

کیست گورلین و ویژگی‌های بالینی - پاتولوژی

*دکتر صفورا سیفی^۱، دکتر کامران نصرتی^۲

^۱استادیار آسیب‌شناسی دهان، فک و صورت، ^۲استادیار جراحی دهان، فک و صورت دانشکده‌ی دندان‌پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی بابل

خلاصه

مقدمه: کیست گورلین ضایعه‌ای ادنتوزنیک با رفتار بالینی متفاوت است و در مورد طبیعت آن به عنوان کیست یا تومور اختلاف عقیده وجود دارد. هدف مطالعه‌ی حاضر بررسی فراوانی و ویژگی‌های بالینی، پاتولوژی، رادیوگرافی و درمان آن است.

روش کار: در این مطالعه‌ی گذشته‌نگر از سال ۸۸-۸۲ فایل‌های آرشیو دانشکده‌ی دندان‌پزشکی بابل بررسی و پرونده‌ی موارد کیست گورلین خارج گردید. سپس تمام فراوانی کیست و فراوانی اطلاعات پرونده‌ها با استفاده از SPSS و تست دقیق فیشر تحلیل گردید.

نتایج: از ۴۴۳ ضایعه‌ی دهانی، ۲۰ مورد کیست گورلین، (میانگین سنی ۲۸/۴ سال) بود. ۱۹ ضایعه مرکزی، ۱۶ نمونه در فک پایین و ۱۰ مورد در جنس مذکر بودند. در نمای رادیوگرافی رادیولونسی پری کروئال (۱۴ مورد)، رادیولونسی پری آپیکال (۲ مورد)، رادیولونست رادیوپاک (۲ مورد) و یک نمونه به صورت کیست باقی مانده بود. در نمای پاتولوژی، انواع پرولیفراتیو (۱ مورد)، غیرپرولیفراتیو (۱۱ مورد)، مرتبط با تومور (۵ مورد) و آملوبلاستوماتوز در ۳ نمونه مشاهده شدند. نوع درمان از Enucleation (۱۳ مورد)، Enucleation و کورتاژ (۵ مورد) تا Marginal Resection (۲ مورد) متغیر بود.

نتیجه‌گیری: کیست گورلین در بین ضایعات دهانی شیوع نسبتاً کمی داشته و در دهه‌ی دوم زندگی و در فک پایین شایع‌تر بوده، در هر دو جنس شیوع یکسانی دارد. نوع مرکزی شیوع بالاتری نسبت به نوع محیطی دارد و شایع‌ترین تظاهر رادیوگرافی و پاتولوژی و درمان آن به ترتیب رادیولونسی پری کروئال، غیرپرولیفراتیو و Enucleation است.

واژه‌های کلیدی: ادنتوزن، پاتولوژی، کیست گورلین

مقدمه

تومور یا هامارتوم در مطالعات مختلف اختلاف عقیده وجود دارد (۳). جهت درک بهتر پاتوزن آن، طبقه‌بندی‌های متفاوتی درباره‌ی این ضایعه‌ی ادنتوزنیک صورت گرفته است.

در سال ۲۰۰۵ توسط WHO تحت عنوان تومور ادنتوزنیک کلسیفیه‌ی سیستمیک نام‌گذاری شد (۴) که شاید علت این نام به دلیل شباهت اپی‌تلیوم آن از نظر هیستوپاتولوژی به آملوبلاستوما و تا حدی رفتار تهاجمی و پتانسیل رشدی آن نسبت به کیست‌های ادنتوزنیک دیگر باشد (۵). برخی از محققان عقیده دارند که این ضایعه ادنتوزنیک، تومور خوش‌خیم سیستمیک بوده و ۲/۱ درصد تا ۰/۳۷ همه تومورهای ادنتوزنیک را شامل می‌شود (۶).

کیست ادنتوزنیک کلسیفیه (گورلین) اولین بار توسط گورلین^۱ و همکاران در سال ۱۹۶۲ نام‌گذاری شد (۱). این کیست شیوع نسبتاً کمی داشته و برخی از محققان وقوع آن را در مرد و زن و در فک بالا و پایین یکسان می‌دانند و متوسط سن درگیری آن را دهه‌ی سوم زندگی (۳۳ سالگی) مطرح می‌کنند (۲). این ضایعه‌ی ادنتوزنیک ۱ درصد کیست‌های ادنتوزنیک فکی را شامل می‌شود و درباره‌ی طبیعت آن به عنوان کیست و یا

*مؤلف مسئول: ایران، بابل، دانشکده‌ی دندان پزشکی، بخش آسیب‌شناسی دهان
تلفن تماس: ۰۱۱۱-۲۲۹۱۴۰۸-۹
تاریخ وصول: ۱۳۸۸/۳/۸
تاریخ تایید: ۸۹/۱/۲۸
sf_seify@yahoo.com

