نوروفیبروم منفرد لثه: گزارش یک مورد نادر

پگاه مسنن مظفری[۱]، عباس جوادزاده بلوری[۲]، شادی ثقفی[۳]، سید امیر سیدی[٤]، رؤیا زمانی[٥]*

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۸/۲۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۱۰/۲۹

چکیده

مقدمه: نوروفیبروما یک تومور خوش‌خیم با منشأ عصبی و رشد آهسته می‌باشد. این ضایعه در حفره دهان به‌ندرت دیده می‌شود. بیشتر موارد گزارش‌شده به‌صورت متعدد و جزئی از سندرم ژنرالیزه نوروفیبروماتوزیس (NF) بوده است ولی در موارد بسیار کم این ضایعه به‌صورت منفرد یعنی بدون ارتباط با سندرم نیز دیده شده است. زبان شایع‌ترین و لثه نا شایع‌ترین مکان نوروفیبرومای داخل دهانی می‌باشد. در این مطالعه به گزارش یک مورد نادر نوروفیبروم دهانی منفرد در لثه باکال فک پایین یک آقای ۳۳ ساله پرداختیم.

آقایی ۳۳ ساله با شکایت تورم لثه با سابقه رشد ۳۰ ماهه به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندان‌پزشکی مشهد مراجعه کرده است. یک ندول صورتی کمرنگ، با قوام نرم و با حدود مشخص، به‌اندازه حدود ۱X۱ cm بر روی لثه باکال دندان‌های پرمولر سمت راست فک پایین بیمار مشاهده گردید. در نمای رادیوگرافی یافته غیرطبیعی دیده نشد. نمای هیستوپاتولوژی شامل پرولیفراسیون نئوپلازیک خوش‌خیم سلول‌های مزانشیمال دوکی شکل به‌صورت باندل‌های متقاطع بود و در بررسی ایمونوهیستوشیمی، واکنش نسبت به پروتئین S100 مثبت گزارش شد. در کنترل یک‌ساله شواهدی از عود مشاهده نگردید.

موارد اندکی از نوروفیبروم لثه بدون ارتباط با سندرم نوروفبیروماتوزیس گزارش شده است. به علت ریسک بدخیمی، پیگیری طولانی‌مدت توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: نوروفیبروم منفرد، حفره دهان، لثه، نوروفیبروماتوزیس

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هشتم، شماره اول، ص ۲۲-۱۴، فروردین ۱۳۹٦

آدرس مکاتبه: مشهد، بولوار وکیل‌آباد، میدان آزادی، دانشکده دندان‌پزشکی مشهد، تلفن: ۰۹۱۵۳۶۷۲۳۷۴

Email: Zamanir921@mums.ac.ir

مقدمه

نوروفیبروما، یک تومور خوش‌خیم غلاف عصبی محیطی با منشأ سلول‌های شوان و فیبروبلاست‌های پری نورال می‌باشد که ممکن است در فردی با یا بدون نوروفیبروماتوزیس ارثی ظاهر شوند (۱). شایع‌ترین محل نوروفیبروم در پوست است و معمولاً در دهه سوم زندگی ایجاد می‌شود (۲-۴). این ضایعه در حفره دهان به‌ندرت دیده می‌شود، اکثر موارد نوروفیبروم در حفره دهان به‌صورت متعدد یعنی جزئی از سندرم ژنرالیزه نوروفیبروماتوزیس گزارش شده است، ولی در موارد نادر این ضایعه می‌تواند به‌صورت منفرد و بدون ارتباط با تظاهرات سیستمیک دیده شود. تاکنون مواردی از نوروفیبروم منفرد گزارش شده است (۵-۸). مکان‌های شایع نوروفیبروم‌های منفرد داخل دهانی به ترتیب شامل: زبان (۲۶ درصد)، مخاط باکال (۸ درصد)، مخاط لبیال (۸ درصد)، کام (۸ درصد). آلوئولار ریج (۲ درصد) و لثه (۲ درصد) می‌باشد. سایر نواحی نادر درگیری شامل: نازوفارنکس، سینوس‌های پارانازال، لارنکس، کف دهان و غدد بزاقی هستند. این تومور هم‌چنین ممکن است داخل استخوان رشد کند (۹). بنابراین لثه جزء نواحی نا شایع بروز نوروفیبروم در حفره دهان می‌باشد. بیماری‌زایی نوروفیبروم منفرد مشخص نیست (۶, ۱۰). بر اساس مقالات موجود، میزان نوروفیبرومای منفرد در حفره دهان بدون ارتباط با بیماری نوروفیبروماتوزیس نوع ۱ در حدود ۶٫۵ درصد می‌باشد (۱).

