

Редкий случай наблюдения больного с десмопластической фибромой нижней челюсти

Ю.А.Никаноров
И.В.Чайковская

Донецк
2021

Десмопластическая фиброма костной ткани – редкая, локально агрессивная, доброкачественная опухоль, локализуемая в костной ткани. На сегодняшний день в отечественной литературе имеются лишь единичные сведения клинических наблюдений пациентов с данной патологией.

Впервые эта нозологическая форма была описана в 1958 году доктором Джеффри Яффе, который выделил эту патологию в качестве самостоятельного заболевания, отделив от других внутрикостных волокнистых опухолей.

В 1965 году Griffith J.G. и Irby W.B. впервые представили общественности доклад о десмопластической фиброме нижней челюсти. С этого времени в литературе стали появляться описания клинических случаев этой патологии.

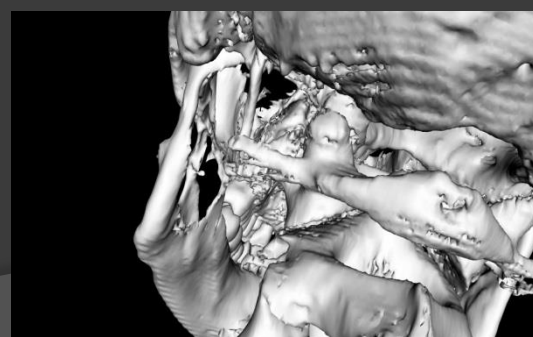
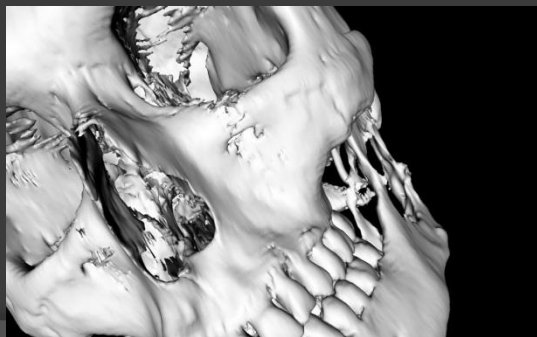
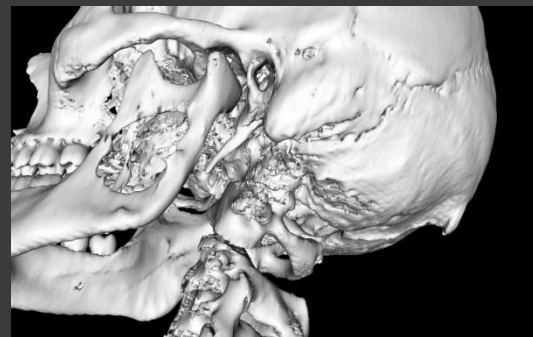
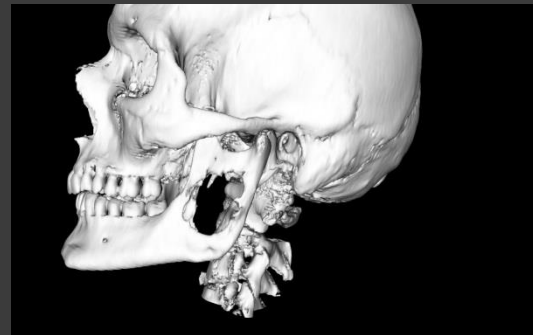
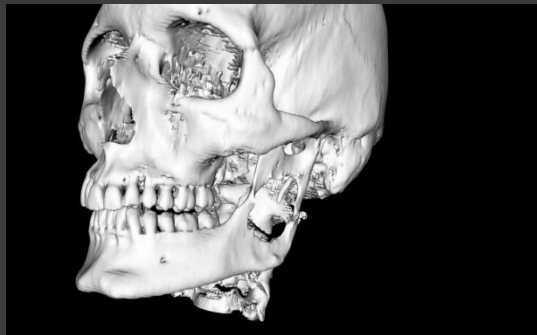
В обзоре, проведенном Crim J.R. с соавторами в 1989 году указано, что из всех 114 описанных на тот момент в литературе случаев десмопластической фибромы костей, поражения нижней челюсти составили только 30 случаев

- ⦿ На сегодняшний день поражение нижней челюсти по данным различных авторов происходит в 20-25% случаев. В базе данных международной литературы PubMed были описаны 57 случаев (с 1969 по 2015 год) десмопластической фибромы в области нижней челюсти. Данный факт подтверждает редкую встречаемость этого заболевания. Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что десмопластическая фиброма составляет около 0,06% всех костных опухолей и 0,3% всех доброкачественных новообразований костной ткани
- ⦿ Причины развития данного заболевания неизвестны, хотя имеются предположения, что на возникновение могут оказывать влияние генетические, эндокринные и травматические факторы. Десмопластическая фиброма обычно встречается у взрослых людей во второй или третьей декаде жизни, хотя имеются данные о развитии заболевания и в детском возрасте. Локализация образования в нижней челюсти является наиболее частой среди всех костей лицевого скелета. Патогомоничные симптомы десмопластической фибромы не отмечены.

