

Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Oktatási Centrum,
Dento-alveoláris Sebészeti Osztály, Budapest*
Országos Onkológiai Intézet, Sebészeti és Molekuláris Patológiai Osztály, Budapest*

Szövetteni vizsgálatok az ambuláns szájsebészeti gyakorlatban

DR. KIVOVICS MÁRTON,* DR. MIHÁLYI SZILVIA,* DR. SUBA ZSUZSANNA,** DR. GYULAI-GAÁL SZABOLCS*

Az ambuláns szájsebészeti ellátás során talált elváltozások dignitásának megítélésében a patológussal való kapcsolattartás, szövettani vizsgálatok kérése elengedhetetlen. A jelenlegi szabályozás szerint a szervezetből eltávolított szöveteket kötelező szövettani vizsgálat alá vonni.

A szerzők előadásukban a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Oktatási Centrum Dento-alveoláris Sebészeti Osztályán 2008 óta kiadott szövettani diagnózisokat dolgozzák fel. Statisztikailag elemzik a szövettani vizsgálatot kérő orvos klinikai diagnózisának és a szövettani lelet eredményének egybeesését. Vizsgálják a beküldött különböző nyálkahártya-elváltozások és a cysták fajtáit és előfordulásuk gyakoriságát. Malignoma-gyanú esetén próbaexcízió nem történt, a beteget fekvőosztállyal és onkológiai háttérrel rendelkező intézménybe utalták. Külön csoportot képez a kisnyálmirigy biopszia, melyet autoimmun körkékben, főleg Sjögren-syndroma esetén kértek az osztálytól. A szövettani diagnózisokat az Arc-, Állcsont-, Szájsebészeti és Fogászati Klinika Orális Patológiai Osztályán Dr. Suba Zsuzsanna, egyetemi tanár készítette.

A leggyakrabban diagnosztizált és szövettanilag megerősített elváltozás a cysta radicularis volt. Ezt követte a fibroma és a granulációs szövet, sarjszövet. Az esetek jelentős részében 84,5%-ban a makroszkópos diagnózisok egybeestek a szövettani diagnózisokkal. A kisnyálmirigy biopsziák tekintetében az esetek 44,5%-ában igazolódott a beküldött Sjögren-syndroma diagnózisa.

Bár a makroszkópos diagnózisok igen magas százalékban megegyeznek a szövettani leletekkel, mégis elengedhetetlen a szövettani diagnózisok folyamatos figyelemmel kísérése és a szövettani feldolgozási technikák adekvát, széleskörű alkalmazása.

Kulcsszavak: szövettani vizsgálat, szájnálkahártya-elváltozások, cysta, kisnyálmirigy biopszia, Sjögren-syndroma

Bevezetés

Az ambuláns szájsebészeti ellátás során talált elváltozások dignitásának megítélésében a patológussal való kapcsolattartás, szövettani vizsgálatok kérése elengedhetetlen. A szájúregi elváltozások nagy biztonsággal történő diagnosztizálásának gyakran egyetlen módja a szövettani mintavétel. A jelenlegi szabályozás szerint a szervezetből eltávolított szöveteket kötelező szövettani vizsgálat alá vonni. Ez alól egyedül az eltávolított fogak képeznek kivételt. Jelenleg Magyarországon nincsen hatályos szabályozás az ambuláns szájsebészeti gyakorlatban végzett szövettani vizsgálatokkal kapcsolatban. A szövettani mintavételek általános szabályait a szakirodalom írja le. A biopsziák célja a patológus számára megfelelő, reprezentatív minta vétele a lehető legenyhébb utópanaszok okozása mellett. A szájsebészeti szövettani mintavételek jelentős része fekvőosztályos háttér nélkül is elvégezhető.

Betegek és módszerek

A Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Oktatási Centrum Dento-alveoláris Sebészeti Osztályán 2008. óta kiadott szövettani diagnózisokat dolgoztuk fel. Statisztikailag elemeztük a szövettani vizsgálatot kérő orvos klinikai diagnózisának és a szövettani lelet eredményének egybeesését. Vizsgáltuk a beküldött különböző nyálkahártya-elváltozások és a cysták fajtáit és előfordulásuk gyakoriságát. Malignoma-gyanú esetén próbaexcíziót nem végeztünk, a beteget fekvőosztállyal és onkológiai háttérrel rendelkező intézménybe utaltuk. Külön csoportot képez a kisnyálmirigy-biopszia, melyet autoimmun körkékben, főleg Sjögren-syndroma esetén kértek az osztálytól a benignus lymphoepithelialis laesio diagnózisának felállítása érdekében. A szövettani diagnózisokat a Semmelweis Egyetem Arc-, Állcsont-, Szájsebészeti és Fogászati Klinika Orális Patológiai Osztályán Dr. Suba Zsuzsanna, egyetemi tanár készítette.

