

آسیب شناسی دهان و فک و صورت

۲۱- در Pierre Robin Sequence کدام اختلال ابتدا رخ می دهد؟

الف) عدم اتصال زوائد کامی به یکدیگر

ب) رشد محدود مندیبل در رحم

ج) فقدان حمایت عضلات زبان

د) جابجایی خلفی زبان

طبیعتاً اول باید اختلال رشد در رحم ایجاد شود تا عقب رفتگی زبان و عدم اتصال صفحات کامی رخ دهد پس جواب گزینه

ب می شود. (جلد ۲، ص ۱۲، ستون اول، پاراگراف دوم)

Pierre robin sequence (anomalad)

۱) CP به شکل U

۲) کوچکی مندیبل

۳) Glossoptosis (پایین آمدن یا عقب رفتن زبان) به علت رشد محدود مندیبل

در رحم که مانع حرکت زبان به پایین می شود.

Asphyxiation، یا مشکلات تنفسی بخصوص در موقع خواب

• درمان شکاف لب و کام:

مشکلات: ظاهر کلینیکی بیمار، تغذیه و صحبت کردن می باشد.

بستن شکاف لب در چند ماه اول زندگی و بعد از آن بستن نقص کام انجام می شود.

سندرم stickler و سندرم velocardiofacial یا پیروبین بیشترین همراهی را

دارند.

شکاف های همراه سندرم الگوی ارثی بالاتری را نشان می دهند.

۲۲- انسیزورهای shovel-shaped ممکن است با کدام تغییر رشدی - نموی در شکل دندان همراه باشند؟

الف) Dens evaginated

ب) Dens invaginated

ج) Ectopic enamel

د) Talon cusp

۲۳- تمام موارد به عنوان منشا کیست رادیکولار مطرح می باشند ، بجز:

الف) بقایای مالاسه

ب) بقایای سرز

ج) اپی تلیوم شیار لته

د) پوشش سینوس

توضیح: بقایای سرز همان دنتال لامینا است که ارتباطی با کیست رادیکولار ندارد. (جلد ۲ ، ص ۳۶ ، ستون دوم ، پاراگراف آخر)

(Radicular cyst-apical periodontal cyst) periapical cyst

▪ اپی تلیوم موجود در آپکس دندان غیر زنده می تواند به وسیله ی التهاب تحریک شده و افزایش **keratinocyte growth factor** توسط سلول های استرومای پرودنتال رخ داده و کیست واقعی مغروش از اپی تلیوم یا پری اپیکال کیست را ایجاد کند.

▪ منشا آن بقایای مالاسز است اما اپی تلیوم شیار لته، پوشش سینوس و پوشش اپی تلیالی مجرای فیستول نیز می تواند دخیل باشد.

۲۴- در کدام نوع کاندیدیازیس ، احتمال بروز دیسپلازی اپی تلیالی بیشتر است؟

الف) آتروفیک حاد

ب) آتروفیک مزمن

ج) هیپرپلاستیک مزمن

د) سودوممبرانوس

گزینه ج صحیح است. (جلد ۲ ، ص ۵۵ ، ستون دوم ، شماره ۳)

۳- **(candidal leukoplakia) chronic hyperplastic candidiasis**: لکه سفیدی که با خراشیدن کنده نمی شود و کمترین شیوع را دارد. در قسمت قدامی مخاط پاکال و از نظر بالینی به لکوپلاکیای معمولی شبیه است. این ضایعه اغلب شبیه لکوپلاکیای منقوط یا **speckled leukoplakia** می باشد که ممکن است افزایش شیوع دیسپلازی را نشان دهد.

۴- کاندیدای پوستی مخاطی: این بیماران کاندیدا در دهان، ناخن و پوست را در طی چند سال اول زندگی نشان داده که بیشتر مشکلات ایمنی دارند و بیشتر نوع هایپرپلاستیک مزمن ایجاد می شود و عفونت به صورت سطحی باقی می ماند. آنمی فقر آهن دیده می شود. اختلالات شامل هیپوتیروئیدیسم، هیپوپاراتیروئیدیسم، هیپوآدرنو کورتیسم (آدیسون) و دیابت ملیتوس می باشد.

