

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ CASE REPORT

Ευμεγέθεις κύστεις γνάθων – Διαγνωστική προσέγγιση και αντιμετώπιση Παρουσίαση περιπτώσεων

Οι κύστεις είναι παθολογικές κοιλότητες που επενδύονται από επιθήλιο και περιέχουν υγρό, συνήθως ορώδες, οροαιματηρό ή και πύον και εντοπίζονται τόσο στους μαλακούς ιστούς όσο και στο οστό της γνάθου. Οι ευμεγέθεις οστικές κύστεις, διαμέτρου 4,5 cm και άνω, αποτελούν το αντικείμενο της παρούσας εργασίας. Παρουσιάζονται 5 από τις 22 περιπτώσεις ευμεγέθων κύστεων γνάθων που αντιμετωπίστηκαν την τελευταία πενταετία στο Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Γίνεται αναφορά στη διαγνωστική προσέγγιση και στην αντιμετώπιση των κύστεων, με ή χωρίς τη χρήση οστικών μοσχευμάτων και πλάκα αποκατάστασης τιτανίου. Η τεχνική η οποία εφαρμόστηκε με καλά αποτελέσματα είναι αυτή της εκπυρήνισης και του ευρύτατου χειρουργικού καθαρισμού, με ή χωρίς τοποθέτηση οστικών μοσχευμάτων και πλάκας αποκατάστασης κατά περίπτωση.

Οι κύστεις είναι παθολογικές κοιλότητες που επενδύονται από επιθήλιο και περιέχουν υγρό, συνήθως ορώδες ή οροαιματηρό, ή και πύον. Η ανάπτυξή τους είναι βραδεία, αυξάνονται προοδευτικά με τον μηχανισμό της υδροστατικής πίεσης και σε μερικές περιπτώσεις λαμβάνουν τεράστιες διαστάσεις.¹ Πολλοί όγκοι εμφανίζουν τα κλινικά χαρακτηριστικά των κύστεων και γι' αυτόν τον λόγο η ταξινόμηση των κύστεων στις γνάθους είναι πολύ σημαντική για τη διαγνωστική προσέγγιση και για την αντιμετώπισή τους. Πολλοί ερευνητές έχουν προτείνει συστήματα ταξινόμησης, αλλά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) πρότεινε το 1992 ένα σύστημα που είναι αποδεκτό από όλη την επιστημονική κοινότητα.² Σύμφωνα με αυτό, οι κύστεις στις γνάθους ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: στις οδοντογενείς και στις μη οδοντογενείς. Με μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζονται οι οδοντογενείς κύστεις, που προέρχονται από έγκλειστα επιθηλιακά κατάλοιπα της οδοντικής ταινίας. Μη οδοντογενείς κύστεις είναι αυτές που προέρχονται από ιστούς άλλους από εκείνους που εμπλέκονται στην ανάπτυξη των δοντιών και μπορεί να περιλαμβάνουν ιστούς, όπως επιθήλιο από τη μύτη, το ιγμόρειο κ.ά. Οι οδοντογενείς

κύστεις υποδιαιρούνται περαιτέρω σε αναπτυξιακές και σε φλεγμονώδεις (πίν. 1). Ο ΠΟΥ το 2005 σε ταξινόμησή του κατατάσσει τις οδοντογενείς κερατινοκύστεις στα καλοήγη νεοπλάσματα και προτείνει τον όρο κερατινοκυστικός οδοντογενής όγκος (KCOT), η αντιμετώπιση των οποίων έχει απασχολήσει τη διεθνή βιβλιογραφία.³ Το 2017, όμως, στη νέα κατάταξή του, ο ΠΟΥ επανέφερε τον όρο οδοντογενής κερατινοκύστη (ΟΚΚ).⁴ Τα τέσσερα πιο συχνά είδη κύστεων είναι οι ακρορριζικές κύστεις (52,3%), οι οδοντοφόρες κύστεις (18,1%), οι οδοντογενείς κερατινοκύστεις (11,6%) και οι υπολειμματικές κύστεις (8%).¹

Η λήψη του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, η κλινική εξέταση και ο απαιτούμενος απεικονιστικός και εργαστηριακός έλεγχος συμβάλλουν στη διάγνωση των κύστεων στις γνάθους.⁵ Η αντιμετώπιση των κύστεων ποικίλλει και εξαρτάται συνήθως από το μέγεθός τους και τον ιστολογικό τύπο της βλάβης. Οι κύστεις των γνάθων αντιμετωπίζονται χειρουργικά είτε με μαρσιποποίηση-αποσυμπίεση ή εκπυρήνιση είτε με σταδιακή συνδυαστική αντιμετώπιση των δύο προηγούμενων τεχνικών. Σε ορισμένες περιπτώσεις συνιστάται η εκπυρήνιση με οστική απόξεση ή ακόμη

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2020, 37(6):782-790
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2020, 37(6):782-790

Α.Σ. Τζώρτζης,¹
Γ. Τζώρτζης²

¹Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

²Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, Τρίπολη

Large cysts of the jaws: Diagnosis and treatment. A case series

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αποκατάσταση
Διάγνωση
Εκπυρήνιση
Ευμεγέθεις κύστεις γνάθων
Χειρουργική αντιμετώπιση

Υποβλήθηκε 13.4.2020

Εγκρίθηκε 25.6.2020

Πίνακας 1. Ταξινόμηση κύστεων γνάθων.²

Οδοντογενείς κύστεις	Μη οδοντογενείς κύστεις
A. Αναπτυσιακές	Ρινοϋπερώια κύστη
Οδοντογενής κερατινοκύστη	Ρινοχειλική κύστη
Οδοντοφόρος κύστη	
Κύστη ανατολής	
Πλάγια περιοδοντική κύστη	
Ενασβεστωμένη οδοντογενής κύστη	
B. Φλεγμονώδεις	
Ακρορριζική κύστη	
Υπολειμματική κύστη	
Περιοδοντική κύστη	

και με περιφερική ή τμηματική οστεκτομή. Σε μεγάλες κυστικές βλάβες, όπου μπορεί να προκύψει εκτεταμένο οστικό έλλειμμα, είναι δυνατόν ταυτόχρονα να γίνει και αποκατάσταση του οστικού ελλείμματος με τη χρήση οστικού μοσχεύματος με ή χωρίς πλάκα αποκατάστασης από τιτάνιο.⁶⁻¹⁰

