

Usunięcie dużego wyrośla kostnego szczęki - opis przypadku

Damian Dudek, Oliwia Segiet, Marlena Brzozowa, Edyta Reichman-Warmusz, Karolina Walach i Krzysztof Helewski

Autorzy przedstawiają przypadek wyrośla kostnego prawej szczęki zlokalizowanego w obrębie wyrostka zębodołowego. Zmiana znacznych rozmiarów została usunięta po 4 latach od jej pojawienia się w jamie ustnej. Powolny i stopniowy wzrost wyrośla nie wzbudzał u 50-letniej pacjentki żadnego niepokoju. Dopiero brak prawidłowej retencji płyty protezy częściowej osiadającej oraz pojawiająca się asymetria w środkowym odcinku twarzy skłoniły kobietę do wizyty w poradni chirurgii stomatologicznej. Zmiana została usunięta z marginesem tkanek makroskopowo niezmiennych. Rozpoznanie kliniczne potwierdzono w badaniu histopatologicznym.

Występowanie nieprawidłowych fragmentów tkanki kostnej w obrębie wyrostków zębodołowych jest nazywane wyrostkami kostnymi lub egzostozami. Powstawanie ich związane jest z nieprawidłowym gojeniem ubytków poekstrakcyjnych lub też niewłaściwym opracowaniem ran po zabiegach. W efekcie może dochodzić do wytwarzania i utrwalania się najczęściej ostrych fragmentów kostnych. Powodują one drażnienie mechaniczne błony śluzowej i dolegliwości bólowe. Ponadto, mogą utrudniać prawidłowe wykonanie, dopasowanie oraz użytkowanie protez ruchomych.^{1,2} Wyrośla kostne mogą występować także poza jamą ustną, w innych obszarach anatomicznych, np. w okolicy podpaźnokciowej.³



Ryc. 2: Zasięg zmiany po wyjęciu protezy.

zenchymy przenikają do skrzepu i wytwarzając nowe naczynia, budując młodą tkankę łączną. Z niej powstaje kostnina, która w wyniku kolejnych procesów ulega przemianie w nową tkankę kostną. Niekiedy jednak rozmaite czynniki miejscowe lub ogólne mogą zaburzać prawidłową przebudowę zębodołu poekstrakcyjnego. Mogą to być miejscowe procesy zapalne, używki, awitaminozy czy też zaburzenia immunologiczne w przebiegu różnych chorób przewlekłych. Jedynym sposobem leczenia egzostoz jest ich chirurgiczne usunięcie.⁴

Niekiedy wyrośla kostne mogą osiągać znaczne rozmiary i przybierać nietypowe formy przy braku lub znikomym dolegliwościach bólowych.⁵ Powinny być różnicowane histopatologicznie z m.in. guzami pochodzenia mezenchymalnego, jak np. kostniaki lub kostniakochrzęstniaki.⁸ Przedstawiony przypadek dotyczy wyrośla kostnego, które przez kilka lat powolnego wzrostu

pozwołała potwierdzić wstępne rozpoznanie kliniczne.

Opis przypadku

50-letnia pacjentka zgłosiła się do poradni chirurgii stomatologicznej. Jako główny powód wizyty podawała trudności w użytkowaniu protezy górnej powodowane przez „narośl”. U pacjentki zwracała uwagę wyraźna asymetria wargi górnej



Ryc. 3: Skan CT w płaszczyźnie czołowej – widoczny proces rozrostowy tkanki kostnej we wnętrzu zmiany.

spowodowana wysunięciem do przodu jej prawej strony.

W badaniu wewnątrzustnym stwierdzono obecność owalnej zmiany koloru błony śluzowej i średnicy ok. 15 mm w odcinku przednim wyrostka zębodołowego prawej szczęki. Pacjentka podawała powolny wzrost patologii przez ok. 4 lata. Kojarzyła pojawienie się dolegliwości bólowych w tej okolicy po usunięciu korzeni zębów 12 i 13 oraz modyfikacji płyty protezy. Błona śluzowa otaczająca zmianę nie była zmieniona zapalnie (Ryc. 1 i 2).

Wykonano badanie tomografii komputerowej, które wykazało obecność nieregularnej struktury kostnej otoczonej tkanką miękką (Ryc. 3 i 4). Pobrano klinowaty wycinek, który wykazał zmiany o charakterze przerostowym i umiarkowaną hiperkeratozę w obrębie nabłonka oraz przerost tkanki kostnej niewykazujący

cech nowotworzenia. Wobec tego określono zmianę jako „wyrośle kostne szczęki”.

