

HOVEDBUDSKAP

- Perifert ossifiserende fibrom (POF) er en lesjon som oftest er lokalisert til marginale gingiva
- Utveksten kan klinisk være vanskelig å skille fra pyogent (telangiektatisk) granulom og perifert kjempecellegranulom
- Vanskeligheten ligger i at bendannelsen ikke fremkommer på et vanlig intraoralt røntgenbilde
- Lesjonens farge kan være rød med tendens til ulcerasjon eller ha rosa farge som normal gingiva
- Lesjonen har residivtendens og bør kontrolleres hos egen tannlege

FORFATTERE

Bjarte Grung, spesialist i oral kirurgi og oral medisin.

Drammen Oralkirurgi, Drammen

Anne Christine Johannessen, professor, dr. odont., cand. med. Gades laboratorium for patologi, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen og Avdeling for patologi, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

Korresponderende forfatter: Bjarte Grung, Drammen Oralkirurgi, Torgeir Vraasplass 6, 3044 Drammen; E-post: bjartegrung@me.com

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Akseptert for publisering 22.09.2020

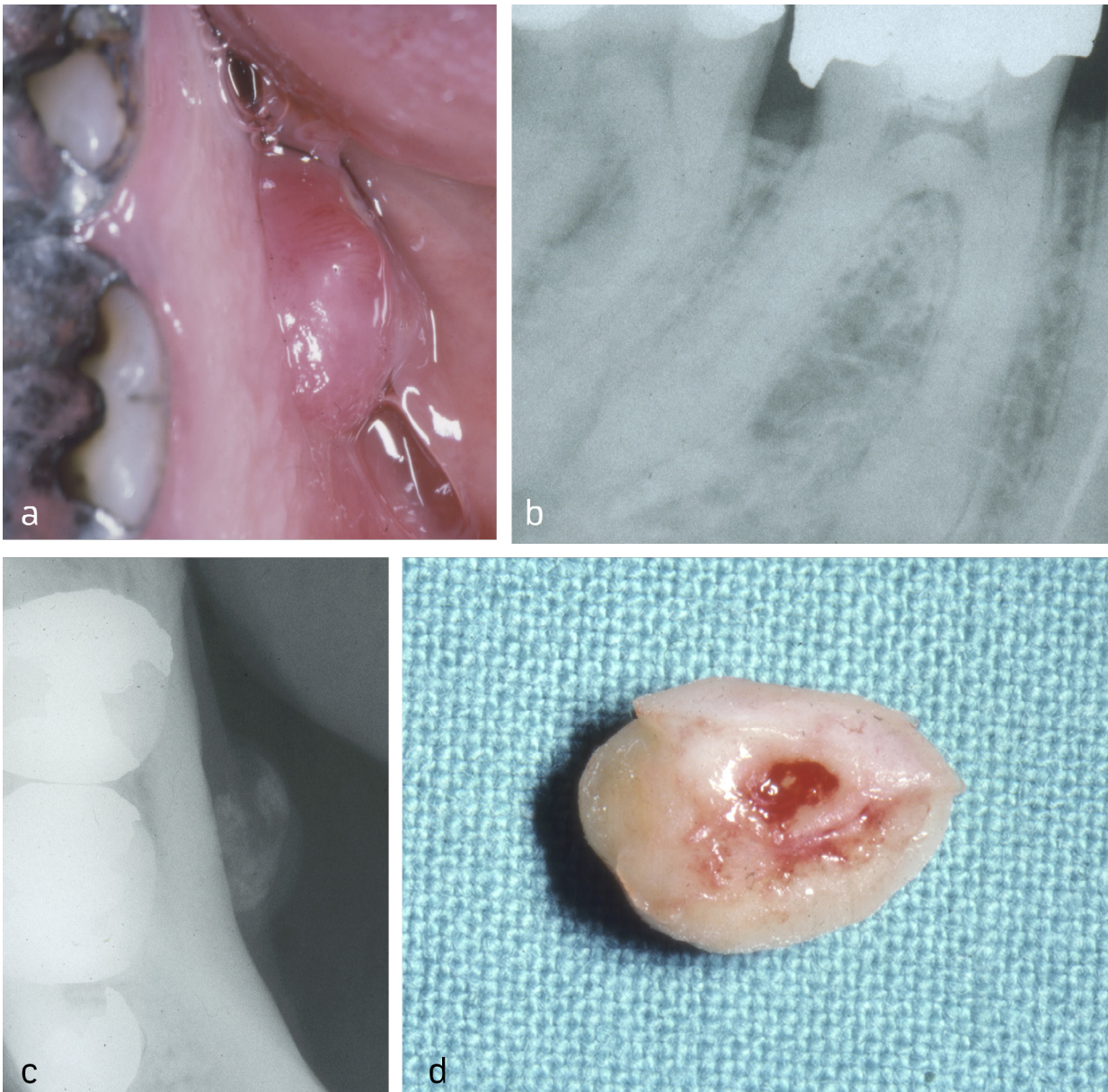
Grung B, Johannessen A-C. Perifert ossifiserende fibrom – en vanskelig klinisk diagnose. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2020; 130: 922–9