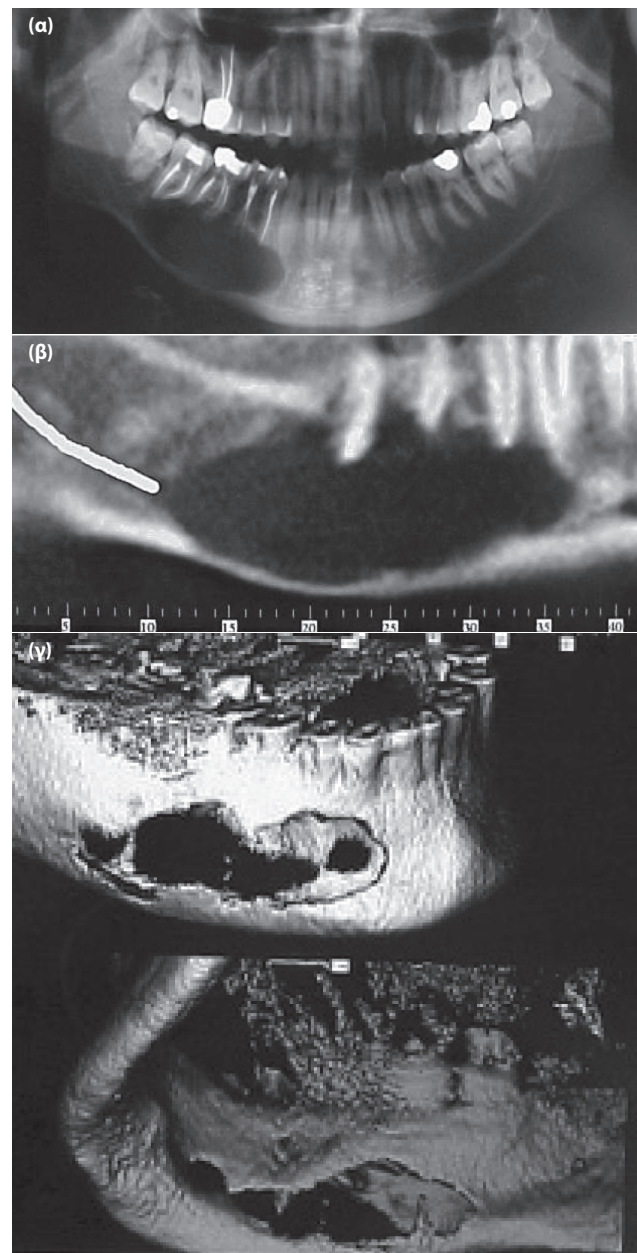
Περιγράφεται η αντιμετώπιση πέντε μεγάλων κυστικών αλλοιώσεων στις γνάθους από τις τέσσερις κατηγορίες οδοντογενών κύστεων των γνάθων με τη μεγαλύτερη συχνότητα, με τεχνικές εκπυρήνισης και ευρύτατου χειρουργικού καθαρισμού, με τη διατήρηση των συμμετεχόντων οδόντων εκεί που ήταν δυνατόν με ή χωρίς τοποθέτηση οστικών μοσχευμάτων και πλάκας αποκατάστασης τιτανίου. Μέσω των περιπτώσεων παρουσιάζεται η διαγνωστική και η θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθήθηκε, καθώς και η εμπειρία από την αντιμετώπισή τους στο Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής (ΣΓΠΧ) του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Περίπτωση 1

Ασθενής 45 ετών προσήλθε στο τμήμα ΣΓΠΧ του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση περιακρορριζικής κύστης στην περιοχή της κάτω γνάθου δεξιά. Η κλινική εξέταση ανέδειξε διόγκωση στην προστομαϊκή αύλακα σύστοιχα της βλάβης και κατά την ψηλάφηση παρατηρήθηκε κλυδασμός στην περιοχή, πόνος και εκροή πύου. Η πανοραμική ακτινογραφία έδειξε μια ακτινοδιαυγαστική αλλοίωση στην περιοχή των 44, 45, 46, 47, στα οποία είχε προηγηθεί ενδοδοντική θεραπεία. Η υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (cone beam computed tomography, CBCT) ανέδειξε τρισδιάστατα την έκταση της βλάβης, η οποία είχε δια-

βρώσει το προστομαϊκό και το γλωσσικό πέταλο της κάτω γνάθου, και επίσης έδωσε επί πλέον πληροφορίες για τη σχέση της κύστης με τον πόρο του κάτω φατνιακού νεύρου που ήταν σε άμεση γεινίαση (εικ. 1α-1γ). Η εκπυρήνιση της κύστης μαζί με ακρορριζεκτομή σε όλα τα εμπλεκόμενα δόντια επιλέχθηκε ως θεραπεία, ενώ ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην προστασία του κάτω φατνιακού νεύρου (εικ. 2). Η επέμβαση έγινε υπό τοπική αναισθησία με προστομαϊκό κρημνό και η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε την αρχική διάγνωση της περιακρορριζικής κύστης.



Εικόνα 1. (α) Πανοραμική ακτινογραφία και (β, γ) υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) ασθενούς με μεγάλη περιακρορριζική κύστη στην περιοχή της κάτω γνάθου δεξιά.



