

Białkowska-Głowacka Jolanta, Janas-Naze Anna, Milner Paweł, Osica Piotr, Ratajek-Gruda Monika. Guz olbrzymiokomórkowy - opis przypadku = Giant cell tumor - case report. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(1):27-37. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.44562>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/44562>
<http://pbn.nauka.gov.pl/works/690317>
Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011–2014
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015). 755 Journal of Education, Health and Sport (null) 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

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: 21.12.2015. Revised 25.12.2015. Accepted: 09.01.2016.

Guz olbrzymiokomórkowy - opis przypadku Giant cell tumor - case report

**Jolanta Białkowska-Głowacka, Anna Janas-Naze, Paweł Milner,
Piotr Osica, Monika Ratajek-Gruda**

**Zakład Chirurgii Stomatologicznej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

Kierownik: dr hab. n. med., prof. nadzw. Anna Janas-Naze

Adres do korespondencji:

dr n. med. Piotr Osica

Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi

92-213 Łódź, ul. Pomorska 251

mail: piotr.osica@umed.lodz.pl

Praca finansowana przez UM w Łodzi w ramach działalności statutowej nr 503/2-163-01/503-21-001.

Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek pacjentki u której obserwowano przez kilka miesięcy zmianę na błonie śluzowej szczęki, bez weryfikacji diagnostycznej. Podkreślono jak ważną rolę pełni lekarz stomatolog w monitorowaniu zmian w jamie ustnej, przedstawiono niektóre metody diagnostyczne niezbędne do ustalenia rozpoznania.

Słowa kluczowe: guz olbrzymiokomórkowy, badanie histopatologiczne, diagnostyka.

Summary

The article describes a case of a patient, in which over a few months period, a lesion on the maxillary mucosa has been observed, without earlier histopathological verification. The important role of a dentist in monitoring the lesions in oral cavity has been underlined. The authors discuss also certain diagnostic methods, necessary for confirming the diagnosis.

Key words: giant cell tumor, histological examination, diagnosis.

Nadziąślaki zalicza się do guzów znajdujących się na pograniczu procesów nowotworowych i zapalno-rozrostowych. Są to najbardziej charakterystyczne zmiany występujące w jamie ustnej, które umiejscawiają się wyłącznie w obrębie dziąseł. Klinicznie i histologicznie zaliczają się do guzów łagodnych, które położone są u szczytu wyrostka zębodołowego, w miejscu brodawek zębowych w okolicy uzębionej lub w kontakcie z zębodołem już wygojonym w okolicy bezzębnej. Punkt wyjścia stanowią tkanki przyzębia tj. dziąsło, ozębna i okostna. Częściej pojawiają się w okolicy zębów siecznych i kłów, rzadko dotyczą zębów bocznych i bezzębnego wyrostka. Mogą być osadzone płasko lub uszypułowane (1, 2, 3, 4).

Najczęściej pojawiają się u osób między 40 a 60 rokiem życia, chociaż spotykane są we wszystkich grupach wiekowych (2). Zaobserwowano, że częstość występowania tych zmian jest 1,5 -2 krotnie większa u kobiet niż u mężczyzn (2, 3, 5), a także iż częściej lokalizują się w żuchwie niż szczęce (2, 5).

Na podstawie cech klinicznych i histologicznych dzielimy je na kilka typów (ziarninowy, włóknisty, wrodzony, olbrzymiokomórkowy, guz ciężowy), które różnią się spistością i zabarwieniem, a niektóre mogą prowadzić do rozchwiania bądź przemieszczenia zębów (1, 2, 3, 6).

Etiologia tych zmian rozrostowych nie jest do końca poznana, w etiopatogenezie wymienia się czynniki urazowe, bakteryjne, wirusowe i hormonalne. Uważa się, że część z nich powstaje na skutek mikrourazów i podrażnień (1, 3, 6). Nielezione guzy mogą przechodzić z jednej formy w drugą, dla przykładu, nadziąsłak ziarninowy może ulec zwłóknieniu i przekształcić się w nadziąsłaka włóknistego.

W przypadku nadziąsłaka olbrzymiokomórkowego, czynnikiem patogenetycznym jego powstania jest uraz połączony ze śródtkankowym wylewem krwawym. W obrazie radiologicznym może być widoczny ubytek kości o nierównych brzegach, powstały na skutek

osteolitycznego działania komórek olbrzymich, które są charakterystyczne dla tej zmiany.

