

Tine M Søland, Roshi Frafjord og Tore Solheim

Et tilfelle av sentralt ossifiserende fibrom

Sentralt ossifiserende fibrom er etter Stedmans Medical Dictionary (1995) «en smertefri, saktevoksende, ekspansiv, skarpt avgrenset benign fibroossøs tumor i kjevene som stammer fra celler i periodontalmembranen». På røntgenbilder er tumor først radioluscent, men blir mer og mer radio-opak etter som den blir eldre».

En 51 år gammel kvinne ble henvist til spesialist i oral kirurgi for fjernelse av en oppklaring på ca. 2 cm i diameter rundt rotspissen av 36. Pasienten hadde hatt vage symptomer fra venstre underkjeve i flere måneder og 36 reagerte negativt på vitalitetstest. Røntgenbildet viste en velavgrenset oppklaring hvor man kunne ane små beinbjelker som radioopake drag (figur 1). Det var ingen tydelige tegn til resorpsjon eller forskyvning av tannrøtter. Klinisk ble forandringen oppfattet som en cyste, men under operasjonen ble det kun funnet mykt beinvev som kunne skrapes ut og som ikke var festet til røttene på 36. Røttene på 36 hadde ingen beinstøtte. Det var ingen buccal/lingual beinekspansjon. Ameloblastom eventuelt keratocystisk odontogen tumor ble vurdert.

Oralpatologer ved Avdeling for patologi ved Rikshospitalet mottok et glass med 5 gråbrune vevsbiter som målte fra 3 til 9 mm. De var litt harde, men ble innstøpt og skåret uten dekalsinering.

Forfattere

Tine M. Søland, førsteamanuensis. Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og Avdeling for patologi, Oslo universitetssykehus

Roshi Frafjord, spesialist i oral kirurgi og oral medisin. Sola tannlegesenter, Stavanger

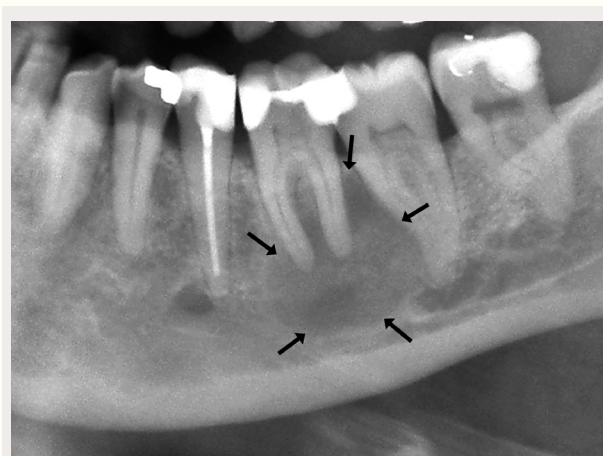
Tore Solheim, professor emeritus. Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Histologi

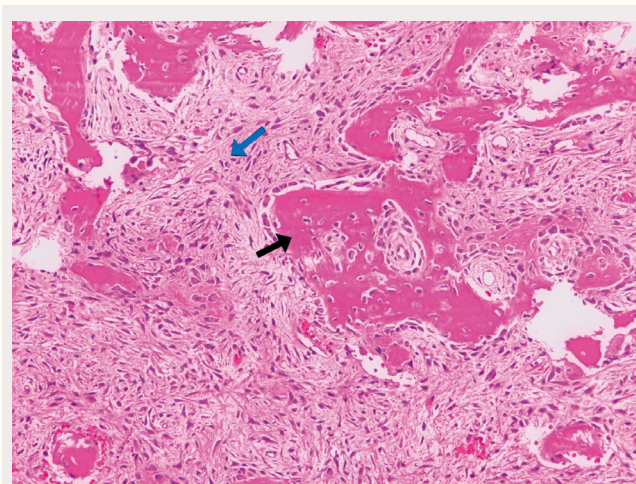
Mikroskopisk så man et tumorvev bestående av osteoid og uregelmessige kryssfibrede beintrabekler (figur 2) som var lite forkalket. Det var tydelig osteoblastsøm langs deler av beintrabeklene (figur 3). Beinmargen var fibrøs og uten påfallende infiltrasjon av kroniske betennelsesceller (figur 2). Tumorvevet var ikke kapselkledd og de mikroskopiske funnene var forenlige med et sentralt ossifiserende fibrom.

