

Nawracający nadziąślak włóknisty – opis przypadku

Recurrent fibrous epulis – case report

Jolanta Sikorska, Rafał Wojda, Michał Oszwałdowski, Andrzej Wojtowicz

Zakład Chirurgii Stomatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Department of Oral Surgery, Medical University of Warsaw

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtowicz

HASŁA INDEKSOWE:

leczenie, nadziąślak, nadziąślak włóknisty, zmiana rozrostowa

KEY WORDS:

treatment, epulis, fibrous epulis, hyperplasia

Streszczenie

Nadziąślaki to egzofityczne, guzopodobne zmiany rozrostowe o nienowotworowym charakterze, które często występują w obrębie tkanek miękkich jamy ustnej. Klasyfikacja nadziąsłaków jest niejednorodna. Obecnie wyróżnia się nadziąślaki zapalne, włókniste oraz olbrzymiokomórkowe. Ich etiologia jest wieloczynnikowa. Powstają w wyniku hiperplastycznego rozrostu tkanki łącznej dziąsła, ozębnej lub okostnej. Za ich powstanie odpowiada wiele czynników zarówno miejscowych, jak i ogólnych. Najczęściej wykrywano je u kobiet w obrębie szczęki, w trzeciej i czwartej dekadzie życia. Mogą mieć charakter nawrotowy, ulegać transformacji nowotworowej, imitować inne zmiany patologiczne, dlatego niezwykle ważne jest przeprowadzenie odpowiedniej diagnostyki różnicowej. Leczenie nadziąsłaków niezależnie od ich typu polega na likwidacji czynnika przyczynowego oraz chirurgicznym usunięciu zmiany wraz z marginesem tkanek zdrowych. W pracy przedstawiono przypadek diagnostyki oraz leczenia chirurgicznego nawracającego dwukrotnie nadziąsłaka włóknistego zlokalizowanego językowo w stosunku do zębów przednich w żuchwie u 66-letniej pacjentki. Autorzy artykułu pragną podkreślić wieloczynnikową etiologię nadziąsłaków, ich skłonność do nawrotów oraz potencjalne ryzyko transformacji nowotworowej.

Summary

Epulides are exophytic, tumour-like proliferative lesions of a non-neoplastic nature that frequently occur within the soft tissues of the oral cavity. Their classification is heterogeneous. They are currently categorized as inflammatory, fibrous and giant cell types. Their etiology is multifactorial, arising from the hyperplastic proliferation of connective tissue in the gingiva, periodontal ligament, or periosteum. Numerous factors, both local and systemic, contribute to their formation. Epulides are most commonly detected in women, primarily in the maxilla, during the third and fourth decades of life. These lesions may have a recurrent nature, undergo malignant transformation, or mimic other pathological lesions. Therefore, conducting appropriate differential diagnosis is crucial. The treatment of epulides, regardless of their type, involves eliminating the causative factor and surgically excising the lesion with a margin of healthy tissue. This study presents a case of the diagnosis and surgical treatment of a fibrous epulis that recurred twice, located lingually to the anterior mandibular teeth in a 66-year-old female patient. The authors of the article aim to emphasize the multifactorial aetiology of epulides, their tendency to recur and the potential risk of neoplastic transformation.

