

下颌骨牙源性角化囊肿 X 线影像分析

张志良 徐冶敏

【摘要】 目的:提高对牙源性角化囊肿 X 线征象的认识。方法:回顾性分析经病理证实的 60 例下颌骨牙源性角化囊肿的 X 线资料。结果:下颌骨牙源性角化囊肿 X 线征象有:①下颌骨磨牙升支为好发区,17 例(28.3%);②牙根斜面状吸收多见,93 个(71%);③沿长轴生长 40 例(66.7%);④X 线分为 4 型:单房型 18 例(30%),多房型 30 例(50%),多发型 8 例(13.3%)及综合征型 4 例(6.7%)。结论:牙源性角化囊肿的牙根斜面状吸收和沿长轴生长是特征性的。

【关键词】 下颌骨 牙源性 角化囊肿 X 线影像

【中图分类号】 R739.82, R814 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2002)04-0335-03

An analysis of the X-ray imaging of odontogenic keratocyst in the mandible ZHANG Zhiliang, XU Yemin. Department of Radiology, Shanghai No. 9 People's Hospital, Shanghai Second Medical University, Shanghai 200011

【Abstract】 **Objective:** To improve the understanding of X-ray features of the odontogenic keratocyst of mandibula. **Methods:** The X-ray findings of 60 pathologically proven cases with odontogenic keratocyst of mandibula were retrospectively analyzed. **Results:** The X-ray findings were as follows: ① The most common sites were in the molar-ramus region of mandibula (n=17, 28.3%); ② Resorption of bevel of roots was common (n=93, 71%); ③ Type of growth was along the long axis of the mandibula (n=40, 66.7%); ④ The X-ray findings could be divided into 4 types: monolocular type (n=18, 30%), multilocular type (n=30, 50%), multiple type (n=8, 13.3%), and syndrome type (n=4, 6.7%). **Conclusion:** Resorption of bevel of roots, and growth along the long axis of the mandibula are characteristics of odontogenic keratocyst in the mandible.

【Key words】 Mandible Odontogenic Keratocyst X-ray imaging

1956 年 Phippsen 首次将具有上皮角化的牙源性囊肿定名为牙源性角化囊肿(odontogenic keratocyst)^[1]。牙源性角化囊肿好发于下颌骨,有特殊的组织病理学表现,术后复发率高,有时难与颌骨成釉细胞瘤等区分^[1-9]。本文对 60 例下颌骨牙源性角化囊肿进行 X 线影像分析,旨在提高对本病的认识。

材料与与方法

收集我院经病理证实的下颌骨牙源性角化囊肿 60 例,进行详细 X 线影像分析。其中男 38 例,女 22 例,年龄 6~82 岁,平均 34 岁。

借助放大镜,由口腔放射专业医师读片,仔细观察 6 个方面:牙源性角化囊肿的类型、发生部位、膨胀程度、生长方式、牙根吸收和牙齿移位等。

表 1 发生年龄统计

年龄组(岁)	例数	百分比(%)
0~9	2	3.3
10~19	16	26.7
20~29	18	30.7
30~39	6	10.0
40~49	10	16.6
50~59	3	5.0
60~69	3	5.0
70~79	1	1.7
80~	1	1.7
合计	60	100

结果

发生年龄和部位统计见表 1、2。牙根吸收和牙齿移位统计见表 3。分型和含牙情况统计见表 4。

表 2 发生部位统计

部位	例数	百分比(%)
前牙区	1	1.6
双尖牙区	2	3.4
双尖牙区-磨牙区	14	23.3
磨牙区	9	15.0
升支区	7	11.7
磨牙-升支区	17	28.3
半下颌	3	5.0
双侧上颌大部	5	8.3
全下颌	2	3.4
合计	60	100

根据本组 X 线表现,可分为 4 型,即单房型、多房型、多发型及综合征型。单房型: X 线表现为卵圆形或圆形或边缘切迹分叶状,本文 18 例占 30%(图 1);多房型:分房大小相近,互相重叠,骨分隔少,本文 30 例占 50%(图 2);多发型:颌骨多处发生,可单或多房,占 13.3%(图 3);综合征型:指多发性牙源性角化囊肿伴基底细胞痣综合征(multiple basal cell nevus syndrome)(图 4a),可有大脑帘钙化、蝶鞍搭桥(图 4b)、肋骨分叉等畸形,可以含牙或不含牙,本文见 3 例,此型占 5%。有些学者^[1-5]认为有染色体显性遗传特点,本文病例未发现遗传病史。