Diskusjon

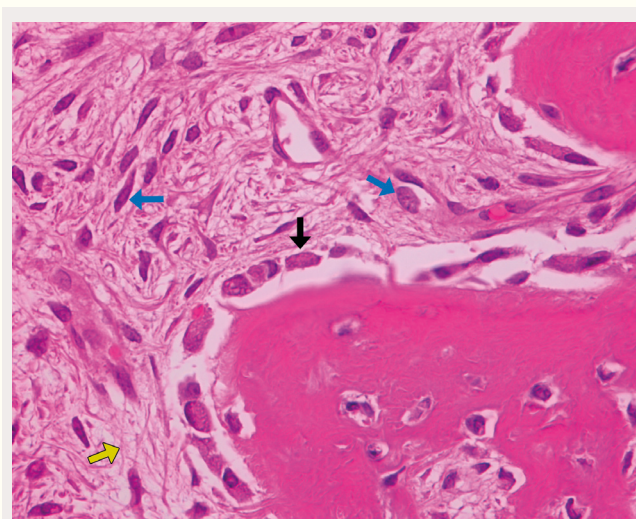
Det histologiske bildet passet verken med cyste, ameloblastom eller keratocystisk odontogen tumor. Fraværet av betennelsesceller var ikke forenlig med kronisk sklerotiserende osteomyelitt/ostitt. Derimot kunne det histologiske bildet passe med en fibroossøs lidelse. Av de to typiske fibroossøse lidelsene, sentralt ossifiserende fibrom og fibrøs dysplasi, ble sistnevnte utelukket på grunn av diffus røntgenologisk avgrensning. Det røntgenologiske og det histologiske bildet passet med et sentralt ossifiserende fibrom. Osteosarkom og be-



Figur 1. Utsnitt av venstre underkjeve (OPG). Tann 46 har en stor velavgrenset oppklaring rundt røttene med diameter på ca. 20 mm. Sammenlignet med en cyste er oppklaringen her litt lysere. Mikroskopisk kan dette forklares ved funn av delvis forkalket beinvev.



Figur 2. Mikrofotografi tatt med 10x objektiv. Her sees et nydannet osteoid/kryssfibret spongiøst beinvev (sort pil) og en fibrøs marg (blå pil). Det sees ingen betennelsesceller.



Figur 3. Mikrofotografi tatt med 40x objektiv fra samme område som figur 2. Her sees en osteoblastsøm på beinoverflaten (sort pil). Fibroblastene i margrommet er noe oppsvulmede (blå piler), og bindevevet er relativt finfibret (gul pil).

nignt osteoblastom passet ikke da både beinvevet og osteoblastene var regelmessige i vårt preparat. Ved osteoid osteom og periapikal semento-ossøs dysplasi kan man finne mindre radiologiske oppklaringer. Fravær av et sentralt sklerotisk område i foreliggende tumor passet ikke med osteoid osteom som også er forbundet med smerte. Periapikal sementoossøs dysplasi ses oftest apikalt i underkjeve front, men kan også forekomme i molarområdet slik som her. I det aktuelle kasus kunne det histologiske bildet og relasjon til rotspissen tale for en periapikal sementoossøs dysplasi. Florid sementoossøs dysplasi kan ha større radiologisk oppklaring som i vårt tilfelle, gjerne på flere tenner samtidig. Histologisk kan man ikke skille et sentralt ossifiserende fibrom og periapikal sementoossøs dysplasi. Basert på de kliniske og røntgenologiske funnene ble tilstanden vurdert som best forenlig med et sentralt ossifiserende fibrom.

Et sentralt ossifiserende fibrom opptrer inne i kjeven i motsetning til det perifere som finnes på gingiva. Man antar at tumor stammer fra periodontalmembranen (1). Tilstanden er relativt sjelden og forekommer hyppigst hos kvinner og helst i underkjevens premolar-molarområde (2). Pasientene er ofte mellom 30 og 40 år (1). Tumor vokser sakte, er som regel solitær og asymptomatisk, men med økende størrelse vil asymmetri og ekspansjon av kjevebeinet kunne gi symptomer (2,3). Forskyvning eller resorpsjon av tannrøtter kan også forekomme (1,2). Vår pasient hadde svake symptomer. Det er rapportert om traume i forbindelse med sentralt ossifiserende fibrom, men det er uklart om dette bidrar til utvikling av svulsten (4). En mer aggressiv form av sentralt ossifiserende fibrom, juvenilt ossifiserende fibrom, opptrer i overkjeven hos barn og unge (2). Det histologiske bildet er påfallende fibroblastrikt og residivtendensen er rapportert fra 30–58% (5,6).