Wstęp

Nadziąślaki to najczęściej występujące nienowotworowe zmiany rozrostowe tkanek miękkich w obrębie jamy ustnej.¹ Ich nazwa pochodzi z języka greckiego (επι – wokół, ουλον – dziąsło) i opisuje lokalizację zmian w obrębie wyrostka zębodołowego szczęki lub części zębodołowej żuchwy.^{2,3} Powstają w wyniku hiperplastycznego rozrostu tkanki łącznej dziąsła, ozębnej lub okostnej. Najczęściej wykrywane są w przednim odcinku szczęki, w okolicy zębów siecznych i kłów.^{4,5} Odnotowano występowanie nadziąsłaków w obrębie bezzębnych odcinków wyrostków zębodołowych. W żuchwie ich najczęstszą lokalizacją jest obszar zębów bocznych. W większości wykrywane są u kobiet (1,5 razy częściej niż u mężczyzn), zwykle w 3-4 dekadzie życia.^{1,6} Etiologia nadziąsłaków pozostaje niejasna.⁶ Za ich powstanie odpowiada wiele czynników zarówno miejscowych, jak i ogólnych. Do czynników miejscowych należą: przewlekły uraz mechaniczny, złogi kamienia nazębnego, nawisające wypełnienia, nieprawidłowo wykonane uzupełnienia protetyczne, niewłaściwa higiena jamy ustnej, ubytki próchnicowe oraz uraz zgryzowy. Czynniki ogólne, które sprzyjają powstawaniu zmian o charakterze rozrostowym w obrębie jamy ustnej to zaburzenia hormonalne, używki (np. tytoń), zaburzenia immunologiczne, zaburzenia układu krwiotwórczego, ciąża, niektóre leki np. antykoncepcja hormonalna, nieodpowiednia dieta czy też niedobory żywieniowe. Klasyfikacja nadziąsłaków jest niejednorodna. Obecnie najczęściej wykorzystywany jest kliniczno-histopatologiczny podział oparty na klasyfikacji histopatologicznej Amaroth i Sigurdson z 1983 roku, który wyróżnia trzy typy zmian:

- nadziąślaki zapalne, inaczej zwane nadziąsłakami ziarninowymi, naczyniakowatymi lub ropotwórczymi,

- nadziąślaki włókniste,
- nadziąślaki olbrzymiokomórkowe, lub inaczej obwodowe ziarniniaki olbrzymiokomórkowe.

Klinicznie nadziąślaki manifestują się jako bezbolesne zmiany, które mogą być osadzone na szerokiej podstawie lub mieć uszypułowaną formę.⁷ Ich powierzchnia bywa gładka bądź owrzodziała, a rozmiary wahają się od kilku milimetrów do kilku centymetrów. Barwa tych guzów może przyjmować odcień od jasnoróżowego do czerwonego.⁷

W populacji najczęściej diagnozowane są nadziąślaki zapalne. Uważa się, że mogą one przekształcić się w nadziąślaki włókniste.⁸ W ich początkowym stadium dominuje komponenta naczyniowa, z biegiem czasu ilość włókien kolagenowych zwiększa się, a ilość naczyń krwionośnych ulega zmniejszeniu.^{8,9}

Nadziąślaki włókniste są drugimi, zaraz po nadziąsłakach zapalnych najczęściej wykrywanymi tego typu zmianami w obrębie jamy ustnej. Charakteryzują się powolnym wzrostem, elastyczno-spoistą konsystencją oraz zabarwieniem podobnym do koloru dziąsła.^{8,10} Nie niszczą kości, nie mają właściwości osteolitycznych. Odznaczają się gładką, nieowrzodziałą powierzchnią. Początkowo ich wzrost jest bezobjawowy. Z czasem mogą utrudniać prawidłową mowę, przyjmowanie pokarmów, użytkowanie uzupełnień protetycznych lub być przyczyną rozchwiania bądź przemieszczenia zębów sąsiednich. Niekiedy w ich obrębie wykrywane są ogniska kostne lub zwapnienia.^{8,11} Mogą mieć charakter nawrotowy, szczególnie gdy doszło do ich niedoszczętnego usunięcia.

Opis przypadku

Do Zakładu Chirurgii Stomatologicznej zgłosiła się 66-letnia kobieta w celu leczenia zmiany o charakterze nadziąsłaka, zlokalizowanej w obrębie dziąsła dolnego, językowo

