

implants

international magazine of oral implantology

4 2016 wydanie polskie

MINISW: 3 pkt.
ICV: 49,99 pkt.

_Chirurgia stomatologiczna

Nadziąślaki

_Implantacja

Szablony 3D

_Higienizacja

Szczoteczki soniczne vs rotacyjne

dti Dental
Tribune
International

Wejdź do świata obrazów Gendex



GX DP-800™

Wszechstronny partner dla wymagających

- **DOSKONAŁA JAKOŚĆ OBRAZU:** odrębne czujniki 2D i 3D gwarantują niezrównaną ostrość w obu trybach
- **4 WIELKOŚCI POŁA OBRAZOWANIA:** dopasowanie do potrzeb diagnostycznych każdego pacjenta - od endodoncji, poprzez planowanie implantów po analizę stawów skroniowo-żuchwowych
- **BEZPIECZEŃSTWO BEZ KOMPROMISÓW:** Technologia Redukcji Dawki (DRT) ogranicza promieniowanie o 83% w stosunku do tradycyjnego obrazowania 3D
- **ZAAWANSOWANE OPROGRAMOWANIE:** InVivo firmy Anatomage to niezwykle intuicyjny program, oferujący zaawansowane funkcje w zakresie diagnostyki i planowania leczenia

Chcesz osobiście poznać możliwości Gendex GXDP-800?

Umów się na prezentację!



603 888 579

GENDEX™
Brought to you by KaVo



Drogie Koleżanki i Koledzy, Szanowni Państwo!

W ostatnich miesiącach obserwujemy pewne zmiany definicji i paradygmatów w implantologii stomatologicznej, np. związanych z biokompatybilnością wszczepionego materiału – istnieje czy nie odpowiedź gospodarza przeciwko temu materiałowi? Jeśli tak, to jak się ona manifestuje?

Coraz więcej wiemy na temat mechanizmów, w wyniku których pacjent „rozstaje się” z wszczepionym implantem – w obserwacjach 10-letnich mamy ok. 10% takich przypadków. Definicja *periimplantitis* również nie jest jednoznaczna: czy można mówić o „starzeniu” się implantów, procesach oksydacji lub wręcz korozji? Czy utracone po latach implanty wskazują na degradację ich powierzchni?

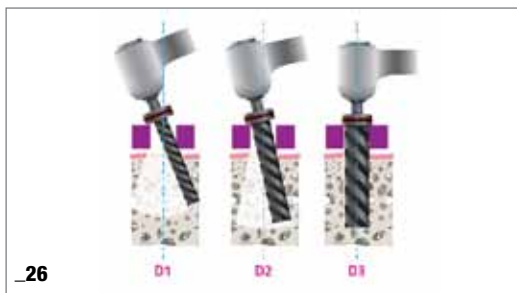
To niezmiernie istotne kwestie, ponieważ mają ogromne znaczenie w rokowaniach co do wskaźnika przetrwania implantów i wskaźników estetyki – zatem pojęcie „starzenie się” w odniesieniu do wszczepionych implantów wydaje się uzasadnione, a wątpliwości budzi określenie „implanty do końca życia”. Te zagadnienia, ale także propozycje nowoczesnych, czasem wręcz futurystycznych, rozwiązań w implantologii będą tematem 12. Międzynarodowego Kongresu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej (OSIS).

Zapraszam serdecznie do udziału w tym wydarzeniu, organizowanym we współpracy z Harvard University na 25-lecie OSIS.

Z pozdrowieniami!



6



_26



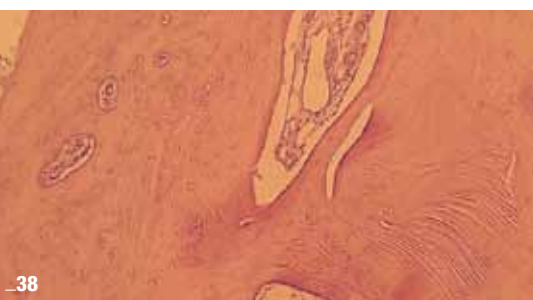
_28

- 3 **Od wydawcy**
Drogie Koleżanki i **Kolezdy**,
Szanowni Państwo!
Andrzej Wojtowicz
- 6 **chirurgia stomatologiczna**
Obwodowy ziarniniak olbrzymiokomórkowy
(nadziąślak olbrzymiokomórkowy)
– charakterystyka i opis przypadków
_Damian Dudek, Edyta Reichman-Warmusz,
Andrzej Gruźlewski, Anna Maria Oleksiejuk,
Janusz Myrda, Marta Nowak, Mateusz Ożóg
i Hanna Kluziak-Muszarska
- 16 **higienizacja**
Efektywność higienizacji po stosowaniu
szczoteczki sonicznej vs rotacyjnej
u pacjentów powyżej 90 r.ż. w badaniach
mikrobiologicznych rtPCR
_Andrzej Wojtowicz, Igor Kresa, Iza Strużycka
i Paweł Zawadzki
- 22 **szablony chirurgiczne**
Implantacja z wykorzystaniem szablonu
chirurgicznego z tuleją
– analiza matematyczna
_Bartłomiej Iwańczyk, Piotr Wychowański,
Igor Kresa, Andrzej Wojtowicz, Gabriela Oledzka,
Michał Oszwałdowski, Karolina Cupriak,
Paweł Nieckula i Paweł Zawadzki
- 28 **Implantacja natychmiastowa**
z szablonem drukowanym 3D
_Łukasz Zadrozny, Waldemar Ówirzeń,
Piotr Nagadowski i Leopold Wagner

- 34 **implanty żyletkowe**
Implanty żyletkowe
– relikw przeszłości czy pełnoprawna
metoda terapii?
_Dariusz Materko, Alicja Kondej,
Przemysław Kosewski, Piotr Stendera
i Piotr Wesołowski
- 38 **materiały augmentacyjne**
Jednoetapowe hydrokinetyczne podniesienie
dna zatoki szczękowej z użyciem
kwasu hialuronowego oraz materiału
kości zastępczego
_Bartłomiej Iwańczyk, Jacek Michał Nowak,
Igor Kresa, Gabriela Oledzka, Piotr Wychowański,
Paweł J. Zawadzki i Andrzej Wojtowicz
- 44 **one-piece implants**
Oral implantology today:
surgical protocol, historical facts,
diagnostic imaging, biomechanical notes
_Enrico Moglioni, Eugenio Pezzuti,
Tomasz Grotowski, Luca Dal Carlo, Mike Shulman,
Paolo Diotallevi
- 54 **wydarzenia**
6. Kongres Implantoprotetyczny
BEGO Semados®
_Tomasz Musiał
- 55 **12. Sympozjum CEIA**
_Beata Czekał
- 56 **o wydawcy**
informacje



_34



_38



_44

PROFESJONALNIE DBAJ O ZĘBY

ELGYDIUM

Życzymy Państwu pogodnych
Świąt i szczęśliwego
Nowego Roku

Zespół Pierre Fabre
Oral Care

ELGYDIUM

Anti-Plaque

pasta do zębów

Skutecznie zapobiega tworzeniu
się płytki nazębnej



Pierre Fabre
ORAL CARE

www.eludril.pl

Obwodowy ziarniniak olbrzymiokomórkowy (nadziąślak olbrzymiokomórkowy) – charakterystyka i opis przypadków

Peripheral giant cell granuloma – characteristics and case description

Autorzy Damian Dudek, Edyta Reichman-Warmusz, Andrzej Gruźlewski, Anna Maria Oleksiejuk, Janusz Myrda, Marta Nowak, Mateusz Ożóg, Grażyna Dojutrek-Kłysik i Hanna Kluziak-Muszarska

Streszczenie: Autorzy prezentują 2 przypadki leczenia chirurgicznego obwodowych ziarniniaków olbrzymiokomórkowych oraz ich krótką charakterystykę w oparciu o literaturę. Zmiany zostały potwierdzone wycinkami próbnymi, a następnie usunięte chirurgicznie w sposób optymalnie radykalny. Ostateczne badania guzów potwierdziły wcześniejsze rozpoznania. W okresie od 6 miesięcy do 5 lat obserwacji nie odnotowano wznowy.

