

Simultaneous occurrence of huge odontogenic keratocyst and vitiligo in a 12 year-old boy: A Case Report

Fatemeh Owlia¹, Mojtaba Soltanianzade², Kimia Mashayekh³, Zahra Gorji^{3*}

1- Professor, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

2- Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

3- Post-Graduate Student, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Article Info

Article type:
Case Report

Article History:
Received: 20 Feb 2026
Accepted: 1 Jul 2026
Published: 8 Jul 2026

Corresponding Author:
Zahra Gorji

Department of Oral and Maxillofacial
Medicine, School of Dentistry, Shahid
Sadoughi University of Medical Science,
Yazd, Iran

(Email: gorjizahra7@gmail.com)

Abstract

Introduction: Odontogenic keratocyst (OKC) is an odontogenic lesion with aggressive biological behavior, which occurs mainly in the posterior region of the mandible. Late diagnosis and treatment of this lesion is a significant diagnostic challenge.

Case report: The patient was a 12-year-old boy with complaints of progressive and painful swelling in the mandible for the past two months. The lesion ranged from the right first molar to the left first molar of the mandible. Panoramic radiography revealed a large multilocular radiolucent lesion with well-defined borders, which had caused bone loss and displacement of adjacent teeth. Considering the extension of the lesion in the midline region, the young age of the child along with other clinical and radiologic findings, the diagnosis of OKC was suggested which was ultimately confirmed by histopathologic examination.

Conclusion: The extensive spread of the lesion in an unusual site of OKC occurrence, its growth pattern, and the simultaneity of its occurrence with vitiligo in this case highlight the importance of reporting this case.

Keywords: Odontogenic cyst, Keratocyst, Enucleation, Mandible, Vitiligo

Cite this article as: Owlia F, Soltanianzade M, Mashayekh K, Gorji Z. Simultaneous occurrence of huge odontogenic keratocyst and vitiligo in a 12 year-old boy: A Case Report. J Dent Med-TUMS. 2026;39:25. [Persian]



رخداد همزمان کراتوسیست ادنتوژنیک وسیع و ویتیلیگو در پسر بچه ۱۲ ساله: یک گزارش مورد

فاطمه اولیاء^۱، مجتبی سلطانیان زاده^۲، کیمیا مشایخ^۳، زهرا گرجی^{۳*}

۱- استاد، گروه آموزشی بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۲- استادیار، گروه آموزشی جراحی دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۳- دستیار تخصصی، گروه آموزشی بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

گزارش مورد

دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۱۰

انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۱۷

نویسنده مسئول:

زهرا گرجی

گروه آموزشی بیماری‌های دهان و فک و صورت،

دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

(Email: gorjizahra7@gmail.com)

مقدمه: ادنتوژنیک کراتوسیست (OKC) یک ضایعه ادنتوژنیک با رفتار بیولوژیک تهاجمی است که عمدتاً در ناحیه خلف فک پایین اتفاق می‌افتد. تشخیص و مدیریت دیر هنگام این ضایعه چالش تشخیصی مهمی محسوب می‌شود.

گزارش مورد: بیمار یک پسر ۱۲ ساله با شکایت تورم پیشرونده و دردناک در فک پایین طی دو ماه گذشته بود. محدوده ضایعه از ناحیه مولر اول سمت راست تا مولر اول سمت چپ مندیبل را نشان داد. رادیوگرافی پانورامیک یک ضایعه رادیولوسنت مولتی لاکولار وسیع با حدود مشخص را آشکار کرد که منجر به تحلیل استخوان و جابجایی دندان‌های مجاور شده بود. با توجه به گسترش ضایعه در ناحیه میدلاین و سن پایین کودک و سایر شواهد بالینی و رادیولوژیک، تشخیص OKC مطرح شد که در نهایت توسط بررسی هیستوپاتولوژیک تأیید گردید.

نتیجه گیری: گستردگی وسیع ضایعه در ناحیه غیرمعمول رخداد OKC، سیر رشدی آن و همچنین همزمانی رخداد آن با پیسی در این مورد، اهمیت گزارش این مورد را برجسته می‌سازد.

