

УДК: 616.311.2-006.31-036-071-08
DOI: 10.24061/2413-4260.IX.3.33.2019.12

ЕПУЛІС ЯК ПУХЛИНОПОДІБНЕ УТВОРЕННЯ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*О.І. Годованець, І.С. Марчук,
Т.І. Муринюк*

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
(м. Чернівці, Україна)

Резюме

Вступ. Епуліс – доброякісна пухлина порожнини рота, що походить із тканин пародонта. Фіброматозний епуліс однаково часто зустрічається в осіб обох статей. Ангіоматозну форму діагностують переважно у дітей. У дитячій стоматології пухлиноподібне утворення найчастіше виявляється в період змінного прикусу. Як наслідок – ретенція постійних зубів, дивергенція коренів. Зафіксовані поодинокі випадки виникнення епуліса у новонароджених.

Мета дослідження. Оптимізація хірургічної методики лікування епулісу в дітей.

Матеріали та методи дослідження. Оцінка патологічного процесу здійснювалася на основі анамнезу та клінічних даних пацієнтки К., 12 років. Додаткові методи обстеження – прицільна внутрішньоротова рентгенографія ділянки патологічного процесу, гістологічне дослідження. Лікування оперативне, диспансерне спостереження протягом 6 місяців.

Результати дослідження. Лікувальна тактика полягала у висіченні епуліса під місцевим знеболенням. Висічений матеріал було відправлено для гістологічного дослідження, результати якого підтвердили діагноз – ангіоматозний епуліс. Дано рекомендації після оперативного втручання. Проведено диспансерне спостереження протягом 6-ти місяців.

Висновки. Найефективнішим методом лікування епуліса є хірургічний. Для уточнення діагнозу необхідно проводити рентгенологічне та гістологічне дослідження.

Ключові слова: епуліс; гістологічне дослідження; хірургічне втручання.

Епуліс (синоніми: пародонтома, надясневик, епуліс, МКХ-10 – К 068) – збірний термін, що характеризує своєрідні пухлиноподібні ураження щелеп з локалізацією патологічного процесу в ділянці ясен. Гістогенетично епуліс не має зв'язку з тканинами зубного зачатка або зуба. Він розвивається з пародонту – тканин, що оточують зуб, і тому його відносять до пародонтома. Це захворювання зустрічається в будь-якому віці [1].

Ймовірним провокуючим чинником для виникнення епуліса вважається хронічна травма тканин ясен і вуздечок верхньої та нижньої губи. Спостерігається він також при аномаліях прикусу, при неправильно виготовлених зубних протезах і пришийкових пломбах або при наявності зубного каменю і каріозних порожнин у приясенній ділянці [2].

Епуліс у дітей зустрічається досить часто. Пов'язують це переважно з процесом прорізування зубів, коли слизова ясен піддається постійному травмуванню зубами, що прорізаються [3]. Зафіксовані поодинокі випадки виникнення епуліса у новонароджених [4].

У старших дітей, у період статевого дозрівання, нарости можуть утворитися внаслідок гормональних порушень. Аналіз частоти виникнення епулісу в дітей різних вікових груп показав, що найбільш часто він зустрічається в період статевого дозрівання. Причиною цього є гормональні зміни, які відбуваються в організмі підлітка. Згідно даних літератури, епуліс у дівчаток зустрічаються вдвічі частіше, ніж у хлопчиків [5].

Макроскопічно при всіх морфологічних формах епуліс виглядає стереотипно – у вигляді поодинокого вузла на більш чи менш широкій ніжці діаметром 0,5-2,0 см, рідше – більше. Характер-

ною особливістю епуліса є локалізація на гребені альвеолярного відростка, як правило з вестибулярної сторони, частіше в ділянці різців та іклів, рідше – у ділянці премолярів.

Виділяють три клініко-морфологічні форми епуліса. Незалежно від гістологічної будови, поверхня епуліса покрита багат шаровим плоским епітелієм, в якому можуть зустрічатися ділянки звирозкування, а в тканині вузла – хронічне запалення з розростаннями епітелію, що пов'язано з травматизацією.

Ангіоматозний епуліс – здебільшого зустрічається у дітей до 10 років. Він має м'яку консистенцію, безболісний, але внаслідок розвиненої мережі кровоносних судин, схильний до кровоточивості навіть при незначних пошкодженнях. За кольором може бути дещо червонуватим, або з легким ціанотичним відтінком, поверхня горбиста. Улюблена локалізація ангіоматозного епуліса – пришийкова ділянка. Не впливає на кісткову тканину і має будову, типову для капілярної або кавернозної ангіоми, іноді з відкладенням гемосидерину в стромі. Така форма здатна до рецидивів, що поєднується з ангіомами іншої локалізації.

Фіброзний епуліс зустрічається у різних вікових періодах, але частіше після 40 років. Здатний призводити до деструкції кісткової тканини. Гістологічно він відповідає фібромам з невеликою кількістю судин капілярного типу. При наявності множинного ураження говорять про фіброматоз ясен. Фіброматозний епуліс має округлу або неправильну форму, розташовується з вестибулярної поверхні ясен на широкій, рідше вузькій ніжці та прилягає до зубів, може поширюватися через міжзубний проміжок на оральну сторону. Такий

епуліс покритий слизовою оболонкою блідо-рожевого кольору, має гладку або горбисту поверхню, щільно-еластичну консистенцію, безболісний, не кровоточить, характеризується повільним зростанням. Рецидиви спостерігаються дуже рідко. Мікроскопічно представляє розростання фіброзної тканини, в якій зустрічаються окремі кісткові перекладини [6].

Гігантоклітинний епуліс зустрічається, як правило, у жінок у віці 30-40 років, в окремих випадках – у дітей. Макроскопічно він являє собою вузол м'якої консистенції, темно-червоного кольору, іноді з коричневим відтінком. Рентгенологічно в зоні локалізації епуліса відзначаються розрідження кістки та руйнування кортикальної пластинки. Мікроскопічна картина відповідає периферичній гігантоклітинній гранульомі (остеобластокластома). Виявляється велика кількість клітин типу остеобластів, які мають овальну форму та одне ядро, а також гігантські багатоядерні клітини типу остеокластів. Характерною особливістю гігантоклітинного епуліса є інтерстиціальний тип кровопостачання, що виражається в наявності великого числа вистелених ендотелієм міжтканинних щілин аж до утворення великих лакун, переповнених кров'ю. Застій крові призводить до крововиливів і з масивним відкладенням гемосидерину в тканини вузла. Гігантоклітинний епуліс може рецидивувати, тому слід застосовувати більш радикальні методи оперативного лікування [7].

Нерідко гігантоклітинний епуліс поєднується з ураженням інших кісток скелета, в тому числі і щелеп (частіше нижньої), де він має назву центральної гігантоклітинної гранульоми. Серед гігантоклітинних епулісів у свою чергу виділяють периферичну гігантоклітинну гранульому, що розвивається з тканин ясен, і центральну, або репаративну гігантоклітинну гранульому, що виникає з кістки альвеолярного відростка.

Периферична гігантоклітинна гранульома – безболісне утворення округлої або овальної форми з горбистою поверхнею, м'якої або пружної еластичної консистенції, синюшно-багряного кольору. Розвивається на альвеолярній частині щелепи, кровоточить, росте повільно. Епуліс значних розмірів легко травмується, при цьому утворюються ерозії та виразки. На епулісі зазвичай візуалізується вдавнення від зубів антагоністів. Зуби, до яких прилягає епуліс, зміщуються і нерідко стають рухомими. Мікроскопічно визначається велика кількість багатоядерних гігантських клітин, гранули гемосидерину [8].

Центральна гігантоклітинна гранульома зовні нагадує периферичну. Мікроскопічно вона представлена фіброзною тканиною з множинними вогнищами геморагій, скупченням багатоядерних гігантських клітин, відкладеннями гемосидерину. Еластичний відросток з ясен, червоно-синього відтінку. Екзостоз утворюються з альвеолярного кісткового наросту або слизової ясен. Цей вид епуліса з'являється і розростається до значних розмірів дуже швидко, що, у свою чергу, призводить до постійного виділення сукровиці та травм [9].

Діагноз встановлюють на підставі даних клінічної картини та результатів морфологічного дослідження. При центральній гігантоклітинній

гранульомі за допомогою рентгенологічного дослідження виявляють ділянку деструкції кістки з чіткою межею і рівним контуром, на тлі якого можна виявити тонкі кісткові перегородки. Через схожість макроскопічної картини з іншими ураженнями пародонту пухлинної або запальної природи вирішальне значення в діагностиці має гістологічне дослідження [10].

Лікувальна тактика полягає в усуненні травмуючого фактора і висіченні наросту. Хірургічне лікування – висічення епуліса в межах здорових тканин із наступною електрокоагуляцією або склерозуванням підлеглої тканини. Розріз роблять відступивши від меж епуліса на 2-3 мм. Видаляють його разом з окістям, при центральній гігантоклітинній гранульомі – з ділянкою кісткової тканини. Після висічення центральної гігантоклітинної гранульоми залучену в процес ділянку кістки видаляють бором або фрезою. Після видалення епуліса краї рани коагулюють. Рану закривають марлею, просоченою йодоформною сумішшю або перемішують на неї сформований слизисто-надокістний клапоть. Зуби в ділянці епуліса видаляють лише при значній рухливості та надмірному оголенні коренів. При великому ураженні кістки, а також рецидиві епуліса виробляють часткову резекцію альвеолярної частини разом із зубами. Прогноз сприятливий, при неадекватно виконаній операції виникає рецидив [11].

Основним заходом профілактики у виникненні епулісу є своєчасне звернення до лікаря-стоматолога, з метою запобігання травми тканин ясен, своєчасного усунення всіх дискомфортних чинників під час носіння протезів або брекетів. Раз в 4-6 місяців слід проходити обстеження та здійснювати санацію ротової порожнини.

Клінічний випадок

Пацієнт К., 12 років звернувся зі скаргами на наявність утворення на верхній щелепі праворуч. Соматичний стан без змін. Об'єктивно: обличчя симетричне, пропорційне, без видимих патологічних змін. При внутрішньоротовому огляді на вестибулярній поверхні ясен в ділянці 11/12 зубів наявне утворення у вигляді вузлика, ціанотичного забарвлення, легко кровоточить при дотиці, м'якої консистенції.

На прицільній рентгенографії – осередок остеодеструкції без чітких меж (рис. 1).

Попередній діагноз – ангіоматозний епуліс.

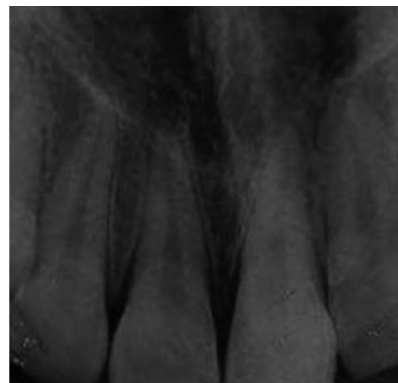


Рис. 1. Прицільна внутрішньоротова рентгенографія: ділянка остеодеструкції

Лікувальна тактика полягала у висіченні даного утворення. Хірургічний етап лікування проводили у такій послідовності: під місцевим знеболенням анестетиком артикаїнового ряду з адреналіном (1:200000) проведено висічення епуліса з послідуною діатермокоагуляцією в межах здорових тканин. Після чого проведено гемостаз. Висічений матеріал було взято на гістологічне дослідження (рис. 2).

Згідно результатів гістологічного дослідження було підтверджено діагноз – ангиоматозний епуліс.



Рис. 2. Матеріал для гістологічного дослідження

Пацієнту надано рекомендації щодо догляду за ротовою порожниною. Призначено нанесення на уражену ділянку мазь метилурацил, 1 раз на добу протягом 7 днів. Повторний огляд на 3-ій та 5-ий день після втручання (рис. 3). Диспансерне спостереження протягом 6-ти місяців.



Рис. 3. Клінічний вигляд ділянки після оперативного втручання

Конфлікт інтересів: автори не заявляли будь-якого конфлікту інтересів.

Джерела фінансування: самофінансування.

Література

1. Пачес АИ. Опухоли головы и шеи. Москва: Практическая медицина; 2013. 478 с.
2. Колесник ВИ, Клочко ЕС, Ленеєв ОВ, Солтан ЛГ, Юргель МА. Случай оперативного лечения фиброзного эпюлиса гигантских размеров. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2011;2:68.
3. Lapid O, Shaco-Levy R, Krieger Yu, Kachko L, Sagi A. Congenital epulis. Pediatrics [Internet]. 2001[cited 2019 May 6];107(2):e22. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/107/2/e22.full.pdf>
4. Pakeisen J, Nowak M, Kruger A. Epulis in a newborn. Histogenetic comparison with a granular cell tumor in adults. Patologie. 2002;23(2):145-8.
5. Шабанов АМ, Доманин АА, Аль-Мандили АИ. Клиническая морфология эпюлисов. Монография Тверь; 2001. 110 с.
6. Гасюк АП, Шепитько ВИ, Ждан ВН. Морфо- и гистогенез основных стоматологических заболеваний. Полтава; 2008. 93с.
7. Scully C, Flint SR, Bagan JV, Porter SR, Moos KF, editors. Oral and Maxillofacial Diseases. 4th ed. Informa Healthcare; 2010. 287 p.
8. Breault LG, Fowler EB, Wolfgang MJ, Lewis DM. Peripheral giant cell granuloma: a case report. Gen Dent. 2000;48(6):716-9.
9. Бернадський ЮЙ. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. Київ: П.К. Спалах; 2003. 511с.
10. Reinshagen K, Wessel LM, Roth H, Waag KL. Congenital epulis: a rare diagnosis in paediatric surgery. Eur J Pediatr Surg. 2002;12(2):124-6. doi: 10.1055/s-2002-30165.
11. Pogrel MA, Kahnberg K-E, Andersson L, editor. Essentials of Oral and Maxillofacial Surgery. Wiley-Blackwell; 2014. 400p.