Artykuł przedstawia przypadek nadziąsłaka olbrzymiokomórkowego, który rozwijał się u pacjentki kilka lat, a ostatecznie został prawidłowo zdiagnozowany i leczony w Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej.

Opis przypadku

Do Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi zgłosiła się 64 letnia pacjentka, skierowana z powodu nagłego wzrostu guza w bezzębnej szczęce po stronie lewej. Guz po raz pierwszy pojawił się w szczęce 3 lata temu i częściowo przykrywał koronę zęba 22. Nie dawał żadnych dolegliwości bólowych, był mały i niekrwawiący. Jego obecność w jamie ustnej nie przeszkadzała pacjentce. W lutym 2015 r. chora zgłosiła się do stomatologa z powodu bólu i złamania zęba 22, przy którym lekarz stwierdził niewielkich rozmiarów guz. Ząb usunięto, a zmianę pozostawiono do obserwacji, jednocześnie informując pacjentkę o konieczności zgłoszenia się do chirurga, gdyby zmiana nie cofnęła się samoistnie bądź nastąpiłby jej wzrost.

Po ekstrakcji guz szybko rozrastał się, był tkliwy i krwawiący przy dotyku, jego powierzchnia zewnętrzna budową przypominała kalafior.

W kwietniu 2015 roku chora zgłosiła się do naszej placówki celem konsultacji i leczenia.

Pacjentka w chwili przyjęcia była w stanie ogólnym dobrym, nie gorączkowała. W wywiadzie podawała leczone nadciśnienie tętnicze i cukrzycę. Badaniem klinicznym stwierdzono uszypułowany guz o średnicy około 3 cm, koloru sinoczerwonego, krwawiący przy dotyku, o powierzchni owrzodzonej, w bezzębnej szczęce w okolicy po usuniętym około 3 miesiące temu zębie 22. (Ryc. 1)

Żuchwa w przednim odcinku uzębiona, boczne odcinki żuchwy obustronnie bezzębne. Węzły chłonne podbródkowe nieco powiększone, niebolesne, przesuwalne względem skóry i podłoża. Na wykonanym zdjęciu pantomograficznym nie stwierdzono zmian w kościach

szczęk. (Ryc. 2)

Przedstawiono pacjentce plan leczenia chirurgicznego w znieczuleniu miejscowym, w osłonie antybiotykowej i po uzyskaniu pisemnej zgody przystąpiono do zabiegu. .

Pierwsza część zaplanowanego zabiegu obejmowała wstępną diagnostykę. Weryfikację rozpoczęto od badania autofluorescencyjnego błon śluzowych jamy ustnej urządzeniem VELscope VX i dodatkowo pobrano materiał do badania histopatologicznego, wraz z marginesem tkanek zdrowych.(Ryc. 3)

Po otrzymaniu wyniku z rozpoznaniem granuloma gigantocellurale, zaplanowano i wyznaczono termin zabiegu. Następnie w znieczuleniu miejscowym (2% lignokaina 2 ml) i osłonie antybiotykowej (Augmentin 1,0 co 12 godz. 1 tabl.) wycięto uszypułowany guz w całości i ze względu na wynik wstępnego badania histopatologicznego dokonano częściowej resekcji części zębodołowej szczęki (Ryc.4). Ranę zaopatrzono szwami (Ryc.5). Materiał oddano ponownie do weryfikacji histopatologicznej. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań, przeprowadzono badania kontrolne w 1-szej i 7-mej dobie od zabiegu (Ryc. 6). Monitorowanie pacjentki utrzymano do roku od zabiegu operacyjnego. Okresowe badanie, które nie wykazało nawrotu choroby, przeprowadzono dodatkowo po pierwszym i w szóstym miesiącu.

Ostateczne rozpoznanie histopatologiczne granuloma gigantocellurale exulcerans.

Omówienie

Nadziąślaki olbrzymiokomórkowe zaliczane są do zmian o charakterze rozrostowym, jednakże nie są nowotworami. Obecnie zalicza się je do zmian guzopochodnych i określa nazwą obwodowy ziarniniak olbrzymiokomórkowy (Peripheral Gigant Cell Granuloma) (2,4). Charakteryzują się szybkim wzrostem, skłonnością do owrzodzeń i krwawień nawet pod wpływem niewielkiego urazu (2). Mają nieregularny kształt, mogą być uszypułowane lub na szerokiej podstawie, koloru sinoczerwonego o elastycznej spistości. Bardzo istotnym

aspektem jest ich występowanie u dzieci w okresie wymiany uzębienia. Powodują zanik kości z ucisku.

W obrazie radiologicznym w przypadku uzębionego wyrostka zębodołowego niekiedy widoczne jest poszerzenie szpary ozębnej, co może sugerować, że guz wywodzi się z ozębnej danego zęba. U opisywanej pacjentki badanie radiologiczne nie wykazało zmian w kościach.

W omawianym przez nas przypadku guz początkowo miał wolny przyrost masy, dopiero usunięcie zęba spowodowało jego gwałtowny wzrost i wzbudziło niepokój u pacjentki. Najprawdopodobniej zęby dolne urażając brzegami siecznymi dziąsło wyrostka zębodołowego szczęki spowodowały rozrost guza na skutek drażnienia.

Zmiany zapalno-rozrostowe w obrębie jamy ustnej powinny zawsze być weryfikowane histopatologicznie, ponieważ swoim wyglądem niekiedy mogą przypominać inne jednostki chorobowe np. angiosarcoma i wymagają wtedy zastosowania całkowicie odmiennych procedur medycznych w postępowaniu chirurgicznym (3). Każdy stomatolog badając pacjenta ze zmianami rozrostowymi powinien zachować czujność onkologiczną i kierować takich pacjentów do chirurgów w celu weryfikacji zmiany, przed leczeniem chirurgicznym (1,7,8). Przyjmuje się, że małe guzy wycina się w całości i oddaje do badania histopatologicznego, traktując zabieg chirurgiczny jako jednoczesne pobranie materiału i zakończenie leczenia.

Należy zwrócić uwagę, że usunięcie nadziąsłaka olbrzymiokomórkowego bez wstępnej diagnostyki może prowadzić do pomyłek leczniczych ze wszystkimi jej następstwami. Dlatego przed właściwym zabiegiem chirurgicznym konieczna jest weryfikacja histopatologiczna. U naszej pacjentki do wstępnej weryfikacji wykorzystano urządzenie VELscope VX służące do badania autofluorescencji błon śluzowych jamy ustnej. Badanie to jest przeprowadzane bez jakiegokolwiek ingerencji chirurgicznej w tkanki pacjenta i stanowi nowoczesną, uzupełniającą technikę diagnostyczną, służącą do wykrywania zmian na

powierzchni błon śluzowych w różnych obszarach anatomicznych takich jak: przewód pokarmowy, narządy rodne, drogi oskrzelowe oraz jama ustna (9).

W tym przypadku zmiana, którą uwidocznili VELscope VX, wyraziła się jako ciemne plamy o różnym stopniu nasycenia czerni, co świadczy o obecności patologicznych tkanek (9).

Obraz taki może sygnalizować nieprawidłowości w architekturze tkanki oraz jej podwyższoną dynamikę metaboliczną (intensywne podziały komórkowe), co z kolei może stanowić przyczynę nowotworzenia. Urządzenie ułatwia wychwycenie nieprawidłowości tkankowych, nie przesądza natomiast o obecności procesu nowotworowego (9).

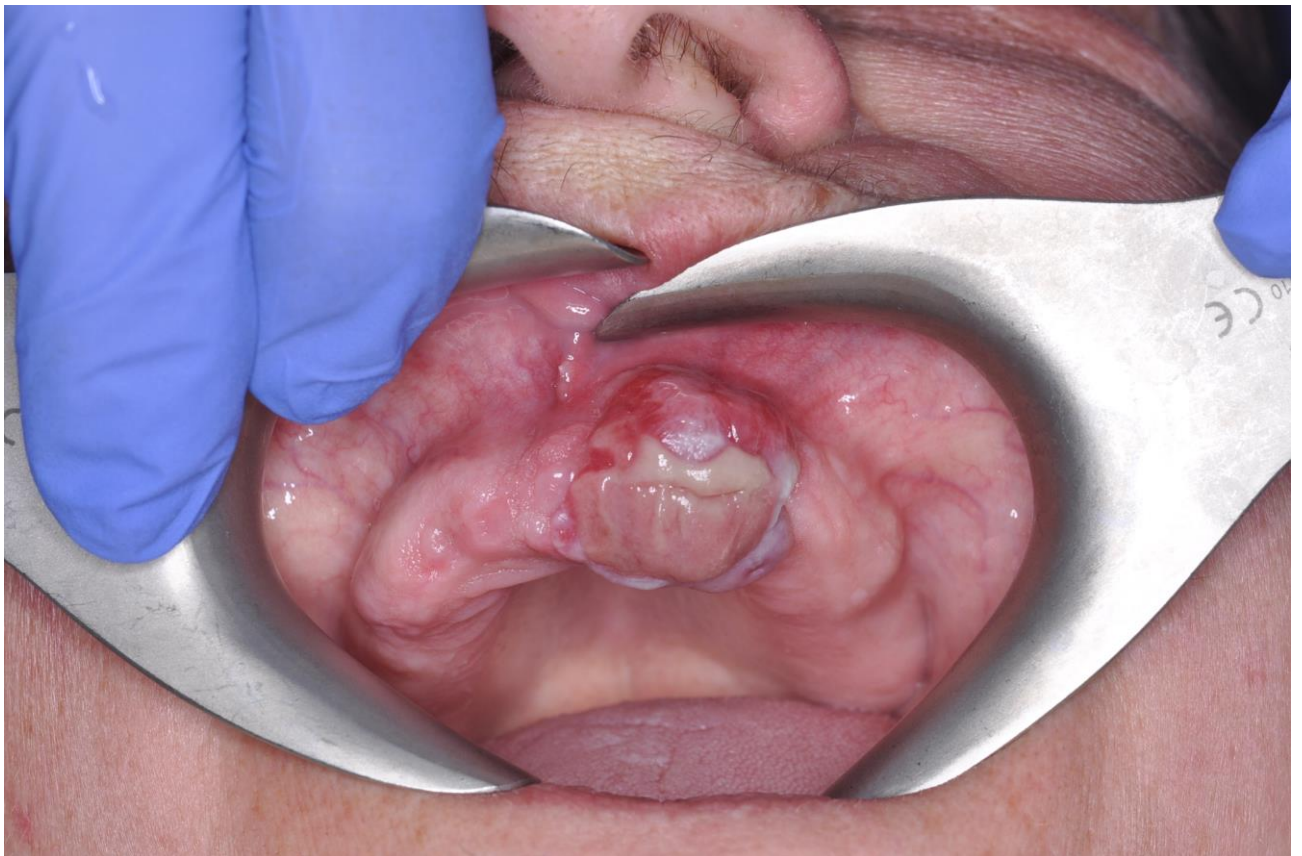
Do dokładniejszej oceny i zaplanowania zabiegu wycięcia zmiany posłużyło pobranie wycinka. Po otrzymaniu wyniku badania histopatologicznego u omawianej pacjentki leczeniem z wyboru przy takim rozpoznaniu było usunięcie guza z dokładnym wyłyżeczkowaniem i resekcją części zębodołowej szczęki. Takie postępowanie związane jest z budową zmiany, ponieważ w jej skład wchodzi komórki olbrzymie, które mają zdolność do osteolitycznego niszczenia kości i głębokiego wnikania w jej strukturę. Dlatego samo wycięcie guza może być niewystarczające, ponieważ istnieje ryzyko pozostawienia pojedynczych komórek w zachyłkach ubytku kostnego, co może prowadzić do nawrotu (6). Tym samym zabieg nie może być zbyt oszczędny.

Piśmiennictwo:

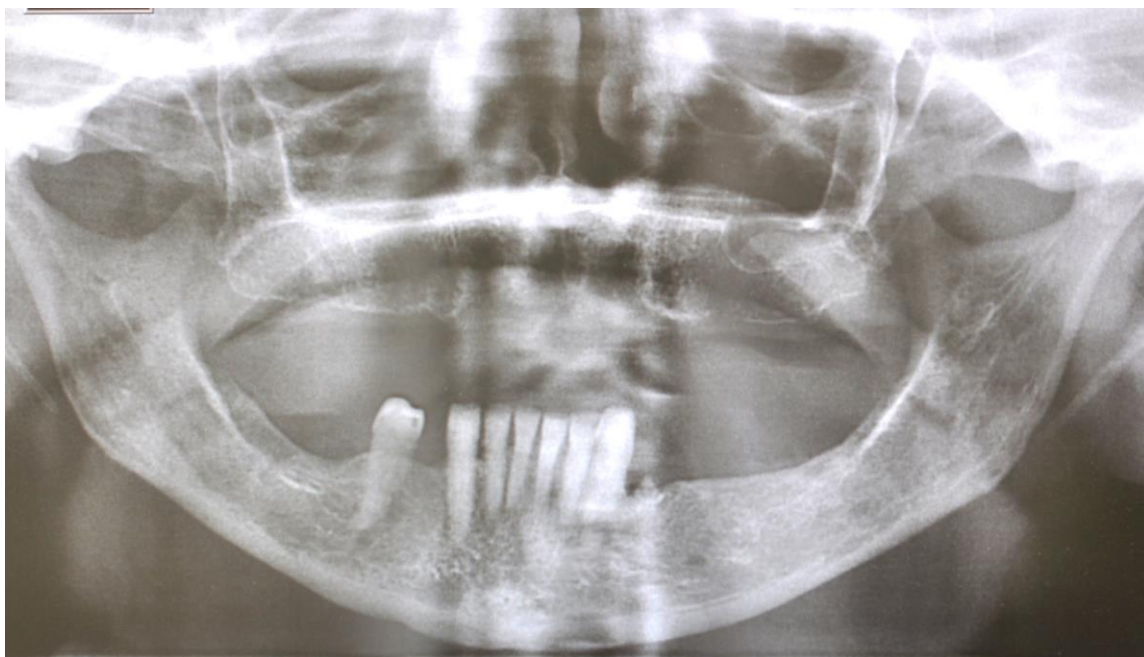
1. Hryniewiecka L., Popowski W., Wojtowicz A.: Rzadki przypadek rozległego nadziąślaka zapalnego w żuchwie-opis przypadku. *Nowa Stomatologia*, 2011, 2: 77-80
2. Denisewicz K.B., Łotowska J.M., Małyszko M., Sobaniec Łotowska M.E: Analiza histopatologiczna 114 przypadków zmian hiperplastycznych łąny śluzowej jamy ustnej, poprzednio określanych jako nadziąślaki, w materiale biopsyjnym ze szczególnym uwzględnieniem procesu metaplastyki kostnej. *Czas Stomatol.*, 2007, LX, 5, 306-311
3. Matuszewski D., Kaczmarczyk I., Kaczmarczyk D.: Mnogi nadziąślak olbrzymiokomórkowy-opis przypadku. *Polski Przegląd Otolaryngologiczny*, tom 4, nr 1(2015), 44-47
4. Bodner L., Peist M., Gatot A., Flis DM: Growth potential of periferal giant cell granuloma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997, 83, 5:548-551.
5. Bugała- Musiatowicz B., Sulkowska M, Musiatowicz B., Sulkowski S: Badania ekspresji receptorów estrogenowych i progesteronowych w nadziąślakach olbrzymiokomórkowych. *Czas Stomatol* 2003, LVI, 7:475-479
6. Drożdżik A., Rudziński R., Trąbska-Świstelnicza M., Banach J.: Leczenie zlokalizowanych zmian rozrostowych dziąseł-observacje własne. *Czas Stomatol.* 2008, 61, 8, 564-570
7. Mierzwa D., Hadzik J., Parkitna M., Popławska K.: Retrospektywna ocena zgodności diagnostyki klinicznej i histopatologicznej wybranych zmian w jamie ustnej leczonych chirurgicznie. *Dent. Med. Probl.* 2013, 50, 4, 412-417
8. Białkowska-Głowacka J., Grzesiak-Janias G., Ratajek-Gruda M.: Czujność onkologiczna lekarza stomatologa we wczesnej weryfikacji raka języka. *Mag. Stomat.*,

nr 9, tom 264, s.74-76

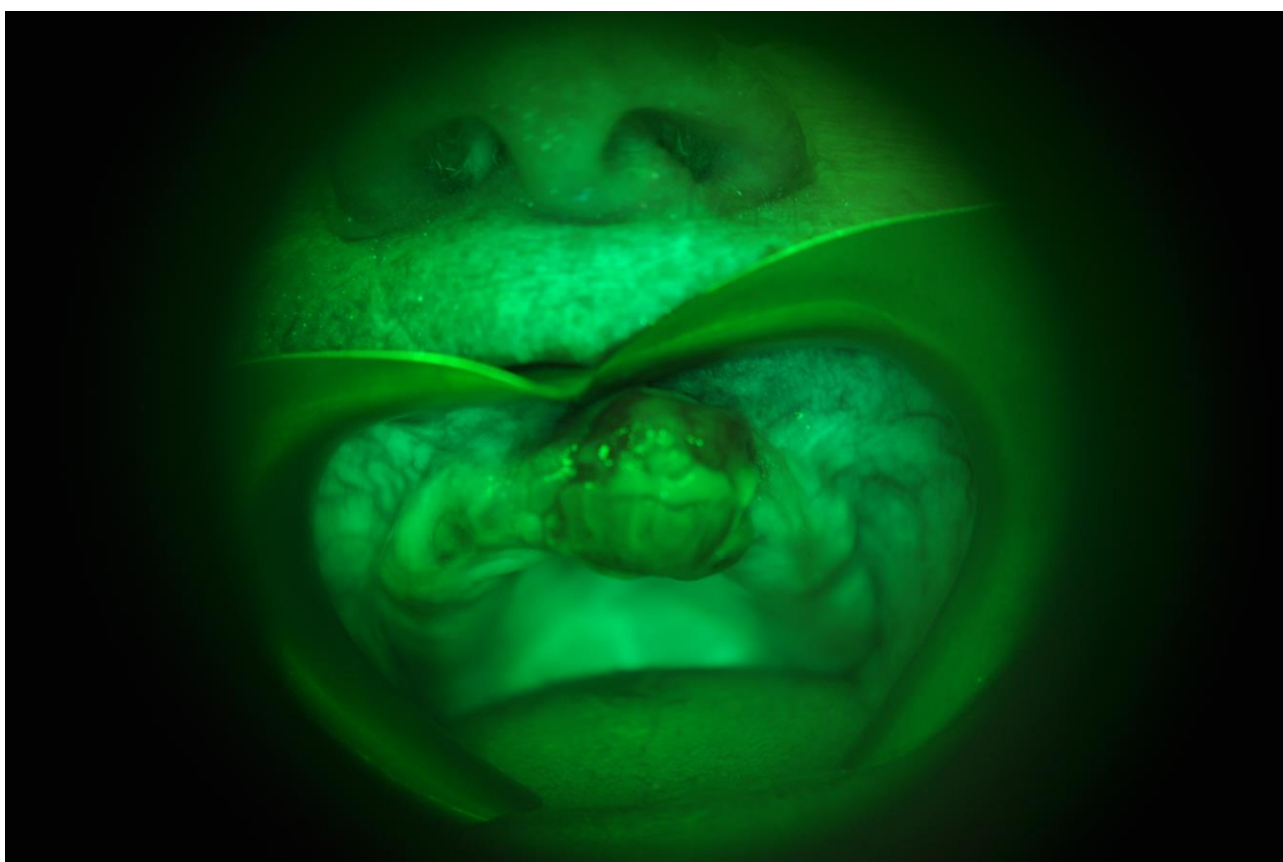
9. Milner P., Grzesiak-Janias G.: Wstępna ocena skuteczności urządzenia VELscope VX w wykrywaniu zmian na powierzchni błony śluzowej jamy ustnej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015, Tom 21, nr 1, 71–76.