کلید واژه‌ها: کیست ادنتوژنیک، کراتوسیست، انوکلیشین، فک پایین، پیسی

مقدمه

ادنتوژنیک کراتوسیست (Odontogenic Keratocyst, OKC) یکی از ضایعات تکاملی منشا گرفته از اپی تلیوم ادنتوژنیک است که به دلیل رفتار تهاجمی، الگوی رشد خاص و میزان بالای عود پس از مدیریت، از اهمیت ویژه‌ای در پاتولوژی دهان و فک برخوردار می‌باشد (۱،۲). به دلیل ویژگی‌های نئوپلاستیک اپی تلیوم پوشاننده، در سال ۲۰۰۵ توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) به عنوان تومور کراتوسیستیک ادنتوژنیک (Keratocystic Odontogenic Tumor, KOT) طبقه بندی شد. با این حال، در بازنگری سال ۲۰۱۷ مجدداً در گروه کیست‌های ادنتوژنیک قرار گرفت (۳،۴).

از نظر اپیدمیولوژیک، OKC معمولاً در دهه دوم تا چهارم زندگی رخ می‌دهد و در مردان شایع‌تر است (۱،۴،۵،۷). این ضایعه عمدتاً در فک پایین و به ویژه در ناحیه خلفی، تنه یا راموس مندیبل دیده می‌شود (۸-۳۶). در بسیاری از بیماران، OKC به صورت تصادفی در رادیوگرافی‌های روتین کشف می‌شود، اما در مواردی نیز می‌تواند با علائمی همچون درد، تورم، جا به جایی دندان، تحلیل استخوان و تغییرات ظاهری صورت همراه باشد (۷-۱۰). از دیدگاه رادیوگرافیک، این ضایعه معمولاً به صورت ناحیه‌ای رادیولوسنت با حدود مشخص، به شکل تک حفره‌ای یا چند حفره‌ای ظاهر می‌شود و گاهی به دلیل شباهت بالینی و رادیولوژیک با سایر کیست‌ها مانند کیست دنتی ژروس، با آن‌ها اشتباه می‌گردد (۹-۱۱). بنابراین، تشخیص قطعی تنها با بررسی هیستوپاتولوژیک ممکن است (۹،۱۲).

از نظر بافت شناسی، OKC با جداری نازک از اپی تلیوم سنگفرشی مطابق پاراکراتینیزه به ضخامت حدود ۶ تا ۱۰ لایه مشخص می‌شود که فاقد زوائد اپی‌تلیالی بوده و دارای لایه بازیلار با سلول‌های استوانه‌ای یا کوبییدی منظم و هاپیرکروماتیک به صورت نردبانی است (۸،۱۳،۱۴). وجود سلول‌های با فعالیت میتوتیک بالا و کیست‌های اقماری از ویژگی‌های شاخص این ضایعه محسوب می‌شوند (۹،۱۳).

رفتار بیولوژیک تهاجمی OKC و تمایل زیاد آن به عود (که بین ۵ تا ۶۰ درصد گزارش شده است)، موجب شده تا مدیریت آن همچنان چالش برانگیز باشد (۸،۹،۱۵). روش‌های مدیریت مختلفی شامل روش‌های محافظه کارانه مانند marsupialization و decompression و enucleation تا روش‌های تهاجمی‌تر مانند استئوتومی محیطی و

