

کیست مجرای نازوپالاتین یک سویه، گزارش مورد، تشخیص‌های افتراقی و طرح درمان

سپیده وثوق حسینی*، منیر مراد زاده**، امیر علاء آغبالی**، مهرداد لطفی***، شیرین سراوانی****، حمیده کده****

* دانشیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
 ** استادیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
 *** دانشیار گروه اندودنتیکس دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
 **** استادیار گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان

چکیده

کیست مجرای نازوپالاتین شایع‌ترین کیست غیرادنتوژنیک رشدی - تکاملی حفره‌ی دهان است، که در حدود یک درصد از جمعیت را درگیر می‌کند. شایع‌ترین نشانه‌های موجود همچون تورم در بخش پیشین کام، درناژ و درد است. گاهی این کیست به گونه‌ی یک سویه دیده می‌شود. کیست مجرای نازوپالاتین از طریق برداشت کامل به روش جراحی درمان می‌شود. عود و تغییرات بدخیمی این آسیب نادر است. در این گزارش مردی 54 ساله اهل تبریز معرفی می‌شود، که شکایت اصلی وی تورم یک سویه در بخش راست پیشین فک بالا بود. در معاینه - ی بالینی، تورم ناچیز و بی درد در دندان‌های سانترال، لترال و کانین سمت راست بالا دیده شد. پرتونگاری اکلوزال، رادیولوسنسی تک حفره با حاشیه‌ی منظم را نشان داد. تشخیص میکروسکوپی نهایی " کیست مجرای نازوپالاتین " بود. **واژگان کلیدی:** کیست مجرای نازوپالاتین یک سویه، کیست غیر ادنتوژنیک، کیست رشدی - تکاملی

درآمد

کیست مجرای نازوپالاتین شایع‌ترین کیست غیرادنتوژنیک رشدی - تکاملی حفره‌ی دهان است، که در حدود یک درصد از جمعیت را درگیر می‌کند⁽¹⁾. این آسیب‌همچنین به نام‌های دیگری همچون کیست پیشین میانی، میانی ماگزایلا، پیشین میانی پالاتین و مجرای اینسیزیو شناخته می‌شود⁽²⁾. باور بر این است، که این کیست از بقایای مجرای نازوپالاتین، که یک ساختار جنینی جهت پیوند حفره‌ی دهان و بینی در بخش کانال ثنایایی است، سرچشمه می‌گیرد. این مجرا به گونه‌ی طبیعی در انسان‌ها دژنره می‌شود اما ممکن است بقایای اپی تلیالی گاهی در پشت کانال‌های ثنایایی برجا بمانند⁽¹⁾.

ضربه، عفونت مجرا و احتباس موكوسی غدد بزاقی فرعی مجاور به عنوان عوامل سبب شناختی احتمالی در نظر گرفته شده و بیشتر احتمال می‌رود، که این آسیب بیانگر دژنراسیون کیستیک خود به خود بقایای مجرای نازوپالاتین باشد⁽¹⁾. برخی از بررسی‌ها اثر عوامل ژنتیکی و نژادی را در ایجاد آسیب مطرح نموده‌اند^(2 و 3) ولی به علت نبود بررسی‌ها در این زمینه، در منطقه‌ی آسیا به خوبی آشکار نگردیده، که آیا کیست مجرای نازوپالاتین در آسیایی‌ها شایع‌تر است یا خیر^(2 و 4).

