

Одонтома, цементома.
Амелоблатсома,
амелобластическая и
одонтогенная фибромы,
миксома. Классификация,
клиника, диагностика,
лечение.

Выполнила: Маслова Евгения Эдуардовна

- ▶ **Одонтогенные опухоли - опухоли, образование которых связано с пороком развития тканей, из которых формируется зуб, или с наличием зуба в челюсти. Эта группа новообразований относится к органоспецифическим.**

Классификация:

I. Одонтогенные образования эпителиальной природы.

1. Адамантиномы (амелобластомы).
2. Одонтогенные кисты воспалительного происхождения: корневая, зубосодержащая, парадентальная.
3. Одонтогенные кисты, являющиеся пороком развития зубообразовательного эпителия: первичная, фолликулярная, прорезывания.
4. Одонтогенные раки.

II. Одонтогенные образования соединительно-тканной природы:

- одонтогенная фиброма,
- цементома,
- одонтогенная саркома.

III. Одонтогенные образования эпителиальной и соединительно-тканной (смешанной) природы:


- Мягкие одонтомы.
- Твердые обызвествленные одонтомы

АМЕЛОБЛАСТОМА:

- ▶ Амелобластома - опухоль из клеток - предшественников эмали в эмбриональном периоде.
- ▶ Встречается адамантинома преимущественно у больных в возрасте от 21 до 40 лет, однако может быть у новорожденных и стариков. Поражает главным образом женщин.
- ▶ Локализуется чаще на нижней челюсти в области угла и ветви ее, реже - тела челюсти; чаще всего развивается в области нижних зубов мудрости.
- ▶ Клиника. Больные обращаются с жалобами на внезапно замеченную ими (или окружающими) асимметрию лица.
- ▶ Симптомы адамантиномы:
 - ▶ 1. Ноющая тупая боль в челюстях и зубах, которая в прошлом приводила больного (не раз уже) к мысли о необходимости удалить интактные зубы.
 - ▶ 2. Периодически наблюдающиеся на пораженной стороне явления периостита или флегмонозного воспаления.
 - ▶ 3. Свищи на слизистой оболочке рта с гнойным отделяемым.
 - ▶ 4. Длительно незаживающие после удаления зубов раны, из которых выделяется мутная жидкость.
 - ▶ 5. При опухолях, достигших больших размеров, больные жалуются на затруднение функции жевания, речи и даже дыхания.



002740 Носовицкая Виктория
16.03.2009 68kV 10mA 18.300s (435988)
Satellite Group

 [Увеличить](#)

- ▶ **Объективно:** в ранних стадиях отмечается веретенообразное вздутие тела челюсти; при этом опухоль представляется гладкой или слегка неровной - бугристой, плотной (костной) консистенции. Кожные покровы над опухолью в цвете не изменены, собираются в складку; иногда несколько бледноваты. Позднее появляются признаки кистозного новообразования: очаги пергаментного хруста, флюктуация; кожа над опухолью истончается, бледнеет, появляется видимая сосудистая сеть, она трудно собирается в складку. Со временем кожа истончается и даже может достигать до изъязвления над местами наиболее выраженных костных выпячиваний. Регионарные лимфоузлы не увеличены при том условии, если содержимое кистозных полостей еще не нагноилось и к опухолевому процессу не присоединилось воспаление кости. Зубы в области опухоли обычно достаточно устойчивы, но могут быть и несколько расшатаны (при наличии хронического воспалительного фона). Слизистая оболочка десны нормальной окраски или цианотична.
- ▶ **Рентгенографическая картина** характеризуется деструкцией кости в виде множественных очагов разрежения с четкими границами (поликистозный характер разрежения) Полости различных размеров разделены между собой костными перегородками. Иногда наблюдается монокистозное разрежение. При значительном поражении кортикальная пластинка истончена и в некоторых участках отсутствует. Периостальная реакция не выражена. Иногда в полости находится непрорезавшийся зуб или коронка. Корни зубов в границах опухоли нередко резорбированы.
- ▶ Для **гистологического** строения адамантином характерно отсутствие четких границ опухоли, наличие отростков и выступов, инфильтрирующих окружающие ткани. Этим определяется необходимость радикального удаления опухоли, отступая от рентгенографически определяемых ее очертаний.

► **Лечение** адамантином должно быть радикальным во избежание рецидивов, которые увеличивают угрозу малигнизации.

