

ЦЕМЕНТОМА РЕШІТЧАСТОГО ЛАБІРИНТУ З ПОШИРЕННЯМ В ЛІВУ ОРБІТУ

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
(дир. – академік НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)*

Цементома – доброякісна пухлина, яка складається з грубоволокнистої тканини, подібної за будовою до цементу зуба. За сучасним уявленням, термін «цементома» об'єднує 4 нозологічні форми останньої: доброякісна цементобластома (справжня цементома); фіброма, що цементує; періапікальна цементна дисплазія; гігантоклітинна цементома (спадкові множинні цементоми) [2]. Серед них зустрічаються як справжні новоутворення, так і процеси, які мають диспластичну природу.

Цементома виявляється рідко, частіше у пацієнтів віком від 15 до 30 років, переважно на нижній щелепі в ділянці її тіла і кута, причому нижня щелепа уражається в п'ять разів частіше, ніж верхня [3, 5].

Ривкінд в 1930 р. детально описав випадок цементоми, видаленої у чоловіка віком 21 рік [8]. Зігмунт і Вебер представили 3 спостереження даного захворювання у жінок молодого віку [7].

Специфікою цієї пухлини є її повільний ріст, в результаті розростання вона може деформувати щелепу. Таке патологічне утворення в більшості випадків зустрічається у жінок. Виявляється цементома рентгенологічно, як правило, випадково, при діагностиці захворювань зубів та щелепи. В літературі є одиничні повідомлення про ураження цементомою носа та навколоносових пазух (ННП) [4, 6-8]. При проростанні її у верхньощелепну пазуху можуть з'являтися функціональні порушення і, в першу чергу, утруднюється чи виключається дихання через одну половину порожнини носа. Новоутворення даного типу зустрічаються рідко, вони складають не більше 0,8-1,5 % від усіх пухлин ННП [2, 5]. І.Л. Кру-

чиніна спостерігала цементому верхньощелепної пазухи у дівчинки 5 років. Л.В. Родінова описує випадок цементоми, яка займала комірки решітчастого лабіринту та клиноподібну пазуху [7].

Діагностується цементома за допомогою рентгенограми. На знімку вона має вигляд затемненого утворення овальної або округлої форми, з рівними контурами. Для уточнення локалізації та поширення процесу слід застосовувати комп'ютерну чи магнітно-резонансну томографію. Остаточний діагноз визначається після проведення біопсії та патогістологічного дослідження пухлини.

При мікроскопічному дослідженні цементоми виявляється щільна тканина з дрібними кальцинатами, чи кісткова тканина слабкої мінералізації. Під мікроскопом таке новоутворення представляє собою комплекси з різними лініями з'єднання. Зазначені зміни подібні до тих, які відбуваються при хворобі Педжета. Гістологічно цементома є високо диференційованою пухлиною, яка виникає з періодонта премоляра чи моляра [1, 2]. Вона подібна до остеїд – остеоми, остеобластоми, а також атипової остеогенної саркоми. Таким чином, важливо провести точне клініко-рентгенологічне та патогістологічне дослідження для визначення зв'язку з новоутвореннями зубів. Цементомі властива велика енергія росту і здатність рецидивувати після нерадикального видалення, метастазування для такої пухлини не характерне. Цементома не чутлива до рентгенівських променів [2].

Здатність цементоми, яка локалізується у верхній щелепі, до необмеженого, хоча і повільного росту являє собою небезпеку через можливість проростання в ділянку

основи черепа. Прояви цементоми малосимптомні. В деяких випадках пацієнти відмічають болючість при пальпації пухлини. Іноді в ділянці цементоми розвивається запальний процес в результаті проникнення інфекції через кореневі канали зубів чи проростання пухлини в м'які тканини з наступним порушенням цілісності слизової оболонки [2-4, 7].

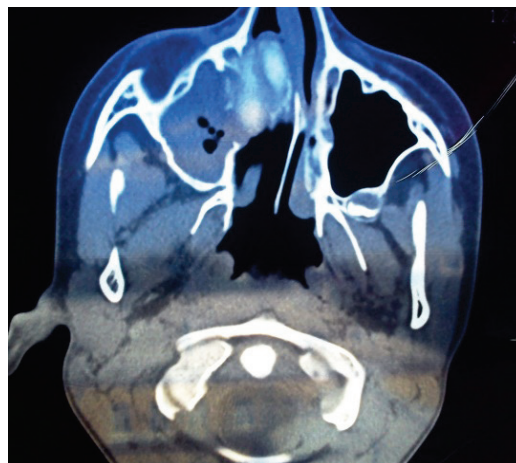
Лікування хворих з доброякісною цементобластою та цементуючою фібромою полягає тільки у радикальному їх видаленні. При неповному видаленні пухлини виникає рецидив, тому необхідно дуже ретельно проводити таку операцію. Гігантоклітинна цементома (сімейна множинна цементома), яка зустрічається у декількох членів сім'ї, та періапикальна цементна дисплазія хірургічного втручання не потребують.