Norsk MeSH: Kasusrapporter; ossifiserende fibrom; munn, tenner og svelg

Perifert ossifiserende fibrom – en vanskelig klinisk diagnose

Bjarte Grung og Anne Christine Johannessen

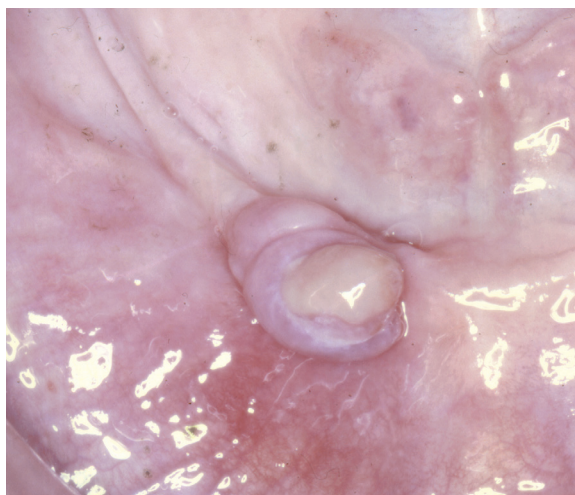
Perifert ossifiserende fibrom (POF) er en reaktiv utvekst, oftest lokalisert til marginale gingiva. Fargen kan variere fra blek rosa til mer rødlig, og den er ofte ulcerert. Klinisk kan forandringen være vanskelig å skille fra perifert kjempecellegranulom og pyogent (telangiektatisk) granulom, og det er derfor nødvendig med histologisk undersøkelse av disse lesjonene. Det er registrert tolv kasus i en oralkirurgisk praksis de siste 36 år. Av disse fikk to pasienter residiv, og det anbefales derfor at pasienter som har fått fjernet en utvekst med diagnosen POF blir kontrollert årlig.



Figur 1: a,b,c,d. 39 år gammel mann med POF lingvalt i underkjeven et stykke fra marginalkanten. Intraoralt røntgen viser intet patologisk, mens occlusalbildet (figur 1c) viser mineralisering inne i lesjonen.

Perifert ossifiserende fibrom (POF) er en reaktiv lesjon som ofte er lokalisert til gingiva i overkjevens front (1–4). En mulig årsak er irriterende eller kronisk traume. Klinisk sees en tumor som regel lokalisert til marginale gingiva. Den er enten blek rosa eller har et rødere preg og kan i tillegg være ulcerert. Derfor kan den være vanskelig å skille klinisk fra både perifert kjempecellegranulom, fibrom

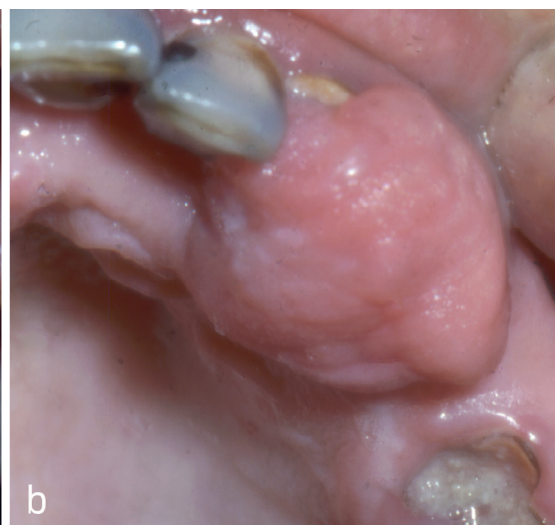
og ikke minst pyogent (telangiektatisk) granulom. Det er helt essensielt med histologisk undersøkelse nettopp på grunn av klinisk likhet med andre diagnoser og på grunn av residivtendens. POF er en forholdsvis sjelden forekommende lesjon, det er blitt registrert tolv kasus i en oralkirurgisk praksis de siste 36 år, disse er ikke tidligere publisert.