Методы оперативного лечения:

I. Экономная резекция по П.В.Наумову (1965). Применяется при небольших участках поражения.

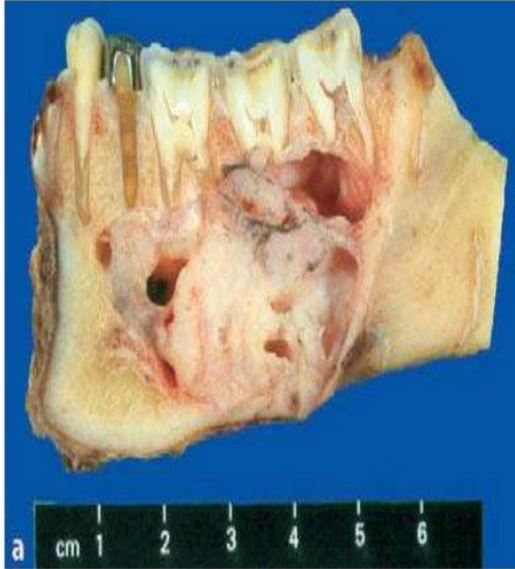
Этапы операции:

- · разрезы тканей со стороны кожи лица и полости рта, обеспечивающие широкий обзор операционного поля;
- · удаление опухоли одним блоком или по частям под контролем глаза;
- · обработка краев костного изъяна челюсти кусачками и долотом с захватом здоровых тканей не менее чем на 1 см во все стороны от границ видимого расположения опухоли;
- · заполнение изъяна челюстной кости жевательной мышцей на питающей ножке;
- · послойное наложение швов на края операционной раны.

II. Резекция или экзартикуляция челюсти с одномоментной аутоостеопластикой показана при обширном поражении челюстной кости. Если адамантинома проросла в окологлазничные ткани, субпериостальная резекция недопустима. Нужно удалить и прилежащие пораженные ткани. Дефект замещается участком ребра или гребешком подвздошной кости.

III. Реплантационная остеопластика. После удаления опухолевого участка кости, проводят его проваривание, а затем моделирование по размеру дефекта.

Амелобластома



Амелобластическая фиброма

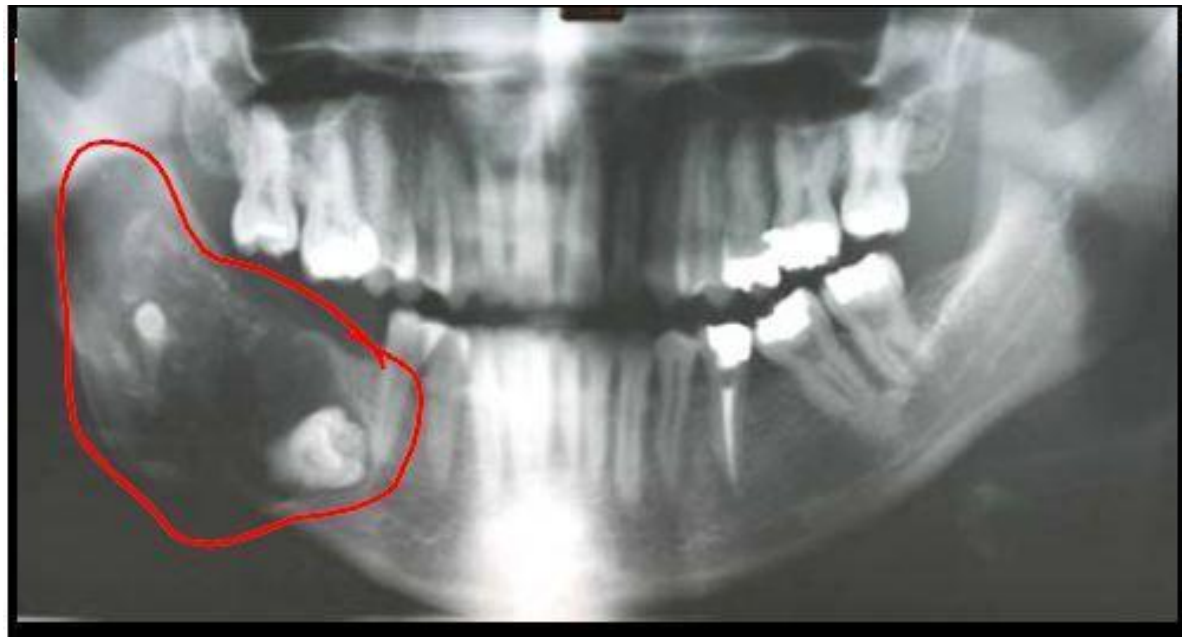
Доброкачественная опухоль, которая состоит из пролиферирующего одонтогенного эпителия, окруженного мезодермальной тканью, и напоминает строение зубного сосочка, но без одонтобластов. Встречается редко, выявляется преимущественно у молодых людей, локализуется чаще в нижней челюсти в области премоляров. Опухоль склонна к рецидиву и малигнизации, при этом в основном перерождается соединительнотканый компонент опухоли, приводя к развитию амелобластической фибросаркомы.

