



### گزارش رادیوگرافی یک مورد دنتی ژروس کیست در اسب

سارنگ سروری<sup>۱</sup>، امیر توکلی<sup>۲</sup>، بنفشه شاطری امیری<sup>۳\*</sup>

۱. دانشیار بخش رادیولوژی دانشکده دامپزشکی تهران، تهران، ایران

۲. دامپزشک، رادیولوژیست، تهران، ایران

۳. دانشجوی دکتری عمومی دانشکده دامپزشکی دانشگاه تهران، تهران، ایران

Banafsheh.shateri@yahoo.com

مقدمه: Cyst Dentigerous یک کیست ادنتوژنیک (Odontogenic) می‌باشد که اطراف تاج دندان را درگیر می‌نماید و یک نقص مادرزادی محسوب می‌شود. اسامی دیگر این بیماری، fistulae Aural teeth Ear و teratoma Temporal می‌باشند. این بیماری نوعی از پلی دونتئای هتروتوپیک ((polydontia Heterotopic است. این کیست معمولاً در اطراف گوش و نزدیک بخش پتروس استخوان گیجگاهی و در فک بالا و بیشتر در اطراف "tooth wolf" رخ می‌دهد ولی در سایر نواحی شامل فک پایین، سینوس‌های پاراناژال و استخوانهای پیشانی نیز مشاهده می‌گردد. این بیماری از ابتدای تولد در کره اسب وجود دارد و دارای ترشحات سروموکوسی ((Seromucousal و سروپورولان (Seropurulan) می‌باشد. روش کار: در مطالعه حاضر به کمک رادیوگرافی از یک اسب تروپر در ۸ ساله، تصاویر رادیوگرافی استاندارد تهیه و با توجه به نشانه‌های رادیوگرافی تعریف شده در عارضه‌ی دنتی ژروس کیست، تشخیص رادیوگرافی این عارضه تایید شد. بحث و نتیجه‌گیری: معمولاً دو نوع Cyst Dentigerous رخ می‌دهد، نوع اول رشدی و پیش رونده ((Developmental است و در دندان‌های کاملاً رشد یافته و به دلیل به هم فشردگی دندان‌ها ایجاد می‌گردد و هیپوپلازی مینای دندان مهمترین علت آن می‌باشد. این نوع معمولاً التهابی نیست مگر در مواقعی که با عفونت ثانویه همراه باشد. این نوع از کیست در رادیوگراف‌های ساده قابل بررسی می‌باشند و رادیوگراف‌ها غالباً تخریب تاج سومین دندان پیش آسیای فک پایین را نشان می‌دهند. نوع دوم از این کیست منشا التهابی ((Inflammatory دارد و در دندان‌های در حال رشد و در نتیجه‌ی التهاب دندان‌های شیری ایجاد می‌گردند و به راحتی در رادیوگراف‌های ساده قابل مشاهده هستند. ضایعات مربوط به بیماری معمولاً یکطرفه اند ولی ممکن است دوطرفه نیز باشند. بنابراین تهیه هردو نمای جانبی ضرورت دارد. در رادیوگرافی، معمولاً یک مرکز رادیوپاک و اطراف با تراکم کمتری مشاهده می‌شود. گزارش حاضر نشانه‌های رادیوگرافی عارضه دنتی ژروس کیست مربوط به نوع اول را توصیف می‌کند. کلمات کلیدی: اسب، بیماری دندان، Cyst Dentigerous، رادیوگرافی، تروپر.

