

Опухоли челюстно- лицевой области



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Выполнила: студентка Лечебного
факультета, отд. Стоматологии
Ульященко О.В.
Гр.1823**

Томск 2011

Классификация

Новообразования подразделяются на:

- истинные опухоли
- опухолеподобные образования
- кисты.

По клиническому течению:

- доброкачественные;
- промежуточные (местодеструирующие);
- злокачественные.

По тканевой принадлежности:

- эпителиального происхождения;
- соединительно-тканного происхождения;
- из нервной ткани;
- из меланообразующей ткани.

По органоспецифичности:

- одонтогенные;
- неодонтогенные.

Опухоли челюстных костей.

Классификация одонтогенных опухолей челюстных костей

1. Опухоли, гистогенетически связанные с одонтогенным эпителием:

доброкачественные (амелобластома, аденоматоидная опухоль, кальцифицирующая эпителиальная одонтогенная опухоль);

злокачественные (злокачественная амелобластома, первичная внутрикостная карцинома).

2. Опухоли, гистогенетически связанные с одонтогенной мезенхимой:

доброкачественные (дентинома, миксома, цементома (цементобластома, цементирующая фиброма, периапикальная цементодисплазия);

злокачественные (одонтогенная саркома и ее

Опухоли челюстных костей.

Классификация одонтогенных опухолей челюстных костей

3. Одонтогенные опухоли условно смешанного генеза:

доброкачественные (амелобластическая фиброма, одонтогенная фиброма, одонтоамелобластома, амелобластическая фиброодонтома);

злокачественные (амелобластическая фибросаркома, амелобластическая одонтосаркома).

4. Пороки развития:

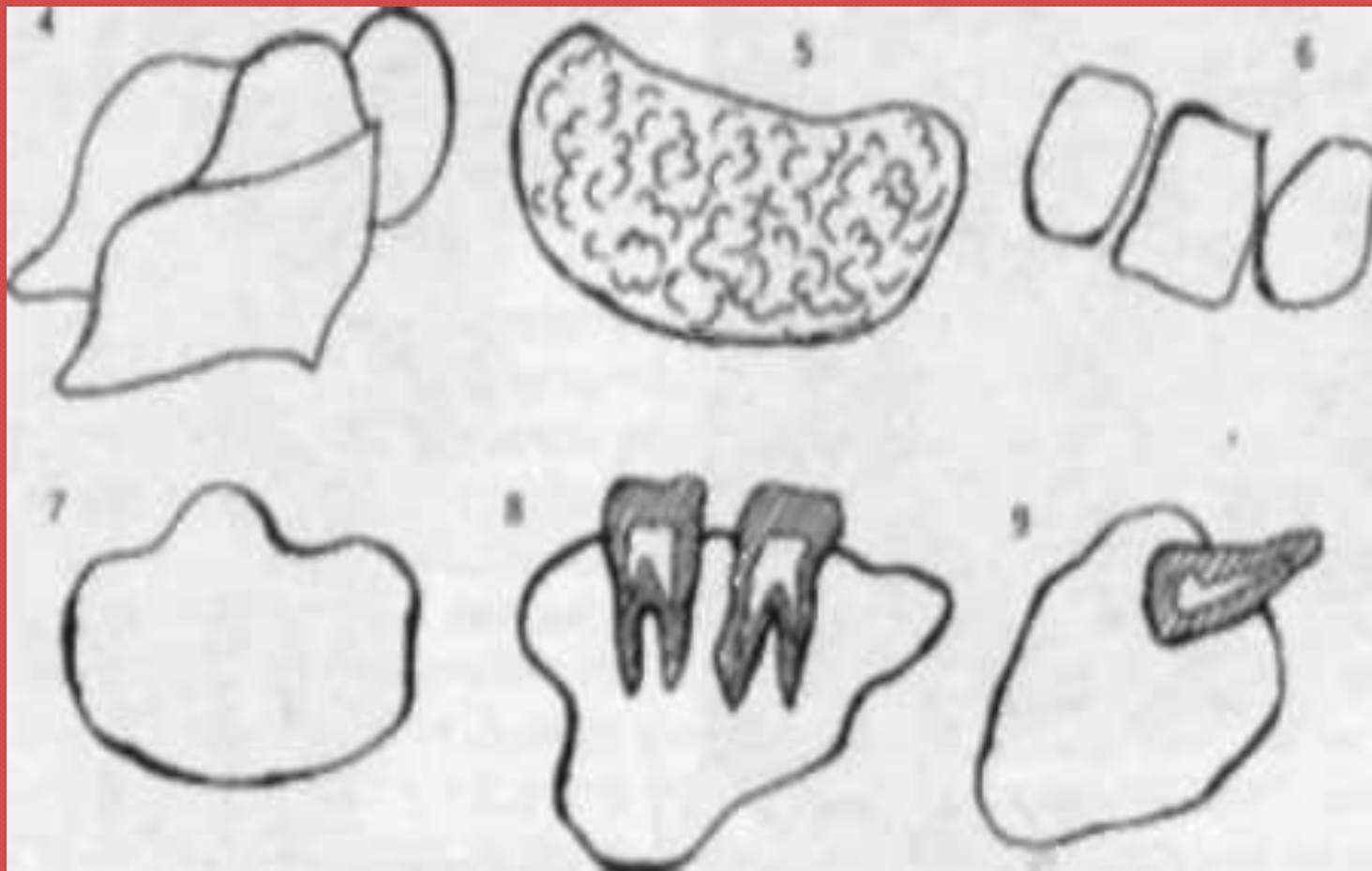
гигантская (гигантоморфная) цементома, в том числе множественная); одонтома (простая, сложная-смешанная, сложная-составная).

Амелобластома

Амелобластома - наиболее часто встречающаяся одонтогенная доброкачественная опухоль.

Локализация: в 80% случаев тело нижней челюсти в области моляров и премоляров, угол и ветвь нижней челюсти. Редко локализуется в области резцов. Чаще возникает в возрасте 20-50 лет, может возникнуть и у детей.