Клиника:

- ▶ Проявления амелобластической фибромы напоминают амелобластому, однако в отличие от последней амелобластические фибромы преимущественно наблюдаются у детей и подростков в период развития и формирования постоянных зубов. Отличается медленным ростом. К моменту проявления достигает значительных размеров. Кость вздута, кортикальная пластинка прорывается опухолью на ранних этапах развития. Вздувается и альвеолярная часть челюсти, зубы становятся подвижными и смещаются опухолью. Опухоль в полости рта выглядит мягкоэластичной.
- ▶ В амелобластической фиброме нередко располагается не полностью сформированный постоянный зуб (зачаток). Течение амелобластической фибромы доброкачественное. Однако в некоторых случаях при нерадикальной операции, особенно по поводу опухолей с низкодифференцированными соединительнотканными компонентами, обнаруживают признаки инфильтративного роста: нерезкие границы, порозность прилежащей кости, нарушение замыкающей кортикальной пластинки, прорыв опухоли за пределы надкостницы, изъязвления.

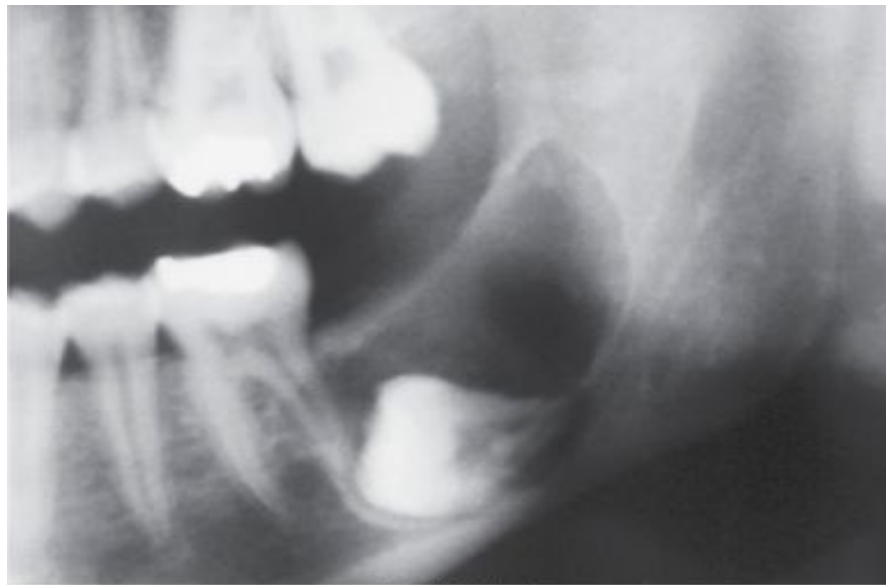
Рентгенологически на нижней челюсти амелобластическая фиброма похожа на амелобластому и определяются вздутие челюсти, истонченный или частично разрушенный кортикальный слой. Основные признаки – кистоподобная структура и однородные зоны просветления, включения зубов, которые располагаются в кистозных полостях. На верхней челюсти определяются участки деструкции, их границы из-за проекционных наложений трудно установить. Более информативным методом исследования является КТ в трехмерном (3D) режиме.

Дифференциальная диагностика сложна и проводится с амелобла-стомой, фибромами, кистами различного генеза. Морфологическое исследование обязательно для уточнения диагноза и планирования объема лечения.



Одонтогенная фиброма

- ▶ *Одонтогенная фиброма* состоит из зрелой соединительнотканной массы опухоли, содержащей остатки одонтогенного зубообразующего эпителия. Источник одонтогенной фибромы - соединительная ткань зубного зачатка. Рост опухоли медленный, безболезненный. Специфических клинических проявлений, кроме деформации челюсти, опухоль не имеет.
- ▶ **Рентгенологически** определяются очаги резорбции костной ткани в виде поликистозных образований с достаточно четкими границами. На фоне очагов разрежения костной ткани встречаются плотные зубоподобные конгломераты. Отмечается ретенция прилегающих зубов. Диагностика одонтогенной фибромы затруднительна и возможна лишь при гистологическом исследовании образования.
- ▶ **Лечение** одонтогенной фибромы хирургическое - экскохлеация (выскабливание) опухоли до здоровой кости, а при больших размерах опухоли - резекция челюсти с одномоментной костной пластикой.



(Courtesy of Dr. Robert Lauer.)

Fig. 15-99. Ameloblastic fibroma. Well-defined radiolucent defect associated with an unerupted second molar.

ОДОНТОМА:

