

المعالجة الجراحية للأكياس السنية المتقرنة - دراسة سريرية راجعة -

عيسى وهبة*

الملخص

خلفية البحث: إن الأكياس السنية المتقرنة هي أكياس بشرية تطورية شائعة الحدوث في الفكين، ويمكن أن تصل إلى حجوم كبيرة بسبب سرعة نموها وبسبب ميلها للتمدد والتوسع في عظام الفكين والأنسجة المجاورة. معالجة هذه الكياس مازال محل جدل بين المؤلفين فمنهم من يؤيد المعالجة المحافظة باستئصال الكيس فقط، ومنهم من يذهب بعيداً ويصر على الاستئصال الجذري مع حدود عظمية سليمة وقاية من النكس. الهدف من الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى تقييم نتائج سبع سنوات من معالجة الأكياس السنية المتقرنة بطرائق جراحية مختلفة.

عينة المرضى وطريقة الدراسة: شملت العينة دراسة نتائج معالجة 28 حالة كيس سني متقرن عولجوا في مشفى جراحة الفم والفكين التابع لكلية طب الأسنان بجامعة دمشق وبعض المشافي الخاصة في المدة الزمنية 1999-2006. توزعت المعالجة الجراحية بين استئصال جراحي فقط أو قطع حفافي أو قطع جزئي للفك مع الكيس كقطعة واحدة.

النتائج: حدث النكس لدى 5 حالات من أصل 28 حالة كيس سني متقرن المرضى الذين استئصل الكيس لديهم استئصال جراحي بسيط فقط حدث النكس عند 4 حالات من أصل 11 حالة استئصال جراحي أي بنسبة 36,3%، المرضى الذين عولجوا بطريقة القطع الحفافي وعددهم 14 حالة حدث النكس لدى حالة واحدة فقط، في حين لم يحدث النكس ولا بأية حالة من أصل 3 حالات التي تم بها القطع الجزئي للفك مع الكيس كقطعة واحدة.

الخلاصة: إن معالجة الأكياس السنية المتقرنة بطريقة القطع الحفافي قد خفضت نسبة النكس بشكل ملحوظ مقارنة باستئصال الجراحي البسيط التي حدثت بها نسبة نكس مرتفعة نسبياً.

* قسم جراحة الفم والفكين - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.

The Surgical Management of Odontogenic Keratocysts -Retrospective Clinical Study-

Eissa Wahbeh *

Abstract

Background: The odontogenic keratocyst is an epithelial development cyst of the jaws.

This lesion is commonly found in the maxilla and mandible , and can become quite large because of its potential for significant expansion, extension into adjacent tissues and rapid growth.

The treatment of the odontogenic keratocyst remains controversial. Treatments are generally classified as conservative or aggressive.

Purpose : The purpose of this study was to evaluate different surgical treatment methods for odontogenic keratocysts and the outcome of these treatments over a years period.

Patients and Methods : A retrospective review was performed of 28 Odontogenic Keratocysts treated at Damascus University (Department of oral and maxillofacial Surgery) from 1999-2006.

Results : Surgical treatment included Enucleation ,Peripheral Osteotomy and one block Resection. Recurrence was found in 5 cases to 28 cases.

Patients treated with Enucleation had a recurrence rate of 36.3% (4 to 11 Cysts) treated with Peripheral Osteotomy had a recurrence rate of 7.1% (1 case to 14). En Bloc Resection had no recurrences 0%.

Conclusion: Treatment of Odontogenic Keratocysts with Peripheral osteotomy had a significantly lower rate of recurrence. treatment with Enucleation was associated with a significantly higher recurrence rate.

* Department of Oral and maxillary Surgery – Faculty of Dentistry –Damascus University.

