

УДК 616.74-006.327-039:42+616.716.4-036.81+616-018-003.2

Рідкісний випадок солітарної міофіброми з остеолізісом нижньої щелепи та інфільтрацією навколишніх тканин

Rear Case of Solitary Miofibroma with Osteolysis of the Mandible with Infiltration to the Surrounding Tissues

Центіло В.Г.¹, д.мед.н., проф.,
Василенко І.В.², д.мед.н., проф.

¹каф. стоматології ФІПО,

²каф. патологічної анатомії,

Донецький національний медичний
університет

Tsentilo V.G.¹, DMD, Prof.,

Vasylenko I.V.², DMD, Prof.

¹Department of Dentistry FIPS

²Department of Pathological Anatomy
Donetsk National Medical University

Мета: Описати випадок виявлення рідкісної пухлини нижньої щелепи невідомого ґенезу та сумнівно доброякісного клінічного перебігу, обґрунтувати тактику і технології оперативного втручання. **Методи:** Пацієнтці провели економну резекцію нижньої щелепи з метою усунення пухлини невідомого ґенезу на підставі клініко-рентгенологічних ознак інфільтративного росту, при цьому зберігши альвеолярний відросток. **Результати:** Динамічне спостереження впродовж року після операції з клініко-рентгенологічним обстеженням, а також контрольне обстеження через два роки виявили відсутність рецидиву пухлини. **Висновки:** Динамічне спостереження підтвердило правильність обраного оперативного втручання, яке ґрунтувалося на аналізі клініко-рентгенологічних даних.

Ключові слова: солітарна міофіброма нижньої щелепи, резекція нижньої щелепи.

Purpose: Presentation of a rare tumor of the mandible with unexplainable genesis, which brought about doubts concerning its benign clinical course and rationale tactics relating to it and also technology of operative treatment. **Methods:** A patient with tumor of the mandible with contradictive results of the biopata study, indecisive after biopsy extraction, and also after the clinical and radiological evidence of infiltrative growth carried out mild resection of the mandible, conserving the alveolar process, excision of the soft tissue component of the tumor with electronife bordering the visually intact tissue, coagulation of the surrounding bone and soft tissue with the electronife. **Result:** Dynamic observation within a year after the operation and also interaction through telephone two years after the operation showed absence of tumor relapse. **Conclusion:** Dynamic observation of the patient allowed verification of the adequacy of surgical treatment, the choice based on the clinical and radiological data.

Key words: solitary miofibroma of the mandible, resection of the mandible.

Під спостереженням перебувала пацієнтка, якій було складно встановити клінічний діагноз. Навіть оцінювання біоптичного матеріалу, проведене незалежно у двох медичних закладах, показало різні результати за гістогенезом пухлинного процесу та харак-

тером його перебігу: доброякісний та злоякісний. Прийняли рішення виконати економну резекцію ураженої пухлиною нижньої щелепи з висіченням прилеглих тканин електроножем у межах візуально і пальпаторно інтактних тканин та обробкою опера-

ційного поля. Динамічне спостереження хворої упродовж року підтвердило правильність прийнятого рішення. Лише оцінювання усіх видалених під час операції тканин, виконане в різних клініках, дозволило отримати однакові висновки.



Мал. 1. На ортопантограмі нижньої щелепи видно ділянку деструкції на нижньому краї від зубів 43 до 47 з нечіткими контурами. У ділянці деструкції знаходиться нижньощелепний канал; альвеолярний відросток і зуби збережені

Клінічний випадок

Пацієнтка, 40 років, звернулася до щелепно-лицьового відділення «Клінічної рудничної лікарні» м. Макіївки зі скаргами на асиметрію обличчя через набряк з лівого боку нижньої щелепи, помірну болючість при пальпуванні ділянки.

Анамнез захворювання

Пухлиноподібне утворення в ділянці тіла нижньої щелепи, що з'явилося 2011 р., поступово збільшувалося. За рік-півтора до початку ураження ділянка була травмована. Пацієнтка зверталася до хірурга-стоматолога за місцем проживання (Черкаси), в Черкаській обласній лікарні виконали ортопантомографію нижньої щелепи, ультразвукове дослідження. У підщелепній ділянці, з правого боку, в місці ущільнення, виявили утворення розміром близько 28x15x11 мм, прилегле до кістки, тканинне, гіпоехогенне, неоднорідне, з дрібними прошарками та чіткою капсулою на окремих ділянках, без ознак васкуляризації.

Пацієнтка перебувала на лікуванні в щелепно-лицьовому хірургічному відділенні №1 Центральної міської клінічної лікарні №1 м. Донецька, де повторили ортопантомографію нижньої щелепи (мал. 1), виконали біопсію.

Патогістологічний висновок Центральної міської клінічної лікарні №1 Донецька: шматочки недиференційованої м'якотканинної пухлини, для встанов-

лення гістогенезу необхідне дослідження в онкоцентрі. Патогістологічне дослідження, проведене в Донецькому обласному протипухлинному центрі: гістологічна картина найбільше відповідає ангіомі.