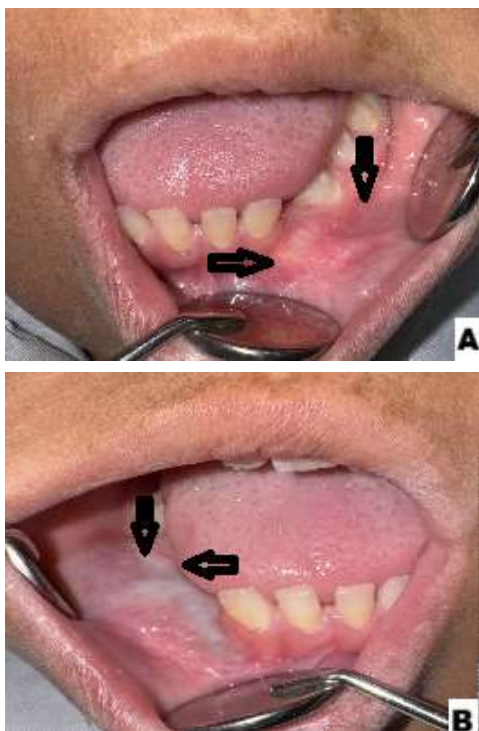
رژکسیون پیشنهاد شده‌اند. انتخاب روش مدیریت باید بر اساس حداقل خطر عود و کمترین میزان ناخوشی انجام گیرد (۸،۱۵). علاوه بر فرم‌های منفرد، OKC ممکن است به صورت چند کانونی و گاه در ارتباط با نووید بازال سل کارسینوما دیده شود که با جهش در ژن PTCH1 مرتبط است. با این حال، بروز چندگانه کیست‌ها در بیماران بدون تظاهرات سندرومیک نیز گزارش شده است (۱۳،۱۴). در سال‌های اخیر، گزارش‌هایی از تغییرات دیسپلاستیک و حتی ترانسفورماسیون بدخیم در اپی تلیوم پوشاننده OKC ارائه شده که اهمیت پیگیری درازمدت بیماران را دوچندان می‌کند (۱۴). با توجه به وسعت بسیار زیاد ضایعه، رد کردن میدلاین، همزمانی رخداد آن با ویتیلیگو به گزارش این مورد پرداخته شد. گسترش وسیع این ضایعه در ۱۲ سالگی بازگو کننده این مطلب است که با توجه به ماهیت غیر تهاجمی این ضایعه شروع آن از سنین خیلی پایین‌تر بوده که در نوع خود کم نظیر است از طرفی فالوآپ طولانی مدت (۶ ماهه) نشان از بهبود ضایعه داشت.

با توجه به رفتار بالینی متغیر، خطر بالای عود و دشواری افتراق OKC از سایر ضایعات ادنتوژنیک، گزارش موارد جدید به ویژه در سنین غیرمعمول یا با ویژگی‌های بالینی و رادیولوژیک غیرتپیک، می‌تواند در درک بهتر سیر بیماری و انتخاب مدیریت مناسب مؤثر باشد. در این گزارش، موردی از کیست کراتوآدنتوژنیک مندیبل با گسترش وسیع و تظاهر دردناک در یک کودک ۱۲ ساله مورد بررسی قرار گرفت.

گزارش مورد

این دستورالعمل توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد به تأیید رسید (IR.SSU.REC.1404.065). رضایت کتبی برای انتشار این اطلاعات از والدین گرفته شده است و مدرک رضایت برای انتشار در هر زمانی قابل درخواست می‌باشد.

بیمار پسر ۱۲ ساله‌ای است که با شکایت از تورم فک به متخصص بیماری‌های دهان مراجعه کرده بود. بر اساس اظهارات والدین بیمار، از دو ماه گذشته متوجه تورم پیشرونده همراه با درد در ناحیه فک پایین شده بودند. بیمار به طور مکرر از آنتی‌بیوتیک و داروهای مسکن استفاده کرده بود، اما علیرغم مدیریت دارویی، بهبودی حاصل نشده بود. در سابقه پزشکی بیمار، هیچ گونه بیماری سیستمیک یا مصرف داروی خاصی گزارش نشد. بیمار عادت خاصی را ذکر نکرد و همچنین



شکل ۲- نمای داخل دهانی، اکسپنشن مندیبل
(A) سمت راست (B) سمت چپ

در رادیوگرافی پانورامیک، تمامی جوانه‌های دندان‌های دائمی حضور داشتند. ضایعه‌ای رادیولوسنت و مولتی لاکولار با نمای مه آلود با حدود مشخص مشاهده شد که از ناحیه دندان ۳۶ تا ۴۶ امتداد داشت. همچنین در بعد عمودی، ضایعه تا نزدیکی لبه استخوان آلوئول تا لبه تحتانی مندیبل ادامه داشت. جابه‌جایی ریشه دندان‌های ثنایای قدامی و تحلیل ریشه مزایال دندان ۳۶ گزارش گردید. از طرفی جوانه دندان‌های ۳۳، ۴۴ و ۴۳ و کانال آلوئولار تحتانی به سمت لبه تحتانی بورد مندیبل هدایت شده بودند (شکل ۳).



