

Osica Piotr, Janas Anna, Janeczek Karolina. Chłopiec z rozszczepem wargi i wyrostka zębodołowego z późno zdiagnozowaną hiperdoncją - opis przypadku = A boy with lip and alveolar bone cleft with late diagnosis of hiperdontia - case report. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(4):135-142. ISSN 2391-8306. DOI: [10.5281/zenodo.16691](https://doi.org/10.5281/zenodo.16691)
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%284%29%3A135-142>
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/553745>
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.16691>
Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011 – 2014
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.
Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 20.01.2014. Revised 27.03.2015. Accepted: 27.03.2015.

Chłopiec z rozszczepem wargi i wyrostka zębodołowego z późno zdiagnozowaną hiperdoncją - opis przypadku

A boy with lip and alveolar bone cleft with late diagnosis of hiperdontia - case report

Piotr Osica¹, Anna Janas², Karolina Janeczek¹

¹ Zakład Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik: prof. zw. dr hab. n. med. Grażyna Grzesiak-Janias

² Zakład Stomatologii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jerzy Sokołowski

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Piotr Osica

Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi

92 – 213 Łódź, ul. Pomorska 251

pioosica@interia.pl

Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w ramach działalności statutowej nr 503/2-163-01/503-01

Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek 12 letniego chłopca z rozszczepem wargi i wyrostka zębodołowego z późną zdiagnozowaną hiperdoncją.

Słowa kluczowe: hiperdoncja, rozszczep wargi, leczenie chirurgiczno-ortodontyczne.

Summary

The article describes a case of a 12 y.o boy with lip and alveolar bone cleft with late diagnosis of hiperdontia.

Keywords: hiperdontia, cleft lip, treatment chirurgic-orthodontic.

Nadliczbowość zębów (hyperdontia) to anomalia, którą charakteryzuje zwiększenie liczby zawiązków zębowych w poszczególnej grupie zębów. Może dotyczyć zębów mlecznych, stałych, lub obu rodzajów uzębienia, a jej etiopatogeneza nie jest w pełni wyjaśniona. Dwukrotnie częściej występuje w uzębieniu stałym, z predylekcją do płci męskiej. Szacuje się, że 90-98% zębów nadliczbowych lokalizuje się w przednim odcinku górnego łuku zębowego. U osób zdrowych w 70-87% przypadków pojawiają się pojedynczo, a w poniżej 1% w postaci mnogiej (1). Ze względu na coraz szersze stosowanie diagnostyki radiologicznej częstość występowania hiperdontji w poszczególnych grupach zębów wymaga weryfikacji. Zęby nadliczbowe mogą współistnieć z różnymi wadami zębowymi lub zaburzeniami szczękowo- twarzowymi, tj. w dysplazji obojczykowo- czaskowej, zespole Aperta, Gardnera, Marfana. Występują również u pacjentów z rozszczepami wyrostka zębodołowego i podniebienia (2,3).

W diagnostyce zębów nadliczbowych obligatoryjne jest wykonanie badań radiologicznych, do których zaliczamy zdjęcie pantomograficzne oraz zdjęcie zębowe. W przypadkach, w których są one niewystarczające pomocna wydaje się być tomografia komputerowa lub stożkowa tomografia wolumetryczna CBCT (4).

Niejednokrotnie w naszych publikacjach zwracamy uwagę na problem nadliczbowości zębów, skojarzonego leczenia ortodontyczno- chirurgicznego i następstw jego nieprawidłowego zaplanowania i kontynuacji. Jednak ze względu na nadal popełniane błędy przez lekarzy prowadzących celowe wydaje się przedstawienie tego zagadnienia (5,6).

Opis przypadku.