[۱] دانشیار بیماری‌های دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات بیماریهای دهان، فک وصورت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

[۲] دانشیار بیماری‌های دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات بیماریهای دهان، فک وصورت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

[۳] دانشیار آسیب شناسی دهان، فک و صورت، بخش آسیب شناسی دهان، فک وصورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

[٤] استادیار بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

[٥] دستیار تخصصی بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19]

بر اساس مقالات، درگیری دهانی در ۳/۴-۹۲ درصد بزرگ‌سالان و ۴۰ درصد کودکان مبتلا به نوروفیبروماتوزیس نوع ۱ گزارش شده است (۹). نوروفیبروماتوزیس یک بیماری ژنتیکی با توارث اتوزومال غالب است که تاکنون ۹ نوع آن شناخته شده است. شایع‌ترین نوع نوروفیبروماتوزیس، نوروفیبروماتوزیس نوع ۱(NF1) یا بیماری وون رکلینگ هاوزن[1] است که ۸۵ تا ۹۷ درصد موارد را تشکیل می‌دهد. تظاهرات این بیماری بسیار متغیر است (۶, ۱۰). معیارهای تشخیصی نوروفیبروماتوزیس ۱ شامل موارد زیر است (۳):

۱- وجود شش مأکول شیر قهوه‌ای[2] با اندازه ۵ میلی‌متر یا بیشتر پیش از بلوغ و بیشتر از ۱۵ میلی‌متر پس از بلوغ

۲ -دو یا چند نوروفیبروم جلدی یا زیر جلدی

۳- وجود کک‌ومک (freckle) در ناحیه‌ی زیر بغل یا کشاله ران

۴- گلیوما چشمی (Optic glioma)

۵ -دو یا چند ندول Lisch(هامارتوم عنبیه)

۶- آسیب استخوانی مانند دیسپلازی اسفنوئید یا نازک شدن کورتکس استخوان‌های دراز

۷- نوروفیبروماتوزیس نوع یک در بستگان درجه یک

وجود حداقل دو مورد از معیارهای فوق مطرح کننده نوروفیبروماتوزیس می‌باشد.

دومین نوع شایع نوروفیبروماتوزیس، NF2 می‌باشد که با نورومای شنوایی دوطرفه همراه است. NF3، ترکیبی از نوروفیبروماتوزیس نوع ۱ و ۲ می‌باشد. تومورهای CNS متعدد مشخصه بارز NF3 می‌باشد و در دهه دوم و سوم زندگی شایع است. در NF4 بیمار ویژگی‌هایی از انواع نوروفیبروم دارد که در هیچ زیرگروه دیگری قابل طبقه‌بندی نیست.

NF5 یا segmented NF با نوروفیبروماها و پیگمانتاسیون‌های شیر قهوه‌ای در یک ناحیه از بدن مشخص می‌شود. پیگمانتاسیون‌های شیر قهوه‌ای فقط در همان سمت تومور ظاهر می‌شود.NF6، به‌صورت پیگمانتاسیون‌های شیر قهوه‌ای بدون نوروفیبروما و ندول Lisch(هامارتوم عنبیه) می‌باشد. در NF8، نوروفیبروم‌ها به دستگاه گوارش محدود می‌شود و NF9 خصوصیاتی از نوروفیبروماتوزیس و سندرم نونان (Noonan′s syndrome) را دارد (۹، ۱۰).

