

Gnatek Adrian, Osica Piotr, Janas-Naze Anna. Surgical proceeding in the patient with compound odontoma of the maxilla – a case report. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(7):82-91. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.823431>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4592>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author 2017;

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: 25.06.2017. Revised: 02.07.2017. Accepted: 05.07.2017.

Postępowanie chirurgiczne u pacjentki z zębakiem zestawnym szczęki – opis przypadku

Surgical proceeding in the patient with compound odontoma of the maxilla – a case report

Adrian Gnatek, Piotr Osica, Anna Janas-Naze

Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi

Adres do korespondencji:

Adrian Gnatek

Ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź,

Tel: 42 675 75 71

Email: adrian.gnatek@gmail.com

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

Streszczenie

Zębopochodne zmiany nowotworopodobne są jednymi z najpowszechniej występujących w kościach szczęk. W artykule opisano przypadek 9-letniej pacjentki poddanej zabiegowi usunięcia zębaka zestawnego lewej szczęki w odcinku przednim. U pacjentki obserwowano typowe dla guzów zębopochodnych u dzieci przetrwanie zębów mlecznych, będące wynikiem braku możliwości erupcji zębów stałych, blokowanych przez masę guza. Wszelkie zmiany patologiczne jamy ustnej u dzieci wymagają wnikliwej analizy i właściwego postępowania chirurgicznego.

Słowa kluczowe: zmiany nowotworopodobne, zębiak, zębiak zestawny, chirurgia, ząb zatrzymany, przetrwały ząb mleczny, znieczulenie ogólne

Abstract

Odontogenic tumor-like lesions are the one of the most commonly presented in jawbones. In the article described 9-year-old patient case who had been treated surgically due to compound odontoma of the left maxilla in the anterior segment. In the patient observed typical for odontogenic tumors in children persisted deciduous teeth. It results from the lack of the eruptive force of permanent teeth, blocked by the mass of the tumor. Any pathological lesions of the oral cavity in children require deep analysis and proper surgical proceeding.

Key words: tumor-like lesions, odontoma, compound odontoma, surgery, impacted tooth, persisted deciduous tooth, general anesthesia

Termin – zębiak – po raz pierwszy w literaturze zastosował Broca w roku 1867. Możliwymi przyczynami powstawania zębiaków w kościach szczęk są infekcje, czynniki genetyczne oraz urazy.[1] Zębiaki zaliczane są do guzów nowotworopodobnych o charakterze hamartomatycznym. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) dzieli zębiaki na dwa typy: zębiaka złożonego – będącego guzem składającym się z bezładnej masy tkanek pochodzenia zębowego: szkliwa, zębiny, miazgi i nie zawsze obecnego cementu oraz zębiaka zestawnego – guza składającego się z wielu drobnych struktur przypominających miniaturowe zęby, odontoidy. Najczęstszą lokalizacją w kościach szczęk zębiaka złożonego jest boczny segment żuchwy, natomiast zębiaka zestawnego przedni odcinek szczęki[2].

Zębiaki są guzami łagodnym. Jednymi z najczęściej występujących zaburzeń związanych z zębiakami są zaburzenia w wyrzynaniu zębów. Zębiaki nie dają żadnych dolegliwości. Szczyt wykrywania zmian o charakterze zębiaków przypada na drugą i trzecią dekadę życia, rzadko obserwuje się je poniżej 10 roku życia[3].

W wielu przypadkach zatrzymanie zębów stałych w odcinku przednim w szczęce – szczególnie kłów – może być uważane za objaw patognomiczny obecności zębiaka. Dlatego też, we wszystkich tego typu przypadkach precyzyjna diagnoza i właściwie

przeprowadzone leczenie chirurgiczne, wpływają na polepszenie rokowania w odniesieniu do zatrzymanych zębów stałych[4]. W pewnych sytuacjach dochodzi do wyrzynania zębiaków, lecz są to przypadki rzadkie[1].