Макроскопически: определяется веретенообразное утолщение челюсти («вздутие»). При прорастании кортикальной пластинки прорастает в мягкие ткани десны и дна полости рта. На разрезе представлена тканью серо-розового цвета, мелкозернистого вида, может содержать



. Варианты рентгенологических картин амелобластом (по А.Л. Козыревой, 1959 г)
1 - ряд округлых полостей; 2 - одна полость, окруженная более мелкими полостями;
3 - округлые полости, содержащие зуб; 4 - многоугольные полости; 5 - мелкие кисты, образующие петлистость кости; 6 - единичные крупные кистозные полости;
7 - одна кистозная полость с неровными краями; 8 - в кистозную полость обращены корни зубов; 9 - в кистозную полость обращена коронка зуба



Амелобластом

а



**нижней челюсти.
Деструкция тела и ветви
(рентгенограмма).**



Амелобластома нижней челюсти (многокамерный вариант)
Деструкция тела и ветви Между участками деструкции кости
(полостями) четко выявляются перегородки (рентгенограмма).





Кальцифицирующая эпителиальная, одонтогенная опухоль

Является редкой доброкачественной одонтогенной опухолью, которая составляет приблизительно 1 % всех одонтогенных опухолей. Её происхождение спорно.

Кальцифицирующая эпителиальная, одонтогенная опухоль случай запущенной КЭОО, связанной с ретинированным правым вторым моляром в нижней челюсти молодой темнокожей пациентки

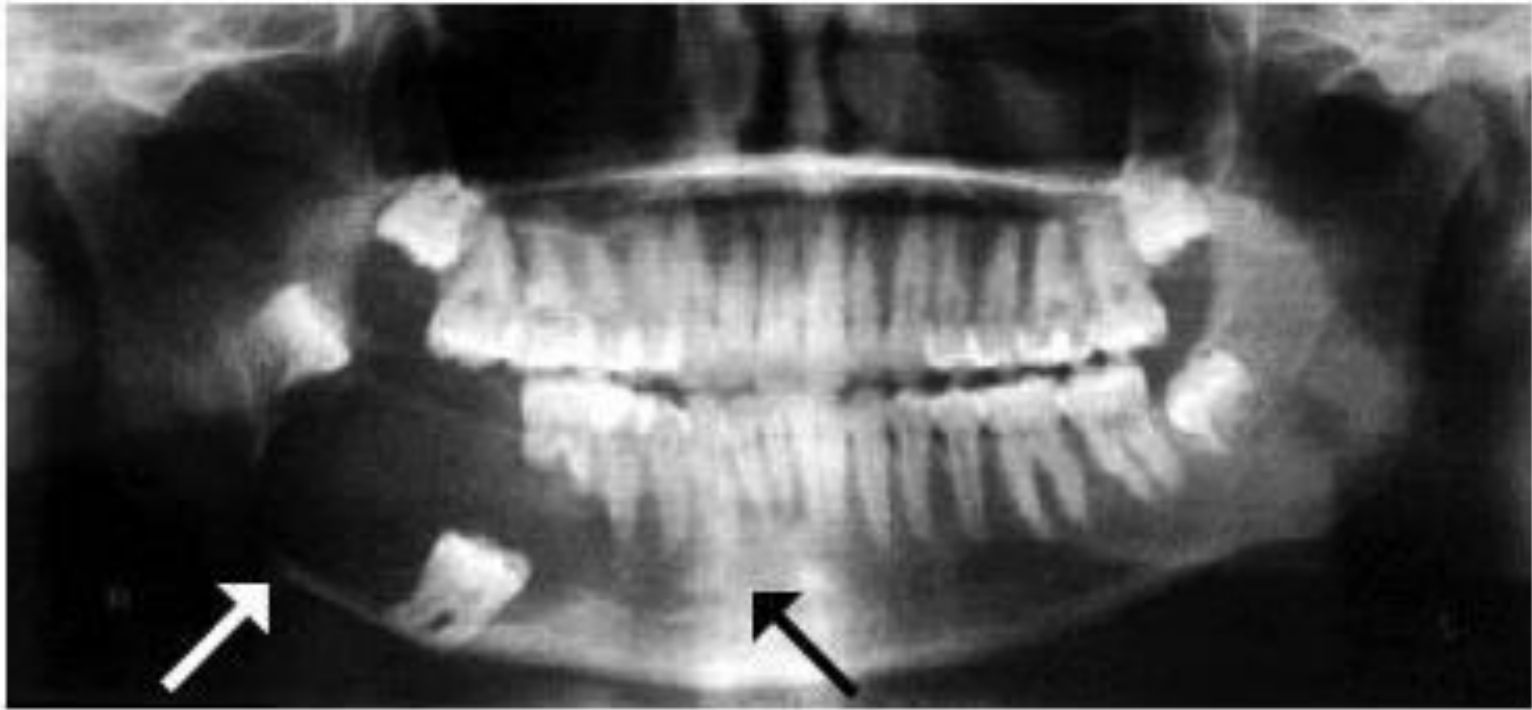


Figure 1. Panoramic radiograph showing a large and well-demarcated lytic lesion involving the right body of mandible, extending from the second molar to the first premolar (arrows).

Панорамный рентгеновский снимок, показывающий большим и хорошо ,отграниченное повреждение, вовлекающее нижней челюсти, от второго коренного зуба к первому премоляру.

