

primăvara(33%). Prevalează rănille multiple ale feței (13%), rănille buzei superioare (13%), nasului (11,5%), zonei mentoniere (11,4%) și regiunii frontale (11,3%).

3. Au fost efectuate operații în care, pentru suturarea țesuturilor a fost folosit materialul de sutură modern „Monotime” Péters Surgical (France) – un monofilament sintetic rezorbabil pe baza de polidioxanon. Diametrul aței este de 4/0. Acest material se distinge printr-o înaltă rezistență incipientă, biocompatibilitate și păstrarea caracteristicilor sale în medii biologice active. Materialul de sutură este ușor suportat de pacienți datorită reacției minime inflamatorii. Timpul optim de stabilire a cusutului este de 60 zile. Absorbția totală constituie 180-210 zile.

### **Bibliografie**

1. Аракелян А.Г., Пак С.А., Тетера С.А. Современные шовные материалы или как врачу оперирующей специальности сделать оптимальный выбор шовного материала. Харьков. 2004 с. 3-16.
2. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. Санкт-Петербург: Гиппократ. 1998 –с. 110-122.
3. Белоусов А.Е. Рубцы и их коррекция. Санкт-Петербург: Командор – SPB. 2005 с. 44-63.
4. Бонцевич Д.Н. Хирургический шовный материал. Москва: Интеграция. 2005 с. 9-38.
5. Золтан Я. Cicatrix Optima. Операционная техника и условия оптимального заживления ран. Будапешт. 1974 с. 18-88.
6. Симбирцев С.А. Основы оперативной хирургии. Санкт-Петербург: Гиппократ. 2002 с. 25-50.

## **AMELOBLASTOMUL. IDENTIFICAREA PRECOCE. ATITUDINE TERAPEUTICĂ**

**Dumitru Sîrbu, Valentin Topalo, Alexandru Mighic, Olga Procopenco,**

**Ilie Suharschi, Andrei Mostovei**

Catedra Chirurgie Oro-maxilo-facială și implantologie orală „Arsenie Guțan”,

USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Ameloblastoma. Preliminary diagnosis. Therapeutic strategy***

There were studied 19 patients in which the presumptive clinical or histologic diagnosis was the ameloblastoma of jaws. The diagnosis of ameloblastoma was confirmed only in 7 patients after the analysis of the results of morphologic examination. The morphologic diagnosis in other cases varied: Radicular cyst, keratocyst, residual cyst, giant cell granuloma, cancer. We consider it necessary to perform a radical biopsy in case of preliminary diagnosis of ameloblastoma or other tumor formations of the jaw for an early identification, which must be done by dentist.

### **Rezumat**

În studiul au fost incluși 19 pacienți la care diagnosticul prezumptiv, clinic sau histologic a fost ameloblastom al maxilarelor. În urma analizei rezultatelor examenului morfopatologic s-a depistat că numai la 7 pacienți ameloblastomul a fost confirmat histologic. În celelalte cazuri diagnostic morfologic a variat: chist radicular, cheratochist, chist rezidual, osteoblastoclastom, cancer. În cazul stabilirea diagnosticului preliminar de ameloblastom consideram binevenită efectuarea unei biopsii radicale. În identificarea precoce a ameloblastomului și altor formațiuni tumorale de la nivelul maxilarelor îi revine medicului stomatolog.

## **Introducere**

Ameloblastomul - (adamantinom, horioblastom, odontom embrioplastic, odontom epitelial) – este o tumora odontogena de origine epiteliala. Este considerata de majoritatea autorilor o tumora benigna dar cu acțiune locală agresivă, care apare în maxilare [25]. Unii cercetători consideră că ameloblastomul este o tumoare malignă cu creștere lentă, iar metastazele AB sunt rare și constituie numai 1%, în schimb recidivele sunt frecvente [6,25].`

Pentru prima dată a fost descrisă de Broca în anul 1868, iar în 1885 Mallassez a relatat 1036 cazuri despre patologia dată și a denumit-o “adamantinom”, iar termenul “ameloblastom” a fost introdus de Churchill în anul 1934 [4, 13, 20].

Sunt localizate în proporție de peste 80% la mandibula, mai ales în regiunea molarilor și a ramului ascendent, dar au fost documentate cazuri și la maxilă, zona parahipofizară, femurului și fibulei [2,3,15,26]. Este cea mai frecventă tumora odontogena, reprezintă 1% din tumorile și chisturile regiunii OMF de origine ectodermală și 9% din toate tumorile odontogene [5]. Frecvența ameloblastomului diferă după zonele geografice fiind raportate în unele surse 0,3 - 0,6 cazuri la un milion [19,24]. Se întâlnește mai frecvent între 20 și 50 de ani, însă poate fi depistată la orice vârstă, chiar și la copii [5,16].

