

Rozległa torbiel korzeniowa żuchwy – opis przypadku

Extensive radicular cyst in mandible – a case report

Jacek Rożko, Piotr Martiszek, Aldona Chloupek, Wojciech Domański, Janusz Patera

Kliniczny Oddział Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej; kierownik: lek. n. med., lek. stom. Aldona Chloupek
Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Klinicznym Oddziałem Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej
CSK MON WIM w Warszawie; kierownik: prof. dr hab. n. med. Dariusz Jurkiewicz

Streszczenie. W pracy przedstawiono przypadek pacjenta z rozległą torbielą korzeniową żuchwy. Torbiele korzeniowe, zwłaszcza rozległe, należy różnicować z innymi typami torbieli, guzami łagodnymi, szklwiakami, centralnymi ziarninami olbrzymiokomórkowymi, niektórymi postaciami dysplazji włóknistej oraz guzami złośliwymi. Zmiany te najczęściej są asymptomatyczne, dlatego ważna jest okresowa diagnostyka radiologiczna, zwłaszcza u pacjentów z obciążeniami ogólnymi, w przypadku których wskazane jest wykluczenie ognisk infekcji zębopochodnej. Opierając się na dostępnym piśmiennictwie, pełnej diagnostyce radiologicznej, klinicznej i histopatologicznej zmiany, w dalszym etapie zastosowano niestandardowy schemat postępowania terapeutycznego. Odroczone zabieg enukleacji do czasu znamiennej odbudowy kości, co pozwoliło uniknąć rozległego zabiegu chirurgicznego.

Słowa kluczowe: torbiel korzeniowa, dekompresja, marsupializacja, cystotomia, cystektomia, enukleacja

Abstract. This paper presents a case study of a patient with an extensive radicular cyst in mandible. Radicular cysts that are particularly extensive should be differentiated from various types of cysts, benign tumors – especially ameloblastomas, cyst like lesions, some forms of fibrous dysplasia or central granuloma. In majority of cases those lesions are asymptomatic, therefore periodic radiological diagnostics of patients, especially those with general burden, are advisable, in order to exclude the potential outbreaks of infection. Based on available literature, full radiological, clinical, histopathological diagnostics of the lesion, in the later stage a non-standard therapeutic procedure was applied. Enucleation treatment was suspended until proper bone reconstruction, which allowed to avoid massive surgery.

Key words: cystectomy, cystotomy, decompression, enucleation, marsupialization, radicular cyst

Nadesłano: 5.06.2017. Przyjęto do druku: 13.12.2017
Nie zgłoszono sprzeczności interesów.
Lek. Wojsk., 2018; 96 (1): 42–47
Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji
lek. dent. Jacek Rożko
Kliniczny Oddział Chirurgii
Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej WIM
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa
tel. +48 261 816 437
e-mail: jrozko@wim.mil.pl

Wstęp

Torbiel korzeniowa (*radicular cyst* – RC) to najczęstsza torbiel obszaru szczękowo-twarzowego i najczęstsza torbiel zębopochodna [1,2]. Jest zmianą o charakterze zapalnym, która po prawidłowo przeprowadzonym leczeniu chirurgicznym nie wykazuje tendencji do nawrotów. W przypadku usunięcia zębów przyczynowych z pozostawieniem torbieli (lub niedoszczętnym jej wyłuszczeniem) może się rozwijać, powodując zanik tkanki kostnej i osiągając znaczne rozmiary, czemu sprzyja jej bezobjawowy wzrost.

Jaka jest etiopatogeneza zębopochodnych torbieli zapalnych? Istotne dla ich powstania są dwa czynniki: przetrwanie nabłonkowych komórek Malasseza i czynnik zapalny (najczęściej zęby z martwiczą miazgą). Wzrost RC i co za tym idzie atrofia otaczającej tkanki kostnej są spowodowane: proliferacją i metabolizmem nabłonka wyścielającego torbiel oraz różnicą ciśnień wewnątrz i na zewnątrz zmiany [3].