¹Gorlin Cyst

۳ مورد مرتبط با ادنوما بودند. روش درمان در تمام موارد Enucleation با خارج کردن یا بدون خروج دندان درگیر بود و در عرض ۱ تا ۱۵ سال پی گیری، عودی دیده نشد (۶). از آنجا که این ضایعه‌ی ادنتوژنیک دارای ویژگی های بالینی، رادیوگرافی، پاتولوژی و درمانی متفاوت و متغیری می باشد و تا به حال در ایران مطالعات کمی در مورد شیوع کیست گورلین و اطلاعات دموگرافیک این ضایعه صورت گرفته است، هدف مطالعه‌ی حاضر بررسی خصوصیات فوق و مقایسه‌ی آن با مطالعات انجام شده در سایر نقاط دنیا می باشد. به نظر می رسد چنین اطلاعاتی کمک کننده در ارزیابی تشخیص افتراقی توسط متخصص در جهت درک بهتر پاتوژنز این ضایعه‌ی ادنتوژنیک باشد.

روش کار

در این مطالعه‌ی مقطعی توصیفی و موردی، تمام نمونه های آرشیو دانشکده‌ی دندان پزشکی بابل از اسفند ۸۲ تا شهریور ۸۸ که اکثرا مربوط به شهرهای ساری و بابل می باشد، مورد بررسی قرار گرفت و نمونه ها با تشخیص کیست گورلین (کیست ادنتوژنیک کلسیفیه) خارج شدند. کلیه‌ی لام های مربوطه توسط پاتولوژیست دهان مورد بررسی مجدد قرار گرفته و پس از تایید تشخیص، اطلاعات در مورد نمای بالینی، خصوصیات دموگرافیک (سن، جنس، محل ضایعه) و نمای رادیوگرافی و پاتولوژی و درمان از پرونده های آنها خارج شدند. از نظر سنی، متوسط سن درگیری و شایع ترین دهه‌ی سنی بررسی شد. در ارتباط با محل ضایعه، انواع داخل استخوانی و خارج استخوانی (محیطی) و نواحی قدامی خلفی مورد بررسی قرار گرفت. از نظر جنسی (مذکر و مونث) و از نظر نمای رادیوگرافی (چند حفره‌ای، تک حفره‌ای، انواع پری کرونا، پری آپیکال، دارای دندان نهفته و بدون دندان نهفته، نوع دندان نهفته) بررسی شد. در ارتباط با نمای پاتولوژی نیز به انواع پرولیفراتیو، غیر پرولیفراتیو، آملوبلاستوماتوز و مرتبط با تومور تقسیم شد و وجود کلسیفیکاسیون و عاج دیسپلاستیک نیز بررسی شد.

برخی دیگر گزارش می کنند که کیست گورلین به صورت یک طیف از ضایعات ادنتوژنیک می باشد که در یک سر آن ضایعات سیستمیک و زیر گروه های آن و در طرف دیگر طیف، ضایعات تومورال حاصل از این ضایعه‌ی ادنتوژنیک قرار دارند. اما محققان دیگر این ضایعه را تومور ادنتوژنیک با تمایل بالا جهت تشکیل کیست می دانند (۷). نمای بالینی و رادیوگرافی آن اختصاصی نیست و ممکن است از نظر بالینی و رادیوگرافی با ضایعات ادنتوژنیک و غیر ادنتوژنیک اشتباه شود (۶). این ضایعه‌ی ادنتوژنیک دارای انواع مرکزی (داخل استخوانی) و محیطی بوده و اکثر مطالعات، شیوع نوع مرکزی آن را بیشتر می دانند (۸). از نظر پاتولوژی مشکل از اپی تلیوم ادنتوژنیک چند لایه بوده که هسته‌ی سلول های لایه‌ی بازال آن دارای قطبیت معکوس می باشند و در نواحی سطحی، سلول هایی با آرایش سست مانند رتیکولوم ستاره‌ای دیده می شود که در بین آنها سلول های گوشت مشاهده می گردند و بعضا دچار کلسیفیکاسیون می شوند. در مرز اتصال اپی تلیوم هم بندی در برخی نواحی عاج دیسپلاستیک دیده می شود. بافت هم بندی نیز فیبرو کلاژنیزه تا ادما توز بوده و بعضا دارای ارتشاح آماسی اندک تا متوسط است. گاهی صفحاتی از سلول های گوشت در نسج هم بندی نمایان می باشد (۲). در مواردی کیست گورلین همراه با تومور های ادنتوژنیک می باشد که شایع ترین آنها ادنوما و ضایعاتی با شیوع کمتر شامل آملوبلاستوما، تومور آدنوماتوئید ادنتوژنیک، آملوبلاستیک فیروما است (۹-۱۲) که به نظر می رسد این تومورها مرتبط با اپی تلیوم چند پتانسیلی و خاصیت پرولیفراتیو آن باشند (۹،۶).