نشانه‌های بالینی، پرتونگاری و میکروسکوپی

با وجود آن که کیست مجرای نازوپالاتین یک کیست رشدی - نموی است، اما به ندرت در دهه‌ی نخست زندگی دیده می‌شود⁽¹⁾. این کیست در دهه‌های چهارم تا ششم زندگی شایع‌تر^(1، 2 و 5) و در مردان سه برابر زنان است^(2، 3، 5 و 6). شایع‌ترین نشانه‌های موجود همچون تورم بخش پیشین کام، درناژ و درد است⁽¹⁾. معمولاً نشانه‌ها به دنبال عفونت ثانویه رخ می‌دهند⁽⁵⁾. گاهی اوقات بیماران پیشینه‌ای دراز مدت در مورد نشانه‌ها بیان می‌کنند، که احتمالاً به دلیل ماهیت متناوب آنهاست⁽¹⁾. با این رو، بسیاری از آسیب‌ها بی نشانه بوده و به گونه‌ی تصادفی در پرتونگاری‌های روتین کشف می‌شوند^(1 و 4). کیست مجرای نازوپالاتین معمولاً به گونه‌ی یک رادیولوژیستی کیست مانند در پرتونگاری‌های اکلوزال و پری آپیکال ناحیه‌ی انسیزور میانی ماگزایلا دیده می‌شود⁽¹⁾. با این رو گاهی کیست به گونه‌ی یک سویه بوده، که در این حالت خط وسط صورت، دیواره‌ی درونی آن را می‌سازد⁽⁵⁾. آسیب بیشتر

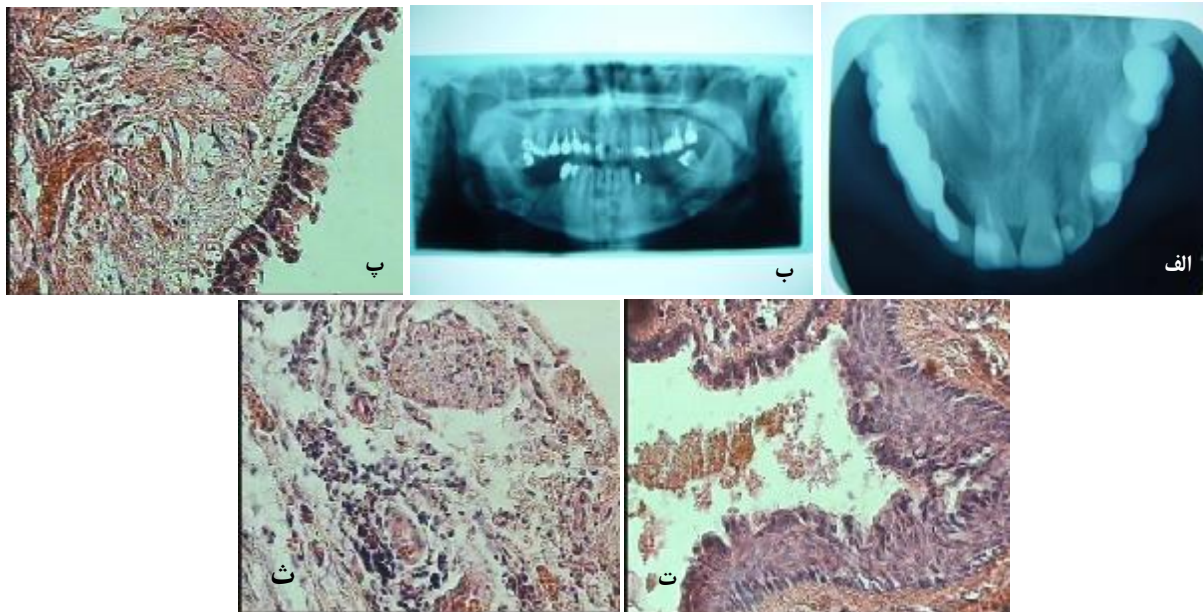
به گونه‌ی گرد یا بیضی با حدود اسکروتیک است. برخی از موارد آن در نتیجه‌ی سوپرایمپوز شدن خار بینی به گونه‌ی قلبی شکل بوده و به ندرت فرسودگی یا تحلیل ریشه‌ی دندان‌ها دیده می‌شود⁽¹⁾. به گونه‌ی متوسط قطر رادیولوژیسی 17/1 میلی‌متر بوده ولی در 70 درصد موارد 22 میلی‌متر یا کمتر است⁽⁷⁾. در بررسی‌های گوناگون ارتباطی میان سن بیمار و اندازه‌ی آسیب یافت نشده⁽⁴⁾ ولی متوسط اندازه‌ی پرتونگاری آسیب متناسب با جنس بیمار متفاوت بوده^(2 و 4)، به گونه‌ای که متوسط اندازه‌ی کیست مجرای نازوپالاتین در مردان به طور معنادار بیشتر از زنان است⁽⁴⁾.