Pełna wiedza dotycząca terminów wyrzynania zębów jest niezbędna w celu wczesnego uchwycenia odstępstw od normy i określenia przyczyn takiego stanu. Często zaburzenia w eksfoliacji zębów mlecznych i wyrzynania zębów stałych wiążą się z zatrzymaniem tych drugich. Zębem zatrzymanym nazywamy ząb, który nie pojawił się w jamie ustnej po okresie fizjologicznego wyrzynania, z w pełni uformowanym korzeniem lub gdy wyrznięcie zęba analogicznej strony przeciwnej nastąpiło pół roku wcześniej i ma on w pełni uformowany korzeń[5]. Uważa się, że ostrożne postępowanie chirurgiczne pozwala zredukować możliwe uszkodzenia zatrzymanych zębów stałych, a co za tym idzie umożliwić ich prawidłową erupcję[4].

Opis przypadku

Pacjentka lat 9 została skierowana przez specjalistę ortodoncji do Zakładu Chirurgii Stomatologicznej celem konsultacji i leczenia guza lewej szczęki. Przetrwale zęby mleczne były główną przesłanką dla ortodonty do poszerzenia diagnostyki i wykonania zdjęcia ortopantomograficznego (OPG) pacjentki, na którym uwidoczniono silnie wysycony obszar w lewej szczęce w jej przednim odcinku. Zmiana o kształcie nieregularnym, uwapniona – ocena po stopniu odbicia promieni RTG w stosunku do tkanek okolicznych, z niewielkim przejaśnieniem dookoła zmiany oraz z obszarami o różnym stopniu wysycenia w jej wnętrzu, znajdująca się dokładnie pomiędzy przetrwałymi zębami mlecznymi 61 i 62 a zatrzymanymi zębami 21, 22 (Ryc. 1).

W wywiadzie ogólnym pacjentka i jej opiekun nie podawali żadnych dolegliwości, uczuleń na leki, przebytych chorób, operacji, hospitalizacji. Pacjentka nie przyjmowała żadnych leków. W badaniu przedmiotowym nie stwierdzono somatycznych zaburzeń rozwojowych.

W badaniu miejscowym zewnątrzustnym nie dostrzeżono odstępstw od normy. Natomiast w badaniu wewnątrzustnym zlokalizowano wyczuwalne palpacyjnie niewielkie wygórowanie na wyrostku zębodołowym szczęki od stron przedsionka jamy ustnej nad przetrwałymi zębami 61 oraz 62.

Po wnikliwej analizie danych z wywiadu, badania klinicznego oraz ocenie zdjęcia OPG zaplanowano zabieg chirurgiczny wyluszczenia guza szczęki wraz z usunięciem zębów 61, 62 oraz 63 i odsłonięciem koron zębów zatrzymanych 21, 22, 23.

Pacjentce i opiekunowi przedstawiono plan leczenia chirurgicznego z uwzględnieniem możliwych powikłań. Po uzyskaniu pisemnej zgody wyznaczono termin zabiegu w procedurach chirurgii jednego dnia, z zaleceniem wykonania podstawowych badań diagnostycznych. Poinformowano pacjentkę o szczegółowych wskazaniach pozabiegowych i konieczności zgłoszenia się na badanie kontrolne w dniu następnym.

W znieczuleniu ogólnym dożylnym usunięto zęby 61, 62 oraz 63, a następnie z cięcia trapezowego w reg. 11-24 uzyskano dostęp do blaszki przedsionkowej wyrostka zębodołowego szczęki (Ryc. 2, 3). Po usunięciu blaszki kostnej reg. 21-22 uzyskano dostęp do guza (Ryc. 4). Zmianę patologiczną wyluszczone w całości, dokładnie sprawdzając makroskopową doszczętność zabiegu (Ryc. 5). W dalszej kolejności odsłonięto korony zębów 21 oraz 22 (Ryc. 6), skontrolowano operowaną okolicę, a następnie zaopatrzone chirurgicznie (Ryc. 7). Usunięty materiał tkankowy przekazano do badania histopatologicznego.