Etiologia pâna la moment nu este cunoscută, dar se presupune că este legată de reglarea incorectă a genelor, care participă la formarea dentiției [7].

Tabloul clinic evoluează în două perioade:

1. Perioada de dezvoltare intraosoasă, care este îndelungată, asimptomatică.
2. Perioada de exteriorizare: După un interval de timp, apare o tumefacție a mandibulei, cu evoluție lentă, relativ asimptomatică, deformând progresiv contururile feței și poate ajunge la dimensiuni impresionante.

Analizând literatura de specialitate la subiectul respectiv putem observa un șir de păreri referitor la conduita în tratamentul ameloblastomului. Mulți autori sunt de părere că ameloblastom confirmat histologic necesită rezecția sectorului afectat a maxilarului [1,9,10, 18,23,32,33], în timp ce alți autori comunică despre rezultate bune în cazul operațiilor organomenajante cu înlăturarea tumorii și păstrarea maxilarului. Astfel de metode deși aduc la îmbunătățirea stării postoperatorii, pot recidiva peste mulți ani, însă cu o evoluție mai agresivă [8]. Alegerea metodelor optime de diagnostic și tratament al ameloblastomului rămâne și actualmente o preocupare a specialiștilor în domeniu.

Adeseori diagnosticul de ameloblastom este greu de stabilit în baza examenului clinic și paraclinic mai cu seamă în perioada de dezvoltare intraosoasă. O altă latură a erorilor în diagnostic este manifestarea similară a ameloblastomului cu alte formațiuni chistice ale maxilarelor.

În practica zilnică medicul stomatolog întâlnește pacienți cu chisturi ale maxilarelor. Medicul stomatolog are rol primordial în depistarea patologieilor tumorale. Din aceste considerente este important diagnosticul și diagnosticul diferențiat al ameloblastomului și chisturilor maxilare la etape precoce în scopul alegerii unei tactici de tratament corecte și prevenirea complicațiilor grave ulterioare.

## **Scopul lucrării**

Optimizarea diagnosticului precoce la pacienți cu ameloblastom a maxilarelor la etape precoce pentru alegerea conduitei de tratament și prevenirea complicațiilor grave ulterioare.

## **Materiale și metode**

Material de studiu a servit analiza fișelor medicale din arhiva CNȘPMU a pacienților la care diagnosticul prezumptiv, clinic sau histologic a fost ameloblastom a maxilarelor. Perioada în studiu a fost de la 1 ianuarie 2001 până la 31 decembrie 2011.

## Rezultate și discuții

În perioada sus numită în centrul republican de chirurgie OMF au urmat tratament 19 pacienți, la care se potriveau cerințele susnumite. Din ei 13 femei (68,4%) și 6 bărbați (31,6%), cu vârsta cuprinsă între 19 și 79 de ani. La internare la 11 din ei a fost stabilită diagnoza de ameloblastom, chist radicular - la 7 și la 1 pacient- chist folicular. Din 19 pacienți au fost operați 18, 1 pacient a fost îndreptat la Institutul Oncologic. Diagnoza postoperatorie de ameloblastom a fost stabilită la 12 pacienți, deși numai la 7 a fost confirmat histologic, la 2- chist radicular, la 2- cheratochist, la 1- chist rezidual, la 1- osteoblastoclastom și la 1 pacient cancer. Doi pacienți cu ameloblastom s-au adresat repetat, cu recidivă. La ei s-a efectuat rezecția în bloc a segmentului afectat a mandibulei și plastia imediată cu placa reconstructivă din titan și autotransplant din coastă. În literatura de specialitate întâlnim comunicări despre frecvența înaltă a recidivelor, astfel putem presupune că recidive la pacienții studiați de către noi pot avea loc, însă pînă la moment s-au adresat doar cei doi menționați. Acest fapt poate fi explicat prin creșterea lentă, îndelungată a tumorii fără manifestări clinice accentuate (lipsa durerilor și dereglărilor funcționale). Exemplu: o pacientă s-a adresat cu recidivă peste 15 ani de la prima operație (Fig.1).



Fig. 1. Manifestarea ameloblastomului de mandibulă cu deformare accentuată, recidiva după 15 ani de la prima operație.

