

## LEZIONET GJIGANDOCELULARE NË NOFULLA



### Mergime Prekazi-Loxha

Profesor i asocuar,  
Fakulteti i Mjekësisë,  
Universiteti i Prishtinës

Specialist i Kirurgjisë  
Maksillofaciale,  
Qendra Klinike Universitare e  
Kosovës

Një ndër lezionet e shpeshta në nofulla dhe kocka të regjionit maksillofacial janë lezionet me qeliza gjigante. Në kushte normale duhet të jenë të lehta për t'u diagnostikuar, por shumë shpesh ne si kirurg së bashku me histopatologët jemi në dilemë sa i përket diagnozës definitive dhe trajtimit të tyre.

Në këtë grup hyjnë lezione me qeliza të ashtuquajtura gjigante në lezione reaktive, ku kemi bashkëveprim të qelizave gjigante së bashku me inflamacion granulomatoz. Qelizat gjigante prezente nuk përfaqësojnë patologjinë primare. Problemi kryesor është diferencimi i tyre, sepse ekziston një dallim në sjelljen klinike të tyre dhe po ashtu varësisht nga analiza histopatologjike ndryshon trajtimi i tyre kirurgjik.

Prezenca e qelizave gjigante në lezionet fibro-oseale na dërgon në konkluzione të ndryshme. Qelizat gjigante dhe prezenca e tyre janë vetëm një pjesë e vogël e diagnostikimit të tyre.

Në fakt këto lezione hyjnë mes cistëve dhe tumoreve të nofullave. Është me rëndësi diagnostikimi korrekt i tyre, si ai klinik ashtu edhe histopatologjik, sepse trajtimi i tyre dallon. Edhe pse hyjnë në grupin e tumoreve benignë, këto lezione mund të jenë mjaft agresive, të shkaktojnë destruksion lokal, deformitete. Pacientët me patologji të tilla mund të përfundojnë me reseksion të kockave të fytyrës, duke përfshirë edhe largimin e indeve të buta rrethuese, dhe domosdoshmërisht të përballen me kirurgji rekonstruktive të fytyrës.

**Granuloma gjigantocelulare qendrore (Central giant cell granuloma - CGCG)**

Granuloma qendrore gjigantocelulare është lezion karakteristik që lajmërohet në nofulla. Paraqitet te fëmijët dhe tek të rinjtë deri në moshën 30 vjeçare. Më e shpeshtë është te femrat dhe më e shpeshtë është në nofullën e poshtme, në zgjatimin alveolar ku janë prezent dhëmbët.



Figura 1. Central giant cell granuloma..

Etiologjia është e paqartë, supozohet se mund të jetë rezultat i traumës dhe pasojë e hematomës në spongiozën kockore. Rritet ngadalë dhe në mënyrë asimptomatike, rritet duke e fryrë kockën në regjionin përkatës, duke spostuar dhëmbët dhe duke resorbuar rrënjët e tyre. Largohet kirurgjikisht dhe diagnoza definitive bëhet me ekzaminim histopatologjik ku përshkruhet ind fibrotik qelizor intraoseal me prezencë të qelizave gjigante.

WHO e ka definuar si "proliferim osteolitik benignj lokalizuar por nganjëherë agresiv me përmbajtje të indit fibrotik me hemorragji dhe depozitë të hemosiderinës si dhe prezencën e qelizave në formë të osteoklasteve gjigante me formim reaktiv të kockës".

**Tumori gjigantocelular (Giant cell tumor - GCT)**

Tumori gjigantocelular lajmërohet më rrallë në nofulla, më shpesh lajmërohet në epifizat e kockave të gjata. Lajmërohet pas moshës 20 vjeçare, më shpesh te gjinia femërore. Në 90 % të rasteve është benignj, por ka rritje lokale agresive dhe shkakton dhembje. Me radiologji është vështirë të dallohet nga granuloma qendrore gjigantocelulare. Diagnoza definitive bëhet me analizë histopatologjike ndonjëherë të plotësuar me analiza imunohistokimike. Trajtimi është gjithmonë kirurgjik, por me radikalitet të caktuar për shkak të tendencës për recidiv me ç'rast mund të tregojë shenja të agresivitetit.