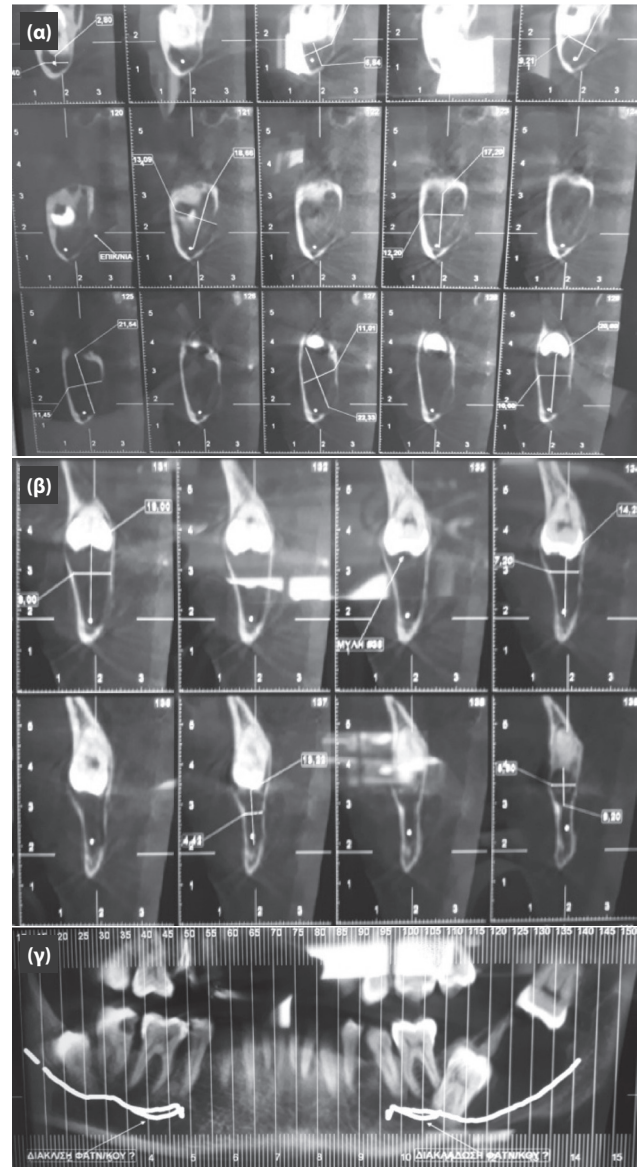
Εικόνα 2. Εκπυρήνιση της κύστης μαζί με ακρορριζεκτομή σε όλα τα εμπλεκόμενα δόντια.

Περίπτωση 2

Ασθενής 62 ετών προσήλθε στο τμήμα ΣΓΠΧ λόγω οιδήματος και πόνου στην περιοχή της γωνίας της κάτω γνάθου αριστερά. Υποβλήθηκε, στο πλαίσιο διερεύνησης της νόσου, σε πανοραμική ακτινογραφία και σε CBCT. Ακτινογραφικά η βλάβη είχε την τυπική εικόνα οδοντοφόρου κύστης ως μονόχωρη, καλά περιγεγραμμένη οστεολυτική βλάβη με σκλήρυνση του οστού στα όριά της, που περιέκλειε τις μύλες δύο εγκλείστων οδόντων, του 47 και 48 (εικ. 3α–3γ). Η ασθενής υποβλήθηκε, υπό γενική αναισθησία, αρχικά με ενδοστοματική προσπέλαση σε αφαίρεση της οδοντοφόρου κύστης με εκπυρήνιση, και ταυτόχρονα συναφαίρεση των δύο παρεκτοπισμένων εγκλείστων οδόντων, η εξαγωγή των οποίων ήταν εργώδης (εικ. 4). Διεγχειρητικά, λόγω του μεγάλου οστικού ελλείμματος που προέκυψε, κρίθηκε αναγκαία η τοποθέτηση πλάκας αποκατάστασης τιτανίου με υπογνάθια προσπέλαση, για την αποφυγή παθολογικού κατάγματος (εικ. 5α, β). Στις εικόνες 6α, 6β, 7 παρουσιάζεται η άμεση μετεγχειρητική εικόνα της ασθενούς, οι μετεγχειρητικές ακτινογραφίες, καθώς και ενδοστοματικά η επούλωση του βλεννογόνου, που επιτεύχθηκε κατά πρώτο σκοπό.

Περίπτωση 3

Ασθενής 35 ετών προσήλθε στο τμήμα ΣΓΠΧ λόγω οιδήματος και πόνου στην περιοχή της άνω γνάθου. Κλινικά διαπιστώθηκε έκπτυξη της ουλοπαραριακής αύλακας και κλυδασμός. Στο ιστορικό αναφερόταν και εκροή πύου από τη δεξιά ρινική θάλαμη. Υποβλήθηκε σε πανοραμική ακτινογραφία και σε CBCT. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε την τυπική εικόνα οδοντοφόρου κύστης. Επρόκειτο



Εικόνα 3. (α, β, γ) Υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) οδοντοφόρου κύστης. Απεικονίζεται ως μονόχωρη, καλά περιγεγραμμένη οστεολυτική βλάβη με σκλήρυνση του οστού στα όριά της, που περιεκλείει τις μύλες των εγκλείστων οδόντων 47 και 48.

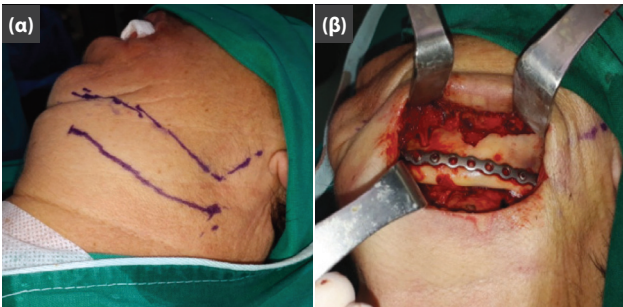
για μονόχωρη κυστική βλάβη, η οποία επεκτεινόταν από την περιοχή του πρώτου γομφίου δεξιά 16 έως και του κεντρικού 21. Επίσης, υπήρξε παρεκτοπισμένο έκτοπο δόντι σε επαφή με τη βάση της μύτης (εικ. 8α–8γ). Αρχικά πραγματοποιήθηκαν ενδοδοντικές θεραπείες των οδόντων που συμμετείχαν στην κυστική βλάβη και στη συνέχεια, υπό γενική αναισθησία, εκπυρήνιση της βλάβης, ευρύτατος χειρουργικός καθαρισμός, αφαίρεση του έκτοπου δοντιού που ήταν σε άμεση επαφή με τον ρινικό βλεννογόνο και, τέλος, ακρορριζεκτομές των εμπλεκόμενων οδόντων. Διεγχειρητικά παρατηρήθηκε διάτρηση του ρινικού βλεν-



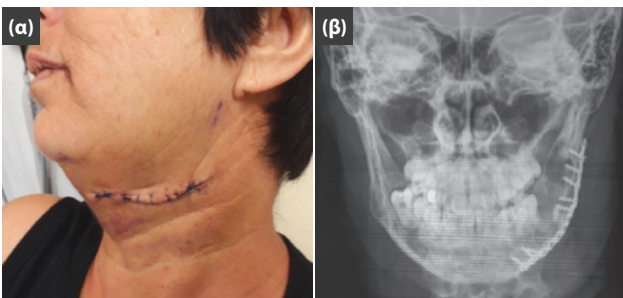
Εικόνα 4. Εκπυρήνιση της κύστης με ενδοστοματική προσπέλαση και αφαίρεση των εγκλείστων οδόντων.