Iida و همکاران در بررسی بالینی توصیفی، ۱۱ مورد کیست گورلین، (۷ مورد در آقایان و ۴ مورد در خانم ها) را گزارش کردند که سن درگیری ۸۲-۱۲ سال با متوسط سنی ۱۹-۱۰ سال بود. ۶ مورد در فک پایین و ۵ نمونه در فک بالا مشاهده شد که ۵ مورد در ناحیه‌ی خلفی و ۶ نمونه در ناحیه‌ی قدامی بودند. ۱۰ نمونه به صورت رادیولوسنسی تک حفره‌ای و ۱ مورد به صورت چند حفره‌ای بود. از نظر پاتولوژی ۵ نمونه پرولیفراتیو، ۲ نمونه غیر پرولیفراتیو و ۱ مورد آملوبلاستوماتوز و

نماهای رادیوگرافی کلسیفیکاسیون Fleck مشاهده نگردید. در تشخیص افتراقی بالینی کیست گورلین در اکثر موارد کیست دنتیژروس سپس کراتوسیست، آملوبلاستومای تک کیستی و در موارد نادرتر ادنتوما و کیست رادیکولار (باقی مانده) مطرح بود.

از نظر نمای پاتولوژیکی در تمام موارد نوع مرکزی، اپی تلیوم کیست گورلین همراه با سلول‌های گوست مشاهده شد ولی تنها در ۹ نمونه هم کلسیفیکاسیون دیستروفیک و هم عاج دیسپلاستیک نمایان بود و در نوع محیطی علاوه بر اپی تلیوم کیستیک و سلول‌های گوست، در سطح، اپی تلیوم سنگفرشی مطبق مخاط دهان رویت می‌شد. از نظر پاتولوژی ۲ نمونه پرولیفراتیو، ۱۱ نمونه غیرپرولیفراتیو، ۲ مورد آملوبلاستوماتوز، ۴ مورد مرتبط با تومور بودند (۱ مورد آملوبلاستوما، ۱ مورد تومور آدنوماتوئید ادنتوژنیک، ۲ مورد ادنتومای کمپلکس).

درمان در نوع محیطی از طریق بیوپسی اکسیژنال، Enucleation (۱ مورد) انجام شد و در نوع مرکزی از Enucleation (۱۳ مورد)، Enucleation و کورتاژ (۵ مورد) تا Marginal Resection (۲ مورد) متغیر بود. در مواردی که کیست گورلین همراه با تومور ادنتوژنیک بود، درمان همانند تومور مربوطه انجام می‌شد. فقط در انواع آملوبلاستوماتوز کیست گورلین درمان مشابه کیست گورلین صورت گرفت. در اکثر موارد دندان درگیر همراه با ضایعه به ویژه مولر سوم فک پایین خارج شد و در یک مورد درگیری کاین قدامی فک پایین دندان از طریق ارتودنسی به سطح اکلوزن راه یافت. در هیچ کدام از موارد فوق در عرض ۲۴-۱۲ ماه پی‌گیری عودی گزارش نشد. (تصویر ۶-۱).

بحث

کیست ادنتوژنیک کلسیفیه (کیست گورلین)، ضایعه‌ی ادنتوژنیک ناشایع و بعضاً بدون علامت می‌باشد و در مواردی به عنوان یک یافته‌ی تصادفی در رادیوگرافی در نظر گرفته می‌شود.

تمام اطلاعات در SPSS نسخه‌ی ۱۷ ثبت شدند. فراوانی کیست گورلین در بین کل ضایعات دهانی بررسی شد. هم‌چنین فراوانی سنی، جنسی، محل، انواع رادیوگرافی، انواع پاتولوژی و درمان ضایعه در جداولی ثبت شد و با تست دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