Figur 2. 76-årig kvinne med POF regio 43 i tannløs underkjeve.



Figur 3. 59-årig mann, med rosa hevelse av marginale gingiva buccalt 21, diagnostisert som POF.



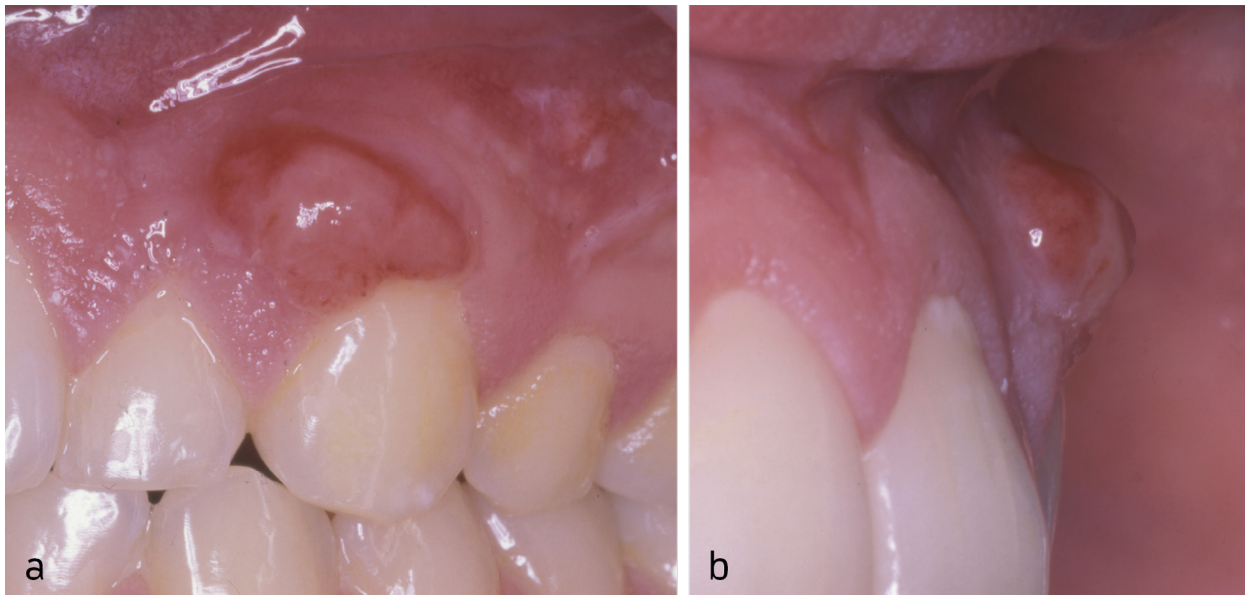
Figur 4: a, b. 40-årig kvinne med stor rosa hevelse distalt regio 23 ved dårlig vedlikeholdte tenner.

Kasus er så langt tilbake i tid slik at det ikke har vært mulig å innhente samtykke fra pasientene, og de kliniske bildene er tatt på en slik måte at personene ikke kan identifiseres i dag.