Εικόνα 7. Η επούλωση της βλάβης ενδοστοματικά.

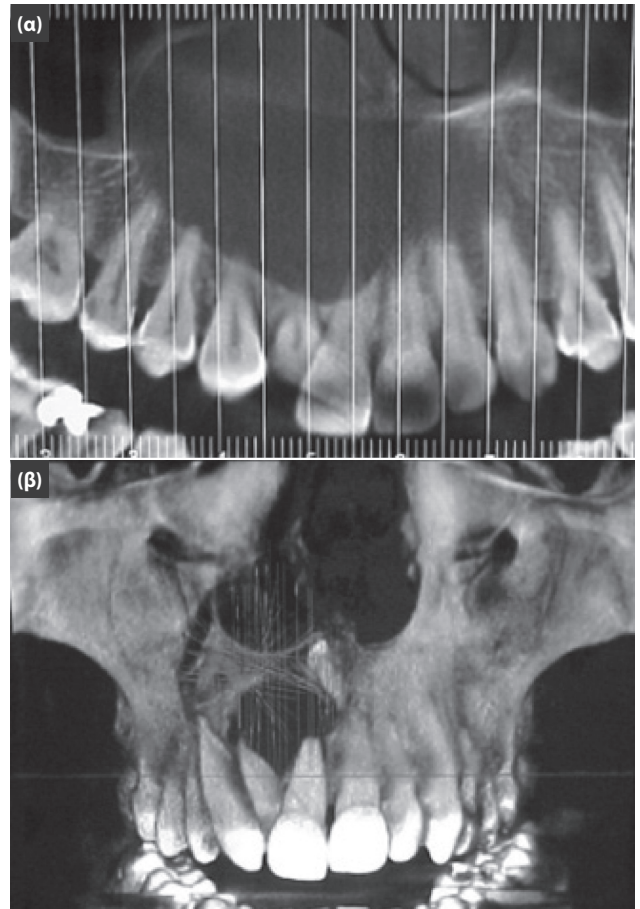


Εικόνα 5. (α, β) Τοποθέτηση πλάκας αποκατάστασης τιτανίου με υπογνάθια εξωστοματική προσπέλαση.

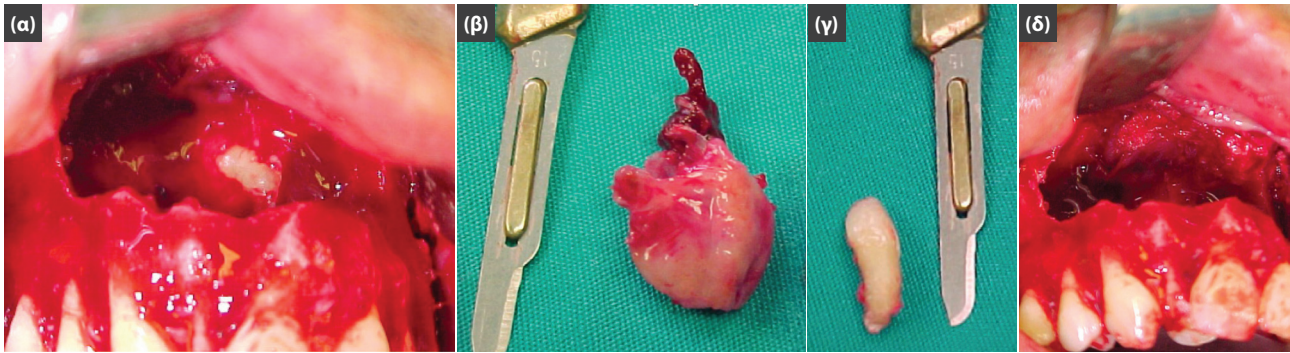


Εικόνα 6. (α, β) Άμεση μετεγχειρητική εικόνα της ασθενούς και απεικονιστικός έλεγχος.

νογόνου (εικ. 9α–9δ). Στο εκτεταμένο οστικό έλλειμμα τοποθετήθηκε αλλομόσχευμα μαζί με μεμβράνη κολλαγόνου (εικ. 10). Μετεγχειρητικά, στην πανοραμική ακτινογραφία διαπιστώθηκε η οστική επούλωση της βλάβης (εικ. 11).



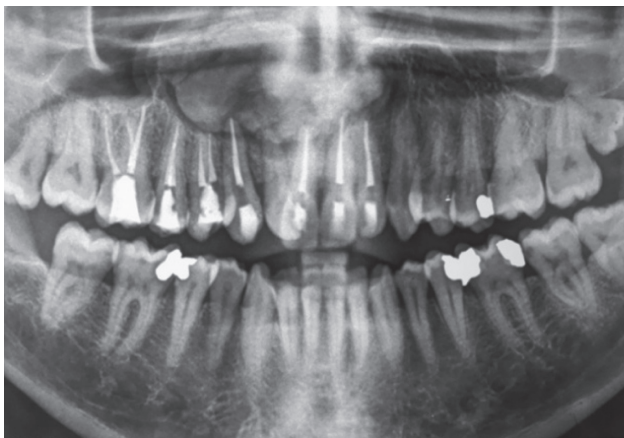
Εικόνα 8. (α, β) Υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) του ασθενούς. Απεικονίζεται η μονόχωρη κυστική βλάβη, η οποία επεκτεινόταν από την περιοχή του πρώτου γομφίου δεξιά 16 έως και του κεντρικού 21, καθώς και το παρεκτοπισμένο δόντι σε επαφή με τη βάση της ρινός.



Εικόνα 9. (α) Εκπυρήνιση της κύστης. (β) Το περιεχόμενο της βλάβης. (γ) Το έκτοπο δόντι. (δ) Διάτρηση του ρινικού βλεννογόνου.



Εικόνα 10. Τοποθέτηση στο οστικό έλλειμμα αλλομοσχεύματος μαζί με μεμβράνη κολλαγόνου.



Εικόνα 11. Μετεγχειρητική πανοραμική ακτινογραφία και η οστική επούλωση της βλάβης.