w stosunku do zębów 31-34. Jak podaje, zmiana była już usuwana dwukrotnie (po raz pierwszy w 2008 roku, a następnie w 2018 roku). Za każdym razem pojawiała się ponownie w tym samym miejscu. W 2008 roku badanie histopatologiczne wykazało występowanie nadziąsłaka włóknistego (epulis fibrosa). W 2018 roku rozpoznano włókniaka z pokrywą nabłonkową bez cech dysplazji. Po 6 latach zmiana w okolicy zębów 31-34 pojawiła się ponownie. Pierwsza konsultacja odbyła się w październiku 2024r. Z wywiadu ogólnolekarskiego wynikało, iż pacjentka przyjmuje jedynie leki na obniżenie stężenia lipidów w surowicy krwi, alergię neguje. Pacjentka nie zgłaszała dolegliwości bólowych, zmiana przeszkadzała jej głównie w jedzeniu, mowie, użytkowaniu uzupełnienia protetycznego. Jak podaje, zauważyła ją około 2 miesiące przed wizytą.

W badaniu klinicznym wykryto egzofityczną zmianę rozrostową o twardej, spistej konsystencji, zlokalizowaną na dziąśle brzeżnym, językowo w stosunku do zębów 31-34 (ryc. 1). Zmiana ta była niebolesna, niekrwawiąca, uszypułowana, o gładkiej różowej powierzchni (ryc. 2). Węzły chłonne podbródkowe, podżuchwowe oraz szyjne nie były powiększone. Na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego postawiono wstępne rozpoznanie kliniczne:



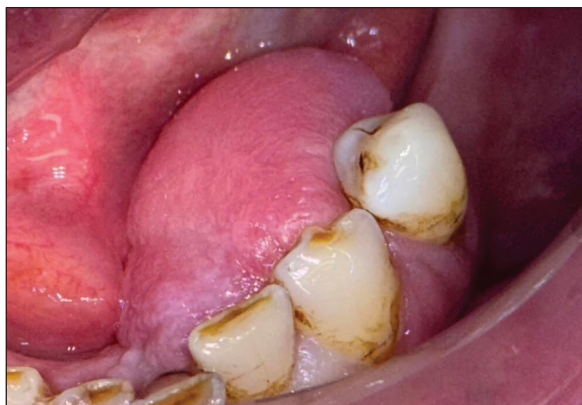
Ryc. 1. Obraz radiologiczny okolicy zabiegowej.

nadziąsłak włóknisty. Pacjentka otrzymała skierowanie na zdjęcie pantomograficzne. Zalecono wykonanie badań: morfologia krwi wraz z koagulogramem. Wyznaczono termin zabiegu, który ze względu na stan ogólny pacjentki został przełożony.

Do Zakładu Chirurgii Stomatologicznej pacjentka zgłosiła się ponownie w grudniu 2024 r. Dostarczyła morfologię krwi, koagulogram oraz ortopantomogram. W dostarczonych badaniach nie stwierdzono odchyleń od normy. Ponownie przeprowadzono wywiad ogólnolekarski oraz badanie przedmiotowe. Nie stwierdzono zmian w ogólnym stanie zdrowia, natomiast zmiana o charakterze nadziąsłaka zwiększyła swoje rozmiary (ryc. 3). Pacjentka została zakwalifikowana do zabiegu usunięcia zmiany o charakterze nadziąsłaka. Po uzyskaniu pisemnej zgody w znieczuleniu nasiękowym 1 amp. Citocartin 100 guz dziąsła wycięto metodą klasyczną przez cięcie brzeżne zewnętrzne, a następnie wyłżeczowano podłoże (ryc. 4). Pobrany materiał miał wymiary: 17 mm x 22 mm x 15 mm (ryc. 5). Został on przekazany do badania histopatologicznego. Okolicę pozabiegową zaopatrzono szwami nieresorbowalnymi 6/0 oraz samoprzylepnym opatrunkiem wewnątrzustnym. Uzyskano hemostazę i założono opatrunek uciskowy oraz przekazano zalecenia. Pierwsza wizyta kontrolna odbyła się dzień po



Ryc. 2. Obraz wewnątrzustny – zmiana o charakterze nadziąsłaka włóknistego.



Ryc. 3. Obraz przedstawiający nadziąślaka włóknistego dwa miesiące po pierwszym badaniu.