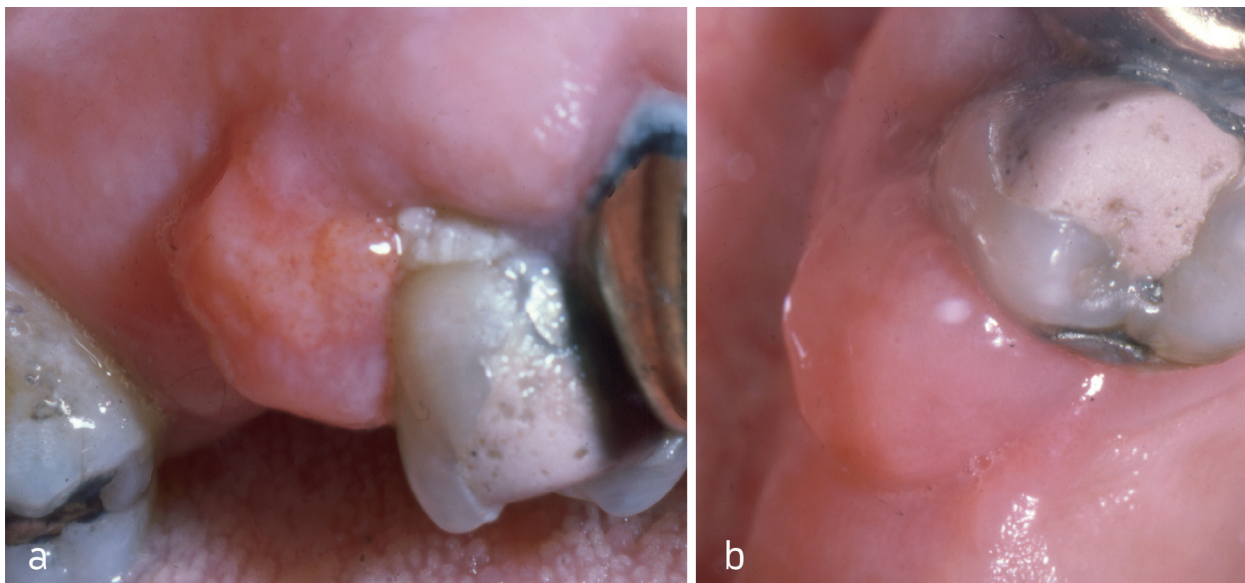
Materiale

Av de tolv pasientene var sju kvinner (58 %) og 5 menn. Alderen varierte fra ti til 76 år, med en gjennomsnittlig alder på 38 år. Bare fire pasienter var mellom ti og tjue år. Ni av lesjonene var lokalisert til overkjevens front, en var i overkjevens premolarregion, og de siste to var lokalisert til underkjeven. Den ene var lokalisert lingualt

ved 46 i noe avstand fra marginale gingiva (figur 1a,b,c,d), mens den andre var i en tannløs underkjeve regio 43 (figur 2). Generelt var det kliniske bildet en hevelse eller tumor, i noen tilfeller med blek rosa farge (figur 3 og 4a,b) buccalt og distalt for tenner. Ellers var de fleste mer røde av farge, og enkelte av dem hadde antydning til ulcerasjon (figur 5a,b og 6a,b). Alle lesjoner ble fjernet og sendt til histologisk undersøkelse. Det ble residiv hos to av pasientene, en gang hos en tolv år gammel gutt (figur 7a,b før første operasjon). Residivet oppsto ti måneder postoperativt (figur 7c) med kontroll etter seks måneder (figur 7d).



Figur 5: a, b. 19-årig mann med rød hevelse buccalt 23.

