

کارسینوم اولیه سلول سنگفرشی داخل استخوانی در ناحیه مندیبل: گزارش یک مورد

چکیده

دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۳ ویرایش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۰ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۳ آنلاین: ۱۴۰۰/۰۸/۰۱

زمینه و هدف: کارسینوم اولیه سلول سنگفرشی داخل استخوانی درحفره دهان یک کارسینوم بسیار نادر، اما شناخته شده است. به‌طور موضعی مهاجم بوده و پروگنوز آن کاملاً ضعیف است.

معرفی بیمار: یک خانم ۴۶ ساله با شکایت از لقی ناگهانی دو دندان خلفی مندیبل به دندانپزشک عمومی مراجعه کرده و به اشتباه با تشخیص بیماری پریدنتیت، دندان‌های خلفی بیمار کشیده می‌شود. بیمار حدود چهار ماه بعد با شکایت اصلی تورم و عدم بهبودی حفره (Socket) دندان خلفی به دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه می‌کند. پس از معاینه بالینی با احتمال Squamous cell carcinoma (SCC)، رادیوگرافی و بیوپسی انجام شد و کارسینوم سنگفرشی اولیه تشخیص داده شد و درمان‌های لازم (جراحی، رادیوتراپی و شیمی‌درمانی) صورت گرفت.

نتیجه‌گیری: دندانپزشکان باید بدانند ایجاد هر تغییر ناگهانی در دهان یا دندان‌ها همچون لقی دندان باید به‌عنوان علامت احتمالی بدخیمی مورد بررسی قرار گیرد تا با تشخیص سریعتر و شروع به موقع اقدامات درمانی بتوان پیش‌آگهی بیماری را بهبود بخشید و در نهایت درمان‌های پیشنهادهی (جراحی، رادیوتراپی و شیمی‌درمانی) بیمار با حداقل عوارض انجام شود.

کلمات کلیدی: داخل استخوانی، تشخیص دهانی، کارسینوم سلول سنگفرشی دهان، تورم، لقی دندان.

زهره دلیرثانی^۱، آتس سا پاک فطرت^۱،
نصرالله ساغروانیان^۱، نگین سمیعی^۲،
الهه وزاوندی^{۳*}

۱- مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲- گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳- گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

* نویسنده مسئول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری‌های دهان فک و صورت.

تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۱۲۴۷۷
E-mail: vazavandei981@mums.ac.ir

مقدمه

لقی دندان می‌شود، ممکن است به‌عنوان ضایعه التهابی با منشا پریدنتال تشخیص داده شود. از سال ۲۰۰۱ تا سال ۲۰۲۰، کمتر از ۶۰ مورد کارسینوم اولیه سلول سنگفرشی داخل استخوانی در پایگاه‌های PubMed و scholar google و Scopus گزارش شده بود که در اغلب موارد با درد و تورم و گاهی لقی دندان و پاراستری مراجعه کرده بودند (جدول ۱).^۱ بنای تشخیص براساس دریافت تاریخچه دقیق و در نظر گرفتن سیر ضایعه، نیافتن هیچ علت دیگر مثل کیست ادونتوژنیک در آن ناحیه، بررسی عدم متاستاز از سایر نواحی بدن و عدم ارتباط مستقیم با نواحی دیگر مثل پوست و مخاط سینوس و نزال در ناحیه و در نهایت، تهیه رادیوگرافی و بیوپسی

کارسینوم سلول سنگفرشی دهان Oral squamous cell carcinoma (OSCC) شایعترین کارسینوم سر و گردن است و شایعترین محل برای آن دو سوم قدامی زبان می‌باشد. کارسینوم سلول سنگفرشی اولیه داخل استخوانی نادر و محدود به استخوان فک می‌باشد.^{۳-۱} شیوع آن در دهه سنی ششم و هفتم، در مردها و در خلف مندیبل بیشتر است و معمولاً بسیار تهاجمی با پیش‌آگهی ضعیف می‌باشد.^۴ از آنجایی‌که کارسینوم سلول سنگفرشی داخل استخوانی به ساختارهای پریدنتال دندان‌های مجاور نزدیک بوده و اغلب باعث