Analiza rezultatelor ne arată că din 19 cazuri avem numai 7 cazuri clinice de ameloblastom confirmat histologic. Noi presupunem că o incoincidență atât de semnificativă își are motivul în hiberbolizarea diagnosticului prezumtiv, care are la bază o vigență în depistarea unei tumori agresive și preîntâmpinarea complicațiilor. Considerăm binevenită suspectarea patologiei mai agresive cu infirmarea diagnosticului ulterior, decît nedepistarea ei. Studiind unele date din literatura de specialitate la obiectul în studiu și analizându-le prin prisma experienței proprii noi am observat o corelație între manifestările ameloblastomului și factorii ce determină manifestarea sa.

Becceli et al (2002) studiind 60 pacienți cu ameloblastom confirmat histologic au depistat unele simptome tipice clinice cum ar fi: 1) Edemul părții afectate (38,3%); 2) Parestezia nervului alveolar inferior (13,3%); 3) Dereglarea ocluziei (10%). Analizînd manifestările clinice ale ameloblastomului și comparîndu-le cu datele lui Becceli noi am primit următoare rezultate -1) 90%, 2) 60%, 3) 66% respectiv (fig. 2). Noi considerăm creșterea acestor indici la noi datorită adresării tardivă și desigur cu greșelile în diagnostic la etapele precoce.

De regula pentru stabilirea diagnosticului sunt utile un șir de metode paraclinice. Cea mai simplă, mai puțin costisitoare, accesibilă pentru majoritatea medicilor din republica noastră se consideră OPG, care ne permite vizualizarea și aprecierea stării sistemului stomagnat. Pentru o analiză mai amplă, cum ar fi aprecierea limitelor stricte și corelației cu formațiunile anatomice importante (apertura piriformă, sinusul maxilar, canalul mandibular, foramenul mentonier, etc) aprecierea hotarilor afectați, coținutului și raspîndirii în țesuturile moi informația oferită de

OPG este insuficientă [17,28]. Din aceste considerente vom recurge la tomografia computerizată tridimensională (CT) care ne oferă informație deplină despre toți parametrii ce ne interesează. Deasemenea poate fi utilizată și rezonanța magnetică nucleară (MRT) în diagnosticarea ameloblastomului care după părerea unor autori ne oferă mai multă informație deși prevalența ei este neînsemnată asupra CT [11,30].

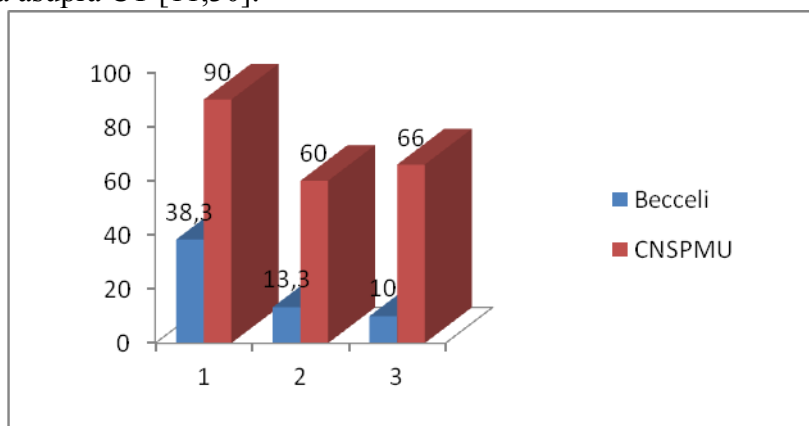


Fig. 2 Studiul comparativ al semnelor clinice ale ameloblastomului

În examinarea radiologică specialiștii în domeniu atrag atenție asupra celor mai frecvente semne radiologice de manifestare a ameloblastomului. Aceste semne radiologice au fost descrise de către Mc Ivor în lucrarea sa pe un lot de 16 pacienți [14] și anume: 1) Lărgirea corticalei (81%); 2) Marginile fenestrate ale corticalei (62%); 3) Afecțiune multifocară (46%); 4) Rezorbția rădăcinilor dinților limitrofi (31%). Analizând manifestările radiologice ale ameloblastomului și comparându-le cu datele lui Mc Ivor noi am primit următoarele rezultate – 1) 94%, 2) 82%, 3) 60%, 4) 44% respectiv (Fig. 3).