ЭПУЛИС КАК ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

О.И. Годованец, И.С. Марчук, Т.И. Муринюк

Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (г. Черновцы, Украина)

Резюме

Вступлення. Эпулис – доброкачественная опухоль полости рта, которая происходит из тканей пародонта. Фиброматозный эпулис одинаково часто встречается у лиц обоего пола. Ангиоматозную форму диагностируют как правило у детей. В детской стоматологии опухолевидное образование чаще всего проявляется в период сменного прикуса. Как следствие – ретенция постоянных зубов,

EPULIS AS A TUMOR FORMATION. CLINICAL CASE

O.I. Godovanets, I.S. Marchuk, T.I. Muryniuk

HSEE of Ukraine
«Bukovinian State
Medical University»
(Chernivtsi, Ukraine)

Summary

Introduction. Epulis is benign tumor of the oral cavity which develops from alveolar tissue. Fibromatous epulis is common for both male and female. The children are diagnosticated with angiomatous form of epulis.

The tumor is revealed during the period of mixed occlusion in the pediatric dentistry. The result of it is a retention of permanent teeth, a divergence of teeth

дивергенция корней. Зафиксированы единичные случаи возникновения эпюлиса у новорождённых.

Цель исследования. Оптимизация хирургической методики лечения эпюлиса у детей.

Материалы и методы исследования. Оценка патологического процесса осуществлялась на основе анамнеза и клинических данных пациентки К., 12 лет. Дополнительные методы обследования – прицельная внутриротовая рентгенография участка патологического процесса, гистологическое исследование. Лечение оперативное, диспансерное наблюдение в течение 6 месяцев.

Результаты исследования. Лечебная тактика заключалась в иссечении эпюлиса под местным обезболиванием. Высеченный материал был отправлен для гистологического исследования, результаты которого подтвердили диагноз – ангиоматозный эпюлис. Даны рекомендации после оперативного вмешательства. Проведено диспансерное наблюдение в течение 6-ти месяцев.

Выводы. Самым эффективным методом лечения эпюлиса является хирургический. Для уточнения диагноза необходимо проводить рентгенологическое и гистологическое исследование.

Ключевые слова: эпюлис; гистологическое исследование; хирургическое вмешательство.

Контактна інформація:

Годованець Оксана Іванівна – д.мед.н., професор, завідувач кафедри стоматології дитячого віку Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, Україна).

Контактна адреса: пл. Театральна, 2, 58002, м. Чернівці, Україна

Контактний телефон: 0506508446

E-mail: godovanec.oksana@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1889-3893>

Resercher ID: <http://www.researcherid.com/rid/B-7111-2017>

Author ID (Scopus): <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57205579182>

Контактная информация:

Годованец Оксана Ивановна – д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (г. Черновцы, Украина).

Контактный адрес: пл.Театральная, 2, 58002, г. Черновцы, Украина

Контактный телефон: 0506508446

E-mail: godovanec.oksana@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1889-3893>

Resercher ID: <http://www.researcherid.com/rid/B-7111-2017>

Author ID (Scopus): <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57205579182>

roots. It has been recorded some cases with epulis of newborns.

Aim of study. Optimization of surgical technique of treatment of epulis in children.

Materials and methods. Evaluation of the pathological process was carried out on the basis of anamnesis and clinical data of the patient K., 12 years. Additional methods of examination - targeted intra-oral radiography of the pathological process, histological examination. Treatment is operative, dispensary observation within 6 months.

Results. The treatment tactics was to cut the epulis under local anesthesia. The excised material was sent for histological examination, the results of which confirmed the diagnosis of angiomatous epulis. Recommendations are given after surgery. Dispensary monitoring was carried out for 6 months.

Conclusion. Nowadays the most effective treatment of epulis is surgical. It is necessary to do roentgenologic and histological examination for specification of diagnosis

Key words: Epulis, Histological examination, Surgical intervention.

Contact Information:

Godovanets Oksana Ivanovna - MD, Professor, Head of the Department of Pediatric Dentistry, Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University» (Chernivtsi, Ukraine).

Contact address: Teatralnaya Square, 2, 58002, Chernivtsi, Ukraine

Contact phone: 0506508446

E-mail: godovanec.oksana@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1889-3893>

Resercher ID: <http://www.researcherid.com/rid/B-7111-2017>

Author ID (Scopus): <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57205579182>