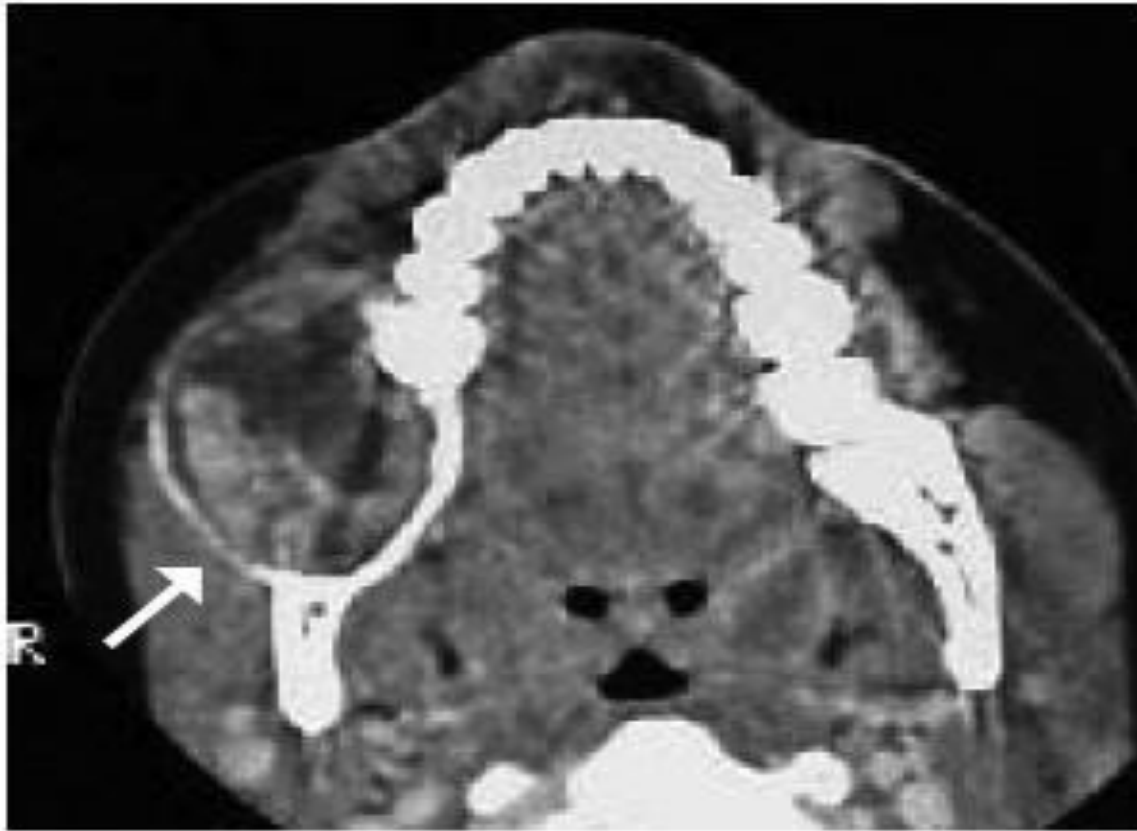


Figure 2. Axial computed tomography image at soft tissue level demonstrating the anteroposterior extension of the tumor and showing the vascularity at the posterior portion of the lesion (arrow).

Аксиальная проекция, томограмма на уровне мягких тканей, демонстрирует распространение опухоли в передне-заднем направлении



Figure 3. Coronal computed tomography image at bone level showing the relationship between the impacted tooth and the lesion. Lateromedial expansion and lingual bone erosion can also be observed (arrow).

Коронарная(фронтальная) проекция - томограмма на уровне кости, показывает взаимоотношение между зубом и повреждением.



Миксома нижней челюсти

Миксома. Локализация: нижняя челюсть. Чаще возникает в возрасте 10-30 лет.

Макроскопически: чаще всего не имеет капсулы, представляет собой желтовато-белую слизистую массу.

Микроскопически: ткань миксоидного вида с клетками звездчатой, веретенообразной формы с анастомозирующими отростками с мелкими островками одонтогенного неактивного эпителия.



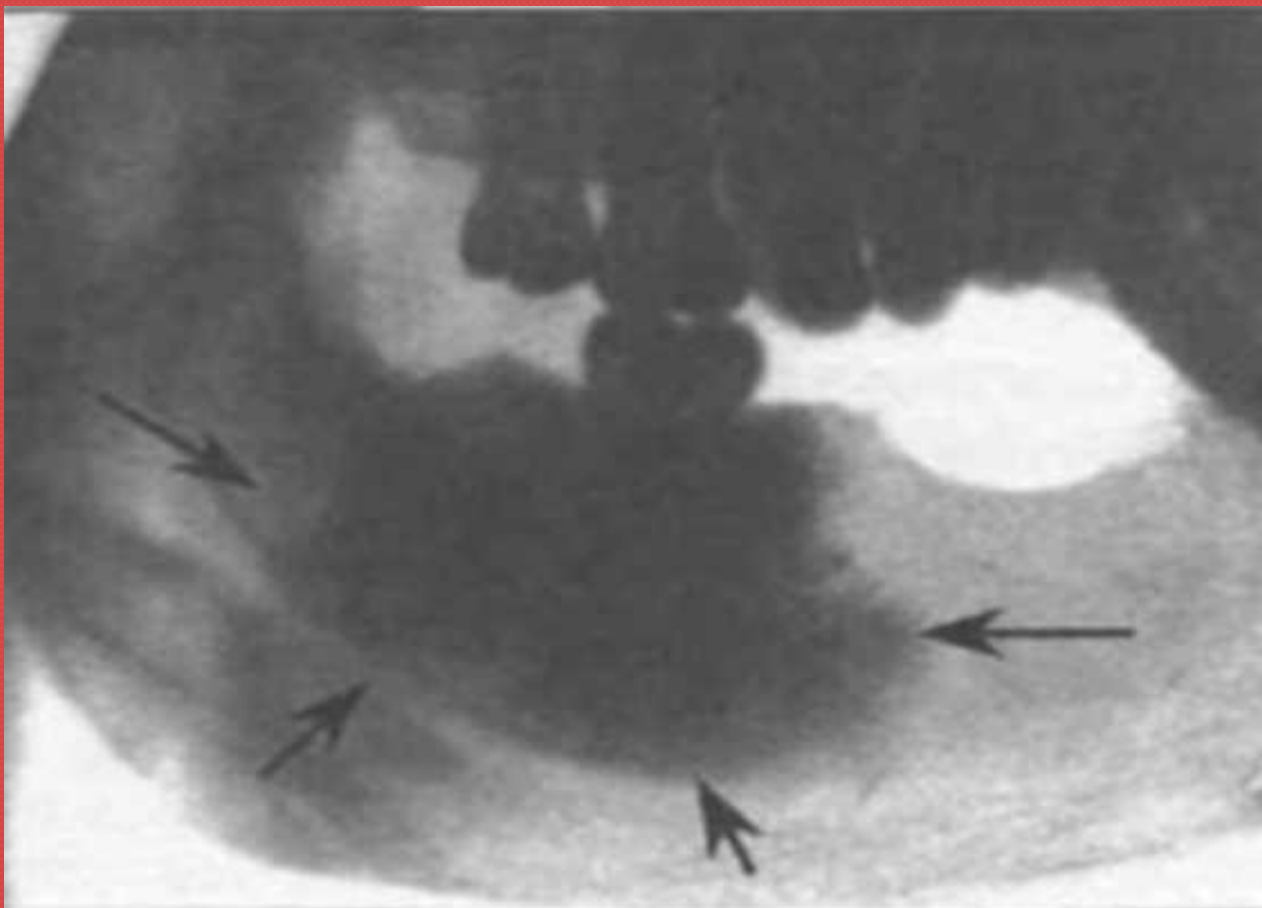
Цементобластома.

Редко встречается в возрасте 20-25 лет.

Локализация в области премоляров и резцов нижней челюсти.

Связана с корнями одного или несколько зубов. Растут медленно, могут рецидивировать.

