

Szczepkowska Aleksandra, Lipczyńska Małgorzata, Osica Piotr, Janas-Naze Anna. Rozległa torbiel zapalna żuchwy u 6-letniej pacjentki - opis przypadku = Extensive inflammatory cyst of the mandible in a 6-year old patient - case report. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(12):582-592. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.217557>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4102>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 754 (09.12.2016).  
754 Journal of Education, Health and Sport eISSN 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

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/4.0/>) 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/4.0/>) 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: 01.12.2016. Revised 12.12.2016. Accepted: 20.12.2016.

## **Rozległa torbiel zapalna żuchwy u 6-letniej pacjentki - opis przypadku**

### **Extensive inflammatory cyst of the mandible in a 6-year old patient - case report**

**Aleksandra Szczepkowska<sup>1</sup>, Małgorzata Lipczyńska<sup>2</sup>,  
Piotr Osica<sup>1</sup>, Anna Janas-Naze<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi

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

<sup>2</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi

**Adres do korespondencji:**

**Aleksandra Szczepkowska**

**Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi**

**92-213 Łódź, ul. Pomorska 251**

**e-mail: [aleksandra.szczepkowska@gmail.com](mailto:aleksandra.szczepkowska@gmail.com)**

**tel. 42 675 75 71**

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

**Streszczenie:** W pracy opisano przypadek leczenia jednoetapowego rozległej torbieli zapalnej żuchwy u 6-letniej pacjentki, przeprowadzonego w znieczuleniu ogólnym.

**Słowa kluczowe:** torbiel zapalna, znieczulenie ogólne, metoda jednoetapowa

**Abstract:** The article presents the case of large inflammatory cyst of the mandible in a 6-year old patient, treated in general anaesthesia.

**Key words:** inflammatory cyst, general anaesthesia, one-step method

Torbiele zębopochodne są patologicznymi jamami zlokalizowanymi w obrębie kości szczęki lub żuchwy, wysłanymi nabłonkiem, najczęściej wielowarstwowym płaskim, wypełnionymi treścią płynną lub półpłynną. Klasyfikacja torbieli zębopochodnych wg WHO dzieli je na zmiany rozwojowe i zapalne, przy czym w początkowej fazie wzrostu obie grupy pozostają bezobjawowe i zwykle wykrywane są przypadkowo w badaniach radiologicznych (1). Rozrost torbieli powoduje przemieszczenie sąsiadujących struktur anatomicznych, resorpcje korzeni lub patologiczną ruchomość zębów, prowadząc do pojawienia się chęłboczącego wygórowania, gdy torbiel perforuje ściany wyrostka zębodołowego szczęki lub części zębodołowej żuchwy (2).

W poniższym artykule opisujemy przypadek rozległej torbieli zapalnej żuchwy, zlokalizowanej w okolicy zębów 74 i 75 u 6-letniej dziewczynki, oraz metody jej chirurgicznego leczenia w znieczuleniu ogólnym.

#### OPIS PRZYPADKU

Pacjentka, lat 6, została skierowana do Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przez lekarza stomatologa zaniepokojonego rozdęciem kości w okolicy zębów 74 i 75, zauważonym podczas rutynowego leczenia zębów mlecznych.

W wywiadzie ogólnym matka pacjentki nie podawała żadnych chorób ogólnoustrojowych w chwili obecnej ani w przeszłości. Pacjentka nie przyjmowała żadnych leków.

Badaniem zewnętrznym nie stwierdzono odchyłań od stanu prawidłowego. W badaniu wewnętrznym widoczny był ślad po przetoce, a zęby 74 i 75 posiadały rozległe wypełnienia glasjonomerowe. Na części zębodołowej żuchwy, w okolicy zębów trzonowych mlecznych dolnych strony lewej widoczne było wygórowanie, elastyczne przy palpacji. Ani pacjentka, ani jej matka nie były w stanie podać momentu początku tej dolegliwości. W związku z powyższymi objawami zalecono wykonanie OPG, które uwidocznilo (ryc.1.) rozrzedzenie struktury kostnej w okolicy zębów 74 - 75, obejmujące zawiązki zębów 34 i 35, otoczone osteosklerotyczną otoczką. Matka pacjentki, uzupełniając wywiad chorobowy, podała kilkakrotne występowanie stanów zapalnych w okolicy zębów mlecznych lewej strony żuchwy, które ustąpiły po leczeniu.

Na podstawie badania klinicznego i analizy rentgenogramów postawiono rozpoznanie torbieli zapalnej. Przedstawiono matce pacjentki diagnozę i plan leczenia chirurgicznego, obejmujący usunięcie zębów mlecznych 74 i 75, a także, w razie konieczności – zawiązków zębów 34 i 35, wyluszczenie mieszka torbieli i jego przesłanie do badania histopatologicznego. Udzielono zarówno matce pacjentki, jak i pacjentce wszelkich

informacji, łącznie z możliwymi następstwami. Po uzyskaniu pisemnej zgody matki wyznaczono termin zabiegu w procedurach chirurgii jednego dnia.

W znieczuleniu ogólnym dożylnym usunięto zęby mleczne 74 i 75 (stan przed usunięciem – widoczne wygórowanie w przedsionku jamy ustnej – ryc.2., stan po usunięciu – ryc.3.). Po usunięciu zębów pojawiły się znaczne ilości mętnego, ropnego wysięku ze światła torbieli (ryc.4). Odwarstwiono płat śluzówkowo-okostnowy, zdjęto blaszkę kostną i wyłuszczone zmianę, którą utrwalono w 4% roztworze formaliny i przesłano do badania histopatologicznego. Zawiązek zęba 34 musiał zostać usunięty ze względu na jego znaczną ruchomość i całkowite otoczenie przez nabłonek torbieli (ryc.5.). Zawiązek zęba 35 pozostawiono w jamie ustnej, z zaleceniem regularnych kontroli radiologicznych tej okolicy (ryc.6). Miejsce zabiegu przepłukano 0,9% roztworem NaCl i zaopatrzone szwami (ryc.7.). Przebieg śródoperacyjny i pooperacyjny był bez powikłań. Chora, w stanie ogólnym dobrym, pod opieką rodziców została wypisana do domu.

W pierwszej dobie po zabiegu, podczas wizyty kontrolnej, widoczny był znaczny obrzęk okolicy operowanej, bez zaburzeń czucia. Wykonano toaletę rany pooperacyjnej, zalecono chłodne okłady i kontynuację antybiotykoterapii (Dalacin C 0,15, 1 tabl co 8 godzin). W 10. dobie po zabiegu usunięto szwy – obrzęk i dolegliwości bólowe ustąpiły, pacjentka nie podawała żadnych dolegliwości. Chora pozostaje pod dalszą opieką i kontrolą Zakładu Chirurgii Stomatologicznej.

## DYSKUSJA

Torbiele kości szczęk to jedna z najczęstszych patologii części twarzowej czaszki, , Ponad 50% stanowią torbiele zapalne (3). Zwykle rozwijają się one z ziarniniaków nabłonkowych (resztek pochewki Hertwiga) przy udziale czynnika zakaźnego i urazowego (4). Komórki Mallaseza są pobudzane do proliferacji przez endotoksyny i cytokiny prozapalne, w następstwie obecności resztek miazgi oraz antygenów bakteryjnych z martwej tkanki. Bezpośrednio rozrost nabłonka mogą stymulować także bakterie, takie jak: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Escherichia coli*, *Propionibacterium propionicum* (3, 5, 6). Dochodzi do zwyrodnienia wodniczkowego w tkance ziarninowej i produkcji płynu, który uciska tkanki równomiernie i przez wzrost ciśnienia osmotycznego prowadzi do tworzenia się jamy torbieli wypełnionej płynem i wyścielonej nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, a od zewnątrz pokrytej tkanką łączną (4).

Ratajczak wyróżnia trzy fazy wzrostu torbieli: inicjacja, formowanie i wzrost (3). Ich przebieg zazwyczaj jest bezobjawowy, w niewielu przypadkach pojawia się przetoka. Zwykle wykrywane są przypadkowo podczas rutynowych zdjęć RTG (4, 5, 7).

Torbielom korzeniowym i ziarniniakom okołowierzchołkowym towarzyszy podobny obraz RTG. Tym co je odróżnia jest wyraźny zarys i otoczka osteosklerotyczna (7). W badaniu histologicznym torbieli zapalnej znajdują się komórki śluzowe, złogi cholesterolu, a w badaniach immunohistochemicznych - ekspresję fibronektyny i tenascyny (8).

Jedną z manifestacji klinicznych torbieli zapalnych są torbiele szczątkowe, powstające po usunięciu zęba, bez wyłuszczenia mieszka lub po niedostatecznie radykalnym zabiegu resekcji (4, 5). Rzadko dochodzi do osiągnięcia przez nie dużych rozmiarów, a pacjenci latami ignorują zmiany kształtu kości szczęki lub żuchwy i dopiero gdy proteza zębowa przestaje pasować zgłaszają się do lekarza dentysty lub gdy dochodzi do patologicznego złamania kości lub parestezji (4).

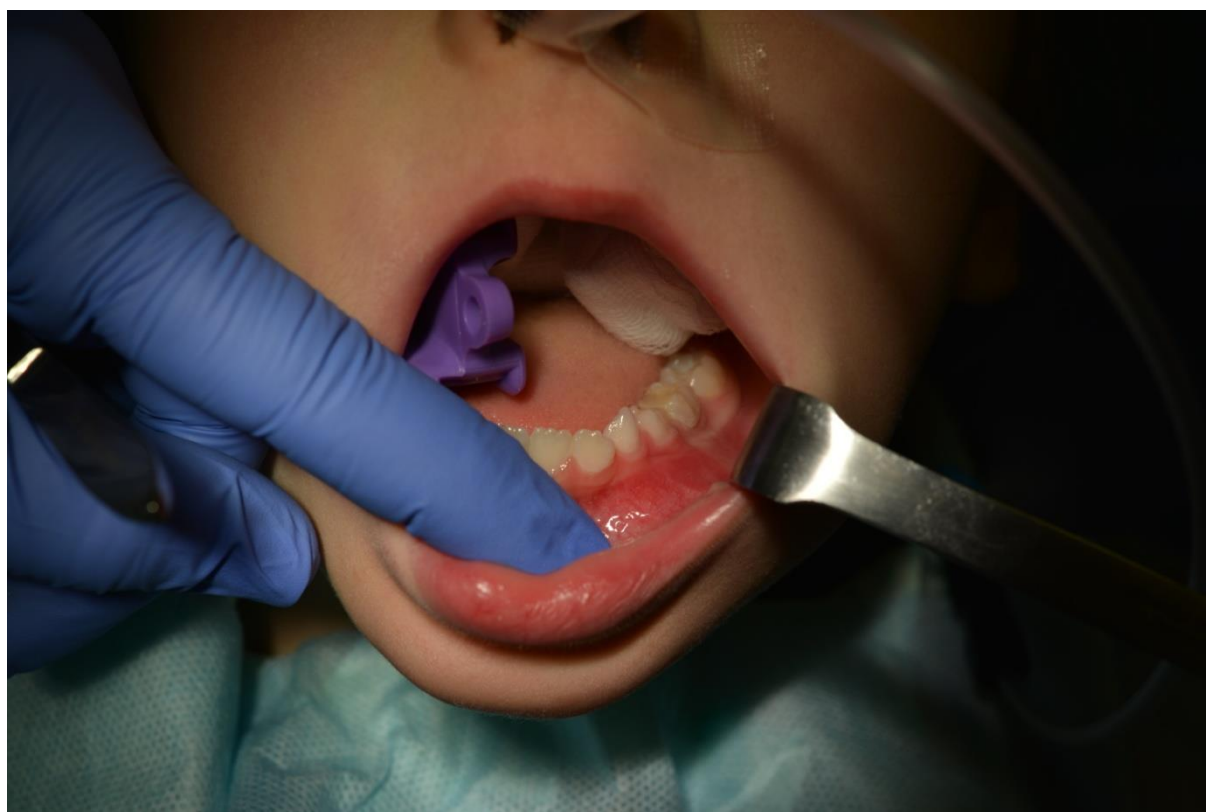
Leczenie torbieli sprawia wiele trudności, zarówno pod względem technicznego przeprowadzenia zabiegu, jak i jego doszczętności. Wraz ze wzrostem wielkości torbieli zwiększa się ryzyko powikłań (9). Współcześnie główną metodą leczenia torbieli jest metoda Partch II, czyli radykalne, jednoetapowe wyłuszczenie całego mieszka z jego następczym przesłaniem do badania histopatologicznego (4). Niecałkowite usunięcie zmiany powoduje wznowy torbieli, szczególnie w przypadku perforacji przez torbiel blaszki korowej kości (5). Istnieją jednak przeciwwskazania do zabiegów jednoetapowych, do których należą: torbiele dużych rozmiarów, w przypadku których metoda jednoetapowa groziłaby patologicznym złamaniem żuchwy czy uszkodzeniem ważnych struktur anatomicznych (kanału żuchwy, dna jamy nosowej, oczodołu, dna zatoki szczękowej), zły stan ogólny pacjenta i zaawansowany wiek (10). W sytuacjach takich leczenie torbieli polega albo na jej marsupializacji (metoda jednoetapowa, Partch I), czyli uczynienia z niej zachyłka jamy ustnej, lub w metodzie dwuetapowej wg Drozdrowskiego (modyfikacja Partch I) - wykorzystaniu obturatora wykonanego w pracowni technicznej. Służy on zapewnieniu drenażu światła torbieli po jej chirurgicznym odbarczeniu, a po zmniejszeniu objętości i odbudowie części masy kostnej następuje zabieg chirurgiczny wyłuszczenia torbieli (11).

Leczenie torbieli, niezależnie od ich etiologii, jest trudne i dostarcza wielu powikłań z uwagi na ich późne wykrywanie i początkowo bezobjawowy przebieg. Wybór metody postępowania zależy od rozległości zmiany i stanu ogólnego pacjenta. W wyżej opisywanym przypadku umiejętności operatora, dobry stan ogólny chorej oraz następcza współpraca

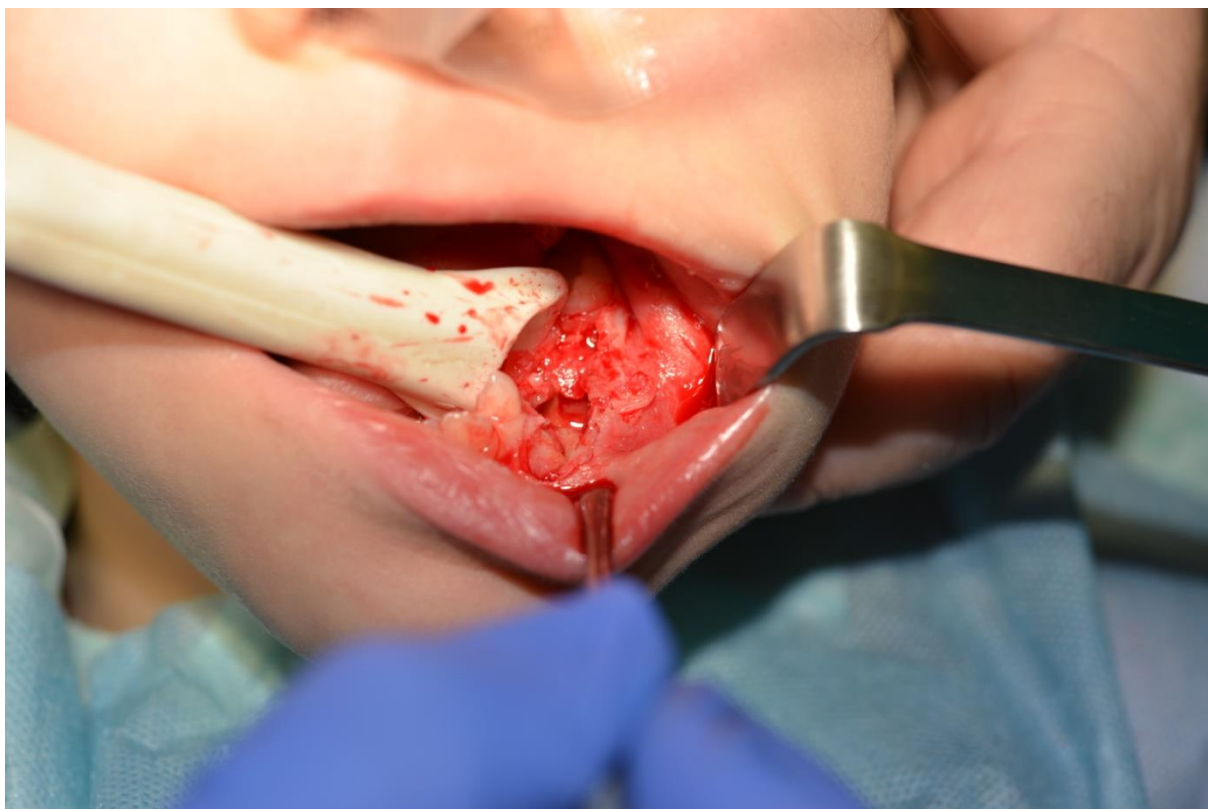
wielospecjalistyczna, pozwalają mieć nadzieję, że dalszy rozwój układu stomatognatycznego dziecka przebiegnie bez powikłań.



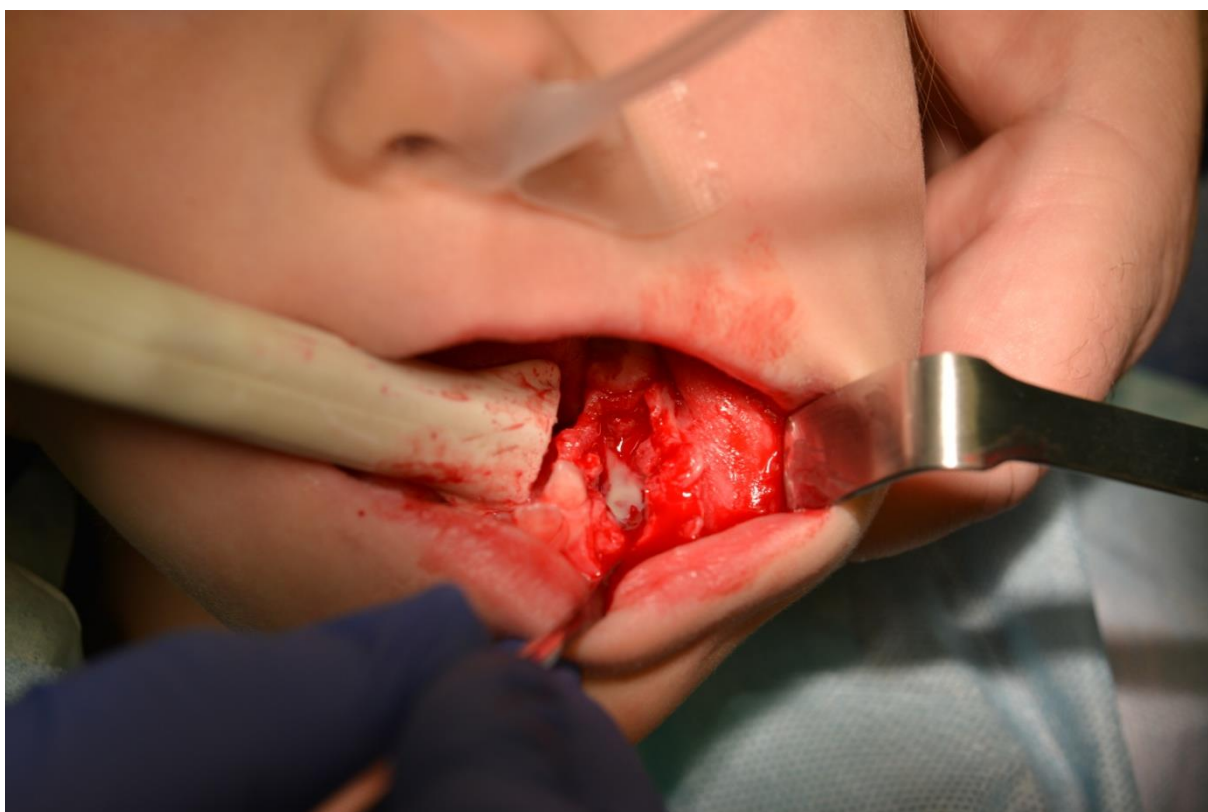
Ryc.1.: Ortopantomogram pacjentki.