محل خارج کردن دندان‌های مذکور بهبود نیافته بود (شکل ۱-ب). در تاریخچه پزشکی بیمار سابقه هیچ بیماری سیستمیک یا صرفی خاصی وجود نداشت، تاریخچه خانوادگی بیماری سیستمیک یا سرطان نداشت و عادات خاص یا استعمال دخانیات و مصرف الکل را بیان نمی‌کرد. بیمار جزئی از کادر درمانی علوم پزشکی بوده و از لحاظ اجتماعی و اقتصادی در وضعیت مناسبی بود. در معاینه خارج دهانی آسمتری یا پیگماتاسیون در صورت و گردن دیده نشد اما یک لثه‌نود متحرک و دردناک در ناحیه ساب‌مندیبل راست به ابعاد 1×1 cm لمس شد که احتمالاً لنفادنیت واکنشی بود. برای بیمار رادیوگرافی‌های پانورامیک و CBCT از محل دندان‌های پرمولر رو به خلف در همان سمت درخواست شد. با توجه به رادیوگرافی چند روز پیش از کشیدن دندان مولر اول (چهار ماه پیش از مراجعه به دانشکده) در سمت راست مندیبل، رادیولوژی سنجی Saucer شکل با لبه اسکروتیک در ناحیه دندان مولر اول سمت راست و همچنین Bone loss در ناحیه دندان مولر دوم سمت راست در سمت ریشه مزایلی در امتداد کل ریشه تا پری‌ایپیکال بدون شواهدی از پوسیدگی دندان مشاهده شد (شکل ۲ الف) و با توجه به رادیوگرافی که حین مراجعه به دانشکده (سه ماه پس از کشیدن دندان مولر دوم بیمار) تهیه شد یک رادیولوژی سنجی در لبه ریج با نمای Mixed با بوردر نامشخص بدون واکنش پریوستال مشاهده شد (شکل ۲ ب و ج).

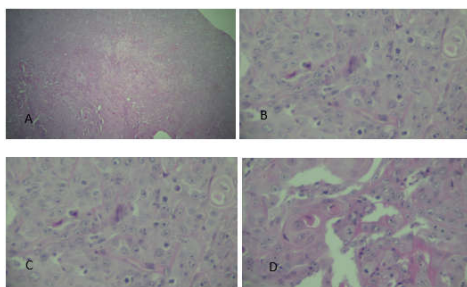
در تشخیص افتراقی، موارد تومور متاستاتیک، کارسینوم سلول سنگفرشی داخل استخوانی و تومور غدد بزاقی داخل استخوانی مثل موکوپیدرموئید کارسینوما (Mucoepidermoid carcinoma) و لنفوم و سایر تومورهای مزانشیمال مطرح شد. در همان روز برای بیمار بیوپسی اینسیژنال با تاکید به برداشتن نمونه از داخل ساکت دندان مولر دوم توسط جراح فک و صورت در بخش جراحی فک و صورت دانشکده دندانپزشکی مشهد انجام شد.

جواب بیوپسی با توصیف ماکروسکوپی: بافت نرم خاکستری-قهوه‌ای با قوام لاستیکی به ابعاد $1.8 \times 1.0 \times 0.5$ میلیمتری و توصیف میکروسکوپی تهاجم و پرولیفراسیون بدخیم سلول‌های سنگفرشی به صورت دستجات سلولی حاوی تغییرات دیسپلاستیک مانند هایپرکروماتیسیم، پلی‌مورفیسیم، میتوزهای متعدد و کراتین‌سازی انفرادی سلول‌ها با توپچه کراتینی به بافت همبند مشهود بود. سطح قسمتی از نمونه توسط اپی‌تلیوم مطبق سنگفرشی هایپرپلازیک مفروش