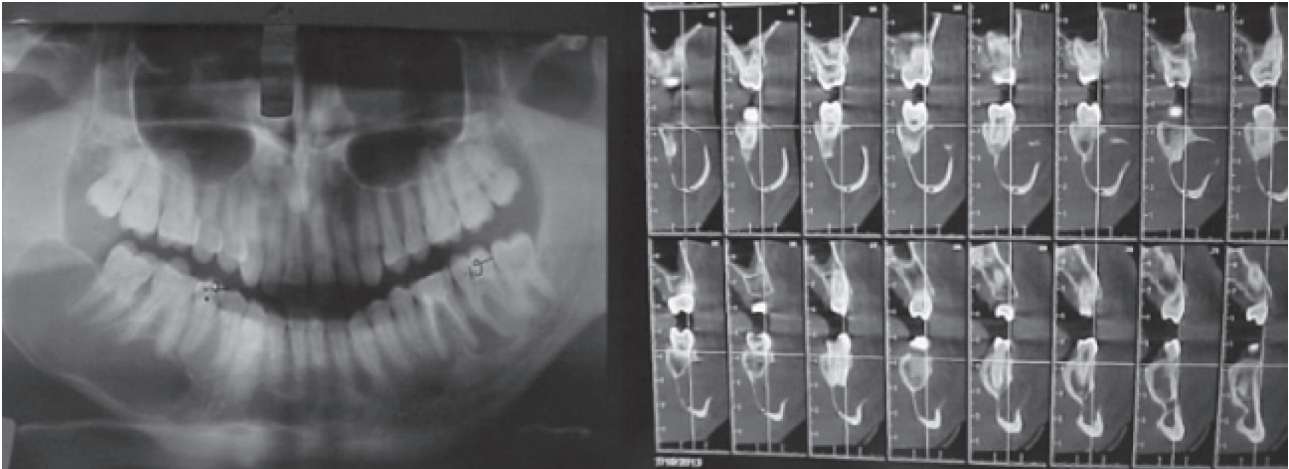
Περίπτωση 4

Ασθενής 30 ετών προσήλθε στο τμήμα ΣΓΠΧ λόγω υποτροπής κυστικής βλάβης στην περιοχή της γωνίας της κάτω

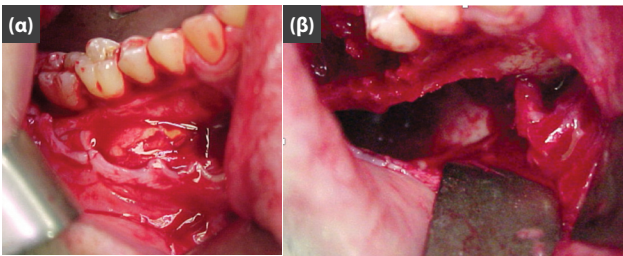
γνάθου δεξιά. Κατά την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκε διόγκωση στη σύστοιχη περιοχή, αλλά ο ασθενής ανέφερε υπαισθησία στο κάτω χείλος. Στο ιστορικό αναφερόταν ότι πριν από 10 έτη είχε υποβληθεί σε άλλο νοσοκομείο σε χειρουργική αφαίρεση τρίτου εγκλείστου και συνοδού κυστικής βλάβης σύστοιχα, χωρίς να προσκομίσει ιστολογική εξέταση. Η πανοραμική ακτινογραφία και η CBCT έδειξαν ότι επρόκειτο για μονόχωρη βλάβη με κυματοειδή όρια (εικ. 12). Η αρχική διάγνωση ήταν οδοντογενής κερατινοκύστη, όπως επιβεβαιώθηκε και από την ιστολογική εξέταση. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση εκπυρήνισης της βλάβης και ευρύτατου χειρουργικού καθαρισμού, περιφερικής οστεκτομής και ταυτόχρονα σε χειρουργική εξαγωγή του 47 και 46 οδόντα. Διεγχειρητικά, στις εικόνες 13α, β φαίνεται το χαρακτηριστικά τυροειδές περιεχόμενο της βλάβης, καθώς και η παρασκευή και η μετάθεση του γενεϊακού νεύρου. Στο εκτεταμένο οστικό έλλειμμα τοποθετήθηκε αλλομόσχευμα και έγινε σύγκλιση κατά πρώτο σκοπό. Με εξωστοματική υπογνάθια προσπέλαση πραγματοποιήθηκε και η τοποθέτηση πλάκας τιτανίου (εικ. 14α). Στην πανοραμική ακτινογραφία 6 μήνες μετά φαίνεται η οστική επούλωση (εικ. 14β).

Περίπτωση 5

Ασθενής 80 ετών προσήλθε στο τμήμα ΣΓΠΧ λόγω οιδήματος και πόνου στην πρόσθια περιοχή της νωδής άνω γνάθου, με το χαρακτηριστικό κυανούν χρώμα της βλάβης (εικ. 15α). Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε έκπτωση της ουλοπαρειακής αύλακας και κλυδασμός. Στο ιστορικό αναφερόταν χαρακτηριστικά ότι ο ασθενής δεν μπορούσε να τοποθετήσει την οδοντοστοιχία του. Υποβλήθηκε σε πανοραμική ακτινογραφία και σε CBCT. Ο απεικονιστικός έλεγχος έδειξε ότι επρόκειτο για μονόχωρη κυστική βλάβη, η οποία επεκτεινόταν και διηθούσε τη βάση της δεξιάς ρινικής θαλάμης (εικ. 15β). Η αρχική διάγνωση της βλάβης ήταν υπολειμματική κύστη, που επιβεβαιώθηκε και ιστολογικά. Ο ασθενής υποβλήθηκε, υπό γενική αναισθησία, σε εκπυ-



Εικόνα 12. Πανοραμική ακτινογραφία και υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) του ασθενούς. Υποτροπή μονόχωρης βλάβης με κυματοειδή όρια.



Εικόνα 13. (α) Διεγχειρητικά, το τυροειδές περιεχόμενο της βλάβης. **(β)** Παρασκευή και μετάθεση του γενεϊακού νεύρου σύστοιχα κατά την εκπυρήνιση της βλάβης.

ρήνιση της βλάβης και έγινε επούλωση κατά πρώτο σκοπό (εικ. 16α). Στην εικόνα 16β φαίνεται άμεσα ενδοστοματικά η μετεγχειρητική εικόνα του ασθενούς.