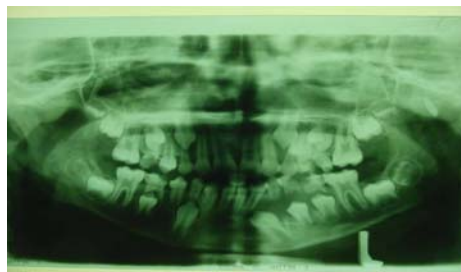
نتایج

از بررسی ۴۴۳ ضایعه دهانی، ۲۰ نمونه کیست گورلین گزارش گردید که ۱ نمونه کیست گورلین محیطی و ۱۹ مورد مرکزی بودند. دامنه‌ی سنی درگیری ۷۰-۱۰ سالگی و متوسط سن درگیری (۲۸/۴ سالگی) دهه‌ی دوم زندگی بود. از ۱۹ مورد مرکزی (۱۰ مورد در جنس مذکر و ۹ نمونه در جنس مونث) رخ دادند و ۱۶ نمونه در فک پایین و ۳ مورد در فک بالا گزارش شد. نوع محیطی کیست گورلین در لته‌ی فک پایین در خانم ۵۵ ساله گزارش شده بود که تشخیص افتراقی بالینی آن ژانت سل گرانولوم محیطی مطرح شد. از ۱۶ نمونه‌ی مرکزی که در فک پایین قرار داشتند، ۱۴ مورد در ناحیه‌ی خلفی و ۲ نمونه در ناحیه‌ی قدامی گزارش شدند. از نظر نمای بالینی در اکثر موارد تورم بدون درد و با شیوع کمتر نهفتگی دندان به ویژه مولر سوم فک پایین مشاهده شد. در بررسی نمای رادیوگرافی نوع مرکزی در ۱۴ مورد رادیولوسنسی پری‌کروئال مشاهده شد که اکثراً مرتبط با دندان خلفی (مولر سوم فک پایین) بود. در یک مورد رادیولوسنسی پری‌آپیکال در ناحیه‌ی دندان‌های قدامی فک پایین در آقای ۳۳ ساله گزارش شد که دندان لترال سمت راست پایین غیرزنده بود و عصب‌کشی صورت گرفت.

در ۲ مورد نمای Mixed رادیولوسنسی همراه با رادیوپاسیتی مشابه با دندان دیده شد. یک مورد به صورت رادیولوسنسی تک حفره‌ای با حدود نسبتاً نامشخص در ناحیه‌ی بدون دندان خلفی فک پایین در خانم ۷۰ ساله بود که از نظر بالینی تحت عنوان کیست باقی مانده گزارش شد. در یک مورد نیز رادیولوسنسی تک حفره‌ای و پری‌آپیکال در آپکس دندان‌های خلفی (مولر اول و دوم) فک پایین دیده شد. در هیچ کدام از

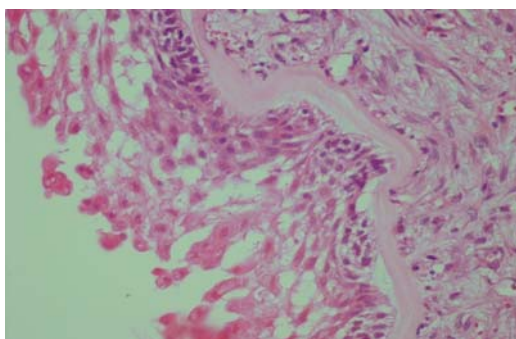


تصویر ۵- رادیولوژی پری کروئال در دندان مولر سوم (سمت چپ)



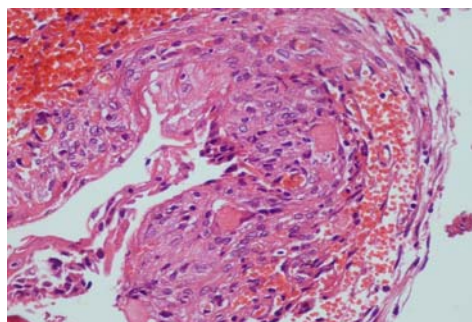
تصویر ۱- رادیوگرافی پانورامیک: رادیولوژی پری کروئال در دندان

کائین (سمت چپ)



تصویر ۶- نمای هیستوپاتولوژی کیست ادنتوژنیک کلسیفیه،

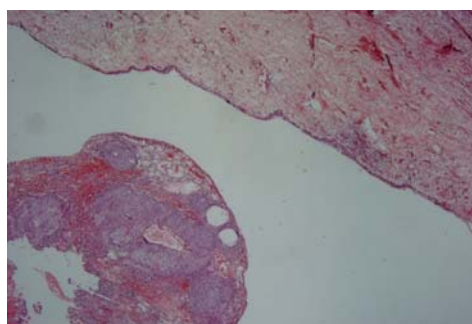
رنگ آمیزی هماتوکسیلین = ائوزین درشت نمایی ۴۰



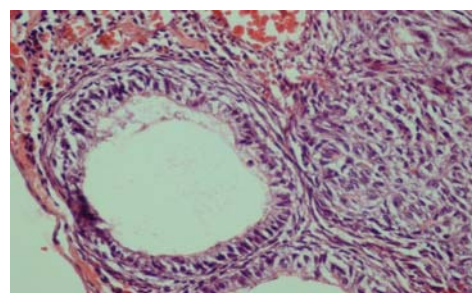
تصویر ۲- نمای هیستوپاتولوژی کیست ادنتوژنیک کلسیفیه،

