

Oralnokirurški pristup neravnomjernoj hipertrofiji donje čeljusti

Iva Jukić [1]

Lucija Pavlović [1]

dr. sc. Tomislav Katanec [2]

[1] studentice pete godine

[2] Zavod za oralnu kirurgiju Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

SAŽETAK

Egzostoze su benigne koštane izrasline koje se u usnoj šupljini najčešće javljaju u obliku torusa mandibularisa i palatinusa. Iako većinom asimptomatske, njihova prisutnost može predstavljati smetnju pri provedbi protetske terapije, osobito u slučajevima s multiplom pojavom izraslina. U ovom radu prikazan je slučaj 70-godišnjeg pacijenta s multiplim mandibularnim egzostozama koje su kirurški uklonjene na Zavodu za oralnu kirurgiju Stomatološkog fakulteta u Zagrebu. Kirurški zahvat uključivao je osteoplastiku i vestibuloplastiku s ciljem pripreme alveolarnog grebena za izradu totalne donje proteze. Postoperativni oporavak bio je uredan, a kirurška metoda pokazala se učinkovitom u poboljšanju funkcionalnosti i udobnosti buduće protetske terapije. Analizom slučaja potvrđena je važnost individualnog pristupa u planiranju i izvedbi oralnokirurških zahvata, osobito u prisutnosti kompleksnih kliničkih i sistemskih čimbenika.

Ključne riječi: egzostoze, torus mandibularis, vestibuloplastika, osteoplastika

Uvod

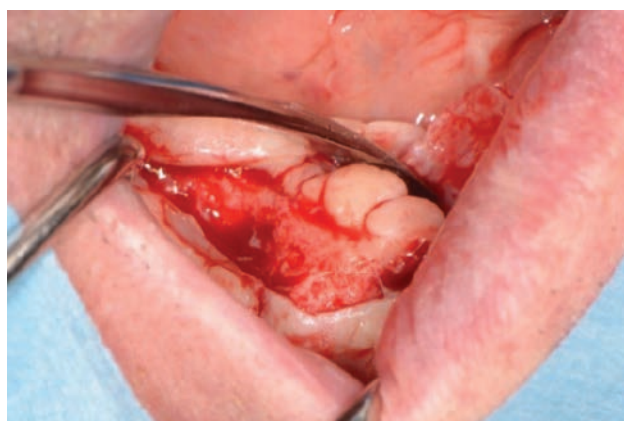
Egzostoze ili torusi benigne su, palpatorno tvrde, većinom asimptomatske, spororastuće izrasline guste kortikalne kosti prekrivene slabo vaskulariziranom mukozom (1). Etiologija egzostoza nije u potpunosti razjašnjena, tako da se najčešće opisuje kao multifaktorijalna, što podrazumijeva genetiku, okolišne čimbenike, okluzalni stres, lijekove, infekcije i traume (2). Promjene se pojavljuju samostalno ili u sklopu kliničke slike raznih sindroma. U gornjoj je čeljusti najčešća lokalizacija egzostoza središnja linija nepca (torus palatinus), dok ih u donjoj gotovo uvijek nalazimo na lingvalnim i vestibularnim plohama mandibularne alveolarne kosti (3). Terapijski pristup koštanim promjenama uvijek je kirurški te u prikazanom slučaju podrazumijeva osteoplastiku donje čeljusti kao izabranu metodu liječenja pacijenta s multiplim mandibularnim egzostozama.

Prikaz slučaja

Pacijent u dobi od 70 godina dolazi upućen od svoga stomatologa na Zavod za oralnu kirurgiju, Stomatološkoga fakulteta u Zagrebu, s ciljem dijagnostike i sanacije multiplih koštanih promjena u području mandibule prije provođenja protetske terapije. Na osnovi anamnestičkih podataka kod pacijenta doznajemo za preboljenu tuberkulozu pluća, alkoholnu cirozu jetre, artrozu desnog kuka te ugradnju totalne endoproteze lijevog kuka i desnog koljena. Alergije negira, a od lijekova po potrebi uzima analgetike radi suzbijanja postoperativne boli uzrokovane operacijom kuka. Na temelju kliničkog pregleda, postavi se indikacija za uklanjanje i osteoplastiku koštanih egzostoza mandibule u cilju provođenja protetskog liječenja. (Slika 1).



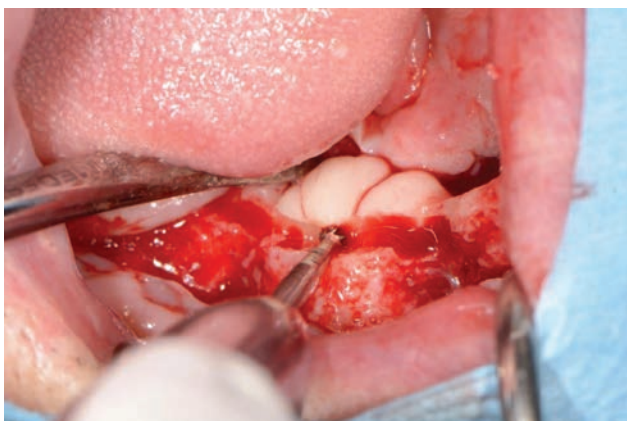
Slika 1. Početno stanje pacijenta pri dolasku u ambulantu.