این ضایعه در حفره دهان به‌ندرت دیده می‌شود .اکثر موارد نوروفیبروم در حفره دهان به‌صورت متعدد (سه عدد یا بیشتر) یعنی جزئی از سندرم جنرالیزه (نوروفیبروماتوزیس) گزارش شده است، ولی در موارد نادر این ضایعه می‌تواند منفرد (یک یا دو عدد) باشد یعنی در ارتباط با تظاهرات احشایی نباشد. تا جایی که ما می‌دانیم تاکنون تنها چهار مورد نوروفیبروم منفرد در لثه گزارش شده است (۱، ۱۱، ۱۲، ۱۳).

در این مطالعه ما به گزارش یک مورد نوروفیبروم دهانی منفرد[3] در لثه باکال فک پایین یک آقای ۳۳ ساله خواهیم پرداخت. این بیمار هیچ‌گونه تظاهر بالینی و یا سابقه ابتلای خانوادگی به سندرم نوروفیبروماتوزیس را نداشت و تشخیص نوروفیبروم منفرد برای وی تأیید شد.

گزارش مورد

بیمار، آقایی ۳۳ ساله با شکایت تورم لثه مجاورت دندان‌های پرمولر سمت چپ فک پایین بود که در بهار سال ۱۳۹۳ به دانشکده دندان‌پزشکی مشهد مراجعه نمود. ضایعه در لثه بیمار، از ۳۰ ماه قبل ظاهر شده است. در تاریخچه سیر بیماری، هیچ‌گونه درد، سوزش و حساسیت و پارستزی وجود نداشته و طبق گزارش بیمار، ابتدا ضایعه کمی کوچک‌تر از ضایعه فعلی بوده و در مدت ۳۰ ماه، رشد تدریجی و آهسته‌ای داشته است. در بررسی تاریخچه مشخص شد که بیمار به جهت درمان ضایعه فوق به مدت یک هفته آموکسی سیلین ۲۵۰ میلی‌گرم مصرف نموده که بهبودی و تغییر سایز ضایعه حاصل نشده است. در تاریخچه پزشکی، هیچ‌گونه اختلال سیستمیک، اندوکرین یا متابولیک دیده نشد. بیمار عادت به مصرف سیگار و الکل نداشت. در معاینه خارج دهانی نیز هیچ‌گونه آسیمتری، تغییر رنگ یا لنفادنوپاتی مشهود نبود. در معاینه داخل دهانی، یک ندول صورتی با ته رنگ زرد، قوام نرم و متموج و با حدود مشخص، به‌اندازه تقریبی 1×1 سانتی‌متر بر روی لثه چسبنده باکال دندان‌های پرمولر سمت راست فک پایین بیمار مشهود بود که تا نزدیکی مارژین لثه گسترش داشت. (شکل ۱) لقی و جابجایی دندان‌های مجاور دیده نشد. در سطح ضایعه تلانژکتازی وجود داشت و علائمی از خونریزی، ضربان و ترشح چرک مشاهده نشد.

در رادیوگرافی‌های داخل دهانی و خارج دهانی هیچ تغییر پاتولوژیکی مشاهده نگردید (شکل ۲).

بعد از بررسی‌های بالینی و رادیوگرافیک، به دلیل قوام نرم، رنگ، محل ضایعه و سیر کند، ضایعاتی مانند میگزوفیبروما، نوروفیبروما و لیپوما برای بیمار مطرح گردید و جهت بیوپسی اکسیژنال به بخش پریو معرفی شد. در بخش پریو، جراحی اکسیژنال ضایعه تحت بی‌حسی موضعی (لیدوکائین ۲ درصد، ۱/۸۰۰۰۰ آدرنالین) با استفاده از تیغ بیستوری انجام شد. (شکل ۳) خونریزی با استفاده از گاز استریل و پک پریودنتال و بخیه کنترل شد و بعد از یک هفته بخیه‌ها کشیده شد. بیمار به مدت ۲ روز از آنالژزیک استفاده کرد.