است. اهمیت تشخیص و افتراق آن از سایر علل لقی دندان مثل بیماری‌های پرپودنتال، ضایعات پالپ و پری‌ایپیکال جلوگیری از درمان دیر هنگام و ناصحیح است، زیرا مورد مشاهده شده نادر و تشخیص آن مشکل و از طرفی مهم برای درمان فوری است.^۶ در ادامه گزارشی از کارسینوم اولیه سلول سنگفرشی دهان همراه با تخریب موضعی خلف مندیبل در بیماری که به علت لقی دندان برای کشیدن دندان مذکور مراجعه نموده ارائه می‌گردد. هدف از گزارش این مورد آشنایی بیشتر دندانپزشکان با این ضایعه است، زیرا این کارسینوم نادر بوده و علائم اولیه آن می‌تواند با بیماری پرپودنتال مشابه باشد و در نهایت تشخیص دیر هنگام موجب تعویق درمان و مشکلات متعاقب درمان‌های تهاجمی‌تر شود.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۴۶ ساله با شکایت از درد شدید در ناحیه دندان‌های کشیده شده فک پایین بود که در تیر ۱۳۹۸ به بخش بیماری‌های دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه کرده بود و از حدود چهار ماه قبل ابتدا درد و لقی به صورت همزمان بدون تورم در دندان مولر اول مندیبل سمت راست داشت و در همان ماه دندان خارج شده بود. یک ماه بعد به علت لقی شدید و تشخیص بیماری پرپودنتال، دندان مولر دوم سمت راست نیز کشیده شده بود. به دنبال کشیدن دندان‌ها، تورم ندولار روی ریج به ابعاد 2×2 cm از حدود حفره (Socket) دندان مولر اول تا دیستال دندان مولر دوم و حضور زخم در سمت لینگوال در فتوگرافی‌هایی که خود بیمار تهیه کرده بود مشاهده می‌شد. همچنین، در همان فتوگرافی‌ها روی لثه دندان‌های مجاور یک ضایعه سفید و قرمز دیده می‌شد. بیمار اظهار می‌کرد به تدریج از تورم ناحیه کاسته شده و به ابعاد زخم اضافه شده بود. بیمار تغییر حس، پاراستزی یا آنستزی را ذکر نمی‌کرد. در زمان معاینه بالینی تورم ندولار و زخم وسیع با غشا کاذب و حاشیه برجسته Rolled به ابعاد 2×2 cm (با کراتوز و اریتم در برخی نقاط) از حدود مزایل ساکت دندان مولر اول تا دیستال دندان مولر اول (شکل ۱-الف) و خونریزی حین پاک کردن با گاز و حساسیت و درد حین لمس در سمت راست مندیبل مشاهده شد. در برخی نقاط ساکت گرانولر بود. Expansion استخوانی لمس نشد و ساکت دندان در



شکل ۳: نمای هیستوپاتولوژی ضایعه.

A: با بزرگنمایی ۶۰ برابر: پرولیفراسیون سلول‌های بدخیم به همراه مروریدهای کراتینه، B: با بزرگنمایی ۱۰۰ برابر: هیپوکروماتیسیم در سلول‌های دارای میتوز به همراه تشکیل مروریدهای کراتینه. C و D: بزرگنمایی ۶۰۰ برابر: سلول‌های بدخیم و میتوز دیده می‌شود.

حداکثر ۶ mm در ناحیه تحت فکی راست مشاهده شد. طی فالوآپ ۲۰ روز بعد، جراحی همی مندیبولکتومی در بیمارستان با پیوند استخوان از ایلیاک و پیوند از عضله استرنوکلیدوماستویید همراه با پارسیل تیروئیدکتومی انجام شد. دو ماه بعد به دلیل پس زدن پیوند، جراحی دوم جهت پیوند از عضله پکتورالیس انجام شد. دو ماه پس از دومین جراحی به علت گسترش مجدد به فک بالا و زبان، کاندید جراحی مجدد شد و متعاقباً پس از برداشتن تومور و پیوند از ناحیه ران تحت رادیوتراپی و شیمی‌درمانی قرار گرفت. رادیوتراپی در پنج جلسه به صورت هفتگی انجام گرفت و در حال حاضر که شش ماه از تشخیص ضایعه گذشته است، بیمار تحت درمان شیمی‌درمانی به صورت روزانه با تزریق زومتا (ZOMETA) زیر نظر انکولوژیست است و عود مجدد در بیمار دیده نشده است.

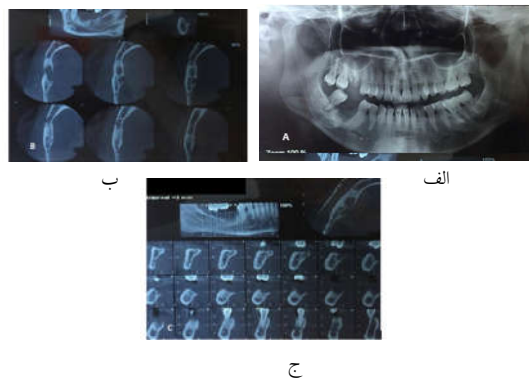
بحث

با جستجوی کلیدواژه‌های اسکواموس سل کارسینوما (Squamous cell carcinoma, SCC) و داخل استخوانی (Intraosseous) و فک پایین (Mandible) در پایگاه‌های PubMed, Google scholar, Scopus و مشخص می‌شود که از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۲۰، کمتر از ۶۰ مورد SCC داخل استخوانی اولیه گزارش شده است، درحالی‌که مطالعات بیشتری در خصوص SCCهای ثانویه به دیواره کیست‌های

