در استخوان رشد می‌کند و از نظر رادیوگرافی در تشخیص افتراقی با نمونه حاضر قرار می‌گیرد. ضایعات بزرگتر در مندیبل ممکن است مارجین مشخص یا منتشر با دستجاتی از تراکول‌های استخوانی ظریف داشته باشند که نمای لانه

Rudolph Virchow پاتولوژیست آلمانی، احتمالاً اولین کسی بود که ویژگی هیستوپاتولوژیکی میکسوفیبروما را در سال ۱۸۶۳ توصیف کرد هر چند به طور خاص به ضایعات فکی اشاره‌ای ننمود (۳).

میکسومای ادنتوژنیک یک تومور ادنتوژنیک مزانشیمی خوش‌خیم ناشایع است که از پاپیلا و فولیکول‌های دندان‌های لیگامان‌پرودنتال منشا می‌گیرد (۵،۶). مشیری و همکاران بر اساس یک مطالعه ایمونوهیستوشیمیایی فراساختاری ضمن تاکید بر منشا ادنتوژنیک این تومور پیشنهاد کردند که وقوع تغییراتی در فیبروبلاست‌های جوانه‌دندانی منجر به ایجاد میکسومای ادنتوژنیک می‌شود. در مقابل این تئوری، Wittkamp و Sloopweg نشان دادند که ماتریکس میکسوئیدی فکی از ماتریکس خارج سلولی بافت دندان‌های متفاوت است (۵). اکثریت میکسوماهای ادنتوژنیک در بزرگسالان جوان و بیشتر در دهه سنی دوم و سوم با تمایل مختصر به جنس مونث گزارش شده است. همان‌طور که نمونه ما یک خانم ۲۶ ساله بود. اگرچه میکسومای داخل استخوانی در نواحی آناتومیکی متنوعی گزارش شده است. اکثریت این تومورها در منیبل رخ می‌دهند (۲). ضایعات فک پایین عمدتاً در نواحی مولر و پرمولر یافت می‌شوند و ممکن است به ناحیه راموس و کندیل هم گسترش یابند (۵).

از نظر کلینیکی میکسومای ادنتوژنیک یک توده خوش‌خیم بدون درد و مهاجم با رشدی آهسته است که ممکن است باعث آسیمتری مشخص صورت شود (۶). ضایعات کوچک ممکن است بدون علامت باشند اما ضایعات بزرگتر اغلب با تورم بدون

استخوانى مطرح گرديدکه با توجه به منفى بودن واکنش آنتىبادى عليه پروتئين S100 اين احتمال رد شد و نهايتاً تشخيص میکسوماى ادنتوژنيک پيشنهاده گرديد.

فقدان کپسول و ماهيت ارتشاحى ضايعه منجر به عود بالاى ضايعه به دنبال درمانهاى محافظه کارانه مثل: انوکلاسيون، کورتاژ و کرايوتراپى مىشود(۹).

هرچند درمان محافظه کارانه میکسوما بهوسيله جراحى و کورتاژ همراه باکرايوتراپى با نيتروژن مايع بهعنوان يک درمان جايگزين جراحى رادیکال در نظر گرفته شده است(۱۰).

اما درمان تهاجمى بهصورت رزکسيون بلاک توسط اغلب نويستندگان با توجه به ماهيت تهاجمى آن و اندازه بزرگ تومور و ميزان عود ۲۵٪ آن توصيه شده است(۴،۶).

حداقل پنج سال پيگيرى بهمنظور تايد بهبودى همراه با فالوآپ دورهاى از نظر کلينىکى و راديوگرافى بايستى انجام شود(۱۰). ما نيز با توجه مطالعات مشابه، درمان رزکسيون مارچينال از طريق دسترسى داخل دهانى با حفظ بوردر تحتانى منديبل و کاربرد پليت بازسازىکننده تيتانيومى را در نظر گرفتيم.

پس از ۱۲ ماه هيچگونه شواهدى از عود مشاهده نشد. بيمار در گرفتن عکس راديوگرافى همکارى لازم را نداشت و مشکلات سايکولوژيکال به دليل ظاهر صورت، مهمترين محدوديت بود. نکته قوت اين نمونه سن پايين اين بيمار و ترميم سريع محل درمان بود.

#### نتيجه گيرى

توجه دقيق به ساختمان داخلى راديوگرافى در پروسه تشخيص مهم است. البته خصوصيات هيستوپاتولوژيکى هم به تشخيص کمک مىکند.

زنبورى يا حباب صابونى يا راکت تنيس را ايجاد مىکند(۲) که از اين نظر از آملوبلاستوما قابل تشخيص نيست. اگرچه برخلاف نمونه ما، تحليل ريشه درآملوبلاستوما شايع است(۴).

بر اساس خصوصيات راديوگرافى، تشخيصهاى افتراقى مثل آملوبلاستيک فيبروما، همانژيوم مرکزى و گرانولوماى سلول ژانت مرکزى را مىتوان نام برد(۷). سپتها در اين تومور مستقيم و باريک و تراش خورده هستند و نمايى شبيه راکت تنيس يا پله نردبان را ايجاد مىکنند. اين الگو به ندرت ديده مىشود و اکثر سپتها منحنى و خشن هستند با اين حال يافتن يک يا دو سپتاي مستقيم به تشخيص اين تومور کمک مىکند(۸). چنانچه در نمونه ما توجه دقيق به تصوير راديوگرافى، حضور تعداد اندکى سپتهاى ظريف عمود بر هم را نشان مىدهد. اين مسئله اهميت توجه به تجزيه و تحليل داخلى ضايعات داخل استخوانى در نماى راديوگرافىک را آشکار مىسازد.

