



Одонтогенная миксома верхней челюсти

Никитин А.А. • Ахтямов Д.В. • Сипкин А.М. • Ахтямова-Гивировская Н.Е. • Корсакова Н.А. • Лампер А.Г.

Никитин Александр Александрович – д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения челюстно-лицевой хирургии¹

Ахтямов Дмитрий Вадимович – науч. сотр. отделения челюстно-лицевой хирургии¹

✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–15, Российская Федерация.
Тел.: +7 (495) 681 50 08.
E-mail: dima_true@mail.ru

Сипкин Александр Михайлович – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. отделения челюстно-лицевой хирургии¹

Ахтямова-Гивировская Нина

Евгеньевна – канд. мед. наук, врач отделения челюстно-лицевой хирургии¹

Корсакова Нина Анатольевна –

канд. мед. наук, ст. науч. сотр. патологоанатомического отделения¹

Лампер Анастасия Гивьевна – мл.

науч. сотр. отделения лучевой диагностики¹

Одонтогенная миксома – доброкачественная местно-распространенная неоплазия клеток верхней или нижней челюсти. Клиническая и рентгенологическая картина соответствует злокачественному течению заболевания, что затрудняет диагностику и приводит к блоковой резекции челюсти. Интраоперационная экспресс-биопсия с проведением срочного гистологического исследования позволяет избежать травматичного хирургического вмешательства и провести полноценную реабилитацию

пациента в послеоперационном периоде. Представлен редкий клинический случай опухоли верхней челюсти с распространением в полость носа, орбиту и разрушением альвеолярного отростка. Описана диагностика, составление плана, хирургическое лечение пациента с данным заболеванием.

Ключевые слова: одонтогенная миксома, челюсть, экспресс-биопсия.

doi: 10.18786/2072-0505-2015-41-110-114

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

Одонтогенные опухоли представляют собой группу новообразований, которые развиваются из мезенхимальных клеток-предшественников твердых тканей зубов и составляют около 4,3% от всех опухолей челюстно-лицевой области. Морфологически верифицируют как

доброкачественные, так и злокачественные одонтогенные опухоли. По частоте выявляемости доброкачественные одонтогенные опухоли, в число которых входят кератокисты (36,7%), амелобластомы (25%), одонтомы (14,9%), одонтогенные миксомы (6,4%), встречаются значительно чаще, чем злокачественные. Так, злокачественная



одонтогенная миксома диагностируется всего в 1,1% случаев [1, 2].

Одонтогенная миксома челюсти составляет от 3 до 13% случаев одонтогенных опухолей, встречается в возрасте от 1 до 73 лет, преимущественно – от 10 до 30 лет. По некоторым данным, этот вид миксомы чаще диагностируется у женщин [2, 3, 4], по другим – различий в распространенности заболевания между полами нет [5]. По вопросу о происхождении одонтогенной миксомы челюсти имеются различные мнения. Одни авторы полагают, что все миксомы костей возникают первоначально из хряща, и рассматривают миксому как атипичную фиброму или хондрому. Однако другие считают, что миксома может возникнуть из местных недифференцированных клеток мезенхимального происхождения. Морфологически одонтогенная миксома челюсти характеризуется как доброкачественная опухоль, состоящая из недифференцированных клеток звездчатой, веретеновидной и округлой формы с длинными анастомозирующими отростками, располагающимися в обильной миксоидной строме [1, 6, 7, 8]. При преобладании в строме коллагеновых волокон рекомендуется использовать термин «миксофиброма».

Быстрый рост опухоли, сопровождающийся разрушением костных структур лицевого скелета, и сложности в диагностике существенным образом усложняют технику хирургического вмешательства. Хирурги вынуждены осуществлять вмешательство в объеме резекции всей челюсти, что приводит к инвалидизации пациента. В связи с трудностями радикального хирургического удаления одонтогенной миксомы в 25% случаев наблюдается рецидив заболевания, чаще всего в течение 2 лет после оперативного лечения. Прогноз хирургического лечения одонтогенной миксомы челюсти обычно благоприятный. Тем не менее в литературе описаны единичные случаи летального исхода при прорастании опухоли в основание черепа. При злокачественной форме миксомы в послеоперационном периоде проводят лучевую терапию.