12 letni chłopiec z obustronnym rozszczepem wargi i wyrostka zębodołowego, został skierowany do Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przez specjalistę ortodoncji, celem ekstrakcji dwóch zębów nadliczbowych w szczęce (ryc.1). Jak wynikało z wywiadu, 6. miesiący wcześniej rozpoczęto leczenie ortodontyczne aparatem stałym. 3 miesiące później na wizycie kontrolnej ortodonta zauważył 2 nadliczbowe zęby położone podniebiennie w stosunku do dwóch stałych siekaczy centralnych. Matka chłopca poinformowała, że aparat został założony na podstawie badania wewnątrzustnego oraz zdjęcia pantomograficznego wykonanego 14 miesięcy wcześniej. Niestety w chwili badania nie dysponowała badaniem radiologicznym, twierdząc, że znajduje się w dokumentacji ortodonta. Na wykonanym w naszym szpitalu zdjęciu pantomograficznym, ze względu na położenie oraz ograniczeniami tej techniki obrazowania opisywane zęby były niewidoczne (ryc.2). Podjęto decyzję o wykonaniu zdjęcia zgryzowego podniebienia w celu dokładnej diagnostyki miejsca operowanego. Wykluczono istnienie innych anomalii zębowych.

Matce chłopca przedstawiono plan leczenia, który obejmował usunięcie zębów nadliczbowych. Po uzyskaniu pisemnej zgody wyznaczono termin zabiegu w procedurach chirurgii jednego dnia, z zaleceniem wykonania podstawowych badań morfologicznych.

W znieczuleniu ogólnym przy z użyciem sewofluranu oraz propofolu usunięto zęby nadliczbowe przy użyciu bocznych dźwigni Beina oraz kleszczy korzeniowych Meissnera (ryc.3). Usunięte zęby miały koronę atypową kształtu soplekowanego i długi korzeń (ryc.4). Ranę operacyjną przepłukano 0,02% roztworem chlorheksydyny oraz 0,9% roztworem NaCl i zaopatrzone chirurgicznie (ryc.5). Przebieg śród i pooperacyjny był bez powikłań. Chorego w stanie ogólnym dobrym w godzinach przedpołudniowych pod opieką rodziców wypisano do domu.

Pacjent w pierwszej dobie po zabiegu zgłosił się na badanie kontrolne, podczas którego nie stwierdzono obrzęku okolicy operowanej. Dziecko nie zgłaszało dolegliwości bólowych, zaś rana goiła się prawidłowo. Wykonano toaletę roztworem 0,02% chlorheksydyny. Po wygojeniu ran pooperacyjnych podjęto decyzję o kontynuacji leczenia w zakresie ortodoncji.

Omówienie i dyskusja.

Rozszczepy stanowią najliczniejszą grupę wad rozwojowych twarzy oraz najczęściej występującą wadę wrodzoną, szacowaną na około 1:800 porodów. Na

etiologię tego schorzenia wpływają czynniki genetyczne oraz zewnętrzne, tj. narażenie matek na szkodliwe czynniki środowiskowe oraz przebyte choroby w I. trymestrze ciąży. U pacjentów z rozszczepami znacznie częściej występują zaburzenia zębowe (7). Paradowska i wsp.(8) wymieniają hipodoncję, zaburzenia położenia, kształtu i wielkości zębów oraz hiperdoncję, co potwierdza opisywany przez nas przypadek.

W piśmiennictwie (9) publikowane są różne teorie dotyczące powstawania zębów nadliczbowych. Ogólnie przyjęta jest hipoteza miejscowej hiperaktywności przetrwałej lub reaktywowanej listewki zębowej bądź jej odgałęzień podniebiennych i produkowanie nowych zawiązków zębowych w czasie odległym od przeciętnych terminów. W warunkach fizjologicznych listewka zębowa po zapoczątkowaniu rozwoju zawiązka zęba ulega degeneracji (10). Według Janas (11) w przypadkach jej przetrwania pojawia się w kościach szczęki wysp nabłonkowych, zaś gdy zaistnieją odpowiednie warunki następuje tworzenie zawiązka zęba. Żochowska i wsp. (12) za czynniki stymulujące ektodermę listewki do proliferacji uznają między innymi naprężenia w kościach szczęk, ruchy poszczególnych wyrostków twarzowych w czasie organogenezy, nacisk już istniejącego uzębienia lub zaburzenia w krążeniu.