**Tumori gri te hiperparatireoidizmi (Brown tumor of hyperparathyroidism)**

Hiperparatireoidizmi primar është gjendje me prodhim të pakontrolluar të hormonit paratireoid (PTH) si rezultat i adenomës parathyroide. Kjo gjendje mund të shpije në formimin e lezioneve me qeliza gjigante në kocka, me ngjyrë gri për shkak të prezencës dhe depozitimit të hemosiderinës. Tumoret gri paraqesin akumulim lokal të indit fibroz në kocka dhe qeliza gjigante te



Figura 2. Giant cell tumor.

pacientët me hiperparatireoidizëm primar, sekondar dhe terciar. Paraqiten si leziona mirë të definuara në skelet, më së shpeshti në brinjë, klavikulë dhe mandibullë.

Është sëmundje e rrallë, prevalence e saktë nuk dihet. Deri më tani përafërsisht 250 raste janë raportuar në literaturën medicinale. Tumori gri zakonisht zhduket përmes trajtimit të sëmundjes primare metabolike, prandaj është me rëndësi njohja e klinikës dhe analiza shtesë korrekte për diagnostikim, përmes njohjes së vlerave të fosfatazës alkaline, PTH, Ca. Lezionet perzistuese që nuk reagojnë në trajtim të sëmundjes primare duhet të trajtohen kirurgjikisht.

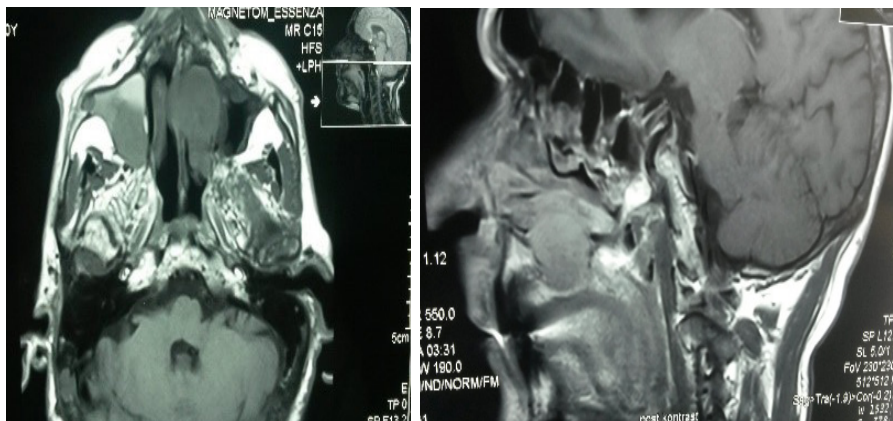


Figura 3. Tumori gri i hiperparatireoidizmit në regjionin pallatinal.

#### Granuloma gjigantocelulare periferike (epulis gigantocellularis)

Granuloma me qeliza gjigante periferike është leziona më e shpeshtë që paraqitet në gingivë. Histologjikisht përngjanë me Granulomën qendrore gjigantocelulare, andaj edhe pse nuk lajmërohet në kocka është me rëndësi të përmendet këtu për shkak të diagnozës diferenciale. Paraqitet si rezultat i iritimeve lokale në nofulla.



Figura 4. Granuloma me qeliza gjigante periferike e gingivës në nofullën e sipërme.

#### Displazia fibroze (Fibrotic dysplasia-FD)

Displazia fibroze është zhvillim i indit hamartomatoz në kocka, që karakterizohet me elemente fibrooseale. Prezanton përafërsisht 2.5% të të gjitha lezioneve beninje në kocka. Fillimisht është përshkruar si "osteitis fibrosa generalisata" nga von Recklinghausen në vitin 1891 tek pacienti me deformitete të skeletit si rezultat i ndryshimeve fibrotike, pastaj kjo patologji është njohur me emrin "fibrous dysplasia" në vitin 1938.

Mundet me qenë e formës monostotice, polyostotice dhe craniofaciale. Më tepër ka predispozita të lajmërohet te gjinia

femërore, në tre dekadat e para të jetës, dhe sëmundja ndonjëherë stabilizohet kur të arrihet maturiteti i kockës. Më tepër përfshinë nofullën e sipërme në krahasim me të poshtmen, dhe atë regjionet e pasme të saj, dhe është pothuajse gjithmonë unilaterale.