شکل ۳- نمای پانورامیک

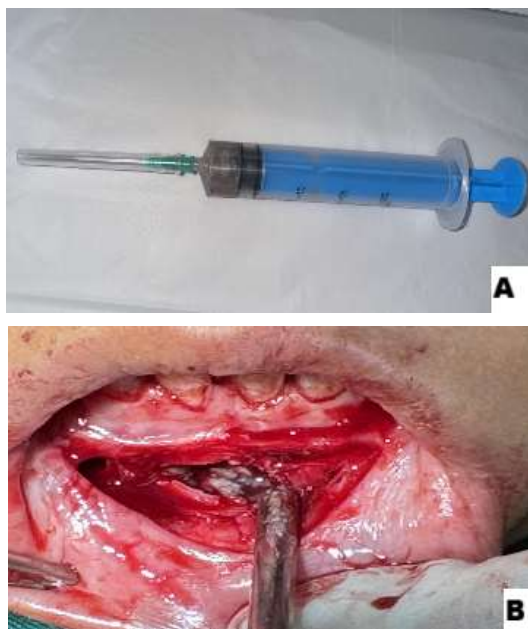
سابقه‌ای تروما به فک گزارش نشد. در بررسی آزمایش‌های خونی، WBC و هموگلوبین بیمار اندکی پایین‌تر از حد نرمال بودند. در معاینه خارج دهانی، عدم تقارن در یک سوم تحتانی صورت مشاهده شد. چین‌های منتولبیال در دو طرف محو شده بودند. بیمار از حدود یک سال قبل متوجه لکه سفید بر روی پوست پشت پلک سمت راست شده بود. در معاینه ضایعه ویتیلیگو به ابعاد تقریبی 30×10 میلی متر مشاهده شد که به تایید تشخیص متخصص پوست رسیده بود. پوست ناحیه فکی سالم و بدون قرمزی یا افزایش گرما بود. تندرست یا ترشح چرک در ناحیه مشاهده نشد (شکل ۱).



شکل ۱- نمای خارج دهانی، آسیمتری در ۱/۳ تحتانی صورت،
ویتیلیگو پشت پلک بالای دو طرف

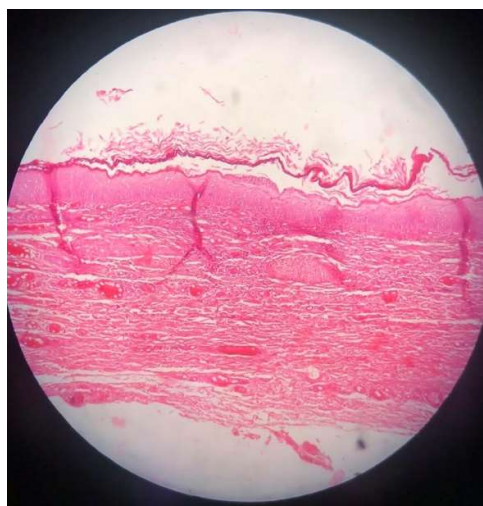
در معاینه داخل دهانی، تورم استخوانی در ناحیه مندیبل از دندان مولر اول سمت راست تا مولر اول سمت چپ مشاهده شد، به طوری که پری واضحی در ناحیه وستیبول لبیال ایجاد شده بود. به دلیل گسترش زیاد ضایعه در این ناحیه و نازک شدن کورتکس که با احساس کریپیتوس همراه بود، مخاط ناحیه در واقع رنگ محتوای کیست (کراتین) را منعکس می‌کرد و اندکی روشن‌تر از مخاط نواحی مجاور به نظر می‌رسید. نشانه‌ای از زخم مشهود نبود. دندان‌های C, D, E کودک حضور نداشتند. در لمس، بخش قدامی ضایعه دارای قوام سخت بوده و در ناحیه خلفی راست، اندکی کریپیتوس در لمس حس می‌شد (شکل ۲).