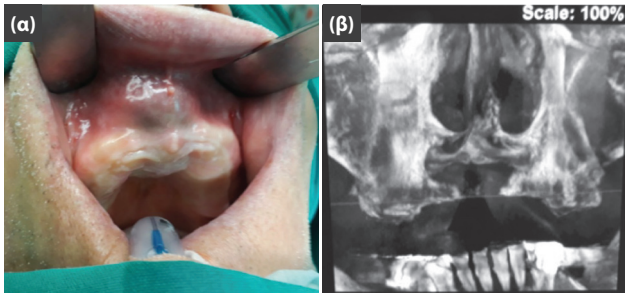
ΣΧΟΛΙΟ

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι κύστεις είναι

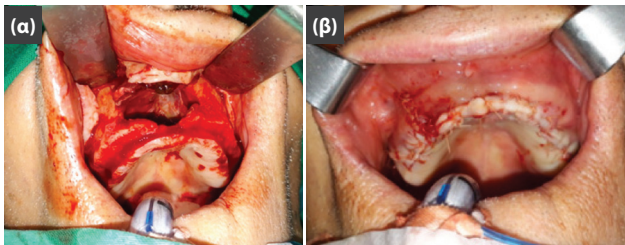
ανώδυνες και ανακαλύπτονται συνήθως ύστερα από τυχαία ακτινολογική εξέταση, ιδίως όταν πρόκειται για μικρές/μεσαίες αλλοιώσεις. Κλινικά σημεία και συμπτώματα παρουσιάζονται όταν πλέον η κύστη έχει λάβει τέτοιες διαστάσεις, ώστε να απωθούνται και να διαβρώνονται τα οστικά πέταλα. Κατά την κλινική εξέταση και την ψηλάφηση διαπιστώνονται αλλαγή χρώματος των ιστών της περιοχής, διόγκωση, κλυδασμός, καθώς και μετακίνηση γειτονικών οδόντων. Η ανάπτυξη της κύστης μπορεί να προκαλέσει επέκταση και βλάβη σε γειτονικές ανατομικές δομές, όπως στον γναθιαίο πόρο, στο ιγμόρειο και αλλού. Επίσης, μπορεί να λείπει δόντι από τον φυσιολογικό οδοντικό φραγμό και να είναι έκτοπο (συνήθως ο τρίτος γομφίος της κάτω γνάθου). Μπορεί να προκαλέσει δυσμορφία και ασυμμετρία του προσώπου, καθώς και παθολογικό κάταγμα. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι μεγάλες κύστεις διαγιγνώσκονται ύστερα από εμφανή λοίμωξη της περιοχής (πόνος, οίδημα) όπου συνήθως, μετά την οξεία φάση, αναπτύσσεται συριγγώδες στόμιο που θέτει την υποψία παθολογικής κατάστασης.^{9,11}



Εικόνα 14. (α) Εξωστοματική υπογνάθια προσπέλαση για την τοποθέτηση πλάκας αποκατάστασης τιτανίου. **(β)** Η οστική επούλωση 6 μήνες μετά, όπως διαφαίνεται στην πανοραμική ακτινογραφία.



Εικόνα 15. (α) Η κλινική εικόνα της βλάβης και (β) απεικονιστικός έλεγχος.



Εικόνα 16. (α) Εκπυρήνιση της βλάβης και (β) επούλωση κατά πρώτο σκοπό.

Ο απεικονιστικός έλεγχος με πανοραμική ακτινογραφία συμβάλλει στη διάγνωση οστεολυτικών αλλοιώσεων στις γνάθους. Οι ενδοοστικές βλάβες συνήθως εμφανίζουν μια μονόχωρη διαύγαση που συχνά αφορίζεται από σκιερή παρυφή (σκληρυντικό όριο), πάχους και έντασης ανάλογα με τον βαθμό αντίστασης του περίξ οστού. Οι παρακείμενες ρίζες συνήθως απωθούνται, αλλά πολλές φορές μπορεί και να διαβρώνονται. Η βλάβη ενδέχεται να είναι πολύχωρη με ομαλά ωσειδή όρια ή και κυματοειδή, να περιλαμβάνει έγκλειστα δόντια (οδοντοφόρος κύστη), να απωθεί ή να διαβρώνει τα τοιχώματα του ιγμόρειου άντρου. Η πανοραμική ακτινογραφία είναι διαγνωστική για την αντιμετώπιση μικρών κύστεων, αλλά σε πολλές περιπτώσεις χρειάζονται περισσότερες πληροφορίες για το μέγεθος της βλάβης, τα όριά της και την επέκτασή της στις γύρω ανατομικές δομές ή και στους γύρω μαλακούς ιστούς. Συνήθως, η CBCT, η αξονική τομογραφία (computed tomography, CT) και η μαγνητική τομογραφία (magnetic resonance imaging, MRI) παρέχουν περισσότερα στοιχεία στη διαγνωστική προσέγγιση και στις θεραπευτικές επιλογές, καθώς και για τη μετεγχειρητική παρακολούθηση του περιστατικού. Η υψηλής ανάλυσης MRI (high resolution MRI) μπορεί να δώσει ιδιαίτερες πληροφορίες όσον αφορά στο τοίχωμα της κύστης και στην αρχιτεκτονική του, στο περιεχόμενό της, καθώς και για την ύπαρξη φλεγμονώδους διαδικασίας του οστού, και ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις όπου στη βλάβη μετέχει ο μυελός των οστών.^{5,12-14}

Η παρακέντηση FNAC (fine needle aspiration cytology) συνιστά αναγκαία διαγνωστική εξέταση για κυστικές βλάβες >1,5 cm. Με την εξέταση αυτή ελέγχεται το είδος και η φύση του περιεχομένου. Ο μικροσκοπικός έλεγχος που ακολουθεί μπορεί να συμβάλλει στην ακριβή διάγνωση του είδους μιας κύστης.^{15,16}

Η αντιμετώπιση των κύστεων ποικίλλει και εξαρτάται συνήθως από το μέγεθος και τον ιστολογικό τύπο της βλάβης. Οι κύστες των γνάθων αντιμετωπίζονται είτε με αποσυμπίεση-μαρσιποποίηση ή εκπυρήνιση είτε με σταδιακή συνδυαστική αντιμετώπιση των δύο προηγούμενων τεχνικών.^{16,17} Σε ορισμένες περιπτώσεις συνιστάται η εκπυρήνιση με οστική απόξεση ή ακόμη και με περιφερική ή τμηματική οστεκτομή.¹⁸ Σε μεγάλες κυστικές βλάβες, και συχνότερα στις οδοντογενείς κερατινοκύστες, όπου μπορεί να προκύψει εκτεταμένο οστικό έλλειμμα, είναι δυνατόν να γίνει ταυτόχρονα και αποκατάσταση του οστικού ελλείμματος με τη χρήση οστικού μοσχεύματος με ή χωρίς πλάκα αποκατάστασης τιτανίου.^{9,10,19,20}