گردیده و بافت همبند در مجاورت صفحات سلولی مهاجم ارتشاح سلول‌های التهابی را نشان می‌داد و تشخیص Squamous Cell Cacinoma با Grade2 گذاشته شد. عکس‌های پاتولوژی با دوربین دیجیتال True Chrome Metric گرفته شد (شکل ۳). در سی‌تی اسکن گردن با کنتراست تزریق: حفره بینی و سینوس‌های پاراناژال، نازوفارنکس، قاعده و کف دهان، هایپوفارنکس، حنجره، نای، غدد پاروتید و تحت فکی نرمال بوده و ضایعه‌ای در تیروئید مشاهده نشد. در نمای (Window) استخوان، کانون استئوپنیک در قدام مندیبل در سطح دندان‌های مشاهده شد که همراه آن چند لئف‌نود واضح (Prominent) به قطر



شکل ۱: نمای داخل دهانی ضایعه که تورم و زخم وسیع ۲×۲ cm با حاشیه برجسته در محل دندان مولر اول دیده می‌شود.



شکل ۲: نمای رادیوگرافی پانورامیک و CBCT

الف: سمت راست مندیبل رادیولوگرافی سانسنی Saucer شکل با لبه اسکلوروتیک در ناحیه دندان مولر اول سمت راست. ب و ج: رادیولوگرافی سانسنی با نمای مختلط رادیولوگرافی و رادیو ایک در لبه ریج مندیبل با حدود نامشخص و بدون واکنش پریوستال مشاهده می‌شود.

وسعت درگیری استخوان و همچنین در تشخیص درگیری یا عدم درگیری بافت نرم بسیار موثر باشد اما درگیری غدد لنفاوی ارزش تشخیصی محدودی در تشخیص PIOC دارد.^{۱۲}

یکی از موارد مهم و قابل توجه در کارسینوم سلول سنگفرشی دهان و در خصوص لزوم فالوآپ بیماران بحث Field cancerization است. در مخاط سالم اطراف تومور به علت جهش‌های ذاتی ژنی امکان به وجود آمدن ضایعه سرطانی جدید وجود خواهد داشت.^{۱۵} درمان‌هایی که برای آن انجام گرفته براساس اینکه در چه مرحله‌ای قرار داشته متفاوت بوده اما به طور کلی Surgical resection، شیمی‌درمانی یا رادیوتراپی انجام می‌شود و در صورتی که در مراحل پیشرفته‌تری باشد Surgical resection و سپس شیمی‌درمانی و رادیوتراپی برای بیمار پیشنهاد شده است.^۵ باتوجه به مطالعه Tiwari و همکاران میزان بقا از شش ماه تا پنج سال برای ۴۶٪ بیماران تخمین زده شده است.^{۱۶} در مطالعه‌ای که توسط Abdelkarim و همکاران منتشر شده در موردی مشابه مورد حاضر، بیمار خانمی ۶۰ ساله بوده با شکایت از درد دندان‌های مولر پایین به دندانپزشک مراجعه کرده و دندانپزشک پس از تهیه رادیوگرافی پانورامیک با تشخیص ضایعه پالپ و پری‌اپیکال دندان‌های مولر را خارج کرده است. اما بیمار پس از یک ماه با شکایت از ساکت‌شدن دندان‌ها بهبود نیافته و درد و پاراستزی مجدداً مراجعه نموده است که پس از نمونه‌برداری ضایعه بدخیم تشخیص داده شده است.^{۱۷} همچنین در مقاله Sathyan گزارشی از ضایعه مشابه آوردند که در آن خانمی ۴۶ ساله به علت درد و تورم در ناحیه دندان مولر سوم که چندماه پیش خارج شده مراجعه کرده و در نهایت کارسینوم سلول سنگفرشی داخل استخوانی تشخیص داده شد. همچنین در این مطالعه بیان می‌شود که از بین تقریباً ۳۵ بیماری که تا پیش از این مورد گزارش شده بودند، درد (۵۳٪) و سپس تورم (۵۰٪) و تغییر حس (۱۶٪) به عنوان بیشترین شکایت بیماران گزارش شده است که دو مورد درد و تورم در بیمار ما مشهود بود. اما از آنجایی که بیمار به نسبت زودتر متوجه ضایعه شده و پیگیری کرده بود سایر ضایعه آنقدر بزرگ نشده بود که به اعصاب ناحیه دسترسی پیدا کند و تغییر حس به وجود آید (جدول ۱).^{۱۸}

