

КОНТРОВЕРЗИ ЗА ВИЛИЧНИОТ АДАМАНТИНОМ

Бенедети А., Наумовски С., Поповски В., Илиевски Б., Кирков А., Панчевски Г., Илиев А., Серафимовски П.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за максилофацијална хирургија

Целта на оваа студија е презентација на 11 пациенти со адамантином, 9 во предел на мандибула и 2 во предел на максила претиранани на Универзитетската клиника за максилофацијална хирургија во Скопје во периодот од 1994 до 2004 год. со приказ на полот, возрастта, времето на лекувањето и евалуацијата на рецидиви. Периодот на посматрање беше од 1 до 10 години. Постои лесна поголема застапеност кај машките пол (55%). Третманот кај сите пациенти беше со хируршко отстранување на туморот со постоперативна хистолошка верификација. Рецидиви постојат кај 3 пациенти од кои кај едниот пациент во два наврати, Студијата покажува дека метод на избор во претходниот адамантинот е радикално хируршко отстранување.

Клучни зборови: виличен адамантин, тумор, бениген, максилофацијална хирургија

Што е адамантинот?

Адамантинот е бавнорастечки хистолошки бениген тумор кој најчесто се наоѓа во светлите коски (тибија) или виличните коски (мандибула) и е застапен во 1% од сите орални тумори (Askerman).¹

Причината за појава на адамантинот е непозната (пациентите, вообичаено имаат историја за траума на афектираната коска, но

е нејасно дали траумата е инволвирана со појавата на туморот или туморот ја прави коската ослабната и пристапна за појава на траума.

Симптоми

Бавнорастечки, асимптоматски интраорален оток во раниот период (кај 75% од пациентите).

Болка, здрвеност, забоболка, лоша адаптација на протезите, малоклузија, улцерација, дренажа низ синусите, назална опструкција или, пак, епистакса може да го доведат пациентот кај лекарот.

Патолошка фрактура не е вообичаен симптом.

Често се открива инцидентно со рутинско рендген снимање на вилицата.

Цели

Долга историја на адамантинот
Препознавање и контроверзи.

- Cassock (1827) оригинален опис на туморот
- Broca (1868) прв опис во научната литература
- Falkson (1879) прв комплетен хистолошки опис
- Mallasez (1885) го воведува терминот адамантинома
- Churchill (1934) препорачува термин „амелобластома“ за замена на терминот „адамантинома“

За клиничарот може да претставува проблем во дијагнозата и третманот бидејќи

е безсимптомен и останува неоткриен сè додека растот на лезијата не предизвика оток во вилицата, нарушување во ерупцијата на забите и оклузални дистурбанци.

Дијагноза

Радиографски

Диференцијалната дијагноза вклучува

- херубизам
- гигантоцелуларен гранулом,
- одонтоген миксом
- анеуризмална коскена циста
- одонтогена кератоциста

Хистолошки

Вообичаени два типа

Плексиформен тип

Фоликуларен тип

Комбинација на двата

Една од поентите на контроверзност на адамантиномот е диференцијалната дијагноза помеѓу амелобластом што покажува цистична дегенерација и амелобластом што расте од одонтогена циста или хиперплазира во одонтогена циста.

Клинички форми

Уницистичен

Мултицистичен

Солиден

Периферен

Малиген

Питуитарен

Контроверзите околу однесувањето продолжуваат да предизвикуваат големи разлики меѓу авторите помеѓу бениген и локално агресивен со изразена тенденција за рецидиви и варијабилен ранг на малигно однесување од низок до висок степен со недобро диференцирани метастаски лезии кои агресивно го напаѓаат локалното и регионалното ткиво како и бронхопулмоналниот систем, локални и далечни лимфни жлезди и далечни органи.

Третманот на избор за терапија на амелобластомот е сегментална или радикална ресекција.

Модалитетите во третманот се движат од козервативна ексцизија до широка ресекција и bone grafting.