ساخت اِچوراتور انجام شد و به منظور کوچک شدن ضایعه و خروج محتویات کیست در ناحیه قرار گرفت (شکل ۴).



شکل ۴- (A) آسپیراسیون ضایعه، خروج ماده کراتینی (B) ماریسوپالیزیشن ضایعه

در بررسی میکروسکوپی، یک حفره پوشیده شده از چندین لایه اپی تلیوم مطبق سنگفرشی پاراکراتینیزه با آرایش نردبانی، سطح موج و لایه بازال هاپیرکروم و بدون رت پگ مشاهده شد. جزایری از اپی تلیوم ادنتوژنیک در دیواره فیبروزه کیست مشاهده شد. تشخیص نهایی ادنتوژنیک کراتوسیست گزارش شد. (شکل ۵).



شکل ۵- نمای هیستوپاتولوژیک ضایعه

بر اساس یافته‌های بالینی و رادیوگرافیک تشخیص‌های افتراقی زیر مطرح گردید:

۱- Odontogenic Keratocyst (OKC)

۲- Central Giant Cell Granuloma (CGCG)

۳- Traumatic Bone Cyst (TBC)

برای رسیدن به تشخیص نهایی انجام بیوپسی اینسیژنال لازم بود که قبل از آن آسپیراسیون از ناحیه قله ضایعه در سمت راست مندیبل در محل دندان ۴ غایب که صدای خش خش (کریپیتوس) احساس می‌شد انجام گردید. آسپیراسیون از ضایعه توسط سوزن با گیج ۲۷ انجام شد که منجر به خروج ماده‌ای کراتینی گردید.

با توجه به اینکه ضایعات رادیولوستانی که قابلیت رد شدن از (میدلاین cross the midline) را داشته باشند محدود می‌باشند از بین ضایعات محتمل که Glandular, CGCG, OKC می‌باشد با توجه به سن پایین کودک و عدم حضور دندان‌های دائمی ۳۳، ۴۳، ۴۴ تشخیص‌های افتراقی به صورت OKC, CGCG قرار گرفت (۱۶).

مدیریت

بیمار جهت جراحی خارج سازی ضایعه به بخش جراحی فک و صورت دانشکده ارجاع داده شد. پس از تزریق بی حسی موضعی لیدوکائین حاوی اپی نفرین، فلپ در ناحیه قدام مندیبل از دندان ۳۲ تا ۴۲ به ابعاد حدودی ۲۰×۲۰ میلی متر زده شد. پس از برش، کریستال کلسترول سرریز شد و کراتین سفید در حفره کیست یافت شد. بافت کیست ضخیم و سفت بود. با این حال، دندان‌های ۳۳ و ۴۳ و ۴۴ در حفره کیستیک یافت نشدند زیرا تاج دندان‌ها توسط بافت کیست پوشیده شده بود. نمونه برداری اینسیژنال انجام گردید و برای بررسی هیستوپاتولوژیک ارسال شد و تشخیص OKC تأیید گردید. دو هفته پس از عمل، یک مسدود کننده ساخته شد، منتها به علت بسته شدن روزنه، جراحی مجدد جهت باز کردن منفذ انجام گردید. به بیمار دستور داده شد که برای جلوگیری از عفونت، حفره را دو بار در روز با محلول نمکی استریل شستشو دهد.

به علت وسعت زیاد ضایعه و احتمال شکستگی فک پس از خروج کامل ضایعه، ماریسوپالیزیشن جهت کوچک شدن ابعاد ضایعه صورت گرفت تا وسعت ناحیه درگیر کمتر گردد. جهت پر شدن ناحیه دیفکت،



شکل ۷- (A) نمای خارج دهانی و (B) نمای داخل دهانی بعد از فالوپ شش ماهه

طی فالوپ دو ماهه در نمای بالینی بهبود مشاهده شد و در گرافی پانورامیک جدید از بیمار کوچک شدن ابعاد ضایعه و تشکیل استخوان در ناحیه قدام مندیبل و تکمیل ریشه دندان ۴۶ مشاهده گردید (شکل ۶).