A szövettani mintavétel első lépése a beteg tájékoztatott *beleegyezésének megszerzése*. Ezt részben az élő szövetek kimetszésével kapcsolatban felvetődő etikai kérdések, részben a beavatkozás várható szövődményei teszik szükségessé. Elsősorban a sebgyógyulási zavarokról, vérzéses szövődményekről, esetleges ideg-sérüléssel kapcsolatos paraesthesiákról, anaesthesiákról és posztoperatív fájdalomról érdemes tájékoztatnunk betegünket. Ezt követi a *helyi érzéstelenítés*. Kerülnünk kell a helyi érzéstelenítő oldat közvetlenül az elváltozásba való fecskendezését, ez ugyanis interstitiális oedemához hasonló műterméket okoz, és megnehezíti a szövettani diagnózis felállítását. Ehelyett inkább periinfiltrációs, mély infiltrációs vagy törzsérzéstelenítést alkalmazunk. A periinfiltrációs és mély infiltrációs helyi érzéstelenítés előnye a törzsérzéstelenítéssel szemben, hogy adrenalinus oldat használata esetén a műtéti területen vértelenséget biztosít. Fontos az *anatómiai képletek védelme*. A palatum területén végzett biopsziák esetében az arteria palatinával párhuzamos metszéssel kerülhetjük el a vérzéses szövődményeket. Az alsó ajak esetében a nervus mentalis rostjait szükséges elkerülnünk.

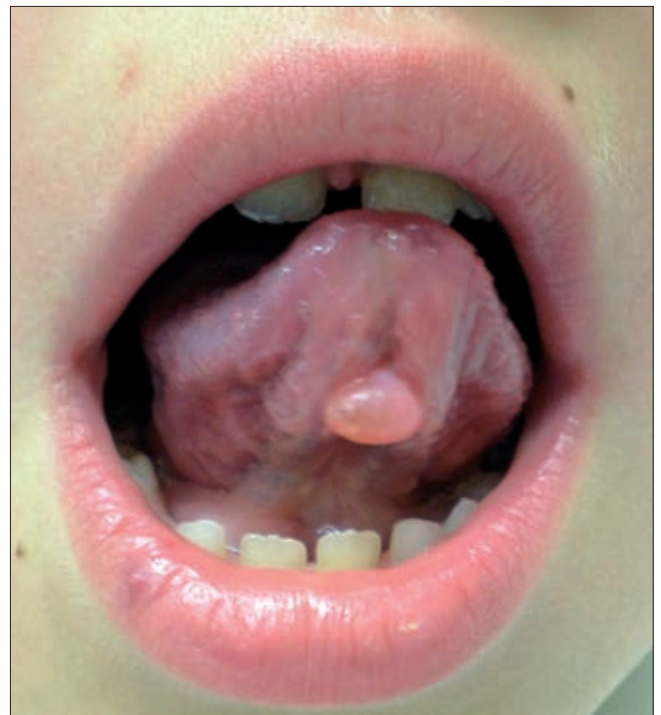
Az elváltozás mérete alapján 1 és 2 cm között van az a határ, melynél kisebb elváltozásokat teljes egészében kimetszünk, tehát *excisiót végzünk*. Nagyobb elváltozások esetén incisiós biopsziát, *próbaexcisiót végzünk*. Ha 1–2 cm-nél kisebb, rosszindulatúnak imponáló elváltozás excíziója mellett döntünk, fontos, hogy ezt a definitív sebészi terápiát végző orvos hajtsa végre. Ez azért javasolt, mivel ha a szövettani diagnózis malignus elváltozást igazol és újabb műtét szükséges az excízió helyének gyógyulása után már csak az excíziót végző orvos ismeri pontosan az elváltozás kiterjedését. Próbaexcízió esetén, ha a malignitás gyanúja felmerül 3–5 mm-rel az épben ejtjük a metszést, az elváltozás alapját is meghaladva. Fontos, hogy a legjellemzőbb területekről végezzük a próbaexcíziót a necroticus szövetrészek elkerülésével. Végül szükség esetén sutura vagy parodontális pakolás segítségével vérzescsillapításról gondoskodunk. A *sebgyógyulási zavarok elkerülése* végett instruáljuk betegünket és szükség esetén gyógyszert rendelünk. Felhívjuk a beteg figyelmét a megfelelő száj-higiéné fenntartásának fontosságára és javasoljuk neki, hogy a kimetszést követő 3–4 napon kerülje a tejtermékek fogyasztását. Posztoperatív fájdalomcsillapítás végett nem szteroid gyulladáscsökkentőt rendelhetünk betegünknek [1, 4, 5, 6, 8, 10]. Ahogy megtörtént a kimetszés a szövettani autolyticus folyamatok során degradálódni kezd. Fixálásnak, *rögzítésnek nevezzük* az élő anyag strukturális és biokémiai stabilizálását az autolysis megakadályozása céljából. Erre a célra az ambuláns szájsebészetben rutinszerűen szobahőmérsékleten 10%-os neutrális pH-n pufferelt formalinoldatot használunk. A formalin keresztköti a fehérjéket, így azokat az enzimeket is, melyek az autolysisért felelősek. Amennyiben – például mucocutan vesicobullus autoimmun kórképekben – direkt immunofluo-