У зв'язку з відмінністю гістологічного висновку, зразки препарату досліджували на кафедрі патоморфології ДНМУ. Висновок: клітинно-волокниста пухлина, з розгалуженими пучками, місцями з невеликим фіброзом, клітини з незначним поліморфізмом без мітозів. При імуногістохімічному дослідженні в більшості клітин виявили виражену експресію віментину, в незначній кількості – S-100 протеїну. Висновок: нейрофіброма.

15 днів пацієнтка перебувала під амбулаторним спостереженням у Черкасах, не виписуючись зі щелепно-лицьового відділення №1 Центральної міської клінічної лікарні №1 м. Донецька. Ультразвукове дослідження, виконане у Черкаській обласній лікарні, виявило на бічних поверхнях шиї, за напрямком магістральних судин, одиничні лімфатичні вузли максимальних розмірів 8x6 мм з чіткими рівними межами, незміненої ехоструктури, без екстравазального впливу. У надключичних ділянках атипичних лімфатичних вузлів не виявили. Інфекційно-алергологічний анамнез не обтяжений, гемотрансфузій не було. Загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, чисті. Дихання везикулярне, ЧД 18 в хв. Діяль-

ність серця ритмічна. Гемодинаміка стабільна. АТ 120/80, пульс 74 удари на хв. Живіт м'який, безболісний. Кровоти і педикульозу не виявили.

Місцевий статус

Асиметрія обличчя через потовщення тіла нижньої щелепи з правого боку і пухлину в цій ділянці. Колір шкіри над пухлиною не змінений. При пальпації визначається еластичний пухлинний вузол розмірами близько 3x2 см, помірно болючий, що зростається із нижньою щелепою, не зміщений до навколишніх тканин, переходить у них без чіткого розмежування. Слизова оболонка порожнини рота без видимих патологічних змін. Відкривання рота повне, прикус ортогнатичний. Діагноз: нейрофіброма нижньої щелепи від зубів 43 до 47. Операція з видалення пухлини, резекція нижньої щелепи, тривалість – 1 год.

Хірургічний етап

Під знечуленням провели розріз довжиною близько 6 см з висіченням післяопераційного рубця у правій піднижньощелепній ділянці. Електроножем висікли тканини, прилеглі до пухлини, від навколишніх на вигляд здорових тканин до неушкодженої ділянки нижньої щелепи. Распатором відшарували окістя від здорової на вигляд кістки. Циркулярною пилкою відділили уражену частину нижньої щелепи від здорової і видалили разом із пухлиною і післяопераційним (після



Мал. 2. Визначається післяопераційний дефект тіла нижньої щелепи від зубів 47 до 43. Альвеолярний відросток збережений

біопсії) рубцем. Кісткову рану і навколишні м'які тканини коагулювали електроножем. Гемостаз – під час операції рану ушили кетгуттом і шовком. Наклали асептичну пов'язку з дренажем. Препарат видалених тканин скерували на патогістологічне дослідження. Лікування: Цефограм, Лоратадин, Метронідазол, Кетанов. Виконали ортопантомографію нижньої щелепи (мал. 2).

Післяопераційна рана загоїлась первинним натягом. Пацієнтку виписали, продовжуючи амбулаторне спостереження.

Препарат видаленої пухлини вивчали на кафедрі патоморфології ДНМУ. Гістоструктура пухлини і результати імунофенотипування (позитивна реакція клітин пухлини з альфа-гладком'язовим актином і виментином – маркер сполучної тканини, фібробластів; негативна з панцитокератином AE1/AE3 і S-100 протеїном – нейрогенний маркер) дозволяють ідентифікувати новоутворення як солітарну міофібромну з проліферативною активністю (Ki 67) менше 10%.

Препарати видаленої пухлини також досліджували в інституті травматології та ортопедії НАМНУ (Київ), патоморфологічне дослідження – д.мед.н. В.В. Григоровський.

Клінічний діагноз

Пухлина нижньої щелепи з можливим залученням параоссальних м'яких тканин поблизу ділянки підборіддя з

правого боку нижньої щелепи. Анамнез: появу пухлини пацієнтка помітила за 2 місяці до біопсії, виникла невелика припухлість і болюче при пальпації утворення діаметром приблизно 1 см. Виконали пробну біопсію, після цього розміри внутрікісткового вогнища збільшилися і на КТ перед операцією становили 2,5x1,3x1,1 см, у м'яких тканинах розміри вогнища неможливо визначити за КТ.

