

جامعة حماة  
كلية طب الأسنان  
قسم جراحة الفم و الفكين

# الدكتور اياد لفلوف

Consultant .. PHD

Dr . Iyad Laflouf

Oral and Maxillofacial Surgery

# الأورام السليمة و الخبيثة في الحفرة الفكية

تعرف الأورام على أنها فرط تنسج يمكن أن يحدث في أية منطقة أو نسيج من الجسم

## و تقسم الأورام الى أورام سليمة و خبيثة

الورم السليم : هو فرط تنسج نظامي حيث تشبه الخلايا المتكاثرة الخلايا الأصلية  
الورم الخبيث : هو فرط تنسج عشوائي حيث تختلف الخلايا المتكاثرة عن الخلايا الأصلية التي نشأ منها .

## طرق التشخيص والفحص

عند اكتشاف أية آفة فيجب علينا إجراء عدد من الاستقصاءات الهامة لتحديدّها و تتضمن :

- ١- التاريخ الصحي.
- ٢- تاريخ الحالة المرضية.
- ٣- الفحص السريري.
- ٤- الفحص الشعاعي.
- ٥- الفحوصات المخبرية.
- ٦- الخزعات من أجل الفحص النسيجي إن تطلّب الأمر.

# الخزعات Biopsies

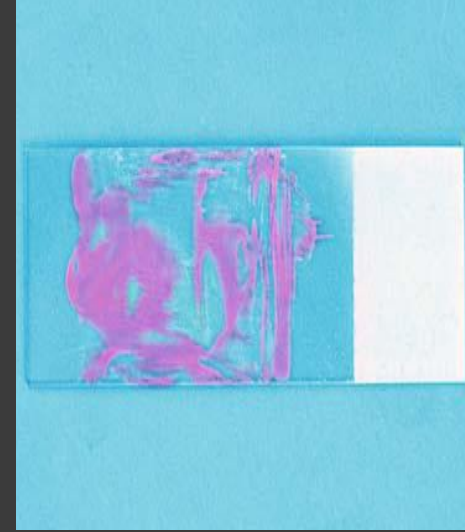
الخزعة : هي نسيج حية مستأصلة من أجل الفحوص النسيجية.  
هنالك أربع طرق رئيسة لأخذ الخزعة داخل وحول المنطقة الفموية.

١ - **Oral cytology** : هنالك أسلوبان رئيسيان :

**الأول : التقشير الخلوي Exfoliative Cytologic** :

يمكن استخدام هذه الطريقة في الحفرة الفموية ولكنها غالباً ما تستخدم كإجراء مساعد وليس بديلاً عن الخزعات الاستئصالية والشقية.

حيث أثبتت الدراسات أن هذه الطريقة كثيراً ما تعطي نتائج سلبية خاطئة على عدم وجود الخلايا الورمية وخاصةً اذا ما كان الاخصائي ذو خبرة قليلة في فحص العينات.



**Exfoliative Cytologic** التقشير الخلوي

## الثاني : خزعة الفرشاة الفموية Oral brush biopsy :

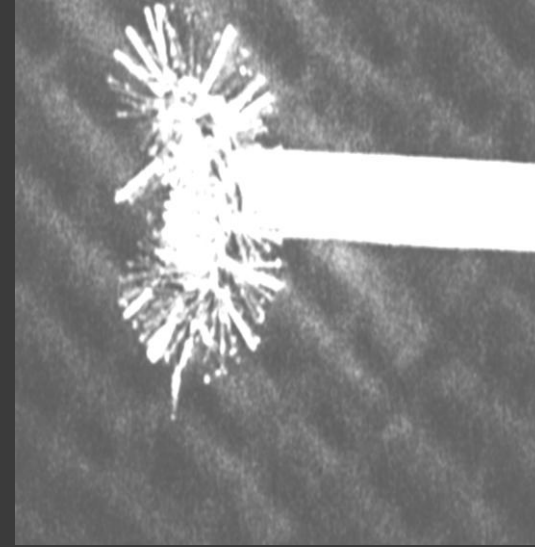
يُستخدم هنا فرشاة خاصة لجمع الخلايا البشرية و قد أثبتت الدراسات أن هذه الطريقة تتفوق على سابقتها.

طريقة أخذ الخزعة بالفرشاة الفموية (Technique)

توضع الفرشاة بتماس مع النسيج الظهاري للحفرة الفموية وتدار ٥ - ١٠ مرات بضغط ثابت وبذلك يتم جمع الخلايا البشرية من ثلاث طبقات (السطحية - المتوسطة - القاعدية ) ثم تنقل المادة الخلوية إلى صفيحة زجاجية وتثبت وبعد جفافها ترسل إلى المخبر و هناك يقرر فيما إذا اخترقت الخزعة الغشاء القاعدي أم لا.

فإذا لم تحتوي على كافة الخلايا المشكلة للنسيج الظهاري فإنه يتوجب إعادة الخزعة.

أما إذا كانت العينة كافية فيوجد كمبيوتر مبرمج يفحص كافة أجزاء النسيج الظهاري لتحديد وجود الخباثة من عدمها.



Oral Brush Biopsy خزعة الفرشاة الفموية

## ٢- البزل (Aspiration Biopsy)

يتم استخدام ( إبرة + محقنة ) لسحب مكونات الآفة و هناك نموذجين رئيسيين للبزل :

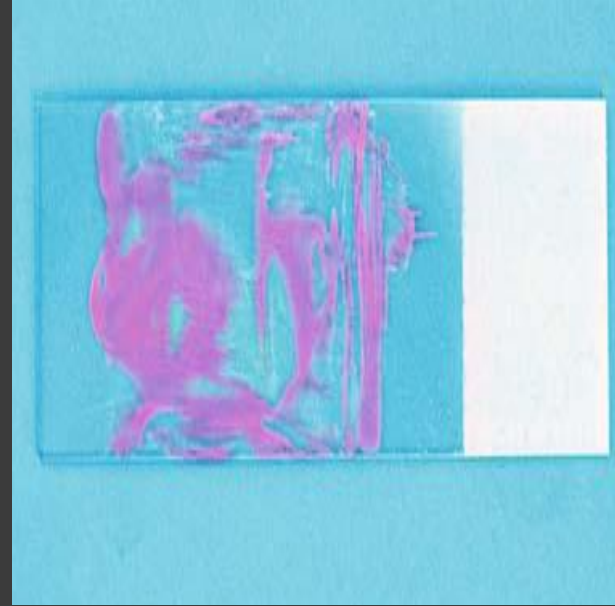
النموذج الأول : يستخدم لمعرفة إذا كانت الآفة تحتوي على سائل أو هواء .