در نمای میکروسکوپی، اپیتلیوم مفروش کننده‌ی کیست‌های مجرای نازوپالاتین بسیار متغیر بوده و شامل اپیتلیوم سنگفرشی مطبق، استوانه‌ای مطبق کاذب، استوانه‌ای ساده و مکعبی ساده است. معمولاً این کیست با بیشتر از یک گونه اپیتلیوم پوشیده شده است. از آنجا که کیست مجرای نازوپالاتین درون کانال ثنایایی ایجاد می‌گردد، اعصاب با اندازه‌ی متوسط و شریان‌ها و سیاهرگ‌های ماهیچه‌ای کوچک معمولاً در دیواره‌ی کیست دیده می‌شوند. بیشترین پاسخ آماسی در دیواره‌ی کیست دیده می‌شود، که امکان دارد از کم تا شدید متغیر باشد. این آماس معمولاً دارای ماهیت مزمن بوده و از لنفوسیت‌ها، پلاسماسل‌ها و هیستوسیت‌ها تشکیل شده است⁽¹⁾.

کیست مجرای نازوپالاتین از طریق برداشت کامل آن به روش جراحی درمان می‌شود. برگشت و تغییرات بدخیمی این آسیب به ندرت گزارش شده است⁽¹⁾. پس از انجام تشخیص بالینی و درمان جراحی درست، برگشت نادر است⁽⁴⁾.

گزارش مورد

بیمار مردی 54 ساله، اهل تبریز که با شکایت از تورم فک در بخش سمت راست پیشین ماگزایلا مراجعه کرده بود. حدود 20 سال پیش نیز در این بخش تومری دیده شده بود، که پس از انجام بیوپسی تشخیص کیست گلوبولوماگزایلاری داده شده و کیست بیرون آورده شده بود. پس از 16 سال، در پرتونگاری دوباره از بخش جراحی شده، ترمیم استخوانی کامل در جای کیست دیده نشد، بلکه وجود یک کیست با حاشیه‌ی کاملاً مشخص در پرتونگاری آشکار بود. لازم به یادآوری است، که طی این چند سال پس از جراحی آغازین، دندان لترال سمت راست فک بالای



نگاره‌ی 1 الف نمای پرتونگاری اکلوزال کیست مجرای نازوپالاتین یک سویه، **ب** نمای پرتونگاری پانورامیک کیست مجرای نازوپالاتین یک سویه، **پ** نمای آسیب شناختی بافت کیست مجرای نازوپالاتین یک سویه با پوشش اپیتلیالی تنفسی (بزرگ نمایی 200)، **ت** نمای آسیب شناختی بافت کیست مجرای نازوپالاتین یک سویه با دو پوشش متفاوت (پوشش اپیتلیالی تنفسی در کنار پوشش سنگفرشی مطبق) (بزرگ نمایی 200)، **ث** نمای آسیب شناختی بافت دیواره‌ی کیست مجرای نازوپالاتین یک سویه شامل عروق و عصب (بزرگ نمایی 200)

همچون اپیتلیوم سنگفرشی مطبق، تنفسی و استوانه‌ای یا مکعبی ساده مفروش شده بود. دیواره‌ی کیست دارای بافت همبند همراه با عروق خونی، عصب و انفیلتراسیون ناچیز سلول‌های آماسی مزمن بود. شواهدی از تغییرات بدخیمی دیده نشد. سرانجام، تشخیص "کیست مجرای نازوپالاتین" داده شد (نگاره‌ی 1- پ، ت و ث).