Η αποσυμπίεση γίνεται δημιουργώντας ένα μικρό άνοιγμα στην κύστη, το οποίο διατηρείται με την τοποθέτηση μιας παροχέτευσης, συνήθως ελαστικού σωλήνα ή άλλης πρόθεσης. Η τεχνική αυτή συνδυάζεται συνήθως στη συνέχεια με εκπυρήνιση και ενδείκνυται σε νεαρά άτομα εκεί όπου υπάρχουν σπέρματα δοντιών.¹⁷

Η μαρσιποποίηση, η οποία περιγράφηκε από τον Partsch το 1892, είναι η μέθοδος που μπορεί να εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση μεγάλων κυστικών αλλοιώσεων, ανοίγοντας ένα παράθυρο πάνω στην κύστη το οποίο διατηρείται με την τοποθέτηση γάζας ιωδοφορμίου.²¹ Η τεχνική της μαρσιποποίησης περιλαμβάνει τομή και αποκόλληση του βλεννογονοπεριόστεου, δημιουργία οστικού παράθυρου, αφαίρεση μερικού τοιχώματος κύστης, επισκόπηση και καθαρισμό κυστικού τοιχώματος και, τέλος, συρραφή κυστικού τοιχώματος με τον παρακείμενο βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας.²²

Με την εκπυρήνιση επιτυγχάνεται η ολική αφαίρεση του κυστικού τοιχώματος και γίνεται επούλωση κατά πρώτο σκοπό. Είναι η καλύτερη και η πλέον ασφαλής μέθοδος αντιμετώπισης των κύστεων και ενδείκνυται σε όλες τις περιπτώσεις εκεί όπου το κυστικό τοίχωμα μπορεί να αφαιρεθεί χωρίς να προκληθεί βλάβη σε γειτονικά δόντια ή άλλες παρακείμενες δομές. Η χειρουργική τεχνική περιλαμβάνει τομή και αποκόλληση του βλεννογονοπεριόστεου, αφαίρεση οστού και αποκάλυψη της κυστικής βλάβης, ολική αφαίρεση του κυστικού τοιχώματος και συρραφή.²³

Δεν υπάρχει ομοφωνία για τον τρόπο αντιμετώπισης μεγάλων κυστικών αλλοιώσεων στην άνω και κάτω γνάθο,

είτε συντηρητικά με αποσυμπίεση-μαρσιποποίηση ή επιθετικά χειρουργικά με εκπυρήνιση της βλάβης.^{5,23} Αρχικά, πρέπει να λαμβάνεται βιοψία από το κυστικό τοίχωμα και ανάλογα με τον τύπο της βλάβης αποφασίζεται εάν η αντιμετώπιση θα είναι συντηρητική ή επιθετική. Με την αποσυμπίεση-μαρσιποποίηση επιτυγχάνεται σταδιακά η μείωση της κυστικής κοιλότητας, αποφεύγοντας συνήθως εξαγωγές γειτονικών οδόντων και προστατεύοντας γειτονικές ανατομικές δομές, ενώ ελαττώνεται και η πιθανότητα κατάγματος της γνάθου. Απαιτείται, όμως, καλή συνεργασία με τον ασθενή, ο οποίος πρέπει να προσέρχεται για επανεξέταση ανά τακτά διαστήματα σε βάθος χρόνου.^{6,24,25}

Σε ορισμένες περιπτώσεις, λαμβάνοντας υπ' όψη τον ιστολογικό τύπο της βλάβης και τις δυνατότητες της χειρουργικής τεχνικής, εφαρμόζεται η εκπυρήνιση, κατά την οποία εξαιρείται ολόκληρη η κυστική βλάβη. Σε μερικές περιπτώσεις, όπως στην οδοντογενή κερατινοκύστη, για την αποφυγή πιθανής υποτροπής, τα ποσοστά της οποίας κυμαίνονται από 3–62%, η τεχνική που εφαρμόζεται είναι

περισσότερο επιθετική και διενεργείται επί πλέον περιφερική ή και τμηματική οστεκτομή.^{11,19,26}

Τα περιστατικά που έχουν αντιμετωπιστεί στο τμήμα ΣΓΠΧ του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης έγιναν υπό γενική αναισθησία με την τεχνική της εκπυρήνισης, και σε περιπτώσεις ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο της βλάβης εκπυρήνιση με οστική απόξεση ή και με περιφερική οστεκτομή, με ή χωρίς τη χρήση οστικού μοσχεύματος ή πλάκας αποκατάστασης τιτανίου, για καλύτερο αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα. Χρησιμοποιήθηκαν αλλομοσχεύματα και όχι αυτογενή μοσχεύματα για μείωση του χειρουργικού χρόνου και της νοσηρότητας της δότριας θέσης. Σε όλες τις περιπτώσεις ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στην επανεξέταση, η οποία γίνεται μετά από 1, 3, 6 και 12 μήνες, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις η παρακολούθηση επεκτείνεται έως και 5 έτη. Λόγω των ικανοποιητικών αποτελεσμάτων, προτιμάται η τεχνική της εκπυρήνισης και του ευρύτατου χειρουργικού καθαρισμού και της άμεσης αποκατάστασης στις περιπτώσεις ευμεγέθων κύστεων των γνάθων.

ABSTRACT

Large cysts of the jaws: Diagnosis and treatment. A case series

A.S. TZORTZIS,¹ G. TZORTZIS²

¹School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, ²Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Pan Arcadian General Hospital of Tripoli, Tripoli, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2020, 37(6):782–790

Cysts are abnormal epithelial cavities containing fluid, usually serous or serous-hemorrhagic, or even pus, and they can be found in both the soft tissue and the bone of the jaws. Large bone cysts, with a diameter of 4.5 cm or larger, are the subject of this report. This paper presents 5 of the 22 cases of large jaw cysts treated in the last five years in the Department of Oral and Maxillofacial Surgery of the General Hospital of Tripoli. The diagnostic approach is described, and the treatment of these cysts, with or without the use of bone grafts and titanium reconstruction plates, is evaluated. The technique with good results is that of enucleation and extensive surgical debridement, with or without the use of bone grafts and reconstruction plates, decided on a case-by-case basis.