النموذج الثاني : يستخدم لأخذ خزعة من أجل الفحص النسيجي ويتم أخذ الخزعة من قبل أخصائي التشريح المرضي وتدعى بطريقة البزل بالإبرة الدقيقة

(Fine needle Aspiration)( FNA)

وتستخدم لفحص الكتل المتوضعة تحت الجلد أو تحت الغشاء المخاطي .

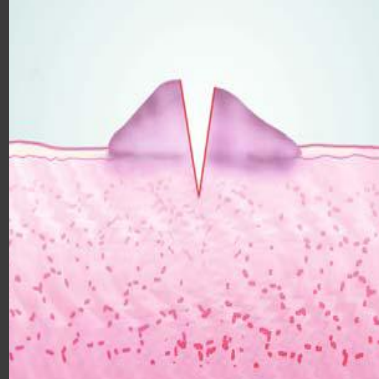
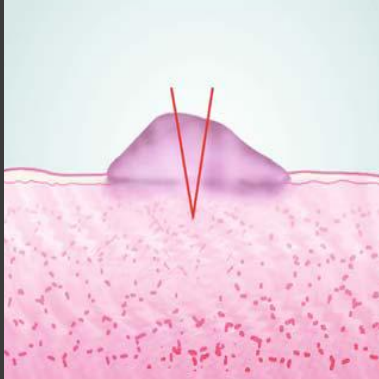




**Aspiration Biopsy البزل**

### ٣- الخزعة الشقية Incisional Biopsy :

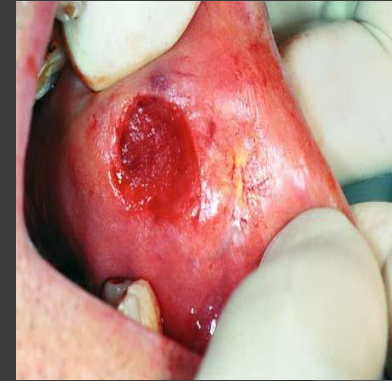
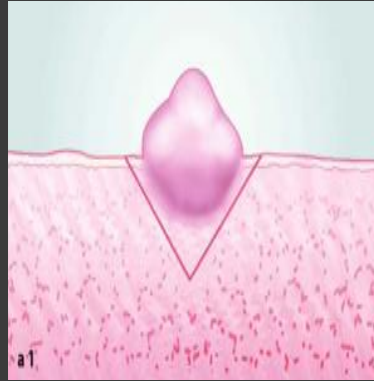
هي شريحة تحتوي على عينة أو على جزء من الآفة، أما إذا كانت الآفة تحتوي على صفات متنوعة في عدة أماكن فهنا قد نحتاج إلى أخذ أكثر من عينة.



الخزعة الشقية Incisional Biopsy

## ٤- الخزعة الاستئصالية Excisional Biopsy :

يتم استئصال كامل الآفة مع كمية من النسيج السليمة المجاورة لضمان الإزالة الكاملة وذلك خلال العمل الجراحي ثم إرسالها إلى المشرح المرضي. تستطب الخزعة عند وجود آفات صغيرة قطرها أقل من اسم وتبدي سلامة في مظهرها .



الخزعة الاستئصالية Excisional Biopsy

## نظام TMN

يستخدم لتحديد المرحلة التي وصل إليها الورم اعتماداً على صفات محددة للورم الأولي .

T- ترمز للورم الأولي و امتداده الأعظمي مقدراً بالسنتيمتر.

N- ترمز إلى العقد اللمفاوية العنقية المصابة و قطرها و جهة الإصابة.

M- ترمز إلى الاستعمار البعيد

M0- لا يوجد استعمار بعيد.

M1- انتقالات بعيدة.

من عيوب هذا النظام أنه لا يقدم معلومات عن ثخانة الورم .

فقد لوحظ أن الورم الذي ثخاته ٤-٥ ملم يقدم إنذار أسوء من الورم الأقل ثخانة بغض النظر عن

قطر الورم أي T ، و بذلك فإن الثخانة لوحدها يمكن أن توضح لماذا الآفة المتوضعة على اللثة

الملتصقة و هي مثلاً T4 يمكن أن يكون إنذارها أفضل من تلك المتوضعة على قاع الفم و تكون

مثلاً T2.

## الأورام السليمة في الفكين

أولاً : الأورام السليمة ذات المنشأ السني في الفكين **Odontogenic Tumors**  
وفقاً لمنظمة الصحة العالمية " WHO " صنفت الأورام السليمة ذات المنشأ  
السني الى

" بشروية – ضامة – مختلطة "

## الأورام البشرية

### ورم مصورات الميناء Ameloblastoma

للأميلوبلاستوما تاريخ طويل فهو أكثر الآفات ذكراً من بين الآفات سنية المنشأ وهو يثير جدلاً مستمراً في الرأي بين المشرحين المرضيين والجراحين حول موقعه بين التنشؤات الورمية والتصرف الحيوي و المعالجة . ويوصف هذا الورم على أنه سليم ولكنه ذو اجتياح موضعي مع ميل شديد للنكس وخبثاة موضعية .

### سريراً

- يشكل ١ % من كل أورام الفم .
- 80% في الفك السفلي في منطقة الرحي الثالثة .
- الفك السفلي أكثر إصابة من الفك العلوي بنسبة حوالي 1: 4.5
- قد تحدث الآفة في كلا الفكين وفي أي مكان ولكن المواقع المفضلة هي في القسم الخلفي في الفك العلوي وفي منطقة خلف الأرحاء في الرأد في الفك السفلي .
- يتميز بحدوث تورم – تشوه في الفك والوجه أحياناً – انطمار الأسنان وميلانها .

• الألم عرض نادر مالم تسبب الآفة امتصاص في جذور الأسنان أو حركة في الأسنان .

• العمر الذي تظهر فيه دلائل سريرية على الآفة تكون ابتداءً من العقد الأول وحتى العقد السابع من العمر .

• عدوانية التصرف الخبيث والانتقالات

تتوضع الانتقالات في أماكن مثل الجمجمة والفقرات العظمية والعقد اللمفاوية والعظم الحرقفي والأعضاء البعيدة كالمحالب والكبد .