[1] von rackling hausen
[2] Café au lait
[3] Solitary Oral Neurofibroma

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19]

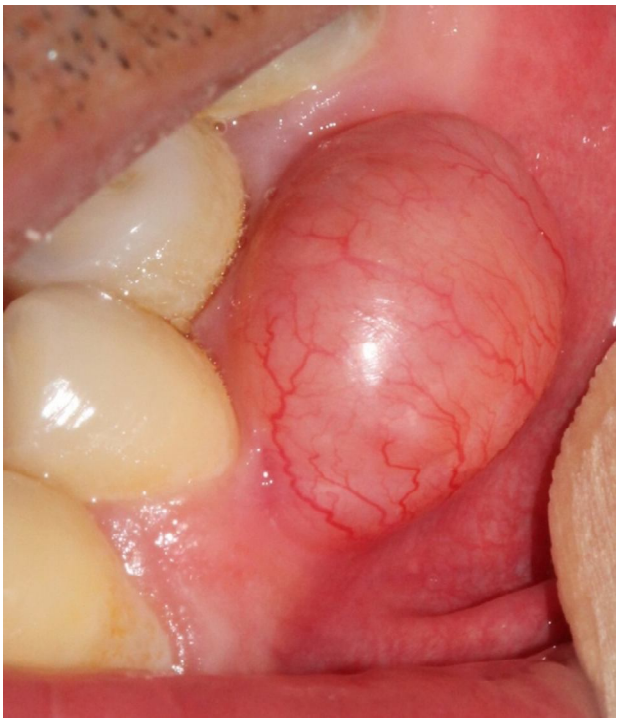
هیچ عوارضی بعد از عمل گزارش نشد. توده خارج شده در فرمالین ۱۰ درصد به آزمایشگاه پاتولوژی دانشکده دندان‌پزشکی مشهد برای بررسی هیستوپاتولوژی فرستاده شد. در بررسی ریزبینی نمونه، پرولیفراسیون نئوپلازیک خوش‌خیم سلول‌های مزانشیمال دوکی شکل مشاهده شد که به‌صورت باندل‌های متقاطع آرایش یافته‌اند. این سلول‌های دوکی بعضی دارای هسته‌های کمرنگ و Plump شبیه فیبروبلاست‌ها و برخی دارای هسته‌های باریک موج دار هیپرکروم شبیه شوان سل‌ها می‌باشند. سلول‌ها همراه با باندل های ظریف کلاژن یوده و سلول‌های شبیه به ماست سل‌ها مشهود بود (شکل ۴-۱ و ۴-۲)..

به دلیل یافته‌های فوق، تشخیص نوروفیبروما برای ضایعه داده شد و به جهت تأیید تشخیص بررسی ایمونوهیستوشیمی برای ضایعه درخواست گردید.

در بررسی ایمونوهیستوشیمی، واکنش نسبت به به پروتئین S-100 مثبت گزارش شد که تأییدکننده منشأ عصبی برای ضایعه است (شکل ۴-۳). بر اساس یافته‌های هیستوپاتولوژی و ایمونوهیستوشیمی، تشخیص نوروفیبروم تأیید گردید.

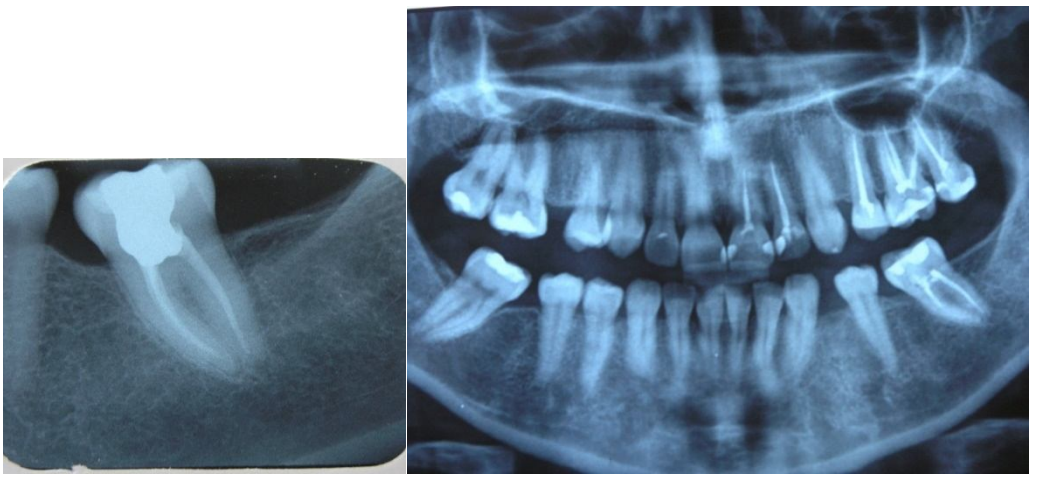
بعد از بررسی پاتولوژی وایمونوهیستوشیمی و تشخیص نوروفیبروم، بیمار مجدداً معاینه گردید. هیچ یافته پوستی، استخوانی و چشمی در بیمار مشاهده نشد. هیچ یک از بستگان بیمار به نوروفیبروماتوزیس مبتلا نبودند. لذا این توده یک نوروفیبروم منفرد داخل دهانی می‌باشد. بیمار تا یک سال بعد از جراحی همچنان بدون علامت بوده و عود یا ظهور علائم سندرمیک دیده نشده است.

