

Osica Piotr, Osica Karolina, Szczepkowska Aleksandra, Janas-Naze Anna. Rozległa torbiel korzeniowa żuchwy leczona metodą dwuetapową - opis przypadku = Large residual cyst in mandible treated by two-step method - case report. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(11):444-455. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.174791>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4019>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).  
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland  
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.  
Received: 02.11.2016. Revised 22.11.2016. Accepted: 27.11.2016.

## **Rozległa torbiel korzeniowa żuchwy leczona metodą dwuetapową - opis przypadku**

### **Large residual cyst in mandible treated by two-step method - case report**

**Piotr Osica<sup>1</sup>, Karolina Osica<sup>2</sup>, Aleksandra Szczepkowska<sup>1</sup>, Anna Janas-Naze<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi**

**Kierownik: dr hab. n. med. prof. nadzw. Anna Janas-Naze**

**<sup>2</sup>Poradnia Stomatologii Ogólnej z Izba Przyjęć CSK IS UM w Łodzi**

**Kierownik: lek. stom. Ewa Malenta-Markiewicz**

**Adres do korespondencji:**

**Piotr Osica**

**Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi**

**92-213 Łódź, ul. Pomorska 251**

**e-mail: [piotr.osica@umed.lodz.pl](mailto:piotr.osica@umed.lodz.pl)**

**tel. 42 675 75 71**

Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w ramach działalności statutowej nr 503/2-163-01/503-21-001

#### **Streszczenie**

W pracy opisano przypadek leczenia dwuetapowego rozległej torbieli korzeniowej w żuchwie u 58 letniego pacjenta.

**Słowa kluczowe: torbiel korzeniowa, obturator, metoda dwuetapowa**

#### **Abstract**

The article presents the case of 58 year old man with large radicular cyst in mandible.

## **Key words: radicular cyst, obturator, two-step method**

### **Wstęp:**

Torbiel (*cystis*) to jedno lub wielokomorowa jama patologiczna w obrębie tkanki kostnej lub tkanek miękkich wypełniona półpłynną, płynną lub gazową treścią nie będąca wynikiem kumulacji wysięku ropnego (1). Torbiele zębopochodne definiuje się jako otorbione, wyścielone nabłonkiem struktury wzrastające z nabłonka zębopochodnego. Resztki nabłonka pochodzą z listewki zębowej lub narządu szkliwnego, rzadziej są pochodzenia pozazębowego (2).

Torbiel korzeniowa (*cystis radicularis*) nazywana zapalną (*cystis inflammatoria*) jest to najczęściej spotykana torbiel w kościach szczęk, rozwijająca się z ziarniniaków nabłonkowych przy udziale czynnika zakaźnego i urazowego. Komórki Mallasseza pobudzone do rozrostu przez obecność zapalenia ulegają zwyrodnieniu wodniczkowemu i produkują płyn, który powoduje równomierny ucisk we wszystkich kierunkach i przemieszczenie pozostały komórek nabłonka co prowadzi do tworzenia wypełnionej płynem jamy torbieli (3).

Współcześnie leczenie omawianej jednostki chorobowej może być przeprowadzone według 3 metod.

1) Metoda jednoetapowa Partsch I (marsupializacja) to wycięcie fragmentu ściany torbieli oraz przekształcenie jej wnętrza w jamę oboczną (4).

2) Metoda dwuetapowa Drozdowskiego (będąca modyfikacją metody Partsch I) polega w pierwszym etapie na wytworzeniu okna w ścianie torbieli oraz jej odbarczeniu. Zarośnięciu otworu zapobiega specjalne zatykadło akrylanowe wykonane w pracowni technicznej na podstawie wycisku. W czasie kilku miesięcy dochodzi do odtworzenia części tkanki kostnej oraz zmniejszenia jamy torbieli. Drugi etap polega na radykalnym wyluszczeniu torbieli wraz z zamknięciem ubytku (5).

3) Metoda Partsch II jest to jednoetapowe operacyjne wyluszczenie mieszka torbieli wraz z jego weryfikacją histopatologiczną. Metoda ta jest ogólnie zalecana. Istnieją jednak przeciwwskazania do takiego leczenia, np.: torbiele dużych rozmiarów (meto-

da ta mogłaby grozić złamaniem patologicznym żuchwy lub uszkodzeniem kanału żuchwy, dna zatoki szczękowej, oczodołu), torbiele zropiałe znacznej wielkości, podeszły wiek pacjenta lub zły stan ogólny (4)

### **Cel pracy:**

W pracy przedstawiono przypadek 58 letniego pacjenta z dużą torbielą zapalną w żuchwie leczonego metodą dwuetapową.

### **Opis przypadku:**

58 letni mężczyzna zgłosił się do Zakładu Chirurgii Stomatologicznej celem konsultacji zmiany w żuchwie po stronie lewej. Dentystę, który leczył pacjenta zachowawczo zaniepokoiło rozdęcie kości w bezzębnym odcinku żuchwy po stronie lewej, które pojawiło się 4 miesiące przed wizytą w naszym zakładzie. Jak wynikało z wywiadu przez okres wielu lat lekarz dentysta nie zlecił wykonania badania radiologicznego. Ponadto według relacji pacjenta zgłaszał on lekarzowi okresowe zaburzenia czucia wargi i mrowienie bródki po stronie lewej.

Zdjęcie pantomograficzne, wykonane w naszym szpitalu uwidocznilo dużą, ograniczoną zmianę w żuchwie w okolicy zęba 33-38. Pacjent podał, że 10 lat wcześniej miał usuwane zęby 34,35,36 oraz 37 ze względu na przewlekłe ropne stany zapalne tej okolicy (ryc.1). Ponieważ ząb 33 tkwił w świetle torbieli, uległ przemieszczeniu, a test na żywotność był ujemny zalecono pacjentowi przeleczenie zęba endodontycznie z docelowym pozostawieniem go w jamie ustnej.

Poprawnie wykonane badanie podmiotowe i przedmiotowe pozwoliło na wstępne postawienie rozpoznania szczególnej postaci torbieli korzeniowej- torbieli resztkowej. Pacjentowi zaproponowano leczenie metodą Drozdowskiego i po uzyskaniu pisemnej zgody przystąpiono do wytworzenia okna w ścianie torbieli i jej odbarczeniu na szczycie części zębodołowej żuchwy (ryc.2). Następnie wykonano wycisk masą alginatową z wymodelowanym w wosku oburatorem i zlecono pracowni technicznej wykonanie niewielkiego, akrylowego obturatora z utrzymaniem na zębie 33 (ryc.3.) Rana została zabezpieczona jałowym setonem nasączonym jodoformem przez okres 48 godzin, do czasu wykonania obturatora.

W pierwszym okresie leczenia, przez 3 miesiące pacjent zgłaszał się na wizyty kontrolne 2 razy w tygodniu, podczas których jama torbieli była płukana 20 ml roztworem 0,02%CHX. Po tym czasie popłuczyny były czyste, a pacjenta zaktywizowano do płukania jamy torbieli w domu roztworem 0,9% NaCl i wizyt kontrolnych w zakładzie raz na 2 tygodnie. Podczas ich trwania obturator był

systematycznie skracany. Po 12 miesiącach od początku użytkowania obturatora wykonano zdjęcie OPG, które uwidocznilo znaczne zmniejszenie jamy torbieli i przemodelowanie kostne tej okolicy (ryc.4). Ponadto pacjent poinformował, że niedoczulica wargi dolnej i bródki zniknęła. Zaplanowano zabieg wyłuszczenia torbieli z resekcją wierzchołka korzenia zęba 33 po przedstawieniu pacjentowi możliwych następstw i uzyskaniu zgody na zabieg.

W znieczuleniu przewodowym i nasiękowym 2 % lignokainą z noradrenaliną (3 amp.) w pierwszym etapie wycięto przetokę powstałą po użytkowanym obturatorze, a następnie nacięto płat śluzówkowo-okostnowy, który odwarstwiono i przy pomocy wiertła różyczkowego na turbinę oraz kleszczy Luera zdjęto niepełnowartościową blaszkę kostną, wyłuszczone torbiel i wykonano resekcję wierzchołka korzenia zęba 33 (ryc.5,6,7,8,9). Rana została zaopatrzona Spongostanem i zszyta na głucho, a materiał ponownie oddany do badania histopatologicznego (ryc.10,11). Pacjentowi wydano zalecenia pozabiegowe, w tym papkowatą, miękką dietę przez okres 14 dni i szczególną ochronę miejsca operowanego, ze względu na duży ubytek kostny. W pierwszej dobie po zabiegu oprócz naturalnego obrzęku chory zgłaszał brak czucia w okolicy wargi dolnej i bródki. Przyjęto postawę wyczekującą. 14 dni po zabiegu pacjent przybył na wizytę kontrolną, podczas której zdjęto szwy. Zgłaszał pełne czucie okolicy unerwianej przez nerw zębodołowy dolny i nerw bródkowy. Kolejna wizyta kontrolna pacjenta została zaplanowana a 6 miesięcy, a na tym etapie leczenie chirurgiczne zostało zakończone.

### **Dyskusja:**

Leczenie torbieli jest trudne i generuje ryzyko powikłań z uwagi na fakt, że przez długi czas wzrastają one bezobjawowo. Wykrywane są przypadkowo na zdjęciu rtg lub wtedy, gdy manifestują się objawami klinicznymi, takimi jak ostry proces zapalny, będący wynikiem zakażenia torbieli (6). Osiągając duże rozmiary torbiel może w sposób widoczny klinicznie uwypuklać zewnętrzną blaszkę zbitą kości wyrostka zębodołowego szczęki lub części zębodołowej żuchwy albo też doprowadzać do jej zniszczenia (7).

Szczególnym przypadkiem torbieli korzeniowej jest torbiel resztkowa (*cystis residualis*), która rozwija się w wyniku niedoszczętnego wyłyżeczkowania zębodołu po ekstrakcji a tym samym pozostawienia ziarniny lub nierozpoznanej torbieli po usunięciu zęba (8). Występowanie torbieli zębopochodnych szczęk jest częste, jednak

duże torbiele resztkowe występują rzadko. Według High i wsp. (9) torbiele resztkowe stanowią ok. 10% wszystkich torbieli zębopochodnych, a ich wzrost odbywa się powoli, poprzez ucisk okolicznej tkanki kostnej spowodowany wysokim ciśnieniem płynu znajdującego się wewnątrz torbieli. Brak symptomów powoduje, iż pacjenci, lub jak w tym przypadku lekarz, lekceważą nawet sporych rozmiarów rozdęcie kości a w sytuacjach ekstremalnych zauważają patologię dopiero wówczas, gdy dojdzie do patologicznego złamania żuchwy.

Leczenie opisanej jednostki chorobowej jest zależne od rozmiarów ubytku kostnego spowodowanego rozwojem torbieli i obejmuje terapię jednoetapową lub dwuetapową. W opisywanym przypadku zastosowano metodę Partsch I z modyfikacją Drozdowskiego, czyli ograniczenie jamy torbieli poprzez użytkowanie obturatora i wyłuszczenie torbieli w całości co okazało się sposobem skutecznym i dającym gwarancję wyleczenia pacjenta.

#### **Piśmiennictwo:**

1. Kozarzewska M, Popowski W, Wojtowicz A. Częstość występowania torbieli zębopochodnych w materiale zakładu chirurgii stomatologicznej IS AM w Warszawie w latach 1996–1999. *Borgis – Nowa Stom.*, 2001; 2: 15–18.
2. Tarazewicz M, Szyperska AM, Janas A. Pozostawione torbiele korzeniowe po usunięciu zębów., *Por. Stom.*, 2011; 3: 112–115.
3. Milner P., Grzesiak-Janias G.: Przypadek dużej torbieli resztkowej u 60 letniego pacjenta. *MOiNoZ*, 2014,1,37-41.
4. Pawlak W, Kubasiewicz-Ross P, Pałka Ł, Zarzycki R. Torbiele kości szczęk leczone w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 2004–2007. *Dent. Med. Probl.* 2009;46: 49–53.
5. Pawlak W, Kubasiewicz-Ross P, Pałka Ł, Zarzycki R. Torbiele kości szczęk leczone w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 2004–2007. *Dent. Med. Probl.* 2009; 46: 49–53.
6. Więckiewicz W.,Bartczyszyn M.,Maczura-Sokalska J.:Potrzeba stosowania małych obturatorów w protetyce pooperacyjnej-opis przypadku.*Protet. Stomat.*,2009,6,423-427.
7. Daley T., Wysocki G.: The small dentigerous cyst. A diagnostic dilemma. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol Endod.*, 1995; 79, 1:77-81.

8. Dimitroulis G, Curtin J. Massive residual dental cyst: Case report., Australian Dent. Journ., 1998; 43 (4): 1–5.
9. High AS, Hirschmann PN. Age changes in residual radicular cysts. J Oral Pathol., 1986; 15: 524–528.

**Spis rycin:**

- Ryc.1. Zdjęcie pantomograficzne z rozległą torbielą w żuchwie po stronie lewej
- Ryc.2. Wytworzenie okna w ścianie torbieli
- Ryc.3. Gotowy obturator
- Ryc.4. Zdjęcie pantomograficzne wykonane po 12 miesiącach leczenia
- Ryc.5. Nacięty i odwarstwiony płat śluzówkowo-okostnowy
- Ryc.6. Wyłuszczenie torbieli
- Ryc.7. Wyłuszczenie torbieli
- Ryc.8. Częściowo wyłuszczone torbiel
- Ryc.9. Resekcja wierzchołka korzenia zęba 33 i wyłuszczenie torbieli
- Ryc. 10. Rana zaopatrzona szwami.
- Ryc.11. Materiał pobrany do badania histopatologicznego.



Ryc. 1. Zdjęcie pantomograficzne z rozległą torbielą w żuchwie po stronie lewej



Ryc. 2. Wytworzenie okna w ścianie torbieli

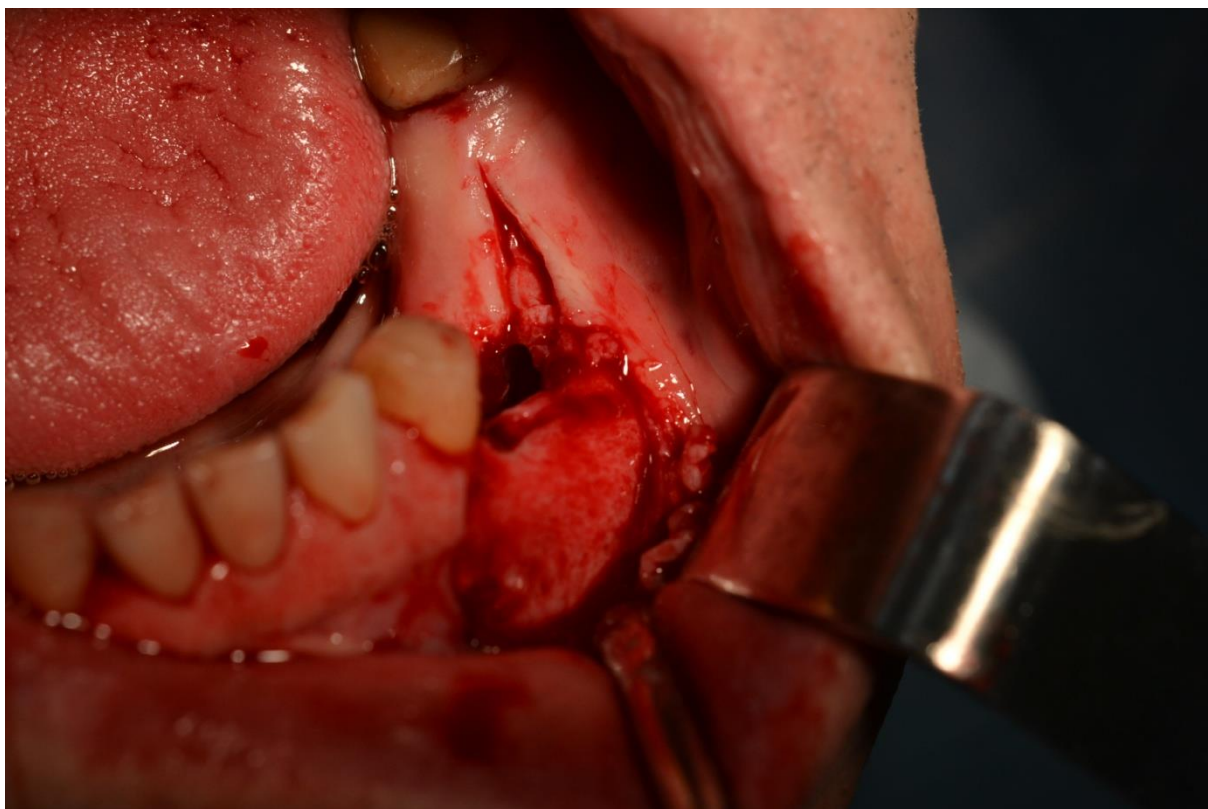


Ryc. 3. Gotowy obturator

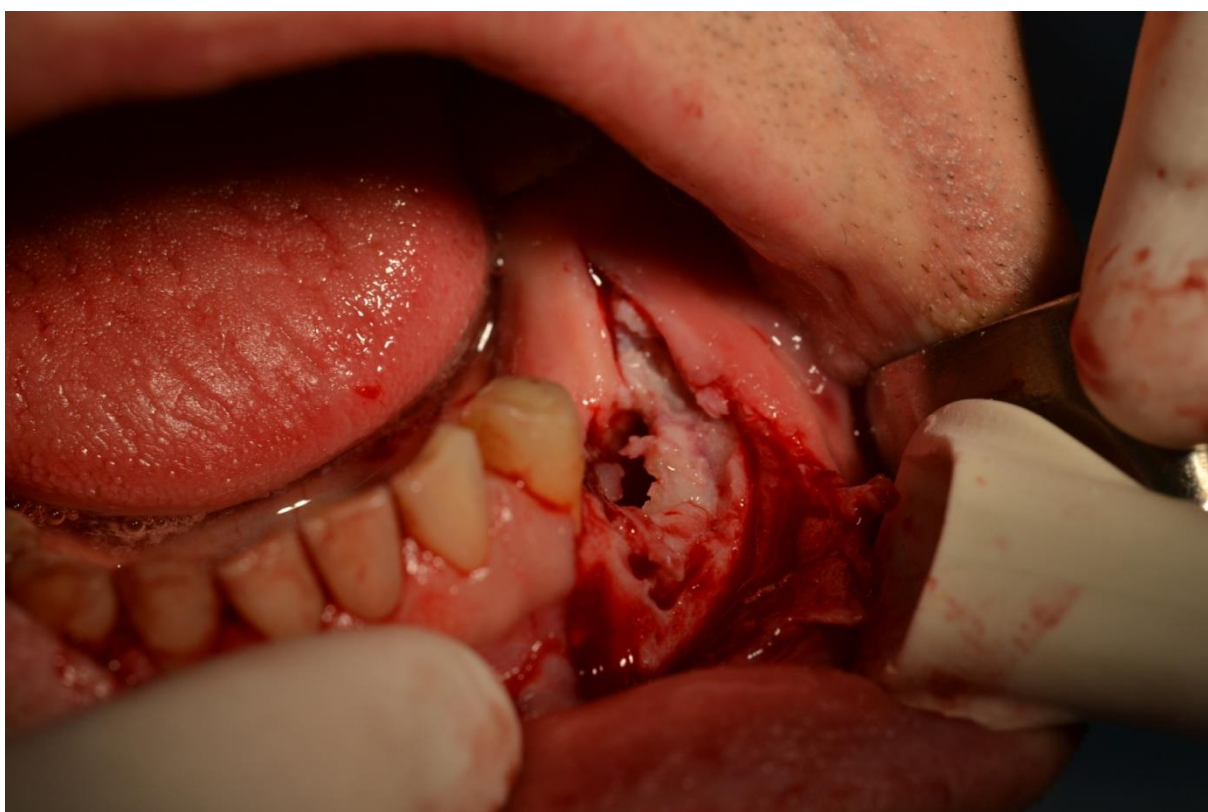


Ryc. 4. Zdjęcie pantomograficzne wykonane po 12 miesiącach leczenia

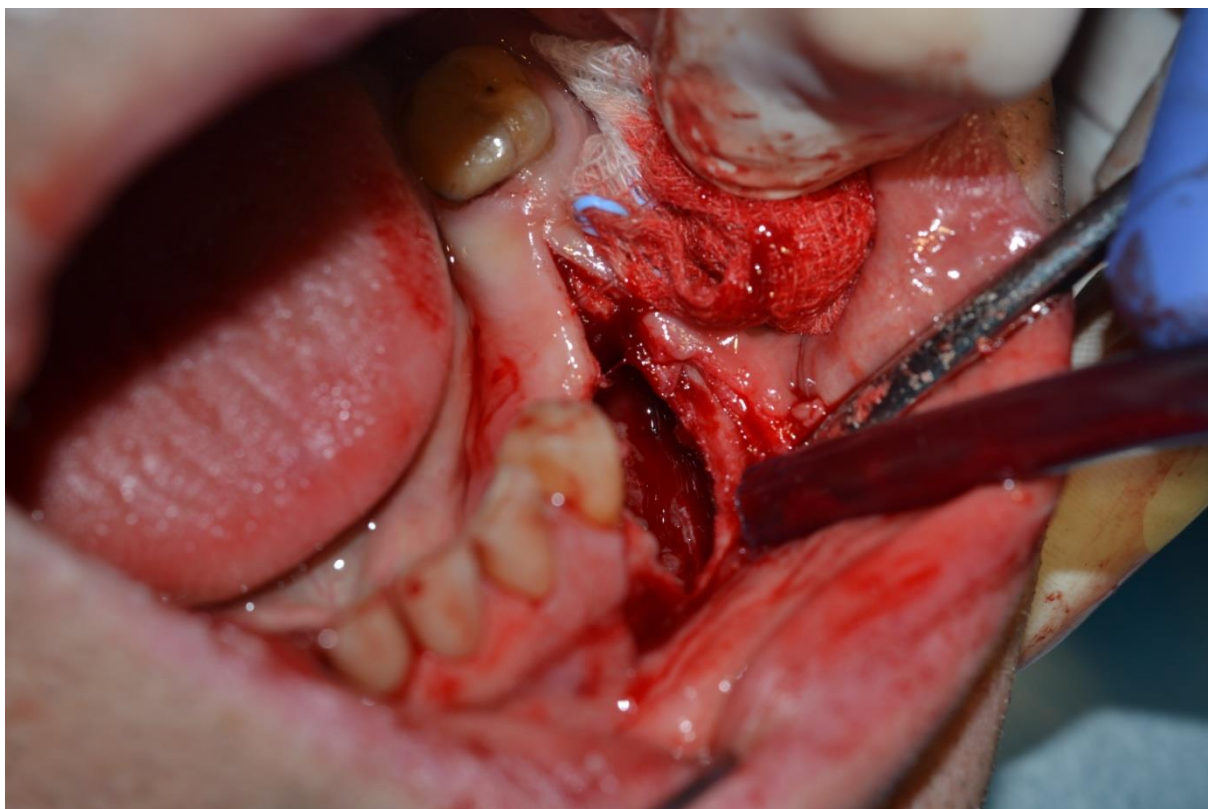




Ryc. 5. Nacięty i odwarstwiony płat śluzówkowo-okostnowy



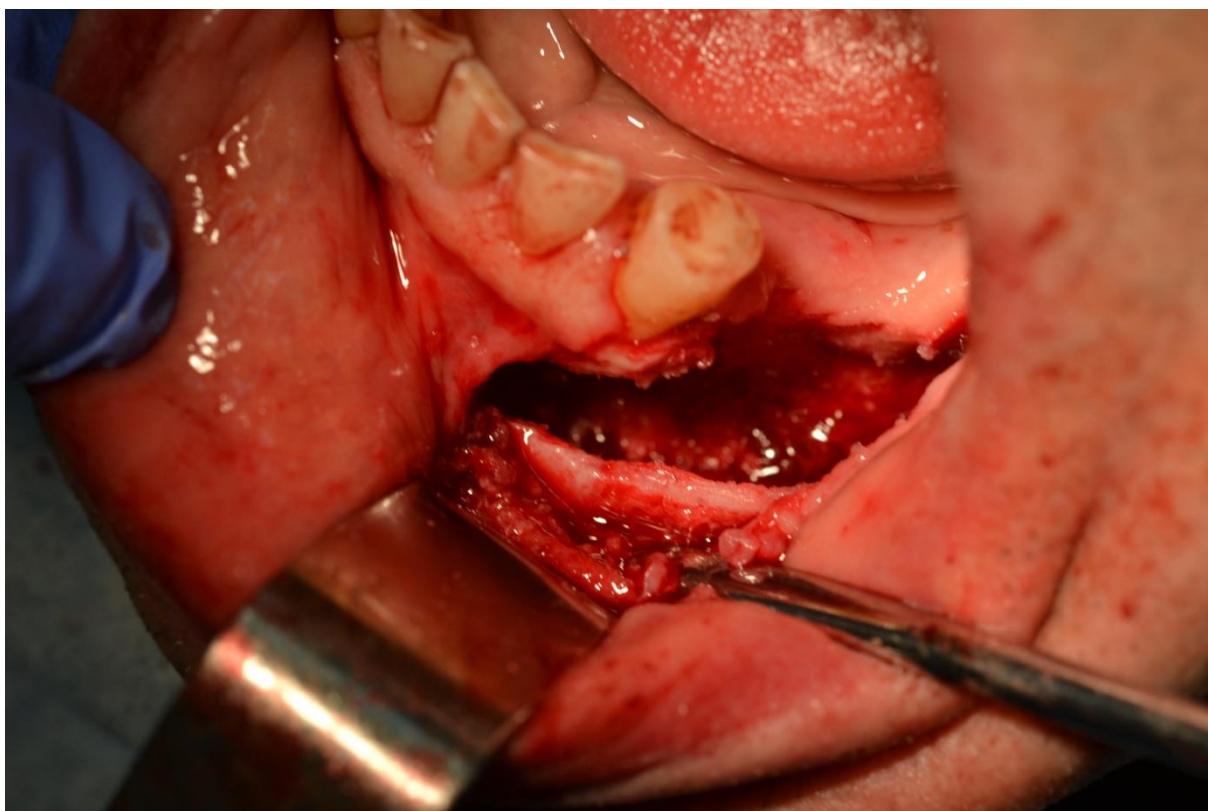
Ryc. 6. Wyłuszczenie torbieli



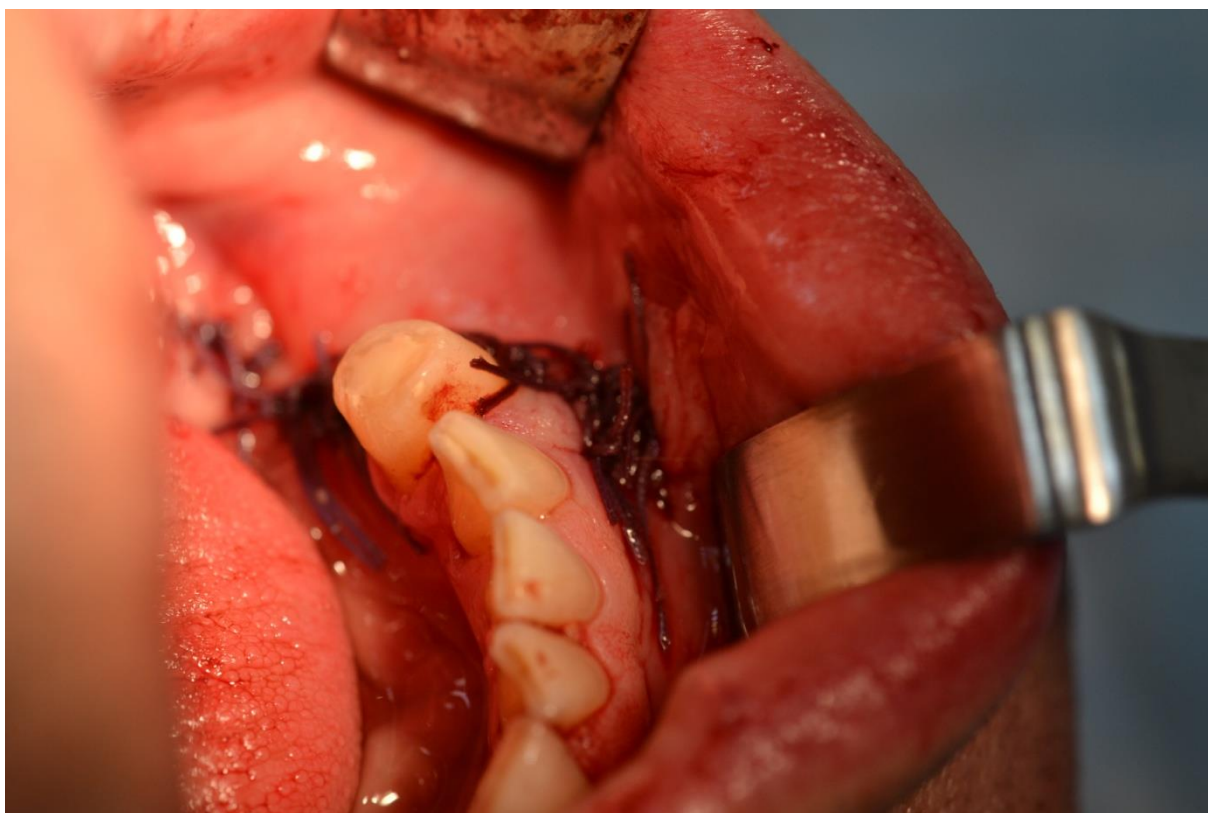
Ryc. 7. Wyłuszczenie torbieli



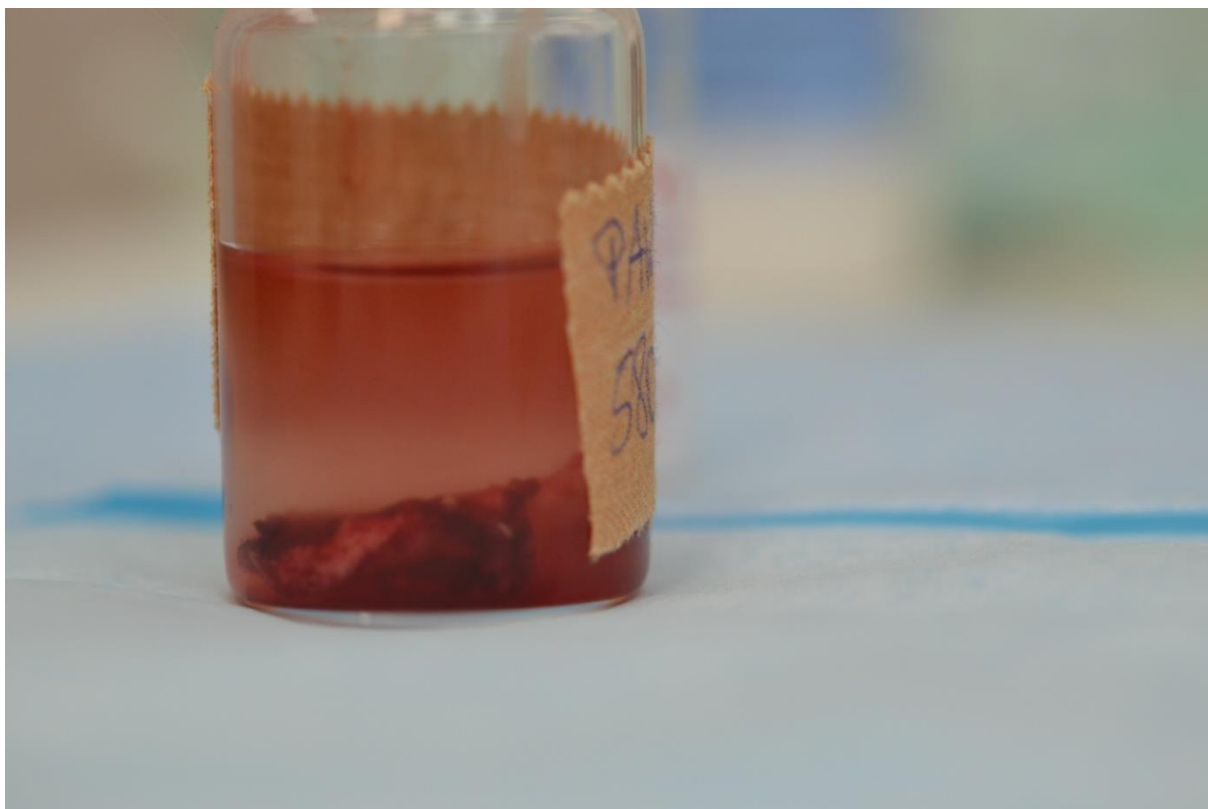
Ryc. 8. Częściowo wyłuszczone torbiel



Ryc. 9. Resekcja wierzchołka korzenia zęba 33 i wyluszczenie torbieli



Ryc. 10. Rana zaopatrzona szwami.



Ryc. 11. Materiał pobrany do badania histopatologicznego.