رنگ آمیزی هماتوکسیلین = ائوزین درشت نمایی ۴۰

اما اکثر مطالعات تورم بدون درد و سپس نهفتگی دندان را در ارتباط با آن توصیف کردند (۱۳) که مطالعه‌ی ما به نوعی منطبق با مطالعات دیگر است. از ۲۰ نمونه در مطالعه‌ی ما فقط یک مورد محیطی و ۱۹ مورد داخل استخوانی بودند که به نوعی موید اکثر مطالعاتی است که شیوع داخل استخوانی این ضایعه ادنتوژنیک را بیشتر از نوع محیطی آن گزارش می‌کنند (۸). در مطالعاتی شیوع کیست گورلین محیطی کمتر از ۲۵ درصد موارد گزارش شده که معمولاً در لته‌ی فک پایین و در افراد پیر شیوع بیشتری دارد و از نظر نمای بالینی ممکن است مشابه با برخی ضایعات واکنشی و محیطی لته باشد (۱۳) که در مطالعه‌ی ما یک مورد در خانم ۵۵ ساله در لته‌ی فک پایین گزارش شد. از آن‌جا که عقیده بر این است که کیست گورلین از بقایای تیغ‌های دندانی منشا می‌گرفته (۲) و این بقایای درون استخوان فک‌های و در ارتباط با دندان‌ها هستند و تحت تاثیر عوامل محرک متفاوت ممکن است این پرولیفراسیون و ایجاد کیست صورت گیرد، به نظر شیوع انواع داخل استخوانی بیشتر از انواع محیطی باشد. در نوع محیطی آن که از بقایای اپی‌تلیوم



تصویر ۳- نمای هیستوپاتولوژی کیست ادنتوژنیک کلسیفیه همراه با تومور آدنوماتوئید ادنتوژنیک، رنگ آمیزی هماتوکسیلین = ائوزین درشت نمایی ۱۰



تصویر ۴- نمای هیستوپاتولوژی تومور آدنوماتوئید ادنتوژنیک،

رنگ آمیزی هماتوکسیلین = ائوزین درشت نمایی ۴۰

باشد. هم‌چنین از آن‌جا که احتمال ایجاد پاتوزها در فولیکول اطراف دندان‌های مولر دوم و سوم شایع است و احتمال نهفته باقی ماندن دندان مولر سوم فک پایین نسبت به دندان‌های دیگر شایع‌تر است، ممکن است این ضایعه از بافت اطراف دندان عقل نهفته منشا بگیرد (۱۸). به نظر می‌رسد با گذشت زمان نوع تک حفره‌ای به چند حفره‌ای تبدیل شود (۶) که در مطالعه‌ی ما مشاهده نشد. در این مطالعه فقط یک مورد کیست گورلین به صورت رادیولوسنسی تک حفره‌ای و پری‌آپیکال با دندان غیرزنده در آقای ۴۶ ساله مشاهده شد که به دلیل شیوع نادر کیست گورلین در آپکس دندان‌های قدامی و اشتباه شدن با کیست رادیکولار، دندان‌ها تحت عصب‌کشی قرار گرفتند. در نمای رادیوگرافی کیست گورلین، در هیچ‌کدام از موارد، کلسیفیکاسیون به اندازه کوچک (Fleck) مشاهده نشد و فقط در ۲ مورد رادیولوسنسی Mixed با اپاستیتی مشابه دندان دیده شد که همراهی کیست گورلین با ادنتوما گزارش شد. Iida و همکاران ۱۱ مورد کیست گورلین را از نظر نمای رادیوگرافی پانورامیک و سی‌تی بررسی کرده و بیان نمودند که کیست ادنتوژنیک کلسیفیه دارای نمای رادیوگرافی متغیری بوده و انواع تک حفره‌ای شیوع بیشتری نسبت به چند حفره‌ای دارند. ۵ مورد مرتبط با دندان نهفته بود و در ۶ نمونه هیچ ارتباطی مشاهده نشد. کیست‌های ادنتوژنیک کلسیفیه مرتبط با تاج دندان نهفته در ناحیه‌ی خلفی فک، شیوع بیشتری نسبت به ناحیه‌ی قدامی داشتند (۶) که به نوعی موید نتایج مطالعه‌ی ما می‌باشد.