المقدمة والمراجعة النظرية:

الأكياس السنوية المتقرنة هي أكياس بشروية تطويرية تصيب الفكين ويمكن أن تصل إلى أحجام كبيرة بسبب إمكانية غزوها للأنسجة المجاورة ونموها السريع. وتشكل هذه الأكياس نسبة 3-6% من مجموع الأكياس التي تصيب الفكين. ويمكن أن تنشأ هذه الأكياس من:

الأكياس البدئية أو الأولية primodial cysts، أو الأكياس التاجية، أو الأكياس الرباطية الجانبية، أو من الأكياس الكريوية أو أن تكون جزءاً من أكياس قاعدية خاصة بمتلازمة وحمه الضلع المشقوق (Jaw cyst-basal cell nevus= bifid rib syndrome) ولكن الأكثر شيوعاً هو نشوؤها من الأكياس البدئية أو الأولية وبالدرجة الثانية من الأكياس التاجية (1-2-3)..

وتتميز بأنها تنبطن ببشرة متقرنة، وفي لمعة الكيس نجد مادة سائلة أو نصف سائلة وقد نرى في لمعة الكيس مادة القرنين وأحياناً هلاماً أو الكوليسترول وكذلك تتميز هذه الأكياس بارتفاع نسبة النكس فيها بعد المعالجة، وتذكر الأدبيات الطبية نسبة (37-63%) وتتحدث المراجع عن عدة نظريات لحدوث النكس (6-12).

إن معالجة هذه الأكياس هي محل جدل في الأدبيات والمراجع الطبية فيذكر بعض المؤلفين نجاح المعالجة المحافظة مثل {استئصال الكيس وكي جدرانه بالمواد الكيماوية مثل حمض مثلث الكلور}، أما القسم الآخر من المؤلفين فيصر على المعالجة الجذرية وقاية من النكس، ومن هذه المعالجات قطع العظم الحفافي أو الاستئصال الجزئي لعظم الفك مع الكيس كقطعة واحدة (4-5).

الهدف:

هدف هذا البحث إلى:

1-دراسة نتائج سبع سنوات من معالجة الأكياس السنية المتقرنة بمختلف الطرائق الجراحية.

2-تقييم نتائج معالجة الأكياس السنية المتقرنة ومقارنتها بالطرائق الجراحية المختلفة.

مواد البحث وطرائقه:

شملت هذه الدراسة حالة 28 كيساً سنياً متقرناً عند 26 مريضاً (اثتان من هؤلاء المرضى لديهم أكياس ثنائية الجانب) عولجوا في مشفى جراحة الوجه والفكين التابع لكلية طب الأسنان في جامعة دمشق، وفي بعض المشافي الخاصة من قبل الباحث في المدة الزمنية الواقعة بين عامي 1999-2006.

خضعت عينة المرضى للشروط الآتية:

1-أن لا يكون المريض قد خضع لأي معالجة سابقة لهذا الكيس سواء كانت جراحية أم دوائية.

2-أن يكون المرضى جميعهم قد خضعوا للجراحة من قبل الجراح نفسه (الباحث).

3-أن يكون المريض قد خضع للمراقبة الدورية على الأقل منذ 3 سنوات بعد العمل الجراحي بشكل منتظم.

استبعد كل المرضى المصابين بأكياس سنية متقرنة الذين لم يخضعوا لهذه الشروط، وبذلك بلغ عدد الأكياس السنية المتقرنة التي شملها البحث 28 إصابة (عند 26 مريضاً) من أصل 43 حالة كيس سني متقرن عولجت في المدة الزمنية الواقعة بين (1999-2006).