Leczeniem z wyboru torbieli korzeniowej jest enukleacja, czyli całkowite usunięcie jej torebki poprzez wyłuszczenie (*extripatio*) bądź wyżyczkowanie (*excochleatio*) [1,2]. Może ona być połączona z resekcją kości zęba po prawidłowo przeprowadzonym leczeniu

endodontycznym z jednoczasowym wstecznym wypełnieniem kanału korzeniowego lub z ekstrakcją zęba. W tym drugim przypadku torebkę torbieli usuwa się przez zębodół bądź też zewnątrzzębodołowo przez znieśnienie blaszki kostnej, najczęściej od strony przedsionka jamy ustnej. W przypadku rozległych RC (gdy wyłuszczenie grozi złamaniem patologicznym) alternatywnym postępowaniem jest zastosowanie metody dwuetapowej: w pierwszym etapie dekompresja (cystotomia, metoda Partsch I), czyli odbarczenie torbieli w celu zmniejszenia jej rozmiarów, a w następnym wyłuszczenie (cystektomia, metoda Partsch II) [2].

Opis przypadku

Mężczyzna lat 50 zgłosił się do Poradni Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej Wojskowego Instytutu Medycznego, podając jako powód wizyty dolegliwości bólowe okolicy stawu skroniowo-żuchwowego po stronie lewej, utrzymujące się od 6 dni. Chory zgłaszał ból o średnim natężeniu i charakterze przerywanym, nasilający się podczas posiłków, ustępujący po lekach przeciwbólowych (NLPZ). Zęby w odcinku bocznym po stronie lewej utracił około 15–17 lat temu. Objaw Vincenta nieobecny. Protezy ruchomej dolnej nie użytkował od kilku lat. W wywiadzie nadciśnienie tętnicze i cukrzyca typu 2.

W badaniu przedmiotowym zewnątrzustnie stwierdzono wygórowanie policzka lewego. Wewnątrzustnie wyczuwalne było rozdęcie kości trzonu oraz gałęzi żuchwy po stronie lewej, niebolesne przy palpacji, z wyczuwalnym chęłbotaniem. Brak zębów w odcinku bocznym po stronie zmiany. Zakres odwodzenia żuchwy ograniczony – szczękoscisk I stopnia.

Wykonano zdjęcie pantomograficzne, na którym uwidoczniło rozległą torbielowatą zmianę w obrębie kości żuchwy po stronie lewej. Diagnostykę pogłębiono tomografią komputerową, która wykazała zasięg zmiany obejmujący pełną grubość kości żuchwy, powodujący zanik warstwy korowej (odcinkowo niewidocznej – przerywanej lub znacznie ścieńczonej). Zmiana, sięgająca od wcięcia półksiężycowatego do połowy trzonu żuchwy po stronie lewej, miała wielkość około 27 × 35 mm w przekroju poprzecznym i około 51 mm w wymiarze pionowym. Widoczny był również zanik wyrostka dziobatego lewego.

Uwzględniając rozmiar torbieli, wykonano zabieg biopsji w celu ustalenia rozpoznania różnicowego, wykluczającego takie zmiany, jak szkliviak (*ameloblastoma*), KCOT (*keratinizing cystic odontogenic tumor* – rogowaciejący torbielowaty guz zębopochodny) i inne guzy zębopochodne. W znieczuleniu przewodowym i nasiękowym 2% roztworem lidokainy z 0,5% roztworem bupiwakainy z dodatkiem adrenaliny wycięto soczewkowate okienko błony śluzowej nad zmianą (śr. ok. 2 cm), przez które uzyskano

obfity wpływ treści opalizującego płynu o bursztynowej barwie. Jamę torbieli pozostawiono otwartą w celu umożliwienia drenażu. Uzyskany materiał (fragment torebki) przekazano do analizy histopatologicznej, uzyskując rozpoznanie mikroskopowe: *Cystis radicularis*.

Opisany powyżej zabieg miał również na celu dekompresję zmiany i stanowił pierwszy etap terapii dwuetapowej. W zastosowanym schemacie leczenia chory zgłaszał się po zabiegu 2–3 razy w tygodniu przez 2 miesiące w celu przepłukiwania jamy torbieli 0,05% roztworem chlorheksydyny z zaleceniem płukania jamy ustnej również w domu. Następnie częstość wizyt ograniczono do 3–4 razy w miesiącu przez kolejny rok. Kontrolne badania radiologiczne (OPG, CBCT) wykonano 4, 9, 17 i 20 miesięcy po zabiegu, obserwując regresję zmiany oraz zwiększenie densywności ze stopniowym zagęszczaniem uboleczkowania struktury kostnej. Zauważono również zatarcie granic torbieli i brak wyraźnej otoczki osteosklerotycznej, świadczący o jej samoistnym zanikaniu.