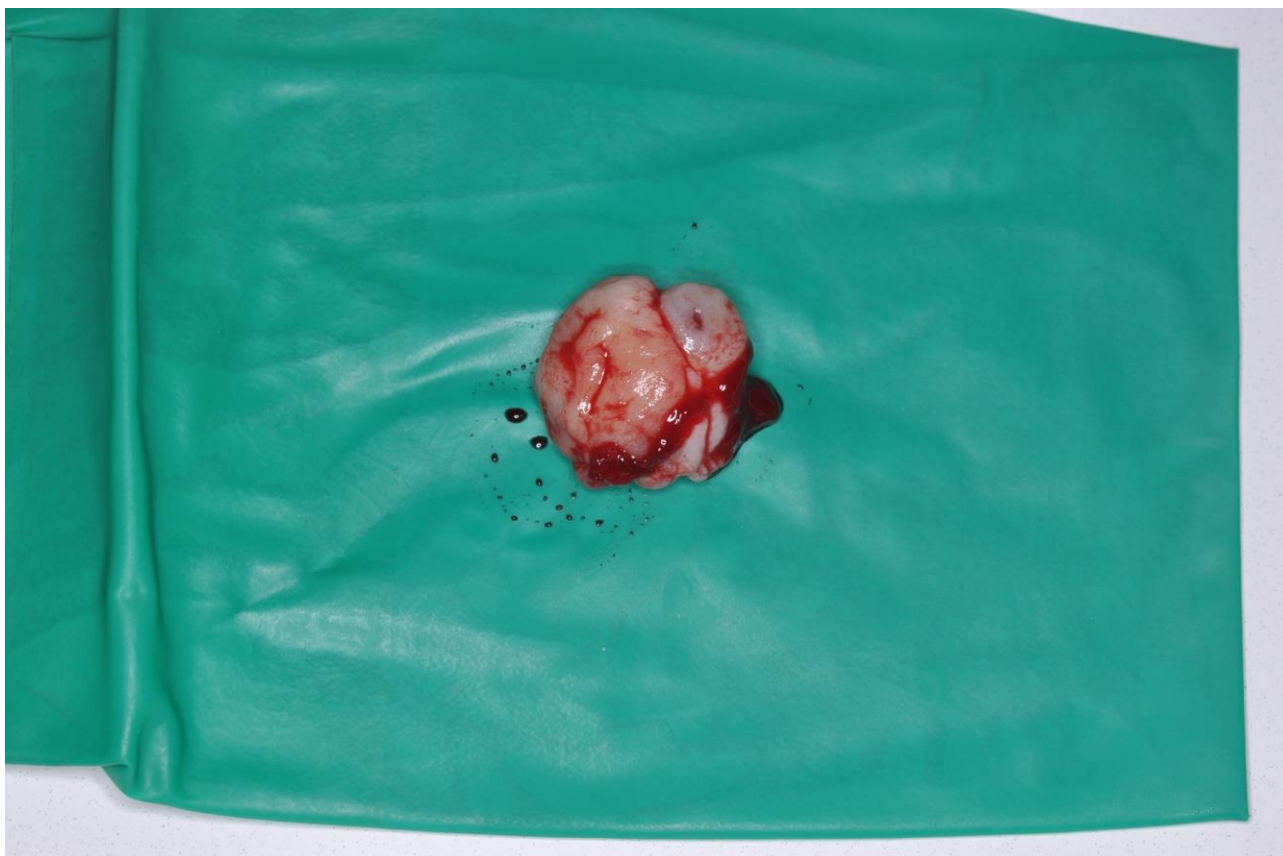
Ryc. 1. Zmiana o charakterze guza w szczęce po stronie lewej.



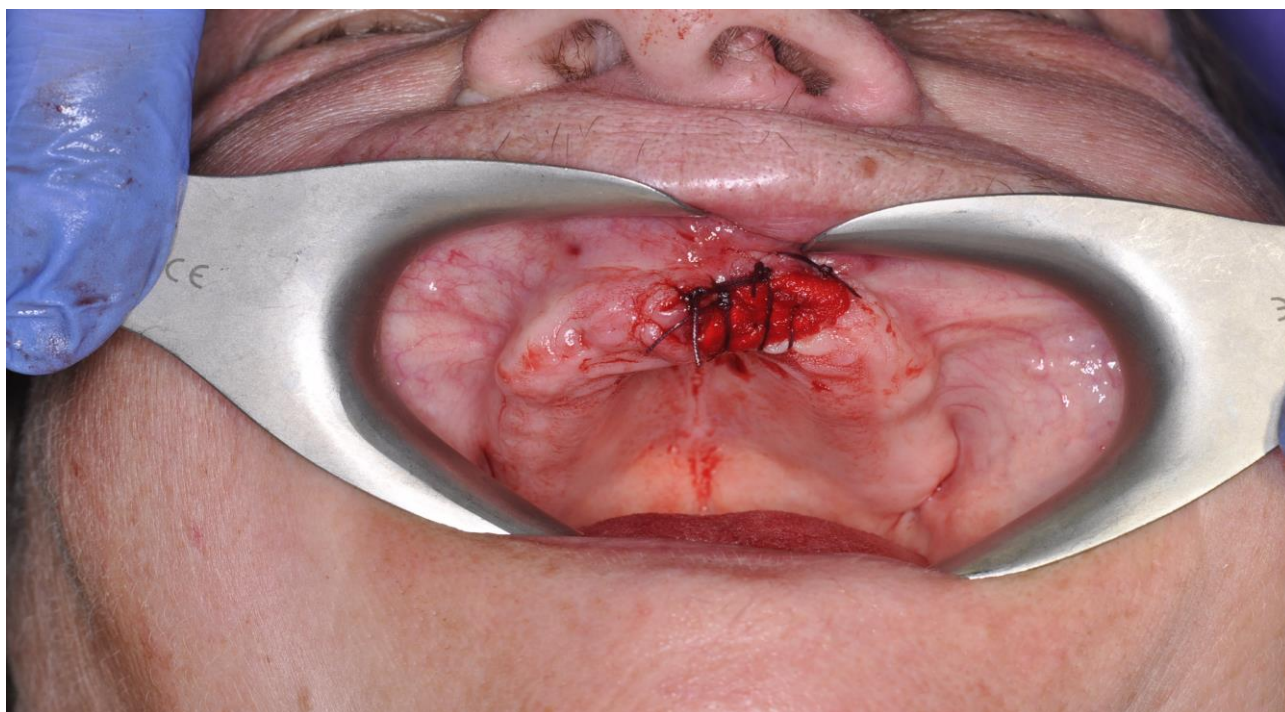
Ryc. 2. Obraz pantomograficzny.