Trajtimi kirurgjik pas diagnozës definitive, ka për qëllim reduktimin e lezionit që shkakton deformitetet dhe pengesa funksionale. Kohëve të fundit përveç trajtimit kirurgjik po përdoret edhe terapia me biofosfonate.

#### Kerubizmi (Cherubism)

Kerubizmi është një sëmundje e rrallë beninje, joneoplazike e kockave me gjendje gjenetike autosomale dominuese e shkaktuar nga mutacionet në gjenin e proteinës 2 (SH3BP2), lidhëse SH3 me natyrë trashëgimore me 80% të modelit familjar, por janë raportuar edhe raste sporadike. Sëmundja shfaqet në fëmijëri dhe karakterizohet nga zmadhimi progresiv pa dhimbje i kockave të nofullës dhe mbushja e faqeve. Çrregullimi zakonisht fillon te fëmijët mes moshës 2-7 vjeç dhe vazhdon deri në pubertet, në shumicën e rasteve lezionet zhduken gradualisht dhe spontanisht. Gjatë fazës së rritjes, kocka e nofullës zëvendësohet nga një ind granulomatoz që përmban qeliza gjigante me shumë bërthama brenda një strome fibroze. Kerubizmi përshkruhet si një sëmundje e lokalizuar maksilofaciale që prek vetëm kockat e nofullës, shpesh prek mandibullën në 60% të rasteve, por mund të prekë edhe maksillën. Ecuria natyrale e sëmundjes është progresion nga moshë dy vjeçare deri në moshën e pubertetit, më pas stabilizohet dhe kthehet në regresion të mëposhëm spontan. Klinikisht mund të shohim raste nga ato josimptomatike, të pazbulueshme, deri në ato agresive duke rezultuar edhe në raste vdekjeprurëse. Përveç përfshirjes maksilofaciale, mund të ndodhin çrregullime të frymëmarrjes për shkak të apneas obstruktive ose manifestimeve të rëndësishme orbitale që mund të shkaktojnë proptozë, shikim lart të pamjes së syrit dhe humbje të shikimit.

Numërimi standard i gjakut, elektrolitet në serum, përqendrimet e kalciumit dhe fosfatit në serum, dhe hormonet TSH, FSH, LH, PTH, PTHrP, T4 dhe T3, nivelet e kalcitoninës dhe osteokalcinës janë të gjitha brenda intervalit normal, por fosfataza alkaline mund të rritet. Megjithatë, eksplorimi sistematik i pacientit me kerubizëm është jashtëzakonisht i rrallë dhe i paplotë.

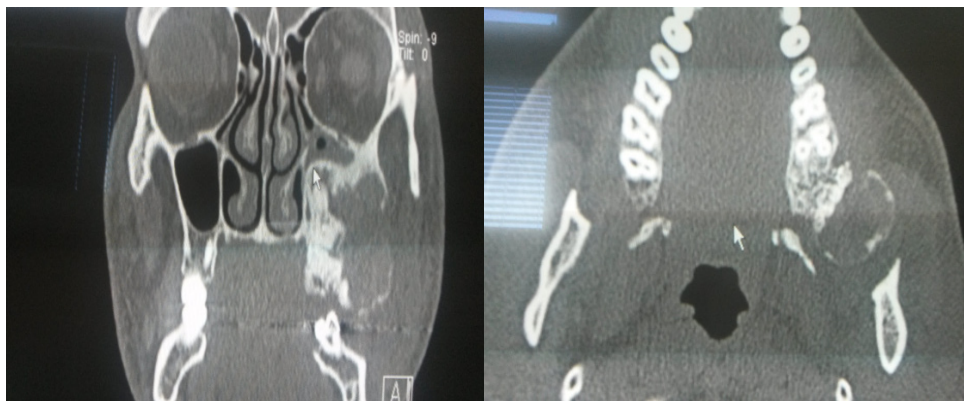


Figura 5. Displazia fibroze e maksillës që ka përfshirë sinusin maksillar.