به طور خلاصه باید گفت که دندانپزشکان بایستی متوجه هر تغییر ناگهانی مثل لق شدن ناگهانی دندان‌ها در دهان بیماران باشند و به دنبال یافتن علت آن باشند. بایستی با دقت بیشتری از بیمار تاریخچه

ادونتوژنیک، آمولوبلاستوما، نوع متاستاتیک و موارد دیگر گزارش شده است (جدول ۱). این نئوپلاسم نادر با پروگنوز ضعیف برای اولین بار توسط Loos در سال ۱۹۱۸ تشریح شد که منشا آن را اپیتلیوم ادونتوژنیک باقیمانده یا تیغه دندان‌های باقیمانده عنوان کردند.^{۸-۱۰} کارسینوم اولیه داخل استخوانی (Primary intraosseous carcinoma, PIOC) در فک براساس منشا به چهار نوع تقسیم می‌شود:

نوع اول: حاصل از کیست ادونتوژنیک، نوع دوم: حاصل از آمولوبلاستوما (Malignant ameloblastoma) و Ameloblastic carcinoma. نوع سوم PIOC: اولیه بدون منشا (نوع کراتینیزه و غیرکراتینیزه)

نوع چهارم: موکوپیدرموئید کارسینومای داخل استخوانی.^{۱۱}

بازه سنی مبتلایان از چهار تا ۹۰ سالگی با میانگین سنی ۵۷ سال می‌باشد و بیمار ما نیز در بازه سنی نزدیک به دهه ششم زندگی بود.^{۱۲} در خصوص محل درگیری، PIOC اکثراً خلف مندیبل را درگیر کرده و در مردها تقریباً دو برابر بیشتر از به وجود می‌آید (جدول ۱). در این مورد هم با وجود اینکه بیمار خانم بودند اما مکان ضایعه در محل شایع یعنی خلف مندیبل بود که مشابه موارد پیشین بود.

درصد شیوع آن ۱-۲٪ از کل سرطان‌های دهان است و شایعترین علامت آن درد و تورم و اختلال حس می‌باشد.^{۱۳} از آنجایی که علائم اولیه آن را مرتبط به منشا دندان‌ها می‌دانند، تشخیص آن در مراحل اولیه مشکل بوده و در نتیجه موجب تاخیر در درمان از چند هفته تا حتی ۱۸ ماه شده است. چندین مورد هم گزارش شده است که به عنوان درمان اولیه دندان‌های ناحیه کشیده شده‌اند.^{۱۴} از آنجایی که می‌تواند شبیه ضایعات دیگری مثل یک تومور مزانشیمال، کارسینوم یا پریدونتیت باشد در صورت مواجه شدن با چنین ضایعاتی می‌توان با تاریخچه دقیق از سیر ضایعه، معاینه بالینی دقیق، رادیوگرافی و در نهایت نمونه‌برداری به تشخیص رسید.

SCC اولیه داخل استخوان فک نماهای رادیوگرافی متعددی نیز دارد اما یافته‌های رادیوگرافی یکی از موثرترین روش‌های تشخیص PIOC است.^{۱۱} اکثر این ضایعات رادیولوژیکی با حدود نامشخص هستند، در صورتی که نمای اپیک مشاهده شود باقیمانده استخوان فک می‌باشد زیرا ضایعه ذاتاً قدرت ساخت استخوان جدید را ندارد (جدول ۱). تصاویر رادیوگرافی سی‌تی اسکن فک می‌تواند در تعیین

جدول ۱: موارد گزارش شده از سرطان اولیه سلول سنگفرشی در در فکین در پایگاه‌های PubMed و google scholar و Scopus از سال ۲۰۱۷ تا ۲۰۲۰