Микроскопически:цементоподобная ткань в ивде причудливо вплетающихся комплексов со следами перестройки.



Периапикальная цементодисплазия.

Локализация: в области вершущек нижних резцов в виде избыточного образования цемента по типу грубоволокнистой кости.

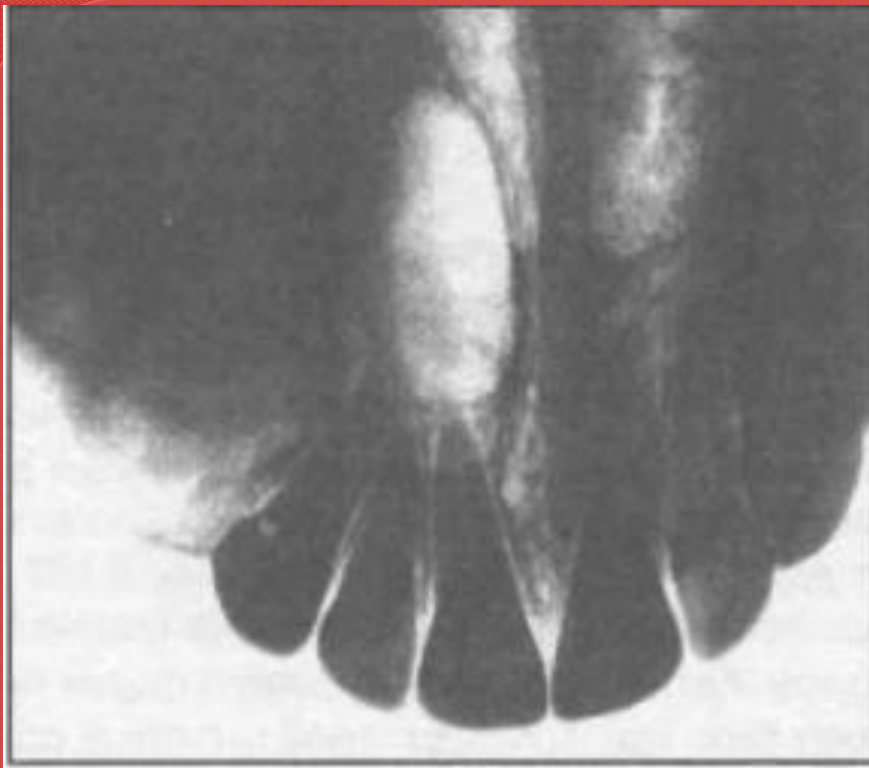


Рис. 30.1.7. Рентгенограмма верхней челюсти больной с мягкой одонтомой (амелобластической фибромой).

Амелобластическая фиброма. Встречается чаще в возрасте 15- 25 лет у лиц мужского пола.

Локализация: нижняя челюсть в области нремоляров и моляров. Растет быстро.

Макроскопически: зона разрежения костной ткани челюсти с ее деформацией и отсутствием в этой зоне зубов. На разрезе представлена тканью мягко-эластической консистенции серовато-белого цвета.

Микроскопически: островки пролиферирующего одонтогенного эпителия без образования фолликулов. Островки заключены в рыхлую мезенхимоподобную соединительнотканную строму.



Амелобластическая фиброодонтома

Эта смешанная одонтогенная опухоль состоит из эпителия и мезенхимы, и её наблюдают почти исключительно в возрасте, когда происходит развитие зубов, т. е. до 20 лет, несколько чаще у мужчин. Больные обычно жалуются на несостоявшееся прорезывание одного или нескольких зубов. Чаще не прорезываются боковые зубы нижней челюсти, причём количество непрорезавшихся зубов с обеих сторон бывает одинаковым. На рентгенограммах выявляют окологоронковое просветление с затемнением внутри и непрорезавшийся зуб. Затемнение может напоминать зубной конгломерат или сложную составную одонтому с пояском просветления, очерченным рентгеноконтрастной границей. При больших размерах амелобластической фиброодонтомы возможно разрушение кортикальной пластинки.

Одонтома

Одонтома - возникает в связи с нарушением развития в период формирования зачатков зубов.

Локализация: чаще в верхней челюсти в области премоляров. Растет медленно.

Макроскопически имеет капсулу, при больших размерах вызывает деформацию челюсти.

Микроскопически различают простые и сложные одонтомы.

Сложные одонтомы делят на смешанные (комплексные) и составные

Простая одонтома представлена твердыми тканями одного зуба, соединенными в виде нароста в области корня или шейки существующего зуба, «впаянного» в цемент. Может быть представлена зубом с незначительным нарушением топографии его твердых тканей.

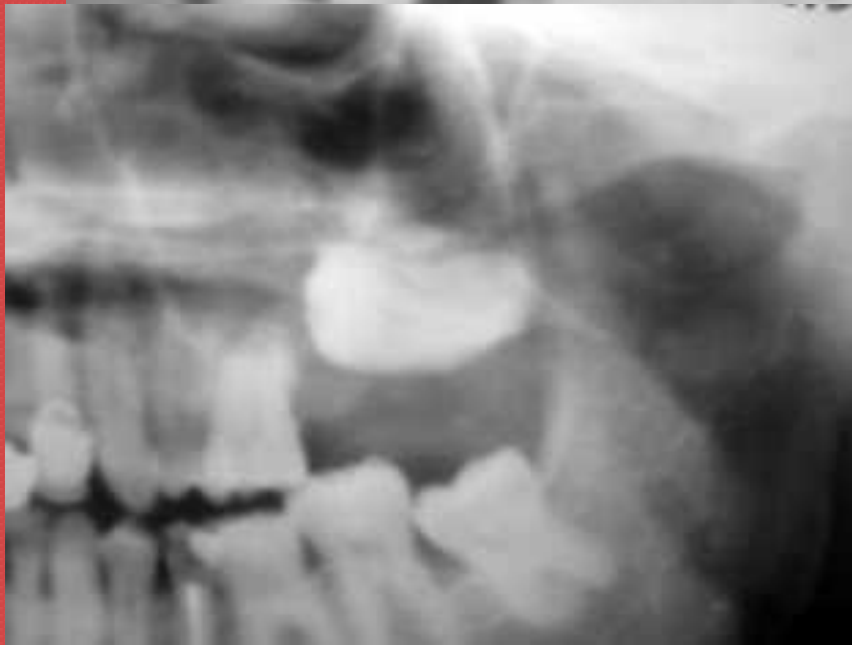
Сложные одонтомы развиваются из нескольких зубных зачатков.