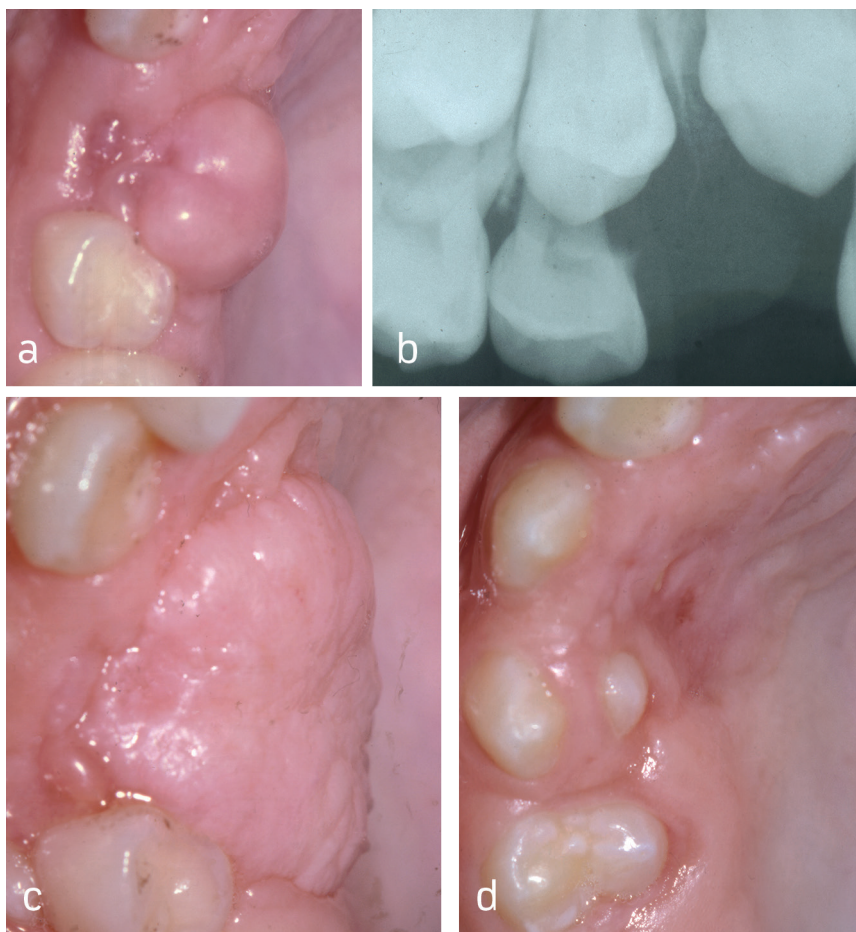


Figur 6: a, b. 57-årig kvinne med POF distalt for 15, rød av farge og med antydning til ulcerasjon.

Den andre pasienten var en 55 år gammel kvinne (figur 8a,b) som fikk to residiv, første gang ti år etter første operasjon (figur 8c,d,e), og deretter fem år etter dette igjen (figur 8 f,g). Første residiv viste samme histologiske diagnose (POF), mens det ved residiv nummer to var et fast fibrøst bindevev uten beindannelse, og diagnosen var således et fibrom.

Histologi

Typisk histologisk bilde er en bredbasert utvekst kledd av et flerlaget plateepitel (figur 9a). Overflaten er ofte irritert som følge av lokalisasjonen (utsatt for traume), og av den grunn kan der være en økt keratinisering på toppen. Alternativt er det oppstått en ulcerasjon, og dette sees som et brudd i epitelet med en sårflate og infiltrasjon



Figur 7: a, b, c, d. 12-årig gutt med palatinalt lokalisert POF etter ekstraksjon av 53. Residiv sees på figur 7c, og figur 7d viser kontroll seks måneder etter dette.

av betennelsesceller. Lesjonen ligger ofte tett inntil tannoverflaten, og da vil epitelet i disse områdene ligne et lommeepitel. Det som er viktig for diagnosen er beindannelsen, som skjer sentralt i bindevevet. Her sees øyer av irregulært vitalt bein i et karakteristisk cellerikt fibroøst bindevev (figur 9 a,b).

