

Dvofazno liječenje velike ciste donje čeljusti - prikaz slučaja

Jakša Grgurević

Klinički zavod za oralnu kirurgiju Kliničke bolnice "Dubrava", Zagreb

Sažetak

U svibnju ove godine u ambulantu Kliničkoga zavoda za oralnu kirurgiju dolazi mlada bolesnica, u dobi od 28 godina. Upućena je od oralnoga kirurga zbog velike ciste u donjoj čeljusti. Donosi ortopan koji pokazuje veliko multilokularno prosvjetljenje u donjoj čeljusti s desne strane koje se proteže od područja drugoga pretkutnjaka do semilunarne incizure na uzlaznome kraku. Ponavljamo ortopantomogram ali se prosvjetljenje bitno ne razlikuje od onoga na ortopanu koji je donijela bolesnica.

Zbog napuhnutoga donjega ruba čeljusti i multilokularnoga prosvjetljenja nismo sigurni o kakvoj se patološkoj promjeni radi. Da bismo se lakše odlučili kakav operativni zahvat učiniti, šaljemo bolesnicu na CT donje čeljusti, ali nas nalaz i dalje drži u neizvjesnosti premda smo za nijansu uvjereniji da se radi o cisti a ne o cističnome tumoru. Prije konačne odluke kako operirati, u lokalnoj anesteziji uzimamo dio tkiva iz koštane šupljine, a biopsija potvrđuje pretpostavku da se radi o keratocisti. Budući da se radi o izrazito velikoj cisti i prijetećoj opasnosti od prijeloma donje čeljusti ako bismo potpuno odstranili bukalni kortikalnis, odlučujemo se za dvofaznu tehniku. Plan je da se u prvoj fazi učini dekompresija ciste otvaranjem kalote na najprominentnijem dijelu ciste s bukalne strane i izradi obturator. Navedenim načinom omogućuje se regeneracija stanjene kosti. Obturator se nosi stalno i ne reducira ga se. Bolesnica odlazi redovito stomatologu, bar dva puta u tjednu, koji ispire šupljinu u kosti s 3% vodikovim peroksidom i fiziološkom otopinom. Kada klinički i rtg nalaz pokaže da se je cista počela smanjivati a defekti u kosti zacjeljivati, odlučit ćemo se za drugu fazu liječenja u kojoj bi se potpuno odstranila cista a zaostali defekt u kosti primarno zatvorio. Rtg snimke 6 tjedna i 3 mjeseca nakon zahvata pokazuju dobar oporavak kosti i znatno smanjenu cističnu šupljinu. Nastavak liječenja planira se za otprilike mjesec dana. Dobiveni rezultat pokazuje opravdanost ovakva pristupa u liječenju velikih cista.

Biphase Treatment of Large Mandibular Cysts - Case presentation

Jakša Grgurević

Clinical Department of Oral Surgery, University Hospital "Dubrava", Zagreb

Summary

A young female patient, aged 28 years, was admitted to the Out-patient Department of the Clinical Department of Oral Surgery in May of this year. She was referred to us by an oral surgeon because of a large cyst in the mandible. The patient brought with her an orthopantograph which showed a large multilocular translucency in the mandible on the right side, which extended from the area of the second premolar up to the incisura semilunaris on the ramus of mandible. We performed another orthopantograph on which the translucency did not differ essentially from that on the orthopantograph which the patient had brought. Because of the swelling of the lower edge of the jaw and multilocular translucency we were unsure as to the nature of the pathological lesion. To help us decide on which operative procedure to use we sent the patient for a CT of the mandible. However the finding failed to dispel our uncertainty, in spite of the fact that we felt almost convinced that it was a cyst and not a cystic tumour. However, before finally deciding on which operation to perform we took a piece of tissue, under local anaesthesia, from the osseous cavity for biopsy which confirmed our suspicion that it was a keratocyst. As it was an exceptionally large cyst and because of the danger of mandibular fracture in the case of complete removal of the buccal corticalis, we decided to use the biphase technique. The plan was to carry out decompression of the cyst in the first phase by opening the calotte on the most prominent part of the cyst from the buccal side and construct an obturator. This method enables regeneration of the thinned bone. The obturator is worn continuously and is not reduced. The patient has a check-up by the dentist at least twice a week, who rinses the cavity in the bone with 3% hydrogen peroxide and physiological solution. As soon as the clinical and radiographic findings show that the cyst has decreased and that the bony defect has healed we plan to carry out the second phase of treatment, in which the cyst will be completely removed and

the remaining bone defect primarily closed. The X-rays performed 6 weeks and 3 months after the operation show good recovery of the bone and significantly decreased cystic cavity. Continuation of treatment is planned in approximately one month. The results obtained show the justification of such an approach in the treatment of large cysts.

Nužnost standardizacije postupaka u liječenju odontogenih keratocista

Klara Sokler

Privatna stomatološka ordinacija "Studio 33", Ljubljana, Slovenija

Sažetak

Odontogene keratociste čine približno 10% svih odontogenih cista čeljusti. Javljaju se kao samostalne promjene ili u sklopu Gorlin-Goltzova sindroma, češće u donjoj čeljusti u području angulusa i uzlaznoga kraka. Radiološki se prema Stoelingu dijele na unilokularne, multilokularne s koštanom pregradom, multilokularne bez pregrade, i one s valovitim rubovima. Kao mogući uzrok recidiva (3% - 62%) navode se: tanka čahura i njezina nepotpuna izljuštenost tijekom kirurškoga zahvata, satelitske ciste, postojanje parakeratinizacije, "abtrofung ili dropping down" epitelnih stanica itd. U kliničkom uzorku Klinike za kirurgiju lica, čeljusti i usta Kliničke bolnice "Dubrava", Zagreb, nađeno je 30 odontogenih cista od kojih je 12 jednokratno recidiviralo, a 3 višekratno, što čini 50%. Time se je čestoća recidiva na tome uzorku izjednačila s vrijednostima recidiva ameloblastoma (50 - 90%). Ponašanje odontogene keratociste slično je dakle ponašanju ameloblastoma, pa je to dovoljan razlog za oprez u postupku liječenja. Zaključno se predlaže:

- Odontogenu keratocistu treba smatrati odontogenim tumorom sklonim recidivu, kao što ju najnovije klasifikacije i svrstavaju pod pojam keratinizirajućega cističnog odontogenog tumora.
- Slučajeve koštanih prosvjetljenja s navedenim radiološkim karakteristikama suspektim na odontogenu keratocistu prije ili u tijeku zahvata treba patohistološki provjeriti.
- Slučajeve cističnih promjena u sklopu Gorlin-Goltzova sindroma i bez prethodne patohistološke provjere treba smatrati odontogenim kera-

tohistama i tako ih liječiti, a pacijente neprekidno nadzirati zbog trajne mogućnosti da se stvore nove ciste.

- Tijekom zahvata pažljivo odljuštiti čahuru i poslije izbjeliti kost s 3% vodikovim peroksidom da bi se vidjeli mogući ostatci čahure, a sva mjesta nagrižene ili perforirane kosti, kao i podminirana mjesta, treba prikazati i izbrusiti frezom do glatke površine.
- Cijeljenje koštane šupljine osigurati jednim od uobičajenih postupaka (Partsch II + dekontakcija (Brosch), Partsch II + poslijeoperativna sukcija).
- Marsupijalizaciju treba primijeniti u slučajevima iznimno velikih cista radi drenaže i možebitnog smanjenja koštane šupljine ili kod zdravstveno ugroženih bolesnika rizičnih za zahvat u općoj anesteziji. Zbog dokazanih promjena potentnosti epitela marsupijaliziranih keratocista otvara se mogućnost šire primjene te metode.
- Poslijeoperativno pacijenta treba klinički i radiološki pratiti do potpunog cijeljenja kosti, od 2 do 15 godina nakon zahvata, a u slučaju znakova recidiva odmah kirurški intervenirati kako bi se izbjeglo nekontrolirano širenje tvorbe.

The Need for Standardisation of Procedures in the Treatment of Odontogenic Keratocysts

Klara Sokler

Private Dental Practice "Studio 33", Ljubljana, Slovenia

Summary

Odontogenic keratocysts comprise approximately 10% of all odontogenic cysts of the jaws and occur as solitary lesions or within the framework of Gorlin-Goltz's syndrome, frequently in the mandible in the area of the angulus and ramus. According to Stoeling, they can be classified radiographically as unilocular, multilocular with osseous trabecules, multilocular without trabecules and those with wavy edges. The following are reported as possible causes of recurrence (3%-62%), the thin capsule and its incomplete scaling during the surgical procedure, satellite cysts, the presence of parakeratinisation, "dropping down" of epithelial cells etc. Thirty odontogenic cysts were found in a clinical sample of the Clinic of Maxillofacial and Oral Surgery, University Hospital Dubrava, Zagreb, of which 12 recurred