شکل ۶- (A) نمای داخل دهانی همراه با ابجوراتور (B) نمای پانورامیک بعد از فالوپ دو ماهه

طی فالوپ شش ماهه، در نمای بالینی آسیمتری برطرف شد و در گرافی پانورامیک کوچک شدن ابعاد ضایعه مشاهده گردید (اشکال ۷ و ۸).

بحث و نتیجه گیری

ادنتوزنیک کراتوسیست (OKC) یکی از چالش برانگیزترین ضایعات تکاملی فکین از نظر تشخیص و مدیریت محسوب می شود. کیس حاضر، پسر ۱۲ ساله ای با تظاهر تورم پیشرونده و درد در فک پایین بود که از نظر بالینی و رادیوگرافیک با یک ضایعه مولتی لاکولار گسترده در مندیبل همراه بود. یافته های هیستوپاتولوژیک، وجود ماده کراتینی در آسپیراسیون و اپی تلیوم پاراکراتینیزه را تأیید نمود که با ویژگی های کلاسیک OKC مطابقت داشت (۱۸،۹،۱۲). بزرگ شدن حفره کیست استخوان فک عمدتاً تحت تأثیر هیپرپلازی اپیتلیوم پوشش کیست، افزایش فشار هیدرواستاتیک و فشار اسمزی در حفره و عوامل مختلف مرتبط با جذب استخوان در مایع کیست می باشد.



شکل ۸- نمای پانورامیک بعد از فالوپ شش ماهه

رفتار بیولوژیک OKC، همان طور که در مطالعات متعددی گزارش شده، ترکیبی از ویژگی های کیستیک و نئوپلاستیک است (۹). این ضایعه تمایل به رشد داخل استخوانی با گسترش قدامی- خلفی و در برخی موارد بدون تورم آشکار سطحی دارد (۱۰،۱۲). دیواره استخوانی و دندان های درگیر در ادنتوزنیک کراتوسیست تحت فشار ناشی از گسترش

کیست به سمت خارج قرار دارند که منجر به تحلیل استخوان، نهفتگی دندان و جابجایی از راه دور می‌شود (۱۱).

از نظر رادیوگرافیک، OKC می‌تواند به صورت یک ناحیه رادیولوسنت تک حفره‌ای یا چند حفره‌ای با حدود مشخص ظاهر شود و گاه به دلیل حضور در اطراف تاج دندان نهفته، با کیست دنتی ژروس اشتباه می‌گردد. در مورد حاضر، ظاهر مولتی لاکولار با مرزهای مشخص در پانورامیک مشاهده شد که از دندان ۳۶ تا ۴۶ امتداد داشت و با تحلیل استخوان و جا به جایی دندان‌های مجاور همراه بود، الگویی که به ویژه در ضایعات بزرگ OKC گزارش شده است (۸،۱۵).

تشخیص افتراقی در این‌گونه ضایعات باید شامل Central Giant Cell Granuloma (CGCG)، Traumatic Bone Cyst (TBC) و در برخی موارد آملوبلاستوما باشد (۹،۱۰). با این حال، وجود ماده کراتینی در آسپیراسیون و یافته‌های هیستوپاتولوژیک اختصاصی، تشخیص نهایی را به نفع OKC تأیید نمود.

در مورد مدیریت، رویکردها بین دو گروه کلی محافظه کارانه و تهاجمی تقسیم می‌شوند. روش‌های مدیریت محافظه کارانه مانند marsupialization یا decompression سبب کاهش فشار داخل کیست و کاهش اندازه ضایعه می‌شوند، که به ویژه در بیماران جوان‌تر با ظرفیت ترمیم استخوانی بالا توصیه شده‌اند (۱۷). در مقابل، روش‌های تهاجمی شامل enucleation همراه با استئوتومی محیطی یا رزکسیون هستند که در ضایعات بزرگ‌تر یا موارد عود کننده به کار می‌روند (۹،۱۱،۱۵).