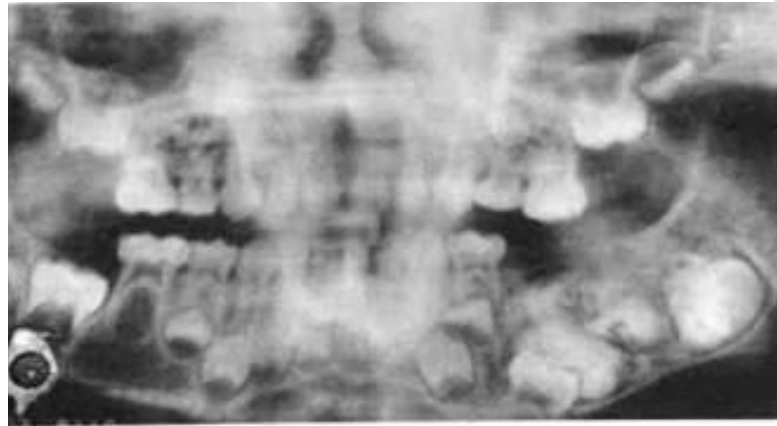
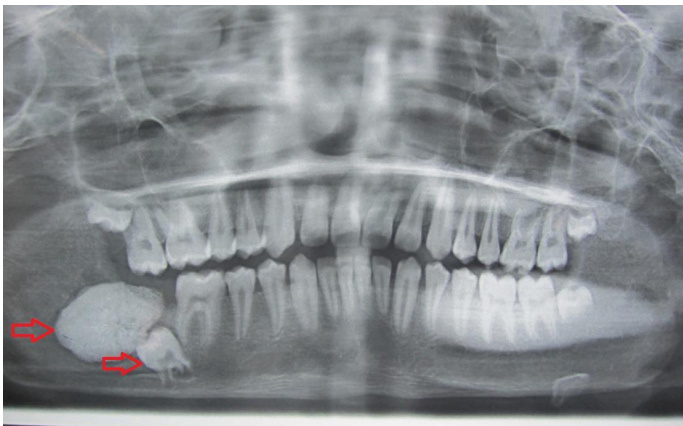
- ▶ **Одонтома** - одонтогенная опухоль смешанной природы, состоящая из тканей зуба. В основе образования одонтомы лежат нарушения процессов формирования зуба. Они возникают в период формирования постоянных зубов. В детском возрасте они локализуются чаще всего в области клыков и премоляров. Выделяют мягкую и твердую одонтомы. Однако в последнее время многие авторы считают, что мягкой одонтомы нет, а есть особая, специфическая форма амелобластомы.
- ▶ Одонтома твердая (обызвествленная). Различают 3 основные группы твердой одонтомы: простую, сложную и составную.

Простая одонтома образуется из ткани 1-го зуба.

Сложная одонтома возникает из нескольких зубов. При этом зубные ткани представлены в отдельности.

Составная одонтома состоит из конгломерата мелких рудиментарных зубов или зубоподобных образований.

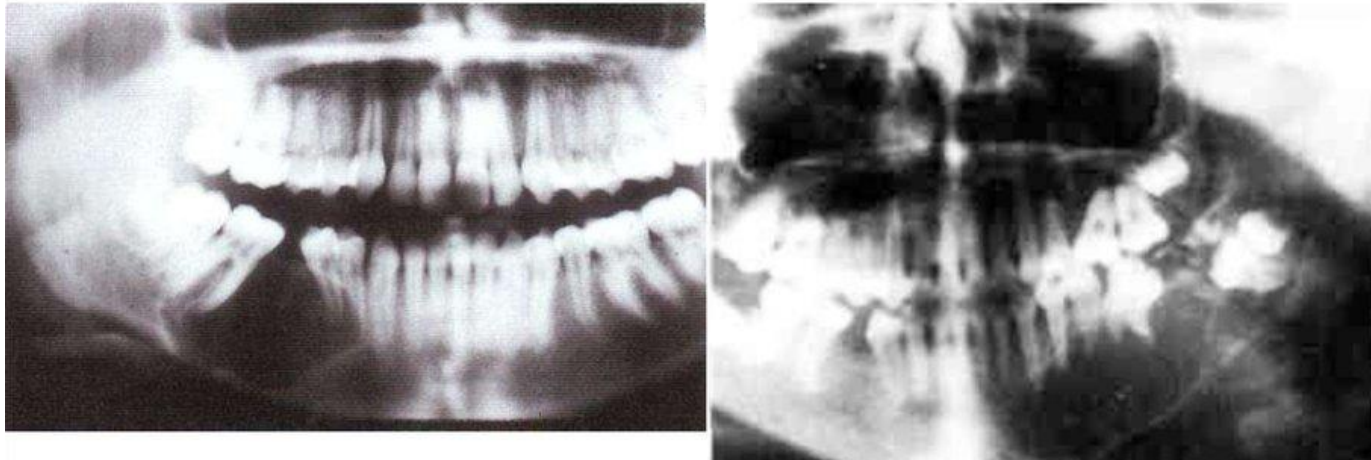
Простые одонтомы могут быть полными (состоят из всего зубного зачатка) и неполными (состоят из части зачатка).



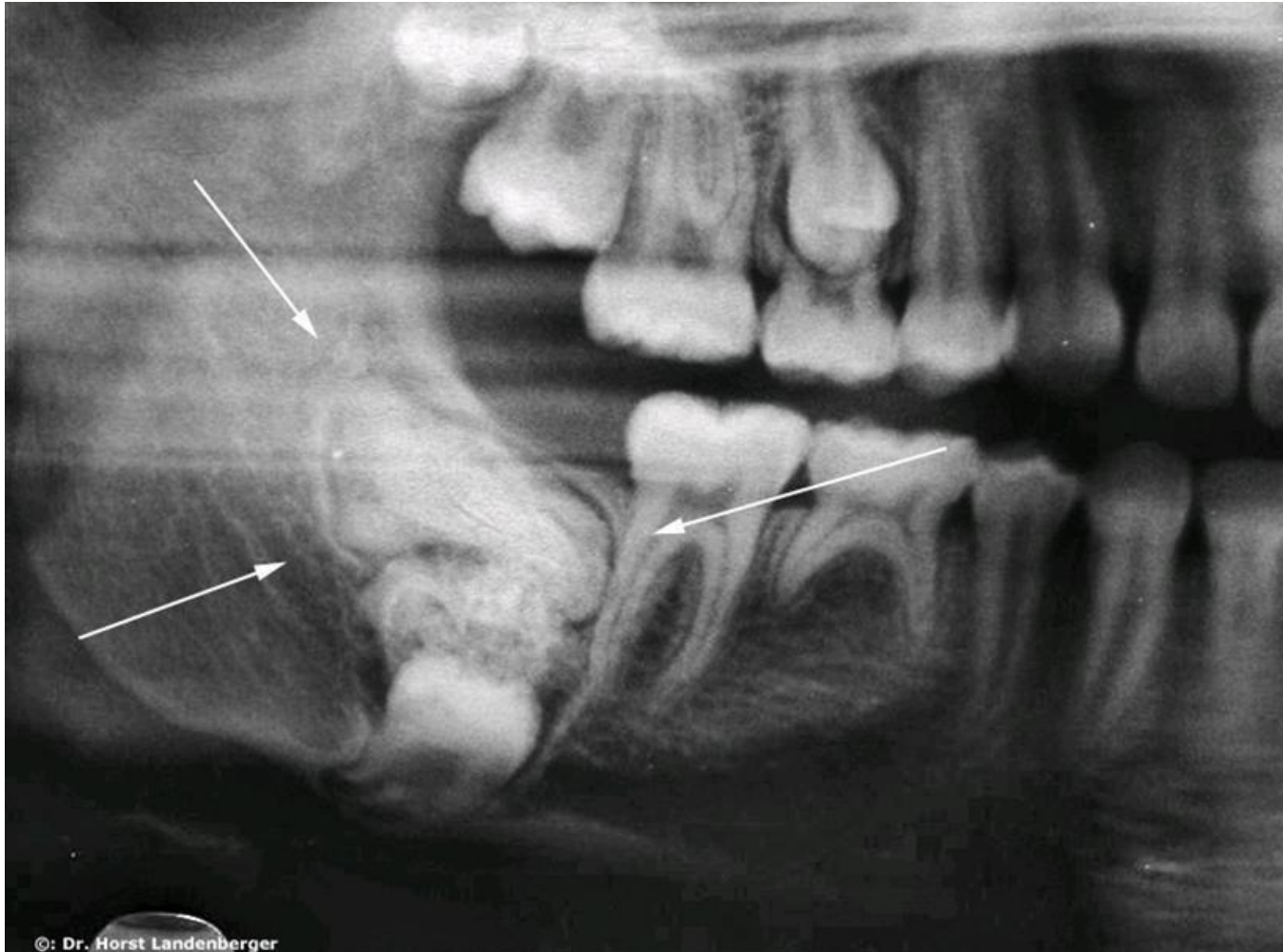
МЯГКАЯ ОДОНТОМА

Одонтома представляет собой опухоль из различных зубных тканей и является ранней стадией образования твердой одонтомы. Чаще встречается у молодых пациентов, в период формирования постоянных зубов. В своей основе мягкая одонтома является низкодифференцированной истинной опухолью, хотя нередко наблюдаются относительно высокая степень дифференциации некоторых клеточных элементов.

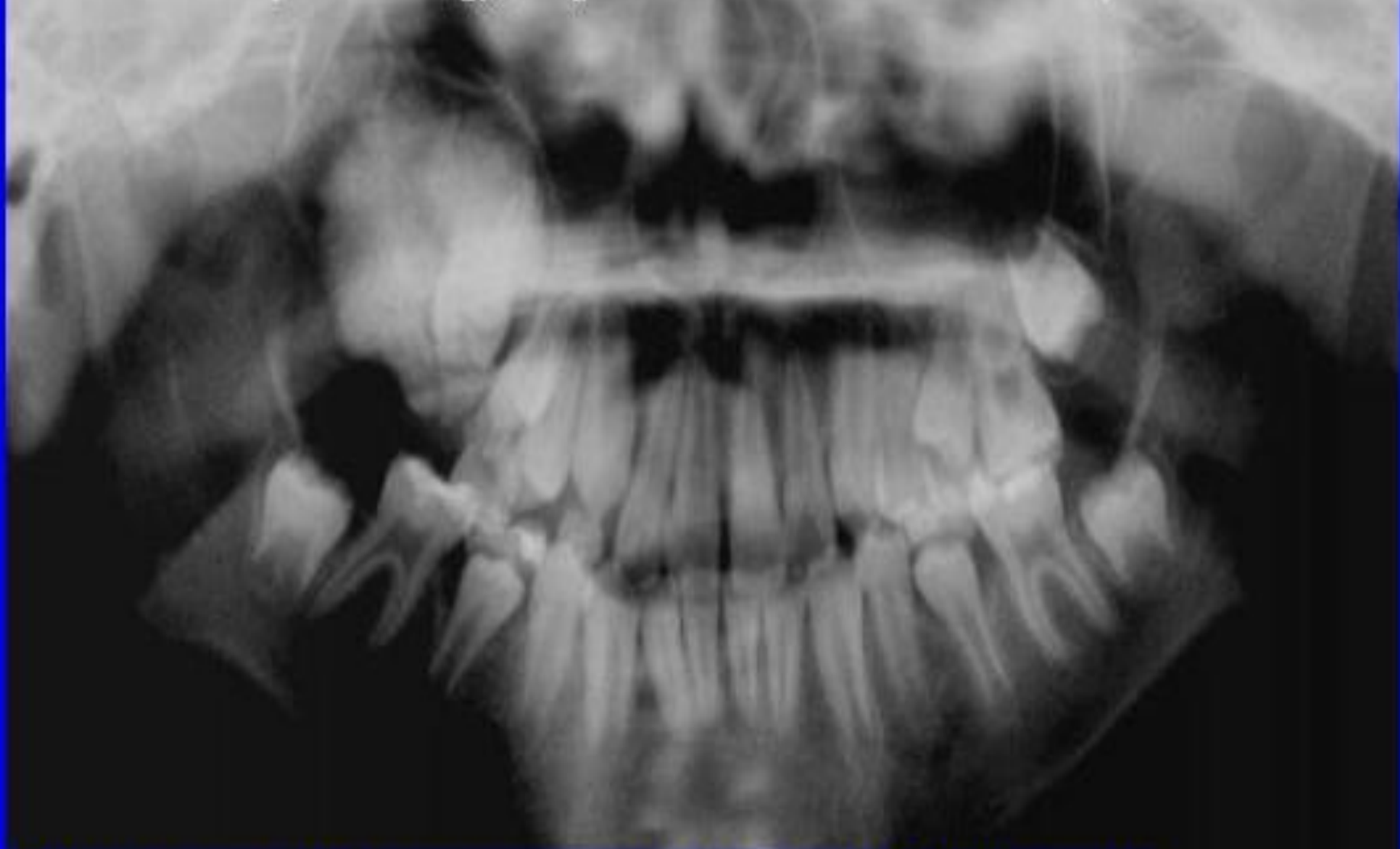
Мягкая одонтома склонна к инвазивному росту и малигнизации.



Твёрдая одонтома



Dept. Radiology, Nagasaki Univ. School of Dentistry



Downloaded from: www.xray2000.co.uk

- ▶ **Диагноз** устанавливается чаще всего в период прорезывания постоянных зубов. Наблюдается нарушение прорезывания постоянных зубов, утолщение альвеолярного отростка и тела челюсти, смещение имеющихся зубов. Локализуется преимущественно в области резцов, клыков и премоляров верхней челюсти. Растет опухоль медленно, безболезненно. Твердая одонтома часто диагностируется в результате ее инфицирования. В этих случаях имеются признаки острого или хронического воспаления (отек, гиперемия, свищи), что имитирует остеомиелит челюсти, затрудненное прорезывание зуба.

- ▶ **Рентгенологическая картина**

При сложной одонтоме определяются множественные зубоподобные образования с четкими контурами в виде «тутовой ягоды». По периферии опухоли видна полоска разрежения (оболочка опухоли). Одонтома смещает рядом расположенные зачатки зубов. При простой одонтоме на рентгенограмме определяется тень отдельного порочно развитого зуба или зубоподобного образования (недоразвитый, деформированный зуб), соотношение эмали и дентина, в котором хаотично.

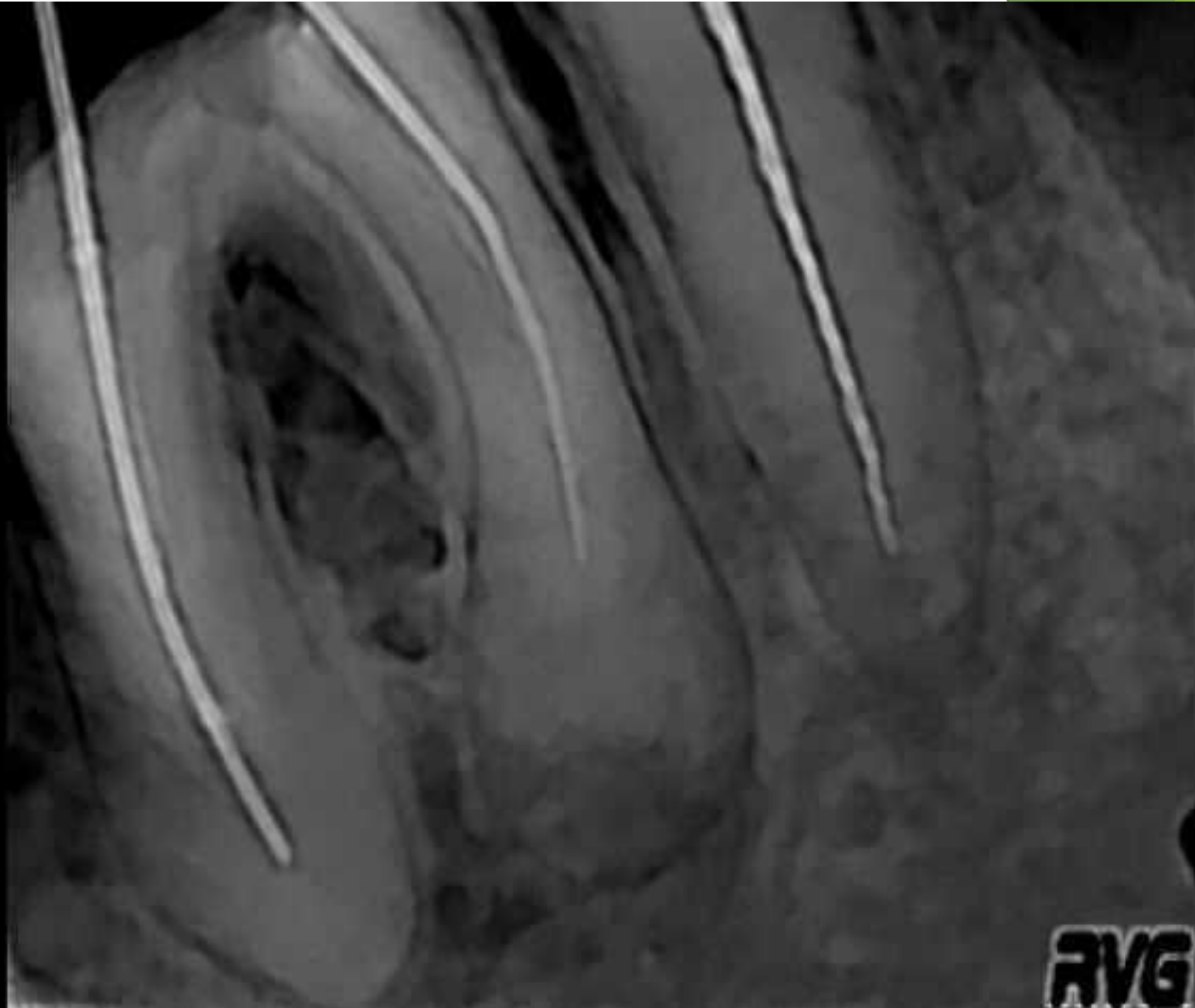
Лечение твердой одонтомы

хирургическое. Операция заключается в полном удалении опухоли и ее оболочки. Ложе опухоли выскабливают для профилактики рецидива. Нередко требуется «выпиливание», «выдалбливание» опухоли из костной ткани. По возможности следует сохранить зачатки рядом расположенных зубов и ретинированные сформированные постоянные зубы. Доступ может быть как внеротовым, так и внутриротовым.

- ▶ Не подлежат удалению полностью обызвествленные, зрелые образования, закончившие биологический цикл развития и не вызывающие воспалительных заболеваний и функциональных нарушений.

ЦЕМЕНТОМА:

- ▶ Цементома - одонтогенная опухоль соединительнотканного происхождения, основным и характерным элементом которой является грубоволокнистая ткань, сходная с цементом.
- ▶ Цементомы наблюдаются преимущественно у женщин и локализуются на нижней челюсти в области ее тела и угла. Развиваются вокруг корней зуба. Ведущим симптомом цементомы является боль, которая возникает во время приема пищи и разговора. При пальпации все больные отмечают боль. Болевые ощущения возникают в тех случаях, когда кортикальный слой челюсти истончается и отдельные участки опухоли оказывают давление на надкостницу челюсти.
- ▶ В некоторых случаях цементома выходит за пределы надкостницы и слизистой оболочки, как бы прорезываясь в полость рта и образуя перфорационное отверстие, через которое легко проникает инфекция.



AVG



► **На рентгенограмме** определяется овальная, круглая или бесформенная, почти однородная тень в области корня зуба. В других случаях вместо тени может определяться зона просветления (минус ткань), на фоне которой видны несколько мелких плотных теней неправильной формы.

► **Лечение** цементом только хирургическое. Проводится операция - блоковая резекция челюсти в пределах здоровых тканей вместе с зубами. Операция показана при наличии боли, прогрессивного роста цементомы, хронического воспаления вокруг нее, назревающей угрозы патологического перелома челюсти, функциональных и косметических нарушений.

Во время операции удаляется зуб, спаянный с цементомой.