و تعتبر الانتقالات إلى الرئتين هي الأكثر ذكراً فهي المواقع المفضلة

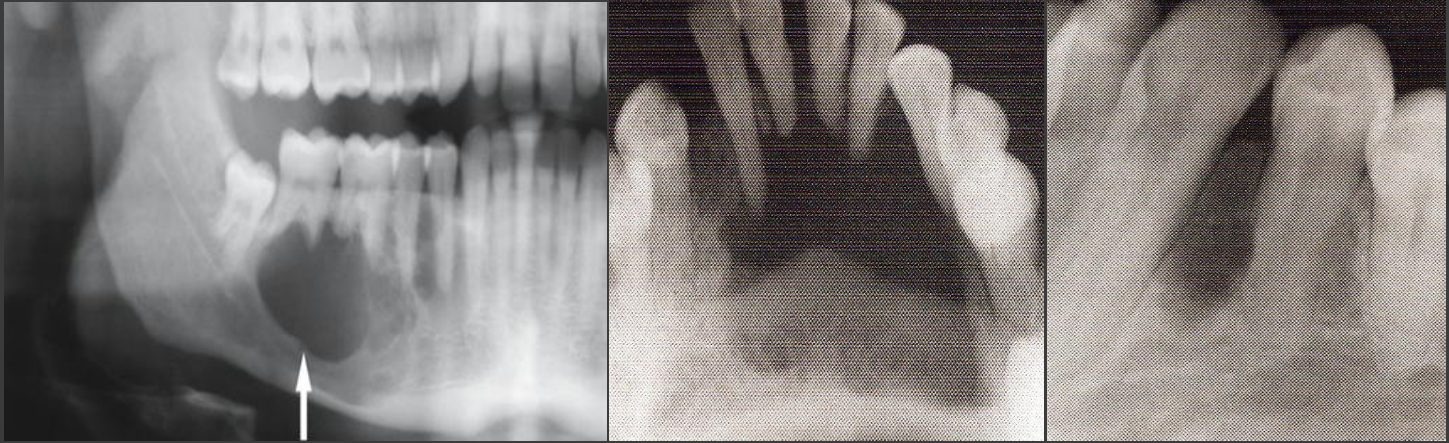
وبالتالي هناك سؤال يطرح نفسه دائماً عن الاستنشاق " التنفس " الذي يحدث

أثناء العمل الجراحي وإمكانية حدوث الزرع .

## شعاعياً

- يظهر الأميلوبلاستوما بشكل شاف على الأشعة وحيد أو متعدد الحجرات .
  - حواف الآفة غالباً ما تكون واضحة مما يدل على التطور البطيء للآفة .
  - وقد تحتوي الآفة أسناناً دائمة أو مؤقتة غير بازغة مما يعطيها مظهر الكيس التاجي
  - تسبب امتصاصاً في الجذور وسوء توضع أو تغير وضع الأسنان .
  - في الفك العلوي تمتد نحو الجيب الفكي ويحدث فيه تغيرات في الشفافية الشعاعية إلى مظهر أكثر عتامة ( ضبابي ) .
  - أحد أشكال الأميلوبلاستوما " وهو الأميلوبلاستوما المولد للنسيج الليفي
- Desmoplastic Ameloblastome** يتواجد بشكل أكبر في المنطقة الأمامية للفك العلوي والسفلي ويظهر كآفة ظليلة بسبب كثافة النسيج الضامة الموجودة فيه .





أشكال شعاعية متنوعة لورم مصورات المينا



ورم مصورات مينا وحيد الفجوة مسبب امتصاص في جذور الأرحاء

## المعالجة

- الاستئصال الكامل " الاقتلاع " للأميلوبلاستوما + التجريف العظمي بالسنايل العظمية .
  - القلع العظمي الجزئي والكامل.
  - استئصال نصف الفك وقسم كبير منه في الآفات متعددة التجايف الواسعة
- نسب النكس :

- الآفات داخل العظمية المتعددة الكيسات ٥٥ % - ١٠٠ % .

- الآفات داخل العظمية وحيدة الكيسة ١٨ % - ٢٥ % .

- الآفات المحيطية " خارج العظمية نسبة النكس غير معروفة ولكنها تحدث " بعد التجريف

٩٠ % نكس في الفك السفلي ١٠٠ % في العلوي حسب دراسة Sehdev et al

- هناك طرق علاجية أخرى متممة غير جراحية منها

١- المعالجة الشعاعية

وهي تؤخر نمو الورم ونكسه وبعض المصادر ذكرت أن ورم مصورات الميناء مقاوم للأشعة بل وهناك خطر تحول خبيث

٢- المعالجة بمحلول كارنوي Carnoy's solution .

60% [ethanol](#), 30% [chloroform](#) and 10% glacial [acetic acid](#), 1 gram of ferric chloride

طبق Sampson/Rogrel 1999 هذه الطريقة على ٩ مرضى و لم تظهر لديهم حالات نكس .

٣- الجراحة القرية أو بالتبريد Cryosurgery .

وهي تستخدم بالمشاركة مع الجراحة وقد ذكرت معالجة ٣٦ حالة نكست منها ١١ حالة كما حدثت ٤ حالات كسور مرضية .

٤- تطهير المنطقة بالليزر .

## ورم مصورات الميناء الغدي

### Adenoameloblastoma Tumor

أظهرت الدراسات السريرية والجراحية على أنه ورم سلبي وليس عدوانياً في طبيعته . و له

تسميات اخرى

• ورم مصورات الميناء الغدي Adentoameloblastoma Tumor

• الورم الغداني ذو المصورات المينائية Ameloblastic Adenomatoid

• الأميلوبلاستوما الغدية Glandular Ameloblastoma

• الأميلوبلاستوما الغداني Adenomatoid Ameloblastoma

ولعل الاسم الأكثر قبولاً هو الورم السني الغداني

**Adenomatoid Odontogenic Tumor AOT**

حيث أنه يتميز نسيجياً ببني ذات قنيات فريدة وغريبة " غير مألوفة " أو بني ذات شكل أنبوبي

وعناصر سنية المنشأ ولكنها لا تحمل سمات الورم المصور للميناء

## سريراً

• يظهر سريراً خلال أواخر العقد الثاني. و لكن سجلت حالات ما بين ٤ إلى ٨٠ سنة.

• هناك ميل بسيط لإصابة الإناث أكثر من الذكور.

• ينشأ من المنحدر الخارجي غير الفعال للجراب السني .

• يشاهد غالباً في المنطقة الأمامية من الفك العلوي على تماس مع سن منطمة

/ غالباً رباعية /

## شعاعياً

هناك عدة مظاهر شعاعية يمكن أن تعتبر نموذجية ولكنها ليست واسمة .  
يظهر بشكل آفة شافة على الأشعة وحيدة الحجرة ذات حدود واضحة أحياناً تحتوي  
سناً منظماً.