با توجه به اینکه ضایعه عرض لثه چسبنده را درگیر نموده بود، بعد از یک سال و اطمینان از عدم عود، بیمار جهت بررسی عرض لثه چسبنده و در صورت لزوم انجام پیوند لثه آزاد به بخش پریو ارجاع داده شد.



شکل (۱): نمای کلینیکی ضایعه: تورم بدون درد، صورتی با ته رنگ زرد، نرم و با سطح تلانژکتازی روی لثه باکال ناحیه پرمولرهای سمت چپ فک پایین با سیر ۳۰ ماهه

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19]

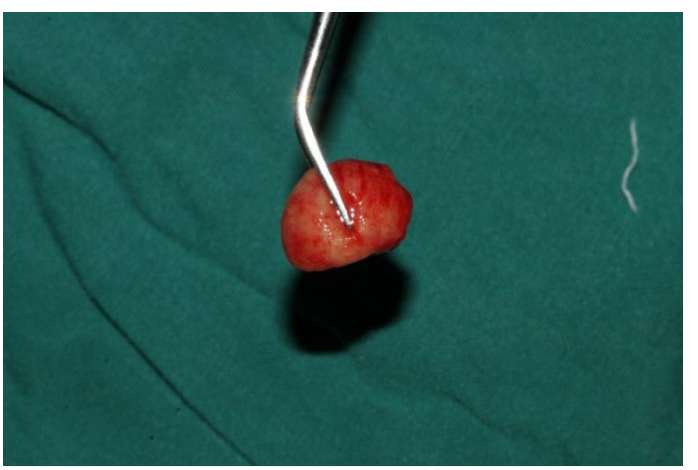


شکل (۲- ۱ و ۲-۲): نمای رادیوگرافی پانورامیک و پری آپیکال: هیچ یافته غیرطبیعی مشاهده نمی‌شود.



