

С. О. НИКОГОСОВА

К ВОПРОСУ ОБ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИИ АДАМАНТИНОМ
ЧЕЛЮСТЕЙ

Адамантинома в процессе роста, как известно, не прорастает в кость, а давит изнутри на нее и раздвигает стенки челюстной кости, вызывая их атрофию и истончение.

По клиническому течению адамантинома — доброкачественное новообразование, т. к. она не имеет инфильтрирующего роста и не вызывает кахексии, однако она хотя и редко, но может переродиться в злокачественную. По данным А. В. Афанасьевой [2], адамантинома дает метастазы в лимфатические узлы, другие же авторы отождествляют ее со злокачественной опухолью, т. к. она способна сильно увеличиваться, разрушая кость (иногда до полного исчезновения костного вещества), давать рецидивы после нерадикального оперативного ее удаления и даже — метастазы в другие органы.

По Юингу, «адамантиномы в большинстве случаев потенциально злокачественные». По И. Г. Лукомскому же [9], не расплывчатое определение «потенциальной злокачественности», а конкретные данные анатомического развития и клинического течения должны использоваться для прогноза адамантиномы и выбора метода лечения, как например, большая склонность адамантиномы к рецидивированию после нерадикального ее удаления. Мак-Грегор в 1935 г. описал 27 случаев адамантиномы с признаками ее озлокачествления. Кромпехер [13] адамантинному причисляет к базалиоме. Такого же мнения придерживаются И. Г. Лукомский [9, 10] и Хаунштейн [15].

Хотя И. Г. Лукомский [9] и Г. В. Васильев [3] отрицают возможность метастазирования адамантиномы, однако их мнение не подтверждается литературными данными. Так, Л. А. Абрамсоном [11] и А. А. Кьяндским [6, 7, 8] отмечены случаи метастазирования адамантиномы в лимфатические узлы, плевру, легкие, почки, печень, мозг.

Вотервор [13] и Поулл [14] описали случай метастазирования адамантиномы в легкое у больной 57 лет через 2 года после удаления опухоли. Больная была оперирована под диагнозом «эхинококк легкого», и только после смерти, последовавшей на следующий день после операции, на вскрытии гистологически был установлен метастаз адамантиномы.

В литературе описаны 23 случая метастазирования адамантиномы челюстей в шейные лимфатические узлы и легкие. В анамнезе почти у всех этих больных неоднократно отмечается нерадикальность операции. За период с 1946 по 1962 гг., по данным Ереванского института

травматологии и ортопедии, из 13 больных, имеющих адамантиному челюстей, 10 оперированы, двое от операции отказались, один не оперирован из-за иноперабельности.

Исходя из наблюдений, мы считаем возможным злокачественное перерождение и даже метастазирование адамантином.

Для иллюстрации приводим истории болезни некоторых больных.

1. Больной Д. А., 48 лет (история болезни 1182/165). Поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии 9/V 1959 г. с диагнозом «остеосаркома нижней челюсти», установленным, по его словам, два месяца назад. За последнее время рост опухоли ускорился. При осмотре обнаружена опухоль величиной в два кулака на восходящей и горизонтальной ветвях нижней челюсти справа, частично перешедшая на левую половину челюсти. При максимальном размыкании челюстей расстояние между резцами равнялось 1 см. Опухоль имела крупнобугристую поверхность, ее пальпация болезненна. Слизистая сине-багрового цвета, кровоточива и спаяна с подлежащими тканями.