Diskusjon

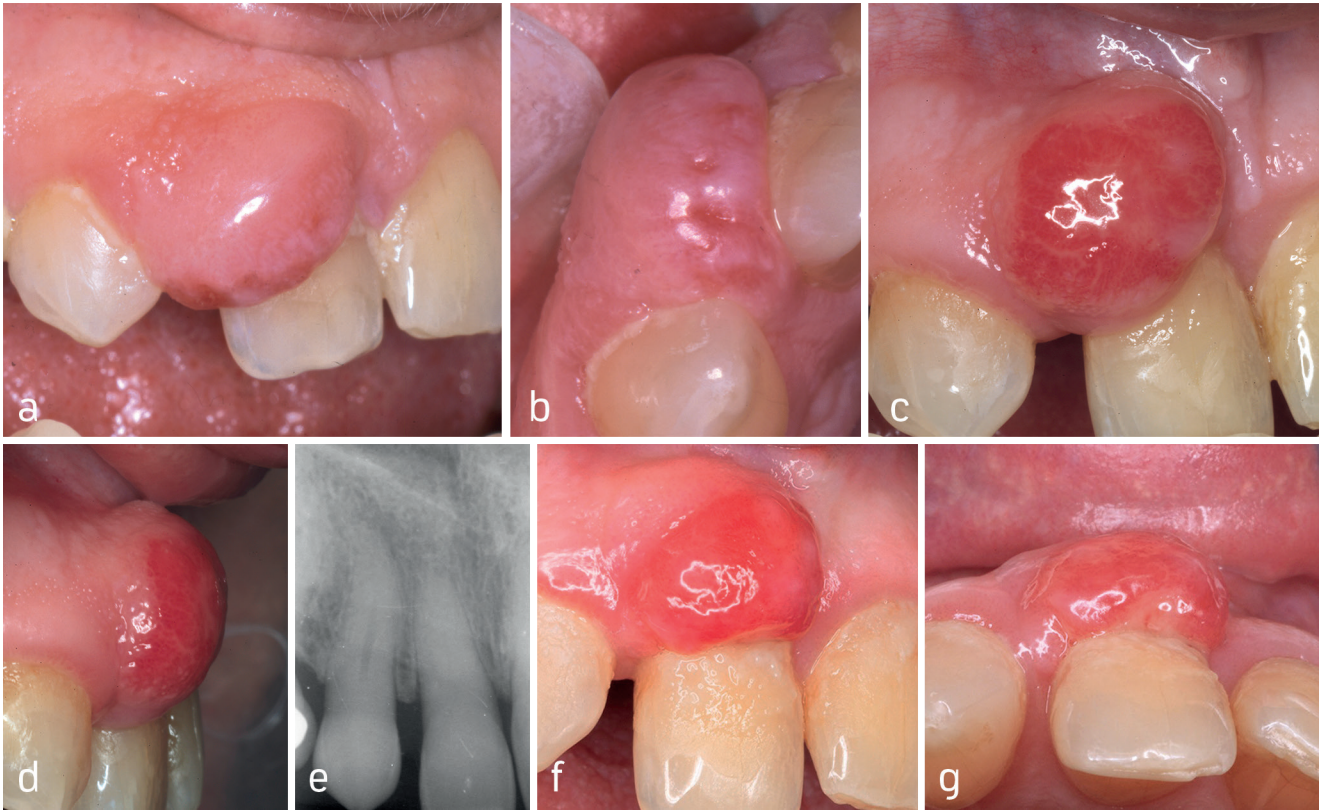
Det er rapportert en overvekt av kvinner med POF (1,2,5,6), og tendensen var den samme i vårt materiale der sju av tolv pasienter var kvinner (58 %). Noe som er en gjenganger i litteraturen, er at pasientene stort sett er i aldersgruppen ti til tjuer år (3,4,6–9). I vårt materiale er aldersfordelingen ti til 76 år, og kun fire av tolv som var mellom ti og tjuer år. Vi har funnet en gjennomsnittsalder på 38 år, noe som harmonerer med andres funn (6,9) (gjennomsnittsalder på henholdsvis 43 og 44 år).

Noe man er enige om er at de fleste utvekster av POF finnes i overkjevens front (1–4). Dette samsvarer med våre funn hvor ni

lesjoner (75 %) ble lokalisert til overkjevens front (13–23). Lokalisasjonen er noe av utfordringen med den kliniske diagnosen, fordi beindannelsen ikke fremkommer på et vanlig intraoralt røntgenbilde (figur 1b, 7b, 8e). Når derimot lesjonen som i figur 1 ligger i underkjeven, kan det tas et okklusalt røntgenbilde (figur 1c) som viser beindannelse og derved kan bidra til riktig diagnose. Dette er ikke mulig ved de fleste lesjoner i overkjevens front. Muligheten her er CBCT, noe som vil gi stor røntgenstråling for en lesjon som høyst sannsynlig er godartet.

Agarwal et al. beskrev i sin artikkel at det er meget sjeldent med palatinalt lokaliserte POF (10). I det foreliggende materiale var en lesjon hos en tolv år gammel gutt lokalisert palatinalt (figur 7a, b, c, d). Han fikk i tillegg residiv ti måneder postoperativt.

