

Dvofazan kirurški postupak u liječenju velikog odontoma donje čeljusti

Goran Knežević¹
Klara Sokler²
Ana Kotarac Knežević¹

¹Klinički zavod za oralnu kirurgiju Kliničke bolnice "Dubrava"
²Privatna stomatološka ordinacija "Studio 33"
Ljubljana, Slovenija

Sažetak

Prikazan je neobično velik primjer jedinstveno složenog odontoma (complex) u angulusu donje čeljusti u 23-godišnjeg mladića.

Zbog mogućeg prijeloma donje čeljusti, koji bi zbog veličine tvorbe mogao nastati za vrijeme kirurškoga zahvata u jednome aktu, proveden je dvofazan kirurški postupak koji se je pokazao uspješnim i za pacijenta prihvatljivim. Autori navode podatke iz literature i prikazuju druge kirurške mogućnosti za slične slučajeve. Raspravlja se o prednostima i nedostacima spomenutih postupaka i ostavlja čitateljstvu da prosudi o njihovim vrijednostima.

Ključne riječi: odontom, jedinstveno složeni odontom (complex odontoma), osteotomija donje čeljusti, dvofazan kirurški postupak.

Acta Stomat Croat
2005; 217-220

STRUČNI RAD
Primljeno: 24. ožujka 2005.

Adresa za dopisivanje:

Prof. Goran Knežević
Klinički zavod za oralnu kirurgiju Kliničke bolnice "Dubrava"
Av. G. Šuška 6
10 000 Zagreb
E- mail: knezevic@sfgz.hr

Uvod

Odontogeni tumori nastaju iz ektodermalnih i ektomezenhimalnih odontogenih tkiva koja se u čeljusti mogu pojaviti zasebno ili u različitim kombinacijama. Oni mogu biti mekani, kalcificirani ili mješoviti, a tkiva raspoređena u mnogim različitim kombinacijama i slikama.

Prema istraživanjima Lua i suradnika (1), koji su promatrali 759 slučajeva odontogenih tumora u kineskoj populaciji, najčešći su bili ameloblastomi, u 58,6% slučajeva, zatim adenomatoidni odontogeni tumori i odontogeni miksom, a jedinstveno složeni i rastavljeno složeni odontomi pojavili su se u 6,7% slučajeva. Za razliku od tih podataka čestoća odontoma u Njemačkoj je 57,8%, u Kanadi 56,4%, u Sjedinjenim Američkim Državama 73,8%, što je znatno drugačije nego u žute rase.

Jedinstveno složeni odontomi patološke su odontogene tvorbe koje se u čeljustima pojavljuju dvostruko češće od rastavljeno složenih. Izrazito veliki primjeri obično se nalaze u prikazima pojedinih slučajeva sa svrhom da se istakne njihova impresivna veličina ili poseban kirurški postupak.

Dva su moguća postupka u kirurškome liječenju velikih primjera jedinstveno složenih odontoma donje čeljusti.

Jedan je klasičan intraoralni pristup kao u slučajevima alveotomija retiniranih ili impaktiranih zuba i lako ga je izvesti u slučajevima malih primjera odontoma gdje je kost dovoljno sačuvana i ne postoji opasnost od jatrogenoga ili patološkoga prijeloma čeljusti. Taj je postupak moguć i u slučajevima velikih tumora koji se lako ljušte od kosti kao što su to opisali Kitano i sur. (2). Knežević i sur. (3) su, opisujući dinamiku rasta odontogenih patoloških pro-

mjena čeljusti, prikazali i primjer velikog odontoma u uzlaznome kraku donje čeljusti, koji je kirurški odstranjen dekortikacijom bukalne i mezijalne stijenke uzlaznoga kraka a poslijeoperacijsko cijeljenje omogućeno je trajnom poslijeoperacijskom sukcijom. Potpuna obnova kosti dokazana je radiološki nakon 6 mjeseci.

