

Leczenie zlokalizowanych zmian rozrostowych dziąseł – obserwacje własne*

Management of localized gingival enlargement – own observations

Agnieszka Drożdżik, Rafał Rudziński, Marlena Trąbska-Świstelnicza,
Jadwiga Banach

Z Zakładu Periodontologii Katedry Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii Pomorskiej AM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Banach

Summary

Introduction: Localized gingival enlargements referred to as epulides are the most common chronic inflammatory lesions in the oral cavity. Basing on clinical and histological examination they can be classified as fibromatous epulis, epulis granulomatosa, and giant cell epulis. Teleangiectatic granuloma can also occur on gingival margins. Epulides are treated by surgical excision, and success relies on complete removal of affected tissue. Sometimes the extraction of a tooth adjacent to the site is necessary.

Aim of the study: To present two cases of epulis recurrence following their surgical removal.

Conclusion: Therapeutic failure of surgery (recurrence) is due to incomplete excision of tumours.

Streszczenie

Wprowadzenie: zlokalizowane zmiany rozrostowe dziąseł określane jako nadziąślaki są najczęściej występującymi zmianami przewlekłymi w jamie ustnej o charakterze zapalnym. Na podstawie obrazu klinicznego i histopatologicznego wyróżnia się nadziąślaki włókniste, ziarninowe i ziarniniak olbrzymiokomórkowy. Poza wymienionymi zmianami na brzegu dziąsłowym może występować również ziarniniak naczyńotwórczy. Leczenie nadziąsłaków polega na ich chirurgicznym usunięciu. Z kolei powodzenie leczenia chirurgicznego zależy od radykalności wykonanego zabiegu. Niekiedy konieczne jest usunięcie zęba sąsiadującego ze zmianą.

Cel pracy: opisano dwie pacjentki, u których doszło do ponownego wzrostu nadziąsłaków po ich chirurgicznym usunięciu.

Podsumowanie: brak sukcesu leczniczego autorzy tłumaczą nieradykalnym usunięciem guzów.

KEYWORDS:

epulides, surgical treatment

HASŁA INDEKSOWE:

nadziąślaki, leczenie chirurgiczne

* Praca prezentowana na Konferencji Naukowej: „Środowisko a stan jamy ustnej. Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej” zorganizowanej w Białymstoku przez Sekcję Periodontologii PTS w dniach 18-20.IX.2008 r.

Wprowadzenie

Zlokalizowane zmiany rozrostowe dziąseł określane jako nadziąślaki są najczęściej występującymi zmianami przewlekłymi w jamie ustnej o charakterze zapalnym. Klinicznie i histopatologicznie należą do zmian łagodnych [4] i są odpowiedzią na rozmaite bodźce, takie jak: przewlekłe drażnienie nieprawidłowym brzegiem wypełnienia lub twardym złościem, uraz bądź czynniki hormonalne [3]. Oprócz zmian powstających na skutek przewlekłego drażnienia, nadziąślak jest również właściwym terminem dla zmian rozwojowych [1]. Te egzofityczne guzy w odcinkach uzębionych najczęściej wyrastają z brodawki międzyzębowej. Natomiast w odcinkach bezzębnych pozostają w kontakcie z zębodołem po usuniętym zębie [7].

Występowaniu nadziąsłaków towarzyszą zwykle niewielkie dolegliwości subiektywne związane z utrudnionym przyjmowaniem pokarmów i ewentualnym krwawieniem. Na podstawie obrazu klinicznego i histopatologicznego wyróżnia się nadziąślaki włókniste (*epulis fibromatosa*), ziarninowe (*epulis granulomatosa*) i ziarniniak olbrzymiokomórkowy obwodowy (*granuloma gigantocellulare periphericum*). Na brzegu dziąsłowym może występować również ziarniniak naczyńotwórczy (*granuloma teleangiectaticum*) [7].

Nadziąślak włóknisty jest tworem elastyczno-twardym na szerokiej podstawie wywodzącym się z powierzchownych włókien przyzębia. Pokryty jest różową błoną śluzową, rośnie powoli i może przemieszczać sąsiednie zęby. Zwykle rozwija się u kobiet młodych lub w średnim wieku [1, 5]. Histologicznie zmiana obfituje w dojrzałą tkankę łączną i włókna kolagenowe z niewielką liczbą naczyń krwionośnych. Badaniem radiologicznym w przypadku długotrwałych zmian można stwierdzić

ubytek brzegu wyrostka zębodołowego o gładkich obrysach [2].