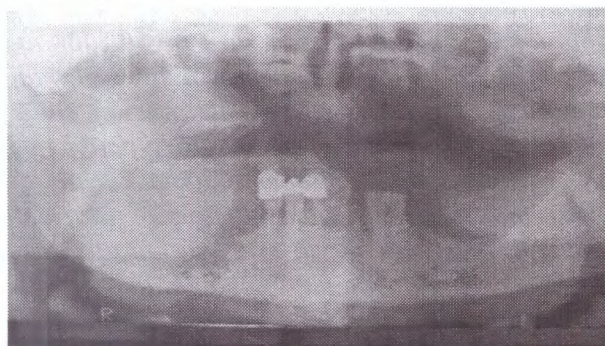
Студијата беше изведена да се испита клиничкото однесување на овие промени, патохистолошките промени и да се презентираат резултатите од терапијата.

Метод

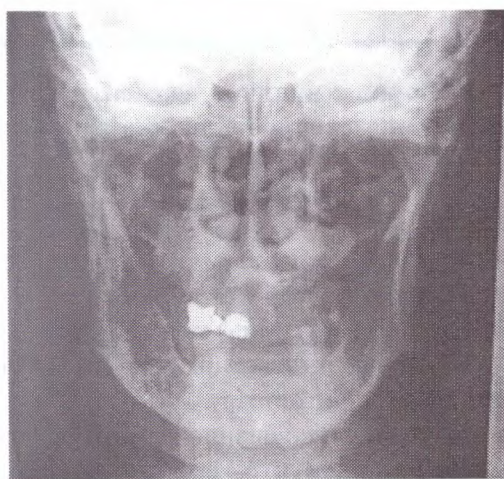
Ова е ретроспективна клиничка студија на серија од 11 пациенти во периодот од 1994 до 2004 година третирани на Универзитетската клиника за максилофацијална хирургија во Скопје.

Сите пациенти беа оперативено третирани и дијагнозата беше потврдена хистопатолошки со употреба на специјализирани техники.

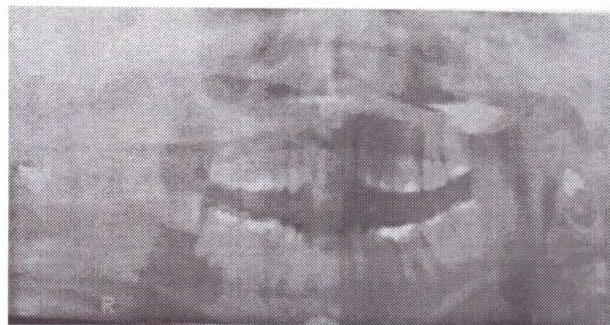
Евалуацијата беше направена клинички и радиолошки по хируршкиот третман.