Что касается особенностей клинической картины, наиболее типичным расположением для одонтогенной миксомы челюсти является тело нижней челюсти. При поражении верхней челюсти типичными местами локализации опухоли становятся скуловая кость, альвеолярный отросток и часто верхнечелюстной синус [1, 6, 9]. Опухоль небольшого размера клинически протекает бессимптомно. Для нее

характерен безболезненный рост с костным вздутием и образованием кортикальных перфораций. Наблюдается также смещение зубов с развитием их подвижности и утратой. В случае поражения верхней челюсти наиболее ранним клиническим признаком является облитерация верхнечелюстных пазух. Односторонняя локализация может имитировать назальный полипоз [1, 2, 6, 7, 9, 10].

Рентгенологически определяется разрежение костной ткани в виде «мыльных пузырей» или «медовых сот» с размытыми или четкими границами. При больших размерах опухоли отмечается деструкция кортикальной пластинки кости, возможно развитие периостальной реакции. Иногда может наблюдаться многоузловой рост образования [1, 3, 11].

При макроскопическом исследовании одонтогенная миксома представляет собой узел желтовато-белого цвета без четких границ. Характерен инфильтрирующий рост в окружающую костную ткань. Опухоль ослизненная, местами слоистая на разрезе. В зависимости от количества коллагеновых волокон консистенция новообразования варьирует от желеобразной до плотной [6, 8, 10, 11].

Гистологически в ослизненной строме располагаются клетки звездчатой формы с длинными отростками, иногда имеются пучки коллагеновых волокон, в отдельных случаях определяется гиалиноз. Мукоидная строма бессосудиста, бесформенна и гипоячеиста. Могут встречаться двуядерные клетки, ядерный полиморфизм, фигуры митозов. Островки одонтогенного эпителия встречаются редко, их обнаружение не влияет на постановку диагноза. Они формируют среди соединительнотканых волокон тубулярные или трабекулярные структуры без звездчатых клеток [2, 10, 12].

Гистохимическое исследование позволяет обнаружить, что межклеточное вещество богато мукополисахаридами, преимущественно гиалуроновой кислотой и в меньшей степени хондроитина сульфатом [9].

Микроскопически одонтогенная миксома чрезвычайно схожа с гиперпластическим зубным фолликулом и дентальным сосочком развивающегося зуба. Ошибки в диагностике этих образований следует избегать с учетом клинических и рентгенологических данных [7]. Дифференциальный диагноз также следует проводить с миксоидными опухолями оболочек периферических нервов, хондромиксоидной фибромой, миксоидной фибросаркомой низкой



Рис. 1. Компьютерная томография, фронтальная реконструкция – мягкотканная опухоль, заполняющая весь просвет верхнечелюстной пазухи, с разрушением альвеолярного отростка, пролабированием в полость носа, истончением нижней стенки орбиты

степени злокачественности и другими миксоидными саркомами [2, 10, 12].

Клинические и рентгенологические проявления миксомы неспецифичны, что затрудняет дифференциальную диагностику, а быстрый характер роста опухоли требует провести дифференцированную диагностику миксомы со злокачественными образованиями челюстных костей, в частности остеогенной саркомой [3, 6, 8].

В клинике челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского для решения вопроса об объеме резекции в случае лечения одонтогенной миксомы челюсти успешно применяется интраоперационная экспресс-биопсия с проведением срочного гистологического исследования. Данная методика позволяет в ходе вмешательства составить представление о характере опухоли и выбрать оптимальную хирургическую тактику.