Рентгенография от 9/V 1959 г.: структура тела челюсти на протяжении 8—1 Т 1—7 и правой восходящей ветви резко перестроена с образованием мелких ячеек и дефектов костной ткани. Рассасывание альвеолярного края с оголением корней 8—4¹ зубов (рис. 1 и 2). На снимке в легких определялась опухоль овальной формы с четкими

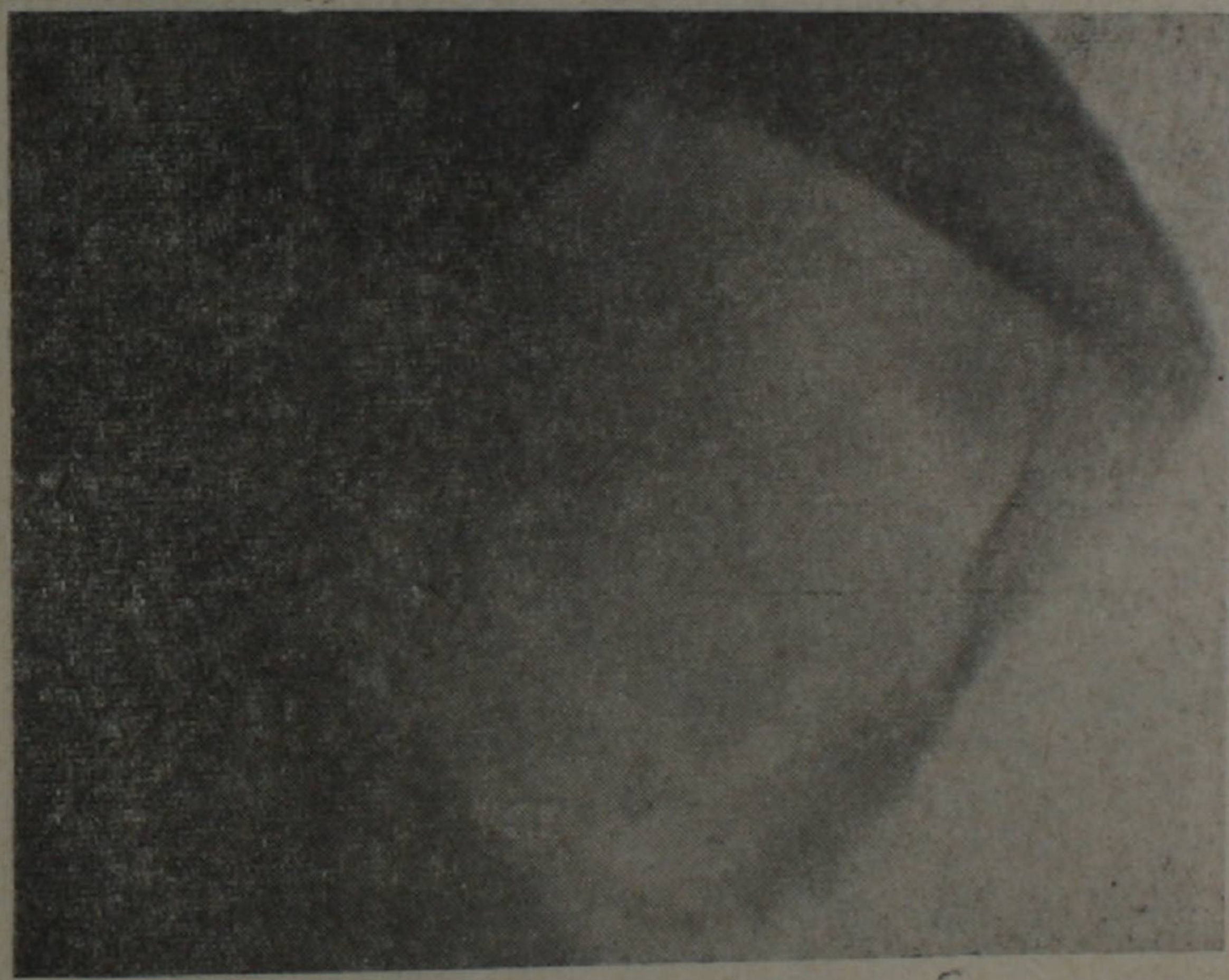


Рис. 1. Рентгенограмма больного Д. А. Озлокачествленная адамантинома нижней челюсти справа.

контурами, размером 3,5×4,5 см, расположенная справа на уровне медиальной зоны среднего легочного пояса. Правое легкое в наружном отделе поджато. Ввиду тяжелого состояния больного детального обследования не произведено.