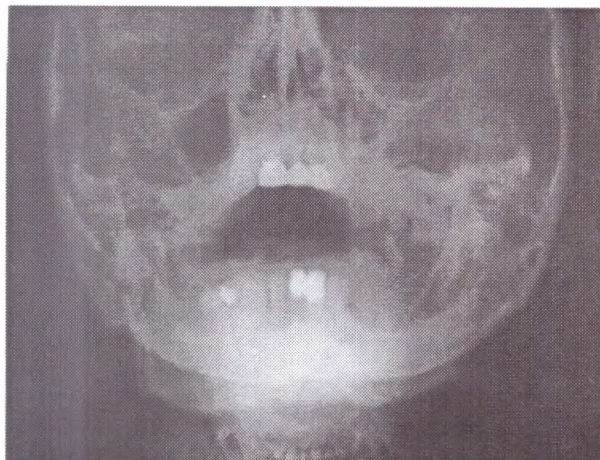
Слика 1



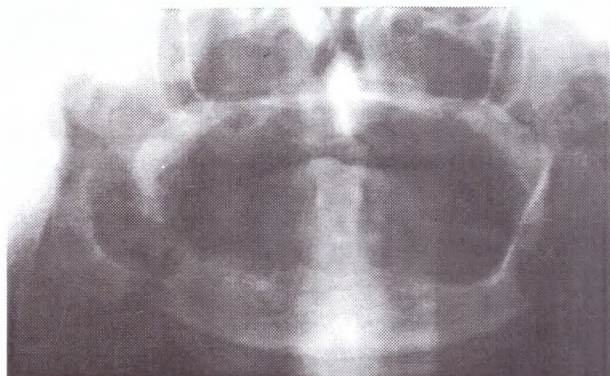
Слика 2



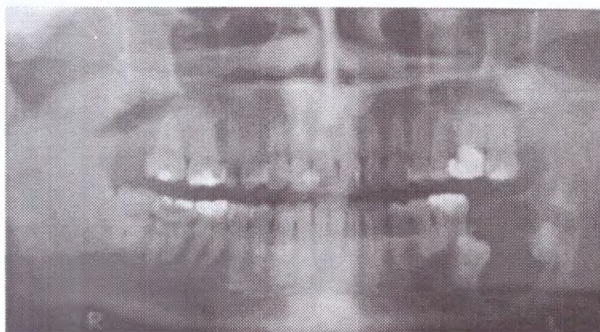
Слика 3



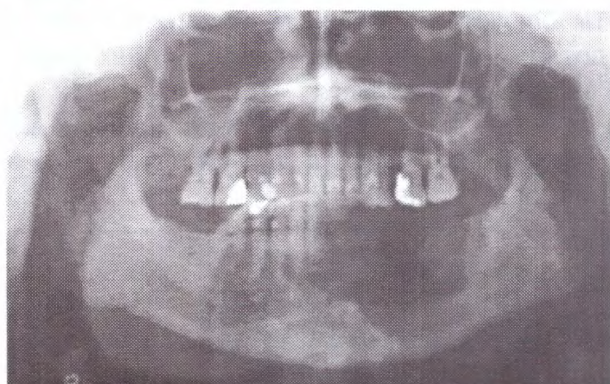
Слика 7



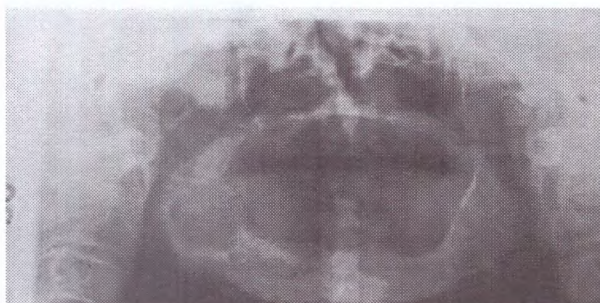
Слика 4



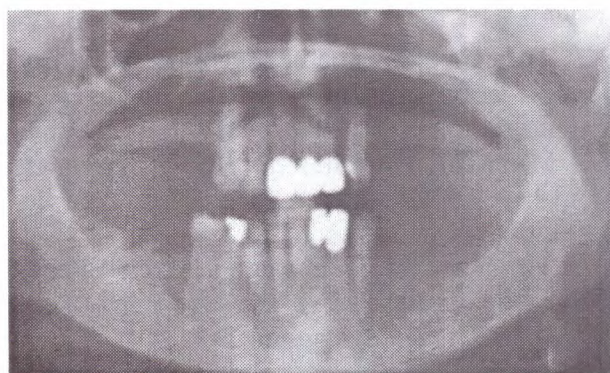
Слика 8



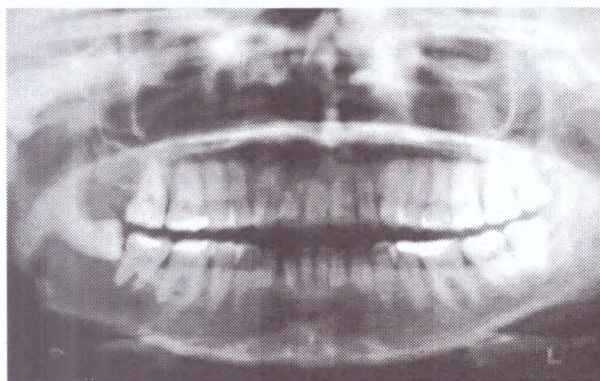
Слика 5



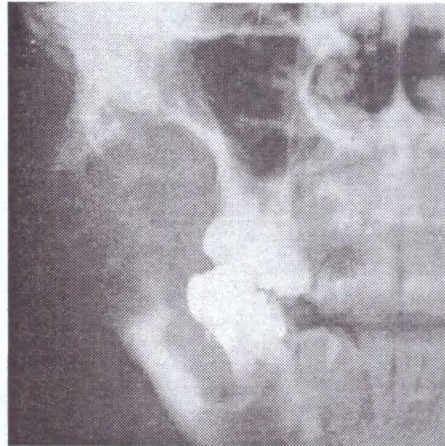
Слика 9



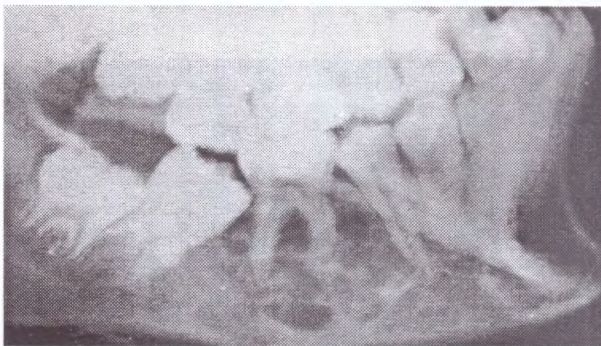
Слика 6



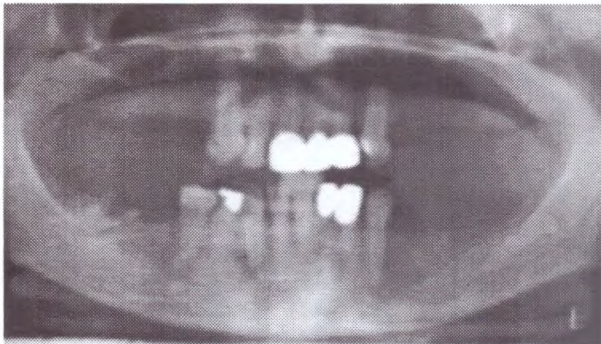
Слика 10



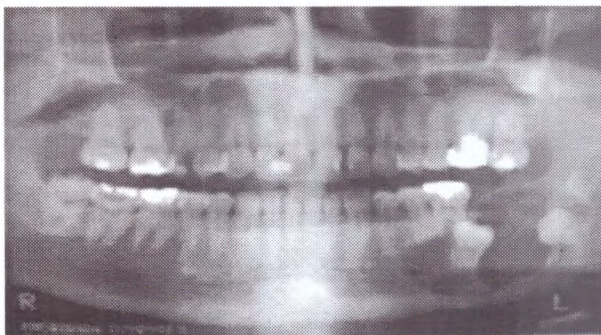
Слика 11



Слика 12



Слика 13



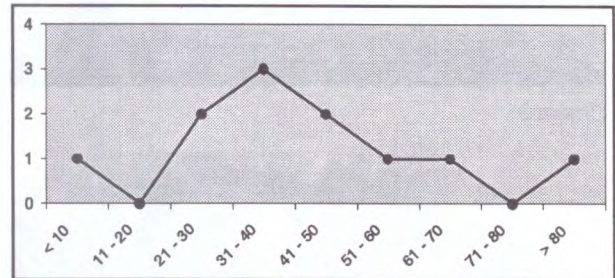
Слика 14

Слика 1-14 - Различни локализации на адамантинот кај испитуваните пациенти

Резултати

Постои битна разлика во возраста на пациентите.

Најмладиот беше на 8 а најстариот на 85-годишна возраст.

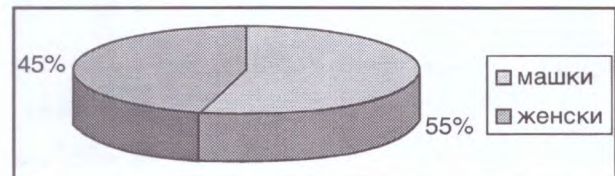


Графикон 1. - Возрасна дистрибуција на пациентите

Средната возраст на испитуваната група беше 41,9 години (во ранг од 8 до 85).

Иако туморот може да се јави во која било возрасна група и дури е опишан во литературата случај на појава кај 21-месечна возраст, повеќето од пациентите се во третата или четвртата декада од животот што е потврдено од повеќе автори како ¹¹Small, ⁷Mehlich и ⁶Kameyama.