Ниже мы проиллюстрировали применение подобной тактики клиническим примером. На наш взгляд, он подтверждает необходимость внедрения алгоритма диагностических и лечебных пособий у пациентов с одонтогенной миксомой челюсти. В итоге это благоприятным образом сказывается на результатах лечения данной патологии, в том числе на косметической составляющей, что является немаловажным фактором, характеризующим комфортность жизни таких пациентов.

Клинический пример

Пациент Б. 1991 года рождения впервые обратился к стоматологу по месту жительства по поводу чувства «вздутия» в области переходной складки верхней челюсти слева. Стоматологом назначено выполнение ортопантомограммы, на которой выявлено кистозное образование верхней челюсти размером 3×2,5 см, раздвигающее корни 24-го и 25-го зубов. В течение месяца больной находился под наблюдением стоматолога по месту жительства, отмечался быстрый рост образования, прогрессирующее нарушение конфигурации лица, боль в области 24-го и 25-го зубов, слезотечение из левой глазной щели, нарушение носового дыхания слева. С диагнозом «остеобластокластома верхней челюсти слева» направлен к челюстно-лицевому хирургу ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского для хирургического лечения.

При поступлении в отделение состояние пациента удовлетворительное. По органам без особенностей. Местно – конфигурация лица изменена за счет выбухания в левой подглазничной, щечной областях. Кожа в данных областях в цвете не изменена, в складку собирается с трудом, пальпация безболезненна. Отмечается экзофтальм слева до 2 мм, слезотечение из левой глазной



Рис. 2. Границы резекции верхней челюсти слева с вовлеченными в очаг зубами. Операция выполнена из полости рта без наружных разрезов

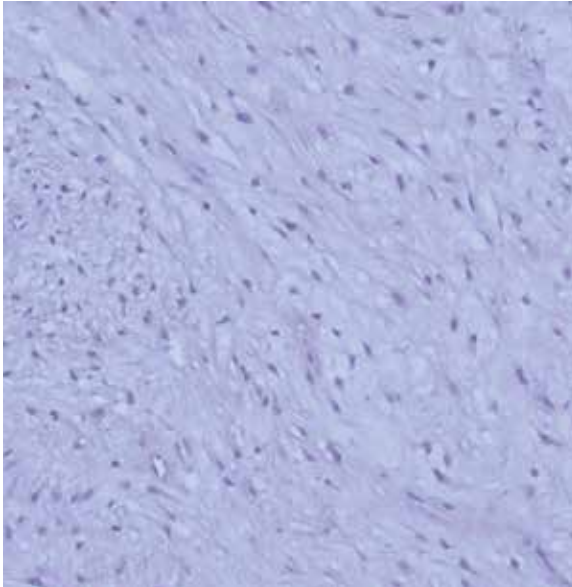


Рис. 3. Микроскопический препарат удаленной опухоли. Окраска гематоксилином и эозином; $\times 200$. Опухоль представлена клетками звездчатой, треугольной, веретеновидной формы, располагающимися в миксоидной строме



Рис. 4. Клиническая картина через 1,5 месяца после операции, рецидива нет

щели. При риноскопии левый носовой ход полностью obturирован опухолью. В полости рта отмечается выбухание по переходной складке верхней челюсти слева.

Пациенту выполнена мультиспиральная компьютерная томография. Выявлена большая опухоль альвеолярного отростка и тела верхней челюсти слева, представленная мягкотканым компонентом с костными перегородками, истончающая стенки пазухи и пролабирующая в полость носа, оттесняющая нижнюю стенку левой орбиты (рис. 1).

Быстрый характер роста опухоли и рентгенологическая картина заставляли думать о злокачественном поражении верхней челюсти. Принято решение об удалении опухоли в пределах здоровых тканей внутриротовым доступом через переднюю стенку верхнечелюстной пазухи с проведением срочного гистологического исследования. В случае подтверждения злокачественного характера опухоли планировалась конверсия в резекцию верхней челюсти по Муру.

Под эндотрахеальным наркозом пациенту выполнено удаление опухоли с резекцией альвеолярного отростка верхней челюсти слева с зубами 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, клинически находившимися в патологическом очаге, а также с резекцией части нёбного отростка верхней челюсти (рис. 2).

