

zuby dolní čelisti 35, proto byla provedena trepanace zubu 35, ale bez odeznění potíží a úlevy od bolesti. Pacient byl proto odeslán na Klinikou ústní, čelistí a obličejové chirurgie (KÚČOCH) Brno, pracoviště Bohunice s podezřením na osteomyelitidu dolní čelisti. Bylo provedeno CT zobrazení a na základě něho byla započata léčba chronického zánětu typu osteomyelitidy. Vzhledem k přetrvávajícím potížím byly extrahovány zuby 35 a 37. Protože bolesti trvaly i po extrakci, byl posléze znovu odeslán na KÚČOCH FN Brno, pracoviště Bohunice.

Pro přetrvávající potíže a otok i po extrakci zubů 35 a 37 bylo rozhodnuto provést revizi dolní čelisti s dekortikací a odběrem vzorku

kosti na histologické a bakteriologické vyšetření. Během operačního výkonu nebylo jasné, zda se jedná o osteomyelitidu, nebo nádorový proces. Bakteriologicky byl nalezen *Streptococcus a-haemolyticus*. Patolog dostal k hodnocení 3 regionální lymfatické uzliny, v nichž popsal reaktivní lymfadenopatii. Dále patologovi byla zaslána změněná kostní tkáň, odebraná z mandibuly. V ní byla diagnostikována fibrózní dysplazie kosti (Obr. 1).

Panoramatický snímek čelisti a CT zobrazení čelisti jsou na Obr. 2 a 3.

Po operaci se pacient zhojil a byl odeslán na myelomovou ambulanci Interní hematologické a onkologické kliniky LF MU a FN Brno,

Obr. 3. CT zobrazení čelisti pro srovnání, jak je proces vidět na OPG a jak na CT zobrazení. Levá část především těla mandibuly vykazuje známky expanze a smíšený osteoskleroticko-lytický proces především v kostní dřevě, patrné je zesílení kortikalis bez periostální reakce. K expanzi těla mandibuly došlo vlevo v premolární-molární regionu se známkami sklerózy, intrakortikální osteolýzy, tvorbou nepravidelných sklerotických lemů. Nápadné je rozšíření kanálu n. alveolaris inferior včetně větvení pro n. incisivus