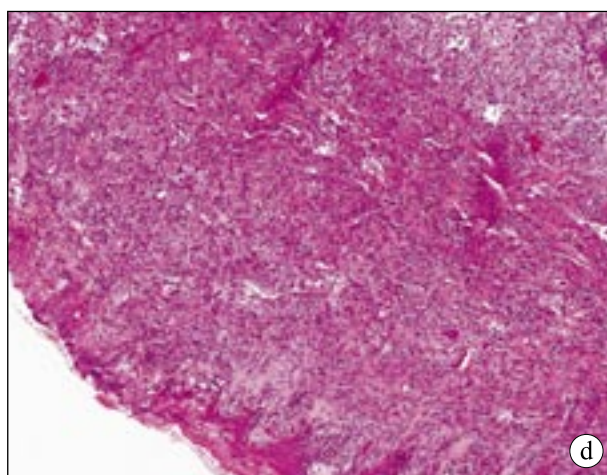
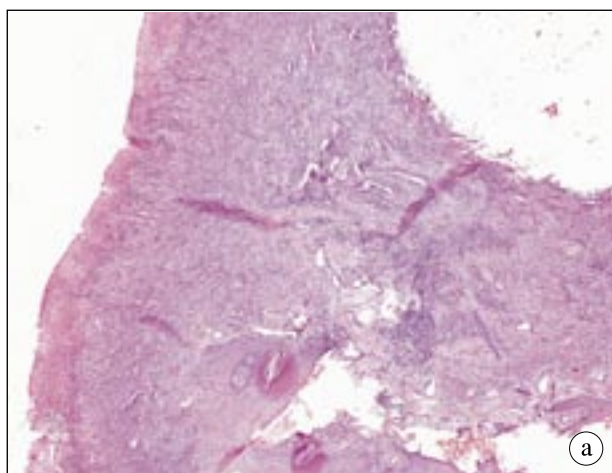
Nadziąślak ziarninowy jest tworem o konsystencji miękkiej i barwie żywoczerwonej, ma skłonność do krwawienia nawet na skutek niewielkiego urazu. Może rozwijać się gwałtownie osiągając różne rozmiary by następnie przez różny czas pozostawać niezmiennym. Histologicznie utworzony jest z bogato unaczynionej tkanki łącznej [2].

Obwodowy ziarniniak olbrzymiokomórkowy powstaje z błony śluzowej zrosniętej z okostną lub z więzadeł przyzębnych. Najczęściej dotyczy kobiet w przedziale wiekowym 10-40 lat. Klinicznie przedstawia szybko rosnący guz o gładkiej lub ziarnistej powierzchni, na szerokiej podstawie, pokryty ciemnoczerwoną lub sinawą błoną śluzową [2, 5]. Chociaż klinicznie zazwyczaj przebiega bezobjawowo, niszczy kość wyrostka zębodołowego dając widoczny na zdjęciu radiologicznym osteolityczny ubytek o nierównych obrysach [7]. Histologicznie stwierdza się liczne wielojądrzaste komórki olbrzymie i fibroblasty [1, 5].