reszcenciás vizsgálatra van szükség akkor friss, azonnal fagyasztható mintát küldünk a szövettani laboratóriumba, mivel ilyen vizsgálat formalin-fixált mintán nem végezhető el. Ilyen esetben tehát a mintát azonnal 2–5 °C közé hűtve fiziológiás sóoldatban juttatjuk el a patológusnak. A minták szállítása jól záró, felcímkézett tégelyben történik úgy, hogy a fixáló oldat térfogata legalább tízszeresen meghaladja a szövettani mintánk térfogatát és a minta teljesen elmerüljön az oldatban.

A *szövettani kériólap* tartalmazza a beteg nevét, a beteg biztosítási adatait, a beteg születési dátumát, a vizsgálatot kérő intézmény nevét, a beküldő orvos nevét, a mintavétel dátumát, a minta makroszkópos leírását és anatómiai vételi helyét és a klinikai diagnózist. Aláírásunkkal, pecsétünkkel hitelesítjük a szövettani kériólapot [2, 3, 6, 7].

Eredmények

Osztályunkon az említett időintervallumban összesen 468 esetben történt szövettani vizsgálat. 191 esetben kinyálmirigy biopsziát végeztünk Sjögren-syndroma esetén a benignus lymphoepitheliális lesio igazolása céljából. A fennmaradó 277 esetben egyéb klinikai diagnózis



1. ábra. Mucocoele a nyelv ventralis felszínén

alján végeztünk szövettani vizsgálatot. 234 esetben, tehát az esetek 84,5%-ában a szövettani diagnózis alátámasztotta a klinikai diagnózist. 43 esetben, tehát az esetek 15,5%-ában a szövettani diagnózis nem támasztotta alá a klinikai diagnózist. Ezekben az esetekben többnyire jóindulatú elváltozások differenciáldiagnosz-

tikai problémái merültek fel. A leggyakrabban diagnosztizált és szövettanilag megerősített elváltozás a cysta radicularis volt (42 eset). Gyakori volt a fibroma (37 eset), a granulációs szövet, sarjszövet (31 eset), a mucokéle (22 eset) (1. ábra) és a granuloma fissuratum (17 eset). Ritkábban előforduló laesiók: epulis (2. ábra), idegen-



2. ábra. Epulis granulomatosa

test, idegentest granuloma, papilloma, haemangioma, verruca vulgaris pleiomorph adenoma, schwannoma, csontsequester, odontoma, lichen ruber planus. 55 eset-



3. ábra. Cysta follicularis a jobb alsó bölcsességfogon

ben cysta volt a szövettani diagnózis. 42 esetben cysta radicularis, 7 esetben cysta follicularis (3. ábra), 4 esetben cysta residualis és 2 esetben keratocysta miatt végeztünk műtétet. A kisnyálmirigy biopsziák tekintetében az esetek 44,5%-ában igazolódott a benignus lymphoepithelialis laesio diagnózis.

Következtetések, megbeszélés

A kezelési tervünket ritkán változtatta meg a szövettani diagnózis. Előfordult, hogy kezelési tervünket kis mértékben befolyásolta a szövettani lelet. Jó példa erre egy

eset, amikor radicularis cysta klinikai diagnózis mellett a szövettani vizsgálat keratocystát mutatott ki. Ebben az esetben a laesio gyakori recidiva-hajlama miatt betegünket szorosabban kontrolláltuk. Hasonlóképpen jártunk el, amikor az alsó ajakból kimetszett és lipomának imponáló elváltozás szövettani diagnózisa pleiomorph adenoma lett.