Несигнификантна разлика е најдена во односот на машкиот и женскиот пол и тоа 8 машки и 5 женски.

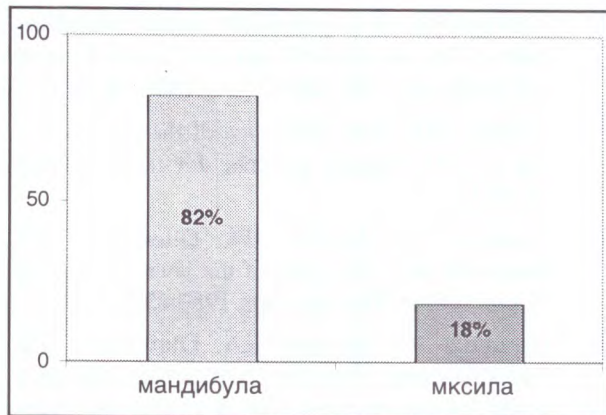


Графикон 2. - Дистрибуција на пациентите според полот

По искуствата од повеќе направени студии амелобластомот е подеднакво застапен кај двата пола (¹⁰Robinson, ¹¹Small, ^{4,5}Daramola, ⁷Mehlich, ⁸Pinstolle) но кај Нигеријците (³Adekeye) и Индијците (⁹Podtar) постои доминација на машкиот пол.

По однос на локализацијата 9 пациенти беа со адамантин во долната вилица а 2 пациента во горната вилица.

Од нашите добиени резултати се гледа 4 пати поголема застапеност на долната вилица



Графикон 3. - Дистрибуција на пациенти според локализацијата

ца во однос на горната вилица што е потврдено и во медицинската литература (¹²Smith 88%, ⁶Kameyama 88%, ¹³Ueno 95%, ³Adekeye и McLavery 99,1%).

Хистопатолошките студии потврдија дијагноза амелобластома.

Нормална постоперативна функција и добар естетски резултат беа постигнати кај поголемиот дел од пациентите.

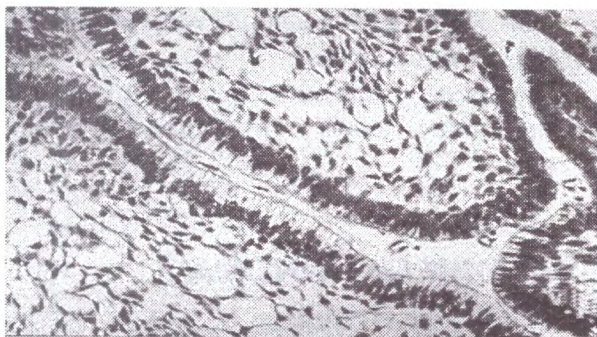
Рецидиви на туморот беа забележани кај 3 пациенти за време на следењето на постоперативниот период (првиот пациент по 4 години, вториот по 7 години и кај третиот два пати по 1 и по 4 години од примарниот третман) и повторно беше неопходен оперативен зафат.

Заклучоци

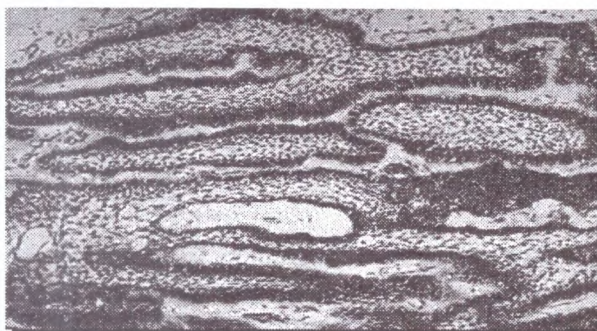
Базирано на оваа студија со добар постоперативен успех може да се отворат следните прашања:

- околу возраста на пациентите (најмладиот има 8 а најстариот 85 години)
- малигнизација на туморот (немаше појава на малигност).
- оперативниот третман (селективен или радикален)