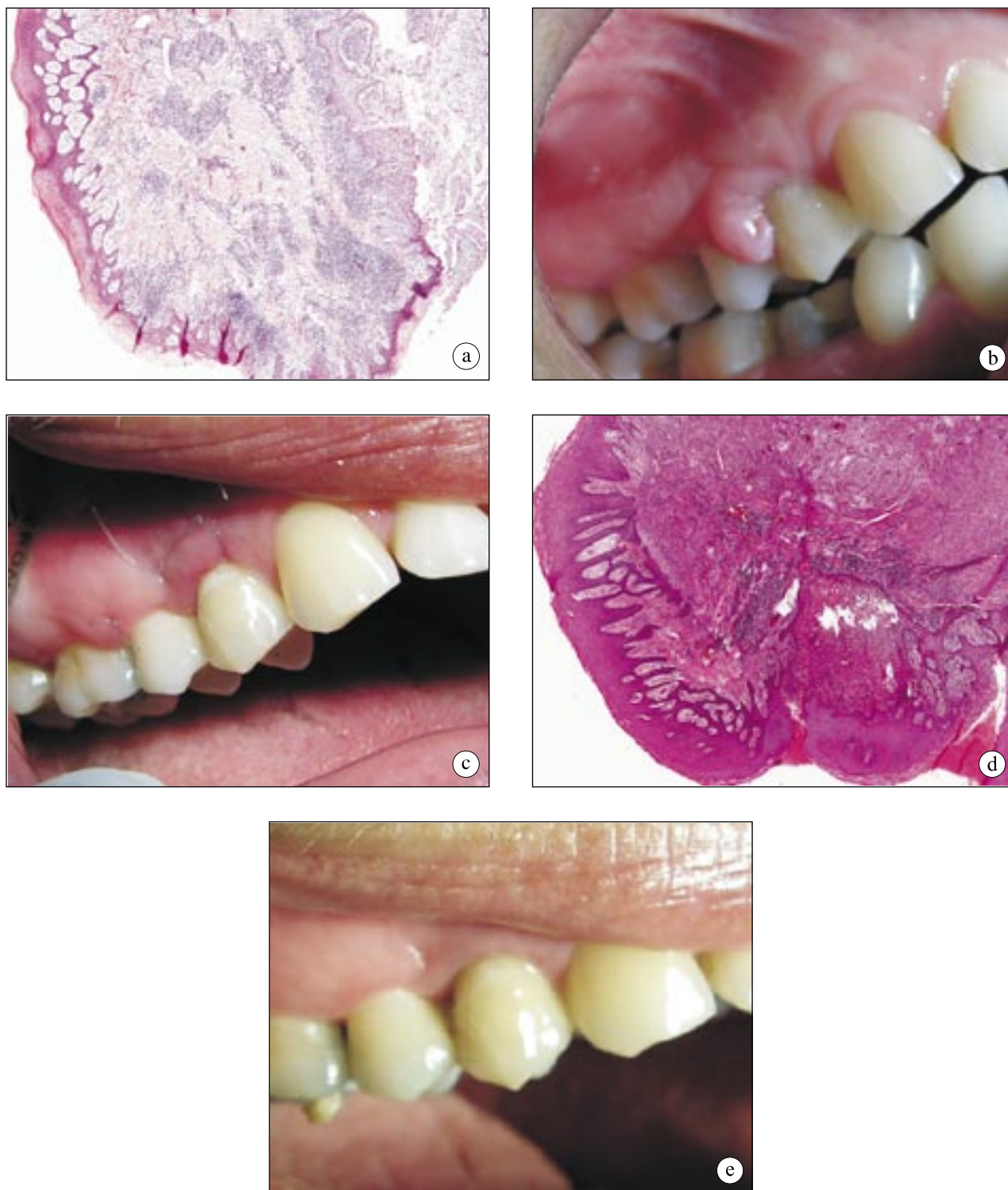
Ziarniniak naczyńotwórczy klinicznie przedstawia się jako uszypułowana lub na szerokiej podstawie zmiana egzofityczna o barwie żywoczerwonej, która wykazuje szybki wzrost i łatwo krwawi. Podobnie jak wspomniane powyżej zmiany wykazuje skłonność do nawrotów po niedoszczętnym ich usunięciu [2]. Nieradykalne usunięcie zmiany jest możliwe zwłaszcza w obszarach istotnych pod względem estetycznym.

Cel pracy

Celem pracy było opisanie na podstawie własnych obserwacji sposobów oraz wyników chirurgicznego leczenia zlokalizowanych zmian rozrostowych dziąseł o charakterze zapalnym.



Ryc. 1; a – obraz histopatologiczny zmiany pierwotnej przedstawiający ziarniniaka naczyniowego, b – kliniczny obraz wznowy nadziąślaka, c – ubytek kostny widoczny po usunięciu zmiany i odpreparowaniu płata, d – obraz histopatologiczny wznowy przedstawiający nadziąślaka włóknistego, e – stan po pięciu miesiącach od zabiegu usunięcia wznowy.



Ryc. 2; a – obraz histopatologiczny zmiany pierwotnej przedstawiający ziarninę nieswoistą, b – wygląd kliniczny wznowy nadziąsłaka, c – stan po usunięciu zmiany i założeniu szwów, d – obraz histopatologiczny wznowy przedstawiający nadziąsłaka włóknistego, e – stan po czterech miesiącach od zabiegu usunięcia wznowy.