۲۵- در صورت مشاهده کدام ضایعه در یک فرد نرمال، ارزیابی کامل برای رد احتمال بیماری های تضعیف کننده

سیستم ایمنی ضروری می باشد؟

الف (oral hairy leukoplakia)

ب) Necrotizing ulcerative periodontitis

ج) Major aphthous ulceration

د) Erythroleukoplakia

۲۶- دگرانوله شدن ماست سل ها ، علت ایجاد کدام یک می باشد؟

الف) Lichenoid contact reaction

ب) Wegener granulomatosis

ج) Aphthous stomatitis

د) Angioedema

گزینه د صحیح است. (جلد ۱ ، ص ۱۲۶ ، ستون دوم ، مبحث آنژیوادم)

آنژیوادم (Quincke's disease) Angioneurotic edema

آنژیوادم تورم ادماتوز و منتشر یافت های نرم است که به طور شایعی یافت های همبندی زیر جلد و زیر مخاط را درگیر می کند اما ممکن است دستگاه گوارش یا تنفس را نیز مبتلا کند که می تواند ارثی یا اکتسابی باشد.

نکته: شایع ترین علت ایجاد آنژیوادم، دگرانولاسیون ماست سل ها است که منجر به آزادی هیستامین به دلیل واکنش ازدیاد حساسیت یا واسطه IgE ، واکنش های تماس آلرژیک و تحرکات قیزیکی می باشد.

۲۷- کدام یک ، ارتباط کم تری با پیش آگهی اسکواموس سل کارسینومای دهان دارد؟

الف) درگیری عقده های لنفاوی ناحیه ای

ب) درجه تمایز تومور

ج) اندازه تومور اولیه

د) متاستاز دوردست

گزینه ب صحیح است. (جلد ۱ ، ص ۷۴ و ۷۵ ،)

توضیح: جلد ۱ ، صفحه ۷۴ و ۷۵ ، درجه تمایز تومور همان grading است که اهمیت کمتری از staging دارد که شامل سایز تومور متاستاز دوردست و متاستاز به لنف نود ناحیه ای است.

نکته: Staging نسبت به grading بیشتر یا پیش آگهی در ارتباط است.

درمان: کارسینوم لب یا جراحی اکسینال درمان می شود. کارسینوم لب یا لا شیوع کمتری دارد و پیش آگهی بدتری دارد.

* درمان انواع داخل دهانی بسته به Stage بیماری جراحی رادیکال، رادیوتراپی یا هر دو است. موقعیت تومور بر طرح درمان اثر می گذارد.

۲۸- منظور از "Melanin incontinence" در نمای هیستولوژیک ماکول ملانوتیک دهانی چیست؟

الف) ملانین موجود در سیتوپلاسم ملانوسیت ها

ب) ملانین بلعیده شده توسط ماکروفازها

ج) افزایش تعداد ملانوسیت ها

د) ملانین آزاد در بافت

توضیح: وقتی تولید ملانین زیاد می شود از داخل ملانوسیتها به کراتینوسیت های مجاور و بافت همبند زیرین می ریزد. که مقداری توسط ماکروفازها بلعیده می شود که موسوم به ملانوفازند. مقداری هم در بافت به صورت آزادانه قرار دارد که موسوم به melanin incontinence می باشد. (جلد ۱، ص ۶۴).