Заключение рентгенолога: адамантинома нижней челюсти с озлокачествлением и метастазированием в легкие.

По заключению онколога, больной не подлежал рентгенотерапии. Ввиду иноперабельности 11 мая 1959 г. больной был выписан, через 10 дней скончался. Вскрытие трупа не сделано.

2. Больная М. Г., 41 года (история болезни 2406/403). Поступила 6/IX 1955 г. с жалобами на опухоль левой ветви нижней челюсти. Болела с 1937 г. По ее словам, при прорезывании 18 зуба заболела сепсисом. После экстракции 17,8 зубов заметила рост опухоли. До поступления к нам больная оперировалась 6 раз в других медицинских учреждениях в начале под диагнозом «остеомиелит», а затем — «опухоль».

При поступлении имелась опухоль величиной с кулак, твердая по консистенции и слегка болезненная при прощупывании. При максимальном размыкании челюстей расстояние между резцами равнялось 1,5 см. Подчелюстные лимфатические железы увеличены, уплотнены и болезненны. Справа они в норме.

Рентгенография от 7/IX 1955 г.: структура левой восходящей ветви и угла нижней челюсти резко перестроена с образованием мелких ячеек. Почти полное рассасывание тела челюсти с этой же стороны с нечеткими, расплывчатыми контурами, которые дугообразно выступают книзу.



Рис. 2. Тот же больной. Озлокачествленная адамантинома нижней челюсти слева.



Рис. 3. Тот же больной. Метастаз адамантинномы челюсти в правое легкое.

Заключение: адамантинома нижней челюсти с признаками озлокачествления. Больная оперирована 17/IX 1955 г. Предварительно перевязана наружная сонная артерия, после чего резецирована левая половина челюсти. Рана зашита частично, оставлен тампон.

Патогистологическое исследование: препарат нижней челюсти резко обезображен, увеличен за счет опухоли с наличием кист. Консистенция опухоли плотная. Встречаются единичные митозы. В окружающей ткани хроническое воспаление.

Заключение: адамантинома с митозом.

Больная выписана 22/X 1955 г. Ей было предложено явиться через месяц для повторного осмотра и костнопластической операции, но она не явилась.

При повторном обследовании больной через 5 лет после операции общее состояние было удовлетворительным, имелся экзофтальм глаз, расширение зрачков, усиление ранее имеющейся близорукости.

На контрольной рентгенограмме от 5/X 1960 г. вся левая половина челюсти, за исключением небольшого отдела восходящей ветви в области коронарного отростка, отсутствует. Края кости ровные, четкие. Деструктивных изменений не обнаружено (рис. 4). На обзорном снимке черепа изменений не обнаружено.



Рис. 4. Тот же больной. Нижняя челюсть слева после операции.

3. Больная П. Г. 51 г. (история болезни 1733/221). Поступила 7/VI 1961 г. с жалобами на опухоль твердого неба, на невозможность дышать через левую половину носа и на периодическое отделение слизи из нее. Болеет с 1958 г. Начало заболевания связывала с пломбированием 18 зуба, после чего обнаружила опухоль на левой половине неба. Врачи, связывая возникновение опухоли с заболеванием пломбированного 8 зуба, последний амбулаторно удалили в 1959 г., при этом имело место значительное кровотечение, после чего опухоль все же не спала.

24/IX 1959 г. амбулаторно сделана биопсия и диагностирована инфильтрирующая опухоль неясной этиологии, по поводу чего она приняла 8 сеансов рентгенотерапии, но, получив ожог, прекратила ее. В феврале 1961 г. болела гриппом, после чего стала отмечать слезотечение из левого глаза. Наблюдается асимметрия лица за счет отека. На левой половине неба имеется опухоль мягкой консистенции с гладкой поверхностью, величиной в 2×5 см, переходящая за срединную линию. В центре опухоли имеется язвочка в 7 мм диаметром, желтоватого цвета с чистым дном и белесоватыми краями. Отсутствие зубов.

имеется корень 8₁ зуба, кариозный 6₁ зуб. Дыхание через левую половину носа нарушено. Оттенок голоса носовой. Органы грудной клетки без патологических отклонений.