Выполнено срочное гистологическое исследование, по результатам которого у пациента верифицирована мезенхимальная опухоль типа миксома без признаков злокачественного перерождения. Полученные

интраоперационно данные гистологического исследования позволили завершить хирургическое вмешательство на этапе уже выполненной малоинвазивной резекции, рана слизистой оболочки ушита наглухо, слизистая левого носового хода сохранена.

Течение послеоперационного периода гладкое, рана слизистой оболочки зажила первичным натяжением.

По данным микроскопического исследования удаленной опухоли определена миксома альвеолярного отростка верхней челюсти; прилежащая кость резко атрофична, представлена немногочисленными костными балками по периферии опухоли (рис. 3).

Спустя 6 месяцев при осмотре пациента признаков рецидива нет, изготовлен частично-съёмный протез (рис. 4).

Заключение

Тактика проведения срочного интраоперационного гистологического исследования опухоли позволила в данном случае избежать разрезов кожи в подглазничной области, верхней губы и, как следствие, рубцовой деформации данных областей, которая удлиняет сроки реабилитации, а также приводит к стойкому нарушению качества жизни. При этом было выполнено радикальное удаление опухоли, что вселяет обоснованные надежды на длительный безрецидивный период жизни у данного пациента. ©



Литература

1. Робустова ТГ, ред. Хирургическая стоматология. М.: Медицина; 2003. 688 с.
2. AlSheddi MA, AlSenani MA, AlDosari AW. Odontogenic tumors: analysis of 188 cases from Saudi Arabia. *Ann Saudi Med.* 2015;35(2):146–50. doi: 10.5144/0256-4947.2015.146.
3. Liu Y, Han B, Yu T, Li L. A large odontogenic myxoma of the bilateral maxillae: A case report. *Oncol Lett.* 2014;8(3):1328–1332.
4. Rashid H, Bashir A. Surgical and prosthetic management of maxillary odontogenic myxoma. *Eur J Dent.* 2015;9(2):277–83. doi: 10.4103/1305-7456.156842.
5. Wachter BG, Steinberg MJ, Darrow DH, McGinn JD, Park AH. Odontogenic myxoma of

- the maxilla: a report of two pediatric cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2003;67(4):389–93.
6. Buchner A, Odell EW. Odontogenic myxoma / myxofibroma. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. *World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours.* Lyon: IARC Press; 2005. p. 316–7.
7. Chrcanovic BR, doAmaral MB, Marigo Hde A, Freire-Maia B. An expanded odontogenic myxoma in maxilla. *Stomatologija.* 2010;12(4):122–8.
8. Lamberg MA, Caloni BP, Mäkinen JE, Paavolainen MP, Syrjänen KJ. A case of malignant myxoma (myxosarcoma) of the maxilla. *Scand J Dent Res.* 1984;92(4):352–7.

9. Connor MP, Neilson M, Schmalbach CE. Maxillary myxoma: A case report and review. *Ear Nose Throat J.* 2015;94(6):E1–3.
10. Limdiwala P, Shah J. Odontogenic myxoma of maxilla: A review discussion with two case reports. *Contemp Clin Dent.* 2015;6(1):131–6. doi: 10.4103/0976-237X.149310.
11. Fang QG, Shi S, Sun CF. Odontogenic lesions in pediatric patients. *J Craniofac Surg.* 2014;25(3):e248–51. doi: 10.1097/SCS.0000000000000548.
12. Manjunath S, Gupta A, Swetha P, Moon NJ, Singh S, Singh A. Report of a rare case of an odontogenic myxoma of the maxilla and review of literature. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4(Suppl 1):S45–8. doi: 10.4103/2141-9248.131716.