Summary: The authors present 2 cases of surgical treatment of peripheral giant cells granulomas and their short characteristics based on the literature. The changes were confirmed clippings trial, and then surgically removed in a way that optimally radical. Final tests confirmed the earlier diagnosis of tumors. In the period from 6 months up to 5 years follow-up there was no recurrence.

Słowa kluczowe: obwodowy ziarniniak olbrzymiokomórkowy, leczenie chirurgiczne.

Key words: peripheral giant cell granuloma, surgical treatment.

Nadziąślaki (epulis) są zaliczane do niezłośliwych guzów tkanek miękkich wyrostków zębodołowych szczęk i części zębodołowej żuchwy. W kontekście etiologii, która nie jest jednoznacznie określona uważa się, iż nie są one nowotworami, lecz powstają wtórnie w wyniku przewlekłego drażnienia tkanek. Do czynników drażniących można zaliczyć m.in. nieprawidłowo wykonane wypełnienia, stany zapalne przyzębia i ruchome uzupełnienia protetyczne. Również w etiologii podaje się wpływ zmian hormonalnych i immunologicznych. Termin „nadziąślak” ma charakter kliniczny i odnosi się do lokalizacji zmiany. Umieszczenie dotyczy najczęściej odcinków uzębionych, rzadziej fragmentów wyrostków pozbawionych zębów. Częściej chorują kobiety niż mężczyźni (1.5-2:1).¹⁻³

Histologicznie nadziąślaki wywodzą się z tkanki przyzębia. W odniesieniu do budowy komórkowej niektórych z nich, bardziej prawidłowym określeniem jest ziarniniak.⁸ Wg klasyfikacji histopatologicznej można wyróżnić 4 typy guzów:

Ziarniniak naczyniowy (pyogenic granuloma, angiogranuloma lub epulis inflammatoria) charakteryzuje się szybkim rozrostem na skutek lokalnego działania czynników drażniących i skłonnością do krwawień. Występuje w 3/4 przypadków w obrębie szczęki, rzadko w żuchwie. Histologicznie stwierdza się ziarninę z obecnością granulocytów obojętnochłonnych. Odczynowy charakter odróżnia zmianę od zapalenia dziąseł, które jest wywołane przez zakażenia bakteryjne.

Obwodowy ziarniniak olbrzymiokomórkowy/nadziąślak olbrzymiokomórkowy (peripheral giant cell granuloma – PGCG) – guz o nieregularnej powierzchni ze skłonnością do owrzodzeń i krwawień. Histologicznie stwierdza się obecność nierównomiernie ułożonych wielojądrazystych komórek olbrzymich, które mogą wykazywać aktywność osteoklastyczną i prowadzić do powierzchniowej erozji tkanki kostnej. Ponadto stwierdza się nieliczne fibroblasty i włókna kolagenowe.

Nadziąślak włóknisty (*peripheral ossifying fibroma*) – wolnorosnąca zmiana o barwie tkanek otaczających, naśladująca zapalenie dziąseł. W obrazie mikroskopowym dominuje tkanka łączna.

Ropień dziąsła (*parulis*) – uszkodzenie jamy ustnej mające postać grudki wypełnionej treścią ropną. Klinicznie mogą wystąpić objawy zapalne o charakterze ostrym. W obrazie histopatologicznym występuje tkanka ziarninowa z dużą ilością naczyń włosowatych.⁵⁻⁷

Wzrost nadziąsłaków ma charakter egzofityczny. Posiadają one przeważnie gładką powierzchnię oraz szpikulę, która wnika do kieszonki dziąsłowej. Co ciekawe, ziarniniak naczyńniowy wykazuje relatywnie dużą skłonność do krwawień pod wpływem niewielkich urazów i może przechodzić w postać włóknistą. Istnieje przypuszczenie, iż ziarniniak naczyńniowy i nadziąślak włóknisty mogą być kolejnymi stadiami rozwoju tej samej zmiany o charakterze rozrostowym.^{1,7} Guzy powinny być wstępnie różnicowane histopatologicznie z nowotworami złośliwymi, jak np.: rak płaskonabłonkowy lub *angiosarcoma*. Także w diagnostyce różnicowej należy uwzględnić tzw. guz brunatny żuchwy w przebiegu nadczynności przytarczyc, który można potwierdzić wstępnie badaniem poziomu wapnia w surowicy krwi. Nadziąsłaki mogą być także jednym z objawów zespołu Klippel-Trénaunaya-Webera.^{6,7}