- По данным литературы десмопластическая фиброма имеет **частоту рецидивов от 37% до 72%**, резекция пораженной кости является предпочтительной терапией, и в идеале он должен быть в виде единого блока резекции.
- Случаи, в которых по анатомическим соображениям ограничивается резекция, альтернативной терапией является кюретаж. Средняя **частота рецидивов** после выскабливания составляет 55%.
- Также **применяется лучевая и химиотерапия**, которая не обладает такой эффективностью, как предыдущие методы лечения, и считается опасной для доброкачественных опухолей. Применяется при невозможности проведения последних, или при отказе пациента хирургического вмешательства.

- ◎ **В клинику челюстно-лицевой хирургии ЦГКБ№1 г.Донецка** обратился пациент 29 лет по поводу новообразования нижней челюсти (предположительно кистой). Из анамнеза установлено, что в 2020 году пациенту удален 38 зуб,. Вместе с зубом также иссечена кистозная оболочка для гистологического исследования. Согласно данным патогистологического исследования – картина наиболее соответствует одонтогенной фиброме. Прошел курс противовоспалительного лечения. В апреле 2021 года отметил ухудшение состояния, появление припухлости околоушной области. Обратился в клинику, после клинико-рентгенологического исследования, а также выполненной компьютерной томографии у пациента был обнаружен объемный процесс, локализующийся в теле и ветви нижней челюсти слева. В мае 2021 госпитализирован в клинику.
- ◎ **На момент госпитализации** - кожа лица обычной окраски, без признаков воспалительных изменений. В полости рта слизистая бледно-розовая, влажная, без видимых патологических изменений. Патологической подвижности зубов, не определяется. При пальпации в области переходной складки определяется выбухание костной ткани. Данные компьютерной томограммы, с которыми пациент поступил в специализированное отделение представлены на слайде

Выполнено 3-д моделирование данных спиральной компьютерной томографии. Обнаружено объемное образование ветви челюсти со сквозным дефектом.



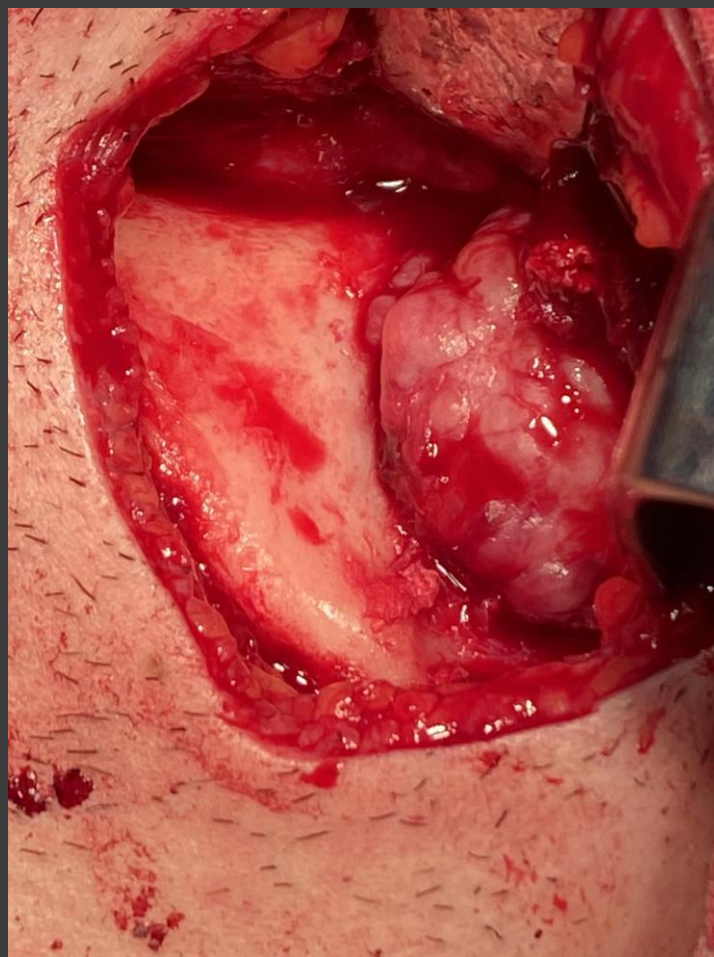
По данным компьютерной томографии определяются очаги деструкции костной ткани неправильной формы на всем протяжении от 48 до ветви без инкапсуляции. В верхних отделах деструкция принимает вид многоячеистой формы и (или) ткани «изъеденной молью». Смещение зубов и резорбции их корней не наблюдается. На всем протяжении пораженного участка челюсти наблюдается разрушение кортикальной пластинки как с вестибулярной и язычной стороны.