Key words: Diagnosis, Enucleation, Large jaw cysts, Reconstruction, Surgical treatment

Βιβλιογραφία

1. SHEAR M, SPEIGHT PM. Classification and frequency of cysts of the oral and maxillofacial tissues. In: Shear M, Speight PM (eds) *Cysts of the oral and maxillofacial regions*. 4th ed. Wiley-Blackwell Munksgaard, Oxford, 2007:1–2
2. SUMBH B, SUMBH SG, JAIN P, PAGARE J. Classification of odontogenic cysts: A review. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)* 2017, 16:79–82
3. BARNES L, EVESON JW, REICHAERT P, SINDRANSKI D. World Health Organization, classification of tumours: Pathology and genetics. Head and neck tumours. IARC Press, Lyon, 2005:1–2
4. WRIGHT JM, VERED M. Update from the 4th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumours: Odontogenic and maxillofacial bone tumours. *Head Neck Pathol* 2017, 11:68–77
5. AVRIL L, LOMBARDI T, AILIANOU A, BURKHARDT K, VAROQUAUX A, SCOLOZZI P ET AL. Radiolucent lesions of the mandible: A pattern-based approach to diagnosis. *Insights Imaging* 2014, 5:85–101
6. ENISLIDIS G, FOCK N, SULZBACHER I, EWERS R. Conservative treat-

- ment of large cystic lesions of the mandible: A prospective study of the effect of decompression. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004, 42:546–550
7. OLIVEROS-LOPEZ L, FERNANDEZ-OLAVARRIA A, TORRES-LAGARES D, SERRERA-FIGALLO MA, CASTILLO-OYAGÜE R, SEGURA-EGEA JJ ET AL. Reduction rate by decompression as a treatment of odontogenic cysts. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2017, 22:e643–e650
 8. MATIJEVIC S, DAMJANOVIC Z, CEROVIC S. Early reconstruction of bone defect created after initial surgery of a large keratocystic odontogenic tumor: A case report. *Vojnosanit Pregl* 2013, 70:789–793
 9. MALARA P. Treatment of large cysts of the mandible with autografts if cancellous bone from the Tibia. In: Motamedi MH (ed) *A textbook of advanced oral and maxillofacial surgery*. IntechOpen, London, 2013:191–206
 10. PITTL TL, MEIER M, HAKL P, SUTTER W, TURHANI D. Long-term observation of a large keratocystic odontogenic tumour of the mandible treated by a single enucleation procedure: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep* 2017, 34:119–122
 11. ANDRIC M, BRKOVIC B, JURISIC V, JURISIC M, MILASIN J. Keratocystic odontogenic tumors – clinical and molecular features. In: Motamedi MH (ed) *A textbook of advanced oral and maxillofacial surgery*. IntechOpen, London, 2013:210–232
 12. De VOS W, CASSELMAN J, SWENNEN GRJ. Cone-beam computerized tomography (CBCT) imaging of the oral and maxillofacial region: A systematic review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009, 38:609–625
 13. DUNFEE BL, SAKAI O, PISTEY R, GOHEL A. Radiologic and pathologic characteristics of benign and malignant lesions of the mandible. *Radiographics* 2006, 26:1751–1768
 14. DEVENNEY-CAKIR B, SUBRAMANIAM RM, REDDY SM, IMSANDE H, GOHEL A, SAKAI O. Cystic and cystic-appearing lesions of the mandible: Review. *AJR Am J Roentgenol* 2011, 196(Suppl 6):WS66–WS77
 15. SINGH S, GARG N, GUPTA S, MARWAH N, KALRA R, SINGHV ET AL. Fine needle aspiration cytology in lesions of oral and maxillofacial region: Diagnostic pitfalls. *J Cytol* 2011, 28:93–97
 16. GOYAL S, SHARMA S, KOTRU M, GUPTA N. Role of FNAC in the diagnosis of intraosseous jaw lesions. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2015, 20:e284–e291
 17. BONAVALONTÀ P, DELL'AVERSANA ORABONA G, FRISCIA M, SANI L, ABBATE V, IACONETTA G ET AL. Surgical management of large odontogenic cysts of the mandible. *J Craniofac Surg* 2019, 30:e658–e661
 18. NYIMI FB, YIFANG Z, LIU B. The changing landscape in treatment of cystic lesions of the jaws. *J Int Soc Prev Community Dent* 2019, 9:328–337
 19. MADRAS J, LAPOINTE H. Keratocystic odontogenic tumour: Re-classification of the odontogenic keratocyst from cyst to tumour. *J Can Dent Assoc* 2008, 7:165–165h
 20. PARK SY, SHIN YJ, KIM CH, KIM BJ. Reconstruction of extensive jaw defects induced by keratocystic odontogenic tumor via patient-customized devices. *Maxillofac Plast Reconstr Surg* 2015, 37:37
 21. PARTSCH C. Über Kiefercysten. *Dtsch Mschr Zahnheilkd* 1892, 10:271
 22. SAILER HF, PAJAROLA GF. Cysts. In: Sailer HF, Pajarola GF (eds) *Oral surgery for the general dentist*. Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 1999:209–212
 23. CHABRA N, CHABRA S, KUMAR A. Cyst enucleation revised: A new technical modification to ensure complete removal of cystic lining. *J Maxillofac Oral Surg* 2020, 19:171–173
 24. PARK HS, SONG IS, SEO BM, LEE JH, KIM MJ. The effectiveness of decompression for patients with dentigerous cysts, keratocystic odontogenic tumors, and unicystic ameloblastoma. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2014, 40:260–265
 25. TORRES-LAGARES D, SEGURA-EGEA JJ, RODRIGUEZ-CABALLERO A, LLAMAS-CARRERAS JM, GUTIÉRREZ-PÉREZ JL. Treatment of a large maxillary cyst with marsupialization, decompression, surgical endodontic therapy and enucleation. *J Can Dent Assoc* 2011, 77:b87
 26. ROOPAK B, SINGH M, SHAH A, PATEL G. Keratocystic odontogenic tumor: Treatment modalities: Study of 3 cases. *Niger J Clin Pract* 2014, 17:378–383
- Corresponding author:*
- G. Tzortzis, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Pan Arcadian General Hospital of Tripoli, Terma Erithrou Stavrou street, 221 31 Tripoli, Greece
e-mail: tzortzisgnatho@gmail.com