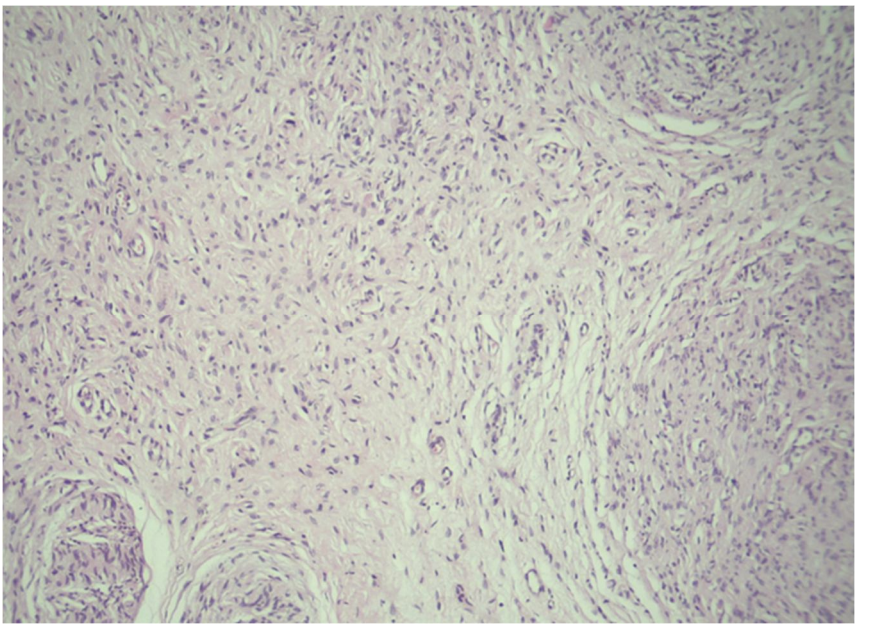
شکل (۳-۱): بیوپسی اکسیژنال ضایعه

شکل (۳-۲): نمای محل ضایعه بلافاصله بعد از جراحی

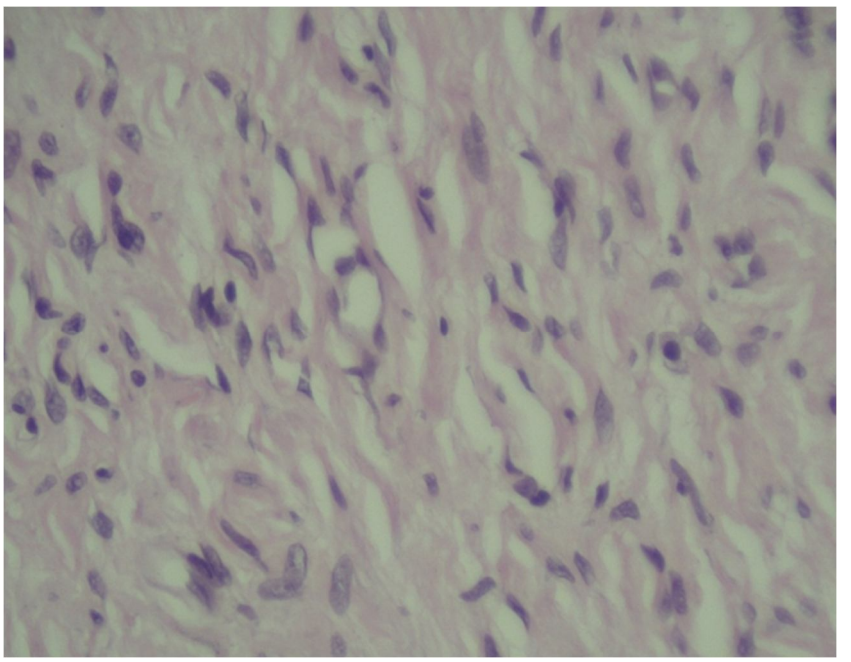


شکل (۳-۳): نمای ماکروسکوپیک ضایعه

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19]