References

1. Robustova TG, editor. *Khirurgicheskaya stomatologiya [Surgical Stomatology].* Moscow: Meditsina; 2003. 688 p. (in Russian).
2. AlSheddi MA, AlSenani MA, AlDosari AW. Odontogenic tumors: analysis of 188 cases from Saudi Arabia. *Ann Saudi Med.* 2015;35(2):146–50. doi: 10.5144/0256-4947.2015.146.
3. Liu Y, Han B, Yu T, Li L. A large odontogenic myxoma of the bilateral maxillae: A case report. *Oncol Lett.* 2014;8(3):1328–1332.
4. Rashid H, Bashir A. Surgical and prosthetic management of maxillary odontogenic myxoma. *Eur J Dent.* 2015;9(2):277–83. doi: 10.4103/1305-7456.156842.
5. Wachter BG, Steinberg MJ, Darrow DH, McGinn JD, Park AH. Odontogenic myxoma of

- the maxilla: a report of two pediatric cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2003;67(4):389–93.
6. Buchner A, Odell EW. Odontogenic myxoma / myxofibroma. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. *World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours.* Lyon: IARC Press; 2005. p. 316–7.
7. Chrcanovic BR, doAmaral MB, Marigo Hde A, Freire-Maia B. An expanded odontogenic myxoma in maxilla. *Stomatologija.* 2010;12(4):122–8.
8. Lamberg MA, Caloni BP, Mäkinen JE, Paavolainen MP, Syrjänen KJ. A case of malignant myxoma (myxosarcoma) of the maxilla. *Scand J Dent Res.* 1984;92(4):352–7.

9. Connor MP, Neilson M, Schmalbach CE. Maxillary myxoma: A case report and review. *Ear Nose Throat J.* 2015;94(6):E1–3.
10. Limdiwala P, Shah J. Odontogenic myxoma of maxilla: A review discussion with two case reports. *Contemp Clin Dent.* 2015;6(1):131–6. doi: 10.4103/0976-237X.149310.
11. Fang QG, Shi S, Sun CF. Odontogenic lesions in pediatric patients. *J Craniofac Surg.* 2014;25(3):e248–51. doi: 10.1097/SCS.0000000000000548.
12. Manjunath S, Gupta A, Swetha P, Moon NJ, Singh S, Singh A. Report of a rare case of an odontogenic myxoma of the maxilla and review of literature. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4(Suppl 1):S45–8. doi: 10.4103/2141-9248.131716.

Maxillary sinus odontogenic myxoma

Nikitin A.A. • Akhtyamov D.V. • Sipkin A.M. • Akhtyamova-Givirovskaya N.E. • Korsakova N.A. • Lamper A.G.

The odontogenic myxoma is a benign, locally advanced neoplasm of the maxillary or mandible cells. Its clinical and radiological manifestation corresponds to a malignant process that complicates the diagnosis and leads to a block resection of the jaw. An intraoperative express biopsy with an urgent histological examination allows to avoid a traumatic surgical intervention and to carry out a full postoperative rehabilitation of patients. A rare clinical case of a maxillary tumor

growing into the nasal cavity and orbit with the destruction of the alveolar bone is presented. The article describes the diagnostic approach, planning and surgical treatment of the patient with the disease.

Key words: odontogenic myxoma, maxilla, express biopsy.

doi: 10.18786/2072-0505-2015-41-110-114

Nikitin Aleksandr Aleksandrovich – MD, PhD, Professor, Head of the Oral and Maxillofacial Surgery Department¹

Akhtyamov Dmitriy Vadimovich – Research Fellow, Oral and Maxillofacial Surgery Department¹
✉ 61/2–15 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 681 50 08.
E-mail: dima_true@mail.ru

Sipkin Aleksandr Mikhaylovich – MD, PhD, Leading Research Fellow, Oral and Maxillofacial Surgery Department¹

Akhtyamova-Givirovskaya Nina Evgen'evna – PhD, Physician, Oral and Maxillofacial Surgery Department¹

Korsakova Nina Anatol'evna – PhD, Senior Research Fellow, Department of Pathological Anatomy¹

Lamper Anastasiya Giv'evna – Junior Research Fellow, Department of Roentgenology¹

¹ Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation