

# Клинико-морфологические особенности случая рецидивирования амелобластомы

И.И.Бабиченко<sup>1</sup>, Е.В.Вербо<sup>2</sup>, Н.С.Цимбалист<sup>1</sup>,  
А.В.Крючкова<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>РУДН, Москва

<sup>2</sup>Центральный НИИ стоматологии  
и челюстно-лицевой хирургии МЗ РФ, Москва

Амелобластома является доброкачественной одонтогенной опухолью, которая преимущественно локализуется в области угла и ветви нижней челюсти, обладает инфильтративным ростом и нередко дает рецидивы, возникновение которых зависит от гистологического строения опухоли. В статье рассмотрен клинический случай рецидива амелобластомы с прорастанием аутографта, взятого из малоберцовой кости. При микроскопическом исследовании был выявлен плексиформный вариант амелобластомы. Проведенное ИГХ-исследование с маркерами на Ki-67 и  $\beta$ -катенин показало наличие высокого уровня пролиферации опухолевых клеток и активность Wnt/ $\beta$ -катенин сигнального пути, что может лежать в основе агрессивного клинического течения амелобластомы, которое характерно для плексиформного и базальноклеточного гистологических вариантов. При установлении вариантов с агрессивным клиническим течением амелобластомы рационально проводить отсроченные реконструктивно-восстановительные операции.

**Ключевые слова:** амелобластома, плексиформный вариант, рецидив, Ki-67,  $\beta$ -катенин.

## Clinical and Morphological Features of Ameloblastoma Recurrence Case

I.I.Babichenko<sup>1</sup>, E.V.Verbo<sup>2</sup>, N.S.Tsimbalist<sup>1</sup>,  
A.V.Kriuchkova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>RUDN University, Moscow

<sup>2</sup>Departments of Reconstructive Surgery of the  
Face and Neck with Microsurgery

<sup>3</sup>Central Research Institute of Dental and  
Maxillofacial Surgery, Moscow

Ameloblastoma is a benign odontogenic tumor predominantly localizes in the mandible angle and branch, has infiltrative growth and often gives relapses, the occurrence of which depends on the histological structure of the tumor. The article deals with a clinical case of recurrence of ameloblastoma with germination of an autograft taken from the fibula. A microscopic examination revealed a plexiform variant of ameloblastoma. An IHC study with markers on Ki-67 and  $\beta$ -catenin showed a high level of proliferation of

tumor cells and a Wnt/ $\beta$ -catenin signaling pathway, which may underlie the aggressive clinical course of ameloblastoma, which is characteristic of plexiform and basal cell histological variants. When establishing variants with aggressive clinical course of ameloblastoma, it is rational to conduct delayed reconstructive surgeries.

**Keywords:** ameloblastoma, plexiform variant, relapse, Ki-67,  $\beta$ -catenin.

Амелобластома является доброкачественной одонтогенной опухолью и в 80% случаев локализуется в области угла и ветви нижней челюсти, однако обладает инфильтративным ростом и нередко дает рецидивы. Частота возникновения рецидива неодинакова в различных гистологических вариантах амелобластомы. В исследовании А.Кovács и соавт. показано, что амелобластомы плексиформного и фолликулярного варианта наиболее часто выявляются при рецидивах заболевания [1]. Ряд авторов указывают на выбор лечебной тактики в зависимости от гистологического исследования [2–4]. Так, например, при фолликулярной и плексиформной амелобластоме предлагают проводить радикальную операцию с запасом 1,5 и 3,0 см, а для монокистозного типа выбрать консервативную тактику [5, 6]. В 2011 г. R.Dandriyal привел данные о частоте возникновении рецидива амелобластомы в зависимости от вида оперативного вмешательства: при проведении кюретажа, рецидив возникал в 60% случаев, а при проведении радикальной операции процент рецидивирования снижался до 10% [7]. Таким образом, с точки зрения профилактики рецидивирования, радикальные оперативные вмешательства являются более предпочтительными, однако они могут привести к серьезным деформациям лица. Поэтому вопрос о выборе объема хирургического вмешательства и зависимость его от гистологического строения опухоли остается актуальным. Применение современных медицинских технологий позволяет исключить снижение качества жизни прооперированных по поводу амелобластомы пациентов. Для закрытия и устранения дефекта как отечественными, так и зарубежными врачами, разработаны способы формирования и подсаживания аутографта с последующей фиксацией титановыми пластинами или применение титанового эндопротеза [8, 9]. Наиболее часто для формирования аутографта используют малоберцовую кость, ребро и гребешок подвздошной кости, который считается наиболее подходящим для закрытия дефекта [7, 10]. Тем не менее, отмечаются случаи рецидивов амелобластомы с прорастанием костного аутографта, замещающего костный дефект. Изучению одного из подобных случаев посвящено настоящее сообщение.

### Клинический пример

Пациентка А., 21 год, в 2011 г. заметила образование в щечной области справа. В 2012 г. появились жалобы на деформацию лица. Была проведена диагностическая биопсия, по заключению которой поставлен диагноз – амелобластома. В 2013 г. пациентка поступила в клинику для проведения хирургического лечения. На ОПТГ определили образование ветви и угла нижней челюсти справа, с распространением на шейку суставного отростка и венечный отросток. Образование с бугристыми контурами имело размер 6,5×3,5 см. С момента появления первых симптомов до операции прошло 2 года и год с момента появления первых жалоб. Пациентке была назначена и успешно проведена реконструктивно-восстановитель-



активность и ядерная локализация  $\beta$ -катенина. Случаи рецидивов наиболее часто встречаются при базальноклеточном и плексиформном вариантах амелобластомы. Таким образом, при составлении прогноза и решении об объеме оперативного вмешательства на этапе первой диагностической биопсии важно обратить внимание на уровень пролиферативной активности и наличие ядерной локализации маркера  $\beta$ -катенина, а также гистологический вариант амелобластомы.