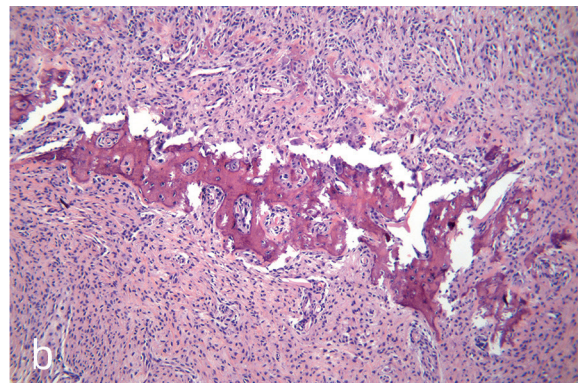
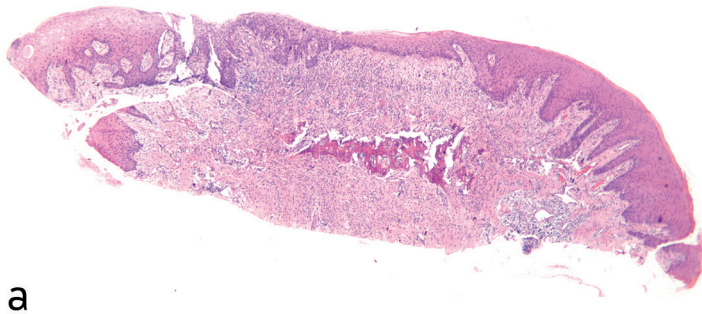
Når det gjelder utseende av lesjonene, vil en rosa hevelse eller tumoraktig forandring (figur 3, 4a, b) kunne være forenlig med fibrom eller irritasjonshyperplasi. Blir fargen rødere har man i tillegg differensialdiagnose forenlig med perifert kjempecellegranulom



Figur 8: a, b. 55-årig kvinne med POF buccalt regio 13/12.

Figur 8: c, d, e: Samme pasient ti år senere, med residiv av POF.

Figur 8: f, g. Samme pasient 15 år etter første operasjon med residiv uten mineralisering i lesjonen, og derfor ble diagnosen denne gangen fibrom.



Figur 9: a, b. Histologisk bilde av et perifert ossifiserende fibrom, der overflateepitelet er intakt, men strukket i det mest prominente området. Sentralt i det cellerike bindevevet sees beinvev. Nærbilde viser at beinvevet er vitalt, ettersom det sees intakte osteocytter i osteocyttilakunene (figur 9b).

(11), og med antydning til ulcerasjon får man i tillegg pyogent (te-langiektatisk) granulom som differensialdiagnose. Det er slike forhold som gjør den kliniske diagnosen vanskelig.

Når det gjelder årsaken til POF synes dette å være usikkert, men det er nevnt at lesjonen utgår fra det periodontale ligamentet og kan være utløst av irritanter som tannstein, plakk, ortodontisk apparatur og dårlig tilpassete fyllinger og protetiske arbeider. I en preliminær studie av Dereci et al fra 2017 antyder man at POF kan være en lesjon hvor det primært har vært et perifert kjempecellegranulom (12). Til det er å si at en av våre pasienter, en ti år gammel pike hadde POF med små elementer av kjempeceller og således en indikasjon for at det opprinnelig kan ha vært et perifert kjempecellegranulom.

Alle de tolv pasientene våre har fått fjernet lesjonene kirurgisk, mens andre rapporterer å ha benyttet seg av laser (13,14). To av våre pasienter fikk residiv (17 %), et forhold som går igjen i flere artikler. En tolv år gammel gutt (figur 7a,b,c,d) fikk residiv ti måneder post-

operativt etter at tann 53 var blitt fjernet. Etter at de permanente tennene erupterte ble det ikke flere residiv. Den andre pasienten var en 55-årig kvinne som fikk to residiv, det første ti år postoperativt, og det andre fem år etter det første residivet, denne gangen uten beinutvikling. Både Ganji et al. (3) og Choubey et al. (7) nevner opp til 20 % residiv, noe som bekrefter betydningen av postoperative kontroller. På bakgrunn av våre erfaringer er det ikke tilstrekkelig med bare en kontroll seks måneder postoperativt, slik Gulati et al. (14) hevder. Vi mener at kontroller bør overlates til egen tannlege og at det gis tydelig beskjed i epikrise at årlige kontroller er påkrevet, på grunn av opptil 20 % residivfare.

Takk

En stor takk til fotograf Espen Harward for uvurderlig hjelp med bilder, dels for å få de fleste scannet på nytt slik at det var mulig å få dem i en størrelse som harmonerer med god kvalitet til trykking, og dels for minutiøs redigering