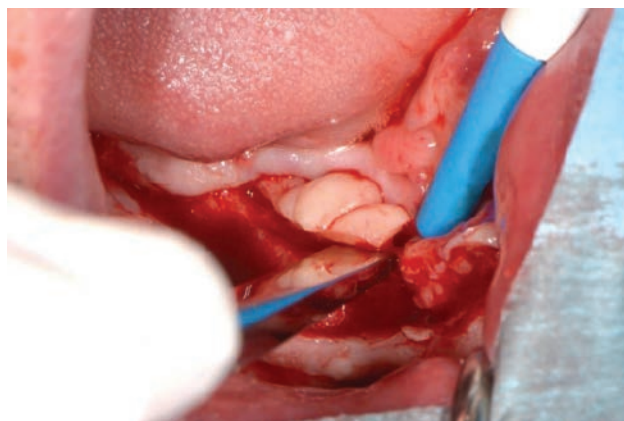
Slika 2. Prikaz atipičnih, multiplih egzostoza nakon odizanja mukoperiostalnog režnja.

Nakon odizanja mukoperiostalnog režnja prikazuju se multiple, bilateralne, neravnomjerne, koštane mandibularne egzostoze (Slika 2).

Okruglim čeličnim svrdlom napravi se demarkacija egzostoza na grebenu, a potom se čekićem i dljetom pristupi lomljenju i uklanjanju koštanih tvorbi (Slika 3 i 4).



Slike 3 i 4. Demarkacija egzostoza čeličnim svrdlom. Uklanjanje koštanih tvorbi čekićem i dljetlom.



Nakon uklanjanja koštane hipertrofije, vrši se ekscizija hipertrofije pričvrstne gingive. (Slika 5).



Slika 5. Oblikovanje mekotkivnog ležišta alveolarnog grebena.



Slika 6. Šivanje režnja.



Slika 7. Postoperativno cijeljenje nakon uklanjanja šavova.

Režanj se potom zašije svilenim koncem (Slika 6). Pacijent dolazi na kontrolni pregled nakon 7 dana

kako bi mu se uklonili šavovi i procijenilo postoperativno stanje mekotkivnog cijeljenja (Slika 7).

Rasprava

Kirurška modelacija mandibularnih egzostoza odnosi se na postupak uklanjanja ili preoblikovanja koštanih izraslina donje čeljusti metodama osteoplastike. Zahvat je indiciran ukoliko postoje subjektivni simptomi poput boli, nelagode i problema s artikulacijom te kao terapija prije izrade protetskog nadomjestka (4). Svrha uklanjanja egzostoza jest kako one ne bi smetale adekvatnom dosjedu proteze i time dovelo do mekotkivne hipertrofije. U prikazanom slučaju bilo je potrebno ukloniti egzostoze kako bi se pacijentu omogućila pravilna izrada odgovarajuće totalne proteze donje čeljusti. Pritisak proteze na torus mandibularis može uzrokovati ishemiju sluznice, pojavu dekubitusa i posljedično tome bolove u navedenom području (5). Kod pacijenta nije pronađena uzročna posljedična veza njegovog općeg medicinskog stanja i propisane medikacije s pozitivnim nalazom egzostoza. Iako znamo da po nekim autorima genetska predispozicija igra veliku ulogu u nastanku koštanih egzostoza, obiteljska anamneza postojanja egzostoza kod prikazanog pacijenta bila je negativna (6, 7, 8). Diferencijalno dijagnostički, prividno uvećanje gingive uslijed uvećanja kosti, osim kod egzostoza, javlja se i kod novotvorenina kao što su osteomi, osteosarkomi, fibrosarkomi a nerijetko je prisutan kao pozitivan nalaz u fibroznoj displaziji (9). Kün-Darbois et al. proveli su analizu histoloških i mikrostrukturnih obilježja koštanih izbočina mandibule, što ih je dovelo do bitnog zaključka da specifična asimetrična pregradnja kosti u egzostozama utječe na njihov način rasta i time određuje izbor kirurškog pristupa (10). Prema Yotnuengnit-u et al. konvencionalna metoda uklanjanja mandibularnih egzostoza uključuje modelaciju istih pomoću kirurških instrumenata uz postoperativnu primjenu akrilatne ploče u svrhu stabilizacije mukoperiostalnog režnja, smanjenja edema i hematoma te zaštite operiranoga područja od vanjskih trauma (11). Asanami et al. opisali su slučaj uklanjanja velikih egzostoza mandibularnog koronoidnog nastavka, gdje su kombinirali