讨论

1. 牙源性角化囊肿与性别、年龄的关系

本组男性的发病率高于女性,男女之比为 2:1。

作者单位:200011 上海,上海第二医科大学附属第九人民医院放射科

作者简介:张志良(1943~),男,上海人,主任医师,主要从事口腔颌面影像工作。

表3 牙根吸收和牙移位统计

检查牙根数	牙根吸收数	牙根吸收类型(131例)			牙根吸收程度(118例)			牙移位(131例)		
		斜面状	横断面状	锯齿状	1/3以内	1/2	1/2以上	明显	牙根分开	不明显
131	118	93	10	15	74	26	18	36	22	73
百分比(%)	90	71	7.6	11.4	62.7	22	15.3	27.5	16.8	55.7

表4 分型和含牙情况统计(60例)

	分型				含牙情况	
	单房	多房	多发	综合征	含牙	不含牙
病例数	18	30	8	4	17	43
百分比%	30	50	13.3	6.7	28.3	71.7

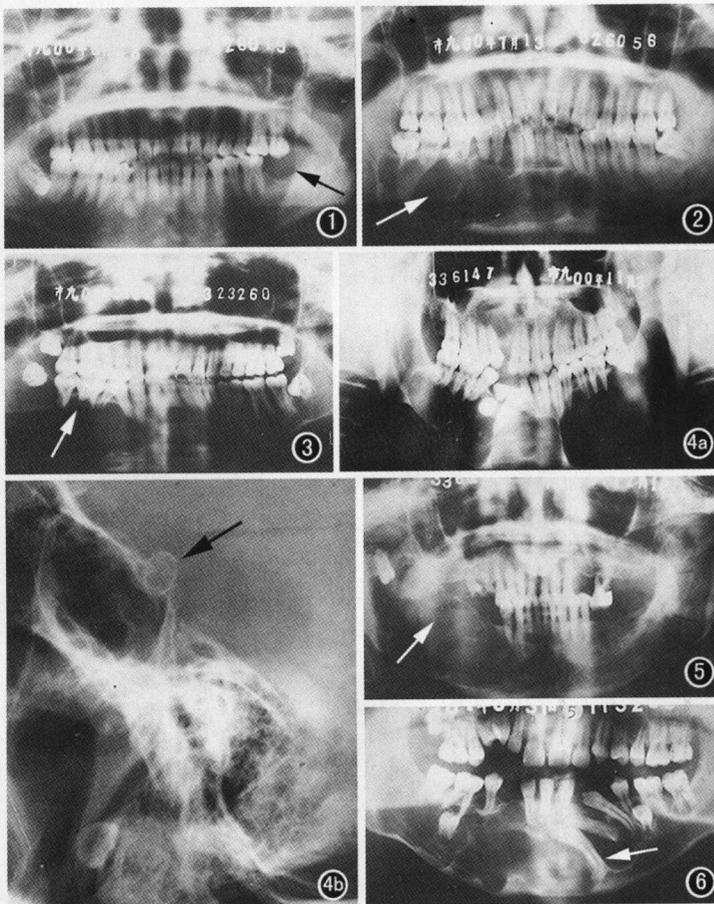


图1 曲面体层片示下颌角单房性角化囊肿。左侧下颌骨升支呈卵圆形单房性囊性改变(→)。图2 曲面体层片示下颌骨多房型角化囊肿。囊肿位于右侧下颌骨三磨牙至左侧下颌骨第一双尖牙区(⇐)。图3 曲面体层片示下颌角多发性角化囊肿。右侧下颌骨升支至左双尖牙区和左侧下颌角部升支区多个囊肿,右下牙1~8牙根斜面吸收(⇐),右下牙8和左下牙8位于囊腔内。图4 下颌骨多发性角化囊肿伴基底细胞癌综合征。a) 曲面体层片示下颌角体部及双侧升支大部分和上颌4~6区多发性广泛性囊性病,沿下颌骨长轴生长。囊腔内含牙一个,右下牙3移位,左下牙7牙根斜面吸收明显;b) 头颅侧位片:蝶鞍床间韧带钙化,前床突后床突连接——蝶鞍搭桥(→)。图5 曲面体层片示右下颌角升支至右下牙4区多房型囊性病,骨质膨胀,沿下颌骨长轴生长,骨皮质变薄断裂(⇐),房隔不明显,边缘有切除,上牙8牙冠朝向囊腔内。图6 曲面体层片示整个下颌角体部多房型角化囊肿,5个牙位于囊腔中,3个牙移位,2个牙弯根(→)。

Brannon^[1]报道为1.35:1,也有报道男女发病率无差异,这可能与病例选择样本量有关。在发病年龄上20~40岁最多见(50%),其次为10~19岁(20%),老年人相对少见,与国内外文献报道相似(表1)。