Ostatecznie zabieg usunięcia pozostałości torebki torbieli przeprowadzono 20 miesięcy po dekompresji. W znieczuleniu przewodowym i nasiękowym 2% roztworem lidokainy z 0,5% roztworem bupiwakainy z dodatkiem adrenaliny wykonano soczewkowate cięcie na błonie śluzowej trzonu żuchwy po stronie lewej, okalające wytworzoną przetokę. Torebkę torbieli wyłuszczone w całości, a uzyskany materiał przestano do analizy histopatologicznej. Uzyskany wynik pokrywał się z pierwotnym rozpoznaniem.

Ze względu na zaobserwowaną spontaniczną autoregenerację kości żuchwy nie stwierdzono potrzeby rekonstrukcji ubytku przeszczepem autogennym ani materiałem kościocząsteczym.

W chwili obecnej pacjent dolegliwości bólowych nie zgłasza. Zakres odwodzenia żuchwy prawidłowy.

Dyskusja

Zasadniczym sposobem leczenia torbieli korzeniowej jest jej całkowite usunięcie (cystektomia, enukleacja). To metoda stosowana i zalecana przez znaczącą liczbę specjalistów, prowadząca do najbardziej przewidywalnych rezultatów. Część autorów dopuszcza jednak możliwość bardziej zachowawczego leczenia, jakim jest dekompresja. Asutay i wsp. zbadał ewolucję zmian torbielowatych w kościach szczęk (o średnicy >3 cm) w grupie 40 pacjentów na podstawie badania radiologicznego. Porównali CBCT wykonane w czasie diagnostyki i 6 miesięcy po dekompresji. Wyniki wskazywały na zmniejszenie rozmiarów zmian patologicznych u wszystkich pacjentów [4].

Pomimo sceptycznego podejścia wielu autorów do leczenia torbieli korzeniowych poprzez konwencjonalną endodoncję istnieją doświadczeni klinicyści, którzy opisują powodzenie takiej terapii zastosowanej przy

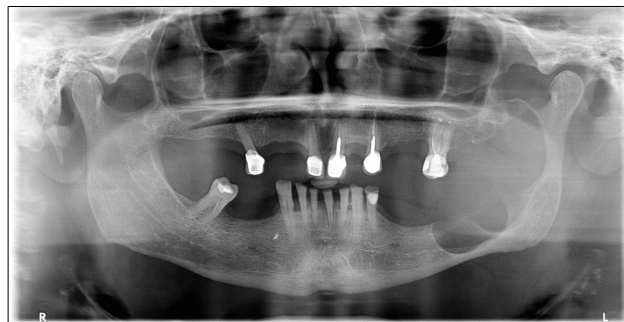
zmianach okołowierchołkowych dochodzących o średnicy do 20 mm [5]. Nie wyjaśniono jednak jak dotąd, dlaczego część RC jest podatna na tego typu leczenie, a część nie [1].

W opisywanym przez nas przypadku ze względu na rozległość RC jej usunięcie było obarczone dużym ryzykiem uszkodzenia pęczka naczyniowo-nerwowego lub patologicznego złamania żuchwy (biorąc pod uwagę wątpliwą możliwość profilaktycznego zastosowania miniplatek z powodu znacznego ścieńczenia warstwy korowej żuchwy). Leczenie metodą dekompresji wydawało się zabiegiem najbardziej korzystnym.

Wątpliwości może budzić ryzyko transformacji nowotworowej pozostawionej wyściółki torbieli korzeniowej. Według Araújo i wsp. częstość przemiany torbieli zębopochodnych w PIOSCC (*primary intraosseous squamous cell carcinoma*) wynosi 0,13–2% i w większości tego typu sytuacji dotyczy żuchwy. Jak wynika z analizowanych przez wspomnianych autorów przypadków, na 116 zmian, z których rozwinął się PIOSCC, 70 stanowiły

