

Pseudocysty v oblasti čeluste a sánky

Pseudocysts in the region of maxilla and mandible

¹MUDr. Peter KIZEK, PhD., ¹MDDr. Branislav BORZA,

¹MUDr. Vladimíra SCHWARTZOVÁ, PhD., ¹MDDr. Marcel RIZNIČ, PhD.

¹Klinika stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie UPJŠ LF a UNLP Košice

Abstrakt

Pseudocysty v oblasti čeluste a sánky bývajú náhodným nálezom na rentgenových snímkach, najmä u pacientov v mladom veku. Ich výskyt nie je častý. Typickým perioperačným nálezom je prázdna jednoduková kostná dutina bez epiteliálnej výstelky. Liečba je jednoduchá, prestavba kostného defektu veľmi rýchla a prípady rekurencie sú raritné.

Abstract

Pseudocysts in the region of maxilla and mandible tend to be an accidental finding on X-rays, especially in young patients. Their occurrence is not common. A typical perioperative finding is an empty unicameral bone cavity without an epithelial lining. The treatment is simple, the remodelling of the bone defect is very fast and cases of recurrence are rare.

Úvod

Solitárnu kostnú cystu bez výstelky popísal ako prvý Virchow (1876) v oblasti ramennej kosti (7). O náleze v oblasti tvárového skeletu sa po prvýkrát zmienili Lucas a Blum (1929). Diagnostické kritériá pre toto ochorenie stanovil Rushton (1949), ktorý definoval jednodukovú kostnú dutinu, bez epiteliálnej výstelky, ktorá má intaktnú stenu a nejaví žiadne známky akútneho alebo chronického zápalu. Vyplnená je plynným alebo tekutým obsahom (10). V písomnostiach sa nachádza pod množstvom synonym – pseudocysta, hemoragická kostná cysta, traumatická kostná cysta, solitárna kostná cysta, idiopatická kostná cysta, jednoduková kostná cysta (1,11).

Najčastejšie je diagnostikovaná v metafýzach dlhých kostí, predovšetkým stehennej a ramennej. Menej ako 10% prípadov je lokalizovaných do orofaciálnej oblasti kde tvoria asi 1% všetkých kostných cystických útvarov (3). Dominantným miestom výskytu je laterálny úsek tela sánky, v čelusti sa vyskytujú extrémne zriedkavo (4).

Etiológia nie je celkom presne objasnená, do úvahy prichádza intraoseálne traumatické krvácanie a hematóm, lokalizované poruchy kostného metabolizmu, vývojové poruchy, či degenerácia benígnych kostných tumorov. Mnoho teórií vzniku následne rezultuje v rozličné pomenovania totožnej lézie.

Klinické príznaky bývajú veľmi nešpecifické a častokrát sú útvary klinicky úplne nemé. Rast je veľmi pomalý. Výnimočne, v prípade veľkého rozsahu, môžu útlakom spôsobovať poruchy senzitivnej inervácie. Zachytené bývajú náhodne, najmä v prvom a druhom decénii s prevahou v mužskej populácii 2-3:1 (6,9). V senu sa prakticky nevyskytujú.

Diagnostika je jednoduchá, na RTG snímkach sa prejavujú ako rádiolucenčné solitárne okrúhle, oválne alebo kónické lézie v laterálnych úsekoch sánky, zriedkavo aj v čelusti. Vhodnou diagnostickou metódou je aj CT vyšetrenie, ak chceme vylúčiť vaskulárny pôvod lézie, volíme CT angiografiu. Zuby v blízkosti lézií bývajú vitálne. V diferenciálnej diagnóze je potrebné odlišiť ich od odontogénnej kostnej cysty, laterálnej parodontálnej cysty, intraoseálnej vaskulárnej malformácie, cystického ameloblastómu, centrálného obrovskobunkového granulómu alebo solitárnej formy plazmocytómu (8). Typickým znakom je, že pri chirurgickej intervencii v dutine nenachádzame výstelku a nemôžeme sa preto opierať ani o výsledok jej

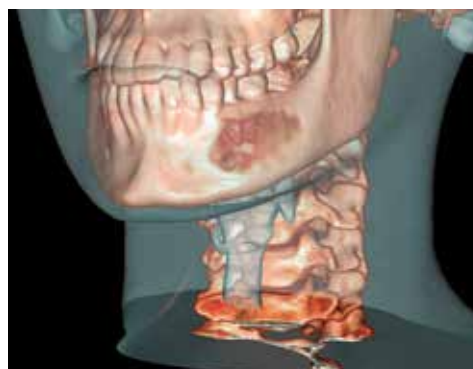
histopatologického vyšetrenia (2). Po chirurgickej intervencii sa dutiny spravidla rýchle vyhoja a percento rekurencie je veľmi nízke.

Kazuistika 1

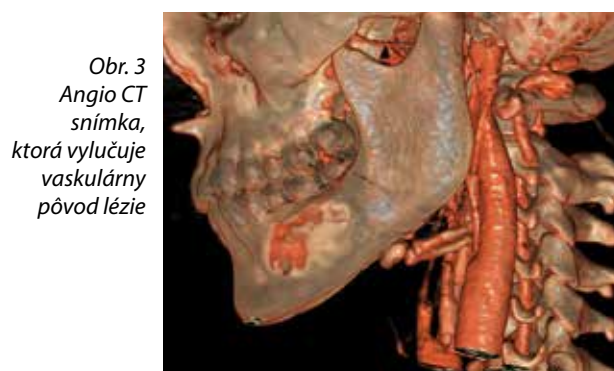
Pacientka vo veku 14 rokov, bez klinických obtiaží, poukázaná na naše pracovisko pre hypodenzné ložisko v oblasti tela sánky vľavo (obr. 1). Útvar bol zistený náhodne, pri vstupnom vyšetrení pred zahájením ortodontickej liečby. Zuby, ktoré zasahovali do blízkosti lézie reagovali vitálne. Pre spresnenie rozsahu, určenie vzťahu k okolitým tkanivám a vylúčenie vaskulárneho pôvodu lézie bolo realizované angio CT s 3D rekonštrukciou (obr. 2, 3). Po finalizovaní diagnostického procesu bola pacientka operovaná v celkovej anestézii.