Mikroskopisk sees uregelmessige beinbjelker med fibrøs marg, slik det ble funnet i vårt tilfelle. Beinbjelkene kan imidlertid i enkelte tilfeller ligne sement og danne mer runde strukturer. Dette har blitt kalt sementifiserende fibrom, sementoossifiserende fibrom eller psammomatoid ossifiserende fibrom (1). Man finner ofte osteoblaster langs beinoverflatene, men sjelden osteoklaster. Mengden av beinvev varierer. Nye/unge manifestasjoner viser lite beinvev mens det antas at de som har stått lenger inneholder mer. Margen er fibroblastrikt, og fibroblastene er oppsvulmede og mer spolfornede sammenlignet med vanlige fibroblaster. Vevet er relativt rikt på kollagene fibre, og som regel finner man ingen kapsel. Histologisk kan det være vanskelig å skille mellom et sentralt ossifiserende fibrom og fibrøs dysplasi. En mutasjon i GNAS I-genet er påvist hos pasienter med fibrøs dysplasi, men ikke hos pasienter med sentralt ossifiserende fibrom (7,2). Andre genetiske forandringer er funnet hos enkelte pasienter med ossifiserende fibrom (2). Foreløpig anvendes ikke genetiske analyser i diagnostikken av fibroossøse lidelser og diagnosen baseres på en samlet klinisk, røntgenologisk og histopatologisk vurdering. Dette viser viktigheten av at også patologen får tilgang til kliniske opplysninger og røntgenbilder.

Anbefalt behandling er kyretasje, og svulsten lar seg vanligvis skrelle ut. Oppfølging av pasienten anbefales selv om det sjelden sees residiv (8).

Takk

Takk til fotograf Per Gran på Institutt for oral biologi for hjelp med bilder.

English summary

Søland TM, Frafjord R, Solheim T.

A case of central ossifying fibroma

Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 780–2

This article presents a 51 year old female with a radiolucency with a diameter of about 2 cm around the roots of tooth 36. It was originally diagnosed as radicular cyst, but during the operation no cyst lumen or liquid was found. A number of differential

diagnoses were assessed. Based on clinical, radiological and histopathological findings the lesion was diagnosed as a central ossifying fibroma. This is a rare benign tumour which is well demarcated and should only be removed with curettage. Follow up is recommended.

Referanser

1. Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993; 51: 828–35.
2. Regzi JA, Scuibba JJ, Jordan RCK. *Oral pathology. Clinical pathologic correlations.* Oxford: Elsevier Saunders 2012; sixth ed. p. 294–6.
3. Ram R, Singhai A, Sighai P. Cemento-ossifying fibroma. *Contemp Clin Dent.* 2012; 3: 83–5.
4. Silvestre-Rangil J, Silvestre FJ, Requeni-Bernal J. Cemento-ossifying fibroma of the mandible: Presentation of a case and review of the literature. *J Clin Exp Dent.* 2011; 3: e66–9.

5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology.* 2nd ed. Saunders; 2002. p. 563–6.
6. Wiedenfeld KR, Neville BW, Hutchins AR, Bell RA, Brock TR. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla in a 6-year-old male: a case report. *Pediatric dentistry.* 1995; 17: 365–7.
7. Toyosawa S et al. Ossifying fibroma vs fibrous dysplasia of the jaw: Molecular and immunological characterization. *Modern Pathol.* 2007; 20: 389–96.
8. Bal Reddy P, Sridhar Reddy B, Prasad N, Kiran G, Karthik P. Central ossifying fibroma of the mandible: An unusual case report. *J Clin Diagnost Res.* 2012; 6: 539–41.

Kontaktperson: Tore Solheim, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. E-post: solheim@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Søland TM, Frafjord R, Solheim T. Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 780–2.