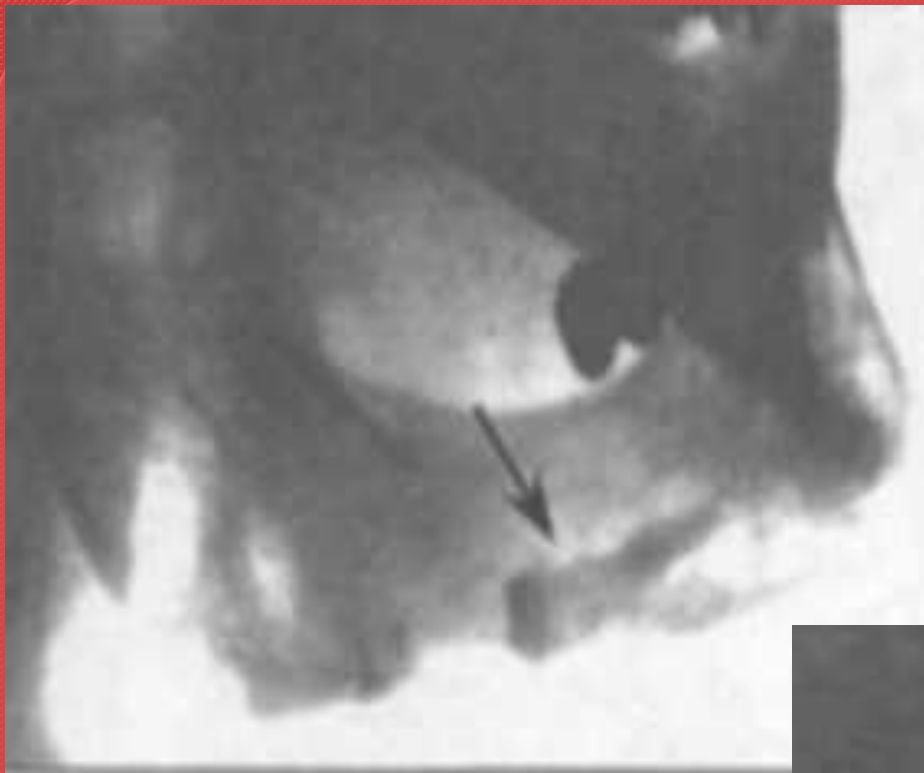
Смешанная (комплексная) одонтома представляет собой хаотичное по топографии сочетание твердых зубных тканей: эмали, дентина, цемента

Составная это конгломерат спаянных друг с другом нескольких мелких рудиментарных зубов, в которых топография твердых тканей упорядочена, как в обычных зубах.

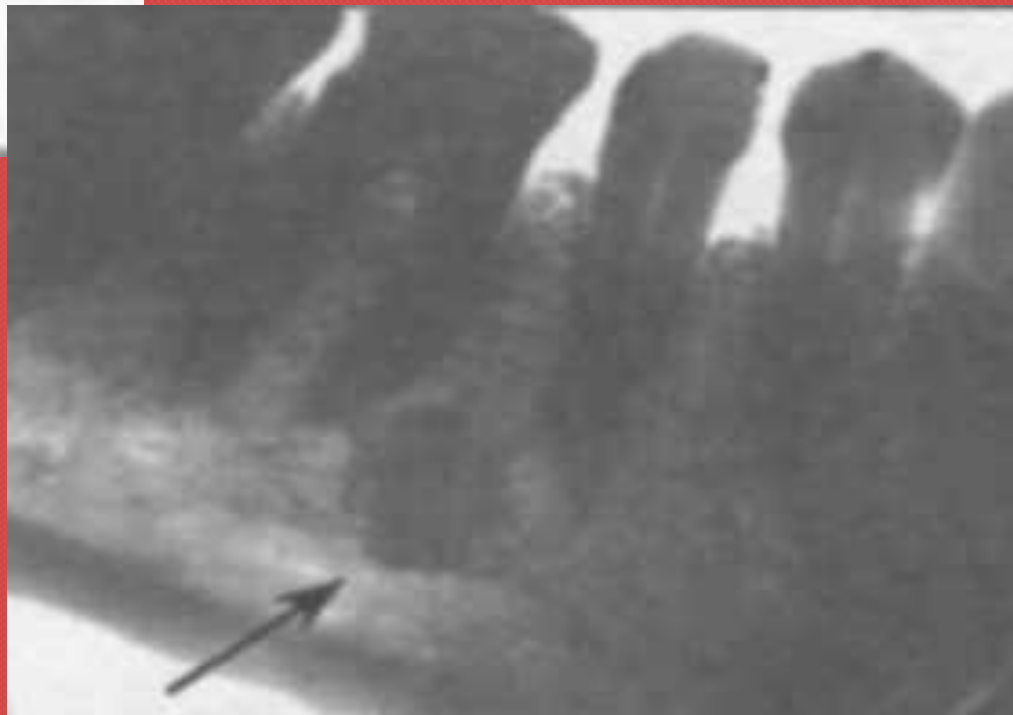
Рентгенологическая диагностика одонтом не представляет особых трудностей. На фоне обычной костной ткани выявляется очень плотное, округлой формы образование, окруженное ободком просветления (за счет фиброзной капсулы). В зубном ряду, как правило, отсутствует один или несколько зубов.



