

8. ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

УДК 616. 716 .8 – 006 – 07 - 08

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЧЕЛЮСТЕЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Гресько А. С., Бургин О. В.,
Павловський Л. Л., Снисаревський П. П., Лапшына Ю. В.

*Киевская областная клиническая больница,
Центр челюстно-лицевой хирургии и стоматологии,
Отделение патологической анатомии;
Киевский национальный институт рака,
Отделение опухолей головы и шеи;
Киевская городская клиническая больница № 12,
Отделение новых технологий, г. Киев, Украина*

Цель работы – исследование эпидемиологии, эффективности стратегии лечения у пациентов с амелобластомой.

Объекты и методы. В исследование включили 78 пациентов с диагнозом «амелобластома», верифицированным патогистологически. Ретроспективно анализировали данные: пол; возраст; локализация опухоли; клинические признаки; симптомы и сроки их проявления; поражения зубов; хирургическое лечение, включая процедуры реконструкции; патогистологический тип; рецидивы; осложнения; период наблюдения.

Результаты. 42 пациента, 54% – женщины, 36 (46%) – мужчины. Было диагностировано 67 фактов обычной (солидной/поликистозной) амелобластомы (85,9%), у 11 (14,1%) пациентов наблюдали монокистическую форму. Патогистологические подтипы солидной/мультикистозной амелобластомы были следующими: фолликулярный тип 24 (30,8%), плексиформный 6 (7,7%), базальноклеточный 3 (3,8%), смешанный 6 (7,7%), не указан 28 (35,9%). 54 (69,2%) факта амелобластомы лечились консервативно, а радикальное лечение применяли у 24 пациентов (30,8%).

Заключение. Наиболее распространенной был патогистопатологический тип фолликулярный. По сравнению с Выявлены незначительные различия в возрасте, клинико-патологических особенностях. Большинство амелобластом лечили консервативно, но результаты доказывают, что радикальный подход, такой как сегментарная резекция или мандибулэктомия, связан со значительно более низкими показателями рецидивов.

Ключевые слова: амелобластома; доброкачественные опухоли; эпидемиология; одонтогенные опухоли; патология полости рта.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF AMELOBLASTOMA AND THEIR INFLUENCE ON THE TREATMENT RESULTS

Gresko A. S., Burtin O. V.,

Pavlovsky L. L., Snisarevsky P. P., Lapshyna Yu. V.

*Kiev Regional Clinical Hospital; Kiev National Cancer Institute;
Kiev City Clinical Hospital N. 12, Kiev, Ukraine*

Aim. The purpose of this work is to investigate epidemiological, treatment strategy effectiveness in patients with ameloblastoma.

Objects and methods. This work involved 78 well-documented patients who had histologically confirmed diagnosis “ameloblastoma”. For each patient, the data concerning gender, age, tumour location, clinical signs and symptoms, terms of manifestation, teeth involvement, surgical management including reconstruction procedures, histological type, recurrences, complications and follow up period were analysed retrospectively.

Results: Forty-two patients (54%) were females and thirty-six (46%) males. In total 67 cases of conventional (solid/multicystic) ameloblastoma (85.9%) were diagnosed, unicystic form was observed in 11 (14.1%) patients. The histological subtypes of the solid/multicystic ameloblastoma were the following: follicular type 24 (30.8%) cases, plexiform 6 (7.7%), basal cell 3 (3.8%), mixed 6 (7.7%), not specified 28 (35.9%). Fifty-four (69.2%) ameloblastoma cases were treated conservatively and radical treatment was applied in twenty-four patients (30.8%).

Conclusion. In this study, the most common histopathology pattern was follicular type. In comparison to previous studies, minor differences in age, gender and clinic-pathological features were found. Most ameloblastomas were treated conservatively but our data suggests that a radical surgical approach, such as segmental resection or mandibulectomy is associated with significantly lower recurrence rates.

Keywords: ameloblastoma; benign tumor; epidemiology; odontogenic tumor; oral pathology.