Рентгенография от 8/VI 1961 г.: интенсивное затемнение левой гайморовой пазухи. Нижний и наружный контуры последней разрушены в результате изнутри растущей опухоли.

Больная оперирована 12/VI 1961 г. под проводниковым + инфильтрационным обезболиванием. Разрезом слизистой по переходной складке верхней челюсти слева обнажена передняя поверхность опухоли, имеющей ячеистую структуру, которая, проникая через разрушенную переднюю стенку верхней челюсти в гайморову пазуху, доходила до края глазницы. Опухоль была удалена, остатки ее выскоблены острой ложкой. Удаленные опухолевые массы имели эластическую консистенцию, местами размягчены. Кусачками откушены острые края разрушенной челюстной кости. Ввиду сильного кровотечения полость туго затампонирована. Послеоперационное течение гладкое. В дальнейшем полость промывалась несколько раз перекисью водорода, риванолом, марганцевокислым калием. 3/VII 1961 г. края раны ушиты вторичными швами.

Патологическое исследование: установлена полиморфного строения адамантинома верхней челюсти с инфильтрирующим ростом и разрушением костной ткани.

Больная выписана 11/VII 1961 г. в удовлетворительном состоянии—без болей и температуры, со свободным дыханием. Рекомендовано принять лучевую терапию по месту жительства.

Вторично больная поступила к нам 4/V 1962 г. (история болезни 1316/177) с жалобами на затрудненное носовое дыхание, общее недомогание, боли в левой половине грудной клетки, на запоры и сильные боли в области копчика, особенно во время дефекации. С декабря 1961 г. из носа и по переходной складке верхней челюсти стали свисать опухолевые ткани, появилась кровоточивость. В начале февраля болела гриппом, после чего состояние больной ухудшилось. С 8/II по 21/II 1962 г. приняла рентгенотерапию, после чего выступавшие опухолевые разрастания рассосались, носовое дыхание облегчилось. С 14/II у больной наступило раздвоение зрения левого глаза, постепенно прогрессирующее, а с конца марта этот глаз стал косить, после чего зрение стало ухудшаться и в правом глазе.

Наблюдается незначительная асимметрия лица за счет отека левой щечной области. Кожа на этом уровне заметно цианотична. Пальпация болезненна. Раскрытие рта свободное. На твердом небе имеется мягкой консистенции опухолевидное образование. Слизистая этой области розово-красная. Зубы интактны, а 7 и 7,8 отсутствуют. В области левой собачьей ямки—дефект костной ткани, сообщающийся с гайморовой пазухой. Резкий ихорозный запах изо рта. Общая кахексия.

На контрольных рентгенограммах черепа в нескольких проекциях определяется полное затемнение левой гайморовой и решетчатой пазух в результате замещения их опухолевой массой (рис. 5).

Носовые ходы с этой стороны резко сужены. Стенки гайморовой пазухи разрушены. Со стороны свода черепа костных изменений и метастазов не обнаружено.

На обзорном снимке легких определяется диссеминация опухоли на всем протяжении обоих легких с наличием пневмоторакса по аксиллярным линиям. Имеются также опухолевые метастазы в IX и X ребрах слева с их разрушением (рис. 6).

Состояние больной прогрессивно ухудшалось. Периодически возобновлялось носовое кровотечение, усиливались боли верхней челюсти, поясницы, головные боли. Имелось полное отсутствие дефекации, затруднение мочеиспускания, а в дальнейшем уже полная задержка мочи. Усилились боли в грудной клетке, затруднилось глотание. Развилась резкая кахексия, эмфизма легких, парез отводящего нерва с диплопией.

Лечение проводилось симптоматическое. С 6/VI 1962 г. больная стала ощущать слабость в бедрах и в плечах, а с 11/VI перестала двигать нижними конечностями. Стало нарастать ощущение сдавливания грудной клетки, боли в лопатках и в грудном отделе позвоночника. 22/VI 1962 г. в 13.00 больная почувствовала резкую слабость, сонливость и в 14.00 скончалась.