Наводимо наше клінічне спостереження.

Пацієнт К., хлопчик 9 років, 19.07.12 р. поступив у дитяче відділення ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМНУ» зі скаргами на сльозотечу з правого ока, відчуття наявності стороннього тіла в оці, періодичне утруднене дихання через праву половину порожнини носа. За словами матері, дитина хворіє протягом 3-5 міс. За місцем проживання звернулись до офтальмолога. Визначено діагноз: легкий екзофтальм справа (прямий); зір не порушений.

При поступленні загальний стан дитини був задовільним. При об'єктивному обстеженні відмічається прямий екзофтальм справа. Пальпація передньої стінки верхньощелепної пазухи справа – безболісна. Носове дихання помірно утруднене справа. При передній риноскопії та ендориноскопії в ділянці верхнього та середнього носового ходу справа візуалізується новоутворення рожевого кольору з гладкою поверхнею, малорухоме, при зондуванні не кровоточить. В лівій половині порожнини носа патологічних змін не виявлено. Пальпація регіонарних вузлів – без особливостей.

В комірках решітчастого лабіринту справа виявляється утворення розміром 35x32x25; щільність – до +270 НУ. КТ ознаки існування доброякісного утворення комірок решітчастого лабіринту справа (мал. 1).



Мал. 1. КТ навколоносових пазух від 03.07.12 р.

МРТ головного мозку від 02.07.12 р.: спостерігається об'ємне утворення решітчастого лабіринту на рівні верхнього і середнього носових ходів остеохондрального генезу, без ознак інфільтруючого росту; компресія інтраорбітальних структур правої орбіти. На підставі огляду та даних додаткових методів обстеження визначено діагноз: новоутворення решітчастого лабіринту з поширенням в орбіту справа.

19.07.12 р. у відділенні під ендотрахеальним наркозом проведено біопсію новоутворення решітчастого лабіринту справа. Кровотеча помірна. Матеріал відправлено на патогістологічне дослідження. Проведена передня тампонада. На наступний день видалено тампони. У дитини зникло відчуття наявності стороннього тіла в правому оці. Хворого оглянули окуліст, невропатолог та педіатр.

ПГЗ: цементуюча фіброма.

09.08.12 р. під загальним знеболенням за допомогою ендоскопічної техніки та мікроскопії виконана гайморотомія за Денкером на правій верхньощелепній пазусі з видаленням пухлини з пазухи, правої половини порожнини носа, комірок решітчастого лабіринту та правої орбіти. При цьому виявлено дефект медіальної стінки орбіти. Кровотеча під час операції була помірна. В післяопераційну порожнину введено мазевий тампон. Макроскопічно новоутворення мало рожевий колір, крихку структуру (мал. 2). Хворому призначена протизапальна, протинабрякова, антибіотикотерапія. Тампон з післяопераційної порожнини видалено на наступний день, кровотечі не було.



Мал. 2. Цементуюча фіброма.

ПГЗ: цементуюча фіброма.

22.08.2012 р. хлопчика виписано із стаціонару в задовільному стані під спостереження ЛОР-лікаря за місцем проживання. Рекомендовано повторний огляд через 1 місяць та контроль на КТ носа і навколоносових пазух через 3, 6 та 12 міс.

До особливостей наведеного спостереження слід віднести стать хворого, рідкість існування даної пухлини у дитини, локалізація пухлинного процесу (порожнина носа, навколоносові пазухи), з руйнуванням медіальної стінки орбіти (*lamina papyracea*); важливість та необхідність використання можливостей сучасних методів діагностики (КТ, МРТ).

1. Головин Д.И., Двораковская И.В. Опухоли носа и околоносовых пазух. – Л., 1972. – С. 26.
2. Дайхес Н.А., Яблонский С.В., Давудов Х.Ш. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей. – М., 2005. – С. 38-40.
3. Козлова А.В., Калина В.О., Гамбург Ю.Л. Опухоли ЛОР-органов. – М., 1979. – С. 61-62.
4. Мустафаев Д.М., Селин Е.В. Цементома левой верхнечелюстной пазухи с распространением в клетки решетчатого лабиринта и левую половину носа // Вестн. оториноларингологии. – 2009. – №2. – С. 53.
5. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М., 1983.
6. Рылкин А.Л., Коченов В.Л. Цементома лобной пазухи // Вестн. оториноларингологии. – 1984. – №5. – С. 67.
7. Родинова Т.Н. Цементома параназальных синусов у 12-летнего ребенка // Журн. ушных, носовых, горловых болезней. – 1978. – №1. – С. 103-104.
8. Krausen A.S., Gulmen S. Aggressive cemento-ossifying fibroma of the ethmoid region // Arch. Otolaryngol. – 1977. – 103 (6) : 371.

Надійшла до редакції 30.08.12.

© Г.Е. Тімен, В.М. Писанко, І.І. Сапіжак, Л.І. Кобзарук, 2012