Wygląd zmiany patologicznej składającej się z dużej ilości małych zębów, o różnym stopniu wykształcenia, charakterystyczny obraz na zdjęciu panoramicznym i lokalizacja w przednim odcinku szczęki pozwolił na postawienie wstępnego rozpoznania zębiaka zestawnego. Przebieg śródoperacyjny i pooperacyjny bez powikłań. Chorą w stanie ogólnym dobrym pod opieką osoby towarzyszącej wypisano do domu.

W pierwszej dobie po zabiegu pacjentka zgłosiła się na badanie kontrolne, podczas którego stwierdzono niewielki obrzęk tkanek okolicy operowanej. Rana goiła się prawidłowo. Zalecono kontrolę i usunięcie szwów w trzecim tygodniu po zabiegu.

Wynik badania histopatologicznego potwierdził diagnozę zębiaka zestawnego. Pacjentka pozostaje pod opieką Zakładu Chirurgii Stomatologicznej z zaleceniami dalszej kontroli ortodontycznej.

Dyskusja

Zaburzenia w wyrzynaniu zębów stałych nie należą do rzadkości. Często spowodowane są zmianami patologicznymi rozwijającymi się w kościach szczęk, takimi jak guzy nowotworowe, nowotworopodobne czy hamartomatyczne.

Zębiaki stanowią ok. 70% wszystkich guzów zębopochodnych[6]. Są zmianami łagodnymi składającymi się z tkanek pochodzenia zębowego. Uważane są za zmiany hamartomatyczne. Podział na dwie grupy wyróżnia zębiaki złożone oraz zestawne. Większość tych zmian jest asymptomatyczna, a do ich wykrycia dochodzi zwykle na rutynowo wykonywanych zdjęciach radiograficznych.[7]

Zębiaki w większości przypadków występują w uzębieniu mieszanym. Główną cechą mogącą sugerować obecność zębiaka jaki i innych patologicznych zmian kości szczęk jest absencja w łuku zęba stałego po czasie fizjologicznej erupcji. Sytuacja taka skłania zwykle do wykonania zdjęcia OPG, będącego pierwszym etapem diagnostyki obrazowej zmian kości szczęk, a także pozwala operatorowi na wybór wariantu chirurgicznego lub ortodontycznego leczenia zatrzymanego zęba stałego. Mimo łagodnego charakteru zmiany jaką są zębiaki, powinny być one usuwane nawet w przypadkach braku zaburzeń wyrzynania zębów stałych, ze względu na możliwe powikłania septyczne jakie ze sobą niosą.[8]

Leczeniem z wyboru zmian o charakterze zębiaków jest leczenie chirurgiczne. Po wcześniejszym wykonaniu badań obrazowych – zdjęcia OPG lub badania komputerowej tomografii stożkowej (CBCT) – na podstawie, których operator planuje przeprowadzenie zabiegu, guz wyłuszcany jest w całości. Przed zabiegiem należy ustalić sposób leczenia zatrzymanych zębów stałych: chirurgiczna ekstrakcja, chirurgiczna ekstruzja i sprowadzenie do łuku zębowego, ortodontyczna ekstruzja za pomocą wyciągów klejonych śródoperacyjnie do zatrzymanego zęba i mocowanych do aparatu ortodontycznego czy obserwacja i pozostawienie do samoistnej erupcji. Najistotniejszym jest doszczętne wyłuszczenie zmiany. Mimo doniesień o bardzo rzadkich przypadkach nawrotów zębiaków po pierwotnym usunięciu zmiany, w przypadku możliwego braku radykalności, decyzja co do pozostawienia lub usunięcia zatrzymanych zębów stałych, powinna zostać przeanalizowana we współpracy z lekarzem ortodontą. Brak radykalności może być także przyczyną nawrotowych stanów zapalnych w operowanej okolicy.