نام نویسنده	سال انتشار	مجله	عنوان	ویژگی رادیوگرافی
Vasselli M. و همکاران ^{۱۹}	۲۰۲۰	<i>Journal of Osseointegration</i>	SCC اولیه خلف مندیبل مرد ۸۰ ساله که با درد و تورم مراجعه کرده و در نهایت Segmented mandibulectomy شد.	تحلیل استخوان
Mahdavi N. و همکاران ^{۱۲}	۲۰۱۹	<i>Journal of Craniomaxillofacial Research</i>	SCC اولیه خلف مندیبل زن ۴۹ ساله که با درد و تورم و درمان ریشه دومین مولر پایین با تشخیص اشتباه مراجعه می‌کند و به علت تاخیر در شروع درمان و مناساز، تحت جراحی و رادیوتراپی قرار گرفت.	رادیولوسنسی با حدود نامشخص
Mahdavi N. و همکاران ^{۱۲}	۲۰۱۹	<i>Journal of Craniomaxillofacial Research</i>	SCC اولیه خلف مندیبل زن ۴۶ ساله که با درد و تورم بدون لنفادنوپاتی و خارج کردن دومین مولر پایین با تشخیص اشتباه مراجعه کرد. تحت جراحی و رادیوتراپی قرار گرفت.	رادیولوسنسی با حدود نامشخص
Nishan M. و همکاران ^{۲۰}	۲۰۱۹	<i>Journal of Dental and Medical Sciences</i>	SCC اولیه در مرد ۶۲ ساله که درد و تورم خلف مندیبل و پاراستری لب پایین مراجعه می‌کند و تشخیص نهایی SCC با گرید IV می‌شود.	تخریب استخوان الوئول
Abdelkarim AZ. و همکاران ^{۱۷}	۲۰۱۹	<i>Imaging Science in Dentistry</i>	SCC اولیه خلف مندیبل مرد ۶۰ ساله با سابقه دیابت که با تورم مراجعه می‌کند و SCC با تمایز ضعیف گزارش شد.	رادیولوسنسی با حدود نامشخص
da-Silva LP. و همکاران ^{۲۱}	۲۰۱۸	<i>J. Oral Diag.</i>	SCC اولیه خلف مندیبل در مرد ۴۹ ساله که با شکایت از درد دندان‌های خلفی مراجعه کرده و در نهایت طرح درمان جراحی و در صورت نیاز شیمی‌درمانی و رادیوتراپی برای وی گذاشتند.	رادیولوسنسی با حدود نامشخص
Desai SR. و همکاران ^{۱۳}	۲۰۱۷	<i>Archives of Cytology and Histopathology Research,</i>	SCC اولیه خلف مندیبل در مرد ۴۵ ساله که در نهایت همی مندیبلکتومی شد.	رادیولوسنسی با حدود نامشخص
Sathyan P. و همکاران ^{۱۸}	۲۰۱۷	<i>OMPJ</i>	SCC اولیه خلف مندیبل در مرد ۴۰ ساله با علامت درد و تورم و لقی دندان‌های خلف مندیبل که در نهایت به مرکز انکولوژی ارجاع داده شد.	رادیولوسنسی منتشر
Sangmesh M. و همکاران ^۶	۲۰۱۷	<i>International Journal of Radiology & Radiation Therapy</i>	SCC اولیه خلف مندیبل در مرد ۶۳ ساله با علامت درد و تورم و لقی دندان‌های خلف مندیبل که در نهایت به مرکز انکولوژی ارجاع داده شد.	رادیولوسنسی با حدود نامشخص
Deshmukh R. و همکاران ^{۲۲}	۲۰۱۷	<i>Clinical Cancer Investigation Journal</i>	SCC اولیه در خلف مندیبل مرد ۳۰ ساله گزارش شده است.	رادیولوسنسی با حدود نامشخص

شده جز ضایعات نادر فک به‌شمار می‌آید و از طرف دیگر به‌علت اینکه در اوایل به‌علت تشخیص ناصحیح، درمان دیر هنگام صورت گرفت، روند درمان با چالش زیادی مواجه شده و بیمار با عوارض درمانی متعددی درگیر شد. از طرف دیگر، لازم است این بیماران حتی پس از دریافت درمان، به‌صورت منظم و جدی فالوآپ شوند

گرفته شود و روند تشخیص با حساسیت بیشتری طی شود. در مواردی که حتی دندانپزشک از علم کافی جهت بررسی دقیق علت و تشخیص برخوردار نیست، با ارجاع به متخصص و پس از دریافت تاریخچه و معاینه بالینی دقیق، رادیوگرافی و تهیه بیوپسی از محل، اقدامات لازم انجام شود. در این مطالعه از یک طرف مورد گزارش

آتی خواهد شد. تشخیص صحیح و دقیق الزاما همراه با دریافت تاریخچه دقیق از سیر ضایعه و معاینه دقیق بیمار و نهایتا تهیه رادیوگرافی مربوطه و نمونه برداری جهت تایید تشخیص است. در طی این روند، تشخیص‌های دیگری مثل بیماری‌های پالپ یا پرپودنتال و یا کیست‌های ادونتوزنیک رد می‌شود تا با تشخیص صحیح و به موقع، از درمان‌های نادرست جلوگیری شود.

