

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АМЕЛОБЛАСТОМ

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская
стоматологическая академия» (г. Полтава)

Данная работа является фрагментом научно-исследовательской темы «Врожденные и приобретенные морфофункциональные нарушения зубочелюстной системы, органов и тканей головы и шеи, их диагностика, хирургическое и консервативное лечение», № гос. регистрации 0111U00630.

Вступление. Согласно ВОЗ амелобластома является органоспецифической опухолью, которая чаще всего встречается в области угла нижней челюсти (80%), реже на верхней челюсти (20%). Она характеризуется местнодеструктивным ростом, что проявляется разрушением прилегающей костной ткани.

Рентгенологически диагностируются следующие формы амелобластом: монокистозная, поликистозная и «пчелиные соты». Однополостные формы этого новообразования встречаются от 10% до 35% случаев. Это указывает на сложность ее дифференциальной диагностики среди других кистоподобных образований, к которым относится и амелобластома по своим клиническим и рентгенологическим данным [4].

На биоптическом материале гистологически можно диагностировать следующие виды амелобластом: акантоматозная, плексиформная, фолликулярная, базальноклеточная, аденоматоидная, амелобластическая фиброма, амелобластическая фиброодонтома, одонтоамелобластома [1,2,3].

Целью нашего исследования явилось сопоставление гистоструктуры разных видов амелобластом с рентгенологическими ее проявлениями.

Объект и методы исследования. Материалом исследования стали 5 биопсий и 3 резецированных челюсти по поводу амелобластом. Кусочки ткани фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, затем декальцинировали, изготавливали парафиновые срезы, которые окрашивали гематоксилином и эозином и по ван Гизон.

Результаты исследований и их обсуждение. Нами проведено гистологическое исследование биопсийного материала и, что особенно важно, гисто-топографическое изучение участков кости, резецированных по поводу амелобластомы.

При макроскопическом изучении первого случая была обнаружена огромная полость, заполненная опалесцирующей холестеринсодержащей жидкостью. Полость четко отграничена от окружающей костной ткани, имеет ровные контуры. Гистологически

данная форма представлена кистозной базальноклеточной амелобластомой (рис. 1).

В другом случае макроскопически опухоль состояла из множества кист от 1,0 до 1,5 см, чередующихся с солидными участками. Рост без выраженной границы. При гистологическом исследовании участка данной опухоли нами выявлено строение фолликулярной амелобластомы. Обнаружены фолликулы, ограниченные одонтогенным эпителием. В центре таких комплексов клетки лежат рыхло, приобретают

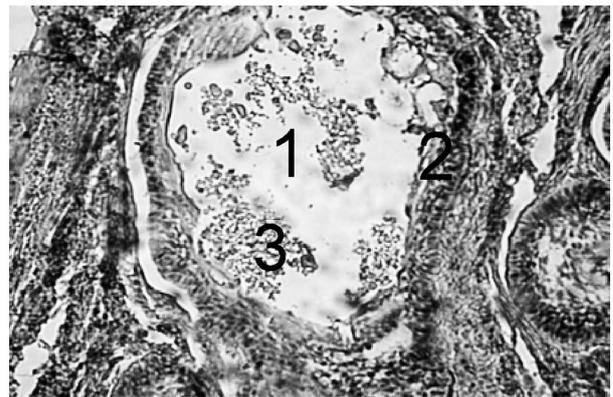


Рис. 1. Кистозная базальноклеточная амелобластома. Окр. гематоксилином-эозином. Ув. X100. 1 – киста 2 – одонтогенный эпителий; 3 – кристаллы холестерина.

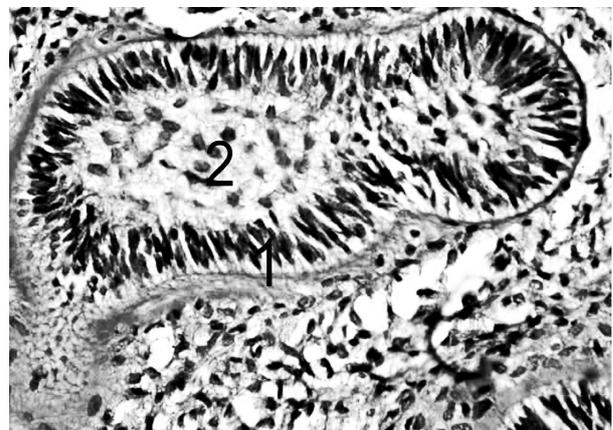


Рис. 2. Фолликулярная амелобластома. Окр. гематоксилином-эозином. Ув. X200. 1 – цилиндрический одонтогенный эпителий на периферии фолликула; 2 – звездчатые клетки пульпы эмалевого органа.

звездчатую форму и напоминают пульпу эмалевого органа. В некоторых случаях клетки, расположенные в центральных отделах фолликулов, некротизируются и приобретают вид гомогенных эозинофильных масс. В данном случае определялись вытянутые фолликулы, с уплощенным эпителиальным слоем (рис. 2).