Заключительный диагноз: озлокачествленная адамантинома верхней челюсти слева с метастазами в легких, IX, X ребрах слева, в поясничном отделе позвоночника, с

осложнениями в виде вторичной эмфиземы легких, пареза левого отводящего нерва глаза, диплопии, паралича нижних конечностей. Резкая кахексия. Вскрытие трупа не сделано.

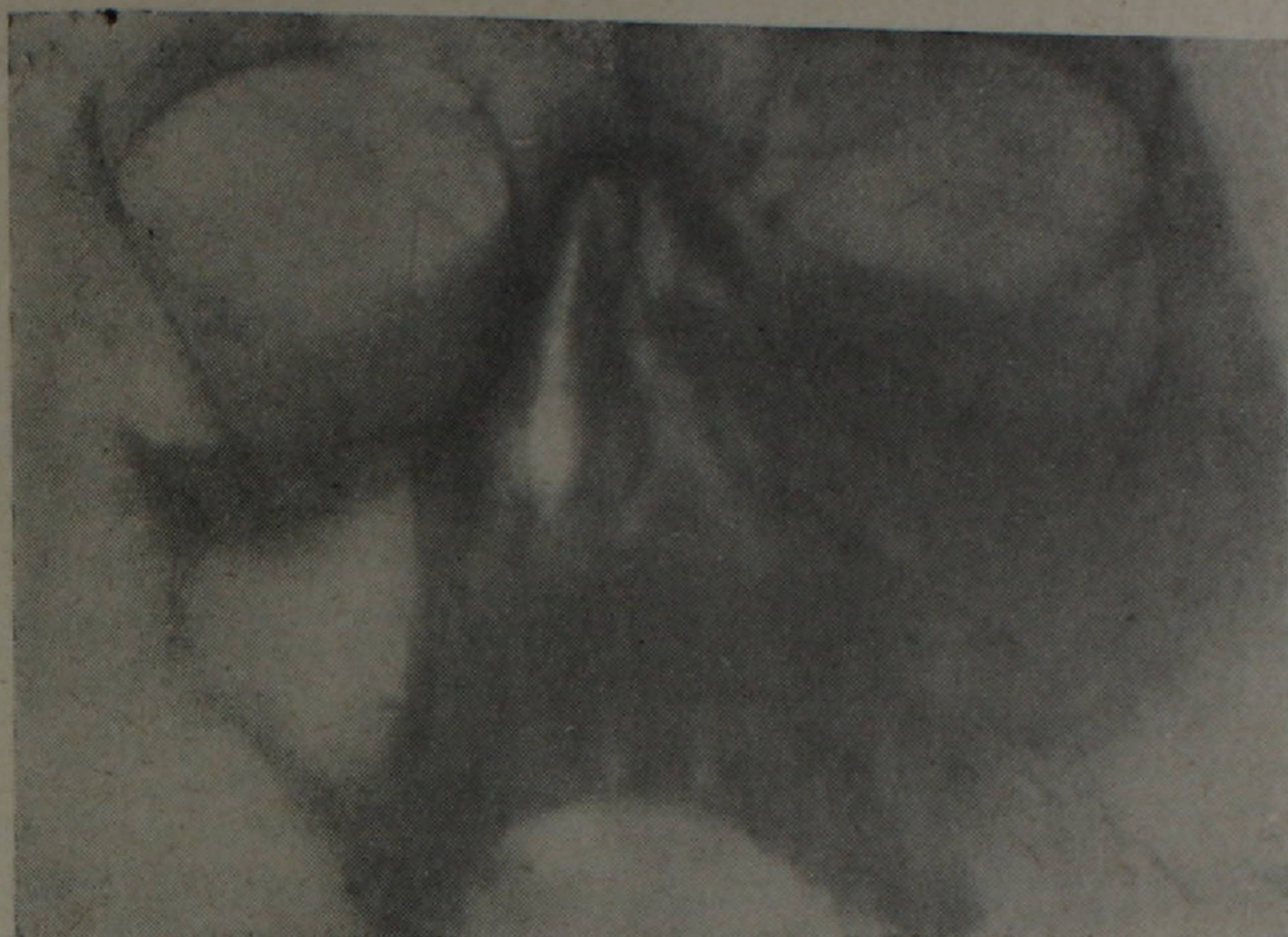


Рис. 5. Рентгенограмма больной П. Г. Левая гайморовая и решетчатая пазухи с озлокачествлением адамантином верхней челюсти.