Введение. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) характеризует амелобластома как доброкачественную, агрессивную опухоль с высокой тенденцией к рецидиву [2]. Она составляет 1% от всех новообразований челюстно-лицевой области и 9-14% всех одонтогенных опухолей. Клинические проявления амелобластомы

неспецифичны и зависят от ее типа и локализации [1]. Чаще новообразование наблюдается в дистальных отделах тела, угла и ветви нижней челюсти. Согласно классификации новообразований ВОЗ (2017) амелобластомы подразделяют на обычную амелобластому (солидная или поликистозная форма), однокистозную амелобластому и периферическую или экстраоссальную амелобластому. Наиболее распространенной является поликистозная форма [5]. На сегодня в специальной литературе существуют значительные расхождения в выборе тактики лечения у пациентов с амелобластомами, в зависимости от клинико-рентгенологической картины и патогистологического типа. Основными задачами при лечении является полное хирургическое удаление опухоли с последующим восстановлением жевательной функции и эстетики лица [3]. Для этого используют радикальные методы – краевая или сегментарная резекцией пораженной челюсти с немедленной или отсроченной реконструкцией и консервативные методы лечения – энуклеация и кюретаж. Частота рецидивов амелобластомы составляет 15-25% после радикального хирургического лечения и 55-90% – после консервативного лечения. Эти показатели имеют существенные этносоциальные, географические, расовые различия, и существенно влияют на лечебный подход и его долгосрочные результаты [4].

Цель работы – исследование эпидемиологии, эффективности стратегии лечения у пациентов с амелобластомой.

Объекты и методы. Представленное ретроспективное исследование включало всех пациентов с патоморфологический подтвержденным диагнозом амелобластомы, проходивших лечение в Центре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Киевской областной клинической больницы и Национальном институте рака (г. Киев, Украина) за период с 1 января 2009 по 31 декабря 2018 года. Получены данные относительно 101 пациента с установленным диагнозом амелобластома. Критериями включения были гистологически подтвержденный диагноз амелобластомы с соответствующим лечением. Пациенты, у которых отсутствовала необходимая медицинская информация, патоморфологически подтвержденный диагноз или имели место признаки злокачественной опухоли, были исключены из исследования. 78 пациентов полностью соответствовали критериям исследования и были отобраны для дальнейшего анализа. Для каждого пациента из историй болезней были отобраны и проанализированы данные относительно пола, возраста, анамнеза, имеющихся вредных привычек (алкоголь, курение, наркомания), клинического диагноза, локализации опухоли, ее размера, клинических признаков и симптомов, сроков манифеста-

ции, рентгенологических особенностей, поражения зубов, хирургического лечения, включая реконструктивные хирургические вмешательства, патогистологический тип, рецидивы и осложнения в раннем и отдаленном постоперационном периоде.

Результаты. Из 78 пациентов, включенных в исследование, 54% составляли женщины и 46% – мужчины (соотношение мужчин и женщин составляло 0,86). Возраст пациентов варьировал от 15 до 73 лет, и в среднем составил 44,8+15,6 лет. Вредные привычки такие как курение, были обнаружены у 12% пациентов. Амелобластомы поражали нижнюю челюсть у 66 пациентов (84,6%). В 29 наблюдениях опухоль имела большие размеры и поражала 2 или 3 зоны нижней челюсти. В подавляющем большинстве амелобластомы возникали в дистальном отделе тела нижней челюсти или на участке угла и распространялись на ветвь или фронтальную часть нижней челюсти. У 12 пациентов диагностирована амелобластома верхней челюсти (15,4%), 3 (25%) из них были расположены в переднем отделе, 9 (75%) – в заднем. Клинические симптомы и рентгенологические проявления у пациентов были неспецифическими, что затрудняло предоперационную диагностику. Наиболее распространенной жалобой была асимметрия лица и деформация пораженной челюсти (71,8%). Болевой синдром констатировали в 47,4%. Боль в основном была связана с присоединением бактериальной инфекции и сочеталась с отеком мягких тканей, гнойными выделениями и подчелюстной лимфаденопатией. Другими симптомами были образование свищевых ходов (3,8%) и парестезии (2,6%). У 3 (3,8%) пациента жалоб не предъявляли: опухоль была случайно обнаружена во время стоматологического лечения или рентгенологического исследования. Зубы были вовлечены в процесс в 41 (52,5%) наблюдении с признаками их смещения, подвижности или резорбции корня, которые наблюдали только на поздних стадиях роста опухоли. Время от появления первых клинических / рентгенологических проявлений до проведения хирургического вмешательства составляло от нескольких недель до 5 лет и в среднем составил 20,5+18,3 месяца. У 23 пациентов (29,4%) отмечали различия клинического и патогистологического диагноза. Всего было диагностировано 67 (85,9%) обычных (поликистозных) амелобластом, у 11 (14,1%) пациентов наблюдалась однокистозная форма. В анализируемой группе не было ни одного факта периферической амелобластомы. Гистологические подтипы поликистозной амелобластомы были следующие: фолликулярный тип – 24 (30,8%), плексиформная – 6 (7,7%), базальноклеточная – 3 (3,8%), смешанная – 6 (7,7%), тип не определен у 28 (35,9%) пациентов. Десмопластическую

амелобластоме среди исследованных пациентов не выявили. У 54 (69,2%) человек амелобластомы лечили консервативно с помощью энуклеации или кюретажа. Консервативное лечение проводили у 42 пациентов с амелобластомами на нижней челюсти (63,6%) и 12 пациентов – на верхней (100%). При поликистозной (солидной) амелобластоме кюретаж применяли у 44 (65,7%) лиц, при однокистозной – у 10 (91%). Радикальное лечение было применено у 24 пациентов с амелобластомой на нижней челюсти. Краевые резекции были проведены у 4 (16,7%) пациентов, у 15 (62,5%) человек были выполнены сегментарные резекции, а у 5 (20,8%) – резекции нижней челюсти с экзартикуляцией височно-нижнечелюстного сустава. Среди всех пациентов, которым была проведена реконструкция, стандартные реконструктивные пластины применяли в 5 (41,7%) наблюдениях, а титановые пациент-специфические имплантаты – в 7 (58,3%). Костная пластика была проведена у 10 пациентов. Гребень подвздошной кости был применен для реконструкции челюсти в 7 наблюдениях (70%). У 3 пациентов (30%) использовали свободный лоскут из малоберцовой кости на микрососудистых анастомозах. Наблюдение за пациентами в отдаленном периоде составило от 6 месяцев до 5 лет. Из общего числа пациентов (78), 2 умерли от причин, не связанных с опухолью. Послеоперационные осложнения наблюдали у 31 (39,7%) пациента: выраженную послеоперационную деформацию лица и нарушение функции жевания (23%), развитие инфекции (6,4%), парестезии или невропатические боли (34,6%), экспозиция пластины (2,6%) и потеря костного трансплантата (2,6%). Рецидивы новообразования имели место у 20 (25,6%) пациентов. Их частота была больше у мужчин. Средний возраст пациентов с рецидивами составил 47,4+14,3 лет, и достоверно не отличался от среднего возраста всей анализируемой группы. Частота рецидивов составила 29,6% у пациентов, получавших консервативное лечение, и 16,7% – среди лиц, которым проводили радикальные хирургические вмешательства. Из 4 рецидивов, развившихся после радикальных операций, 2 были связаны с краевыми резекциями. Общий показатель рецидивов у лиц, перенесших сегментарные резекции или резекции челюстей с экзартикуляцией, составил 10%. Частота рецидивов была выше при поражениях верхней челюсти по сравнению с нижней – 41,7% против 22,7%, соответственно и при однокистозных амелобластомах по сравнению с поликистозными – 45,4% против 22,4%, соответственно. Однако как для амелобластомы верхней челюсти, так и для однокистозного типа опухоли применяли только консервативные методы лечения. Частота рецидивов была выше у мужчин (30,5% против

21,4%). Средний возраст пациентов с рецидивами составил 47,4±14,3 года без существенных различий по сравнению со средним возрастом всей группы. Частота рецидивов у лиц, получавших консервативное лечение, была 29,6%, а при радикальном лечении – 16,7%.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют, что наиболее распространенной формой амелобластомы является поликистозная (солидная) амелобластома – 85,9% с преобладанием фолликулярного типа и преимущественным расположением в дистальных отделах тела и ветви нижней челюсти. Полученные данные свидетельствуют, что частота рецидивов зависит от патогистологического типа, локализации, но в наибольшей степени от способа хирургического лечения. Применение радикальных методов хирургических вмешательств (сегментарные и субтотальные резекции) приводит к уменьшению частоты рецидивов в 4 раза, но одновременно сопровождаются достоверно большей частотой послеоперационных осложнений.

Литература

1. Ameloblastoma / K. M. Masthan [et al.] // J. Pharm. Bioallied. Sci. – 2015. – Vol. 7, N 1. – P. 167–170.
2. Pathology and genetics of head and neck tumours / L. Barnes [et al.]. – Lyon : IARC Press, 2005. – 435 p.
3. Radical vs conservative treatment of intraosseous ameloblastoma : systematic review and meta-analysis / F. N. Hendra [et al.] // Oral Dis. – 2019. – Vol. 25, N 7. – P. 1683–1696.
4. Reichart, P. A. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases / P. A. Reichart, H. P. Philipsen, S. Sonner // Eur. J. Cancer B Oral Oncol. – 1995. – Vol. 31, N 2. – P. 86–99.
5. Speight, P. M. New tumour entities in the 4-th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours : odontogenic and maxillofacial bone tumours / P. M. Speight, T. Takata // Virchows Arch. – 2018. – Vol. 472, N 3. – P. 331–339.