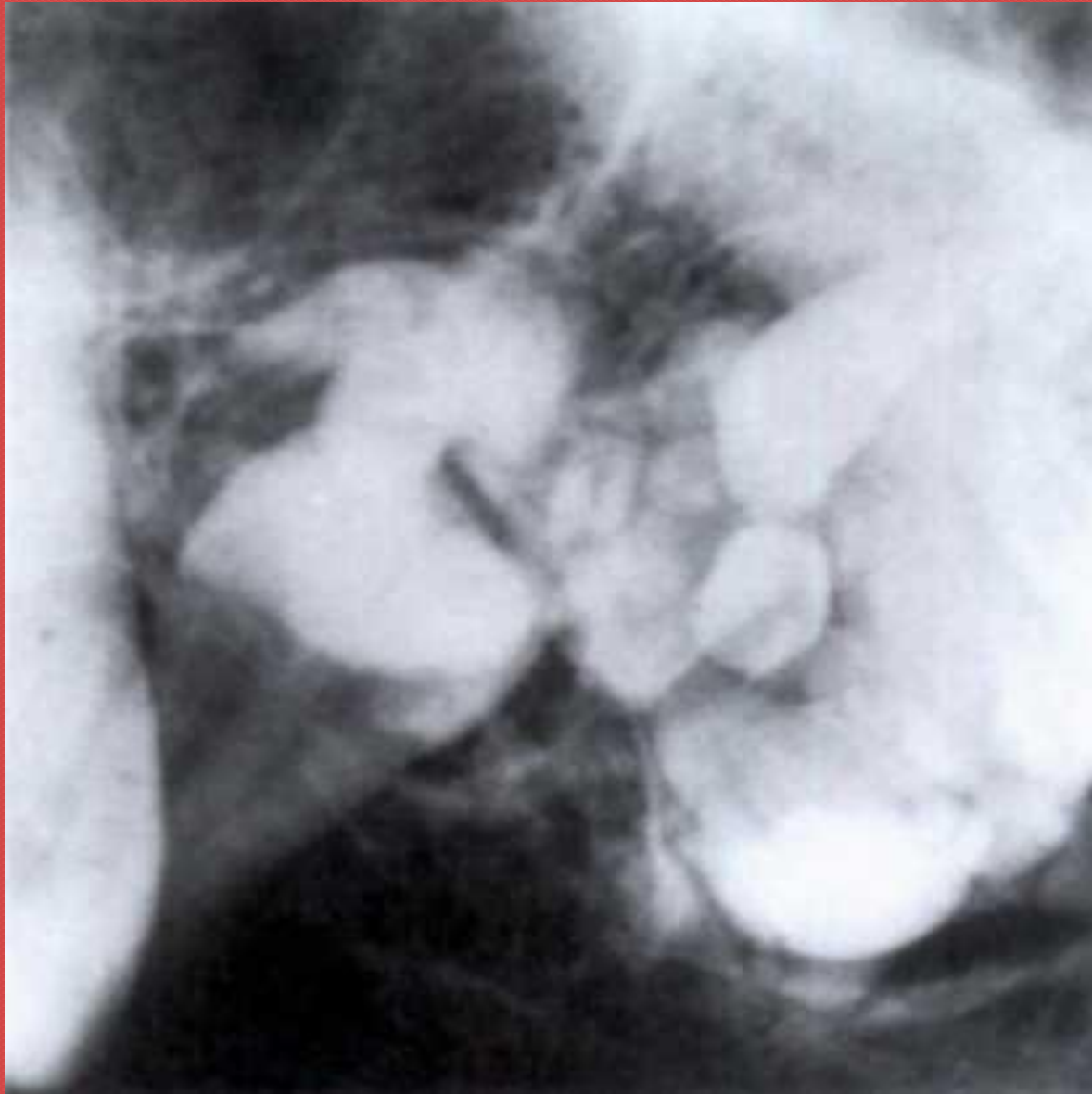




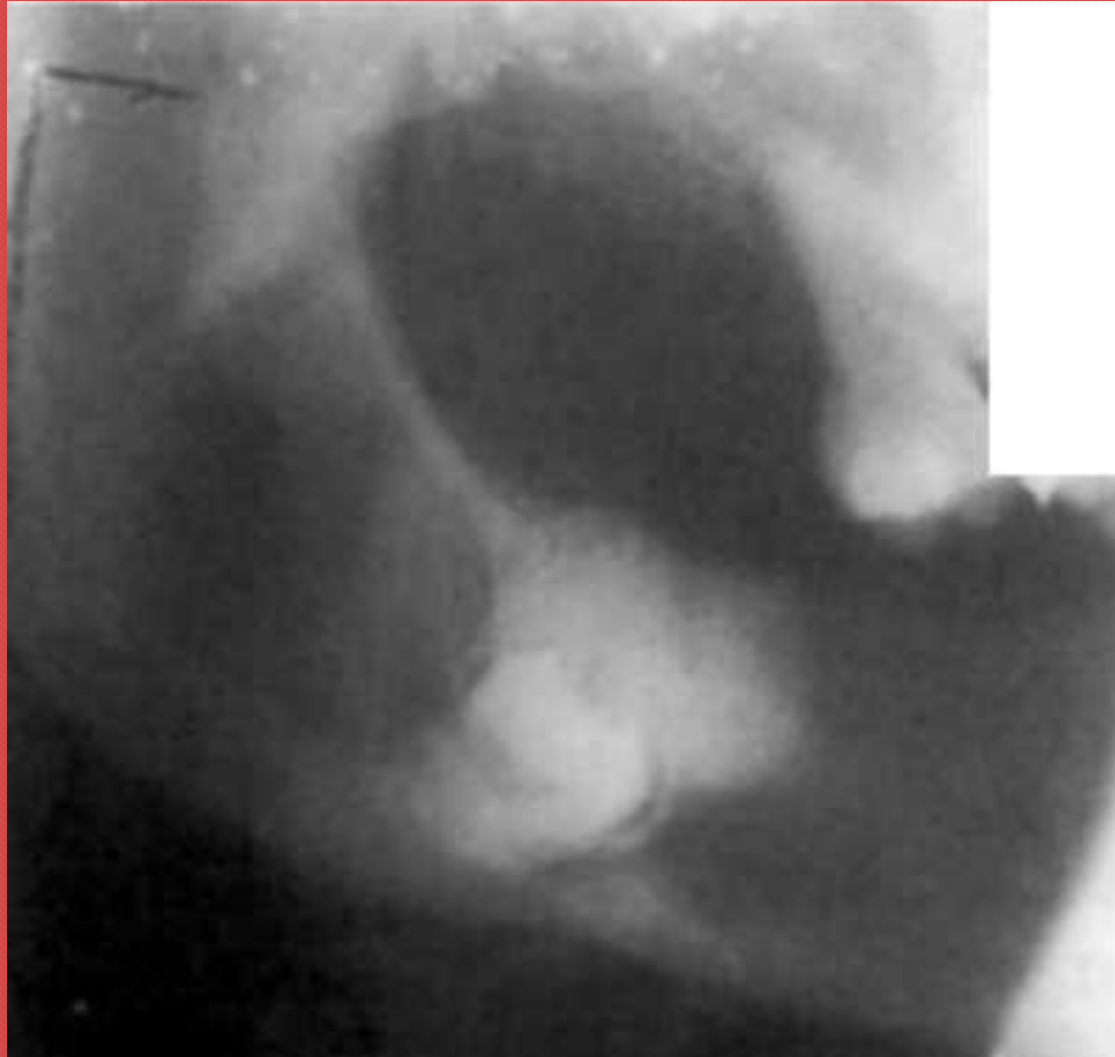
Простая одонтома



Составная одонтома



***Комплексная
одонтома***



Органонеспецифические (неодонтогенные) опухоли

челюстных костей. Классификация

1. Костеобразующие опухоли:

доброкачественные (остеома,
оссифицирующая фиброма);
злокачественные (остеогенная саркома).