چرا که احتمال Field concretization، عود یا متاستاز به بافت‌های دیگر وجود خواهد داشت.

نتیجه‌گیری: کارسینوم اولیه سلول سنگفرشی فک در گروه کارسینوم‌های نادر فک قرار دارد بنابراین تشخیص آن در مراحل اولیه با چالش‌های زیادی روبه‌رو خواهد شد. اهمیت تشخیص به موقع آن در شروع به موقع درمان و در نهایت بهتر شدن پروگنوز درمان‌های

References

- Gupta R, Debnath N, Nayak PA, Khandelwal V. Gingival squamous cell carcinoma presenting as periodontal lesion in the mandibular posterior region. *Case Reports* 2014;2014:bcr2013202511.
- Thomas G, Pandey M, Mathew A, Abraham E, Francis A, Somanathan T, et al. Primary intraosseous carcinoma of the jaw: pooled analysis of world literature and report of two new cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001;30(4):349-55.
- Lugakingira M, Pytynia K, Kolokythas A, Miloro M. Primary intraosseous carcinoma of the mandible: case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68(10):2623-9.
- Mroueh R, Haapaniemi A, Grénman R, Laranne J, Pukkila M, Almagush A, et al. Improved outcomes with oral tongue squamous cell carcinoma in Finland. *Head Neck* 2017;39(7):1306-12.
- Deshmukh R, Deo PN, Chavan S, Halli R. Primary intraosseous carcinoma of the mandible. *Clin Cancer Investig J* 2017;6(4):203.
- Sangmesh M, Kalyani V, Maloth K, Reddy S. Primary De Novo Intra-Osseous Carcinoma of Mandible: A Rare Case Report. *Int J Radiol Radiat Ther* 2017;2(5):110-3.
- Kabre V, Pai KM, Smriti K, Kamra S. Primary intraosseous carcinoma of mandible: A case report. *IJSS Case Rep Rev* 2014;1(5):15-20.
- Bodner L, Manor E, Shear M, van der Waal I. Primary intraosseous squamous cell carcinoma arising in an odontogenic cyst—a clinicopathologic analysis of 116 reported cases. *J Oral Pathol Med* 2011;40(10):733-8.
- Kaffe I, Ardekian L, Peled M, Machtey E, Laufer D. Radiological features of primary intra-osseous carcinoma of the jaws. Analysis of the literature and report of a new case. *Dentomaxillofac Radiol* 1998;27(4):209-14.
- Wenguan X, Hao S, Xiaofeng Q, Zhiyong W, Yufeng W, Qingang H, et al. Prognostic factors of primary intraosseous squamous cell carcinoma (PIO SCC): a retrospective review. *PLoS One* 2016;11(4):e0153646.
- Maloth KN, Kundoor VKR, Meka N. Primary de novo intraosseous carcinoma of the mandible: A rare case report. *J Indian Acad Oral Med Radiol* 2014;26(2):182.
- Mahdavi N, Bashizadeh H, Derakhshan S, Ghoreyshi Y. Primary intraosseous squamous cell carcinoma of the mandible: A case report. *J Craniomaxillofac Res* 2019;6(3):132-7.
- Desai SR, Mane AM, Kumbhar S, Bonde V, Sonawane RL. Cytodiagnosis of primary intraosseous squamous cell carcinoma of left mandible with unusual finding. *Archives of Cytology and Histopathology Research*. 2017;2(1):21-2.
- To E, Brown J, Ward-Booth R, Avery B. Primary intraosseous carcinoma of the jaws. Three new cases and a review of the literature. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1991;29(1):19-25.
- Tabatabacifar S, Larsen MJ, Larsen SR, Kruse TA, Thomassen M, Sørensen JA. Investigating a case of possible field cancerization in oral squamous cell carcinoma by the use of next-generation sequencing. *Oral Oncol* 2017;68:74-80.
- Tiwari T, Randall C, Cohen L, Holtzmann J, Webster-Cyriaque J, Ajiboye S, et al. Gender inequalities in the dental workforce: global perspectives. *Adva Dent Res* 2019;30(3):60-8.
- Abdelkarim AZ, Elzayat AM, Syed AZ, Lozanoff S. Delayed diagnosis of a primary intraosseous squamous cell carcinoma: A case report. *Imaging Sci Dent* 2019;49(1):71-7.
- Sathyan P, Jeslin S, Joseph I, Girish K. Primary Intraosseous Squamous Cell Carcinoma. *Oral Maxillo Pathol J* 2017;8(1):52-5.
- Vasselli M, Camurri Piloni A, Rizzo R, Bussani R, Tirelli G, Maglione M. Primary intraosseous squamous cell carcinoma. 2020.
- Nishan M, Jinisha M. De Novo Primary Intraosseous Carcinoma: Case Report.
- Da-Silva LP, Gonzaga AKG, da Silva Castro-Nóbrega LE, Germano AR, Costa AdLL. Uncommon presentation of an intraosseous squamous cell carcinoma. *J Oral Diagnosis* 2018;3(1):1-5.
- Deshmukh R, Deo PN, Chavan S, Halli R. Primary intraosseous carcinoma of the mandible. *Clin Cancer Investig J* 2017;6(4):203.