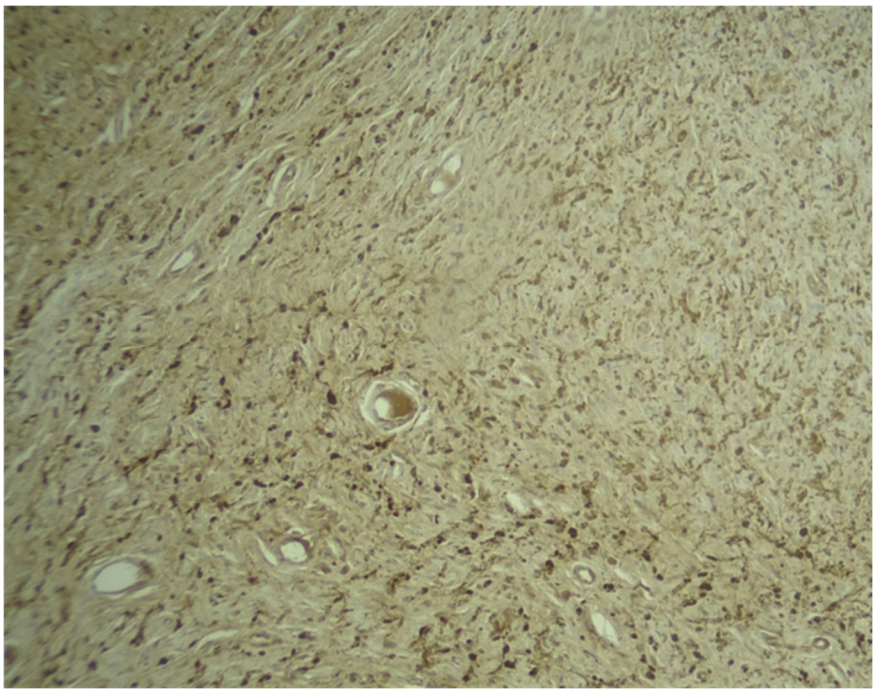


شکل (۴- ۱): نمای هیستوپاتولوژی با بزرگنمایی کم، نشاندهنده فاسیکل های بافت عصبی (رنگ آمیزی هماتوکسیلین- ائوزین، بزرگنمایی ۱۰۰×)



شکل (۴- ۲): نمای هیستوپاتولوژی با بزرگنمایی بالا. نشاندهنده باندل های متقاطع سلول‌های دوکی، عمدتاً با هسته‌های مواج (رنگ آمیزی هماتوکسیلین- ائوزین، بزرگنمایی ۴۰۰×)

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19]



شکل (۴- ۳): نمای هیستوپاتولوژی: بیان پروتئین S-100 (رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی، بزرگنمایی ۱۰۰×)

بحث

نوروفیبروم‌ها معمولاً بدون علامت هستند، رشد آهسته دارند و می‌توانند سایز کوچک تا بزرگ داشته باشند. ضایعه بیمار حاضر نیز یک ضایعه نسبتاً کوچک، بدون علامت و با رشد آهسته بود (۳, ۴).

مکان‌های شایع نوروفیبروم‌های منفرد داخل دهانی شامل: زبان، مخاط باکال می‌باشد. موارد نادری ممکن است در لثه (۲ درصد) مشاهده شود (۱۰).

این تومور گاها داخل استخوانی رشد می‌کند. شایع‌ترین محل پیدایش نوروفیبرومای درون استخوانی، استخوان مندیبل است ولی در دیگر استخوانها مانند استخوان تیبیا، نیز، گزارش شده است. نوروفیبرومای استخوان مندیبل می‌تواند نشانه‌های گوناگونی داشته باشد. در مراحل آغازین معمولاً علامتی ندارد، ولی با افزایش اندازه ممکن است موجب اکسپنشن استخوان فک شود، که گاها همراه با تخریب استخوان، درد و بیحسی لب پایین و یا بدون این نشانه‌ها است. با وجود نشانه‌های گفته شده. افتراق میان تومور خوش‌خیم و بدخیم مشکل است و ممکن است کلینیسین را دچار چالش نماید. (۲). در بیمار حاضر هیچ یافته رادیوگرافی مشاهده نشد.

در بررسی مقالات چندین مورد نوروفیبروم منفرد در نواحی گوناگون شامل لثه، زبان و مخاط لبیال و نیز استخوان مندیبل گزارش شده است. چند مورد نوروفیبروم منفرد در لثه که همراه با سندرم نوروفیبروماتوزیس بوده، مشاهده شده است، ولی تنها ۴ مورد نوروفیبروم منفرد روی لثه بدون ارتباط با سندرم گزارش شده است.

یکی از موارد در یک کودک ۲ ساله بوده که به جهت سن کم کودک، احتمال درگیری سندرمی در آینده وجود خواهد داشت (۱۱). در بررسی سه مورد دیگر درگیری لثه به‌صورت منفرد، محل ضایعه ماگزیلا و ماندیبول، نواحی قدامی و خلفی گزارش شده است. سن بیماران از ۲۵ تا ۵۷ ساله بوده. اندازه ضایعه از ۴ میلی متر تا ۲ سانتی‌متر متغیر بوده و همگی بدون علامت و دارای رشد آهسته بوده‌اند. سیر ضایعات از ۳ تا ۸ سال گزارش شده، هیچ یک از بیماران، بیماری سیستمیک یا تاریخچه تروما را گزارش ننموده‌اند. در یکی از موارد ضایعه از دو لوب مشخص نامساوی تشکیل شده است. هر سه قوام سفت داشته و در بالین رنگ زرد متمایل به سفید تا صورتی داشته‌اند. در هر سه حدود ضایعه کاملاً مشخص بوده و فاقد هرگونه علامتی همچون خونریزی یا مشکل در دندان‌های مجاور ضایعه بوده است و هیچ علامت رادیوگرافی در همراهی با آن‌ها دیده نشده است (۱, ۱۲, ۱۳).