نکته قابل توجه این که بر پایه‌ی نمای پرتونگاری آسیب احتمال کیست مجرای نازوپالاتین بسیار ناچیز بود و نمای آسیب شناختی بافت این آسیب تشخیص "کیست مجرای نازوپالاتین" را قطعی نمود.

بحث

کیست مجرای نازوپالاتین، نخستین بار در سال 1914 توسط مایر (Meyer) گزارش شد^(2 و 8). در بیشتر موارد کیست، در خط وسط پیشین ماگزایلا نزدیک فورامن انسیزو ایجاد می‌شود^(5 و 8). گاهی کیست به گونه‌ی یک سویه دیده می‌شود، که در این حالت، خط وسط صورت دیواره‌ی درونی آن را می‌سازد⁽⁵⁾.

در بررسی کنونی، بیمار از لحاظ بالینی تورم ناچیز، بی درد و خونریزی در بخش دندان‌های سانتال و لترال و کانین داشته که هماهنگ با نتیجه‌ی بررسی بر روی 334 مورد کیست مجرای نازوپالاتین است، که تورم را در 52 و درناژ را در 25 درصد موارد

بیمار که به گونه‌ی مادرزادی هیپوپلاستیک بود، کشیده شده بود و دندان کانین سمت راست فک بالای بیمار پوسیدگی آشکار را نشان می‌داد. به این ترتیب در آغاز، تشخیص بالینی کیست رادیکولار دندان کانین سمت راست فک بالای بیمار داده شد، که در طی درمان ریشه‌ی این دندان آشکار گردید، که این کیست به انتهای آپیکال دندان ارتباطی ندارد. پس از دو سال پیگیری دوباره‌ی نمای پرتونگاری کیست، افزایشی در اندازه‌ی آن دیده نشد و ریشه‌ی دندان کانین سمت راست فک بالای بیمار دچار تحلیل شده بود. با توجه به درخواست وی جهت کاشت دندان، در بخش دندان‌های لترال و کانین سمت راست فک بالا خروج کیست جهت ایجاد ترمیم استخوانی مناسب در این بخش پیشنهاد گردید. در معاینه‌ی بالینی تورم ناچیز، بی خونریزی و درد در ناحیه‌ی دندان‌های سانتال، لترال و کانین سمت راست فک بالا دیده شد. در آسپیراسیون به عمل آمده از آسیب، مایع سفید چسبناک به دست آمد. در نمای پرتونگاری پانورامیک و اکلوزال، رادیولوسنسی گرد، تک حفره (به ابعاد $1 \times 1/5$ سانتی‌متر) و با حاشیه‌ی کاملاً مشخص دیده شد (نگاره‌ی 1- الف و ب).

نمای ماکروسکوپی بافت بیوپسی شده به گونه‌ی یک قطعه بافت نرم خاکستری رنگ با قوام الاستیک دارای لومن به ابعاد $4 \times 5 \times 9$ میلی‌متر بود. نمای آسیب شناختی بافت نمونه، یک آسیب کیستیک را نشان می‌داد، که توسط پوشش اپیتلیالی متغیری

بیان کرده است⁽⁴⁾، در حالی که در برخی بررسی‌ها بیشتر بیماران آسمپتوماتیک بوده‌اند^(2, 5 و 6).