2. Хрящеобразующие опухоли

(доброкачественные (хондрома));
злокачественные (хондросаркома)).

3. Гигантоклеточная опухоль.

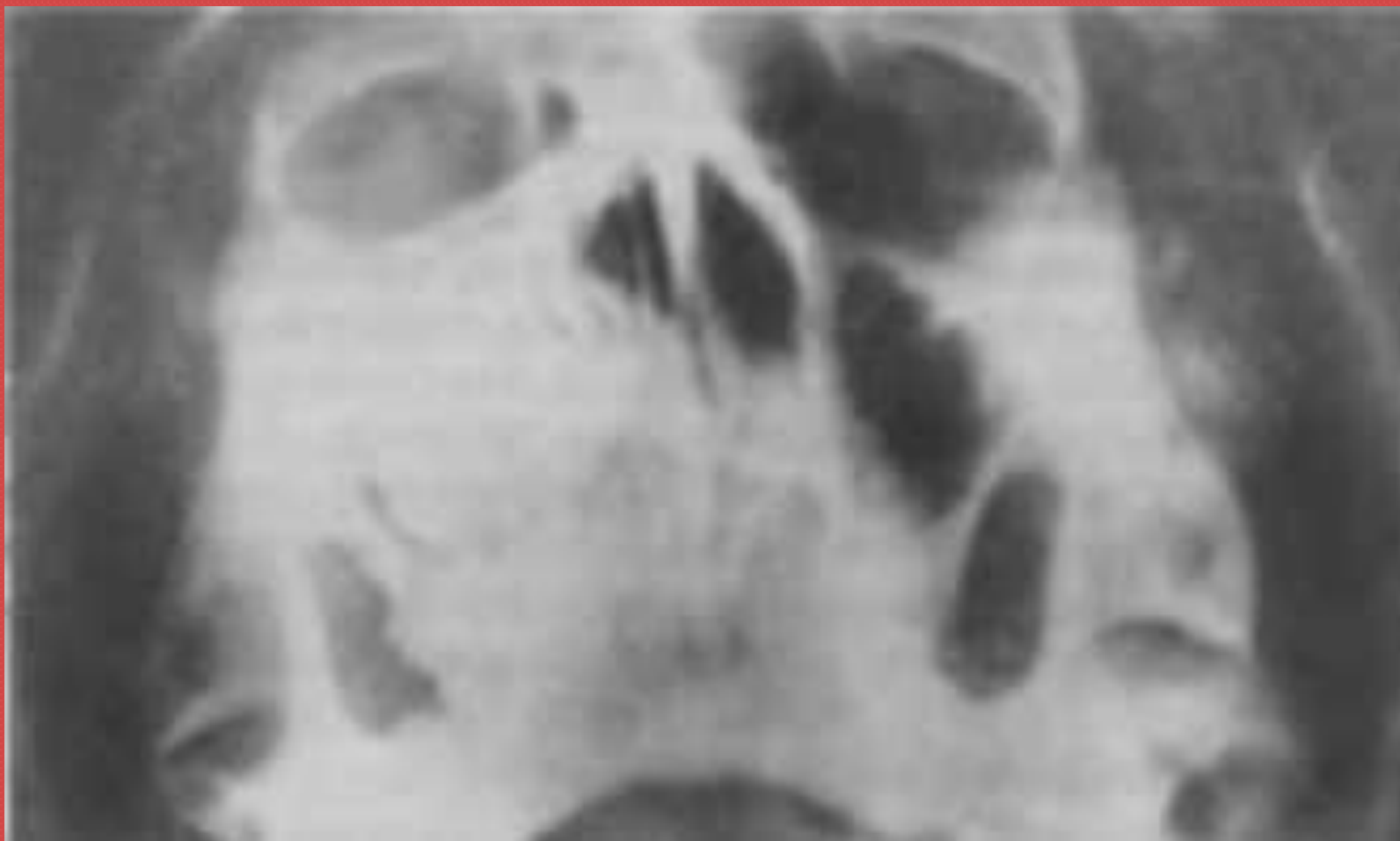
Остеома.

Остеома - доброкачественная костная опухоль. Чаще возникает у женщин молодого и среднего возраста. Характеризуется медленным ростом.