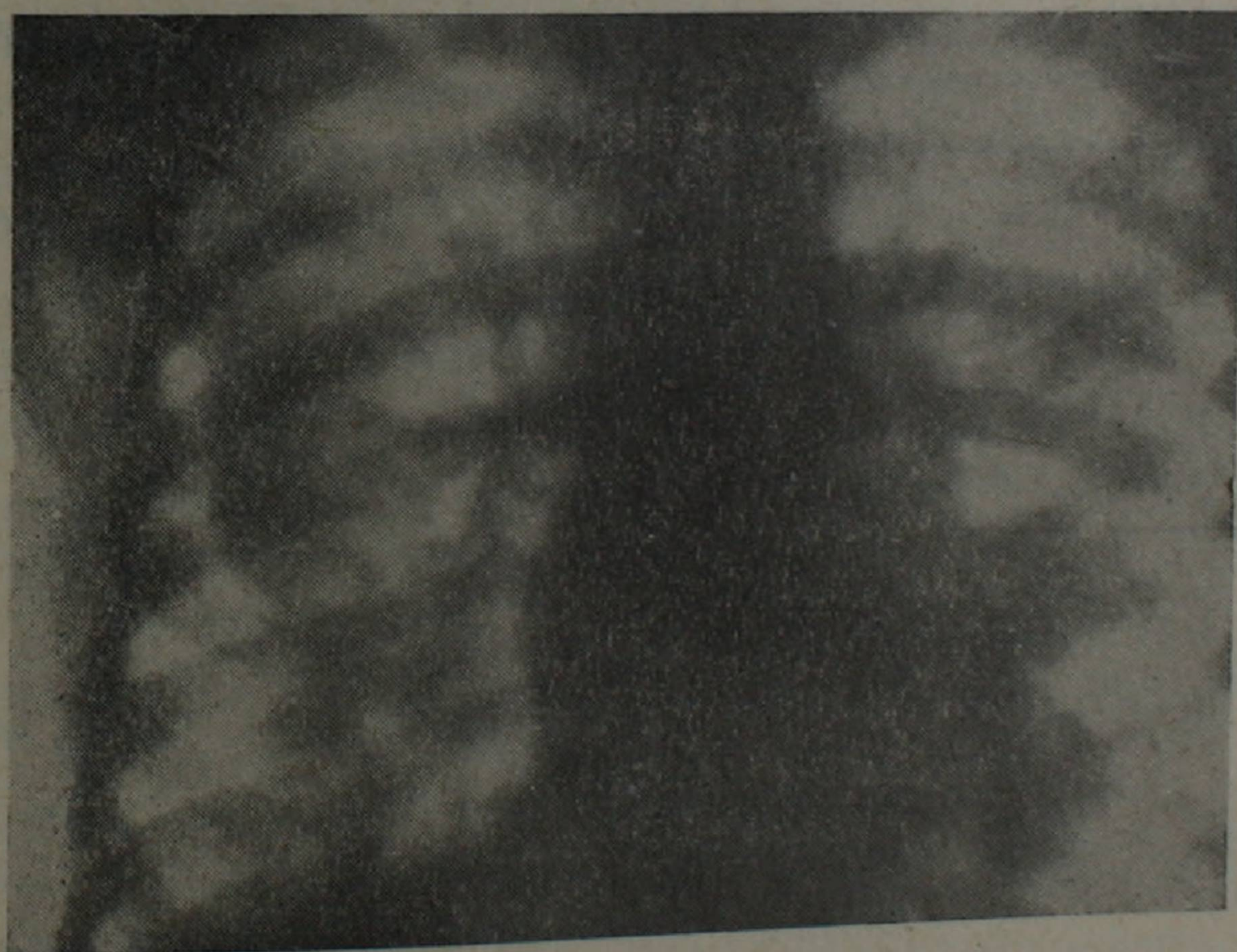


Рис. 6. Та же больная. Метастаз адамантинной опухоли верхней челюсти слева в оба легкие и IX, X ребра слева.