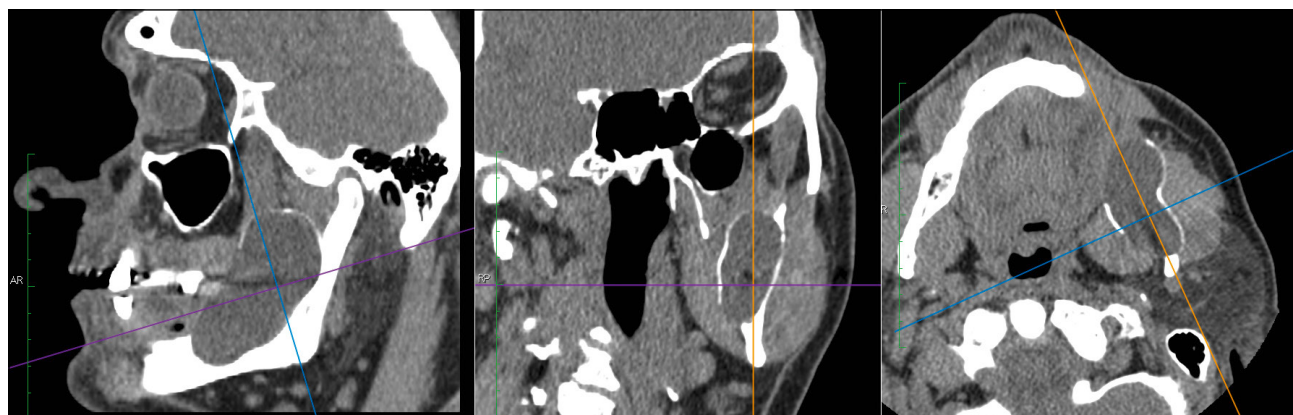
torbiele korzeniowe/resztkowe, 19 torbiele zawiązkowe, 16 KCOT, a 10 inne [6].

Celem badań zespołu Schlieve i wsp. było natomiast ustalenie, czy wynik histopatologiczny z materiału



Rycina 1. Zdjęcie pantomograficzne z widoczną zmianą torbielowatą trzonu żuchwy po stronie lewej. Stan przed leczeniem.

Figure 1. Pantomographic picture presenting visible cystic lesion in corpus mandibulae on the left side. Pre-treatment condition.



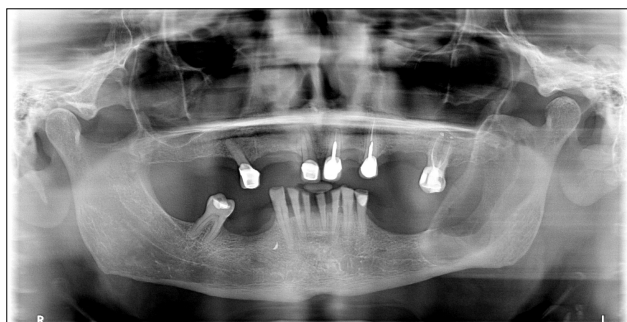
Rycina 2. Przekroje TK z widoczną torbielą korzeniową. Stan przed leczeniem.

Figure 2. CT profiles with visible radicular cyst. Pre-treatment condition.