## المعالجة

- الاستئصال الكامل (الاقتلاع أو الفصع) .
- بعد إجراء شريحة مخاطية واسعة وفتح مدخل عبر القشرة العظمية التي عادة تكون رقيقة وعلى امتداد واسع حتى نصل للمحفظة المحيطة بالورم .
- ولم توثق حالات عدوانية لهذا الورم ونادراً ما يحدث النكس بعد الاستئصال الكامل والتجريف

الورم البشري المتكلس ذو المنشأ السني ( PINDBORG )

CEOT

Calcifying Epithelial Odontogenic Tumor

الورم المينائي ( Enamel pearl ) Enaméloma

ورم مصورات الميناء الصباغي Mélanotic progonoma

(Mélanotic Ectodermal Tumor)

## الأورام البشرية والضامة ( المختلطة )

### ١- الورم الليفي ذو الخلايا المصورة للميناء Ameloblastic Fibroma

سريراً

يصيب الأعمار الصغيرة من ١٠-٢٠ سنة ومن كلا الجنسين و يتوضع خصوصاً في منطقة الضواحك والأرحاء السفلية .

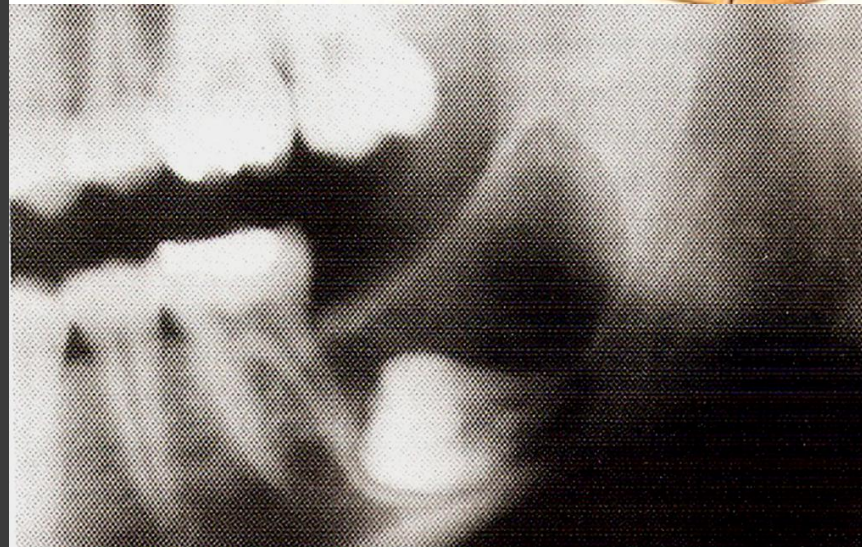
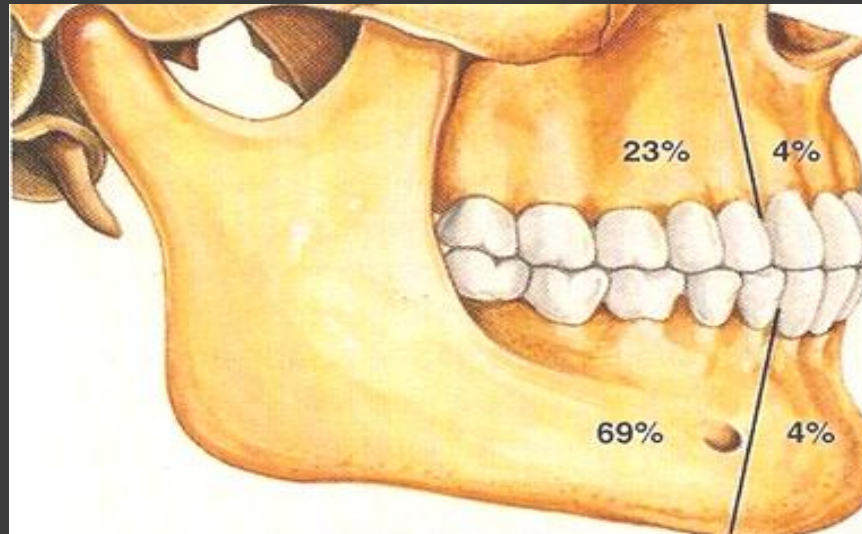
شعاعياً

يتظاهر على شكل حفرة شافة على الأشعة واضحة الحدود ونلاحظ امتصاص في جذور الأسنان أحياناً . ويلتبس مع ورم مصورات الميناء .

العلاج

الاستئصال الكامل – والنكس نادر الحدوث .





الورم الليفي ذو الخلايا المصورة للمينا

# الأورام السنّية المعقدة والمركبة Complex Odontoma –compound

## Odontoma

الورم السنّية يميز شعاعياً ونسيجياً في شكلين :

• الورم السنّية المركب Compound Odontoma

• الورم السنّية المعقد Complex Odontoma

و كلاهما شذوذ تام أو غير تام في تشكّل السن بنسجه البشروية  
والميزانشيمية

الورم السنّية المركب عادة يتألف من بنى متكلّسة تشبه الأسنان أو

أسنان صغيرة والورم السنّية المعقد هو توضع عشوائي وغير منتظم

لبنى سنّية متكلّسة .

## سريراً

يصيب الجنسين بين العقد الأول والسابع في المناطق الأمامية للفكين وأحياناً الخلفية وخصوصاً الفك السفلي وفي منطقة الأرحاء الثالثة . يؤدي أحياناً إلى انتفاخ كبير في عظم الفك والنسج المحيطة وتشوه في الوجه بالإضافة إلى حدوث تقرح في الغشاء المخاطي بسبب الرض الإطباق كما يتسبب في تبدل في وضع الأسنان المجاورة .

## شعاعياً

كتلة ظليلة على الأشعة بيضاء محاطة غالباً بهالة شافة على الأشعة تدل على وجود محفظة . وأحياناً كتل متلاصقة على شكل وحدات سننية مشوهة .

## العلاج

- لا حاجة إذا كان حجمه صغيراً .