Druga mogućnost jest odstraniti tumor s pomoću takozvane sagitalne osteotomije donje čeljusti. Ritter-sma i Van Gool (4) opisali su tu metodu godine 1974. Slični postupci slijedili su i prikazani su u literaturi za liječenje velikih primjera odontoma ili drugih velikih odontogenih tumora, Barnard (5), Frame (6), Petti, Weber i Miller (7), Wong (8) i Laskin (9).

Prikaz slučaja

Mladić u dobi od 23 godine primljen je na Odjel zbog perimandibularne subakutne upale i radiološki potvrđenoga velikog odontoma u angularnoj regiji donje čeljusti. Promjena je otkrivena dva tjedna prije nakon što je otekao oko desnog angulsa i uzlaznoga kraka.

Klinički je nađena vidljiva deformacija desnog angulsa i ramusa te intraoralni defekt desni promjera 2x1 cm na alveolarnome hrptu iza prvoga donjeg kutnjaka. Panoramska snimka pokazala je sjenu kalcificiranoga zubnoga tkiva koja je prožimala cijelu debljinu čeljusti i prekrivala sjenu distalnoga korijena prvoga donjeg kutnjaka, a na bazi tvorbe bila je vidljiva sjena impaktiranoga kutnjaka (slika 1).

Zbog veličine i položaja tvorbe napravljene su CT snimke donje čeljusti, koje su odredile veličinu tvrde tumorske mase i njezin odnos prema koštanim stjenkama mandibule. S jezične strane masa nije bila potpuno pokrivena koštanim tkivom, iako je najvećim dijelom bila pokrivena s tankom koštanom ljuskom koja je bila odvojena od tumorske tvorbe s tankom translucenčnom zonom (slike 2. a., b., c., i d.).

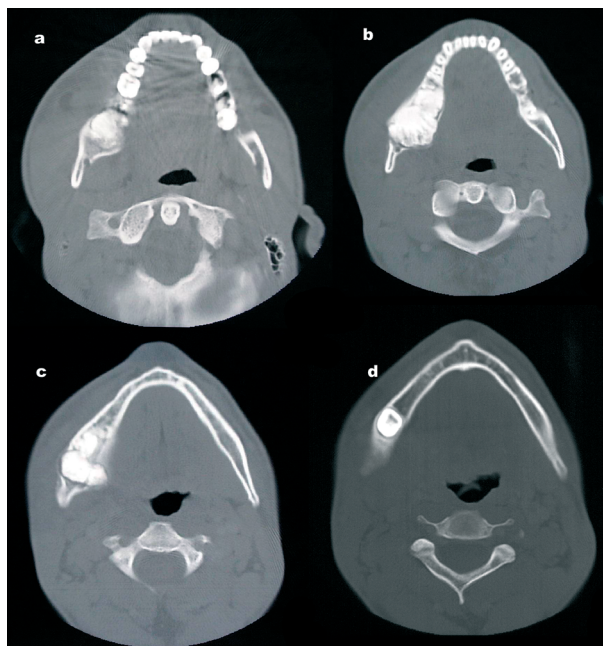
Kako je bilo moguće da se donja čeljust prelomi kada se bude odstranjivala tvorba, odlučeno je da se zahvat izvede neuobičajenim postupkom u dvije faze.

U prvoj fazi odstranjen je gornji dio tumorske tvorbe intraoralnim pristupom i rana je primarno sašivena (slika 3). Tri mjeseca poslije ponovljen je po-



Slika 1. Velika sjena kalcificiranoga zubnog tkiva u angulusu donje čeljusti i sjena impaktiranog molara na donjem rubu čeljusti

Figure 1. Large radiopacity of calcifying odontogenic tissue in the mandible and impacted molar at the lower edge