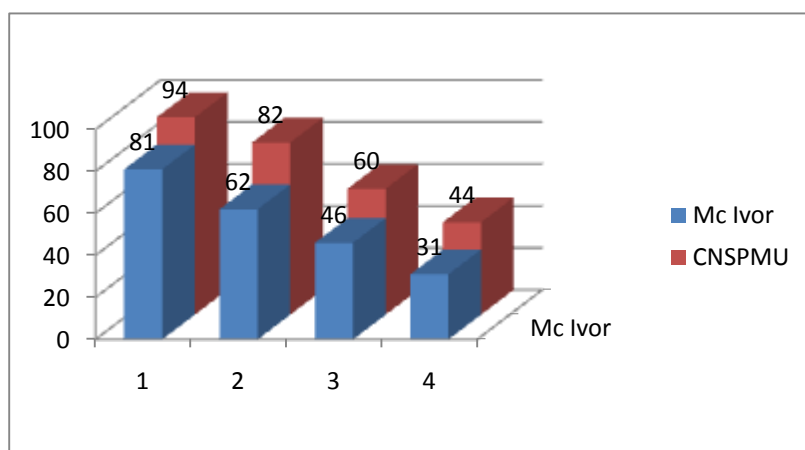


Fig. 3 Studiul comparativ al semnelor radiologice ale ameloblastomului

În pofida faptului că ameloblastomul se prezintă sub diverse tipuri radiologice, diagnosticul prezumptiv poate fi stabilit chiar și la OPG. Cu toate acestea pacienții cu ameloblastom ajung în staționar foarte târziu, când deja tumora a evoluat spre exteriorizare cu manifestări clinice evidente. Noi am studiat aceasta întrebare și prin discuțiile particulare cu medicii stomatologi și am determinat următoarele cauze :

- 1) Neglijarea de către medicii stomatologi a metodelor radiologice de investigații. Acest fapt este mai evident în centrele raionale, unde este numai un aparat radiologic în spitalul raional. Distanța, timpul și aparatul neperformant ce nu oferă informație calitativă determină această neglijare.

- 2) Medicii stomatologi adeseori nu îndreaptă pacienții săi în alte instituții stomatologice pentru efectuarea OPG, din cauza fobiei de-ai pierde. Este caracteristic mai des pentru cabinetele private, care sunt amenajate cu radioviziograf. Mulți medici consideră că efectuarea unei radiografii retroalveolare este suficientă pentru stabilirea unui diagnostic. Noi considerăm acesta părere inadmisibilă, deoarece radiografia retroalveolară nu ne oferă informație deplină și multe maladii de origine tumorală sau pseudotumorală rămân nediate diagnosticate.
- 3) Părerea falsă că chistul maxilar poate fi tratat endodontic, sau părerea că “până când nu se manifestă, nu intervenim” poate duce la creșteri masive care în consecință necesită operații de rezecții importante de organ cu reconstrucții sofisticate.
- 4) Informarea insuficientă de către medici despre maladiile tumorale chistice ale maxilarelor.

Punctia de diagnostic a ameloblastomului nu ne oferă o informație hotărâtoare, deoarece punctatul se aseamănă cu conținutul altor tumori chistice a maxilarelor. Punctatul, deseori ca și în chisturile odontogene, prezintă lichid transparent, de culoare opalescentă-gălbuie cu cristale de colesterină, care ușor pătrunde în seringă. Uneori are culoare brună din cauza lizei eritrocitelor [31]. Din aceste considerente ca metodă de diagnostic se folosește rar.

Spre deosebire de metoda patohistologică, metodele de diagnostic clinic și paraclinic deseori permit presupunerea diagnosticului numai pe baza experienței medicului, de aceea analiza histologică fiind o metodă obiectivă cu o veridicitate mare are o importanță hotărâtoare pentru alegerea tacticii ulterioare de tratament [12]. În cazul stabilirii diagnosticului preliminar de ameloblastom noi suntem adepții biopsiei radicale. Această conduită este determinată de situația în care în caz că ameloblastomul stabilit clinic și radiologic nu va fi confirmat și histologic postoperator, dispăre necesitatea în efectuarea unei noi operații.

Deși unele afirmații aduse în cercetarea noastră pe unele locuri poartă un caracter subiectiv ele trebuie luate în considerație pentru diagnosticul precoce al ameloblastomului, diagnosticul diferențial cu alte formațiuni chistice ale maxilarelor și preîntâmpinarea complicațiilor severe. Pentru determinarea simptoamelor clinice și radiologice caracteristice precoce ale ameloblastomului medicii stomatologi, chirurghi oromaxilofaciali trebuie să-și perfecționeze cunoștințele încontinuu.