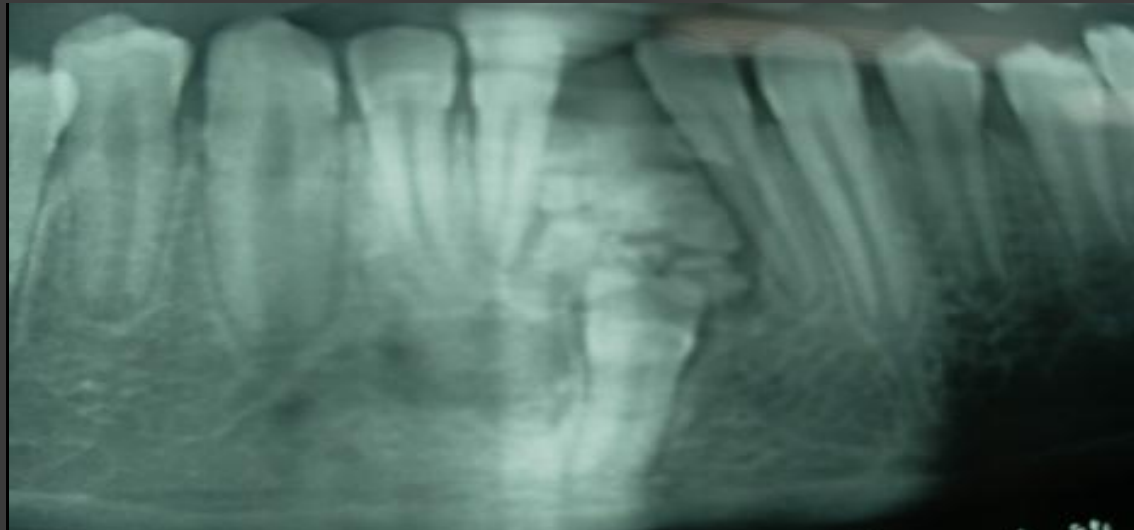
- أسباب لإزالة الآفة :

١- حجم الورم كبير .

٢- احتمال إعاقة بزوغ سن .

٣- في حال الاشتباه بآفات أخرى ظليلة شعاعياً كالورم الملاطي أو الآفات

الكبرى التي تحوي تمازج بين الظلالية والشفوفية الشعاعية .



20.01.2010 17:06

الورم سني مركب

Ameloblastic Fibro- odontoma الورم الليفي السني ذو الخلايا المصورة للميناء

Ameloblastic Odontoma الورم السني ذو الخلايا المصورة للميناء

Ameloblastic Sarcomas الأورام العفلية ذات الخلايا المصورة للميناء

Ameloblastic fibro- Sarcoma أ- الورم العفلي الليفي ذو الخلايا المصورة للميناء

Ameloblastic odnto- Sarcoma ب- الورم العفلي السني ذو الخلايا المصورة للميناء

## الأورام الضامة أو الميزانشيمية

### الورم الليفي ذو المنشأ السني Odontogenic Fibroma

الورم الليفي السني قد يوجد داخل العظم " ورم ليفي سني مركزي " أو خارج العظم في اللثة " ورم ليفي سني محيطي " .

### سريراً

- هذا الورم على الرغم من أن تصرفه السليم فهو مسؤول عن تخريب ذي شأن في النسيج
- يصيب خصوصاً الأطفال ولكن وجدت حالات بين العمر من / ١٤ - ٧٢ / سنة ووسطياً في عمر / ٣٧ / سنة
- ويبدو أن إصابته تغلب حدوثها عند النساء خاصة في الفك العلوي ومن المنطقة الأمامية حتى الرحي الأولى .

- معظم الآفات لا عرضية .

له شكلين :

- محيطي يلتبس مع البثرات .
- وشكل مركزي ضمن العظم .

## شعاعياً

- هذا الورم عادة شاف شعاعياً ومتعدد الحجرات كما أنه ممكن أن يكون وحيد الحجرة وأحياناً يحتوي على تقاطعات خفيفة .
- قد يبدو الورم محاطاً بشكل جيد بحدود ظليلة أو أنه قد لا نجد له حدود واضحة .
- قد يحدث امتصاص شديد للجذور أو تباعدها والكثير من الآفات الكبيرة كانت ذات علاقة بأرحاء ثالثة غير بازغة.

## المعالجة

- القُطع العظمي يعتمد على الامتداد السريري والشعاعي والعناصر التشريحية المصابة لكل حالة ومعظم الآفة يمكن أن تعالج بالمشاركة بين الاستئصال الكامل " الفصع " والتجريف وبشكل نادر قد نحتاج إلى القُطع العظمي الجزئي .
- كما أنه من الممكن في حالات نادرة جداً أن نجد علامات يديها الورم الليفي السني على شكل ارتشاحات صغيرة مشابهة لحالة الغرن الليفي Fibrosarcom لذلك فإن أي آفة يجب أن تفحص جيد .



## Odontogenic Myxoma الورم المخاطي (مخاطوم) ذو المنشأ السني

سريراً

- يشاهد في الفكين في سن العشرين .

- ذو نمو بطيء يترافق مع شذوذات في وضع الأسنان وتطورها ويصل إلى حجوم كبيرة محدثاً انثقاب في العظم وتقرحات في الغشاء المخاطي .

شعاعياً

- فجوة كبيرة شافة على الأشعة تحتوي على تقاطعات ذات زوايا بدون استدارة .

العلاج

- الاستئصال الكامل وأحياناً القطع العظمي الواسع وهو قليل النكس

## الاستحالة الملاطية العظمية

أ- الاستحالة الملاطية حول الذروية **Periapical Cemento Dysplasia**

ب- الاستحالة الملاطية العظمية البؤرية **Focal Cemento – osseous dysplasia**

ج- الاستحالة الملاطية العظمية المبرقشة **Florid Cemento – osseous dysplasia**

ورم مصورات الملاط **Cementoblastoma**

الورم الملاطي العملاق **Familial Gigantiform Cementoma**

الورم شائك الخلايا ذو المنشأ السني أو الورم الحرشفي السني **Squamous**

**Odontogenic Tumor SOT**

ثانياً : الأورام وشبه الأورام السليمة ذات المنشأ غير السني في الفكين

## أ – الأورام المشكلة للعظم Osteoformatrice Tumors

١- الورم العظمي Osteoma

٢- العرن والأحياد

- Exostoses

- Torus Palatinus

- Torus Mandibularis

٣- ورم مصورات العظم Osteoblastoma

٤- الورم المشبه بالعظم أو العظماني Osteoma- osteoid

## الورم العظمي Osteoma

سريراً

- ورم سليم يصيب عظام الفكين والقحف وخصوصاً العظم الجبهي والغربالي ونادراً العظام الأخرى .
  - له شكل محيطي ( أورام عظمية سمحاقية ) شكل مركزي ( أورام عظمية داخلية )
- يكتشف بالصدفة إلا في حال كان كبيراً يحدث تشوهات في الفكين والوجه وتقرح في الغشاء المخاطي بسبب الرض .