### گزارش یک مورد پرده بکارت مقاوم در مادیان

حافظ صادقی<sup>۱\*</sup>، حمیدرضا دهقان<sup>۳</sup>، علی سلیمی<sup>۳</sup>، نوید جهان روشن<sup>۱</sup>، حسن صیدی سامانی<sup>۱</sup>، احسان ناظری<sup>۱</sup>، هادی مهدوی روشن<sup>۱</sup>، فرامرز

قراگزلو<sup>۲</sup>

۱. دستیار تخصصی مامایی و بیماریهای تولیدمثل دام، دانشکده دامپزشکی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. استاد گروه مامایی و بیماریهای تولید مثل دام، دانشکده دامپزشکی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. دانشجوی دکتری دامپزشکی عمومی، دانشکده دامپزشکی دانشگاه تهران، تهران، ایران

hafezsadeghi@ut.ac.ir

مقدمه: پرده بکارت در محل اتصال دهلیز و واژن، تقریباً ۶ الی ۸ سانتی متر داخل فرج قرار گرفته است یکی از اختلالات رشدی در واژن مادیان باکره، پرده بکارت مقاوم است. پرده بکارت به صورت غشایی نازک می‌باشد. به طور بالینی، این حالت معمولاً یک باند نازک از بافت است که در زمان معاینه دستی واژن، تلقیح مصنوعی، و یا جفت گیری طبیعی با نریان، به راحتی پاره می‌شود. با این حال ممکن است به ندرت در مادیان‌هایی که با نریان جفت‌گیری طبیعی داشته‌اند نیز دیده شود. پرده بکارت مقاوم به علت اختلال در اتصال قسمت‌های عقبی مجرای مولرین به سینوس اوروجنیتال رخ می‌دهد. در این موارد باروری به خطر نمی‌افتد. پرده بکارت مقاوم می‌تواند به طور کامل محل اتصال وستیبول و واژن را مسدود کند. در مادیان مبتلا به پرده بکارت مقاوم کامل، ممکن است در واژن یا حتی رحم، موکوس و باقی مانده‌های سلولی تجمع پیدا کند. لازم است پس از تشخیص، قبل از جفت‌گیری پرده بکارت مقاوم کامل، توسط دامپزشک پاره گردد. روش کار: در فرودین ماه سال ۱۳۹۷ یک مورد کیس اوژانسی کره اسب ۲/۵ ساله نژاد عرب با علائم بالینی: احتباس ادرار، بی‌حالی، قطع کامل اشتها و بیرون زدگی یک عضو ناشناخته از قسمت لبه‌های فرج به گروه مامایی بیمارستان آموزشی پژوهشی دانشکده دامپزشکی دانشگاه تهران ارجاع گردید. برای رفع احتباس ادرار با سوند ادراری مخصوص اسب، ادرار از مثانه تخلیه شد. پس از معاینه عمومی و فیزیکی مادیان و اخذ تاریخچه بیماری، به وسیله واژینوسکوپی و توشه واژینال، غشایی مقاوم و ملتهب در محل اتصال دهلیز و واژن پشت دهانه خروجی مجرای ادراری مشاهده گردید، در واژینوسکوپی واژن خلفی و سرویکس مشاهده نگردید که نشان از پرده بکارت مقاوم کامل داشت. در سونوگرافی تجمع مایعات در واژن خلفی مشاهده شد. به وسیله پنس‌های استریل پرده بکارت مقاوم به خارج از واژن کشیده شد. در نهایت با برش جراحی ضربدری پرده بکارت مقاوم پاره گردید. پس از عملیات جراحی، مایعات موکوسی حبس شده از دستگاه تناسلی خارج گردید. به منظور پیشگیری از عفونت های احتمالی پس از جراحی آنتی‌بیوتیک‌های جنتاماسین و سفتریاکسون به مدت ۵ روز و ضدالتهاب فلونکسین مگلو مین به مدت ۳ روز، به صورت وریدی تجویز گردید. حدود یک ماه بعد، مادیان مورد معاینه قرار گرفت و بهبودی کامل و رفع عارضه پرده بکارت مقاوم مشهود بود. نتیجه گیری: در صورت مشاهده پرده بکارت مقاوم در مادیان‌های باکره لازم است قبل از اینکه اجازه جفت‌گیری داده شود، به روش جراحی سرپایی درمان صورت پذیرد. کلمات کلیدی: مادیان، پرده بکارت، پرده بکارت مقاوم، واژینوسکوپی