Наконец, в последнем случае, опухоль имела солидный характер. Кисты визуально не определялись, также у пухли не было четких границ. Гистологическое исследование из центрального участка опухоли показало строение акантоматозной амелобластомы. Среди стромы имелись участки кутикулярного плоского эпителия, даже с элементами частичного ороговения. (рис. 3).

В других центральных участках можно было выявить аденоматоидную структуру опухоли. Она представляла собой железистые протоки, выстланные цилиндрическим эпителием в плотной гиалинизированной строме (рис. 4).

В участках, взятых на границе с костью, строение амелобластомы напоминало амелобластическую фиброму, с хорошо выраженной фиброзной основой. Местами наблюдался гиалиноз, часть гиалиновых шаровидных тел подверглись обызвествлению. Небольшие эпителиальные комплексы были окаймлены эозинофильной полоской (рис. 5).

Выводы. Таким образом, рост амелобластом зависит от их гистологического типа. Так, монокистозная рентгенологическая форма соответствует гистологически кистозной базальноклеточной форме. Для нее характерен экспансивный рост с четкими ровными границами.

Рентгенологическая поликистозная форма сопоставима с фолликулярной амелобластомой с характерным местнодеструктурирующим ростом.

И, наконец, рентгенологическая картина «пчелиные соты» имеет различную гистологическую структуру в различных участках. Так, в центре опухоли может быть акантоматозный и аденоматоидный вид амелобластомы. Тогда, как на периферии наблюдалось строение амелобластической фибромы. Рентгенологически амелобластическая фиброма плохо диагностируется, что не дает хирургам полностью ее удалить и часто приводит к рецидивам.

Наши данные перекликаются с выводами Голда Л., о том, что местнодеструктурирующий рост при солидной и поликистозной форме опухоли отличается значительно большей агрессивностью по сравнению с однополостной ее формой [5].

Перспективы дальнейших исследований. В дальнейшем планируется изучение иммуногистохимических характеристик амелобластом разных форм.

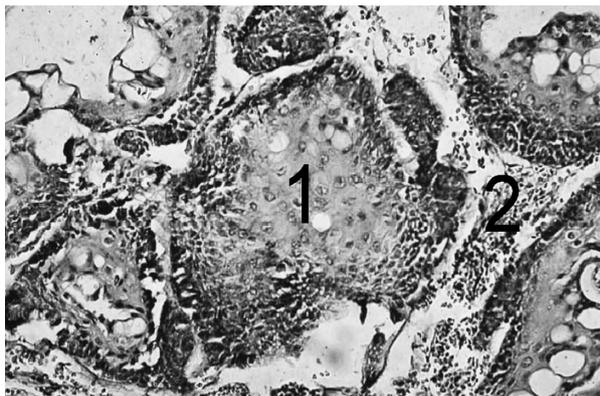


Рис. 3. Акантоматозная амелобластома. Окр. гематоксилином-эозином. Ув. X100. 1 – кутикулярный плоский эпителий; 2 – строма.

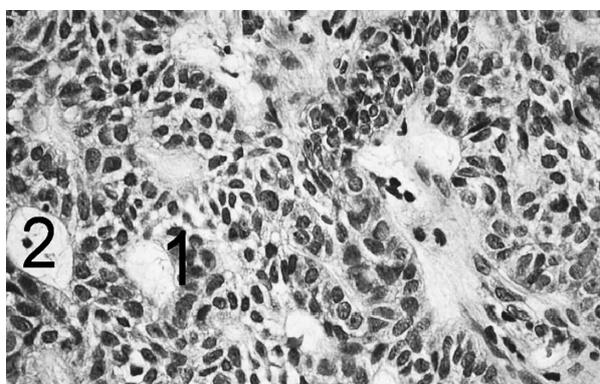


Рис. 4. Аденоамелобластома. Окр. гематоксилином-эозином. Ув. X200. 1 – протоки, выстланные цилиндрическим железистым эпителием; 2 – эозинофильный секрет в просвете.

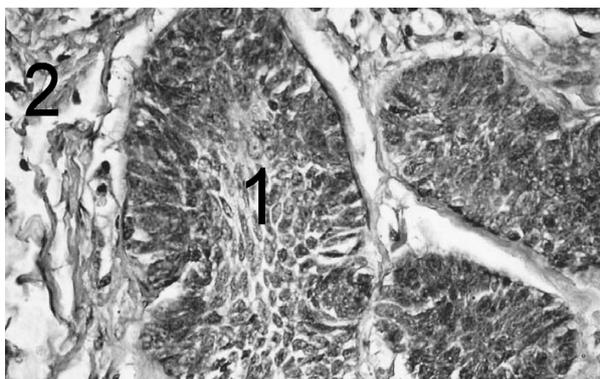


Рис. 5. Амелобластическая фиброма. Окр. гематоксилином-эозином. Ув. X200. 1 – одонтогенный эпителий; 2 – строма.

Литература

1. Гасюк А. П. Гістогенез окремих варіантів амелобластоми щелепи / А. П. Гасюк, Л. Г. Ніколенко, Т. В. Новосельцева, Н. В. Гасюк // Вісник наукових досліджень. – №1. – 2010. – С. 62-63.
2. Краевский Н. А. Руководство по патологоанатомической диагностике опухолей человека // Н. А. Краевский, А. В. Смольяников. – Москва : Медицина. – 1971. – 495 с.
3. Краевский Н. А. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека // Н. А. Краевский, А. В. Смольяников, Д. С. Саркисов. – Москва : Медицина. – 1982. – 511с.