مطالعات اخیر نشان داده‌اند که ترکیب دکامپرشن اولیه و انوکلیشن ثانویه می‌تواند نرخ عود را به طور قابل توجهی کاهش دهد (۹،۱۱). انتخاب روش مدیریتی در کیس حاضر نیز با توجه به سن بیمار، اندازه وسیع ضایعه، و موقعیت در مندیبل لحاظ گردید تا خطر عود به حداقل برسد. در نتیجه، مدیریت محافظه کارانه (decompression & marsupialization) می‌تواند به عنوان روش درمانی مناسب در کودکان مبتلا به OKC وسیع که خطر ناتوانی عملکردی زیاد را به همراه دارد توصیه نمود (۱۱).

هنگام انتخاب یک استراتژی مدیریتی، عوامل زیادی مانند اندازه کیست، ارتباط آن با ساختارهای آناتومیک مهم و موقعیت دندان‌های درگیر باید در نظر گرفته شوند. با این حال، اگر دندان‌های نهفته در مجاورت یک ساختار آناتومیک مهم مانند کانال فک پایین و سینوس

فک بالا باشند، کشیدن دندان باید به حالت تعلیق درآید (۱۱). از منظر پاتولوژیک، رشد سریع و رفتار تهاجمی OKC احتمالاً ناشی از فعالیت میتوتیک بالای سلول‌های اپی‌تلیالی و توانایی تولید آنزیم‌های تخریب کننده ماتریکس در دیواره فیبروزه کیست است (۱۳). وجود سلول‌های بازال با آرایش نردبانی و هسته‌های هایپرکروماتیک از نشانه‌های تمایز این ضایعه نسبت به سایر کیست‌های ادنتوژنیک مانند کیست رادیکولار یا دنتی ژروس است (۸،۱۴).

علاوه بر این، در مطالعات اخیر، احتمال تغییرات دیسپلاستیک یا حتی ترانسفورماسیون بدخیم در OKC های مزمن مطرح شده است (۱۴). این نکته بر اهمیت پیگیری دراز مدت بیماران پس از مدیریت تأکید دارد. همان گونه که مطالعات با پیگیری‌های بیش از ۱۰ سال نشان داده‌اند، حتی پس از مدیریت کامل نیز امکان بازگشت ضایعه وجود دارد و باید پیگیری‌های منظم بالینی و تصویربرداری انجام گیرد (۹،۱۴).

در مجموع، یافته‌های کیس حاضر با ویژگی‌های کلاسیک OKC از نظر سن بروز، موقعیت در مندیبل، ماهیت مولتی لاکولار و حضور ماده کراتینی مطابقت دارد. تفاوت بارز این مورد، اندازه بزرگ و گسترش دوطرفه ضایعه در مدت زمان کوتاه دو ماهه است که نشان‌دهنده رفتار بیولوژیک تهاجمی این ضایعه در بیماران جوان است. بنابراین، این کیس اهمیت توجه به OKC را در ضایعات وسیع مندیبل با تورم دارای رشد وسیع و دردناک، حتی در سنین نوجوانی، یادآور می‌شود. تأکید بر تشخیص دقیق هیستوپاتولوژیک، انتخاب مدیریت متناسب با میزان تهاجم ضایعه و پیگیری بلند مدت، کلید موفقیت در مدیریت چنین بیماران است.

ملاحظات اخلاقی:

رضایت کتبی برای انتشار این اطلاعات از والدین گرفته شده است و مدرک رضایت برای انتشار در هر زمان قابل درخواست است. رضایت آگاهانه برای انتشار تمام اطلاعات شناسایی از والدین بیمار اخذ شد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از بیمار محترم و خانواده وی که نهایت همکاری را با تیم مدیریتی داشتند تقدیر و تشکر می‌شود. طرح دارای کد اخلاق (IR.SSU.DENTISTRY.REC.1404.065) دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد.