intraoralni i ekstraoralni pristup radi omogućavanja potpunog uklanjanja koštane mase kod pacijenata s istraženim trizmusom (12). U slučajevima kao što je ovaj, u kojima dolazi ne samo do mekotkivne, već i do koštane hiperplazije, terapija izbora je, kako je već navedeno, kirurška (13). Samom postupku modelacije grebena prethodi preoperativna priprema pacijenta u vidu detaljne anamneze, kliničkog pregleda usne šupljine i analize radioloških snimki. Valentin et al. u svome su slučaju opisali pristup mandibularnim torusima metodom subtraktivne osteoplastike (14). U našem slučaju, nakon apliciranja odgovarajućeg lokalnog anestetika u područje donjeg alveolarnog i lingvalnog živca te odizanja mukoperiostalnog režnja, prikazuju se koštane mandibularne egzostoze. Egzostoze se potom demarkiraju čeličnim svrdlom uz vodeno hlađenje kako bi se spriječilo eventualno zagrijavanje kosti. Koštana promjena uklanja se dlijetlom. Nakon oslobađanja kosti od koštanih izraslina, vrši se oblikovanje i eventualno zaravnjavanje ležišta za nadolazeću protezu. Po završetku kirurškog zahvata, režanj se postavlja preko novooblikovane kosti kako bi se postiglo pravilno gingivno zarašćavanje. Režanj se šiva svilom 3.0. Pacijent prima upute o održavanju oralne higijene te ga se naručuje na kontrolu i skidanje šavova.

Zaključak

Kirurški postupak modelacije koštanih egzostoza alveolarnog grebena mandibule svrhovita je terapija kod pacijenata koji imaju subjektivne simptome poput boli, nelagode i problema s artikulacijom. Također, terapija je izbora koštanih izraslina a priori izrade protetskih nadomjestaka kako bi prilagođeno koštano i mekotkivno ležište potpune proteze osiguralo što bolju retenciju i stabilizaciju iste. Sam kirurški postupak, kao ni oporavak nakon zahvata, nije dugotrajan te se uz pravilan probir pacijenata i detaljnu preoperativnu pripremu, opravdano koristi kao terapija uklanjanja mandibularnih koštanih egzostoza.

Literatura

1. García-García AS, Martínez-González JM, Gómez-Font R, Soto-Rivadeneira A, Oviedo-Roldán L. Current status of the torus palatinus and torus mandibularis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15(2):353–60.
2. Ravi A, Gowda Venkatesha RR, Rajaram Mohan K. Mandibular Bony Exostoses or Hyperostosis: A Case Report. *Cureus*. 2024; 16(11):72941.
3. Scricciu M, Mercu V, Mercu R, Birjovanu C, Stan MC, Marinescu IR, Niculescu M, Iorgulescu D, Bătăiosu M. Morphological and clinical characteristics of the torus palatinus and torus mandibularis in a sample of young and adults' Romanian people. *Rom J Morphol Embryol*. 2016; 57(1):139–44.
4. Rastogi K, Verma SK, Bhushan R. Surgical removal of mandibular tori and its use as an autogenous graft. *BMJ Case Rep*. 2013; 2013:bcr2012008297.
5. Čabov T. *Oralnokirurški priručnik*. 1. Izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2021; 131.
6. Suzuki M, Sakai T. A familial study of torus palatinus and torus mandibularis. *Am J Phys Anthropol*. 1960; 18:263–72.
7. Eggen S. Torus mandibularis: an estimation of the degree of genetic determination. *Acta Odontol Scand*. 1989; 47:409–15.
8. Gorsky M, Bukai A, Shohat M. Genetic influence on the prevalence of torus palatinus. *Am J Med Genet*. 1998; 75:138–40.
9. Brimiouille M, Bowles PF, Pelsler A. Maxillary chondrosarcoma mimicking torus palatinus. *BMJ Case Rep*. 2017; 2017:bcr2017221629.
10. Kün-Darbois JD, Guillaume B, Chappard D. Asymmetric bone remodeling in mandibular and maxillary tori. *Clin Oral Investig*. 2017; 21(9):2781–2788.
11. Yotnuengnit B. A modified technique for the construction of acrylic stent for removal of oral tori. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987; 64(1):26–8.
12. Asanami S, Kasazaki Y, Uchida I. Large exostosis of the mandibular coronoid process. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1990; 69(5):559–62.
13. Chandna S, Sachdeva S, Kochar D, Kapil H. Surgical management of the bilateral maxillary buccal exostosis. *J Indian Soc Periodontol*. 2015; 19(3):352–5.
14. Valentin R, Julie L, Narcisse Z, Charline G, Vivien M, David G. Early recurrence of mandibular torus following surgical resection: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2021; 83:105942.