Zgodnie z powyższym możnaby przypuszczać iż leczenie ortodontyczne poprzez zmiany w naprężeniach kości wywołało pobudzenie listewki zębowej. Stoimy jednak na stanowisku że opisywane przez nas zęby nadliczbowe tkwiły w kości przed rozpoczęciem leczenia aparatem stałym. Rozwój korzenia zębów siecznych trwa 2-3 lata, więc okres 6 miesięcznego leczenia ortodontycznego wyklucza możliwość pobudzenia listewki zębowej. Niemniej zmiany w naprężeniach kości szczęk wywołane aparatem spowodowały ruchy erupcyjne i wyrżnięcie się zębów. W opisywanym przypadku umiejscowienie zębów nie miało negatywnego wpływu na leczenie ortodontyczne. Jednak podkreślamy, że błędna lub niepełna diagnostyka początkowa może zniwelować wieloletnie, skomplikowane leczenie, narażając pacjenta na stres emocjonalny oraz ekonomiczny.

Podsumowanie.

Leczenie ortodontyczne pacjentów, których organizm wytworzył zęby nadliczbowe, wymaga skoordynowania działań ortodontycznych z zabiegami chirurgicznymi. Ponadto otoczeni szczególną opieką chorzy z rozszczepami wymagają wnikliwej analizy i planu leczenia. Problem holistycznego podejścia do długoczasowej terapii pojawia się, gdy leczenie ortodontyczne u pacjenta z podwyższonym ryzykiem

wystąpienia zębów nadliczbowych rozpoczyna się bez wykonania zdjęcia zgryzowego podniebienia. Ta projekcja z większym prawdopodobieństwem pozwoli wskazać anomalie zębowe występujące w przednim odcinku szczęki.

Piśmiennictwo

1. Zadurska M., Pietrzak- Bilińska B., Chądzyński P., Laskowska M., Kisłowska-Syrczyńska M., Szałwiński M.: Nadliczbowość zębów- na podstawie piśmiennictwa. *Czas. Stomat.*, 2005,4, 265-272.
2. Górniak D., Jarczyńska I., Ziemia Z.: Nadliczbowość zębów – przegląd piśmiennictwa i opis 3 leczonych przypadków. *Ortopedia Szczękowa i Ortodoncja*, 2001, 1, 17-25.
3. Wysokińska- Miszczuk J., Kamińska K.: Rzadki przypadek zębów nadliczbowych. *Czas. Stomat.*, 1988, 9,544-548.
4. Różyło- Kalinowska J. Tomografia komputerowa w praktyce stomatologicznej. *TPS*, 2007, 5, 57-60.
5. Janas A., Stelmach R., Białkowska-Głowacka J., Osica P. Zęby nadliczbowe zlokalizowane w okolicy zatrzymanych kłów dolnych oraz zębów przedtrzonowych w części zębodołowej żuchwy na podstawie materiału własnego. *Journal of Health Sciences*. 2014;4(11):49-60.
6. Osica P., Janas A., Stelmach R.: Zaburzenia zębowo-zgryzowe u 8 letniego chłopca. *TPS*, 2013, 6, 21-23.
7. Aizenbud D, Camasuvir S, Peled M: Congenitally missing teeth in Israeli cleft population. *Cleft Palate Craniofac J* 2005, 42, 3, 314-315.
8. Paradowska A., Kawala B., Szelaż J., Szwedowska A.: Wady zębowe u pacjentów z rozszczepem wargi i podniebienia. *Czas. Stomat.*, 2009, 62, 4, 298-302.
9. Biedziak B., Kurzawski M., Zabel M.: Późne tworzenie zębów nadliczbowych-opis przypadków. *Nowa Stomat.*, 2006,4,170-173.
10. Białkowska-Głowacka J., Grzesiak-Janias G., Foczpański J., Ratajek-Gruda M.: Rzadkie przypadki występowania zębów trzonowych czwartych w szczęce. *Mag. Stom.*, 2002, 3, 34-35.
11. Janas A.: Nadliczbowe zęby środkowe (mezjodensy) przyczyną zaburzeń w prawidłowym wyrzynaniu zębów przyśrodkowych siecznych stałych w szczęce. *Implantoprot.*, 2009, 1, 41-43.

12. Żochowska U., Masłowska A., Dunin- Wilczyńska I.: Postępowanie diagnostyczne u pacjenta z hiperdoncją. For. Ortod., 2011,4, 198-203.