Ryc. 4. Stan po usunięciu zmiany rozrostowej o charakterze nadziąślaka.



Ryc. 5. Zmiana o charakterze nadziąślaka włóknistego po chirurgicznym usunięciu.

zabiegu, kolejna po 7 dniach. W czasie wizyt kontrolnych stwierdzono prawidłowe gojenie tkanek miękkich okolicy pozabiegowej, szwy zdjęto po 7 dniach. Po 4 tygodniach pacjentka odebrała wynik badania histopatologicznego. Całość obrazu odpowiadała łagodnemu miejscowemu rozrostowi włóknistemu, bez cech dysplazji.

Podsumowanie

Nadziąślaki to najczęściej wykrywane w jamie ustnej zmiany rozrostowe. Ich częstość występowania wynosi od 5,6% do 20,6%.^{8,12-14} Uważa się, że nie są one nowotworami, ale raczej guzami powstającymi wtórnie na tle przewlekłych mikrourazów i podrażnień.^{15,16}

Ostateczną odpowiedź daje badanie histopatologiczne, w którym charakterystyczne dla zmian odczynowych jest nacieczenie podścieliska komórkami immunokompetentnymi.¹⁷ Odznaczają się znaczną tendencją do nawrotów (badania *Zaina* i *Feia* wykazały, iż ponad 10 % wszystkich wykrytych przypadków nadziąsłaków włóknistych nawraca.² W przypadku nadziąsłaków olbrzymiokomórkowych odsetek ten jest znacznie większy, co może wynikać z często współistniejącej resorpcji kości wyrostka zębodołowego. Leczenie nadziąsłaków niezależnie od ich typu polega na likwidacji czynnika przyczynowego (np. traumatogenne oddziaływujące uzupełnienia protetyczne, nawisające wypełnienia, złogi kamienia nazębnego, ubytki próchnicowe) oraz chirurgicznym usunięciu zmiany wraz z marginesem tkanek zdrowych. Przed zabiegiem wskazana jest ocena radiologiczna badanej okolicy.² Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym. Najczęściej stosuje się klasyczne wycięcie zmiany skalpelem, zwykle z wyłuszczeniem podłoża kostnego. W literaturze wymienia się także inne protokoły postępowania z wykorzystaniem lasera Nd:YAG, lasera CO₂, kriochirurgii, czy elektrodesykacji.² W przypadku wykrycia resorpcji kości, rozchwiania sąsiadujących ze zmianą zębów oraz w sytuacji powtórnego wykrycia nadziąsłaka należy stosować

bardziej radykalne metody leczenia np. usunięcie zmiany wraz z zębami sąsiadującymi oraz częściowe usunięcie przyległej kości wyrostka zębodołowego. Obowiązkowo w każdym przypadku pobrany materiał należy przekazać do badania histopatologicznego. Nadziąślaki wymagają różnicowania z nowotworami łagodnymi tkanek miękkich (np. włókniaki, brodawczaki), nowotworami złośliwymi (rakami, mięsakami), naczyniakami, ropniami, zmianami przerostowymi występującymi w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna, sarkoidozy, chorób krwi, a także guzami brunatnymi, które powstają w przebiegu nadczynności przysadczycy.¹ Część guzów złośliwych w swoim przebiegu może także imitować nadziąślaka.¹⁵ Pomimo łagodnego przebiegu i znikomej tendencji do zezłośliwienia, po usunięciu zmiany o charakterze nadziąślaka konieczne jest przeprowadzanie okresowych badań kontrolnych.

Podsumowując, nadziąślaki są zmianami, które występują częściej u kobiet prawdopodobnie ze względu na wpływ gospodarki hormonalnej. Udowodniono, iż estrogeny i inne hormony płciowe nasilają reakcje zapalne w tkance dziąsłowej, co szczególnie objawia się w okresie ciąży.⁸ Nadziąślaki mogą imitować inne zmiany patologiczne, w tym nowotwory, dlatego bardzo ważna jest dokładna diagnostyka kliniczna, radiologiczna oraz badania histopatologiczne. W przypadku niedoszczętnego usunięcia nawracają. Wizyty kontrolne powinny mieć miejsce nawet wiele lat po usunięciu zmiany rozrostowej, o czym świadczy przedstawiony w pracy przypadek nawracającego 2-krotnie po pierwotnym usunięciu nadziąślaka włóknistego.