۲۹- کدام یک می تواند منجر به سیالوره شود؟

الف) آفت

ب) دیابت ملیتوس

ج) تنفس دهانی

د) سیگار کشیدن

گزینه الف صحیح است. (جلد ۱، ص ۸۵، ستون دوم، پاراگراف دوم)

Sialorrhea

بزاق بیش از حد که ممکن است در اثر عوامل زیر ایجاد شود. زخم های آفتی، دنچر نامناسب و جدید - رفلکس گاستروفازیال (water brush) - هاری - مسمومیت با فلزات سنگین - داروهای کولی نرژیک و انتی سایکوتیک clozapine - بیماری عصبی - مندیولکتومی - داروهای مصرفی در آلزایمر و میاستنی گراویس - فلج مغزی - پارکینسون -

ALS

* سیالوره ناگهانی ایدیوپاتیکی: (Idiopathic paroxysmal sialorrhea) بیمار در دوره کوتاهی که ۲ تا ۵ دقیقه طول می کشد دچار افزایش بزاق می شود که قبل از آن بیمار تهوع و درد اپی گاستر دارد.

* درمان سیالوره: تغییر موقعیت مجرای ساب ماندیبل یا پاروتید - قطع غده ساب لینگوال - قطع دو طرفه عصب تیمپانیک یا قطع کردن کورداتیمپانی (حس چشایی ۲/۱) قدامی زبان را از بین می برد. تزریق Scopolamine داخل درمی برای کاهش بزاق تجویز می شود اما در کودکان زیر ۱۰ سال منع مصرف دارد. تزریق داخل غده ای سم botulinum نیز مفید است.

۳۰- خانمی ۳۰ ساله با شکایت از یک برجستگی دردناک با سطح زخمی در کام مراجعه نموده است. در بررسی میکروسکوپی، لبول های متعدد متشکل از سلول های تومورال مکعبی با الگوی غربالی مشاهده می شود. مناسب ترین تشخیص کدام است؟

الف) پلئورموفیک آدنوما

ب) آدنوئید سیستیک کارسینوما

ج) موکو اپی درموئید کارسینوما

د) آسینیک سل کارسینوما

گزینه ب صحیح است. (جلد ۱، ص ۹۴، ستون اول، مبحث اول)

Adenoid cystic carcinoma

یکی از شایع ترین بدخیمی های غدد بزاقی که قبلاً به سیلندر ما معروف بود.
* تقریباً ۵۰٪ در غدد بزاقی فرعی ایجاد می شود. (کام) و در بالغین میانسال شایع است.
نکته: شایع ترین بدخیمی غدد تحت فکی است.
نکته: توده ای که به آرامی رشد می کند. درد یافته مهم و شایعی است و معمولاً در اوایل بیماری قبل از ایجاد تورم بروز می کند.
میکروسکوپی:

نکته: ترکیبی از سلول های میوایی تلیال و مجرای است که به صورت:
۱. غربالی یا Cribriform، ۲. Tubular، ۳. Solid قرار می گیرند.
* معمولاً ترکیبی از الگوها دیده می شود.
* شایع ترین فرم الگوی غربالی است که با جزایری از سلول های اپی تلیال باز الوئید شامل فضاها سیست مانند سیلندریک متعدد مثل پنیر سوئیسی مشخص می شود. سلول ها ظاهر یکنواخت دارند و میتوز کم است. فضاها اغلب حاوی مواد موکوئیدی بازوفیلی و یا محصول هیالینیزه اتوزینو قیل می باشند. سلول های تومورال کوچک و مکعبی اند.

* در الگوی توبولار سلولها به شکل توبول و مجاری کوچک در استرومای هیالینیزه دیده می شوند.

* در نوع توپر جزایر بزرگتر یا صفحاتی از سلول های تومورال دیده می شود.
نکته: فعالیت میتوتیک و پلئومورفیسم سلولی و نکروزهای کاتونی در نوع توپر دیده می شود.

نکته: ویژگی بارز آدنوئید سیستیک کارسینوما تهاجم دور عصب است.
* سلول ها دارای آرایش ماریچی (Swirling) به دور عصب می باشند.

نکته: تهاجم دور عصب در Polymorphous low grade adenocarcinoma نیز دیده می شود.

* درمان: جراحی اکسیژنال و در مواردی رادیوتراپی مکمل.
نکته: از آنجا که متاستاز به گره لنفاوی ناحیه شایع نیست عمل Dissection گردن انجام نمی شود.

نکته: IHC برای مارکر CD₁₁₇، CD43 مثبت است. (ویمنتین، کلاژن IV، لامینین، اینتگرین، SMA، CK، ki-67).

۳۱- شایعترین محل ایجاد مالفورماسیون های لنفاتیک در حفره دهان کدام است؟

الف) کام

ب) کف دهان

ج) زبان

د) مخاط باکال

گزینه ج صحیح است. (جلد ۱، ص ۵۴، ستون دوم، نکته اول)

نکته: لنفانژیوم دهانی در ۱٪ قدامی زبان شایع ترند که اغلب منجر به ماکروگلووسی می شود و سطحی و زیکولر شبیه تخم قوریاغه یا پودینگ دارد. انواع عمقی سطح صاف دارند.

- * لنفانژیوم های کوچک روی ریج آلتونول فک پایین نوزادان سیاه پوست به صورت دو طرفه دیده می شود که در مردان دو برابر شایع تر است و خود به خود بهبود می یابد.
- * میکروسکوپی: عروق لنفاوی متسع که با اندوتلیوم نازک مغروش شده اند و حاوی مایع Proteinaceous گاهی لنفوسیت و RBC هستند

۳۲- رفتار بیولوژیک کدام پرولیفراسیون فیبروز، حد واسط خوش خیم و بدخیم می باشد؟

الف) Myofibroma

ب) Fibromatosis

ج) Fibrous histiocytoma

د) Solitary fibrous tumor

گزینه ب صحیح است. (جلد ۱، ص ۴۶، ستون دوم، مبحث اول)

Fibromatosis

نکته: به گروه وسیعی از پرولیفراسیون فیبروز با رفتار و نمای بین ضایعات فیبروز خوش خیم و فیبروسارکوما اطلاق می شود.

نکته: این ضایعات در سر و گردن فیبروما توزیس مهاجم جوانان یا دسموئیدهای خارج شکمی و در استخوان فیبروما دسموپلاستیک نامیده می شود.

* این ضایعه در سر و گردن بیشتر در جوانان به صورت توده ای سفت و بی درد و گاهی با رشد سریع است.

نکته: ناحیه شایع دهانی یافت نرم اطراف ماندیل

* گاهی تومور رفتار تهاجمی تری داشته و باعث تغییر شکل صورت و یا تخریب استخوان زیرین یا نمای رادیوگرافی می شود.

* در افراد مبتلا به familial adenomatous polyposis و سندرم گاردنر، ریسک بیشتر برای ابتلا به انواع مهاجم وجود دارد.

۳۳- منشا Mycosis fungoides کدام سلول است؟

الف) T cell

ب) B cell

ج) Plasma cell

د) Histiocyte

گزینه الف صحیح است. (جلد ۱، ص ۱۱۵ منشا سلولهای لنفوسیت T از نوع CD4 مثبت helper است).

Cutaneous T-Cell Lymphoma (mycosis fungoides)

لنفوم سلول های CD4⁺(helper) که دارای خاصیت اپی درمویتروویسم (تمایل تهاجم به اپیدرم) می باشد و به بیماری قارچی شباهت دارد. لنفوم پوستی هم نوع B cell دارند و هم نوع T cell.

در مردان میانسال که دارای سه مرحله است:

۱. Eczematous (اریتماتوز): دارای Patch های اریتماتوز فلس مانند یا حدود مشخص شبیه پسوریازیس پوستی
 ۲. پلاک: یا گذشت زمان Patch های اریتماتوز ضایعات قرمز اندک برجسته را به وجود می آورند.
 ۳. تومور: تبدیل پلاک به پاپول و ندول و درگیری احشاء
- نکته:** درگیری دهانی ناشایع است و در مرحله آخر دیده می شود.

۳۴- در مرحله اسکروتیک سمنتواسئوس دیسپلازی، استعداد ابتلا به کدام یک افزایش می یابد؟

الف) تغییر شکل بدخیمی

ب) شکستگی پاتولوژیک

ج) نکروز و عفونت ثانویه

د) دفرمیتی فکی - صورتی

گزینه ج صحیح است. (جلد ۱، ص ۳۵، ستون اول، مبحث میکروسکوپی، پاراگراف سوم)

- * میکروسکوپی: هر سه حالت ضایعه حاوی یخس هایی از بافت مزانشیمال سلولار حاوی فیبروبلاست های دوکی شکل و عروق خونی کوچک می باشد که در این زمینه مخلوطی از استخوان جنینی woven و لاملار و قطعات شبه سمائی دیده می شود.
- * با تکامل ضایعه نسبت بافت همبند به مواد مینرالیزه کاهش می یابد و تراپکول های ضخیم استخوانی شبیه ریشه زنجبیل (ginger roots) می شود.
- * قبل از مرحله اسکروتیک نهایی یک بافت ترد و شکننده Gritty دیده می شود که به سادگی کورت می شود اما از استخوان مجاور (برخلاف فیبروم اسیفیه) به راحتی جدا نمی شود. این ضایعات نتوپلاستیک نیستند و نیاز به درمان جراحی ندارند. در موارد علامت دار و یا عفونی شدن درمانهای مانند آنتی بیوتیک تراپی، جراحی و Saucerization استخوان مرده توصیه می شود. این ضایعات در مرحله ایک مستعد عفونت اند.

۳۵- در نمای میکروسکوپی کندروسارکوما، با افزایش درجه بدخیمی، کدام یک کاهش می یابد؟

الف) میتوز

ب) سلولاریتی

ج) اندازه هسته

د) ماتریکس غضروفی

گزینه د صحیح است. (جلد ۱، ص ۴۱، ستون دوم، پاراگراف چهارم)

* کندروسارکوم از نظر پاتولوژی به سه درجه تقسیم می شود:

grade I (۱): شبیه کندروما است. کندرو بلاست ها و غضروف تفاوت کمی با بافت طبیعی دارند و مشاهده میتوز نادر است. کلسیفیکاسیون و استخوانی شدن ماتریکس کندروئید اغلب بارز است. وجود کندرو بلاست **plump** و کندروسیت دوهسته ای موید بدخیمی است.

grade II (۲): میزان سلولاریته بیشتر است و سلول ها با هسته های متوسط بیشتر در محیط لوبول ها قرار گرفته اند. میزان میتوز کم است. ماتریکس بیشتر میکسوئید و حاوی مقدار کم هیالین است.

grade III (۳): سلولاریته بسیار بالا (سلول دوکی) همراه میتوز فراوان

پیشگامان پارسه

۳۶- کدام کیست منشا التهابی داشته و معمولاً در کودکان دیده می شود؟

الف) Eruption cyst

ب) Dentigerous cyst

ج) Buccal bifurcation cyst

د) Gingival cyst of the newborn

گزینه ج صحیح است. (جلد ۱، ص ۱۱، ستون اول، پاراگراف آخر)

Inflammatory odontogenic cyst

Buccal bifurcation cyst

- ◆ کیست آماسی ناشایع در ناحیه فورکای باکالی مولر اول دائمی پایین
- ◆ گاهی در سمت باکال و دیستال دندان مولر سوم نیمه رویش یافته همراه با سابقه پری
- ◆ کرونیست دیده می شود که در این حالت **paradental cyst** نامیده می شود.
- ◆ تشخیص **paradental cyst** از کیست دنتی ژروس عفونی بسیار مشکل است.
- ◆ بعضی از این کیست ها مربوط به دندان های اند که **ectopic enamel** (enamel extension) داشته اند.
- ◆ در کودکان ۵ تا ۱۳ سال

۳۷- "ساختارهای اپی تلیالی شبه مجرای و کانون های کلسیفیه" در نمای میکروسکوپی کدام تومور

ادنتوژیک دیده می شود؟

الف) تومور اپی تلیالی ادنتوژیک کلسیفیه

ب) آدنوماتوئید ادنتوژیک تومور

ج) آملوبلاستیک فیبروما

د) آملوبلاستوما

گزینه ب صحیح است. (جلد ۱، ص ۲۲، ستون اول، پاراگراف آخر، ساختارهای داکتی یا شبه مجرای در AOT دیده می شود)

هیستوپاتولوژی: ضایعه دارای کیسول ضخیم است. از نظر **gross** توپروکیستیک است. سلول های اپی تلیال دوکی شکل که ساختار های طنابی شکل، شبیه داکت یا روزت تشکیل می دهند که خالی یا حاوی مواد انوزینوفیلیک که امیلوئید مثبت اند، می باشد. سلول های اپی تلیالی احتمالاً پره آملوبلاست اند و هیچگونه عنصر غددی در این تومور وجود ندارد. در بعضی از این ضایعات ساخته شدن مواد دنتینوئید و یا سمتموم به چشم می خورد. در مجاورت کیسول طناب های اپی تلیومی باریک و متقاطع در یک ماتریکس انوزینوفیلیک و سست دیده می شود.

✓ بعضی از AOT ها دارای نواحی کانونی از C.E.O.T یا ادنتوم و C.O.C می باشند. درمان: enucleation بدون عود.

۳۸- کدام بیماری با افزایش پرو لپراسیون کراتینوسیت ها مشخص می شود؟

الف) پسوریازیس

ب) لیکن پلان

ج) لوپوس اریتماتوز

د) اسکروز سیستمیک

گزینه الف صحیح است. (جلد ۱، ص ۱۰۲، ستون اول، پاراگراف اول)

Psoriasis (پسوریازیس)

♦ بیماری مزمن و نسبتاً شایع پوستی است که در آن تکثیر کراتینوسیت های پوستی افزایش می یابد. لنفوسیت های T فعال شده تولید غیرطبیعی سیتوکاین ها، مولکول چسبندگی، پلی پپتید کموتاکتیک و فاکتورهای رشد را به عهده دارند.

۳۹- ایجاد کدام یک از بیماری های پوستی - مخاطی، با یک عفونت قبلی مرتبط است؟

الف) Paraneoplastic pemphigus

ب) Bullous pemphigoid

ج) Epidermolysis bullosa

د) Erythema multiforme

گزینه د صحیح است. (جلد ۱، ص ۹۸، ستون دوم، پاراگراف آخر)

Erythema Multiform

♦ بیماری زخمی شونده و تاولزا که پوست و مخاط را درگیر کرده و دارای علت و پاتوژنز نامعینی می باشد. عوامل ایمونولوژیک نقش کم رنگی در این بیماری دارند ولیکن به طور قطع در روند آن موثر می باشند. در ۵۰٪ موارد وجود عفونت HSV یا پنومونی مایکوپلاسمایی و یا مصرف داروی مشخص مخصوصاً آنتی بیوتیک و ضد درد دیده

۴۰- التهاب گرانولوماتوز در نمای میکروسکوپی کدام بیماری دیده می شود؟

الف) pyostomatitis vegetans

ب) Ulcerative stomatitis

ج) Crohn disease

د) Uremic stomatitis

گزینه ج صحیح است. (جلد ۱، ص ۱۳۴، ستون دوم، بعد از شکل ۱۹-۹)

Crohn disease

(regional ileitis – regional enteritis)

نوعی بیماری التهابی وابسته به عوامل ایمنولوژیک با تظاهرات گوارشی و دهانی در افراد ۱۹-۱۳ ساله

علائم دهانی:

- ۱) ایجاد Mucogingivitis (شایع) و mucosal tag
 - ۲) ایجاد نمای cobblestone در مخاط و زخم های عمیق گرانولوماتوز. (زخم ها اغلب خطی اند و در وستیبول باکال دیده می شوند).
 - ۳) ایجاد اپولیس فیشوراتوم در افراد با دندان
 - ۴) ایجاد زخم های آفتی
 - ۵) به ندرت استئوماتیت منتشر به علت استاف اورئوس همراهی کرون و پیواستوماتیت وژتان دیده شده است.
- میکروسکوپی: دیدن آماس گرانولوماتوز غیر نکروزه
درمان: کورتیکواستروئید