Opis rycin.

Ryc.1. 12- letni chłopiec z obustronnym rozszczepem wargi.

Ryc.2. Na zdjęciu pantomograficznym zęby nadliczbowe były niewidoczne.

Ryc.3. Zabieg ekstrakcji dwóch zębów nadliczbowych.

Ryc.4. Usunięte zęby nadliczbowe.

Ryc.5. Chirurgiczne zaopatrzenie ran.



Ryc. 1. 12- letni chłopiec z obustronnym rozszczepem wargi.



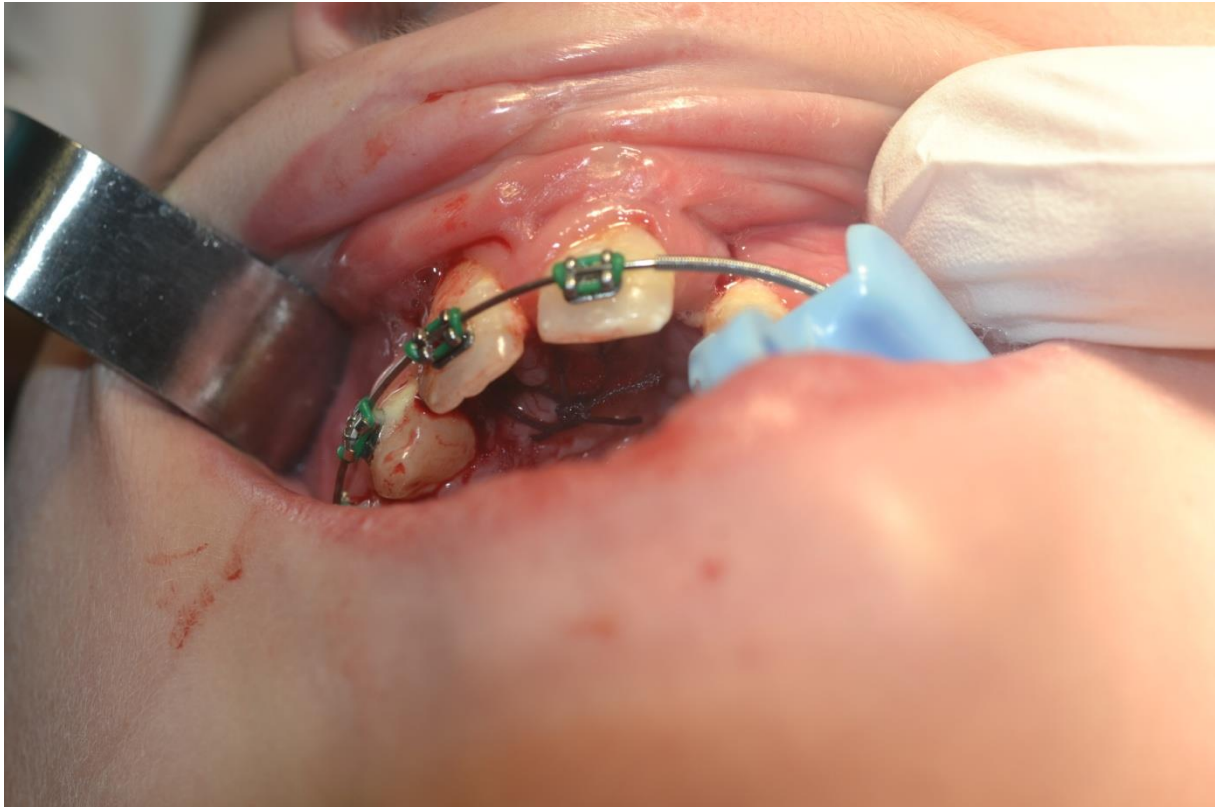
Ryc. 2. Na zdjęciu pantomograficznym zęby nadliczbowe były niewidoczne.



Ryc. 3. Zabieg ekstrakcji dwóch zębów nadliczbowych.



Ryc. 4. Usunięte zęby nadliczbowe.



Ryc. 5. Chirurgiczne zaopatrzenie ran.