A szövettani diagnózis nagymértékben is befolyásolhatja kezelési tervünket. Erre példa, hogy egy esetben kisnyálmirigy-biopszia szövettani vizsgálata során lymphoma gyanúja merült fel, ekkor betegünket onkológiai intézetbe irányítottuk. Előfordulhatnak korai malignus tumorok parodontális gyulladásos tasakokban, melyek kimetszése után gondos szövettani feldolgozás indokolt. Lehetséges továbbá, hogy fogeltávolítás során, a periapikális gyulladást utánzó lágyrész szövettanilag korai állcsont daganatnak, vagy malignus tumor metasztázisának bizonyul [9].

Bár a makroszkópos diagnózisok igen magas százalékban megegyeznek a szövettani leletekkel, mégis elengedhetetlen a szövettani diagnózisok folyamatos figyelemmel kísérése, mivel olykor a szövettani diagnózis megváltoztathatja kezelési tervünket.

Irodalom

1. AVELAR RL, ANTUNES AA, CARVALHO RW, BEZERRA PG, OLIVEIRA NETO PJ, ANDRADE ES: Odontogenic cysts: a clinicopathological study of 507 cases. *J Oral Sci* 2009; 51: 581–586.
2. CANTO AM, MÜLLER H, FREITAS RR, SANTOS PS: Oral lichen planus (OLP): clinical and complementary diagnosis. *An Bras Dermatol* 2010; 85: 669–675.
3. ISMAIL SB, KUMAR SK, ZAIN RB: Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci* 2007; 49: 89–106.
4. KALMAR JR, ALLEN CM: Differential Diagnosis of Oral Disease. In MILORO M (szerk.): *Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery*. BC Decker Inc. Hamilton, London, 2004. 563–574.
5. LASKARIS G: *Pocket Atlas of oral diseases Thieme*. Stuttgart–New York, 2006.
6. OLIVER RJ, SLOAN P, PEMBERTON MN: Oral biopsies: methods and applications. *Br Dent J* 2004; 196: 329–333.
7. SANO SM, QUARRACINO MC, AGUAS SC, GONZÁLEZ EJ, HARADA L, KRUPITZKI H, MORDOH A: Sensitivity of direct immunofluorescence in oral diseases. Study of 125 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13: E 287–291.
8. STENHOUSE D: Tissue sampling and soft tissue lesions. In WRAY D, STENHOUSE D, LEE D, CLARK JEA (szerk.): *Textbook of general and oral surgery*. Elsevier Science Limited, London, 2003: 257–262.
9. SUBA Zs: *Orális és Maxillofaciális Patológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2011.
10. WILLIAMS PM, POH CF, HOVAN AJ, NG S, ROSIN MP: Evaluation of a suspicious oral mucosal lesion. *J Can Dent Assoc* 2008; 74: 275–280.

DR. KIVOVICS M, DR. MIHÁLYI SZ, DR. SUBA ZS, DR. GYULAI-GAÁL SZ:

Histological examination in the oral surgery practice

In the practice of oral surgery correspondence with the pathologist is required in order to identify the lesions in question by histologic examination. By current legal regulations the histological evaluation of removed tissues is mandatory.

In the presentation the authors process the data obtained in their Department since 2008. Coincidence of the clinical and histological diagnosis is analysed statistically such is the occurrence of various types of oral mucosa lesions and cysts. In cases of presumed malignancy the biopsies were carried out in a department with adequate oncological background. In indications of autoimmune diseases mainly in cases of Sjögren's syndrome the Department has been requested to carry out minor salivary gland biopsies. Statistical analysis of the findings of the minor salivary gland biopsies will also be discussed. The histological diagnoses have been provided by Prof. Zsuzsanna Suba MD, DMD, PhD of the Semmelweis University, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Oral Pathology Unit.

In order of prevalence the most common histologically verified lesions were: radicular cyst, fibromas and granulation tissue. In 84.5% of the cases the histological findings confirmed the clinical diagnoses. In 44,5% of the cases Sjögren's syndrome was verified by the minor salivary gland biopsy.

Although in most cases the histological examination supported the clinical diagnoses, close cooperation of the oral surgeon and pathologist is essential.

Key words: histological examination, oral mucosa lesions, cyst, minor salivary gland biopsy, Sjögren's syndrome