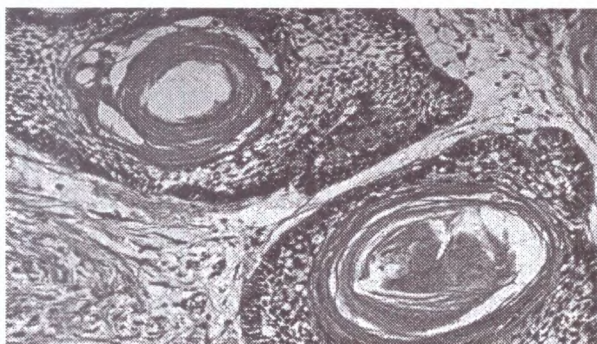
Третманот зависи од однесувањето и растечкиот потенцијал на туморот, анатомската локализација, големината и хистопатолошките анализи.



Слика 15



Слика 16



Слика 17

Слика 15-17. - Фотомикрографии од хистопатолошки препарати кај пациенти со адаматином



Графикон 4. - Временски интервал од примарната операција и рецидивот

Киретажа и енуклеација на туморот резултираат во рецидив.

Тотално отстранување со хируршки третман и постоперативно следење се неопходни.

JAWADAMANTIONOMA CONTROVERSIES

Benedeti A., Naumovski S., Popovski V., Ilievski B., Kirkov A., Pančevski G., Iliev A., Serafimovski P.

Summary

The purpose of this study is to present 11 cases of adamantinoma, 9 mandibulary and 2 maxillary treated at the University Clinic for Maxillofacial Surgery in Skopje during 1994-2004, with the emphasis on the gender, age, type of operation, recurrence and follow-up review. Evaluation of recurrence was conducted over a 10 year period. There is a slight predominance of the male patients (55%). The tretament in all patients was surgical removal of the tumor with consecutive histopathological verification. We found recurrence in 3 patients, one of which had two recurrences. The study shows that radical surgery is the tretament of choice for these patients.

Key words: jawadamantinoma, tumor, benign, maxillofacial surgery

Литература

1. Ackerman GL, Altini M, Shear M, The unicystic amaloblastoma: A clinicopathological study of 57 cases. *J Oral Pathol* 1988;17:541
2. Adekeye EO, Mc Lavery K, Reccurent ameloblastoma of the maxillofacial region. *Clinical features and treatment. J Maxillofac Surg* 1986;14:153-7
3. Adekeye EO., Ameloblastoma of the jaws: a survey of 109 Nigerian patients. *J Oral Surg* 1980;38:36-41
4. Daramola JO, Ajaghba HA, Oluwasanni JO. Reccurent ameloblastoma of the jaws: a review of 22 cases. *Plast Reconstr Surg* 1980;65:577-82
5. Daramola JO, Ajaghba HA, Oluwasanni JO. Ameloblastoma of the jaws in Nigerian children: a review of sixteen cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975;40:458-63
6. Kameyama Y, Takehana S, Mizohata M, Nonobe K, Hara M, Kawai T, Fukaya M. A clinicopathological study of ameloblastomas. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1987;16:706-12
7. Mehlisch DR, Dahlin DC, Mason JK, Ameloblastoma: a clinicopathological report. *J Oral Surg* 1978;30:9-22
8. Pinstolle J, Michelte V, Coustal B, Siberchicot F, Michelet FX Treatment of ameloblastoma of the jaws *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;121:994-6
9. Podtar GG, Ameloblastoma of the jaw as seen in Bombay, India. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1969;28:297-303
10. Robinson HB, Ameloblastoma: a survey of the 379 cases in the literatures. *Arch Pathol* 1937;23:831-43
11. Small JA, Waldron CA Ameloblastoma of the Jaws, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1955;8:2-9
12. Smith JF, The controversial ameloblastoma *J Oral Surg* 1968;26:45-8
13. Ueno S, Nakamura S, Mushimoto K, Shirasu R A clinicopathologic study of ameloblastoma *J Oral Maxillofac Surg* 1986;44:361-5
14. Waldron CA, el-Mofry SK, A histopathological study of 116 ameloblastomas with special reference to the desmoplastic variant, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;63(4):441-51