-
-
- Phillipsen H. P. Unicystic ameloblastoma. *Odontogenic tumors and allied lesions* / H. P. Phillipsen, P. A. Reichart // London: Quintessence Pub. – 2004. – P. 77 – 86.
 - Gold L. Biologic behavior of ameloblastoma / L. Gold // *Oral Maxillofac. Surg. Clin. North. Am.* – 1991. – Vol. 3. – P. 21 -71.

УДК 611.314+616–006.04]–073.7

МОРФОЛОГІЧНІ ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ В ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ АМЕЛОБЛАСТОМ

Гасюк А. П., Ройко Н. В., Новосельцева Т. В.

Резюме. Ріст амелобластом залежить від їх гістологічного типу. Так, рентгенологічна монокістозна форма гістологічно відповідає кістозній базальноклітинній амелобластомі з експансивним ростом.

Рентгенологічна полікістозна форма порівнянна з фолікулярною амелобластомою. Вона має місцеводеструкуючий ріст. Рентгенологічна картина у вигляді «бджолиних стільників» має різну гістологічну структуру в різних ділянках: в центрі пухлини може визначитися акантоматозний і аденоматоїдний вид амелобластоми. Тоді, як на периферії спостерігалась будова амелобластичної фіброми.

Ключові слова: амелобластома, морфологічна та рентгенологічна діагностика.

УДК 611.314+616–006.04]–073.7

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АМЕЛОБЛАСТОМ Гасюк А. П., Ройко Н. В., Новосельцева Т. В.

Резюме. Рост амелобластом зависит от их гистологического типа. Рентгенологическая монокистозная форма соответствует гистологически кистозной базальноклеточной амелобластоме с экспансивным ростом.

Рентгенологически поликистозная форма сопоставима с фолликулярной амелобластомой. Для нее характерен местнодеструкующий рост. Рентгенологическая картина в виде «пчелиных сот» имеет различную гистологическую структуру в разных участках: в центре опухоли может наблюдаться акантоматозный и аденоматоидный вид амелобластомы. Тогда, как на периферии определялось строение амелобластической фибромы.

Ключевые слова: амелобластома, морфологическая и рентгенологическая диагностика.

UDC 611.314+616–006.04]–073.7

Morphological and Radiographic Differential Diagnosis Parallels of Ameloblastomas

Gasyuk A. P., Royko N. V., Novoseltseva T. V.

Abstract. Ameloblastoma is an organ-specific tumor that is the most common in the angle of the mandible (80%), less frequently in the maxilla (20%). It is characterized by destructive growth that lead to adjacent bone destruction. The following forms are diagnosed radiologically: monocystous, polycystous and “bee honeycombs”.

The following types can be diagnosed histologically on a biopsy material: acanthomatous, plexiform, follicular, basal, adenomatous, fibroadamantoblastoma, ameloblasts fibroodontoma, ontoameloblastoma.

The aim of the study was the comparison of different histostructure types of ameloblastomas with its radiological manifestations.

Histologic research of a biopsy material has been carried out gistotopographical study of sites of a bone which were removed due to ameloblastoma. The huge cavity was found at macroscopic studying of the first case which was filled with opalesce cholesterol containing liquid. The cavity is accurately limited from surrounding bone tissue, has equal contours. Histologically, this form was presented basal cystic ameloblastoma.

In another case, the tumor macroscopically consisted of a plurality of 1.5 to 1 cm cysts, alternating with solid areas. Growth without expressed border. During histological examination of a portion of the tumor, structure of follicular ameloblastoma has been discovered.

Finally, in the final case, the tumor was of solid appearance. Cysts were not detected visually. Tumor did not overlap the boundaries. Histological examination of the central portion the tumor showed a structure of acanthomatous ameloblastoma. Among stromal areas there were sites of cuticular squamous epithelium, with elements partial keratinization. In other central areas tumor with adenomatous structure can be identified.

In sections taken at the border with the bone? structure of ameloblastoma resembled ameloblasts fibroodontoma.

As a result of the research it is possible to draw the following conclusions. Ameloblastomas growth depend on their histological type. So, the monocystous radiological form histologically corresponds to a cystous basal form. It is characterized by expansive growth with clear smooth boundaries.

Radiological polycystic form is comparable with follicular ameloblastoma. It has destructive growth.

Finally, the radiological picture of “honeycombs” has various histologic structure in different sites. Thus, in the center of the tumor it may be acanthomatous or adenomatous forms of ameloblastomas. Thus, as on the periphery the structure of ameloblasts fibroodontoma was observed. Radiological ameloblasts fibroodontoma is badly diagnosed that doesn't give the chance to surgeons to clean it completely and leads to recurrence.

Key words: ameloblastoma, morphological and radiological diagnostics.

Рецензент – проф. Старченко І. І.

Стаття надійшла 27. 01. 2014 р.