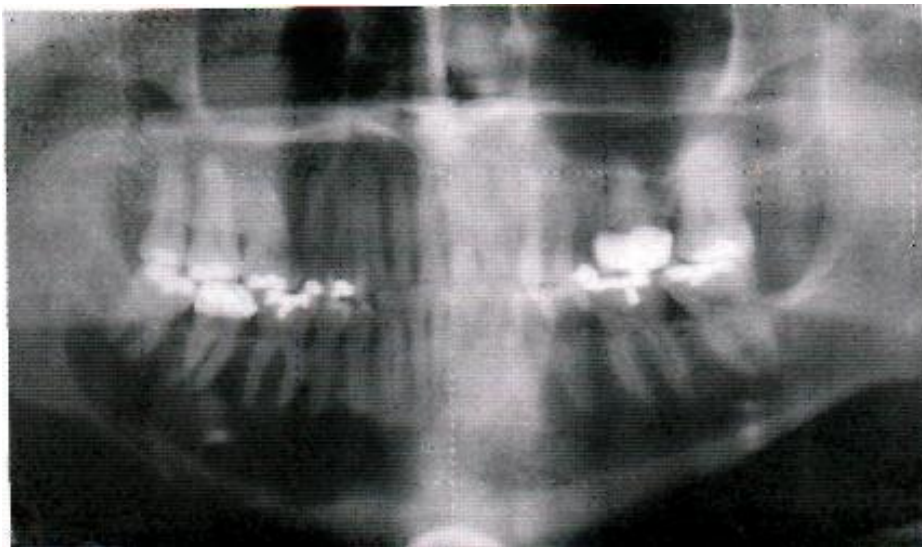
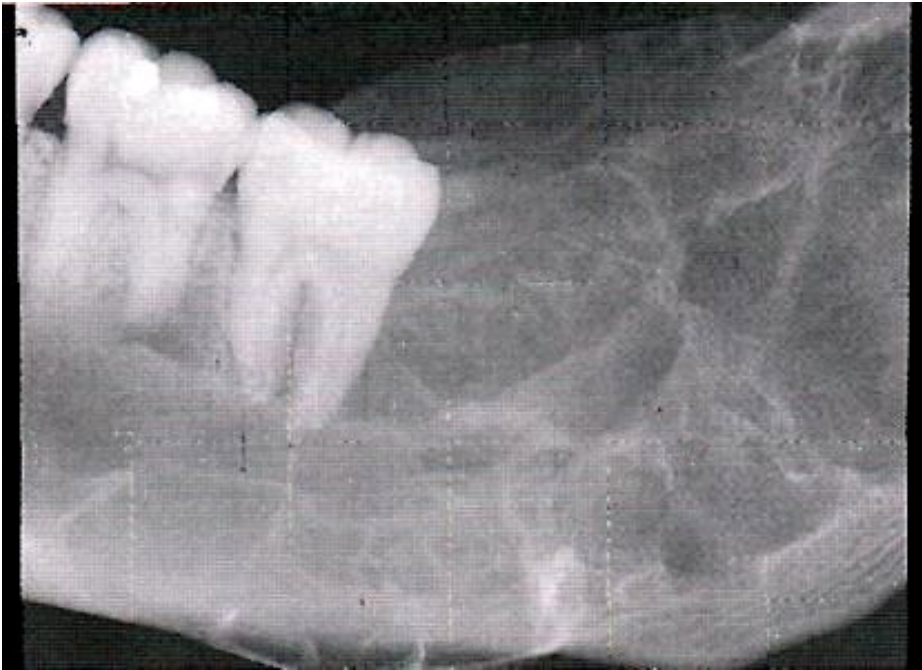


Миксома (миксофиброма)

- ▶ Редкая доброкачественная опухоль, построенная из слизистой ткани. Обладает местным инвазивным ростом. Выявляется в любом возрасте, одинаково часто у мужчин и женщин. Быстрый рост опухоли может происходить за счет накопления слизи. Не метастазирует, часто рецидивирует.
- ▶ **Патанатомия.** Макроскопически опухоль имеет вид узла, состоящего из желтовато-белой слизистой ткани, без четких границ. Микроскопически в мукоидной строме располагаются клетки звездчатой формы с анастомозирующими отростками. Встречаются пучки коллагеновых волокон. Иногда в опухоли можно обнаружить мелкие островки одонтогенного эпителия, местами окруженного гиалинизированной стромой.

► Клиника.

Миксома (миксофиброма) растет медленно, безболезненно, проявляется вздутием кости. Пальпаторно определяется плотное, безболезненное выпячивание челюсти с гладкой поверхностью. Слизистая оболочка над опухолью в цвете не изменена. Зубы в границах новообразования подвижные, смещаются. При локализации патологического очага вблизи нижнечелюстного канала возникает симптом Венсана. На верхней челюсти миксома может прорасти в верхнечелюстную пазуху и полость носа.



Рентгенологическая картина.

Определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами. В некоторых случаях может иметь вид мелких ячеистых образований, разделенных костными перегородками.

Лечение миксомы
(миксофибромы)
хирургическое.
Проводится резекция
челюсти.



Спасибо за
внимание!!!!