2. 牙源性角化囊肿的发生部位

国内外文献报道牙源性角化囊肿的发生部位,主要是下颌骨磨牙升支区,本组占28.3%,磨牙区+升支区+磨牙升支区占55%,本资料显示结果与国内外文献报道相似^[1,2]。除好发于下颌骨磨牙升支区以外,双尖磨牙区发生也不少(23.3%)。牙源性角化囊肿较其它囊肿侵袭性强,波及范围大,本组资料有5例囊肿的范围从一侧的双尖区到另一侧双尖区或磨牙区,5例双侧下颌骨大部,2例整个下颌骨被波及。

3. 牙源性角化囊肿对牙齿和骨皮质的影响

牙源性角化囊肿对牙齿的影响,主要表现是囊肿压迫引起牙根吸收和牙齿移位。牙根吸收X线表现为斜面状、横断面状和锯齿状吸收三种类型,斜面状、横断面状吸收较光整,锯齿状吸收不光整。本组17例囊肿累及131个牙齿,其中118个牙根有吸收(表3),占病变部位被检牙的90%,其中93个为斜面状吸收,占病变部位被检牙的71%,占牙根吸收的79%(图4a),锯齿状吸收为11.4%和13%,横断面吸收为7.6%和8%。牙根吸收程度,多见于吸收牙根的1/3以内,本文占62.7%,吸收牙根的1/2以上占37.3%。我们发现7例下颌体囊肿区无牙,可能松动脱落或已拔除。牙齿移位一般轻度或不明显,占55.7%(73/131),明显移位占27.5%(36/131),16.8%(22/131)两牙根八字分开,牙根间牙槽骨密度减低,牙槽骨有吸收,表明有根间浸润现象。牙源性角化囊肿有膨胀性和沿长轴生长的特点,本组沿长轴生长40例(67%),膨胀明显22例(36%),膨胀不明显38例(64%)。膨胀明显骨皮质变薄,甚至发生骨皮质断裂,本文见3例(图5)。说明少数牙源性角化囊肿有一定的局部侵蚀性。有学者报道^[7]Ki-67为单克隆抗体,在牙源性角化囊肿中表达明显高于根尖囊肿和含牙囊肿,反映囊肿上皮具有较高的细胞增殖活性,Ki-67阳性细胞分布及生长呈不均匀和多中心,可以解释牙源性角化囊肿特殊的浸润性生长方式,X线表现为局部具有侵蚀性。

4. 牙源性角化囊肿的含牙问题及感染问题

大多数人认为牙源性角化囊肿来源于牙板或牙板残余,因此角化囊肿为始基囊肿^[1-6]。1971年WHO将始基囊肿改为角化囊肿。角化囊肿的含牙率高达25%~43%,原因尚不明显^[4]。本组60例中有17个角化囊肿含

牙,含牙率为28.3%(表4)。有的学者^[6]认为已有造釉能力的上皮不会发生角化,X线表现为角化囊肿含牙为错觉。也有的学者认为,含牙是增长过程中包绕另一个埋伏牙形成的,并不是真正的含牙^[5]。本文有1例下颌骨多房性角化囊肿,5个恒牙被包绕在囊内,2个恒牙根弯曲畸形(图6),我们认为并不是真正的含牙。Brannon^[1]报道经病理证实4例中2例牙颈部确有角化上皮附着,认为角化囊肿可以含牙。真正的含牙,牙颈部应有角化上皮附着。通常囊肿连于牙冠与牙根交界处,牙齿长轴指向囊肿中心^[2]。本文X线影像资料有5例,牙齿位于囊肿中,但因手术资料不明,还不能肯定是否真正的含牙。角化囊肿应与其它颌骨囊性病变相鉴别,如颌骨囊肿、成釉细胞瘤等。单房型颌骨囊肿X线表现为卵圆形或圆形,边缘无切迹或分叶状改变,单房型角化囊肿边缘可有切迹或分叶状改变;多房型角化囊肿,分房大小相近,牙根为斜面状吸收。成釉细胞瘤分房差异大,牙根为锯齿状吸收。有的X线影像难于鉴别,只能依靠病理检查。有些学者^[8]提出测定角蛋白的含量、囊液内可溶性蛋白、免疫球蛋白、糖氨多糖的含量和增殖细胞核抗原等作为与其它牙源性囊肿区分的标志。牙源性角化囊肿有相当一部分病例的囊壁中伴有炎症反应,高岩、Rodu^[8]分别报道为75.7%和76%,本组病理证实78%有继发感染。有学者^[9]认为郎格罕细胞(LC)在伴有炎症的角化囊肿的病理发生