## **Concluzii**

1. Ameloblastomul este o maladie rară pe teritoriul Republicii Moldova comparativ cu alte maladii chistice ale maxilarelor.
2. Medicii stomatologi sunt insuficient informați despre patologia dată și metodele precoce de diagnostic.
3. Unele policlinici stomatologice sunt dotate cu aparataj radiologic vechi ce oferă o informație insuficientă, care nu permite stabilirea diagnosticului corect.
4. Neglijarea de către medicii stomatologi a metodelor de diagnostic paraclinic contemporan (CT și MRT) au ca consecință nedepistarea la timp a ameloblastomului.
5. Diagnosticul tardiv al ameloblastomului se soldează cu predominarea formelor gigante ce duc la grave deformații structurale, funcționale și estetice, care necesită operații reconstructive complicate, îndelungate, repetate.

## **Bibliografia**

1. Ackerman GL, Altini M, Shear M: The unicystic ameloblastoma: A clinicopathological study of 57 cases. *J Oral Pathol* 1988;17:541.
2. Anderson C.E., and Sounders J.B. deC. M.: Primary adamantinoma of ulna. *Surg. Gynec Obst.* 75: 351-356, 1942.
3. Beel A. L.: Case of adamantinoma of the femur. *Brit. J. Surg.* 30, 81-82, 1942.
4. Di Cosola M, Turcom, Bizzoca G. Ameloblastoma of the jaw and maxillary bone: clinical study and report of our experience. *Febrero* 2007

5. Edebiyi KE, UgbokoVI, Omoniyi Esan GO, Ndukve KC, Oginni FO. Clinicopathological analysis of histological variants of ameloblastoma in a suburban Nigerian population. *Head Face med.* 2006; 2:42.
6. Gardner D.G., Pecak A.M. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. *Cancer.* 1980. 46: 2514-2519.
7. Heikinheimo K, Jee K.J, Niini T, et al. Gene expression profiling of ameloblastoma and human tooth germ by means of a cDNA microarray. *J. Dent Res* 2002 ; 81: 525-530.
8. Hollows P, Fasanmode A, Hayter JP Ameloblastoma. A diagnostic problem. *Br. Dent J* 2000; 188: 243-244.
9. HP Philipsen A, PA Reichart BH, Nikai CT, Takata CY, Kudo. Review Peripheral ameloblastoma: biological role based on 160 cases from the literature. *Oral Oncology* 2001; 37:17-27.
10. Kahairi A, R.L. Ahmad, L. Wan Islah, H. Norra. Management of large mandibular ameloblastoma- a case report and literature reviews. 22 sept 2008.
11. Kawai T, Murakami S, Kishino M, Matsuya T, Sakuda M, Fuchihata H. Diagnostic imaging in two cases of recurrent maxillary ameloblastoma comparative evolution of plain radiographs, CT and MR images. *Br J Oral Maxillofac. Surg.* 1998; 36: 304-310.
12. Larsson A Ê, Almeren H. Ameloblastoma of the jaws. An analysis of a consecutive series of all cases reported to the Swedish Cancer Registry during 1958-1971. *Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica (A)* 1978;86:337-49.
13. Mallassez (L) Sur l'existence d'amas epitheliaux autour de la racine des dents chez l'homme adulte et a l'etat normal (debris epitheliaux paradentaires). *Arch. De phisyl norm et path., Par.,* 1885, 3 s., v. 129-148, 2 pl.
14. Mc Ivor J: The radiological features of ameloblastoma. *Clin. Radiol.* 1974; 25: 237-42
15. Meffley W.H. and Northrup, S.W.: Adamantinoma of the tibia. *J. Internat Coll. Surgeons* 10: 291-293, 1947.
16. Nakamura N., Mitsuiasu T., Higutchi Y, Sandra F, Ohishi M. Growth characteristics of ameloblastoma involving the inferior alveolar nerve: a clinical and histopathologic study. *Oral surg. Oral. Med Oral. Pathol Oral Radiol Endod.* 2001; 91: 557-562.
17. Rampton P. Teeth and Jaws. In: Sutton D, editor. *Textbook of radiology and imaging.* Philadelphia; Churchill-Livingstone: 1998 p. 1388-1389.
18. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978;36:771-8.
19. Rick G, Howell F, Pindborg J. The peripheral Ameloblastoma: a clinicopathologic study of 18 cases. *Journal Oral Pathology* 1985;14:85.
20. Rockoff H.M.: A statistical analysis of Ameloblastoma. *Oral surg.* 16: 1100-1001, 1963
21. Schol RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cystic lesion of the mandible. Clinical and radiologic- histopatologic review. *RadioGraphics* 1999; 19: 1107-1124.
22. Sham E, Leoug J, Maher R, Schenberg M, Leung M, Mansour AK. Mandibular ameloblastoma. Clinical experience and literature review. *ANZ J Surg.* 2009; 79: 739-744.
23. Ueno S, Nakamura S, Mushimoto K, Shirasu R. A clinicopathologic study of ameloblastoma. *Journal Oral Maxillofacial Surgery* 1986;44:361-5.
24. Waldron CA, El-Mofty SK. A histopathologic study of 116 ameloblastomas with special reference to the desmoplastic variant. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology* 1987;63:441-7.
25. Waldron CA. Odontogenic cysts and tumors. In: Newille BW, Damm DD, Allem CM, Bouquot JE, editors. *Oral and maxillofacial pathology.* 2<sup>nd</sup> edition. Pennsylvania: Saunders; 2002, p.589- 642.
26. Walker, W.: Craniopharyngioma or parapituitary adamantinoma (Erdheim's tumor). *J. Path. Bact.* 61: 359-366, 1949.

