

ID: 2014-12-5-A-4430

Клинический случай

Олейникова Н.М., Жиналиева Ж. К., Никифоров П.В.

### Периферическая гигантоклеточная гранулема (клинический случай)

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

#### Резюме

Представлено описание клинического случая пациента с периферической гигантоклеточной гранулемой

**Ключевые слова:** эпюлис, периферическая гигантоклеточная гранулема, пародонт, лечение эпюлисов

#### Введение

В гистологической классификации опухолей полости рта и ротоглотки периферическая гранулема значителен как гигантоклеточный эпюлис. Ввиду весьма разнообразного патоморфологического строения эпюлисов и различного понимания сути этого заболевания считается, что эпюлис - понятие собирательное, объединяющее различные по своей природе опухоли и опухолеподобные поражения челюстей с локализацией патологического процесса в области десен.

Эпюлис представляет собой мягкотканое образование, связанное с помощью ножки или широкого основания с десной - альвеолярным краем челюсти. Чаще процесс затрагивает верхнюю челюсть в области премоляров и фронтальной группы зубов или вестибулярную поверхность нижней, т.е. имеет место «эквиллокальность» образования.

Причиной возникновения эпюлисов чаще всего бывает длительная травма десны зубным камнем, краем разрушенного зуба, нависающей пломбой, кламером или некачественным протезом. Предрасполагающим фактором являются аномалии положения зубов, патология прикуса и гормональные нарушения.

С учетом клинко-морфологических и гистологических особенностей различают фиброматозный, ангиоматозный и гигантоклеточный эпюлис. Первые два являются следствием выраженной продуктивной тканевой реакции при хроническом воспалении десны. Среди гигантоклеточных эпюлисов в свою очередь выделяют периферическую гигантоклеточную гранулему, развивающуюся из тканей десны, и центральную, или репаративную, гигантоклеточную гранулему, возникающую из кости альвеолярного отростка. Фиброматозный эпюлис имеет округлую или неправильную форму, располагается с вестибулярной стороны десны на широком, реже узком основании и прилежит к зубам; покрыт слизистой оболочкой бледно-розового цвета, имеет гладкую или бугристую поверхность, плотно-эластическую консистенцию, безболезненный, не кровоточит, характеризуется медленным ростом. Ангиоматозный эпюлис располагается у шейки зуба, имеет мелкобугристую, реже гладкую поверхность, ярко-красный цвет с цианотичным оттенком, сравнительно мягкую консистенцию. Кровоточит даже при легком травмировании. Периферическая гигантоклеточная гранулема - безболезненное образование округлой или овальной формы с бугристой поверхностью, мягкой или упруго-эластической консистенции, синюшно-багрового цвета с коричневым оттенком. Развивается на альвеолярной части челюсти, кровоточит, растет медленно, может достигать значительных размеров, легко травмируется, при этом образуются эрозии и изъязвления. На поверхности обычно видны вдавления от зубов антагонистов. Для всех эпюлисов и главным образом для гигантоклеточного характерно смещение соседних с ними зубов, которые затем становятся подвижными. Особое место среди эпюлисов занимает врожденный (эпюлис новорожденных), который выявляется на беззубых челюстях. Может достигать больших размеров. Клинически он выглядит в виде опухолевидного образования округлой формы красного цвета на ножке. При травме кровоточит. По своей сути это один из вариантов ангиоматозного эпюлиса.

Рентгенологическое исследование фиброматозных эпюлисов часто костных изменений не выявляет, только иногда в их центральной части отмечается участок обызвествления. При ангиоматозных эпюлисах в большинстве случаев в костной ткани выявляются такие изменения, которые наблюдаются при костных капиллярных гемангиомах. При гигантоклеточных эпюлисах в костной ткани часто обнаруживаются участки деструкции, распространяющиеся в глубину с нечеткими контурами и без периостальной реакции.

Лечение заключается в устранении фактора, который способствовал развитию эпюлиса (если таковой выявлен) и иссечению образования вместе с надкостницей. Зубы в области эпюлиса удаляют лишь при значительной подвижности и чрезмерном обнажении корней. При нерадикально выполненной операции возникает рецидив.