بیشتر بررسی‌ها نشان داده‌اند، که کیست مجرای نازوپالاتین در واقع یک رادیولوژی با حدود کاملاً مشخص گرد یا بیضی یا قلبی شکل در خط میانی است. در بررسی کنونی نیز، بیمار آسیبی رادیولوژیست، گرد، تک حفره، با حدود مشخص اما به گونه‌ی یک سویه با درگیری دندان‌های سانتال، لترال و کانین داشته، که گرچه بودین (Bodin) و همکاران، با بررسی بر روی 20 نمونه کیست مجرای نازوپالاتین دریافتند، که یک مورد از هر 10 مورد کیست یک سویه بوده⁽⁹⁾ ولی تا کنون تنها یک مورد نادر از کیست کانال اینسیزیو بسیار بزرگ و یک سویه در بخش دندان‌های سانتال، لترال و کانین سمت چپ توسط اروسز (Orosz)⁽¹⁰⁾ همانند با بیمار مورد بررسی گزارش شده است. در بررسی پرتونگاری، اندازه‌ی آسیب 15 میلی‌متر بوده که هماهنگ با بیشتر بررسی‌های انجام شده در این زمینه است^(1, 2 و 4).

بررسی پرتونگاری برای تشخیص کیست مجرای نازوپالاتین ضروری بوده و افزون بر پرتونگاری پانورامیک، روش‌های تکمیلی دیگری همچون پرتونگاری پری آپیکال و اکلوزال و سی تی اسکن (CT scan) نیز پیشنهاد می‌شود⁽²⁾. ام آر آی (MRI) نیز، در تشخیص کیست مجرای نازوپالاتین به میزان زیادی قابل اعتماد است⁽¹¹⁾.

در تشخیص‌های افتراقی چنین آسیبی مواردی همچون گرانولوم ژانت سلی مرکزی، کیست پریموردیال، کیست نازوآلوئولار، استئیت همراه با فیستولیزاسیون کامی، پیوند باکونازال و یا باکوسینونازال⁽²⁾، ادنوتوزیک کراتوسیست⁽¹²⁾، ادنوتوزیک فیبروما و فرورفتگی ناشی از جراحی⁽¹³⁾ را باید در نظر داشت. همچنین، در زمان تشخیص کیست مجرای نازوپالاتین احتمال وجود گرانولوم پری آپیکال و کیست رادیکولار باید رد شود. این عمل به آسانی از طریق تشخیص وایتالیتی دندان انجام می‌شود^(5 و 12). گرچه با تشخیص میکروسکوپی آسیب می‌توان به تشخیص نهایی دست یافت.

از لحاظ آسیب شناختی بافت پوشش اپیتلیالی کیست مجرای نازوپالاتین از ترکیبی از اپیتلیوم مطبق سنگفرشی غیر کراتینیزه، مطبق کاذب استوانه‌ای، استوانه‌ای یا مکعبی ساده تشکیل می‌شود. اپیتلیوم مطبق سنگفرشی غیر کراتینیزه به تنهایی

یا در ترکیب با دیگر گونه‌ها از اپیتلیوم شایع‌ترین گونه است. دیواره‌ی همبندی کیست مجرای نازوپالاتین بیشتر اعصاب و شریان‌های نازوپالاتین را در نتیجه‌ی برداشت نسبی این ساختارها در طی جراحی و همچنین ساختارهای غددی همراه را نشان می‌دهد. بافت چربی، تشکیل استخوان واکنشی، ماهیچه‌ی استخوانی و شکاف‌های کلسترول با شیوع کمتر دیده می‌شود. ارتشاح سلول‌های آماسی نیز، گاه می‌تواند نمای دیگر دیواره‌ی همبندی کیست باشد⁽⁶⁾. در بررسی آسیب شناختی نمونه‌ی بررسی کنونی نیز، یک آسیب کیستیک با پوشش اپیتلیالی متغیر همچون اپیتلیوم سنگفرشی مطبق، تنفسی و استوانه‌ای یا مکعبی ساده دیده شد، که دیواره‌ی همبندی کیست دارای بافت همبند همراه با عروق خونی، عصب و انفیلتراسیون ناچیز سلول‌های آماسی مزمن بود.

