

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-

točistama 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

once and 3 several times, which amounts to 50%. Thus the incidence of recurrence in this sample was equal to the values of recurrence in ameloblastoma (50 - 90%). The behaviour of odontogenic keratocysts is therefore similar to the behaviour of ameloblastomas, which is sufficient reason for caution in the method of treatment. The following is recommended:

- Odontogenic keratocyst should be considered an odontogenic tumour with tendency to recurrence, because in the latest classification it is included under the term keratinising cystic odontogenic tumour.
- Cases of osseous translucency with the above radiographic characteristics, resembling odontogenic keratocystic prior to or during the operation should be histopathologically checked.
- Cases of cystic lesions in Gorlin-Goltz's syndrome, even without prior histopathological verification, should be considered odontogenic keratocysts and thus treated, and patients continually monitored because of the constant possibility of new cysts forming.
- During the operation carefully denucleate the capsule and later whiten the bone with 3% hydrogen peroxide in order to see possible remains of the capsule and all places of eroded or perforated bone, and also undermined sites should be revealed and polished with a burr until the surface is smooth.
- Healing of the osseous cavity should be ensured by one of the usual methods (Partsch II+ decortication (Brosch), Partsch II+ postoperative suction).
- Marsupialisation should be applied in cases of exceptionally large cysts for drainage and eventual reduction of the osseous cavity, or in the case of patients with health risk, who are a risk for operation under general anaesthesia. Because of the determined changes in virility of the epithelia of marsupialized keratocysts wider application of the method is possible.
- Postoperatively the patient should be clinically and radiographically monitored until complete healing of the bone, from two to fifteen years after the operation. In cases with signs of recurrence surgical intervention should be immediate, in order to avoid uncontrolled expansion of the formation/mass.

Neobično metastaziranje melanoma lica nakon šesnaest godina - prikaz slučaja

Irina Filipović-Zore¹, Aleksandar Milenović²,
Zoran Ivasović³, Jurica Šiljeg⁴

¹Zavod za oralnu kirurgiju Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

²Klinika za kirurgiju čeljusti i lica, KB "Dubrava"

³Klinički zavod za oralnu kirurgiju KBC "Zagreb"

⁴Specijalistička stomatološka ordinacija za oralnu kirurgiju prim.dr.sc. Tihomira Švajhlera

Sažetak

U radu prikazujemo slučaj neobična metastaziranja melanoma lica u limfni čvor vrata nakon šesnaest godina.

Pacijent M. Š., četrdeset godina, javlja se oralnom kirurgu zbog povećanoga limfnoga čvora desne strane regije jedan. S obzirom na činjenicu da ima dosta nesaniranih zuba i sijejavajuću bol na desnoj strani lica, dolazi na pregled zbog sumnje na odontogeni limfadenitis. Anamnestički se utvrdi da je pacijent prije šesnaest godina u desnoj nazolabijalnoj brazdi operirao melanom. Pregledom se nađe postoperativni ožiljak na desnomo obrazu, tvrd, bezbolan i pomičan limfni čvor veličine dva centimetra u regiji jedan, te dosta nesaniranih zuba. Pacijent se uputi prvo na citopunkciju čvora kojom se je utvrdilo da se radi o metastazi melanoma. Nakon učinjene preoperativne pripreme, učini se radikalna disekcija vrata desne strane te se izvade svi zubi koji nisu bili za sanirati. U PHD pripravku nađe se samo jedan pozitivan limfni čvor. Pacijent se uključi u protokol za melanom te se po kliničkim smjernicama učine sve pretrage.

Budući da su svi pacijentovi nalazi uredni, za sada nije potrebna nikakva druga terapija.

Slučaj prikazuje da ni takve situacije ne možemo zanemariti u diferencijalnoj dijagnostici povećanih limfnih čvorova vrata.