Obserwacja 1

Pacjentka lat 33, zgłosiła się do Zakładu Periodontologii PAM w Szczecinie z powodu zmiany rozrostowej dziąsła zlokalizowanej w okolicy zębów 21 i 22. Zmiana utrzymywała się od 5 miesięcy. Nie dawała dolegliwości bólowych, łatwo krwawiła. W badaniu podmiotowym ustalono, że pacjentka jest ogólnie zdrowa i nie przyjmuje żadnych leków. Badaniem klinicznym stwierdzono po stronie podniebiennej egzofityczną zmianę osadzoną na szerokiej podstawie, o czerwonym zabarwieniu. Stwierdzono również nawisające wypełnienia na powierzchni dystalnej zęba 21 oraz mezjalnej zęba 22, co prawdopodobnie było przyczyną pojawienia się zmiany. Badanie kliniczne uzupełniono badaniem radiologicznym, na którym poza wspomnianymi nieprawidłowościami w okolicy przydziąsłowej wypełnień nie stwierdzono żadnych zmian w strukturze brzegu wyrostka kostnego.

Wykonane leczenie chirurgiczne polegało na wycięciu zmiany oraz koagulacji brzegów rany. Pobrany materiał z rozpoznaniem klinicznym ziarniniaka naczyniowego został przesłany do badania histopatologicznego. Pacjentkę poinformowano o konieczności wymiany wypełnień po zakończeniu procesu gojenia. Wynik badania histopatologicznego potwierdził kliniczne rozpoznanie (ryc. 1a).

Pacjentka zgłosiła się ponownie po siedmiu miesiącach z powodu wznowy. Badaniem klinicznym stwierdzono różową, sprężystą egzofityczną zmianę na szerokiej podstawie (ryc. 1b). Zdjęcie radiologiczne wykazało poszerzenie szpary ozębnej przyśrodkowo w zębie 21 o nierównych obrysach, a także nieprawidłowe wypełnienia ubytków na powierzchniach stycznych identyczne jak poprzednio. Po odreparowaniu płata śluzówkowo-okostnowego zmianę usunięto skalpelem i wyłyżeczkowano ubytek kostny (ryc. 1c). Po zagojeniu rany

dokonano wymiany wypełnień. Wynik badania histopatologicznego wskazywał nadziąsłaka włóknistego – *epulis fibrosa* (ryc. 1d). Pacjentka pozostaje od ośmiu miesięcy pod kontrolą w Zakładzie Periodontologii PAM (rys 1e).

Obserwacja 2

Pacjentka lat 30, ogólnie zdrowa zgłosiła się do Zakładu Periodontologii PAM z powodu zmiany na dziąśle w przestrzeni międzyzębowej zębów 14 i 15. Zmiana powstała przed sześcioma miesiącami. Pacjentka była ogólnie zdrowa, nie przyjmowała żadnych leków. Badając jamę ustną stwierdzono w okolicy brodawki międzyzębowej pomiędzy zębami 14 i 15 obecność jasnoczerwonej, łatwo krwawiącej zmiany egzofitycznej na szerokiej podstawie. Zmiana nie sprawiała pacjentce żadnych dolegliwości. Badanie rtg nie wykazało zmian w utkaniu brzegu wyrostka zębodołowego we wspomnianej okolicy. Chirurgicznie wycięto zmianę, brzegi rany skoagulowano, a następnie zabezpieczono opatrunkiem chirurgicznym. Materiał z podejrzeniem nadziąsłaka ziarninowego został przesłany do Pracowni Histopatologicznej PAM. Wynik badania dostarczony po kilku dniach wskazywał na obecność ziarniny nieswoistej – *granulatio non specifica* (ryc. 2a). Rana goiła się prawidłowo.

Pacjentka zgłosiła się ponownie do poradni po trzech miesiącach z powodu wznowy. Tym razem stwierdzono w operowanej uprzednio okolicy asymptomatyczną, uszypułowaną, elastyczną zmianę egzofityczną pokrytą różową błoną śluzową (ryc. 2b). Ponownie zmianę usunięto i po odpreparowaniu płata śluzówkowo-okostnowego wyłyżeczkowano ubytek kostny. Następnie założono szwy (ryc. 2c) Przesłany do Pracowni Histopatologicznej fragment tkanek przedstawiał obraz histopa-

tologiczny nadziąślaka włóknistego – *epulis fibrosa* (ryc. 2d). Od pół roku pacjentka pozostaje pod kontrolą w Zakładzie Periodontologii PAM. Jak dotąd nie zaobserwowano nawrotu (ryc. 2e).