Piśmiennictwo

1. *Grzegorzczak A, Czerwata M*: Nadziąślak włóknisty – opis przypadku. *Twój przegląd stomatologiczny* 2020; 5: 34-36.
2. *Białkowska-Głowacka J, Janas-Naze A, Milner P, Osica P, Ratajek-Gruda M*: Guz olbrzymiokomórkowy – opis przypadku. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(1): 27-37.
3. *Matuszewski D, Kaczmarczyk I, Kaczmarczyk D*: Mnogi nadziąślak olbrzymiokomórkowy – opis przypadku. *Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny*, 2015; 4(1): 44-47.
4. *Fonseca GM, Fonseca RM, Cantín M*: Massive fibrous epulis – a case report of a 10-year-old lesion. *Int J Oral Sci* 2014; 6(3): 182-184.
5. *Na Zhao N, Yelidana Yesibulati Y, Pareyida Xiayizhati P, He YN, Xia RH, Yan XZ*: A large-cohort study of 2971 cases of epulis: focusing on risk factors associated with recurrence. *BMC Oral Health* 2023; 23: 229.
6. *Hryniewiecka L, Popowski W, Wojtowicz A*: Rzadki przypadek rozległego nadziąślaka zapalnego w żuchwie – opis przypadku. *Nowa Stomatologia* 2011; 2: 77-80.
7. *Effiom OA, Adeyemo WL, Soyele OO*: Focal reactive lesions of the Gingiva: an analysis of 314 cases at a tertiary Health Institution in Nigeria. *Nigerian Med journal: J Nigeria Med Association* 2011; 52(1): 35-40.
8. *Lisowska M, Balicki K*: Nadziąślak włóknisty- epulis fibrosa. Opis przypadku. *Mag Stomatol* 2018; 4:18-20.
9. *Wyřbek B, Górski B, Plakwicz P*: Diagnostyka i leczenie nadziąślaków – opis trzech przypadków. *Stomatol Współ* 2015; 5: 22-27.
10. *Gefrerer L, Popowski W, Wojtowicz A*: Nadziąślaki – charakterystyka kliniczna oraz ocena epidemiologiczna na podstawie materiału Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. *E-Dentico* 2015; 5 (57): 70-77.
11. *Hamada M, Takasu A, Nomura R, Okawa R, Nakano K, Yura Y*: Epulis fibrosa identified in a 6-year-old Japanese girl. Case report. *Pediat Dent J* 2016; 26(1): 42-44.
12. *Narwal A, Bala S*: Osteopontin expression

- and clinicopathologic correlation of oral hyperplastic reactive lesions: an institutional 6-year retrospective study. *J Oral Maxillofac Pathol* 2017; 21(3): 382-386.
13. *Dutra KL, Longo L, Grando LJ, Rivero ERC*: Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol* 2019; 85(4): 399-407.
14. *Reddy V, Bhagwath SS, Reddy M*: Mast cell count in oral reactive lesions: a histochemical study. *Dent Res J* 2014; 11(2): 187-192.
15. *Bednarczyk A, Inglot M, Zaleska M, Uryga D*: Ocena wyników leczenia nadziąślaków w materiale własnym. *Mag Stomatol* 2012; 22(3): 68-73.
16. *Ohta K, Yoshimura H*: Fibrous epulis: A tumorlike gingival lesion. *Clev Clin J Med* 2021; 88 (5): 265-266.
17. *Ohta K, Yoshimura H*: Fibrous epulis: A tumorlike gingival lesion. *Clev Clin J Med* 2021; 88 (5): 265-266.
- Zaakceptowano do druku: 27.03.2025 r.
Adres autorów:
© Zarząd Główny PTS 2025.