W przypadku opisanym powyżej wybrano wariant pozostawienia zębów stałych do samoistnej erupcji ze względu na duży zakres zabiegu spowodowany wielkością zmiany oraz brakiem możliwości utrzymania stabilności zębów w przypadku wariantu ekstruzyjnego. Śródoperacyjna ocena ruchomości zatrzymanych zębów stałych jest tak samo ważnym czynnikiem decydującym o wyborze wariantu leczenia. W przypadku 9-letniej pacjentki opisanej w artykule, zniszczenie tkanki kostnej wokół zatrzymanych zębów stałych spowodowało ich niewielką ruchomość. Może to sugerować większą szansę na erupcję i pozostawienie zatrzymanych zębów do obserwacji bez wkraczania z dodatkowymi

procedurami. Radykalność zabiegu w opisanym przypadku, oceniona została poprzez stopień zrostu tkanek twardych i miękkich guza ze zdrowymi tkankami okolicznymi oraz zatrzymanymi zębami stałymi. Pomimo trudności, których zwykle dostarcza technika preparowanie uzyskano pełną separację od otoczenia tkanek guza, a co za tym idzie, pozostawienie stałych zębów zatrzymanych było bezdyskusyjne.

W wielu przypadkach, mimo charakterystycznego makroskopowego wyglądu zębiaka oraz niemalże patognomonicznego obrazu RTG [2] zmiany te powinny zawsze zostać poddane badaniu histopatologicznemu celem różnicowania ze zmianami o innej prognozie i leczeniu.[8] Lekarz praktyk w każdym przypadku zaburzeń erupcji zębów powinien brać po uwagę zębiaka jako przyczynę takiego stanu rzeczy.[9]

Wnioski

Zmiany patologiczne kości szczęk w większości przypadków prowadzą do zaburzeń w erupcji i eksfoliacji zębów u dzieci.

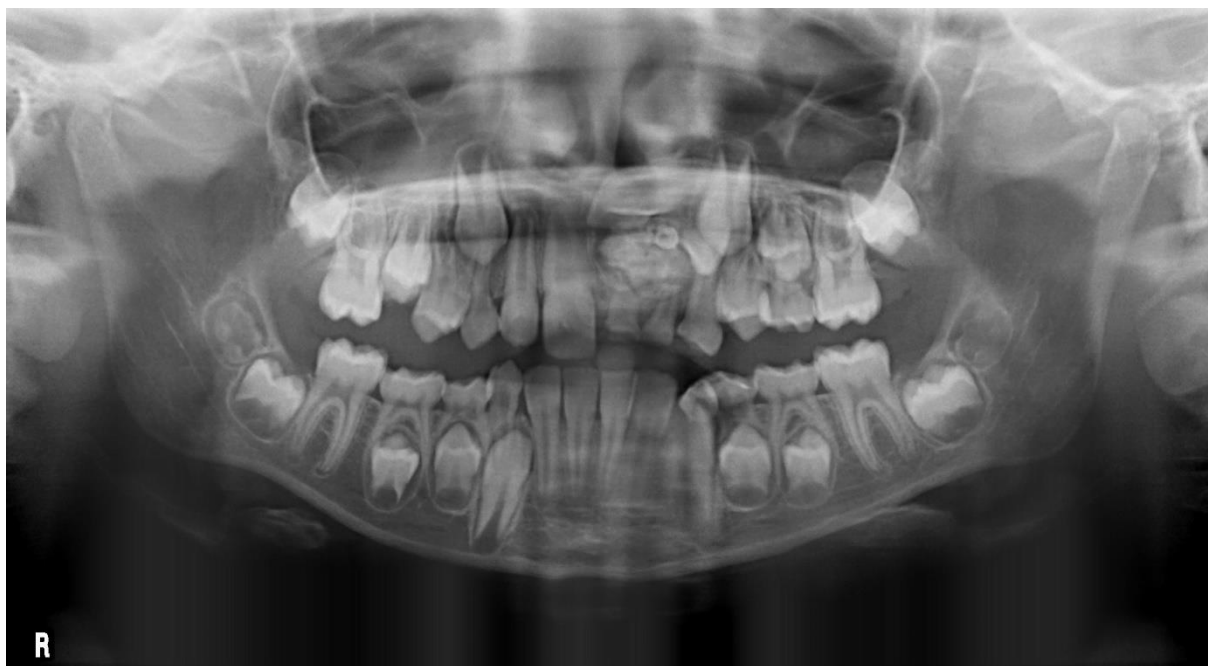
Decyzję o pozostawieniu zatrzymanych zębów stałych należy podejmować we współpracy ze specjalistą z zakresu ortodontji, jeżeli tylko ich pozostawienie nie wpływa na radykalność zabiegu.