### Выводы

При проведении первичной диагностической биопсии необходимо учитывать гистологический вариант амелобластомы и проводить иммуногистохимическое исследование с оценкой пролиферативной активности опухоли. Своевременное оперативное вмешательство необходимо для снижения риска развития рецидивов. Данный клинический случай дает подтверждение агрессивному характеру роста плексиформного варианта амелобластомы с высокой вероятностью развития рецидива. Прорастание амелобластомой аутоаутогравитации указывает на местнодеструктивный тип роста, несмотря на тот факт, что опухоль относится к доброкачественным новообразованиям. Таким образом, при выявлении плексиформного варианта амелобластомы, целесообразнее проводить отсроченную реконструктивно-восстановительную операцию, а не одномоментную в сочетании с удалением опухоли.

*Конфликт интересов* авторов отсутствует.

### Литература

1. Kovács A., Wagner M., Ghahremani M. Considerations on a long-term course of a plexiform ameloblastoma with a recurrence in the soft tissue. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 1999; 62: 48–53.
2. Escande C. et al. A treatment algorithm for adult ameloblastomas according to the PitiO-SalpPtriIre Hospital experience. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.* 2009; 37: 7: 363–369. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2009.05.001>
3. Chacko V. et al. Conservative management of a case of plexiform ameloblastoma. *Dental update.* 2011; 38: 5: 336–338.
4. Laborde A. et al. Ameloblastoma of the jaws: Management and recurrence rate /European
5. *Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases.* 2016. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2016.09.004>
6. Gardner D. G., Pelcak A. M. J. The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. *Cancer.* 1980; 46: 11: 2514–2519.
7. FranHa L. J. L. et al. Ameloblastoma demographic, clinical and treatment study: analysis of 40 cases. *Brazilian journal of otorhinolaryngology.* 2012; 78: 3: 38–41.
8. Dandriyal R. et al. Surgical management of ameloblastoma: Conservative or radical approach. *National J Maxillofacial Surgery.* 2011; 2: 1: 22–7. <https://doi.org/10.4103/0975-5950.85849>
9. Буцан С. Б. и др. Опыт хирургического лечения и реабилитации пациентов с амелобластомой челюсти. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2013. – № 1. – С. 35–45 / Buzan S.B. et al. The experience with the surgical treatment and rehabilitation of the patients presenting with mandibular ameloblastoma. *Annals of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery.* 2013; 1: 35–45.
10. Тимофеев А. А., Ушко Н. А., Савицкий А. А. Амелобластомы челюстей. Ретроспективный анализ по данным клиники челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л.Шупика. *Современная стоматология.* – 2013. – № 3. – С. 109–115. / Tymofiev A., Ushko N., Savitskii A. Ameloblastomas of jaws. A retrospective analysis of clinical data on maxillo-facialis NMAPE named P.L.Shupik. *Modern dentistry.* 2013; 3: 109–115.
11. Nkenke E. et al. Mandibular reconstruction using intraoral microvascular anastomosis following removal of an ameloblastoma. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2013; 71: 11: 1983–1992. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2013.09.017>
12. Shaikhi K. et al. Morphological variants of ameloblastoma and their mimickers. *NAJ Med Sci.* 2012; 5: 1: 20–28. <https://doi.org/10.7156/v5i1p020>
13. Suma M. S. et al. Ameloblastoma: an aggressive lesion of the mandible. *BMJ case Reports.* 2012; 2013: 200483–200483. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-200483>
14. Sammartino G. et al. Effectiveness of a new decisional algorithm in managing mandibular ameloblastomas: a 10-years experience. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2007; 45: 4: 306–310. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2006.08.023>
15. Бабиченко И.И., Рыбальская В.Ф., Цимбалист Н.С., Семкин В.А. Иммуногистохимические показатели агрессивности клинического течения амелобластомы. *Трудный пациент.* – 2017. – Т. 15. – № 3. – С. 54–57. / I.I.Babichenko, V.F.Rybalskaya, N.S.Tsimbalist, V.A.Semkin. Immunohistochemical indicators of aggressiveness of the clinical course of ameloblastoma. *Trudnyy pacient.* 2017; 15: 3: 54–57.
16. Цимбалист Н.С., Рыбальская В.Ф., Семкин В.А., Бабиченко И.И. Особенности экспрессии белка  $\beta$ -катенина в амелобластомах. *Стоматология.* – 2016. – Т. 95. – № 6–2. – С. 53. / Tsimbalist N.S., Rybal'skaya V.F., Semkin V.A., Babichenko I.I. Osobennosti ehkspressii belka  $\beta$ -katenina v ameloblastomah. *Stomatologiya.* 2016; 95: 6–2: 53.

### Сведения об авторах:

**Бабиченко Игорь Иванович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии Медицинского института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов», Москва

**Вербо Елена Викторовна** – д.м.н., заведующая отделением реконструктивной хирургии лица и шеи с микрохирургией, Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

**Цимбалист Наталья Сергеевна** – ассистент кафедры патологической анатомии Медицинского института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов», Москва

**Крючкова Анжелика Владимировна** – студентка Медицинского института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов», Москва