REFERANSER

1. Lazare H, Peteiro A, Perez Sayans M, Gandara-Vila P, Caneiro J, Garcia-Garcia A et al. Clinicopathological features of peripheral ossifying fibroma in a series of 41 patients. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2019; 57: 1081–5.
2. Nadimpalli H, Kadakampally D. Recurrent peripheral ossifying fibroma: Case report. *Dent Med Probl.* 2018; 55: 83–6.
3. Ganji KK, Chakki AB, Nagaral SC, Verma E. Peripheral cemento-ossifying fibroma: case series literature review. *Case Rep Dent.* 2013; 2013: 930870.
4. Mergoni G, Meleti M, Magnolo M, Giovannacci I, Corcione L, Vescovi P. Peripheral ossifying fibroma: a clinicopathologic study of 27 cases and review of the literature with emphasis on histomorphologic features. *J Indian Soc Periodontol.* 2015; 19: 83–7.
5. Kale L, Khambete N, Sodhi S, Sonawane S. Peripheral ossifying fibroma: Series of five cases. *J Indian Soc Periodontol.* 2014; 18: 527–30.
6. Ashok S, Gupta AA, Ashok KP, Mhaske SA. Peripheral ossifying fibroma: a rare case affecting maxillary region. *Indian J Dent* 2019; 7: 141–3.
7. Choubey S, Banda NR, Banda VR, Vyawahare S. Peripheral cementifying fibroma: a clinical diagnostic dilemma. *BMJ Case Rep.* 2013; 2013: bcr2013009472.
8. Joshi S, Mazumdar S, Pandit MK. Peripheral ossifying fibroma on edentulous mandibular alveolar mucosa. *J Maxillofac Oral Surg* 2015; 14 (Suppl 1): 84–6.
9. Truschneegg A, Achim S, Kiefer BA, Jakse N, Beham A: Epulis: a study of 92 cases with special emphasis on histopathological diagnosis and associated clinical data. *Clin Oral Investing.* 2016; 20: 1757–64.
10. Agarwal P, Chug A, Kumar S, Jain K: Palatal peripheral ossifying fibroma: a rare occurrence. *Int J Health Sci.* 2019; 13: 63–6.
11. Grung B, Johannessen AC. Perifert kjempecellegranulom – rapport av 15 kaser. *Nor Tannlegeforen Tid* 2020; 130: 422–7.
12. Dereci Ö, Akgün S, Celasun B, Öztürk A, Günhan Ö. Histological evaluation of the possible transformation of peripheral giant cell granuloma and peripheral ossifying fibroma: a preliminary study. *Indian J Pathol Microbiol.* 2017; 60: 15–20.
13. Tewari N, Mathur VP, Mridha A, Bansal K, Sardana D: 940 nm Diode laser assisted excision of peripheral ossifying fibroma in a neonate. *Laser Ther.* 2017; 26: 53–7.
14. Gulati R, Khetarpal S, Ratre MS, Solanki M. Management of massive peripheral ossifying fibroma using diode laser. *J Indian Soc Periodontol.* 2019; 23: 177–80.

ENGLISH SUMMARY

Grung B, Johannessen A-C.

Peripheral ossifying fibroma – a difficult clinical diagnosis

Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 922–9

Peripheral ossifying fibroma (POF) is a difficult clinical diagnosis. They are usually located in the maxillary anterior region where it is not possible to identify them on intraoral x-rays. It is a rare lesion; only twelve cases were diagnosed over a period of 36 years in an oral surgery practice.

The twelve cases of POF are presented. None of the cases have been previously published. In accordance with other investigations, seven occurred in women (58 %) and nine were located in the maxillary anterior region (75 %). Clinically, they were pink or

red, sometimes with a tendency of ulceration. Based on clinical characteristics, the lesions could easily be misdiagnosed as fibroma, irritating hyperplasia, peripheral giant cell granuloma or pyogenic/telangiectatic granuloma. All lesions were removed surgically and histologically examined. Two of the patients experienced recurrence (17 %), a twelve-year-old boy after ten months postoperatively, and a 55 year old woman after ten and fifteen years postoperatively. We therefore recommend regular follow-up by the patient's ordinary dentist.



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi

**Alt innen oral
og kjevekirurgi.
Implantatprotetikk**

www.kirurgiklinikken.no

Tlf 23 36 80 00, post@kirurgiklinikken.nhn.no
Kirkeveien 131, 0361 Oslo

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Lege & tannlege
Helge Risheim
spesialist i oral kirurgi,
maxillofacial kirurgi,
og plastikkirurgi

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial
kirurgi

Tannlege
Eva Gustumhaugen Flo
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
**Margareth Kristensen
Ottersen**
spesialist i kjeve- og
ansiktsradiologi