يصيب الجنسين تقريباً بنفس النسبة والعمر المتوسط ٤٠ سنة ومنطقة جسم الفك السفلي أكثر من بقية المناطق

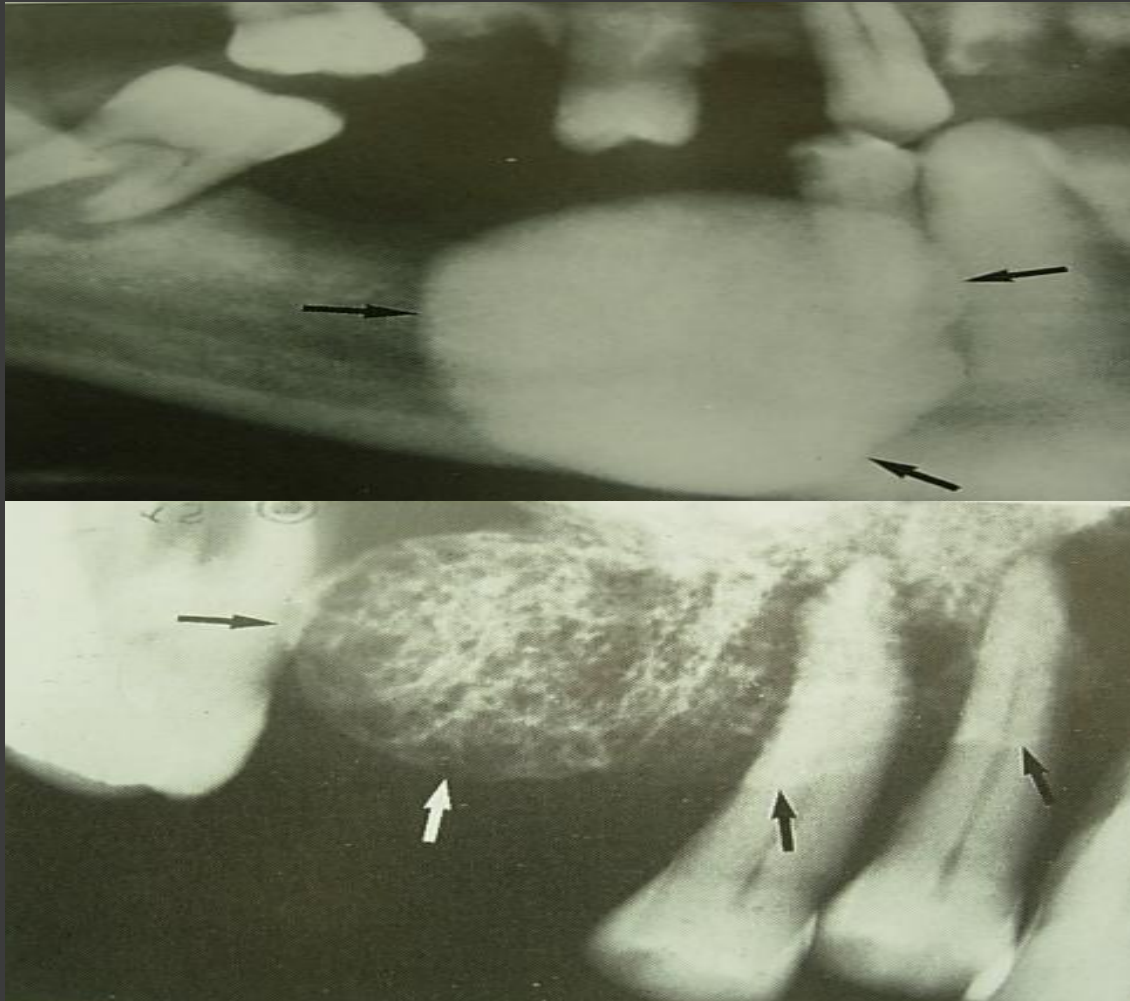
شعاعياً

الأورام العظمية ظليلة على الأشعة وكثيفة وحيدة متجانسة ومعلقة بعنق على المحيط العظمي بسماكة متغايرة أو أن الورم في داخل العظم وبحواف واضحة بدون حدود كثيفة محيطية ومستقلة عن الأسنان .

## المعالجة

للآفات الكبيرة والمشوهة أو التي تبدي أعراضاً كالألم والتهاب الجيوب والصداع والشذوذات العينية وتقرحات بالأغشية المخاطية .

الاستئصال الكامل والمعالجة المحافظة هي العلاج المناسب للأورام المركزية القطع العظمي لفصلها عن العظم القشري المرتبط بها في بعض الأحيان قد نحتاج إلى مدخل جراحي من خارج الفم . - النكس نادر



أورام عظمية Osteomas

## ب - الأورام الغضروفية

١- الورم الغضروفي Chondroma

٢- الورم الغضروفي العظمي Exostose (OsteoChondroma)

٣- ورم مصورات الغضروف Chondroblastoma

٤- الورم الليفي الغضروفي المخاطي Chondromyxoide Fibroma

## الورم الغضروفي Chondroma

### سريراً

- هذا الورم هو خلل في التكوّن ويتركب من غضروف هيايني ناضج أو من ليف غضروفي يدعى ورم غضروفي داخلي عندما يتطور في القسم النقيوي ، ويدعى ورم غضروفي خارجي عندما يكون خارج العظم القشري .

- نادر الحدوث في مستوى الفكين ويشاهد خصوصاً عند الذكور ويتوضع في المنطقة الأمامية العلوية وفي منطقة ارتفاع الذقن وجسم الفك السفلي واللقمة .

- يظهر على شكل تورم عظمي غير مؤلم ويتطور ببطء.

## شعاعياً

ليس لهذا الورم مظهر شعاعي مميز ويظهر على شكل بؤرة انحلاية عظمية أحياناً تأخذ شكل متعدد الحلقات وبدون تكثف عظمي محيطي . ويمكن مشاهدة تكثفات أو تقاطعات داخل الآفة تجعل الصورة غير متجانسة .

## المعالجة

- الاستئصال الجراحي الواسع أحياناً وذلك لاحتمال كون الورم الغضروفي خبيثاً حيث من الحكمة اعتبار كل ورم غضروفي في الفكين على أنه آفة ماقبل العرن الغضروفي
- في حال إصابة اللقمة فالاستئصال الكامل للقمة هو المفضل .



## ج - الأورام الليفية ( الآفات المشكلة لليف )

### Fibroma Fibroblastic lésions

١- الورم اليفي الرباطي Desmoid Fibroma

(Desmoplastic Fibroma)

٢- داء التليف الجهازى العدوانى Aggressive Fibromatosis

٣- الورم اليفى المتعظم Ossifying Fibroma

٤- الاستحالة الليفية Fibrous Dysplasia

٥- الورم اليفى المتعظم الشبابى Fibrome Ossifiant Juvénile

## الورم الليفي الرباطي Desmoid Fibroma (أو الورم الليفي المكون للنسيج الليفي Desmoplastic Fibroma)

سريراً

-يشاهد عند الأطفال والمراهقين في العظام الطويلة والفقرات وعظام الحوض ويتوضع في 1/3 الحالات في زاوية

الفك السفلي . ونادراً في الفك العلوي ويصيب الجنسين .  
-تورم غير مؤلم يترافق بتبدل في وضع الأسنان .