Zabieg usunięcia wykonano w znieczuleniu miejscowym 4% chlorowodorkiem artykainy z dodatkiem noradrenaliny. Zmianę usunięto z zastosowaniem urządzenia piezochirurgicznego (Ryc. 5). Ranę opracowano i pokryto zmobilizowanym płatem bez napięcia. Ostateczne badanie histopatologiczne całego materiału potwierdziło wcześniejsze rozpoznanie (Ryc. 6). Nie stosowano antybiotykoterapii w okresie okołozabiegowym, jedynie ibuprofen doraźnie p.o. oraz miejscowo płukanie roztworem chlorcheksydyny.

Gojenie przebiegało bez powikłań, szwy usunięto w 7. dobie. Następnie skierowano pacjentkę do lekarza prowadzącego celem wykonania nowej protezy osiadającej.

Dyskusja

Wyrośla kostne są częstym zagadnieniem z zakresu patologii jamy ustnej, z którym spotyka się chirurg stomatolog. Doniesienia z literatury podtrzymują tezę, iż najczęściej do powstania egzostoz dochodzi po usunięciu zęba, gdzie z różnych przyczyn gojenie zębodołu zostaje upośledzone. Trudno jednoznacznie ustalić, czy w zaprezentowanym przypadku doszło do powstania wyrośla po usunięciu korzeni zębów. Wprawdzie pacjentka podawała taki fakt, jednak

kształt wyrośla i jego rozmiary mogą sugerować odmienną i trudną do ustalenia etiologię.

W swoich badaniach Olszewski D. i Grzesiak-Janias G. opisali 48 wyrośli kostnych szczęki i żuchwy u 32 pacjentów. Wg autorów, najczęściej wyrośli znajdowało się w okolicy kłów, występowały one częściej u kobiet. Analiza piśmiennictwa wykazała m.in., iż odsetek pacjentów wymagających korekty chirurgicznej jest zmienny i waha się od 8 do ok. 35%. Ponadto istotny wniosek, jaki przedstawili badacze dotyczy występowania wyrośli w korelacji z obciążeniem cukrzycą w wywiadzie.

Powstawanie egzostoz może wynikać z pojawiających się mikroangiopatii w przebiegu tej przewlekłej choroby. W badanej grupie prawie połowa pacjentów chorowała na cukrzycę.⁴ Wg Qualalou Y. i wsp., występowanie wyrośli kostnych może zależeć od wieku, płci i przynależności pacjentów do danej grupy etnicznej. W populacji marokańskiej ogólny odsetek wystąpienia egzostoz w grupie 353 osób (160 kobiet i 193 mężczyzn) wyniósł 6,8%. Odnotowano nieznacznie wyższą liczbę przypadków u kobiet (7,3%) w stosunku do mężczyzn (6,3%). Znaczące różnice zostały zaobserwowane w zależności od wieku badanych: wybitną predylekcję do wystąpienia wyrośli kostnych wykazała grupa osób ze średnią wieku 43 lata ± 12 lat, gdzie odnotowano wszystkie wyrośla w porównaniu z pacjentami, u których średnia wyniosła 36,5 ± 12 lat. W tej grupie wyrośla kostne nie wystąpiły.⁶

Ciekawy przypadek egzostoz opisany został przez Jain R. i wsp.: zmiana zlokalizowana w okolicy prawego kła i siekaczy żuchwy u 25-letniej kobiety. Stwierdzono śródzabiegowo obnażenie powierzchni policzkowych korzeni siekaczy. Zmianę usunięto i pokryto recesję z wykorzystaniem



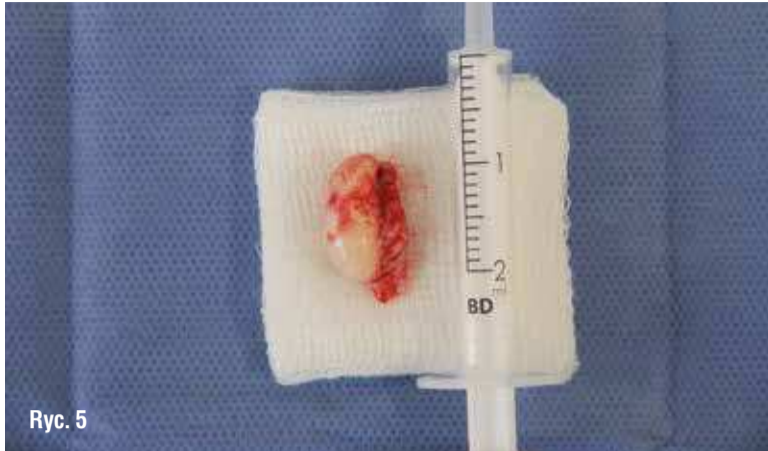
Ryc. 4: Inny przykładowy obraz CT.