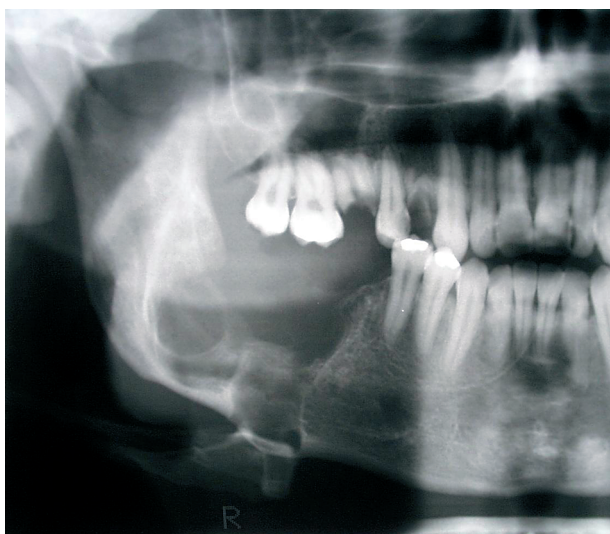


Slika 2. a., b., c. i d. CT presjeci donje čeljusti i odontoma na različitim visinama pokazuju odnos tumora prema okolnoj kosti. Vidljiva su mjesta gdje tumor nije pokriven koštanim tkivom

Figure 2 a., b., c., and d. Axial computed tomographic images of the mandible and odontoma showing relationship of tumour and bone. The tomographic views demonstrate erosion of the bone wall



Slika 3. Radiološki nalaz nakon prvoga kirurškog zahvata
Figure 3. Radiological finding after the first surgical intervention



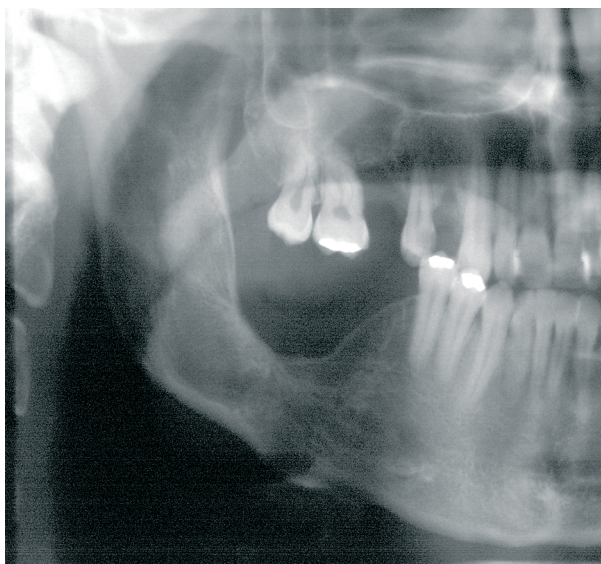
Slika 4. Radiološki nalaz nakon potpunoga odstranjenja tvorbe i impaktiranoga zuba
Figure 4. Radiological finding after complete extirpation of the tumorous lesion and retained tooth

stupak i ostatak mase i impaktirani zub su odstranjeni (slika 4). Postavljena je trajna poslijeoperacijska sukucija (slika 5). Pacijent je dobio antibiotsku terapiju i nakon 10 dana odstranjeni su šavovi i sukucija. Postupak je prošao bez ikakvih komplikacija, a pacijentu je preporučeno da se čuva mogućeg udara u čeljust. Kontrolni rentgenogrami učinjeni su na-

kon jednog i nakon 4 mjeseca i pokazali su cijeljenje koštanoga defekta (slika 6), a intraoralno je na mjestu odstranjene tvorbe nastala potpuna epitelizacija desni donjeg alveolarnoga grebana.



Slika 5. Pacijent nakon zahvata s intraoralnom sukucijom
Figure 5. Patient after the intervention with intraoral postoperative suction



Slika 6. Radiološki nalaz poslije godinu dana pokazuje normalnu građu donje čeljusti na mjestu prije postojećeg odontoma
Figure 6. Radiological finding one year after surgery demonstrates normal trabecular pattern of bone

Rasprava

Prikazani primjer velikog odontoma bio je specifičan iz više razloga.

Prvo, bila je riječ o malokad viđenom primjeru velikog odontoma kirurški liječenog u Zavodu za oralnu kirurgiju KB "Dubrava", Zagreb. Slični primjeri mogu se međutim naći u brojnim prikazima u stručnim časopisima. Ajike i Adekeye (10) prikazali su neobičan primjer multiplih velikih odontoma u objema čeljustima.

Drugi razlog bio je u činjenici što je postojao intraoralni defekt mekoga tkiva jer je tumor probio desni na hrptu alveolarnoga grebena. Sličan slučaj objavljen u literaturi prikazuje velik primjer odontoma koji je probio sluznicu u lateralnoj regiji gornje čeljusti, što su autori Ragalli i sur. (11) prikazali kao rast tumora u usnu šupljinu i prvi takav primjer u svijetu. Ti se podatci ne navode s pretenzijom da se naš opisani primjer svrsta u slučajeve tumora koji su rasli u usnu šupljinu već kao primjer velikoga tumora koji je svojim položajem doveo do upale desni s defektom mekoga tkiva na hrptu grebena.

Treći je razlog što smo izveli kirurški zahvat u dvije faze, jer smo smatrali da zahvat u jednome aktu nosi rizik prijeloma donje čeljusti. Pacijent se je s prijedlogom složio, a rezultat je bio uspješen (12, 13.)

Je li bilo moguće kirurški zahvat jednako uspješno izvesti u jednome aktu intraoralnim pristupom ostaje upitno. Smatramo da postupak odstranjenja tumora sagitalnom osteotomijom u jednome aktu za pacijenta nije lakši jer iziskuje osteosintezu i privremenu intermaksilarnu fiksaciju što je uz moguće rizike za pacijenta znatno neugodnije.

Zaključak

Prikazan je primjer velikoga jedinstveno složenog odontoma (complex) donje čeljusti odstranjenog do sada neobjavljenim intraoralnim kirurškim postupkom u dvije faze.

Ostali postupci kirurškog odstranjenja velikih odontoma najčešće su povezani sa sagitalnom osteotomijom čeljusti. Koji je od nevedenih postupaka za pacijenta prihvatljiviji, koji uključuje manji rizik manje mogućih komplikacija i uopće manje nelagodnosti ostavljamo čitateljstvu da prosudi.

Literatura

1. LU Y, XUAN M, TAKATA T et al. Odontogenic tumors, A demographic study of 759 cases in a Chinese population. *Oral Surg* 1998; 86: 707-14.
2. KITANO M, TSUDA-YAMADA S, SEMBA I et al. Pigmented ameloblastic fibro-odontoma with melanophages. *Oral Surg* 1994; 77: 271-5.
3. KNEŽEVIĆ G, PERIĆ B, JOKIĆ D, KRMPOTIĆ M. Dinamika razvoja odontogenih promjena čeljusti, *Acta Stomatol Croat* 1995; 29: 203-9.
4. RITTERSMA J, VAN GOOL AV. Surgical access to multicystic lesions by sagittal splitting of the lower jaw. *J Maxillofac Surg* 1979; 7: 246-50.
5. BARNARD D. Surgical access to a complex composite odontoma by sagittal splitting of the mandible. *Br J Oral Surg* 1983; 21: 44-8.
6. FRAME JW. Surgical excision of a large complex composite odontome of the mandible. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1986; 24: 47-51.
7. PETTI NA, WEBER FL, MILLER MC. Resection of a mandibular myxoma via a sagittal ramus osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 1987; 45: 793-5.
8. WONG GB. Surgical management of a large complex mandibular odontoma by unilateral sagittal split osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 47: 179-82.
9. LASKIN DM. Discussion on Surgical management of a large complex mandibular odontoma by unilateral sagittal split. *J Oral Maxillofac Surg* 1989; 47: 183-4.
10. AJIKE SO, ADEKEYE EO. Multiple odontomas in the facial bones. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2000; 29: 443-4.
11. RAGALLI CC, FERREIRA JL, BLASCO F. Large erupting complex odontoma. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2000; 29: 373-4.
12. KNEŽEVIĆ G, SOKLER K. Liječenje velikog odontoma donje čeljusti dvofaznim kirurškim postupkom, Sažetci III. Međunarodnog kongresa hrvatskih stomatologa, Zagreb 2003, *Acta Stomatol Croat* 2003; 37: 344.
13. KOTARAC KNEŽEVIĆ A. Kirurško liječenje odontogenih tumora i cista čeljusti. Zagreb: Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2004. Diplomski rad.