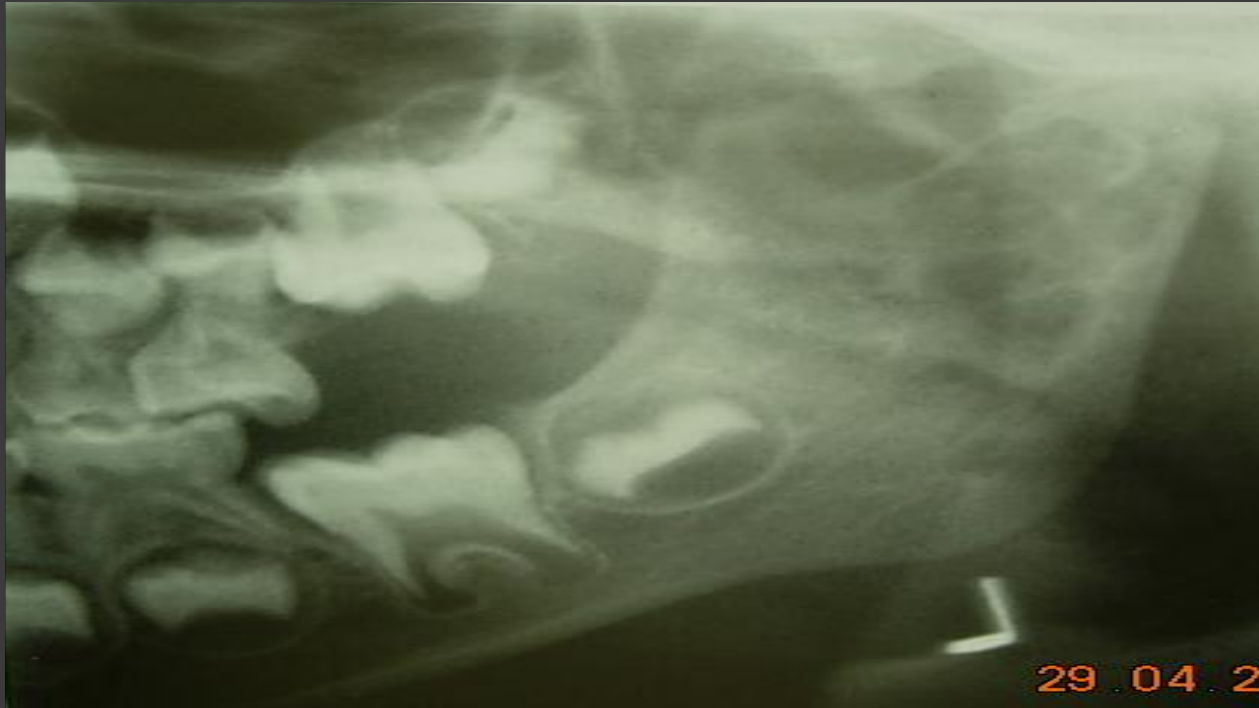
شعاعياً

يظهر على شكل آفة انحلاية عظمية شافة وحيدة أو متعددة الحجرات يتشارك أحياناً مع امتصاص في جذور الأسنان المجاورة مع انتفاخ في القشيرات العظمية ويتطور الورم بشكل عام تحت السمحاق وقد يمتد ضمن العضلات محدثاً صريراً .

المعالجة

-بالاستئصال الجراحي والتجريف وأحياناً القطع العظمي الجزئي وخصوصاً في حال انثقاب العظم القشري وإصابة النسيج الرخوة .

-- يتطور هذا الورم بسرعة والمعالجة أحياناً تتعقد وهناك نسبة نكس أحياناً تصل إلى ٢٥ % من الحالات .



**Desmoid Fibroma** الورم الليفي الرباطي

د - الأورام الحالة للعظم (غنية بالخلايا العرطلة )

**Osteolytic Tumors (myeloplaxes)**

١- الورم ذو الخلايا العرطلة Giant cell Tumor

٢- الورم الحبيبي المركزي ( المرمم ) ذو الخلايا العرطلة

**Central Giant cell Granuloma**

٣- الأورام السمراء لفرط نشاط نظائر الدرق

**Brown Tumors of the hyperparathyroïde**

٤- الملائكية Chérubism

# Central Giant Cell Granuloma الورم الحبيبي المركزي ذو الخلايا العرطلة

سريراً

- يشاهد حصرياً في الفكين مع ذلك ذكرت حالات نادرة في عظام الوجه والعظام الصغيرة لليدين والقدمين .
- يشاهد في الفك السفلي أكثر من العلوي وخصوصاً في المنطقة الأمامية .
- يشاهد في كل الأعمار وخصوصاً بين / ٢٠ - ٣٠ / سنة والإناث أكثر إصابة من الذكور . 1/2
- التورم يحدث انتفاخاً في العظم مغطى بغشاء مخاطي مائل للرمادي ويشاهد حركة في الأسنان المجاورة .
- قد يحدث أحياناً انثقاب في القشرة العظمية وينمو بسرعة ويحدث ألم وامتصاص في جذور الأسنان ويدعى في هذه الحالات من قبل البعض بالنمط العدوانى .

## شعاعياً

الورم يظهر على شكل حفرة شافة على الأشعة – واسعة ذات حدود واضحة مدورة أو مفصصة مع بعض التقاطعات الواضحة أو أحياناً ناعمة وقد يكون متعدد الحجر يعطي مظهر ( عش النحل ) وفي هذه الحالة يمكن أن يلتبس التشخيص مع ورم مصورات الميناء وقد تغيب بعض حدود الورم عند ثقبه القشيرة العظمية في النمط العدواني .



الورم الحبيبي المركزي ذو الخلايا العرطلة

- الاستئصال الكامل هو المعالجة المختارة في هذه الحالة ولكنه أحياناً صعب الإنجاز بسبب الالتصاق مع العظم ولذلك يجب إجراء التجريف العظمي حول الآفة
- أما في النمط العدوانى فهناك ميل لحدوث النكس إثر المعالجة المحافظة ولذلك يجب إجراء القطع العظمي الجزئي أو الموسع .
- حقن الستيروئيدات القشرية ضمن الورم كمعالجة بديلة عن الجراحة
- **Amcinolone Acetoride** أعطى نسبة عالية من النكس مثل
- ( **Triamcinolone Solution** ) \* ١ % ( ١ مل ) لكل / ١ / سم من الورم أسبوعياً ولمدة / ٦ / أسابيع .
- استخدام الكالسيتونين الصناعي أعطى نتائج جيدة بالاهتمام في معالجة النمط العدوانى لمدة / ١٢ / شهر تحت الجلد أو ارزاد أنفي **Salmon Calcitonin**.