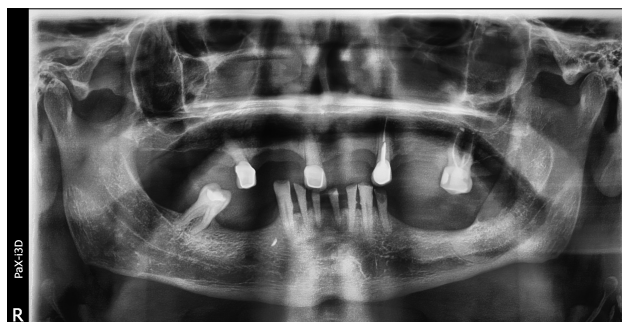
Rycina 3. Rekonstrukcja 3D badania TK

Figure 3. 3D reconstruction of CT examination



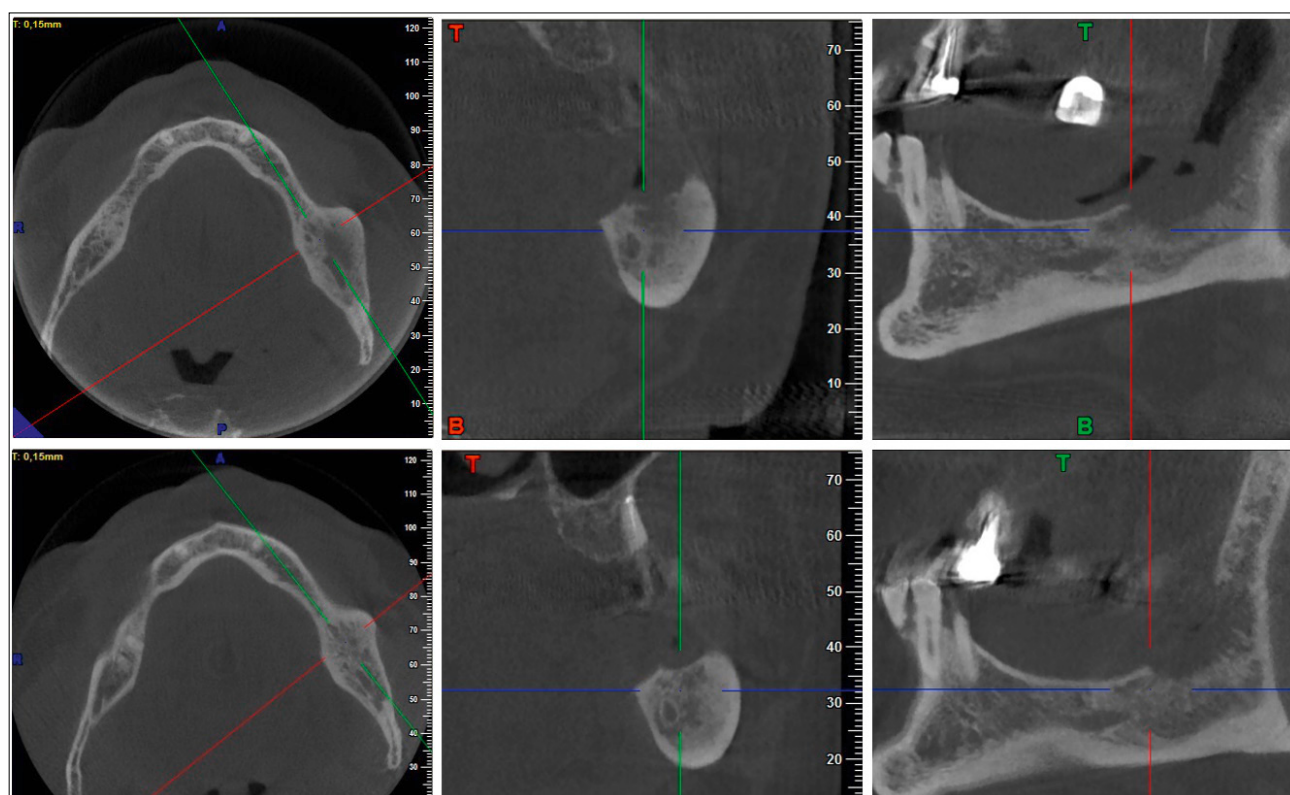
Rycina 4. Zdjęcie pantomograficzne wykonane 4 miesiące po zabiegu dekompresji

Figure 4. Pantomographic picture taken 4 months after decompression



Rycina 5. Zdjęcie pantomograficzne wykonane 20 miesięcy po zabiegu dekompresji

Figure 5. Pantomographic picture taken 20 months after decompression



Rycina 6. Porównanie przekrojów TK wykonanych 9 miesięcy po zabiegu dekompresji (seria górna) oraz 17 miesięcy po zabiegu (seria dolna)

Figure 6. Comparison of CT profiles taken 9 months (upper series) and 17 months after decompression (bottom series)

pobranego podczas dekompresji zmiany różni się od wyniku ostatecznego po odroczonej cystektomii. W pracy przeanalizowano historie chorób 25 pacjentów z diagnozą histopatologiczną po zabiegu dekompresji łagodnej zmiany torbielowatej i po definitywnym jej usunięciu wykonanym minimum 9 miesięcy później. W rezultacie uzyskano zgodność badań histopatologicznych, w których w 88% przypadków torbieli zębopochodnych rozpoznanie po odbarczeniu i po enukleacji było takie samo [7].

Podsumowując: diagnoza histopatologiczna zarówno po cystotomii, jak i po cystektomii jest w znaczącej większości przypadków zgodna, w związku z czym koncepcja początkowego odbarczenia i diagnozy histopatologicznej z odroczeniem enukleacji jest rozwiązaniem dość dobrze rokującym. Na podstawie okresowych badań radiologicznych oraz obserwacji poprzez wizyty kontrolne chorego można stwierdzić, że decyzja o odroczeniu cystektomii w przypadku opisanym w niniejszym



Rycina 7. Wynabłonkowane ujście jamy torbieli
Figure 7. Exhaled outlet of the cyst cavity



Rycina 8. Stan po wyluszczeniu torebki torbieli
Figure 8. Post-enucleation condition of cyst capsule



Rycina 9. Wyluszczone torebka torbieli
Figure 9. Cyst after enucleation

artykule dała pożądane rezultaty. Stały kontakt z pacjentem pozwalał na ewentualną modyfikację sposobu leczenia w razie nasilenia dolegliwości.