Гістопатологія

Матеріал представлений фрагментами структурно неоднорідної пухлинної тканини: переважають короткопучкові – гіперцелюлярні і довгопучкові – гіпоцелюлярні структури. У гіперцелюлярних ділянках клітини пухлини розташовуються між численними дрібними судинами і артеріями м'язового типу, в багатьох місцях спостерігається помірний або виражений міксоматоз матриксу пухлини. Серед фіброзної і скелетно-м'язової м'яких тканин трапляються скупчення пухлинної тканини у формі виростів і ороговінь, що складаються з проліферуючих пухлинних клітин. Чітка фіброзна капсула не простежується. У блоці з фрагментом кортексу до кісткової тканини прилягає фіброзна, проте не трапляється тканина пухлини, аналогічно до описаної структури. Виразений клітинний атипізм, ядерний поліморфізм, наявність фігур мітозів не спостерігаються у тканині пухлини.

Імуногістологічно: виментин+ у веретеноподібних і овальних клітинах, S-100+, альфа-гладком'язовий антиген +++, Ki-67 менше 10% клітин.

Патоанатомічний діагноз

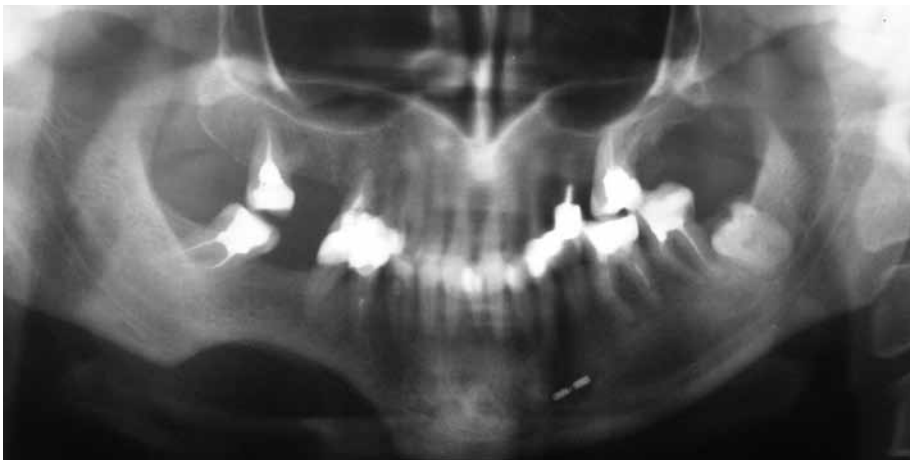
Лейоміома, можливо, ангіолейоміома, кістки з ознаками місцевого деструктивного росту і локального вrostання в параоссальні м'які тканини.

Загальні рекомендації:

1. Тривале спостереження за перебігом репаративних процесів у місці видаленої пухлини з УЗД- чи МРТ-контролем – раз на півроку.
2. У разі доведеного місцевого рецидиву пухлини обрати метод радикальнішого видалення її вогнища з подальшою пластикою – за показаннями.
3. Усі резектовані на будь-якому етапі лікування тканини скерувати на повне гістологічне дослідження.

Через півроку після операції провели ультразвукове дослідження в Черкаській обласній лікарні: з правого боку визначили дефект кісткової тканини на межі нижньощелепної кістки з чіткими рівними контурами, у прилеглих м'яких тканинах атипових утворень не виявили. Регіонарні лімфатичні вузли не зазнали змін.

Під час контрольного огляду через рік після операції пацієнтка скаржилася на парестезію нижньої губи з правого боку, обмеження її рухомості. При огляді відзначили легку асиметрію обличчя через западання в ділянці операції. Права частина нижньої губи при роз-



Мал. 3. Контрольна ортопантограма нижньої щелепи через рік після операції. Жодних змін, порівняно з аналогічним дослідженням, проведеним через півроку після операції, не відбулося

мові і посмішці менш рухома за ліву. При пальпуванні визначається дефект тіла нижньої щелепи з правого боку з гладкими чіткими контурами, післяопераційний рубець і підлеглі тканини м'які, безболісні, без ознак рецидиву пухлини.

Ультразвукове дослідження, виконане у Черкаській обласній лікарні, показало незначну деформацію контурів кістки нижньої щелепи з правого боку без набряку м'яких тканин і додаткових утворень. На бічній поверхні шиї – по-

одинокі лімфатичні вузли, максимального розміру 8x4 мм, з рівними чіткими краями і незмінною структурою.

Спіральну комп'ютерну томографію нижньої щелепи виконали в Донецькому обласному клінічному територіальному медичному об'єднанні. Визначили кістковий дефект нижньої щелепи з правого боку протяжністю до 3,3 см, додаткових утворень у його проекції не візуалізували. Краї дефекту рівні, заокругленої форми. М'які тканини над дефектом деформовані, втягнуті.

Висновки

На контрольній ортопантограмі нижньої щелепи (мал. 3) через рік після операції помітний післяопераційний дефект нижньої щелепи від зубів 47 до 43, з рівними чіткими контурами, альвеолярний відросток збережений.

Отже, обрана тактика оперативного лікування на основі клініко-рентгенологічних даних забезпечила позитивний результат.

Надійшла в редакцію 21 вересня 2012 року