بر طبق مقالات مختلف همراهی کیست گورلین با دندان نهفته در ۳۲ درصد موارد ممکن است مشاهده گردد که از نظر نمای رادیوگرافی مشابه کیست دنتی‌ژروس می‌باشد. در بررسی مطالعات مختلف شیوع نوع چند حفره‌ای کیست گورلین در ۵ درصد موارد مطرح شده است (۱۹). در مطالعه‌ی ما با وجود مشاهده‌ی کلسیفیکاسیون در نمای هیستوپاتولوژی، هیچ رادیوآپاستیتی به جز در موارد مرتبط با ادنتوما دیده نشد که ممکن است به دلیل آشکار شدن نواحی آنا‌تومیک باشد که منجر به محو شدن کلسیفیکاسیون در رادیوگرافی پانورامیک

مخاط سطحی منشا می‌گیرد، شیوع کمتری نسبت به نوع مرکزی دیده می‌شود.

Shimasakin و همکاران عقیده دارند که نوع مرکزی کیست گورلین شیوع بیشتری نسبت به نوع محیطی داشته و نوع محیطی در سنین بالاتر از ۵۰ سالگی رخ می‌دهد اما نوع مرکزی در دهه‌ی دوم زندگی شیوع بیشتری دارد (۱۴) که این مطالعه به نوعی منطبق با مطالعه‌ی ما می‌باشد.

عشقیار و همکاران در مطالعه‌ی بر روی ۳۶ مورد کیست ادنتوژنیک کلسیفیه، شایع‌ترین سن درگیری را در دهه‌ی پنجم زندگی و قبل آن مطرح نمودند و شیوع آن را در آقایان بیشتر از خانم‌ها و در فک بالا و پایین یکسان گزارش کردند و شیوع نوع مرکزی را بیشتر از نوع محیطی توصیف نمودند (۱۵). مطالعه‌ی ما از نظر شیوع بیشتر نوع مرکزی منطبق با مطالعه‌ی عشقیار و همکاران است اما در این مطالعه شیوع کیست گورلین در فک پایین بیشتر از بالا بود. Buchner و همکاران ۲۱ مورد کیست گورلین مرکزی را مورد بررسی قرار دادند و شیوع آن را در دهه‌ی دوم و سوم زندگی با متوسط سنی ۳۰/۳ سالگی گزارش کردند. در مطالعه‌ی آن‌ها در فک بالا و پایین و در خانم‌ها و آقایان شیوع یکسانی مشاهده شد (۱۶) که این مطالعه به غیر از محل ضایعات در بقیه‌ی موارد در تطابق با مطالعه‌ی ما می‌باشد.

Yu و Li در بررسی ۲۱ نمونه از کیست گورلین مرکزی شیوع آن را در دهه‌ی دوم زندگی و در فک بالا بیشتر گزارش کردند (۱۷). Neville شیوع کیست گورلین را در دهه‌ی سوم زندگی و در خانم‌ها و آقایان و در فک پایین و فک بالا یکسان گزارش کرد (۲). از نظر نمای رادیوگرافی در مطالعه‌ی ما در کیست گورلین مرکزی با نمای رادیولوسنسی چند حفره‌ای (مولتی لوکولار) مشاهده نشد و شیوع رادیولوسنسی پری‌کروئال از سایر موارد بیشتر بود که در ۱۴ نمونه مشاهده شد و اکثراً مرتبط با دندان‌های خلفی فک پایین و مولر سوم بودند. به نظر می‌رسد از آن‌جا که زمان رویش دندان‌های خلفی دیرتر از قدامی می‌باشد (۱۶) لذا احتمال تکامل این ضایعه‌ی ادنتوژنیک مرتبط با سن رویش دندان‌های خلفی

انجام می‌شود (۱۶،۱۳،۱۲). در موارد همراهی کیست گورلین (تومور ادنتوژنیک کلسیفیه سیستیک) با تومورهای ادنتوژنیک دیگر به ویژه آملوبلاستوما از آنجا که کورتاژ موجب عود می‌گردد (۲۲) و درمان ضایعه، تهاجمی می‌باشد، بنا بر این درمان از طریق Marginal Resection صورت گرفت و در پی‌گیری بیمار عودی مشاهده نشد. در مجموع می‌توان گفت کیست گورلین متشکل از طیفی از ضایعات ادنتوژنیک است که در یک طرف آن ضایعات سیستیک و در طرف دیگر ضایعات تومورال مشاهده می‌شوند و به نظر می‌رسد این دو سر طیف قابل تبدیل شدن به یکدیگر هستند که البته در این مورد اختلاف نظر وجود دارد اما شیوع این ضایعه در مطالعه مذکور در خلف فک پایین و در دهه‌ی دوم زندگی بیشتر بوده و در جنس مونث و مذکر شیوع تقریباً مساوی گزارش شده و اکثر ضایعات به صورت رادیولوژیکی پری کروئال بودند.