Kolejną kwestią wartą uwagi jest potrzeba wypełnienia ubytku kostnego po usunięciu RC. Jak wynika z obserwacji przeprowadzonych przez Hren i Miljavec na podstawie analizy badań pantomograficznych u 33 chorych leczonych z powodu torbieli korzeniowych oraz resztkowych, poziom densyjności kości po 12 miesiącach od enukleacji wynosił 97% dla zmian wielkości 20–30 mm i 84% dla zmian wielkości 30–50 mm [8]. Augmentacja łoża torbieli po tego typu zabiegu nie jest więc na ogół konieczna. Szczelne zamknięcie ubytku płatem śluzówkowo-okostnowym umożliwia prawidłową organizację skrzepu i jego późniejszą transformację w regularne utkanie kostne [9]. Z odmiennym mechanizmem odbudowy kości mamy do czynienia w przypadku dekompresji. Spadek ciśnienia wywieranego przez torbiel umożliwia nowo powstałej tkance kostnej wypełnienie defektu. Wykazali to w swoich badaniach Zhao i wsp., stosując u 53 chorych z KCOT odbarczenie metodą marsupializacji [10].

Również w przedstawionym przez nas przypadku duże zdolności regeneracyjne kości pozwoliły na pominięcie zabiegu augmentacji.

Wnioski

Przy dużych torbielach korzeniowych w obrębie kości żuchwy można z powodzeniem stosować leczenie dwuetapowe. Umożliwia ono znaczne zmniejszenie liczby powikłań w okresie około- i pozabiegowym, takich jak jatrogenne uszkodzenie pęczka naczyniowo-nerwowego żuchwy, uszkodzenie struktur pozakostnych, złamanie patologiczne żuchwy i powikłania późne związane z zaburzeniami funkcji stawów skroniowo-żuchwowych. Metoda dwuczасowa w dużej mierze zmniejsza także rozległość zabiegu ostatecznego – cystektomii, może pozwolić na uniknięcie konieczności zastosowania znieczulenia ogólnego, ogranicza do minimum dolegliwości pozabiegowe i znacznie skraca rekonwalescencję.

Piśmiennictwo

1. Kaczmarzyk T. Torbiele obszaru szczękowo-twarzowego. Wydawnictwo Kwintesencja, Warszawa 2015: 37–49
2. Bartkowski S. Chirurgia szczękowo-twarzowa. Wydawnictwo Collegium Medicum UJ, Kraków 1996: 155–168
3. Kryst L. Chirurgia szczękowo-twarzowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 329–330
4. Asutay F, Atalay Y, Turamanlar O, et al. Three-dimensional volumetric assessment of the effect of decompression on large mandibular odontogenic cystic lesions. J Oral Maxillofac Surg. 2016; 74 (6): 1159–1166
5. Neville B. Oral and maxillofacial pathology. In: Damm DD, Allen CM, Chi AC, ed. Pulpal and periapical disease. Elsevier, 2016: 111–139

6. Araújo JP, Kowalski LP, Rodrigues ML, et al. Malignant transformation of an odontogenic cyst in a period of 10 years. *Case Rep Dent*, 2014; 2014: 762969
7. Schlieve T, Miloro M, Kolokythas A. Does decompression of odontogenic cysts and cystlike lesions change the histologic diagnosis? *J Oral Maxillofac Surg*, 2014; 72 (6): 1094–1105
8. Ettl T, Gosau M, Sader R, Reichert TE. Jaw cysts – filling or no filling after enucleation? A review. *J Cranio-Maxillo-Facial Surg*, 2012; 40: 485–493
9. Hren NI, Miljavec M. Spontaneous bone healing of the large bone defects in the mandible. *J Oral Maxillofac Surg*, 2008; 37: 1111–1116
10. Zhao Y, Liu B, Han Q, et al. Changes in bone density and cyst volume after marsupialization of mandibular odontogenic keratocysts (keratocystic odontogenic tumors). *J Oral Maxillofac Surg*, 2011; 69: 1361–1366