در همانژيوم مرکزى ترايکولهاى خشن نماى لانه زنبورى ايجاد مىکنند. سپتها در گرانولوماى سلول ژانت مرکزى ويسپى و نامشخصتر از سپتهاى مستقيم و واضح در میکسوماى ادنتوژنيک هستند. اين ضايعه اغلب در قدام منديبل رخ داده و تورم بيشترى در مقايسه با میکسوماى ادنتوژنيک ايجاد مىکند(۸).

از نظر بافتشناسى میکسوماى ادنتوژنيک فاقد کپسول بوده و از سلولهاى ستارهاى، دوکى و گرد تشکيل شده است که در يک استروماى میکسوئيدى فراوان سست که فقط حاوى مقادير اندکى فيبريلهاى کلاژن است قرار گرفتهاند(۴).

در نمونه ما در بررسى میکروسکوپى مربوط به بيوپسى اينسيژنال با توجه به مشاهده سلولهاى دوکى با هسته موج و نيز با توجه به مشاهده اروژن مختصر در بخشى از جدار فوقانى کانال الوئولار، احتمال حضور نوروفيبروماى میکسوئيدى داخل

#### References:

- 1- Simon EN, Merx MA, Vuhahula E, Ngassapa D, Stoelinga PJ. *Odontogenic myxoma: aclinicopathological study in 33cases*. Int J Oral Maxillofac Surg 2004; 33(4): 333-37.

- 2- Sivakumar G, Kavitha B, Saraswathi T, Sivapathasundharam B. *Odontogenic myxoma of maxilla*. Indian J Dent Res 2008; 19(1): 62-5.
- 3- Reichart PA, Philipsen HP. *Odontogenic tumors and Allied lesions*. London: Quintessence publishing Co; 2004. p. 199-204.
- 4- Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. *Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd Ed. St. Louise: Saunders Elsevier, 2009. p. 730-32.*
- 5- Cidal LEE, Rodriguez RR, Taylor AM. *Odontogenic myxoma, clinical case presentation*. Revista Odontológica Mexicana 2011; 15(4): 243-49.
- 6- Reddy SP, Naag A, Kashyap B. *Odontogenic myxoma: Report of two cases*. Natl J Maxillofac Surg 2010; 1(2): 183-86.
- 7- Lin YL, Basile JR. *A case of odontogenic myxoma with unusual histological features mimicking a fibro-osseous process*. Head and Neck Patho 2010; 4(3): 253-56.
- 8- White Sc, Pharoah MJ. *Oral radiology principles and interpretation. 6th ed*. St. Louis: Mosby, 2009. p. 436-38.
- 9- Wachter BG, Steinberg MJ, Darrow DH, McGinn JD, Park AH. *Odontogenic myxoma of the maxilla: a report of two pediatric cases*. Inter J Pediatric Otorhinolaryngo 2003; 67(4): 389-93.
- 10- Manne RK, Kumar VS, Venkata Sarath P, Anumula L, Mundlapudi S, Tanikonda R. *Odontogenic myxoma of the mandible*. Case Rep Dent 2012.

## ***Odontogenic Myxoma of Mandible: A Case Report***

***Tabatabaei H (DDS, MSc)<sup>1</sup>, Jafari N<sup>\*2</sup>, Navabazam AR (DDS, MSc)<sup>3</sup>, Ezoddini F (DDS, MSc)<sup>4</sup>***

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Member of Social Determinants of Oral Health Research Center, School of Dentistry, Shahid Sadoughi Medical University, Yazd, Iran.

<sup>2</sup> Postgraduate Student, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

<sup>4</sup> Full Professor, Department of Oral and Maxillofacial Radiology, Member of Social Determinants of Oral Health Research Center, School of dentistry, Shahid Sadoughi Medical University, Yazd, Iran.

**Received:** 21 Jan 2015

**Accepted:** 18 Mar 2015

### ***Abstract***

**Introduction:** Odontogenic myxomas are benign but locally aggressive neoplasms arising from odontogenic ectomessenchyme found almost exclusively in the jaws and arise only occasionally in other bones.

**Case report:** By a brief review of clinical and radiological features, and also diagnostic and operative dilemmas in assessment a rare case of odontogenic myxoma was presented, which was occurred in the mandible of a 26-year-old female patient.

**Conclusion:** Careful evaluation of clinical features and radiographic imaging with detailed assessment of histopathology leads to correct diagnosis.

**Keyword:** Myxoma, Odontogenic, Ectomessenchyme, Mandible

#### ***This paper should be cited as:***

Tabatabaei S H, Jafari N, Navabazam AR, Ezoddini F. *Odontogenic myxoma of mandible: A case report*. Yazd Journal of Dental Research 2014; 3(4): 356-62.

**\*Corresponding author: Tel: 09131592128, Email: jafaryajmeh@yahoo.com**