Omówienie wyników i dyskusja

Leczenie zlokalizowanych zmian rozrostowych dziąseł polega na ich wycięciu oraz na usunięciu czynników drażniących, tj.: kamień, ciało obce lub różnego rodzaju uraz. Przyjmuje się, że nawroty rozrostów i konieczność ponownego ich usunięcia to wynik niekompletnego wycięcia zmiany bądź braku likwidacji czynnika etiologicznego [3]. Właśnie brak korekty nieprawidłowych przydziąsłowych brzegów wypełnień ubytków w zębach był przyczyną wznowy w przypadku pacjentki (obserwacja 1).

Pochodzenie opisywanych zlokalizowanych zmian rozrostowych z błony śluzowej zrosniętej z okostną lub z więzadeł przyzębnych wskazuje na potrzebę usunięcia wraz ze zmianą zęba z nią sąsiadującego. *Pogorzelska-Stronczak* i wsp. [17] proponują usunięcie zębów sąsiadujących z nadziąślakami tylko wówczas, gdy przestrzeń ozębnowa jest wyraźnie penetrowana przez rozrastającą się masę guza lub są to zęby bezmiazgowe nie kwalifikujące się do leczenia zachowawczego. Decyzja o pozostawieniu zęba jest szczególnie istotna w przednim odcinku szczęki i żuchwy.

Długoletnie obserwacje podkreślają zalety radykalnego zabiegu chirurgicznego z zachowaniem bądź nie zębów sąsiadujących ze zmianą [6]. Wycięcie nadziąsłaków u ich podstawy powinno być uzupełnione usunięciem powierzchniowej warstwy kostnej w przypadku jej resorpcji, a także koagulacją brzegów rany i podłoża, chociaż zdaniem niektórych

autorów to nie koagulacja zapobiega wznowie, lecz przede wszystkim doszczętne usunięcie guza [7]. Zabieg usunięcia powinien obejmować okostną, zaś powierzchnia sąsiadujących zębów musi być starannie wygładzona, aby usunąć ewentualne źródło drażnienia [3]. Dlatego też powtórny zabieg autorzy publikacji uzupełnili odpreparowaniem płata śluzowkowo-okostnowego, aby pod kontrolą wzroku starannie opracować podłoże kostne i powierzchnię zębów, decydując się na ich pozostawienie.

W leczeniu omawianych zmian celem doszczętnego zabiegu jest możliwe również zastosowanie alternatywnych technik leczenia, tj.: krioterapia, elektrodesykacja lub laseroterapia z wykorzystaniem lasera CO₂ lub Nd:Yag. W porównaniu z innymi technikami zastosowanie lasera zmniejsza znacznie ryzyko krwawienia [3].

Podsumowanie

Zważając na zaburzenia estetyki, jakie powodują zlokalizowane zmiany rozrostowe dziąseł, a także ich występowanie w odcinkach łuków zębowych o znaczeniu estetycznym dla pacjenta, wskazane byłoby wykonanie badań porównujących skuteczność wspomnianych technik.

Piśmiennictwo

1. *Binnie W H*: Periodontal cyst and epulides. *Periodontol* 2000 1999, 21, 1: 16-32.
2. *Daley T D, Wysocki G P, Wysocki P D, Wysocki D M*: The major epulides: clinicopathological correlations. *J Can Dent Assoc* 1990, 56, 7: 627-630.
3. *Jafarzadeh H, Sanatkhani M, Mohtasham N*: Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci* 2006, 48, 4: 167-175.

4. *Jagodzińska J*: Występowanie i umiejscowienie nadziąsłaków. *Czas Stomatol* 1980, XXXIII, 9: 805-811.
5. *Miller L*: Miejscowe, ograniczone zmiany patologiczne dziąseł. Red. *E. Szponar* w: *Choroby błony śluzowej jamy ustnej*. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 1997, str. 20.
6. *Piątkowska D, Żabińska O*: Ocena odległych wyników leczenia nadziąsłaków. *Czas Stomatol* 1981, XXXIV, 1: 101-106.
7. *Pogorzelska-Stronczak B, Koszowski R, Nowak E*: Nadziąsłaki – analiza materiału klinicznego. *Mag Stomatol* 1994, 12: 6-10.

Otrzymano: dnia 14.VIII.2008 r.

Adres autorów: 70-111 Szczecin ul. Powstańców

Wlkp. 72 bud 18

Tel.: 091 4661745

Fax: 091 4661744

e-mail: zperio@sci.pam.szczecin.pl