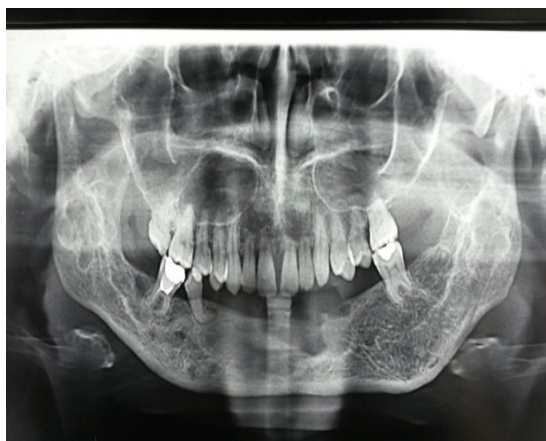


Fig. 6. Gjendja e nofullave te pacientja me kerubizëm (humbje e dhëmbëve dhe kockës pas disa intervenimeve kirurgjike).

#### Diskutimi

Identifikimi dhe diagnostikimi i saktë i tumoreve kockore të regjionit kraniomaksilofacial me qeliza gjigante mund të jetë mjaft sfidues. Një qasje multidisiplinare në diagnostikimin dhe trajtimin e tumoreve me qeliza gjigante të nofullës është jetike për menaxhimin e duhur dhe të plotë të tyre. Kjo përfshin së pari, vendosjen e një diagnoze të shpejtë, të hershme dhe të saktë me ndihmën e mjeteve të ndryshme diagnostikuese si radiografitë intra dhe ekstraorale, skanime tomografike kompjuterike me interpretim të saktë nga një radiolog me përvojë, ekzaminimet e gjakut dhe urinës për të përjashtuar çrregullimet metabolike, ekzaminimi histopatologjik dhe nëse është e mundur, imunohistokimik i mostrave të biopsisë nga lezioni nga një patolog me përvojë për të arritur një diagnozë përfundimtare dhe konfirmuese.

Trajtimi mund të jetë kirurgjik në shumicën e rasteve, e në raste të agresivitetit kohëve të fundit po aplikohen edhe trajtime me biofosfonate dhe kortikosteroide.

#### Referencat:

1. Adrienne M. Flanagan 1 and Paul M. Speight 2 Head Neck Pathol. Giant Cell Lesions of the Craniofacial Bones. 2014 Dec; 8(4): 445-453.
2. Curtis NJ, Walker DM. A case of aggressive multiple metachronous central giant cell granulomas of the jaws: differential diagnosis and management options. *Int J Oral Maxillofac Surgery* 2005;34:806-8.
3. Ebrahimi H, Yazdani J, Pourshahidi S et al. Central giant cell granuloma of the posterior maxilla: Case report. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* 2008;2:71-5.
4. Ivica Luksic et al. *Maxilofacijalna Kirurgija*, Ljevak, Zagreb, Studeni 2019.
5. Odontogenic tumors and giant cell lesions of jaws - a nine year study. Surekha Venkata Mullanpudi, Uday Kumar Putcha & Sesikeran Boindala. *World Journal of Surgical Oncology* volume 9, Article number: 68 (2011) *World Journal of Surgical Oncology* volume 9, Article number: 68 (2011).
6. The diagnosis and management of giant cell lesions of the jaws. Anthony M. Pogrel, *Ann Maxillofac Surg*. 2012 Jul-Dec; 2(2): 102-106. doi: 10.4103/2231-0746.101325.
7. Improvement of Giant Cell Lesions of the Jaw Treated With High and Low Doses of Denosumab: A Case Series, Tara S Kim, Gianina L Usera, Salvatore L Ruggiero, Stuart A Weinerman. First published: 09 June 2017 <https://doi.org/10.1002/jbm4.10010>.
8. Central giant cell lesions of the jaws: A clinicopathologic study, Robert Chuong, DMD, MD \*Leonard B. Kaban, DMD, MD Harry Kozakewich, MD, Antonio Perez-Atayde, MD.
9. Giant Cell Lesions of the Craniofacial Bones, Adrienne M. Flanagan & Paul M. Speight, *Head and Neck Pathology* volume 8, pages 445-453 (2014).