Напечатанная 3-д модель пораженной нижней челюсти.
Визуализируется сквозной дефект угла и ветви челюсти
(очерчен маркером)



Составлен план оперативного лечения, направленный на удаление опухоли, с сохранением непрерывности ветви и угла челюсти. Для избежания выскабливания и повышения радикализма операции, принято решение выполнить периферическую остеотомию (вокруг опухоли) с использованием пьезохирургического скальпеля — пьезотома. А также, после удаления опухоли - выполнить хирургическое армирование ветви челюсти, для профилактики патологического перелома.

Этап операции. Раскрыто субмассетериальное пространство, визуализируется опухоль ветви нижней челюсти.



Этап операции. Остеотомия по периферии опухоли выполняемая пьезоскальпелем.



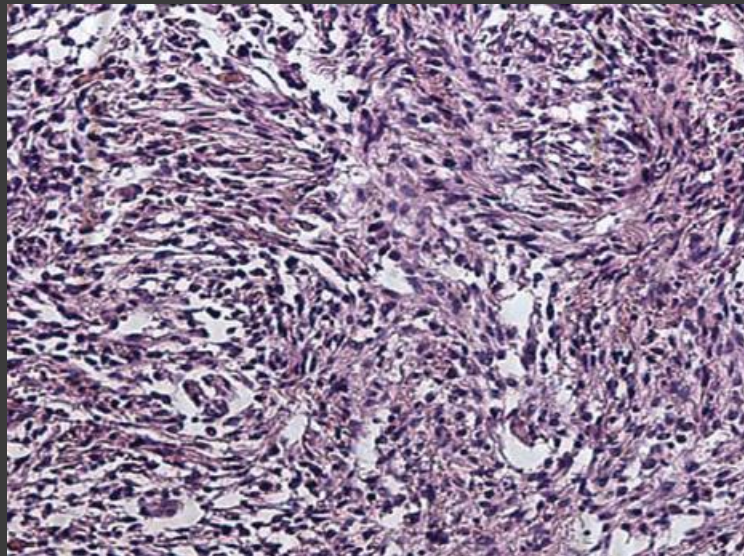
Этап операции. Вид макропрепарата удаленной опухоли



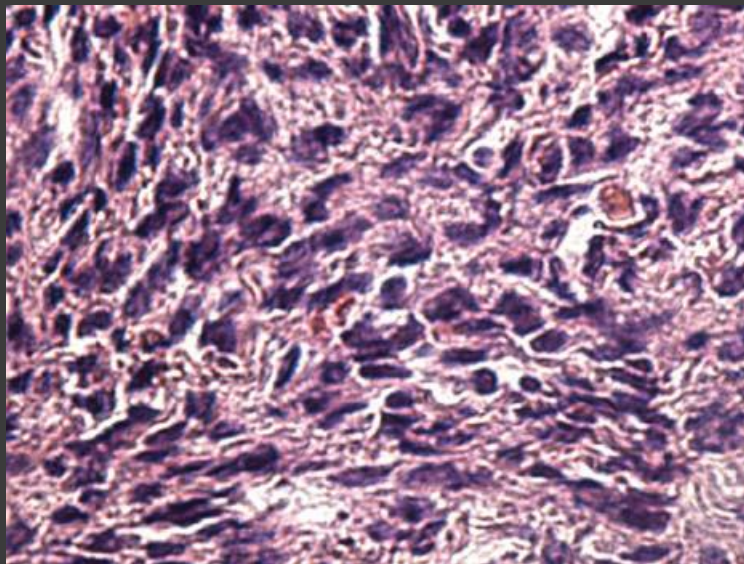
Этап операции. Вид дефекта нижней челюсти после остеотомии и удаления опухоли



Гистологический препарат десмоидной фибромы: Пучки переплетающихся коллагеновых волокон с клетками типа фибробластов. Окраска гематоксилин и эозин x200



Гистологический препарат десмоидной фибромы: Клетки с полиморфными овальными ядрами. Митозы отсутствуют. Окраска гематоксилин и эозин x300



Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 7-сутки.
Наблюдение в течение полугода подтверждают хороший функциональный и эстетический результат.
Продолжается наблюдение за пациентом.

Выводы:

1. Десмопластическая фиброма является редким заболеванием поражающим челюстно-лицевую область.
2. Обширность поражения костной ткани требует четкого представления топике процесса.
3. Компьютерная томография с 3-д моделированием и предоперационной печатью моделей – позволяет адекватно оценивать уровень поражения и планировать будущую операцию.
4. Использование методик пьезохирургии расширяет возможности атравматичных остеотомий без компромиссов со стороны радикализма.
5. Вышеизложенное требует дальнейшего научного поиска с целью разработки новых методов диагностики и лечения данного вида патологии.

Спасибо за внимание