Таким образом, исходя из наших наблюдений, мы приходим к следующему.

В ы в о д ы

1. Адамантиному следует удалять всегда радикально во избежание рецидивов.

2. Утверждение некоторых авторов, что адамантинома вполне доброкачественная опухоль, неправильно, т. к. она иногда озлокачивает-ся (3 случая из 13 наших больных) и дает метастазы (2 случая из этих 3 больных).

3. Метастазы адамантинномы могут распространяться как в лимфатические узлы, так и в ребра, и даже в паренхиматозные органы (легкие, печень).

Институт травматологии и ортопедии
Министерства здравоохранения АрмССР

Поступило 18/1 1964 г.

Ս. Շ. ՆԻԿՈՂՈՍՈՎԱ

ԱԴԱՄԱՆՏԻՆՈՄԱՅԻ ԶԱՐՈՐԱԿ ՎԵՐԱՓՈԽՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ադամանտինոման պատկանում է ատամնածին ուռուցքների շարքին: Հոդվածում նկարագրվում է ծնոտների ադամանտինոմայի 3 դեպք, որտեղ տեղի է ունեցել ուռուցքի շարորակ վերափոխում: Հիվանդների մոտ հայտնաբերվել են մետաստազներ ինչպես լիմֆատիկ հանգույցներում այնպես նաև կողերում ու պարենխիմատոզ օրգաններում լյարդում և թոքերում:

Հեղինակը համաձայն չէ այն կարծիքի հետ, որ ադամանտինոման լիովին բարորակ ուռուցք է, քանի որ իր կողմից դիտված 13 դեպքերից 3-ի մոտ նկատվել է ուռուցքի շարորակ վերափոխում: Այս պատճառով էլ առաջարկում է ադամանտինոման վիրահատելիս ուռուցքը անպայման հեռացնել արմատական կերպով, որպեսզի կանխվեն բեցիդիվները և շարորակ վերափոխումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрамсон Л. А. Проблемы туберкулеза, 1941, 4, стр. 11.
2. Афанасьева А. В. Особые формы эпителиальных и миелогенных опухолей—адамантинома. «Злокачественные опухоли», Клиническое руководство, 1952, т. 2, стр. 327.
3. Васильев Г. В. Хирургия зубов и полости рта. Медгиз, 1963, стр. 300.
4. Депутович А. Ю. Рентгенодиагностика заболеваний зубов и полости рта. М., 1948.
5. Колесов А. А. Стоматология, 1954, 4, стр. 41.
6. Кьяндский А. А. Вестник хирургии, 1935, стр. 38.
7. Кьяндский А. А. Адамантинома. В кн.: Злокачественные опухоли, 1952, стр. 333—337.
8. Кьяндский А. А. Опухоли челюстей и слизистой оболочки полости рта. Уч. хирургической стоматологии под редакцией Лимберга и Львова, 1939.
9. Лукомский И. Г. Адамантинома в ряду одонтогенных опухолей. М., 1922.
10. Лукомский И. Г. Одонтогенные опухоли. Монография. 1927.
11. Тимофеевский А. Д. Эксплантация опухолей челюстей. Изд. АМН, 1947.
12. Juj Ref. Zahnsystem und Odontome Fortschr f. Zah. 1932, VII, 2 T.
13. Krompecher Zur histogenese, und Morphologi der. Ziglars Betr. Z. path. Anatomie, Adamantinome, 1918, B. 2, XIV.
14. Waterworth G. A. and Pollar T. F. Adamantinoma of jaw. with pulmonary metastases Bacteriology, 1948, V, LX2.
15. Haunstcin D. Monatschr f. Zahnheilk. 1925.