#### Описание клинического случая

Мальчик 8 лет обратился в детское отделение стоматологической поликлиники №5 г. Саратова с жалобами на безболезненное образование на альвеолярном отростке фронтального отдела верхней челюсти, появившегося около года назад. Со слов родителей новообразование появилось после удаления зуба 5.2 в связи с его подвижностью (по срокам - физиологическое рассасыванием корня). Образование довольно быстро увеличивалось в размерах и не исчезло после прорезывания постоянного зуба 1.2. В стоматологическом кабинете по месту жительства зубной врач попытался удалить содержимое опухоли путем прокалывания, но образование не уменьшилось и продолжало расти. В сентябре 2014 года ребенок был направлен на консультацию в детскую стоматологическую поликлинику г. Саратова.

На момент осмотра мальчик практически здоров. Семейный анамнез без особенностей. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы, видимые слизистые оболочки чистые, умеренно увлажнены. Открывание рта свободное, безболезненное, в

полном объеме. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре преддверия полости рта во фронтальном отделе альвеолярного отростка верхней челюсти между зубами 1.1 и 1.2 определялось опухолевидное образование округло-овальной формы на ножке, размером 1x1.5 см с бугристой поверхностью буровато-синюшного цвета, упруго-эластической консистенции, безболезненное при пальпации. Рис.1 На внутриротовой контактной рентгенограмме верхней челюсти в области зубов 1.1 и 1.2 изменений со стороны костной ткани не выявлено. На основании жалоб, анамнеза заболевания, клинических, рентгенологических данных, проведения дифференциальной диагностики был поставлен диагноз: периферическая гигантоклеточная гранулема.

Пациенту была проведена операция иссечения новообразования с последующим кюретажем под местным инфильтрационным обезболиванием. Наложены узловые швы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рис.2 Образец ткани был отправлен на гистологическое исследование. Микроскопически определено большое количество многоядерных гигантских клеток (10-15 ядер) и макрофагов, единичные тучные клетки, гранулы гемосидерина. Соединительная ткань стромы состояла из крупных фибробластов с кавернозными ядрами. Заключение гистологического исследования: гигантоклеточный эпюлис (Рис.3).



Рисунок 1. Новообразование до операции



Рисунок 2. Наложен послеоперационный шов кетгутом



Рисунок 3. Удаленное образование

### Обсуждение

Периферическая гигантоклеточная гранулема развивается преимущественно в костях лицевого черепа и в челюстных костях, хотя может иметь и иную локализацию. Как правило, развивается бессимптомно. Рост опухоли достаточно медленный. Заболевание протекает без болевого синдрома; может развиваться у пациентов любой возрастной группы, но чаще выявляется до 30 лет. Особенностью клинико-рентгенологической картины гигантоклеточного эпюлиса у детей является появление первых признаков заболевания во время смены зубов, ретенция зубов в зоне поражения и дивергенция корней зубов. Стандартом лечения периферической гигантоклеточной гранулемы считается иссечение образования в пределах здоровой ткани с разрушением ростковой зоны. Во многих случаях, если поражение затрагивает непрорезавшийся зуб, в стандарт лечения помимо удаления опухоли входит также экстракция зубов. В данном случае было выполнено иссечение образования с кюретажем, как наиболее предпочтительный метод лечения при опухолях небольшого размера. Для агрессивных образований чаще выполняется хирургическая резекция пораженного участка. У детей при незначительных патологических изменениях в подлежащей костной ткани операцией выбора при хирургическом лечении периферических гигантоклеточных гранулем может быть лазерное иссечение образования. Всем детям, поступающим на лечение с диагнозом “эпулис” необходимо провести рентгенологическое обследование для проведения дифференциальной диагностики и определения адекватного объема хирургического лечения. При лечении эпюлисов воспалительной природы после иссечения, особенно в случае рецидивов, рекомендуется введение гидрокортизона в виде инъекций (трехкратно по 1 мл) в переходную складку свода преддверия полости рта. Профилактика возникновения эпюлисов заключается в своевременной санации полости рта и предупреждении травмирования десны.

### Литература

1. Колесов А.А., Рогинский В.В. Диагностика опухолей челюстно-лицевой области у детей.- Стоматология 1973. №3. С.62-63.
2. Солнцев А.М. и Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. Киев. 1985. 46 с.
3. Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Предраковые состояния, опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи. М. 1993. С.147-150.
4. Шорстов Я.В. Гигантоклеточные новообразования челюстных костей у детей и подростков Дисс.кан.мед.наук. 2003.
5. Кутвицкая Е.В. Гигантоклеточные образования костей лицевого скелета у детей. Дисс.кан.мед.наук 2011г. 6. Основные аспекты этиологической профилактики пародонтопатий у детей и подростков. Саратовский научно-медицинский журнал. Т.7. №1. 2011. С. 234-239.