Ryc. 1: Stan kliniczny. Zwraca uwagę „dopasowanie” płyty protezy do rozmiarów i zasięgu patologii.

W prawidłowych warunkach, po ekstrakcji zęba do ubytku przenikają m.in. makrofagi, limfocyty i granulocyty obojętno-chłonne. Później komórki me-

osiągnęło nietypową formę i ponadprzeciętne wymiary. Wzrost zmiany przebiegał całkowicie bez objawów bólowych. Analiza histopatologiczna usuniętej zmiany



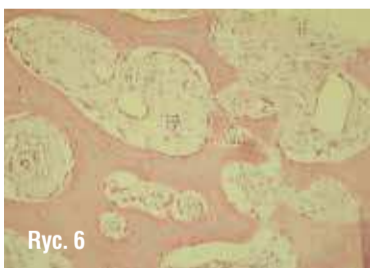
Ryc. 5

Ryc. 5: Wyrośnięty guz po usunięciu.

przesuniętego bocznie płata. Obserwacja 3-miesięczna nie wykazała objawów zapalnych oraz wzrostowych kości.⁵

Niekiedy wyrośnięte kostne mogą powstawać na skutek nieprawidłowego opracowania rany poekstrakcyjnej lub niewystarczających ujętności operatora. Także niewłaściwa rehabilitacja protetyczna może przyczynić się do powstawania egzostoz. Rozważania Friela T. dotyczą rehabilitacji protetycznej pacjentów w Wielkiej Brytanii oraz umiejętności chirurgiczno-protetycznych stomatologów. Autor uważa, iż umiejętności praktykujących lekarzy są bardzo wysokie, co przekłada się na zmniejszenie utraty uzębienia u ludzi tej populacji oraz okazjonalną konieczność wykonywania chirurgicznych korekt anomalii kostnych.⁷

W kontekście zaprezentowanego przypadku warto wspomnieć na koniec o konieczności diagnostyki różnicowej zmian o nietypowym wyglądzie. Rzadki przypadek przedstawiony przez Kishore D. N. i wsp. dotyczył nietypowej lokalizacji kostniakochrzęstniaka u 9-letniej dziewczynki. Guz znajdował się w okolicy lewego trzonu żuchwy. W badaniu fizykalnym zmiana prezentowała się jako twarde, owalne i niebolesne wygórowanie błony śluzowej. Wstępne rozpoznanie kliniczne kostniaka zostało zweryfikowane przez ostateczne badanie histopatologiczne po usunięciu guza z marginesa-



Ryc. 6

mi tkankowymi w znieczuleniu ogólnym. Badacze podkreślają, iż choć ryzyko metaplastji w mięsaka w przypadku kostniakochrzęstniaka typu litego jest niewielkie i wynosi 1-4%, to już w typie mieszanym wzrasta do 25%.⁸

Wyrośnięte kostne zdarzają się dość często i mogą je wywoływać rozmaite czynniki miejscowe i ogólne. Rozpoznanie i leczenie chirurgiczne „klasycznych” egzostoz nie powinno sprawiać trud-

ności, natomiast – jak w opisanym przypadku – diagnoza może być nieco trudniejsza i niekiedy wymaga dodatkowych badań radiologicznych, a nade wszystko rozpoznania histopatologicznego. Wg autorów, pobranie wycinka ze zmiany pozwoliło na wykluczenie obecności guza pochodzenia mezenchymalnego i prawidłowe zaplanowanie zakresu operacji.

ST

Piśmiennictwo dostępne u wydawcy.

Autorzy

Damian Dudek, Oliwia Segiet, Marlena Brzozowa, Edyta Reichman-Warmusz, Krzysztof Helewski
Katedra Histologii i Embriologii,
Śląski Uniwersytet Medyczny
Zabrze-Rokitnica, ul. Jordana 19
Kierownik: prof. zw. dr hab. n. med. Romuald Wojnicz

Damian Dudek, Karolina Wałach
Poradnia Chirurgii Stomatologicznej
NZOZ „Artmedica”
Toruń, ul. Szosa Chełmińska 166








MÓJ CODZIENNY RYTUAŁ

Martina Hingis i jej CS 5460.
Lepsze zdrowie, większy sukces.

MYCIE ZĘBÓW.
TO POWAŻNA GRA.
UCZYŃ Z NIEJ FRAJDĘ.

CS 5460

www.curaprox.com
WEJDŹ I WYGRAJ

AD