Ryc.2.: Widoczne wygórowanie w przedsionku jamy ustnej w okolicy zębów 74, 75.



Ryc.3.: Stan po usunięciu zębów mlecznych.



Ryc.4.: Ewakuacja treści ropnej z wnętrza torbieli.





Ryc.5.: Znacznie ruchomy zawiązek zęba 34 zakwalifikowany do jednoczesowego usunięcia.



Ryc.6.: Widoczny zawiązek zęba 35. Stan po wyłuszczeniu mieszka torbieli i ekstrakcji zawiązka zęba 34.



Ryc.7.: Rana zaopatrzona chirurgicznie.

## PIŚMIENNICTWO:

1. Puacz P. i wsp.: *Torbiel zawiązkowa kła górnego jako przyczyna zaburzeń zgryzu – opis przypadku 7-letniego chłopca.*, Dev Period Med, 2013, XVII (1), s. 72 -76.
2. Nayyer N., Macluskey M., Keys W.: *Odontogenic cysts - an overview.*, Dental Update, 2015, 42, s. 548-551 i 553-555.
3. Ratajczak M., Sowa W., Walter A.: *Molekularna podstawy powstawania zębopochodnej torbieli zapalnej- przegląd piśmiennictwa*, Dent. Med. Probl., 2010, 47 (4), s. 496-501.
4. Milner P., Grzesiak-Janus G.: *Przypadek dużej torbieli resztkowej żuchwy u 60-letniego pacjenta.*, Med.Og Nauk Zdr., 2014, 20 (1), s. 37-41.
5. Nayyer N.V., Macluskey M., Keys W.: *Torbiele zębopochodne.* Med. Prakt. Stomatol., 2016; 1: 25-33.
6. Bołtacz - Rzepkowska E., Żęcin A.: *Leczenie dużych zmian w tkankach okołowierzchołkowych.*, Czas. Stomat., 2005, LVIII (3), s. 158-166.
7. Dominiak M. i wsp.: *Porównanie zgodności oceny klinicznej, histopatologicznej oraz radiologicznej przewlekłych zmian okołowierzchołkowych.*, Dent. Med. Probl., 2006, 43 (4), s. 504-510.
8. Grodecka J. i wsp.: *Ocena ekspresji białek podścieliska-tenscyny i fibronektyny - w torbielach i nowotworach zębopochodnych części twarzowej czaszki.*, Wsp. Onko., 2009, 13 (1), s. 22-27.
9. Więckiewicz W., Bartczyszyn M., Maczura-Sokalska J.: *Potrzeba stosowania małych obturatorów w protetyce pooperacyjnej- opis przypadku.*, Protet.Stomatol., 2009, LIX (6), s. 423-427.
10. Pawlak W. i wsp.: *Torbiele kości szczęk leczone w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 2004–2007.*, Dent. Med. Probl., 2009, 46, s. 49–53.
11. Osica P. i wsp.: *Rozległa torbiel korzeniowa żuchwy leczona metodą dwuetapową - opis przypadku*, Journal of Education, Health, Sport, 2016, 6(11), s. 444-455.