بعد مراجعة أضايير المرضى كافةً وُضعت استمارة خاصة بمرضى هذا البحث، شملت هذه الاستمارة:

- العمر - الجنس - مكان الإقامة

- تاريخ التشخيص الأولي
 - أعراض الإصابة إن وجدت
 - الوسائل التشخيصية المستعملة
 - تاريخ التشخيص النهائي
 - تقرير العمل الجراحي (مكان العمل الجراحي- طريقة التخدير- تقنية العمل الجراحي)
 - مراقبة المريض ومتابعته: - تاريخ المشاهدات بعد العمل الجراحي
 - ملاحظات على متابعة المريض
 - المضاعفات
 - تاريخ حدوث النكس بعد الاستئصال من قبلنا إن وجد.
- على ضوء تقارير العمل الجراحي للمرضى الذين تنطبق عليهم شروط عينة الدراسة توزعت عينة المرضى إلى ثلاث مجموعات:

المجموعة الأولى:

في هذه المجموعة استئصل الكيس فقطً مع تجريف يدوي بسيط Enucleation في إطار استئصال الآفة كخزعة استئصالية أو عدّ هذا الإجراء الجراحي كافياً. بلغ عدد مرضى هذه المجموعة 11 مريضاً أي بنسبة 39,5%.

المجموعة الثانية:

في هذه المجموعة استئصل الكيس وأجري قطع حفاقي للعظم Periphrral Ostectomy مكان الآفة باستعمال القبضة والسنابل الجراحية، مع الاكتفاء بالتجريف الجراحي اليدوي في المناطق الحرجة تشريحياً أو التي لاتطالها السنابل الجراحية، وأجري هذا للمرضى الذين سبق وشخصت لديهم الآفة نسيجياً بأنها كيس سني متقرن بناءً على المعطيات السريرية والشعاعية والنسجية. وقد بلغ عدد مرضى هذه المجموعة 14 مريضاً من أصل 28 مريضاً أي بنسبة 50%.

المجموعة الثالثة:

في هذه المجموعة استئصل الكيس مع حافات عظمية سليمة كقطعة واحدة مع الكيس
En block Resection.

و قد بلغ عدد المرضى في هذه المجموعة ثلاثة مرضى من أصل 28 مريضاً أي
بنسبة 10.5%.

اتبع الإجراء هذا مع الحالات التي كان فيها الكيس صغير الحجم، وكان هناك حافات
عظمية يعتقد أنها سليمة وكافية أن تقطع دون تشويه المنطقة بشكل واضح، أو عندما
يكون الكيس كبيراً جداً و لم يبق هناك حافات عظمية كافية لاستمرار العظم بعد
القطع، فكننا نستأصل جزءاً من الفك مع الكيس ونضع صفائح لإعادة استمرارية الفك
Reconstruction، وقد كانت لدينا فقط حالتان من هذا النوع في منطقة زاوية الفك
السفلي.

النتائج:

تراوحت أعمار المرضى بين 12 سنة (أصغر مريض) و 67 سنة (أكبر مريض) فكان
متوسط العمر 39 سنة.

بلغ عدد الذكور في هذه العينة 16 مريضاً (60,1%) و 10 مريضات إناث (39,9%).
سجل لدى 16 مريضاً (60,1%) أعراض استوجبت مراجعة الطبيب وإجراء المعالجة
في حين لم يكن عند بقية المرضى 10 مرضى (39,9%) أية أعراض، واكتشف الكيس
مصادفة في إطار المعالجات السنوية الأخرى والتصوير الشعاعي الروتيني.

أما توزع الإصابات على الفكين فكانت على النحو الآتي:

بلغ عدد الإصابات في الفك السفلي 21 كيساً أي بنسبة 75% وكانت منطقة زاوية الفك
السفلي والشعبة الصاعدة أكثر المناطق إصابة، فقد بلغ عدد الأكياس 12 أي نسبة
42,8% من مجموع إصابات الفك السفلي وبالدرجة الثانية منطقة الرحي الثالثة حيث

بلغ عددها 6 أي بنسبة 21,7%، ثم تأتي منطقة القواطع السفلية والأنياب وعدد الحالات المسجلة 2 أي بنسبة 7,2%، وأخيراً منطقة الضواحك حالة واحدة 3,5%.
بلغ عدد الإصابات في الفك العلوي 7 أكياس من مجموع عينة المرضى، وكانت أغلب الإصابات في منطقة الحذبة الفكية ومنطقة الرحي الثالثة العلوية، وبلغ عدد الأكياس 4 أي بنسبة 14,5% وفي منطقة الرباعية والنايب العلوي في الدرجة الثانية، وبلغ عدد الحالات 2 أي بنسبة 7% وحالة واحدة في منطقة الضواحك 3,5%، والجدول الآتي يظهر توزيع الإصابات على مختلف مناطق الفكين:

توزيع الإصابات على الفكين		عدد الأكياس	النسبة المئوية
الفك العلوي 7 حالات	منطقة القواطع والأنياب	2	7%
	منطقة الضواحك	1	3,5%
	منطقة الحذبة الفكية والرحي الثالثة	4	14,5%
الفك السفلي 21 حالة	منطقة القواطع والأنياب	2	7%
	منطقة الضواحك	1	3,5%
	منطقة الرحي الثالثة	6	21,7%
	منطقة الزاوية والشعبة الصاعدة	12	42,8%

تراوحت مدة مراقبة عينة البحث بين 22 شهراً (أقصر مدة مراقبة) و40 شهر (أطول مدة مراقبة) أي وسطيّاً 31 شهراً.

حدث النكس لدى 5 مرضى من أصل 28 مريضاً أي بنسبة 17,5%.

أقصر مدة نكس كانت لدى أحد المرضى بعد 4 أشهر من العمل الجراحي، وأطول مدة نكس كانت بعد 15 شهراً.

ومن الجدير بالذكر أن المقصود بمدة النكس هي المدة الزمنية الفاصلة بين تاريخ العمل الجراحي وتاريخ تشخيص النكس.

عند أربع حالات من أصل 5 حالات التي حدث بها نكس، لم يكن هناك أي أعراض أو علامات تدل على النكس، بل شخص النكس من خلال المراقبة الشعاعية الدورية خلال مدة المراقبة.

أما توزع حالات النكس على مجموعات المعالجة فكان على الشكل الآتي:

في المجموعة الأولى التي تم إجراء استئصال فقط للكيس Enucleation وتجرير يدوي بسيط حدث النكس لأربع حالات من أصل 11 حالة أي بنسبة 36,3%.

أما المجموعة الثانية أي مجموعة القطع الحفافي Peripheral Ostectomy حيث أُجري للمريض استئصال الكيس وقطع الحافات العظمية بالميكروموتور وتجرير آلي لبقية جدران الكيس فحصل النكس لحالة واحدة من أصل 14 حالة أي بنسبة (7,1%) وحدث ذلك بعد 15 شهراً أي آخر حالة نكست خلال مدة المراقبة.

أما في المجموعة الثالثة أي مجموعة Resection أي المجموعة التي أُجري قطع جزئي لعظم الفك الحاوي على الكيس كقطعة واحدة En Block فلم يحدث النكس في أي من الحالات الثلاث في هذه المجموعة.

عند قراءة النتائج السابقة وتحليلها إحصائياً نرى أن هناك فروقاً واضحة من حيث النكس بالنسبة إلى المجموعات الثلاث حيث بلغت نسبة النكس في المجموعة الأولى Enucleation 3,36% أي أربع من أصل 11 حالة.

أما عند المجموعة الثانية أي مجموعة القطع الحفافي Peripheral Ostectomy فكانت هناك حالة نكس واحدة من أصل 14 مريضاً أي بنسبة 7,1%.

أما المجموعة الثالثة أي مجموعة القطع الجزئي للفك Resection فلم يحدث أي حالة نكس خلال مدة المراقبة التي بلغت حتى 40 شهراً.

ومن الجدير بالذكر أنه من بين الحالات التي لفتت انتباهنا وكانت مميزة هو وجود حالة كيس سني متقرن ثنائية الجانب في الشعبة الصاعدة عند أم وعند ابنها، أي الحالة نفسها عند الأم وعند الابن كما وجد عند الابن انشقاق في ذروة الأنف فضلاً عن وجود الأكياس السننية المتقرنة ثنائية الجانب.

عولجت هذه الحالة عند الأم وعند الابن بطريقة القطع الحفافي، ولم يحدث النكس لا عند الأم ولا عند الابن خلال مدة المراقبة.

المناقشة:

كان متوسط عمر المرضى في عينة بحثنا 39 سنة، وهذا يتوافق مع دراسات (1-7) التي بلغ متوسط العمر عند مرضاهم 41 سنة، ودراسات Brannou، والتي بلغ متوسط العمر عند مرضاه 37 سنة.

أظهرت هذه الدراسة أن إصابات الذكور أكثر من إصابات الإناث بالأكياس السنوية المتقرنة حيث بلغت نسبة الإصابة لدى الذكور 60% وعند الإناث 40%، وهي تؤكد دراسات (7-8-17).

تذكر كثيراً من الدراسات مثل (7-8-17) أن 50-65% من الأكياس السنوية المتقرنة تُظهر أعراضاً مثل (الألم-الانتباج-الخمج وتشكيل نواسير)، وهذا ما ظهر عند مرضى هذه الدراسة. تظهر دراستنا أن الفك السفلي أكثر إصابة من الفك العلوي، وكان ترتيب الإصابات في دراستنا على الشكل الآتي: أكثر منطقة إصابة هي منطقة الأرحاء الثالثة السفلية والشعبة الصاعدة، ثم تأتي منطقة الحدية الفكية والرحى الثالثة العلوية في الدرجة الثانية تليها منطقة القواطع السفلية ثم بقية مناطق الفكين.

في دراستنا كانت هناك إصابة واحدة فقط في منطقة الضواحك العلوية، وحالة واحدة في منطقة القواطع العلوية بين الناب والرباعية.

بلغت نسبة النكس في عينة مرضانا بشكل عام 17,5% أي 5 حالات من أصل 28 حالة.

إن نسبة النكس بشكل عام أي بنسبة 17,5% تماثل كثيراً من الدراسات مثل دراسة (7-8-11). ولكن لم نجد من خلال مراجعتنا لكثير من المقالات والدراسات التي ذكرت في هذا البحث ربطاً بين نسبة النكس وطريقة العمل الجراحي، وهذا ما تميز في بحثنا الذي ربط نسبة النكس بطريقة العمل الجراحي، فلاحظنا تراجعاً ملحوظاً

بنسبة النكس في حال تم إجراء قطع حفافي لعظام الفكين مكان وجود الأكياس ولم نلاحظ أي نكس بعد إجراء قطع جزئي للفك مكان الآفة.

الخلاصة:

تشكل الأكياس السنوية المتقرنة نسبة 8% من مجموع أكياس الفكين التي يمكن أن تنمو بسرعة وتصيح بحجوم كبيرة تهدد البنى التشريحية والوظيفية لعظام الفكين وتتميز بكثرة نكسها التي تقارب 20%. يعزو كثير من المؤلفين ارتفاع نسبة النكس إلى عدم الاستئصال الكامل لبطانة الكيس بأن الاستئصال الكامل لبطانة الكيس صعب التحقيق في أغلب الحالات نظراً إلى رفته وسهولة تمزقه ووجوده في أماكن صعبة الوصول إليها تشريحياً. هذا يضع الجراح في كثير من الأحيان أمام تحدٍ كبير هل يقوم باستئصال واسع وتخريب البنى التشريحية لتجنب النكس أم تكون مداخلته الجراحية محافظة مع الأخذ بالحسبان إمكانية النكس.

لاحظنا وبحسب نتائج دراستنا أنه يمكن تحقيق التوازن بين تقليل حالات النكس والمحافظة - قدر الإمكان - على البنى التشريحية. إذ لاحظنا تراجعاً ملحوظاً في نسبة النكس عند تباع طريقة القطع الحفافي للعظم بعد استئصال الكيس لها، فكان النكس بنسبة 36,3% في حالات الاستئصال فقط أي Enculeation وتراجع إلى 7,1% في حالات القطع الحفافي Peripheral Ostectomy، وهكذا تجنبنا الجراحة الواسعة وتخريب البنى التشريحية بالقطع الحفافي، وحققتنا تراجعاً في نسبة النكس. أي أننا ننصح بالقطع الحفافي للأكياس السنوية المتقرنة، وخاصة إذا كان التشخيص مثبتاً بخزعة سابقة، أو أن محتويات الكيس (هلام وقرنين) ترجح بأنه كيس سني متقرن، وخاصة إذا تعذر استئصال بطانة الكيس بشكل كامل.

وعلى الرغم من ذلك ننصح بالمتابعة الطويلة للمرض لأن الأدبيات الطبية ذكرت حالات من النكس بعد أكثر من عشر سنوات من الاستئصال الجراحي الأولي (13-8).

Reference

- 1- Marx RE, Stern D : Oral and Maxillofacial Pathology: A Rationale for Diagnosis and Treatment. Chicago, IL ,Quintessence, 2003 pp 590 - 601
- 2- Harris M , Toller P : The pathogenesis of dental cysts. Br Med Bull 31 :159 ,1975
- 3- Scharffetter K , Balz- Hermann C ; Proliferation kinetics-study of the growth of the keratocysts. J Craniomaxillofac Surg 17 226 ,1989
- 4- Meiselman F: Surgical management of the odontogenic keratocyst: Conservative approach. J Oral Maxillofac Surg 52 : 960 ,1994
- 5- Williams TP , Connor FA: Surgical management of the odontogenic keratocyst : Aggressive approach. J Oral Maxillofac Surg 52 : 964 ,1994
- 6- Woolgar JA , Rippin JW , Browne RM : A comparative study of the clinical and histological features of recurrent and nonrecurrent odontogenic keratocysts. J Oral Pathol 16; 124 , 1987
- 7- Crowley TE , Kaugars GE : Odontogenic keratocysts : A clinical and histologic comparison of the parakeratin and orthokeratin variants. J Oral Maxillofac Surg 50 :22, 1992
- 8- Brannon RB : The Odontogenic Keratocyst : A clinicopathologic study of 312 cases Part I Oral surg Oral Med Oral Pathol 42 : 54, 1976
- 9- Meara JG , Shah S Li KK:The odontogenic keratocyst : A 20 years clinicopathologic review Laryngoscope 108 :280,1998
- 10- Lam KY ,Chan ACL : Odontogenic keratocysts:A clinicopathological study in Hong Kong Chinese. Laryngoscope 110 :1328,2000
- 11- Stoelinga P : Long-term follow-up on keratocysts treated according to a defined protocol. Int J Oral Maxillofac Surg 30:14, 2001
- 12-Williams TP, Hellstein JW : Oral and Maxillofacial Surgery , Philadelphia ,PA , Saunders , 2000 pp 310-312
- 13- Pindborg JJ ,Hansen J : Studies on odontogenic cyst epithelium. Acta Path Microbiol Scand 58:283,1963
- 14- Browne RM : The odontogenic keratocyst : Histological features and their correlation with clinical behavior. Br Dent J 131:249,1971
- 15- Wright JM: The Odontogenic keratocyst :Orthokeratinized variant. Oral Surg oral med Oral pathol 51 :609,1981
- 16- Ahlfors E ,Larsson A : The Odontogenic keratocyst : A benign cists tumor ? J Oral Maxillofac Surg 41 : 10,1984
- 17- Dammer R ,Niederdelmann H: Radical treatment of keratocysts: A retrospective review. Br j Oral Maxillofac Surg 35; 46, 1997
- 18- Voorsmit RA Stoelingga PJ: The management of keratocysts. Jmxillofac Surg 9: 228,1981.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2009/6/28.

تاريخ قبوله للنشر: 2009/7/8.