上可能起重要作用,有炎症时上皮中有LC出现,无炎症时无LC出现,说明细胞免疫反应和体液可能在角化囊肿发生发展上起一定作用。

参考文献

- 1 Brannon RB, Colone L. A clinicopathologic study of 312 cases (Part 1); clinical features[J]. J of Oral Surg, 1976, 42(1): 54.
- 2 李金荣,汪传铎. 30例牙源性角化囊肿临床分析[J]. 中华口腔杂志, 1981, 16(3): 134.
- 3 耿温琦,吴运堂,于世风. 牙源性角化囊肿(附120例)[J]. 中华口腔杂志, 1983, 18(2): 90.
- 4 邱蔚六. 口腔颌面外科理论与实践[M]. 北京:人民卫生出版社, 1998. 107.
- 5 Rud J. Odontogenic keratocysts[J]. Oral Surg, 1969, 27(2): 323.
- 6 Panye TF. An analysis of clinical and histopathologic parameters of odontogenic keratocysts[J]. Oral Surg, 1974, 33(4): 538.
- 7 孙明磊,廖小宜,王炼. 牙源性囊肿上增殖活性的研究[J]. 中华口腔医学杂志, 2001, 19(3): 144-145, 157.
- 8 韩新光. 牙源性角化囊肿标志物成分研究进展[J]. 国外医学:口腔医学分册, 1997, 24(1): 42.
- 9 高岩. 牙源性角化囊肿中的郎格罕细胞[J]. 现代口腔医学杂志, 1991, 5(1): 15.

(2001-08-09 收稿 2001-11-27 修回)

· 病例报道 ·

胸骨发育不全一例

郭在平 周以钦

【中图分类号】R681.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)04-0337-01

病例资料 患者,男,15岁。发现下胸部逐渐向前隆起一年余。体检:头颅发育正常,四肢正常,胸廓畸形,双侧第1~5肋骨发育、走行均正常;双侧第6前肋以下均明显向前鼓起,并较正常更向前下倾斜,似鸡胸。X线检查:胸骨侧位片见胸骨体1~3节形态、大小均正常,第4节发育菱小,第3节长约22.5mm,剑突发育滞后,其厚度只有第3节的1/3,长约14mm,第3节与剑突间距约14mm,其间未见骨化影(图1)。双侧肋骨骨质结构正常。心肺正常。X线诊断:胸骨发育不全。

讨论 胸骨发育不全是一次骨化中心骨化障碍所致。胸骨柄及胸骨体4节骨化中心于出生前即已出现^[1,2]。胸骨体

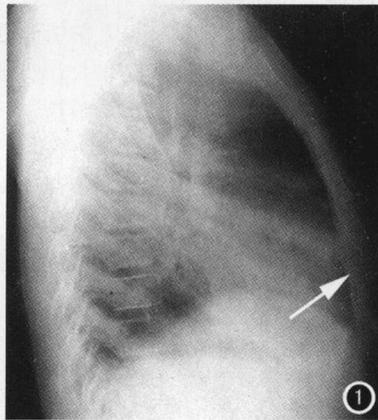


图1 胸骨体第4节缺如,长约14mm。

第4节化骨中心于生后1岁出现^[3]。此患者已15岁还未发现第4节胸骨,应视为发育不全。胸骨体各节骨化中心之联合由

下而上进行,第3、4两节于4~8岁就已开始愈合^[2]。双侧肋软骨与胸骨侧缘相连,第6、7肋软骨连与胸骨第4节,第8、9、10前肋软骨依次相连附着于第7前肋软骨下缘,构成肋弓。由于第4节胸骨缺如,造成第6、7肋骨与胸骨连结不稳,幼儿时期胸廓形态未发生改变,随着肋骨生长发育,前肋端无稳固附着点,就逐渐向前生长突出,肋弓也随之向前突出,形成鸡肋状,导致胸廓畸形。

参考文献

- 1 张玉阁. X线诊断学[M]. 石家庄:河北教育出版社, 1993. 252.
- 2 张维新. X线临床问答[M]. 济南:山东科学技术出版社, 1982. 499.
- 3 李景学,孙鼎元. 骨关节X线诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1999. 20.

(2001-11-19 收稿 2002-01-18 修回)

作者单位:350307 福建,福清市渔溪中心卫生院放射科(郭在平);福建省福清市医院放射科(周以钦)
作者简介:郭在平(1966~),男,福建福清人,医师,主要从事放射诊断工作。