همچنین ممکن است، که در پوشش اپیتلیالی کیست مجرای نازوپالاتین هاینکراتینیزاسیون دیده شود، که با پیش آگهی ضعیف و میزان برگشت بیشتر در پیوند است (نزدیک به 30 درصد). افزون بر این، احتمال بدخیم شدن نیز چنانچه برداشت جراحی آسیب به زودی انجام نگیرد، بیشتر است⁽²⁾. از سوی دیگر، گزارش‌هایی از وجود بافت غضروفی در دیواره‌ی کیست مجرای نازوپالاتین نیز داده شده که می‌تواند ناشی از متاپلازی بافت همبند فیبروزه در پاسخ به تحریک مزمن باشد⁽¹⁴⁾. کیست مجرای نازوپالاتین با برداشت جراحی درمان می‌شود. مارسوپیلیزاسیون در کیست‌های بسیار بزرگ توصیه می‌گردد^(2 و 6). در صورتی که کیست به گونه‌ی کامل برداشته نشود می‌تواند به عفونت حاد و به دنبال آن سوراخ شدن استخوان و ایجاد یک مسیر فیستولی بینجامد⁽⁶⁾. پارستزی پیشین کام در کمتر از 10 درصد کیست‌های مجرای نازوپالاتین درمان شده از طریق جراحی گزارش شده که در نتیجه‌ی برداشت انتهاهای عصبی عصب نازوپالاتین در امتداد جدار کیست است^(2 و 6). بیشتر موارد پیش آگهی خوبی دارند و ساخته شدن کامل استخوان در درصد زیادی از موارد رخ می‌دهد. میزان برگشت آسیب عود پایین و از صفر تا 11 درصد متغیر بوده⁽⁶⁾ و تغییرات بدخیم نیز به ندرت گزارش شده است⁽¹⁾.

نتیجه گیری

بدین ترتیب کیست مجرای نازوپالاتین را میبایست بعنوان

یکی از تشخیص‌های افتراقی رادیولوژی‌های یک سوپیه بخش
 آسپهها ما را به تشخیص صحیح نائل نموده و از درمانهای غیر
 ضروری بی‌نیاز می‌گرداند. بررسی میکروسکوپی اینگونه

References

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed., China: Saunders Elsevier; 2009; p. 28-31.
2. Escoda Francolí J, Almendros Marqués N, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Nasopalatine duct cyst: report of 22 cases and review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008; 13: E438-443.
3. Gnanasekhar JD, Walvekar SV, al-Kandari AM, al-Duwairi Y. Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. A case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 80: 465-470.
4. Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. J Oral Maxillofac Surg 1991; 49: 268-271.
5. Regezi J, Sciubba J, Jordan R: Oral Pathology (Clinical pathologic Correlations). 5th ed., China: Saunders Elsevier; 2008; p. 251-253.
6. Vasconcelos R, de Aguiar MF, Castro W, de Araújo VC, Mesquita R. Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatine duct cyst. Oral Dis 1999; 5: 325-328.
7. Wood NK, Goaz PW. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5th ed., USA: Mosby; 1997. p. 303.
8. Hegde RJ, Shetty R. Nasopalatine duct cyst. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2006; 24: 31-32.
9. Bodin I, Isacson G, Julin P. Cysts of the nasopalatine duct. Int J Oral Maxillofac Surg 1986; 15: 696-706.
10. Orosz M, Ferenczi I, Szende B. Rare case of the large-sized, unilateral incisive canal cyst. Fogorv Sz 2004; 97: 195-197.
11. Hisatomi M, Asaumi J, Konouchi H, Shigehara H, Yanagi Y, Kishi K. MR imaging of epithelial cysts of the oral and maxillofacial region. Eur J Radiol 2003; 48: 178-182.
12. Goaz PW, White SC: Oral Radiology (principles and interpretation). 3rd ed., USA: Mosby; 1994. p. 416.
13. Moss HD, Hellstein JW, Johnson JD. Endodontic considerations of the nasopalatine duct region. J Endod 2000; 26: 107-110.
14. Yih WY, Krump JL. Odontogenic keratocyst in the nasopalatine duct associated with mural cartilaginous metaplasia. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63: 1382-1384.