W aspekcie histologicznym należy także, co niezwykle istotne, uwzględnić wewnątrzcostną zmianę olbrzymiokomórkową (*central giant cell lesion – CGCL*). Jest to guz o niemal identycznym obrazie histologicznym jak obwodowy ziarniniak olbrzymiokomórkowy, jednak może wykazywać agresywność kliniczną, charakteryzującą się proliferacyjnym wzrostem o dynamicznym przebiegu powodującym naciekanie i niszczenie kości oraz tkanek miękkich. Przez lata uważano, iż właśnie nadziąślak/ziarniniak olbrzymiokomórkowy stanowi zewnątrzcostny wariant CGCL, jednak ze względu na odmienną morfogenezę nie uwzględniono obwodowego ziarniniaka olbrzymiokomórkowego w grupie nowotworów zębopochodnych. Olbrzymiokomórkowa zmiana wewnątrzcostna mimo identycznej histologii jest jednak nowotworem, ze względu na zdolność do niszczenia tkanki kostnej i miękkiej oraz występowanie, oprócz postaci nieagresywnej, także wariantu agresywnego, który klinicznie zachowuje się jak klasyczny nowotwór póżłostliwy. Wzrost guza i perforacja na zewnątrz kości do tkanek miękkich często powodują pomyłki diagnostyczne w kierunku błędnego rozpoznania obwodowego ziarniniaka olbrzymiokomórkowego.⁸

Przypadek 1

54-letnia pacjentka zgłosiła się do poradni chirurgii stomatologicznej, skierowana z poradni lekarza rodzinnego, celem diagnostyki i leczenia.



Ryc. 1

Ryc. 1 Pacjentka, lat 59, z wywiadem kardiologicznym. Widoczna zmiana o nieregularnym kształcie.



Ryc. 2

Ryc. 2 Stan po radykalnym usunięciu zmiany wraz z zębami paradontalnymi 33 i 34, marginesem 2 mm błony śluzowej dna jamy ustnej oraz kiretażem kostnym na głębokość ok. 1 mm.

nia zmiany okolice dna jamy ustnej. W wywiadzie ustalono, iż zmiana osiągnęła obecne wymiary przez powolny wzrost w okresie ok. 12 miesięcy (Ryc. 1). Pacjentka nie używała protez ruchomych, stwierdzono jednak zaawansowaną *periodontitis*. Ponadto, pacjentka przebyła 6 miesięcy temu ostry zespół wieńcowy z zawałem i leczenie inwazyjne w postaci założonego stentu powlekanego lekiem (DES – drug elating stent). Pozostawała na podwójnej, wtórnej terapii przeciwplatekowej (kwas acetylosalicylowy 75 mg + kłpidogrel 75 mg na dobę). W oparciu o własne doświadczenia, utrzymano u pacjentki terapię przeciwplatekową.⁹ Pobrano w znieczuleniu miejscowym 4% artykainą z dodatkiem noradrenaliny wycinek próbny, który utrwalono 10% formaliną. Otrzymano wynik: *epulis gigantocellularis*. Nie stwierdzono w rtg cech lizy tkanki kostnej.

W znieczuleniu miejscowym 4% artykainą z dodatkiem noradrenaliny usunięto operacyjne guz wraz z zębami paradontalnymi 33 i 34 oraz

marginesem obwodowym 2 mm zdrowej tkanki miękkiej. Ponadto, stwierdzono nieregularną strukturę podłoża kostnego po usunięciu nadziąśłaka, co mogłoby sugerować jego potencjalną aktywność osteoklastyczną. Wobec tego wykonano zapobiegawczo mechaniczny kiretaż kości w otoczeniu zmiany na głębokość ok. 1 mm przy użyciu frezów z węglików spiekanych. Ranę pokryto zmobilizowanym płatem bez napięcia i zaopatrzone szwami z polidoksanonu w rozmiarze 5-0 (Ryc. 2-4). W czasie zabiegu nie zaobserwowano zwiększonego krwawienia. W badaniu histopatologicznym całości guza potwierdzono wstępne rozpoznanie z wycinka (Ryc. 5).

Po zabiegu zalecono pacjentce stosowanie roztworu chlorheksydy do płukania jamy ustnej i doraźnie meloxicam w dawce 15 mg/dobę. Gojenie przebiegało bez powikłań, nie odnotowano krwawień miejscowych. Szwy usunięto w 7. dobie po operacji. Obserwacja 5-letnia z wizytami kontrolnymi co 6 miesięcy nie wykazała wznowy ziarniniaka.

Przypadek 2

52-letni pacjent, ogólnie zdrowy, skierowany do poradni chirurgii stomatologicznej z poradni ogólnostomatologicznej. Podawał pojawienie się i powiększanie przez ok. 8 miesięcy zmiany okolice zęba 34. Potwierdzono obecność zmiany o kształcie elipsoidalnym, wnikażącej szypułą do kieszonki zęba 34 i położoną dystalnie (Ryc. 6). Pobrano w znieczuleniu miejscowym 4% artykainą z dodatkiem noradrenaliny wycinek próbny, utrwalony 10% formaliną. Otrzymano wynik: *epulis gigantocellularis*. Także tutaj nie stwierdzono w rtg cech lizy tkanki kostnej.

W znieczuleniu miejscowym 4% artykainą z dodatkiem noradrenaliny usunięto operacyjne guz wraz z zębem 34. Ponadto, uwidoczniły się niewielkie „poszarpane” fragmenty błaszki przedsińkowej i okolice dystalnej zębodołu 34. Wykonano dodatkowo obwodową ostektomię w otoczeniu guza z wykorzystaniem narzędzi maszynowych, analogicznie jak w opisanym wcześniej przypadku. Ranę pokryto zmobilizowanym i przesuniętym dystalnie płatem bez napięcia i zaopatrzone szwami z polidoksanonu w rozmiarze 4-0 oraz w okolicy zęba 33 nylonem 6-0 (Ryc. 7-9). Badanie histopatologiczne całego guza potwierdziło rozpoznanie z wycinka próbnego (Ryc. 10-11).

Pacjent stosował po zabiegu płukankę doustną zawierającą chlorheksydynę i doraźnie ke-



Ryc. 3_Guz po usunięciu.

Ryc. 4_Plastyka płatem bez napęcia.

toprofen w dawce dobowej 400 mg. W gojeniu pooperacyjnym nie odnotowano powikłań miejscowych ani ogólnoustrojowych. Szwy zostały usunięte w 7. dobie po zabiegu. W 6-miesięcznej obserwacji klinicznej nie odnotowano cech wznowy guza. Pacjent będzie poddany dalszej kontroli klinicznej w odstępach czasowych 6 miesięcy.

Dyskusja

Leczenie ziarniniaków jest powszechnie praktykowane w chirurgii jamy ustnej. Zmiany te nie stanowią w większości przypadków trudności diagnostycznych i leczniczych. Ograniczony zasięg pozwala na ich wycięcie z niewielkim marginesem zdrowych tkanek. W zaprezentowanych przypadkach usunięcie guzów wraz z zębami znajdującymi się w ich zasięgu, tkanką miękką i mechanicznym kiretażem kostnym znajduje racjonalne uzasadnienie. Autorzy uważają, iż zabiegi operacyjne zostały wykonane optymalnie pod kątem ich radykalności. W pierwszym przypadku obserwacja 5-letnia nie wykazała żadnych cech wznowy, w przypadku drugim, w okresie 6 miesięcy także nie odnotowano nawrotu guza.

Podobnie wykonywane operacje radykalne nadziąsłaków są prezentowane w piśmiennictwie. Ponadto, w niektórych przypadkach nieradykalne postępowanie chirurgiczne może być przyczyną wznowy guza, co również jest opisywane w literaturze przedmiotu.



Ryc. 4