27. White SC, Pharoaha MJ. Benign tumors of the jaws. In: White SC, Pharoaha MJ, eds. Oral radiology principles and interpretation. 6<sup>th</sup> edition. Louis, MO: Mosby Elsevier, 2009: 366-404.
28. White SC, Pharoaha MJ. Benign tumors of the jaws. In: White SC, Pharoaha MJ, eds. Oral radiology principles and interpretation. 4<sup>th</sup> edition. St Louis; Mosby 200. p.386-390
29. Williams TP Aggressive odontogenic cyst and tumors. Oral Maxillofacial Surg. Clin. N Am 1997; 9: 332.
30. Ziegler CM, Woerthe R, Brief J, Hassfeld S. Clinical indications for digital volume tomography in oral and maxillofacial surgery. Dentomaxillofac. Radiol. 2002; 31: 126-130.
31. Карапетян И.С., Е.Я. Губайдуллина, Л.Н. Цегельник. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи. МИА Москва 2004. 2-е издание. с.138
32. Кулаков А.А, Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. Москва 2010. с.744-745

## CONDUITA ÎN TRATAMENTUL IMPLANTOLOGIC LA MANDIBULĂ ÎN FUNCȚIE DE OFERTA OSOASĂ

**Dumitru Sîrbu, V. Topalo, Mostovei Andrei, Mostovei Mihail,  
Sakarov Alexandru, Zingher Ilia**

Catedra Chirurgie oro-maxilo-facială și Implantologie Orală “Arsenie Guțan”  
USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *The behavior in implant treatment in mandible depending on available bone*

The implant-prosthetic rehabilitation of patients can be assigned to the modern methods of treatment in dentistry. The variety of methods as well as divers clinical situations especially with bone atrophy can create difficulties in the orientation of specialists in choosing the implant treatment. Comparative analysis was performed using clinical and laboratory parameters of a group of 29 patients to determine the optimal methods and techniques of implantation. An algorithm of behavior based on this study was performed in order to guide the young specialist in choosing the optimal method of implantation.

### Rezumat

Reabilitarea implanto-protetică a pacienților se poate atribui la metodele moderne de tratament stomatologic. Multitudinea metodelor precum și a situațiilor clinice diverse îndeosebi cu atrofii crează dificultăți pentru orientarea specialiștilor în tratamentul implantologic. A fost efectuată caracteristica comparativă a indicilor clinici și paraclinici, la un grup de 29 pacienți, pentru determinarea metodelor și tehnicilor optime de implantare. În urma studiului a fost elaborat un algoritm de conduită în alegerea metodei de implantare în dependență de oferta osoasă.

### Actualitatea

Reabilitarea implanto-protetică a pacienților se poate atribui la metodele moderne de tratament stomatologic [23,25]. Această afirmație este demonstrată prin numeroasele articole și comunicări la tema respectivă la diverse forumuri și conferințe științifice naționale și internaționale. Din ce în ce mai mulți medici frecventează cu predilecție cursurile de perfecționare pe reabilitarea implanto-protetică atât la noi în țară cât și peste hotare.

Afirmațiile sunt confirmate și de statisticele care indica o valoare crescândă a utilizării implantelor. După datele lui Carl E. Misch [1] în SUA numărul de implante utilizate a crescut de