Wyłuszczenie zębiaków, mimo ich łagodnego charakteru, zawsze powinno być przeprowadzane z pełną radykalnością.

Piśmiennictwo

- [1] V. Vasudevan, V. Manjunath, and R. M. Bavle, "Large erupted complex odontoma Introduction," *J. Indian Acad. Oral Med. Radiol.*, vol. 21, no. 2, pp. 92–97, 2009.
- [2] T. Kaczmarzyk, J. Stypułkowska, R. Tomaszewska, J. Czopek, "Nowotwory zębopochodne i guzy nowotworopodobne kości szczękowych". I. Koziół (red.), Warszawa: Kwintesencja, pp. 107-115, 2009
- [3] A. Mathew, P. Shenai, L. Chatra, K. Veena, P. Rao, and R. Prabhu, "Compound odontoma in deciduous dentition.," *Ann Med Heal. Sci Res*, vol. 3, no. 2, pp. 285–287, 2013.
- [4] G. Conti, L. Franchi, M. Camporesi, and E. Defraia, "Treatment protocol for the impaction of deciduous maxillary anterior teeth due to compound odontoma," *Eur. J. Paediatr. Dent.*, vol. 13, no. 4, pp. 337–341, 2012.
- [5] C. T. Da Costa, D. D. Torriani, M. A. Torriani, and R. B. Da Silva, "Central incisor

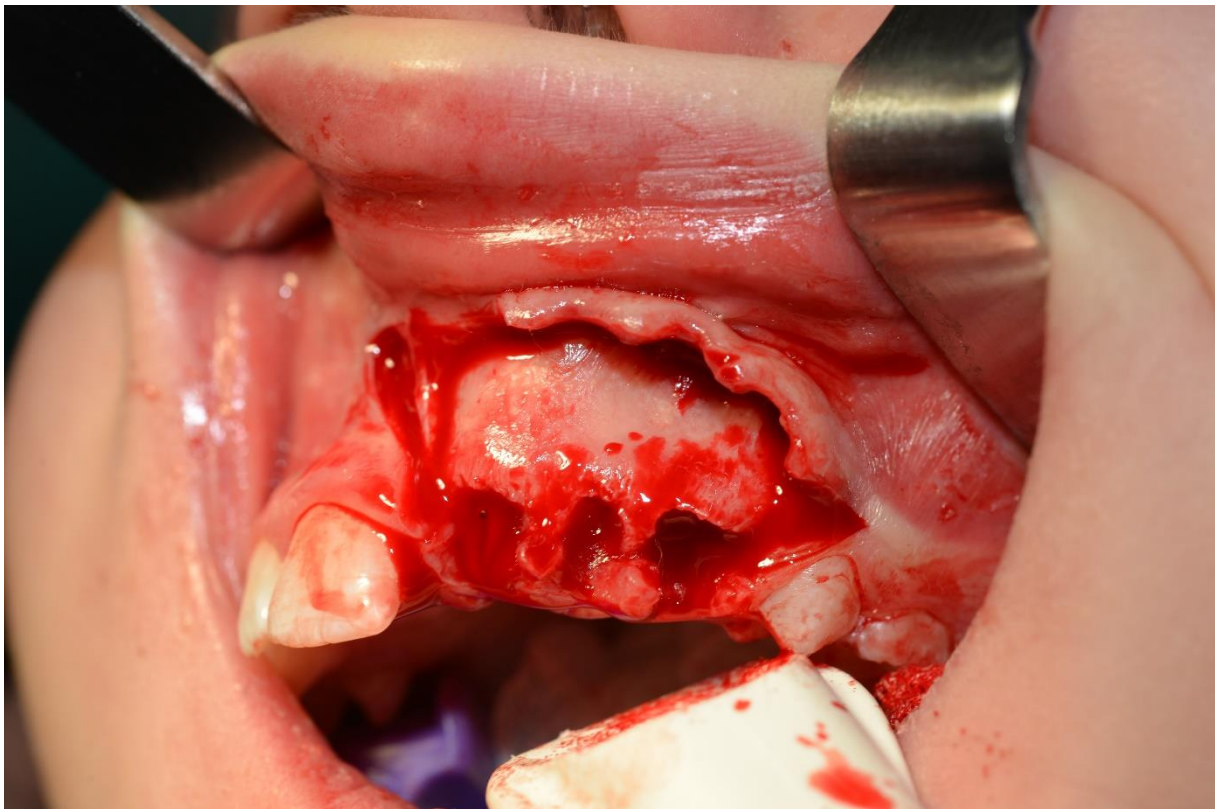
- impacted by an odontoma,” *J. Contemp. Dent. Pract.*, vol. 9, no. 6, pp. 122–128, 2008.
- [6] O. Erdogan, O. Keceli, H. Oztunc, B. Evlice, H. A. Altug, and O. Günhan, “Compound odontoma involving the four quadrants of the jaws: A case report and review of the literature.,” *Quintessence Int.*, vol. 45, no. 4, pp. 341–4, 2014.
- [7] M. Abdul, K. Pragati, and C. Yusuf, “Compound composite odontoma and its management.,” *Case Rep. Dent.*, vol. 2014, p. 107089, 2014.
- [8] P. Trisi, U. Preite, D. Tripodi, and D. Tartaro, “[Considerations on composite odontoma].,” *Minerva Stomatol.*, vol. 38, no. 9, pp. 1003–1008, 1989.
- [9] D. J. Burden, J. G. McGimpsey, and A. Richardson, *Surgical and orthodontic management of compound odontoma.*, vol. 16, no. 7. 1989, pp. 311–312.



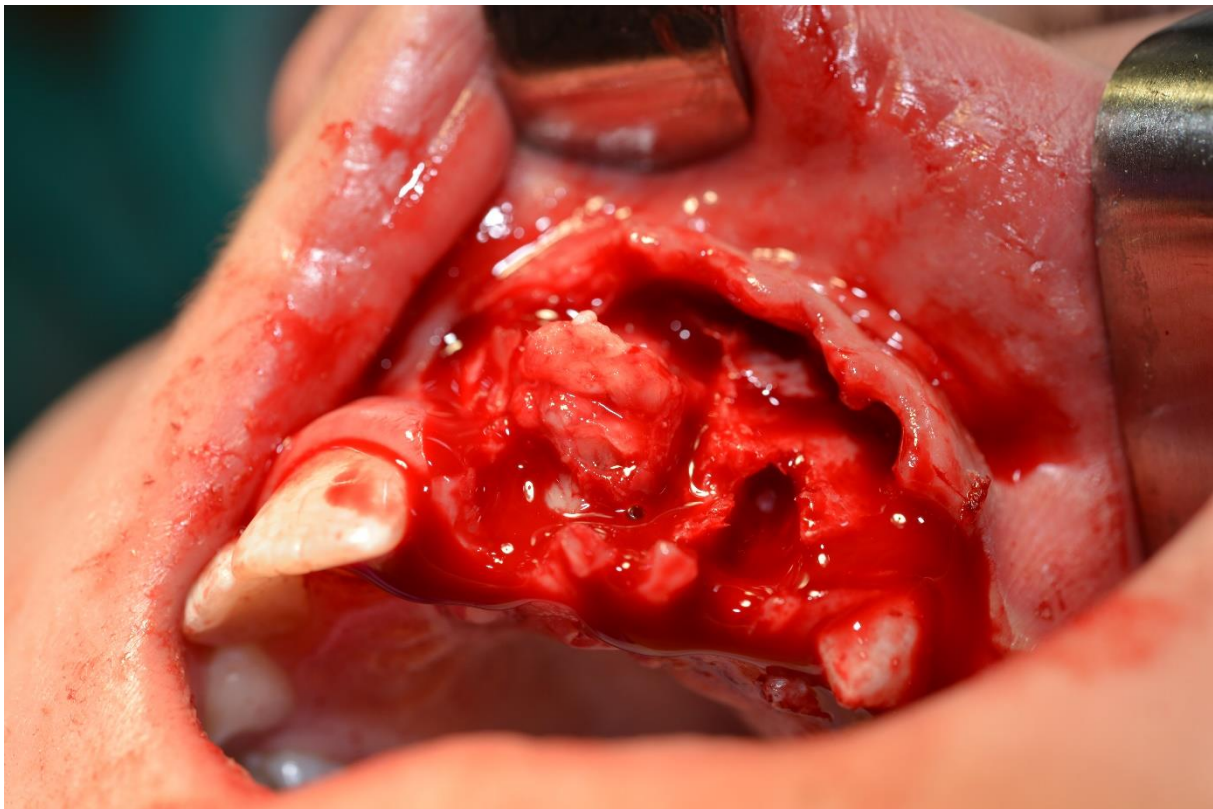
Ryc. 1 Zdjęcie ortopantomograficzne 9-letniej pacjentki.



Ryc. 2 Wgląd w okolicę guza lewej szczęki przed rozpoczęciem operacji.



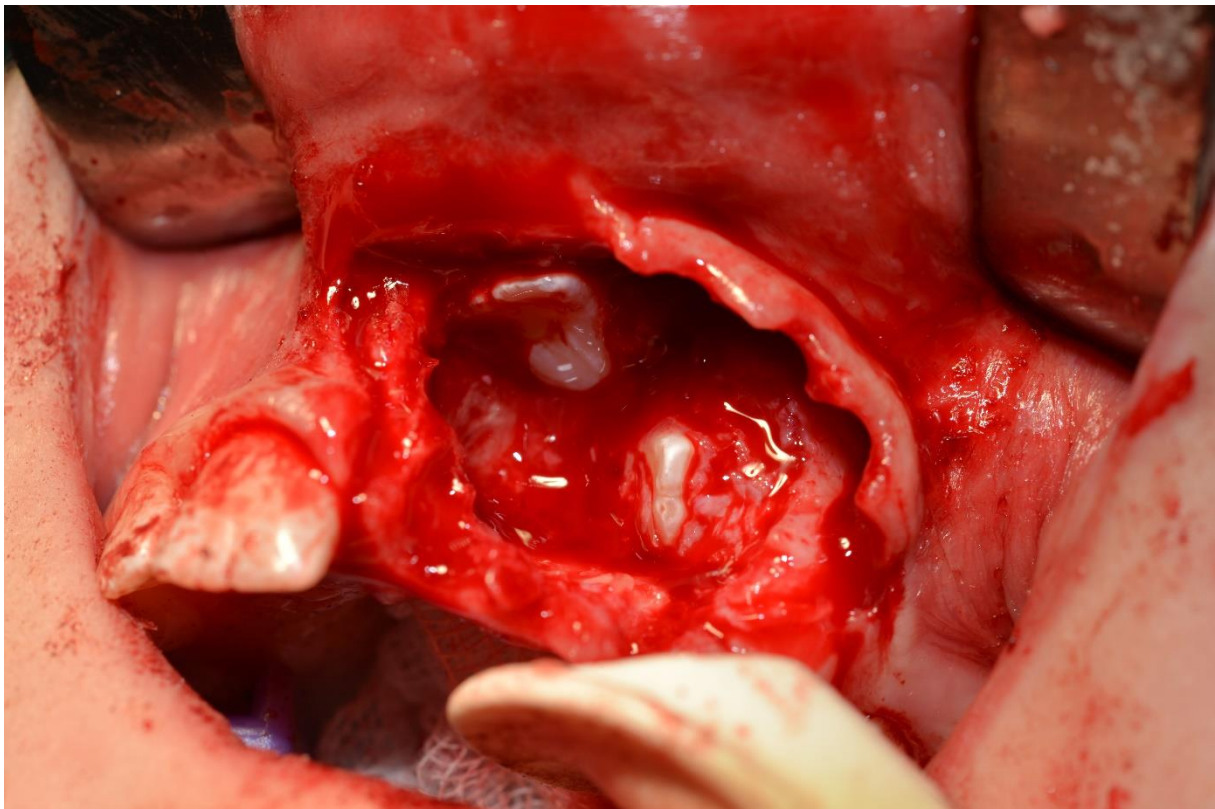
Ryc. 3 Stan po usunięciu zębów mlecznych i wypreparowaniu płata trapezowatego.



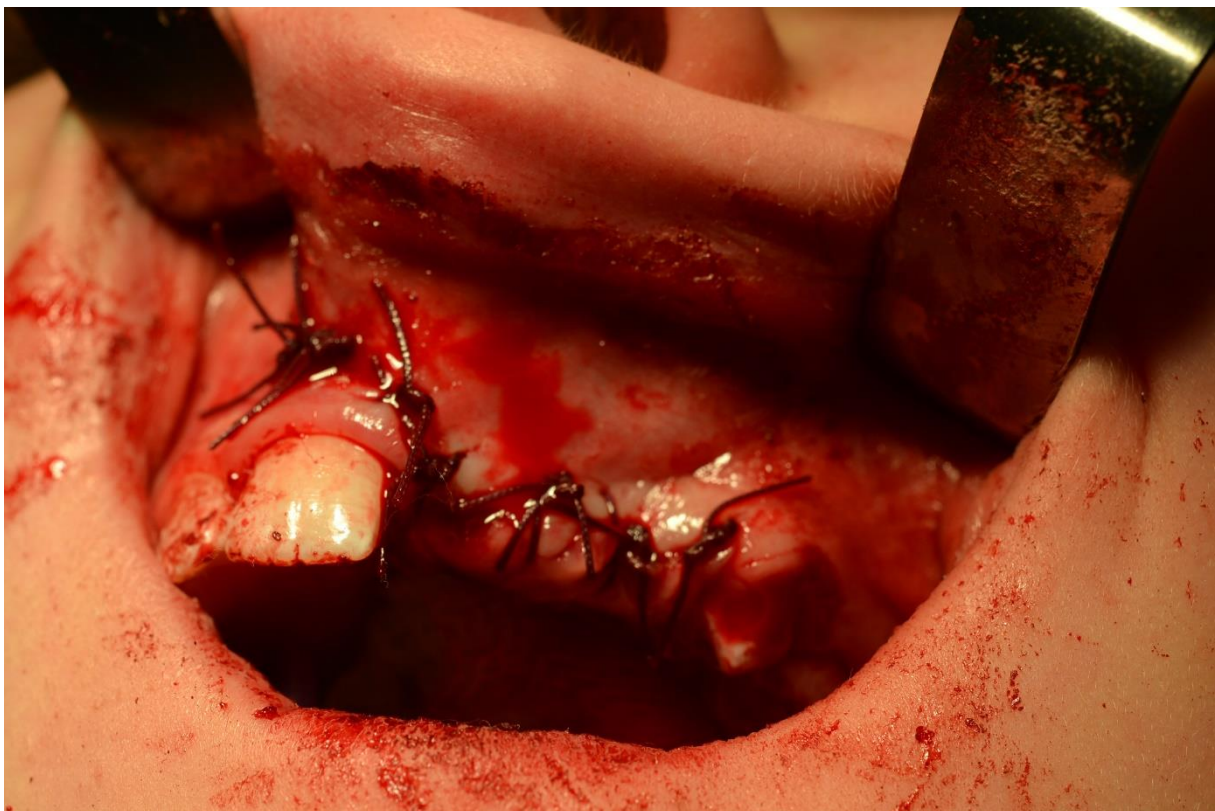
Ryc. 4 Uwidoczniony guz lewej szczęki po usunięciu blaszki przedsionkowej wyrostka zębodołowego.



Ryc. 5 Wygląd guza oraz odontoidów.



Ryc. 6 Wgląd w pole zabiegowe po wyłuszczeniu guza i odstąpieniu koron zębów 21 oraz 22.



Ryc. 7 Wgląd w pole operacyjne po zaopatrzeniu chirurgicznym rany.