Primary intraosseous squamous cell carcinoma of mandible: a case report

Zohreh Dalirsani D.D.S.,
M.Sc.¹
Atessa Pakfetrat D.D.S., M.Sc.¹
Nasrollah Saghravanian D.D.S.,
M.Sc.¹
Negin Samiee D.D.S., M.Sc.²
Elahe Vazavandi M.Sc.^{3*}

1- Oral and Maxillofacial Diseases
Research Center, Mashhad
University of Medical Sciences,
Mashhad, Iran.

2- Department of Oral and
Maxillofacial Medicine, Faculty of
Dentistry, Kurdistan University of
Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

3- Department of Oral and
Maxillofacial Medicine, Faculty of
Dentistry, Mashhad University of
Medical Sciences, Mashhad, Iran.

* Corresponding author: Department of
Oral and Maxillofacial Medicine, Faculty
of Dentistry, Mashhad University of
Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Tel: +98-51-38412477
E-mail: vazavandie981@mums.ac.ir

Abstract

Received: 23 Apr. 2021 Revised: 30 Apr. 2021 Accepted: 15 Oct. 2021 Available online: 23 Oct. 2021

Background: Primary intraosseous squamous cell carcinoma (PIOC) of the mouth is a very rare but well-known carcinoma. It is locally invasive and its prognosis is quite poor. It may originate from the walls of an odontogenic cyst or de novo from the remnant epithelium at this region. Because the early symptoms of such malignancies are sometimes similar to those of inflammatory or periodontal diseases, early diagnosis is the most important step toward appropriate treatment.

Case Presentation: The case was a 46-year-old female with a sudden luxation of two posterior mandibular molars referred to a general dentist in May 2019. With diagnosis of periodontitis, the teeth were extracted without finding the cause of the tooth luxation. After four months, because of pain, swelling and non-healing socket of extracted teeth she referred to the department of Oral medicine in Mashhad Faculty of Dentistry. The patient was healthy with no systemic disease, drug history or familial history of cancer and no history of trauma, habits, tobacco, alcohol, and smoking. In clinical examination, a nodular swelling with extensive ulcer and rolled borders along with hyperkeratosis and erythema on the posterior part of the right mandibular ridge was observed. The Extraoral examination revealed a tender mobile lymph node in the right submandibular region. After radiographic evaluation, with an initial diagnosis of SCC originated from the socket of extracted mandibular molars, incisional biopsy was performed, and histopathological analysis of the specimen revealed a primary intraosseous squamous cell carcinoma (grade II) and then necessary treatments (surgery, radiotherapy, chemotherapy) were performed.

Conclusion: Dentists should know that any sudden changes in the mouth or teeth such as tooth luxation should be considered as a possible sign of malignancy. With proper diagnosis and early initiation of treatment, the prognosis of the disease can be improved and the patient can be treated with minimal complications of necessary treatments of surgery, radiotherapy, or chemotherapy.

Keywords: intraosseous, oral diagnosis, oral squamous cell carcinoma, swelling, tooth avulsion.