References:

- 1- Hamied MA, Al-Shaikhani SM, Ali ZD. Odontogenic keratocyst. Al-Kindy College Med J. 2021;17(2):52-61.
- 2- Valdivia ADCM, Ramos-Ibarra ML, Franco-Barrera MJ, Arias-Ruiz LF, García-Cruz JM, Torres-Bugarín O. What is currently known about odontogenic keratocysts? Oral Health Prev Dent. 2022;20:321-330.
- 3- Singh HP, Chahal GK, Sharma G, Gandhi P. A systematic review on odontogenic cysts and tumours. J Oral Maxillofac Pathol. 2024;28(2):268-74.
- 4- Sabarinath B, Protyusha G, Dhanarathna S, Kaushik P. The Odontogenic Keratocyst Conundrum-Is There an Answer? Iranian J Pathol. 2022;17(1):108-9.
- 5- Boffano P, Cavarra F, Agnone AM, Brucoli M, Ruslin M, Forouzanfar T, et al. The epidemiology and management of odontogenic keratocysts (OKCs): a European multicenter study. J Cranio-Maxillofac Surg. 2022;50(1):1-6.
- 6- Nair AK, Lamees F, Sreela L. Imaging Characteristics of Odontogenic Keratocysts: A Retrospective Radiographic Study. J Indian Academy Oral Med Radiol. 2024;36(3):269-73.
- 7- Sim S-Y, Hwang J, Ryu J, Kim H, Kim E-J, Lee J-Y. Differential diagnosis of OKC and SBC on panoramic radiographs: leveraging deep learning algorithms. Diagnostics. 2024;14(11):1144.
- 8- Farshidfar N, Agharokh M, Daneste H. Eruption of the Permanent First Premolar Associated with a Mandibular Keratocystic Odontogenic Tumor after Marsupialization in a 9-year-old Boy: A Case Report with 2 years of follow-up. J Dent (Shiraz). 2021;22(2):144-8.
- 9- Grün P, Schiepek T, Pfaffeneder-Mantai F, Bandura AS, Hatamikia S, Turhani D. Clinical and radiological documentation of complete remodeling of the mandibular bone after the enucleation of a large odontogenic keratocyst: 15 years follow-up of a unique case-A case report. Int J Surg Case Rep. 2024;119:109752.
- 10- Mathew S, Ramesh R, Kumar SS, Mathew S, Kumar SS. Odontogenic Keratocyst of the Anterior Mandible Mimicking Lateral Periodontal Cyst. Cureus. 2025;17(10):e94112.
- 11- He J, Wang H, Zeng J, Zhou L. Large mandibular odontogenic keratocyst treated by decompression and secondary enucleation: a case report. J Clinl Pediatr Dent. 2024;48(6):213-220.
- 12- Garouachi O, Khalifa C, Masmoudi R, Ouertani H, Blouza I. Mandibular Odontogenic Keratocyst: Case Report and Focused Review. Sch J Med Case Rep. 2025;10:2497-501.
- 13- Zolfaghari Saravi Z, Seyedmajidi M, Moudi E, Bijani F, Javani A. Non-syndromic multiple odontogenic keratocysts and odontogenic cysts: Case report. Caspian J Dent Res. 2024;13(1):11-7.
- 14- Upadhyaya JD, Schlott BJ. Odontogenic keratocyst exhibiting dysplastic changes: Report of a new case in a 14-year-old and literature review. J Oral Maxillofac Surg Med Pathol. 2025;37(2):380-4.
- 15- Tulsi S, Singh S, Pandey PK, Garg KN, Singh S. Conservative surgical management of large bilateral mandibular odontogenic keratocyst: a case report and literature review. Int J Res Med Sci. 2025;13(5):2202.
- 16- Mallya SM, Lam EWN. White and Pharoah's Oral Radiology: Principles and Interpretation: Elsevier; 2019.
- 17- Stanbouly D, Lee KC, Fazzolari JR, Philipone E. Decompression of odontogenic keratocysts before enucleation reduces the rate of recurrence. J Craniofac Surg. 2022;33(6):1806-8.