از مقایسه‌ی مطالعه‌ی ما با مطالعات دیگر به نظر می‌رسد که شباهت زیادی وجود دارد. اما بعضی تفاوت‌ها ممکن است به دلیل تعداد نمونه‌های مورد مطالعه، بررسی انواع داخل استخوانی و یا محیطی و یا هر دو در مورد کیست گورلین، نوع منطقه‌ی جغرافیایی، نوع، نژاد مورد بررسی، طول مدت تحقیق یا به دلیل طبقه‌بندی‌های متفاوت باشد. بعضی از مطالعات آن را به عنوان کیست مطرح کرده و شیوع آن را در بین کیست‌های ادنتوژنیک می‌سنجند و برخی در رده‌ی ضایعات تومورال قرار می‌دهند. تا به امروز با افزایش تعداد موارد گزارش شده مرتبط با کیست ادنتوژنیک کلسیفیه هنوز اختلاف عقیده در مورد ماهیت و طبیعت این ضایعه‌ی ادنتوژنیک وجود داشته است و به نظر می‌رسد انجام آزمایشاتی مانند ایمونوهیستوشیمی و استفاده از میکروسکوپ الکترونی در شناسایی طبیعت این ضایعه، کمک کننده باشند.

نتیجه گیری

کیست گورلین شیوع نسبتاً کمی در بین ضایعات دهانی داشته و در دهه‌ی دوم زندگی و در فک پایین شایع‌تر است و در هر دو جنس شیوع یکسانی دارد. نوع مرکزی شیوع بالاتری نسبت به نوع محیطی دارد و شایع‌ترین تظاهر رادیوگرافی و

گردد. البته به نظر می‌رسد سی‌تی‌اسکن جهت مشاهده‌ی کلسیفیکاسیون‌های کوچک در نمای رادیوگرافی کیست گورلین به ویژه در افراد پیر کمک کننده بوده و دقیق‌تر عمل می‌کند (۲۰).

از نظر نمای پاتولوژیکی در این مطالعه برخلاف مطالعه‌ی Iida و همکاران، انواع سیستیک و غیرپرولیفراتیو شیوع بیشتری نسبت به انواع پرولیفراتیو و مرتبط با تومور داشتند و در همه‌ی موارد اپی‌تلیوم ادنتوژنیک کیست گورلین، سلول‌های گوشت و بعضاً کلسیفیکاسیون دیستروفیک و عاج دیسپلاستیک مشاهده شد و فقط در یک مورد (نوع محیطی) صفحاتی از سلول‌های گوشت درون بافت هم‌بندی دیده شد و در سطح اپی‌تلیوم سنگفرشی مطبق رویت گردید. در مواردی ممکن است کیست گورلین مرتبط با تومورهای ادنتوژنیک باشد که شایع‌ترین آن‌ها ادنتوما است (۲۱،۲).

بعضی از مطالعات همراهی کیست گورلین با تومورهای ادنتوژنیک را در دهه‌های سنی پایین‌تر و روش درمانی را مطابق با تومور مربوطه مطرح می‌کنند (۲) اما به نظر می‌رسد ممکن است در بررسی مطالعات مختلف در مجموع میانگین سنی کمتر از کیست گورلین باشد ولی در مواردی در سنین بالاتر از دهه‌ی سوم هم ممکن است رخ دهد که بسته به سن درگیری، احتمالاً اختلافاتی در پاتوژنز آن مشاهده می‌شود (۲۱). از آنجا که اپی‌تلیوم کیست گورلین چندپتانسیلی بوده و خاصیت پرولیفراتیو دارد. به نظر می‌رسد که اکثر ضایعات تومورال با منشا اپی‌تلیالی، اپی‌تلیالی - مزانشیمی و یا مزانشیمی از پرولیفراسیون اپی‌تلیوم آن یا اثر القایی اپی‌تلیوم بر هم‌بندی منشا می‌گیرند در مواردی ضایعه‌ی جدید در بافت هم‌بندی جدار کیست باقی می‌ماند و در موارد دیگر دو ضایعه از یکدیگر کاملاً جدا شده و به صورت مجزا در کنار هم قرار می‌گیرند که احتمالاً مرتبط با سن درگیری می‌باشد (۲۱،۲).

روش درمانی، کیست گورلین به طریقه Enucleation و کورتاژ می‌باشد که به ویژه در انواع کیست گورلین مرکزی و انواع آملوبلاستوماتوز آن صورت می‌گیرد و در انواع محیطی به دلیل خاصیت تهاجمی کمتر درمان از طریق Enucleation

پاتولوژی و درمان آن به ترتیب رادیولوژی پری کروئال،
غیرپرولیفراتیو و Enucleation است.

در انجام این تحقیق همکاری داشتند، نهایت تشکر را داریم.

این مطالعه با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته و بدون حمایت
مالی نهاد خاصی انجام گرفته است.

تشکر و قدردانی

از مرکز آمار و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی بابل که

References

- 1- Gorlin RJ, Pindborg JJ, Clausen FP, Vickers RA. The calcifying odontogenic cyst: A possible analogue of the cutaneous calcifying epithelium of malherbe. An analysis of fifteen cases. *Oral Surg Oral Pathol Oral Med* 1962; 15: 1235-43.
- 2- Neville BW, Dam DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 3rd ed. Philadelphia: WB. Saunders; 2009: 695-96.
- 3- Aithal D, Reddy BS, Mahjan S, Boaz K, Kamboj M. Ameloblastomatous calcifying odontogenic cyst: A rare histologic variant. *J Oral Pathol Med* 2003; 32: 376-8.
- 4- Praetorius F, Ledesma-Montes C. Calcifying cystic odontogenic tumor. In: Branes L, Eversol JW, Reichart P, Sidransky D. (editors). *WHO classification of tumors*. 1st ed. Lyon: IARC; 2005: 313.
- 5- Kramer IR, Pintelborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumors. World Health Organization, international histological classification of tumors. Berlin: Springer-Verlag; 1991: 291-4.
- 6- Iida S, Fukuda Y, Ueda T, Aikawa T, Arizp JE, Okura M. Calcifying odontogenic cyst: Radiographic findings in 11 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 101: 356-62.
- 7- Toida M. So-called calcifying odontogenic cyst: Review and discussion on the terminology and classification. *J Oral Pathol Med* 1998; 27: 49-52.
- 8- Orsini G, Firoroni M, Rubini C, Piatelli A. Periperal calcifying odontogenic cyst. *J Clin Periodontal* 2002; 29: 83-6.
- 9- Pistoia G, Gerlach RF, Dos Santos JC, Filho AM. Odontoma-producing intraosseous calcifying odontogenic cyst- case report. *Braz Dent J* 2001; 12: 67-70.
- 10- Ide F, Obara K, Mishima K, Saito I. Ameloblastoma calcifying odontogenic cyst (dentinogenic ghost cell tumor). *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 511-2.
- 11- Buch RSR, Coerdts W, Wahlmann U. [Adenomatoid odontogenic tumor in calcifying odontogenic cyst]. *Mund Kiefer Gesichtschir* 2003; 7: 301-5. (German)
- 12- Lin CC, Chen C, Lin LM, Chen RK, Wright JM, Kessler HP, et al. Calcifying odontogenic cyst with ameloblastic fibroma: Report of three cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 451-60.
- 13- Odell EW, Morgan PR. *Biopsy pathology of the oral tissues*. 1st ed. London: Chapman and Hall Medical; 1998: 47-55.
- 14- Shimasakin RG, Suirsky JA, Kaugars GE. Intraosseous and extraosseous calcifying odontogenic cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 41: 562-5.
- 15- Eshghyar N, Jalayer-Nadery N, Ashery R. Calcifying odontogenic cyst: An analysis of thirty-six cases. *Acta medica Iranica* 2006; 44: 59-62.

- 16- Buchner A. The central (intraosseous) calcifying odontogenic cyst: An analysis of 215 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 330-9.
- 17- Li TJ, Yu Sf. Clinicopathologic spectrum of the so-called calcifying odontogenic cysts: A study of 21 cases terminology and classification. *Am J Surg Pathol* 2003; 27: 372-84.
- 18- Mesgarzadeh AH, Esmailzade H, Abdolrahimi M, Shahamfar M. Pathosis associated with radiographically normal follicular tissues in third molar impaction: A Clinicopathological study. *Indian J Dent Res* 2008; 19: 208-12.
- 19- Moleri AB, Moreira LC, Carvalho JJ. Comparative morphology of 7 new cases of calcifying odontogenic cyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 689-96.
- 20- Yoshiura K, Tabata O, Miwa K, Tanaka T, Shimizu M, Higuchi Y, et al. Computed tomographic features of calcifying odontogenic cysts. *Dentomaxillofac Radiol* 1998; 27: 12-6.
- 21- Shuko N, Akira S, Hiroshi M, Akiyoshi N, Shoji Y, Tomohiro M. A case of calcifying odontogenic cyst associated with odontoma. Review of the literature on the relationship between odontomas and cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 45: 709-10.
- 22- Gungum S, Hosgoren B. Clinical and radiologic behavior of ameloblastoma in 4 cases. *J Can Dent Assoc* 2005; 71: 481-4.