## هـ - أورام أخرى سليمة

١- داء التنسج x - Histiocytosis

**Langerhans Cell Histiocytosis**

٢- الأورام الوعائية والتشوهات الوعائية أو سوء التشكل الوعائي

**Vascular Tumors and Vascular Malformations**

٣- الأورام العصبية : Nerve Tumors

٤- الأورام العضلية : MYOMA

٥- الورم الشحمي : LIPOMA

٦- الورم العجائبي .



## الورم العرقي الدموي أو الوعائي الدموي : ( Hémangiome )

هو ورم حقيقي ينتج عن تنشوء ورمي وذلك بتكاثر الخلايا البطانية وتزايد عدد الخلايا الدقالية Mast Cell وهو الأكثر شيوعاً .

سريراً :

- يوجد في كل الجسم وبشكل أكثر شيوعاً في منطقة الرأس ويصيب النسيج السطحية أو العميقة وأحياناً كلاهما معاً ويشكل ٧% من مجمل أورام النسيج الرخوة .

- يشخص غالباً في عمر الولادة والسنة الأولى من العمر والإناث أكثر من الذكور ١/٥ ويحدث نمو سريع في البداية ثم يتراجع وأحياناً يتوقف قبل البلوغ .

- في الشكل المركزي ضمن عظم الفكين نلاحظ : تبدل في وضع الأسنان وحركة مع

نزوف لثوية متكررة حول أعناق الأسنان غالباً ليلية وأحياناً الوسادة مدماة صباحاً

إضافة إلى الشعور بنبض الآفة عند الجس والحرارة الزائدة وحدوث هدير ( Thrill )

عند الإصغاء ووضع سماعة .

## شعاعياً

ليس هناك علائم شعاعية مميزة في الأشكال المركزية ونجد شفافية عظمية ذات حواجز دقيقة تشبه أحياناً قرص العسل وأحياناً كالرسم المظلل بقلم الرصاص ويجب لإكمال التشخيص إجراء تصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير الوعائي والإيكوغرافي والتصوير المقطعي .



## الورم العصبي الرضي Neuroma Traumatic

- ليس دوماً بالمعنى الحقيقي ويحدث كرد فعل على إصابة رضية للنسج العصبية كقلع سن أو أي رض جراحي أو غيره ويحدث تكاثر في النسج العصبية القريبة المرتبطة بالمركز العصبي وذلك كمحاولة لإعادة الاتصال مع الجزء البعيد أو الوحشي ويتكاثر المحور العصبي عن طريق أنبوب من خلايا شوان . وإن إعاقة هذا النهج من قبل النسج المغلفة للحزمة العصبية يؤدي إلى ظهور كتلة شبيهة بالورم .
- يحدث في أي عمر وغالباً يصيب متوسطي العمر وله ميل خفيفاً لإصابة الإناث – وهو مؤلم وقد يحدث حس نمل وحرقة وقد يحدث ألم متشعب – وقد يظهر على شكل عقيدات ملساء غير متقرحة عند إصابة مخاطية الفم .
- يظهر على شكل بؤرة انحلالية شافة على الأشعة في العظم .
- المعالجة بالاستئصال الجراحي مع جزء صغير من الحزمة العصبية التي نشأ على حسابها الورم لا ينعكس بعد الاستئصال لكن ممكن أن يعود الألم في بعض الحالات

## السرطانات الفموية Oral Cancer

يأتي السرطان الفموي في المرتبة السادسة من حيث كثرة الإصابة به و ذلك في كل أنحاء العالم ، فهو يشكل ما يعادل ٢٥% من كل الخباثات الموجودة في الهند ، أما في أمريكا فيشكل ٣-٥% من مجموع الخباثات و هذا ما يعادل ٤٠٠٠٠ إصابة جديدة سنوياً و ينتج عنها ١٢٠٠٠ حالة وفاة .

إن نسبة إصابة الذكور للإناث هي ٢:١ .

و غالبية سرطانات الرأس والعنق تتواجد في المرضى فوق ال ٥٠ سنة من العمر .

السرطانات البشرية	٩٠%
السرطانات الضامة	١-٤%
سرطانات الغدد اللعابية	٦%
السرطانات المختلطة البشرية الضامة	أقل من ١%

جدول يوضح نسب كل نوع من سرطانات الحفرة الفموية

## السرطانات البشرية شائكة الخلايا : Squamous Cell Carcinoma

أكثر ما يصيب السطوح الجانبية و السفلية للسان و قاع الفم ثم يأتي بالدرجة الثانية الحنك ، البلعوم الفموي والمخاطية الشدقية.

يشكل 90% من سرطانات الحفرة الفموية .

على الرغم من أنه يصيب الشفة السفلية أكثر من الشفة العلوية فإن سرطان الشفة

العلوية والسفلية لايشكل أكثر من ١٠% من سرطانات الحفرة الفموية .

## السرطانات البشرية قاعدية الخلايا: Basal Cell Carcinoma

على الرغم من أنه سجل ما يعادل ٥٠٠,٠٠٠ إصابة به في أمريكا إلا أنه نادراً مايتوضع في الحفرة الفموية و غالباً مايتظاهر على شكل كتلة حمراء مرتفعة بشكل بسيط و لكن الشكل الأكثر مشاهدة هو على شكل متقرح.

إن السرطان قاعدي الخلايا غالباً مايتوضع في جلد الوجه و أكثر ما يصيب الشفة العلوية و فروة الرأس و يعد السبب الرئيس للإصابة هو التعرض لأشعة الشمس و لا فرق إذا كان هذا التعرض بشكل مستمر أو متقطع ، و هو آفة بطيئة النمو تصيب المرضى في العقد الخامس وتكون أكثر عدوانية عندما تصيب الأعمار الشابة .

## معالجة الأورام الخبيثة في الحفرة الفموية

تعالج بالاستئصال الجراحي أو المعالجة الشعاعية أو المعالجة الكيميائية أو المشاركة بين هذه النماذج وهذا يعتمد على عدة عوامل :

- (١) - التشخيص النسيجي
- (٢) - توضع السرطان
- (٣) - وجود انتقالات بعيدة ومرحلتها
- (٤) - حساسية الورم للمعالجة الشعاعية أو الكيميائية
- (٥) - العمر والحالة الصحية للمريض.



مع التمنيات بالنجاح