Obr. 1 Cystické prejasnenie v oblasti tela sánky vľavo



Obr. 2 Uzurácia vestibulárnej kompakty v mieste kostnej dutiny



Obr. 3 Angio CT snímka, ktorá vylučuje vaskulárny pôvod lézie



Obr. 4 Stav 1 mesiac po operácii



Obr. 5 Stav 3 mesiace po operácii



Obr. 6 Stav 6 mesiacov po operácii

Pri revízii bola nájdená malá uzurácia vestibulárnej kompakty. Po jej rozšírení bola nájdená prázdna kostná dutina bez výstelky, na dne ktorej bol uložený neurovaskulárny zväzok. Po zahľadení ostrých kostných okrajov a dôkladnom výplachu rany bola do defektu vložená demineralizovaná a deproteinizovaná drvená kostná spongióza vyrobená v tkanivovej banke. Do 6 mesiacov došlo k úplnej integrácii kostného štepu (obr. 4,5,6), bez straty vitality zubov, či senzitivného deficitu nervus alveolaris inferior.

Kazuistika 2

Pacient vo veku 18 rokov poukázaný na naše pracovisko pre cystický útvar v oblasti tela sánky vpravo (obr. 7). Ošetrujúci stomatológ v horlivosti devitalizoval a endodonticky ošetril zub 45, ktorý predtým reagoval vitálne. Po realizácii príslušných vyšetrení realizovaný chirurgický zákrok v celkovej anestézii. Peroperačne zistená kostná dutina bez výstelky, kontúry koreňa zuba 45 boli síce zrejme, avšak bez priameho zasahovania do cystickej dutiny. Po egalizácii okrajov a výplachu bol do cystickej dutiny vložený augmentát chronOS Putty DePuy Synthes®. Vzhľadom na nepriaznivú pandemickú situáciu sme nevykonávali pravidelné kontroly v rámci štandardizovaného protokolu. Na RTG snímke po 18 mesiacoch je však možné pozorovať úplnú integráciu augmentátu (obr. 8,9).

Záver

Nález idiopatických kostných dutín nebýva častý, nie je však ani raritou. Pomenované môžu byť rozličnou terminológiou a môžu imponovať množstvo iných nozologických jednotiek. Typickým pre ne je chudobný klinický obraz a nejasná etiológia vzniku. Po chirurgickej

liečbe sa dutiny zväčša vyhoja ad integrum, proces môžeme urýchliť využitím širokého spektra kostných augmentátov (5). V prípade, že zuby v blízkosti lézie reagujú vitálne a ich pozícia bezprostredne neobmedzuje možnosti chirurgickej revízie, neodporúčame ich preventívnu devitalizáciu a endodontické oštenenie.



Obr. 7 Cystické prejasnenie v premolárovej oblasti tela sánky vpravo



Obr. 8 Stav 1 mesiac po operácii



Obr. 9 Stav 18 mesiacov po operácii

Literatúra

1. COPETE MA., KAWAMATA A., LANGLAIS RP.: Solitary bone cyst of the jaws. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*. 1998, 85(2): 221-225.
2. GENČUR J.: Cysty krajiny úst a čelostí. In HRUŠÁK D. a kol.: *Stomatochirurgie, Klinické aspekty MKN – 10.*, 2. aktualizované a rozšírené vydání, Praha, Current Media, 2020, ISBN 978-80-88129-51-6, 157-171.
3. HAMET JC., LOMBARDIT., KLEWANSKY P., RIEGER J., TEMPE MH., CLAVERT JM.: Solitary bone cyst of the jaws: a review of the etiopathogenic hypotheses. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2008, 66(11):2345-2348.
4. KARTHIK KP., BALAMURUGAN R., SAHANAPUSHPA T.: Traumatic bone cyst of anterior mandible: A surgical approach. *Dental Oral and Maxillofacial Research*. 2019, 5: 2-4.
5. KUMAR P., VINITHA B., FATHIMA G.: Bone grafts in dentistry. *Journal of Pharmacy and BioAllied Sciences*. 2013, 5 (Suppl 1):125-127.
6. MASCARD E., GOMEZ-BROUCHET A., LAMBOT K.: Bone cysts: Unicameral and aneurysmal bone cyst. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2015, 101(1): 119-127.
7. REJENDRAN R., PILAI H., ANIL S.: Solitary bone cysts: Traumatic cyst, Hemorrhagic cyst, Extravasation cyst, Unicameral bone cyst, Simple bone cyst and Idiopathic bone cavity. *Oral and Maxillofacial Pathology Journal*. 2016, 7(2): 720-725.
8. SALISSOU I., EZZAHRA H., OUASSIME K., MERIEM R., DOUNIA S., FAÏÇAL S.: The solitary plasmacytoma of mandible: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2021, 84: 1-5.