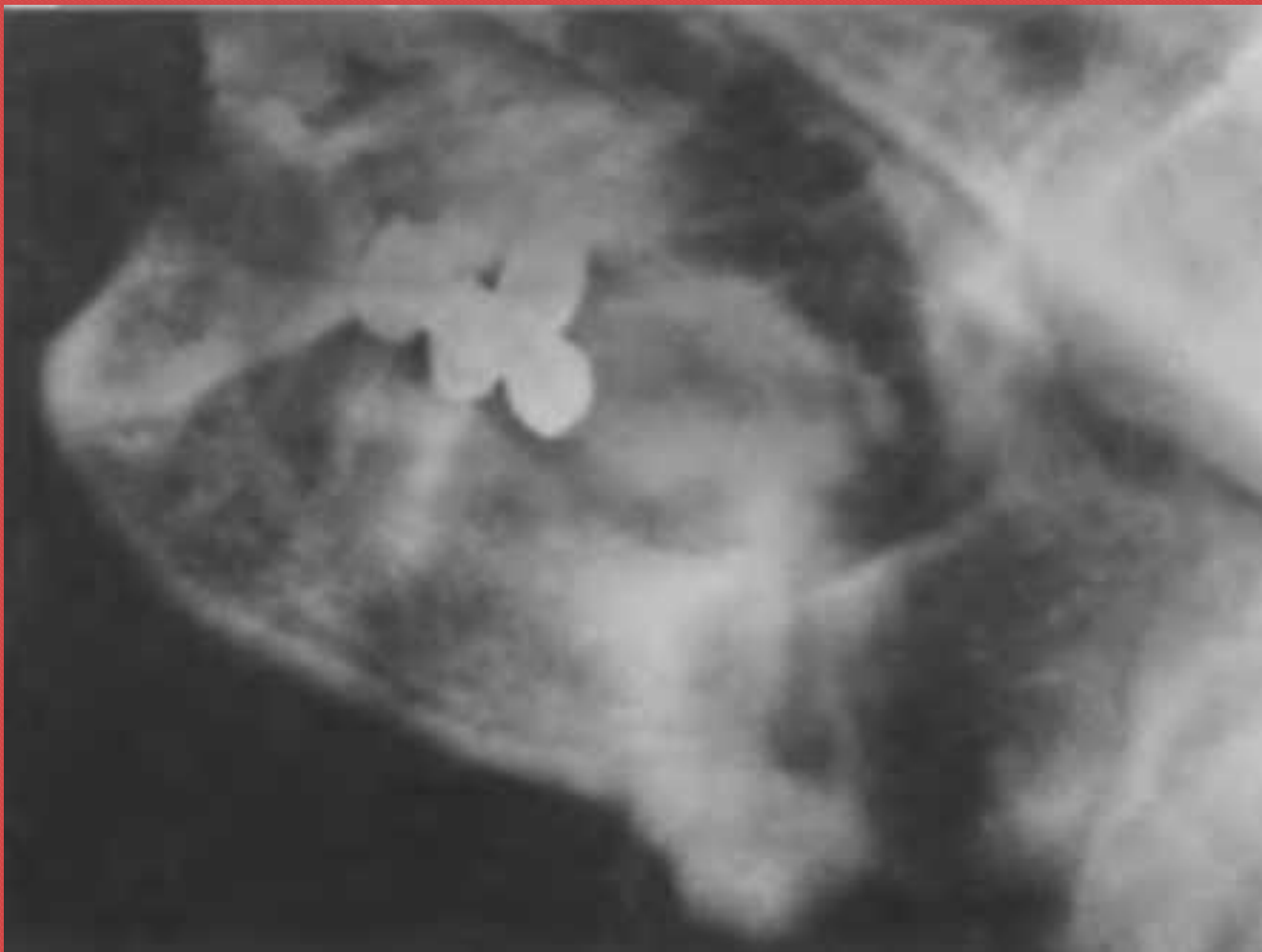
Локализация: челюстные и другие кости черепа. Выделяют *центральную и периферическую* остеому. Центральная остеома развивается из эндооста, периферическая - из периоста.

Периферическая остеома **макроскопически** округлой или неправильной формы, консистенции костной плотности, соединена с челюстью широким или узким основанием. Размер опухоли чаще всего от 1 до 2 см. При больших размерах может вызывать деформацию лица.

Центральная остеома **макроскопически** располагается в



Остеома верхней челюсти .Опухоль располагается в верхнечелюстной пазухе и полости носа (рентгенограмма)



Остеома нижней челюсти (рентгенограмма). Опухоль располагается в области угла.



.Остеома нижней челюсти.
а— компактная; б — губчатая.

Остеогенная саркома

Остеогенная саркома - самая частая недифференцированная опухоль челюстных костей. Чаше возникает у лиц мужского пола в возрасте 10-20 лет. Растет очень быстро. Рано дает гематогенные метастазы.

Локализация: верхняя челюсть.

Макроскопически: не имеет четких фаниц, разрушает кортикальную пластинку челюсти, прорастая в мягкие ткани. Зубы в пределах опухоли выдвигаются, становятся подвижными. Может возникнуть патологический перелом челюсти.

Микроскопически: выделяют остеолитическую и остсобластическую формы. В остеобластической остсогенной саркоме определяются атипичные, полиморфные остеобласты, атипичный остеоид и атипичные костные балочки. В остеолитической остсогенной сарко-

ме наблюдаются очаги некроза, кровоизлияний, кисты



**Рис. 175. Остеогенная саркома нижней челюсти.
а- внешний вид больного; б — внутриротовая рентгенограмма**

Хондрома

Хондрома - доброкачественная опухоль из хрящевой ткани.

Локализация: передний отдел верхней челюсти.

Макроскопически: представлена узлом дольчатого хрящеподобного вида. Опухоль может располагаться в глубине челюсти (энхондрально) или под периостом (экхондрально).

Микроскопически: зрелый гиалиновый хрящ с беспорядочным расположением хондроцитов без признаков атипизма. Иногда образуются очаги миксоматоза и вторичной оссификации с образованием костных балочек.



**Хондрома верхней челюсти
(внутриротовая рентгенограмма)**

Хондросаркома

Хондросаркома - злокачественная опухоль из хрящевой ткани.

Чаще возникает в возрасте 40-60 лет. Растет медленно, долго не дает метастазы.

Локализация: передний отдел верхней челюсти.

Макроскопически: узел дольчатого строения, плотной консистенции, на разрезе голубовато-белый, полупрозрачный, с очажками некрозов и кровоизлияний.

Микроскопически: ткань хрящевого характера с выраженным атиизмом и полиморфизмом хондроцитов, с образованием «пухлых» клеток. Очаги кровоизлияний, некроза и миксоматоза.



Основным рентгенологическим признаком является пестрота картины. Участки хаотического обызвествления чередуются с участками хрящевой ткани, которая представляется на рентгенограммах как "пустоты" с восковидным оттенком. Если остеобластическая функция выражена достаточно сильно, то возможно образование "спикул" (костные иглы, расположенные перпендикулярно к поверхности челюсти.)

Гигантоклеточная опухоль

Гигантоклеточная опухоль (остеокластома, остеобластокластома, бурая опухоль). Встречается в 30% случаев от всех опухолей челюстных костей. Чаще возникает у детей и молодых лиц женского пола.

Локализация: область премоляров нижней челюсти, внутрикостно. Растет медленно.

Макроскопически: выбухание челюсти с подвижностью и смещением зубов и рассасыванием их корней. Кортикальный слой истончается и разрушается. Представляет собой узел от 2 до 5 см в диаметре, без четких границ, мягкой консистенции, пестрого вида на разрезе за счет чередования участков белесовато-серого цвета с темно-красными, желтоватыми, бурными. Содержит кисты разной величины с прозрачным содержимым.

Микроскопически: клеточно-волокнистая ткань с полями и гнездами опухолевых клеток двух типов: мелких, типа остеобластов, и гигантских многоядерных, типа остеокластов. Сосуды синусоидного типа или очаги «тканевого» кровотока, гемосидероз. Встречаются очаги ксантоматоза и неполноценного остеогенеза. Редко встречается злокачественный аналог гигантоклеточной опухоли, в которой анаплазии подвергаются клетки типа остеобластов.







***СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ***