

Kirurško liječenje neuralgije kao posljedice idiopatskog okoštavanja mentalnog otvora

Zoran Ivasović¹
Davor Katanec¹
Božidar Pavelić²
Ana-Marija Blažeković³

¹Klinički zavod za oralnu kirurgiju Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

²Zavod za dentalnu patologiju Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

³Studentica 5. godine Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Sažetak

Prikazan je slučaj bolesnika s osteomom donje čeljusti koji je svojim rastom izazivao kompresiju mentalnoga živca i neuralgiformne boli. Intraoralnim pregledom nisu nađeni koštani deformiteti čeljusti, a dijagnoza je potvrđena rentgenskim nalazom, što govori da se radi o enostozi ili središnjem osteomu. U prikazu je opisana i operativna tehnika eksterne dekompresije kojom je epineuralna ovojnica živca oslobođena od pritiska nastalog rastom benigne koštane tvorbe. Šest mjeseci nakon zahvata pacijent je bio bez simptoma, s normalnim senzibilitetom u donjoj čeljusti i urednim rentgenskim nalazom.

Ključne riječi: *osteom, neuralgija.*

Acta Stomat Croat
2004; 97-100

PRIKAZ SLUČAJA
Primljeno: 14. svibnja 2003.

Adresa za dopisivanje:

Dr. Zoran Ivasović
zoran.ivasovic@zg.hinet.hr
Stomatološki fakultet
Gundulićeva 5, 10000 Zagreb

Uvod

Osteom čeljusti javlja se kao benigna, spororastuća, cirkumskriptna izraslina nove kosti (1). Nastaje proliferacijom kompaktne ili kalcificirane kosti. Po lokalizaciji podijelili smo ih na središnje i periferne osteome, te na osteome mekih tkiva (2). Može rasti iz unutrašnje površine kortikalne kosti kao *enostoza* ili središnji osteom. Središnji osteom može biti difuzni i cirkumskriptni. Širi se u koštanu spongiozu i može se dijagnosticirati radiološkom raščlambom (3). Za razliku od središnjega osteoma, egzostoza ili periferni osteom razvija se izvan kortikalne ploče. Može nastati nakon trauma ili mehaničkih iritacija. Područja egzostoza mogu se pojaviti na mjestima

mišićnih insercija i na zglobovima kostiju. Katkad se javljaju u središnjoj regiji tvrdoga nepca kao *torus palatinus*, te kao *torus mandibularis* na lingvalnoj strani čeljusti u premolarnoj i molarnoj regiji. Osteom se općenito može javiti u svim dobnim skupinama, a što se mjesta tiče češće u donjoj čeljusti (1, 4). Treća vrsta osteoma jesu osteomi mekih tkiva (jezika, oralnog epitela, obraza, kože). To je benigna i spororastuća tvorba, difuzna i slabo diferencirana, veličine od 0,5-2 mm. Naziva se još i milijarni osteom. Po svojem nastanku može biti primarni, koji je vrlo rijedak, a prvi ga opisuje godine Virchow 1864., te sekundarni ili metastatski, koji je češći i nastaje kao posljedica kroničnoga upalnog procesa (3). Sindrom kojeg obilježava pojava multiplih osteoma naziva se Gardnerov sindrom (5).

Terapija je indicirana u slučajevima kada pritiskom na živčana vlakna osteom uzrokuje neuralgiiformne boli, ako uzrokuje površinske ulceracije (kao posljedica mehaničke iritacije) ili kozmetske smetnje (6).

Od kirurških zahvata na perifernim živcima u obzir dolaze anastomoze, dekompresije i nervni graf-tinzi.

Dekompresija može biti vanjska i unutarnja. Vanjska je dekompresija metoda pažljive mikrodisekcije i oslobađanja epineuralne ovojnice živca od ožiljnih tkiva, stranih tijela, kosti ili fragmenata zuba. Indicirana je u slučaju ozljeda ili ishemije živca, te pri sumnji na neke eksterne izvore iritacija na živac. Metoda unutarnje dekompresije i metoda nervnih graftinga rabe se u slučajevima nepotpunoga povratka normalne osjetilne funkcije živaca s hiperestezijama i paroksizmalnim bolovima (7).

Od poslijeoperativnih komplikacija poznate su parestezije u trajanju do dva mjeseca, te edem sluznice i okolnoga tkiva (8).

Prikaz slučaja

Bolesnik, muškarac u dobi od 47 godina javio se u oralno kiruršku ambulantu zbog iradirajućih i paroksizmalnih neuralgiiformnih bolova u desnoj strani donje čeljusti. Intraoralnim pregledom utvrđeno je da pacijent nosi gornju potpunu protezu i donju djelomičnu protezu, te da su zubi 3-5 u donjemu desnom kvadrantu intaktni. Proteze su stare 5 do 6 godina, estetski i funkcionalno zadovoljavaju. Palpatorno ne nalazimo znakove koštanoga deformiteta korpusa čeljusti, a sluznica usne šupljine je intaktna. Rentgenski nalaz (ortopantomogram) pokazao je difuzno zasjenjenje čeljusne kosti u području mentalnog otvora koje odgovara pojačanoj sklerozaciji kosti (kalcifikaciji). Difuznog je tipa, bez oštrog ograničenja prema okolnoj kosti, smješten ispod desnih donjih premolara i regije prvoga donjeg molara, te zahvaća i mentalni otvor (Slika 1).

Iz anamneze je uočljivo da su se prvi neuralgiiformni bolovi javili prije osam do devet godina, a unazad pet do šest godina se intenziviraju. Bolovi počinju u području mentalnoga otvora donje čeljusti te se šire straga prema aurikularnoj regiji, prema gore u temporalnu i frontalnu regiju i prema dolje u vrat



Slika 1. *PREOPERATIVNI RTG. Pokazuje difuzno zasjenjenje kosti u području premolarne regije i mentalnoga otvora*

Figure 1. *PREOPERATIVE ORTHOPANTOMOGRAPH. Diffuse sclerotic bone in premolar region and mental orifice*

i medijastinum. Pacijenta su pregledali liječnik opće prakse, neurolog, neurokirurg i internist, a prigodom napada bolova zbog tahikardije primljen je u Ustavu za hitnu medicinsku pomoć. Uz to ga je obradio i stomatolog koji je indicirao ekstrakciju zuba, te se bolovi nakon zahvata nakratko smiruju. Mjesec dana od ekstrakcije bolovi se ponovo intenziviraju te ga je pregledao oralni kirurg i učinjen je prvi operativni zahvat, ekstirpacija osteoma i dekompresija *nervus alveolaris inferior*. Nakon zahvata bolovi nestaju uz paresteziju donjeg alveolarnoga živca, koja traje dva mjeseca, a nakon toga se osjet ponovno vratio.

Unazad godinu dana bolovi se pojačavaju do granice nepodnošljivosti, pa je kliničkim i rentgenskim nalazom postavljena dijagnoza recidiva osteoma donje čeljusti, središnjega tipa što je potvrdio i patohistološki nalaz. Operativni zahvatom odstranjeno je tumorsko tkivo s eksternom dekompresijom mentalnoga živca.

Operativni zahvat

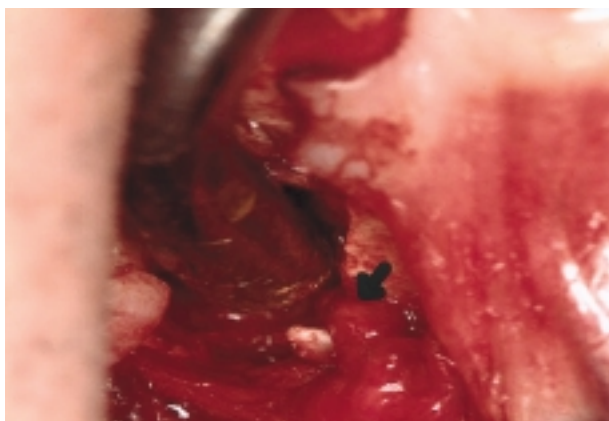
Zahvat je izveden u lokalnoj anesteziji (provodna anestezija na *nervus alveolaris inferior*). Učinjena je incizija po gornjemu rubu čeljusti kroz girlande preostalih zuba s dva rasteretna reza, čime je prikazano promijenjeno koštano tkivo i mentalni otvor s *nervus mentalis* (Slika 2). Čekićem i dlijetom odstranjen je dio koštane mase do čeljusnoga kanala. Zatim



Slika 2. **OPERATIVNA TEHNIKA.** Odizanje mukoperiostalnog režnja, te prikaz i odstranjenje koštane mase čekićem i dlijetom (mentalni otvor označen strelicom).

Figure 2. **OPERATIVE TECHNIC.** Exposure of mental orifice (arrow) trough mucoperiostol flap. Osseous mass removed by hammer and chisel.

je prikazan nervus alveolaris inferior u kanalu, a preostali dio neoštro ograničene hiperplastične koštane mase odstranjen je čeličnim svrdlima i frezanjem kosti (Slika 3). Nakon operacije pacijent je imao parestezije inervacijskoga područja *nervus mentalis* u trajanju od sedam dana te edem sluznice i okolnoga mekog tkiva. Nakon šest mjeseci rentgenski nalaz pokazuje da je osteom odstranjen u cjelosti i nema znakova recidiva (Slika 4). Pacijent



Slika 3. Prikaz *nervus mentalis* i *nervus alveolaris inferior*, dekompresija živca od koštane tvorbe, te freziranje preostalih slabo ograničenih dijelova koštane tvorbe. (*nervus mentalis* označen strelicom).

Figure 3. Exposure of mental and alveolar nerve and decompression of mental nerve signed by arrow.

nema subjektivnih tegoba, bolovi su potpuno nestali, a parestezija je potrajala dva mjeseca, nakon čega se osjet potpuno vratio.



Slika 4. **POSTOPERATIVNI RTG.** Nema znakova recidiva nakon šest mjeseci.

Figure 4. **POSTOPERATIVE ORTHOPANTOMOGRAPH.** Six months after treatment with no signs of recurrence.

Diskusija i zaključak

Neuralgija *nervus trigeminus* vrlo je neugodan poremećaj. Osnovni mu je simptom paroksizmalna, unilateralna bol ograničena na distribuciju *nervus trigeminus*, bez neurološkog ispada zahvaćenog živca. Simptomatska neuralgija, za razliku od idiopatske, jest tip neuralgije kod koje možemo otkriti uzrok, kao što je i prikazano u ovome slučaju. Diferencijalno dijagnostički u kliničkoj praksi uvijek je potrebno u prvome redu isključiti odontogenu bol kao mogući uzrok (karijes, pulpitisi, periapikalni procesi, zaostali korijeni, retiniran i impaktiran zub), pa tek onda posumnjati na moguće uzročnike koji ozbiljno ugrožavaju čak i život bolesnika i samim time određuju način liječenja (benigne i maligne neoplazme, sustavske bolesti) (9).

Iz opisanoga možemo zaključiti da je osteom mogući uzrok neuralgiformnih bolova, da intenzitet i jakost takvih bolova mogu potencirati i kardiološke smetnje te ga je zato potrebno potpuno odstraniti (10). Recidiv osteoma, što je i prikazano u ovome slučaju, po navodima nekih autora može predstavljati i prvi klinički znak Gardnerova sindroma. U kliničkoj slici Gardnerov sindrom sjedinjuje multiple osteome čeljusti, epidermoidne ciste i adenopolipozu

tankoga crijeva (FAP). Rano otkrivanje i dijagnosticiranje toga sindroma omogućuje i uspješnije liječenje, a važnu ulogu u tome mogu imati stomatolozi i oralni kirurzi (11, 12). U sam postupak dijagnosticiranja, napose ako se radi o osteomu središnjega tipa, bilo bi poželjno uključiti i CT radiološku dijagnostiku radi što boljeg prikaza tumorske mase prema okolnim vitalnim strukturama (npr. mandibularni kanal, meka tkiva) te mogućnosti točnijega trodimenzionalnog prikazivanja invazije tumorske mase (13). Kod recidiva je potrebno učiniti i laboratorijske pretrage da se isključi poremećaj na sustavskoj razini (metabolizam kalcija, fosfora, alkalne fosfataze) (14). Osteome koji ne izazivaju funkcionalne ili kozmetske smetnje nije potrebno kirurški liječiti već samo klinički i radiološki nadzirati (15).

Literatura

1. KRUGER GO. Oral and Maxillofacial Surgery. St. Louis/Toronto: C. V. Mosby Co, 1984: 644-53.
2. SHAFER WG, HINE MK, LEVY BM. A Textbook of Oral Pathology. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co, 1983: 163.
3. LANGLAIS RP, LANGLAND OE, NORTJE CJ. Diagnostic Imaging of the Jaws. Baltimore/London: Williams & Wilkins, 1995: 493-8.
4. PETERSON LJ, ELLIS E, HUPP JR, TUCKER MR. Oral and Maxillofacial Surgery. 3rd ed. St. Louis/Toronto: Mosby, 1998: 545-58.
5. KNEŽEVIĆ G. Oralna kirurgija 2 dio. Zagreb: Medicinska naklada, 2003: 178-84.
6. NGEOW WC. Paresthesia of the mental nerve. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001; 92: 3.
7. LAURENCET FM, ANCHISI S, TULLEN E. Mental neuropathy: report of five cases and review of the literature. Crit Rev Oncol Hematol 2000; 34: 71-9.
8. SHIBAHARA T, NOMA H, YAMANE G. Transposition of the mental nerve and inferior alveolar nerve trunk. Bull Tokyo Dent Coll 1996; 37: 103-7.
9. BAGATIN M, VIRAG M. Maksilofacijalna kirurgija. Zagreb: Školska knjiga, 1991: 239-50.
10. DEEB GR, DIERKS E, SO YT. Sensory nerve conduction study of mental nerve. Muscle nerve 2000; 23: 1121-4.
11. KORZACH JK. The diagnostic significance and management of Gardner's syndrome Br J Oral Maxillofac Surg 1990; 28: 80-4.
12. TAKEDA Y. Multiple cemental lesion in the jaw bones of patient with Gardner's syndrome. Virhows Arch Pathol Anat Histopathol 1987; 411: 253-6.
13. MORRISON A, CHAIROT M, KIRBY S. Mental nerve function after inferior alveolar nerve transposition for placement of dental implants. J Can Dent Assoc 2002; 68: 46-50.
14. YURA Y, KUSAKA J, YAMAKAWA R. Mental nerve neuropathy as a result of primary herpes simplex virus infection in the oral cavity. Case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 90: 306-9.
15. SCARAVILLI F, AN SF, GROVES M. The neuropathology of paraneoplastic syndromes. Brain Pathol 1999; 9: 251-60.