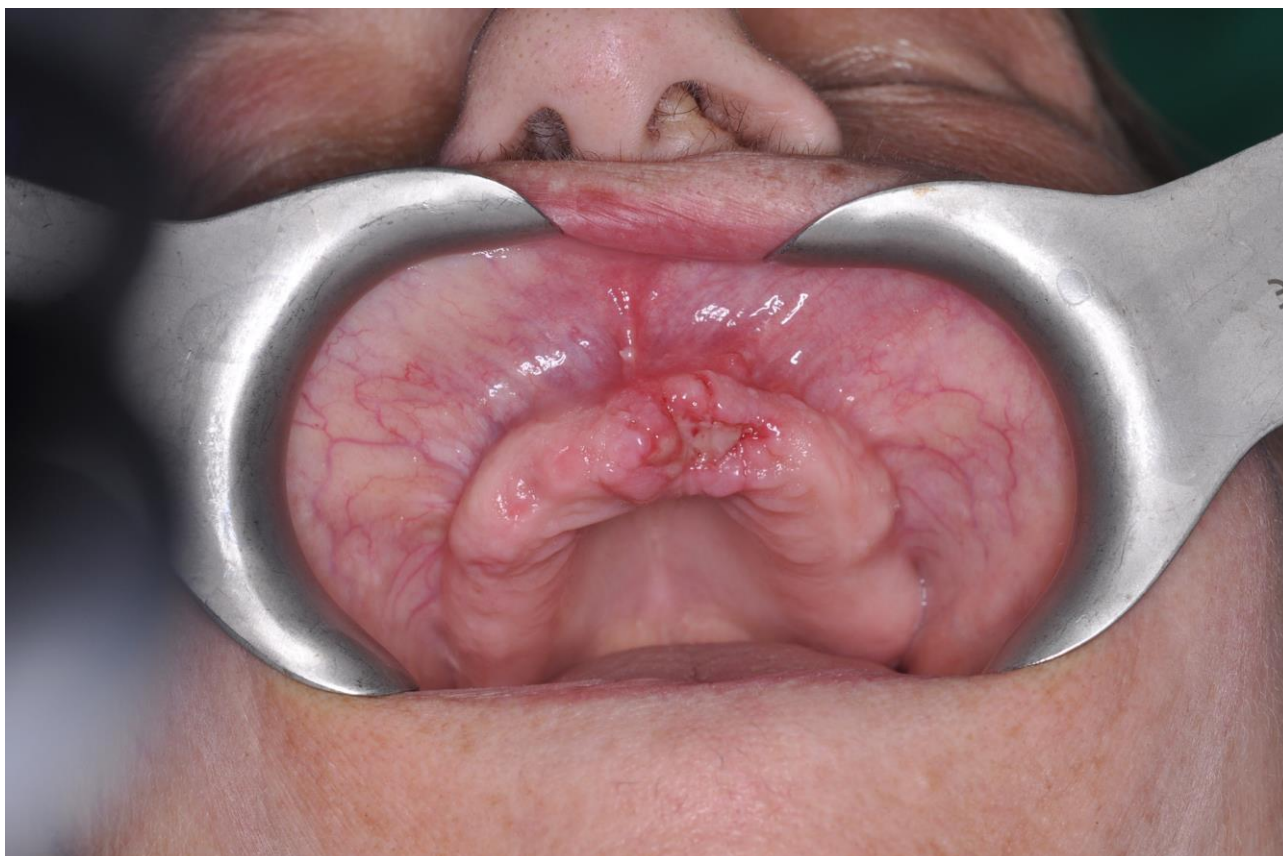
Ryc. 3. Badanie urządzeniem VELscope VX.



Ryc. 4. Wycięta zmiana.



Ryc. 5. Rana po wycięciu guza i zaopatrzeniu chirurgicznym.



Ryc. 6. Stan wyrostka zębodołowego szczęki po zdjęciu szwów.