در بررسی یک مورد مربوط به درگیری لثه در ارتباط با سندرم که در یک مرد ۲۸ ساله رخ داده است تقریباً یافته‌ها مشابه موارد بالاست.، به‌جز اینکه ضایعه سایز بزرگ‌تری داشته است (۴X۳cm) و در همراهی با نوروفیبروم‌های متعدد در سایر نواحی بدن بوده است (۹).

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19]

به نظر می‌رسد مورد گزارش شده ما ازنظر تظاهرات بالینی با اغلب موارد گزارش شده شباهت دارد، به‌جز قوام نرم که در سایر موارد مشاهده نشده است. به‌جز موارد ذکر شده در بالا، سایر موارد نوروفیبروم منفرد دهانی در محلی غیر از لثه بوده است. به‌عنوان مثال، یک مورد، تورمی در مخاط لبیال سمت راست ماگزیلا با سیر ۴ ساله در یک خانم ۳۷ ساله گزارش شده که مشابه با مورد ما بدون علامت و با رشد آهسته بوده است. هم‌چنین چند مورد نوروفیبروم منفرد در لب گزارش شده است که دو مورد، توده‌های بزرگ و دو مورد دیگر ندول های کو چک و تقریباً مشابه با خصوصیات کلینیکی بیمار حاضر داشتند (۵، ۶، ۷، ۸، ۱۴، ۱۵، ۱۶).

تشخیص‌های افتراقی نوروفیبروم شامل: میگزوفیبروما، پیوژنیک گرانولوما، ژانت سل گرانومای محیطی، فیبرومای محیطی، لیپوما، اگزوستوز، سیست باکال و سیست رویشی می‌باشد. (۴)

در میگزوفیبروما و پیوژنیک گرانولوما که ضایعات واکنشی هستند، معمولاً یک تحریک واضح برای ضایعه وجود دارد و ضایعه در سیر خود دچار تغییراتی در قوام و رنگ می‌شود. پیوژنیک گرانولوما به سبب محتوای عروقی نابالغ فراوان و قرمز رنگ بوده و با کم‌ترین دستکاری خونریزی می‌نماید (۱۷) لثه جایگاه شایعی برای میگزوفیبروما و فیبرومای محیطی نمی‌باشد. ژانت سل گرانولومای محیطی معمولاً به‌صورت زینی شکل در اطراف یک یا چند دندان رشد می‌کند و کاملاً به لثه مارژینال چسبیده و رنگ آن بنفش می‌باشد. لیپوم اساساً در دهان و به خصوص لثه نادر است و تنها وجود ته رنگ زرد و قوام نرم و تلانژکتازی سطحی سبب گردید در تشخیص افتراقی مطرح شود. اگزوستوز قوام کاملاً سخت استخوانی دارد و بعید است فردی فقط در یک ناحیه و به‌صورت یک طرفه اگزوستوز داشته باشد.، ضمن آنکه اگزوستوز معمولاً سایز کوچکی داشته و مدت مدیدی در دهان وجود دارد. مواردی همچون سیست باکال و سیست رویشی نیز به سبب تظاهرات رادیوگرافیک به راحتی از نوروفیبروم قابل افتراق هستند.

نوروفیبروم‌ها تومور خوش‌خیم عصب محیطی هستند. آن‌ها عمدتاً به‌صورت قسمتی از بیماری نوروفیبروماتوزیس نوع ۱ ظاهر می‌شوند، ولی می‌توانند به‌صورت منفرد نیز ظاهر شوند که غیر شایع است. WHO نوروفیبروما را به دو دسته عمده تقسیم‌بندی می‌کند: Dermalو plexiform. نوروفیبرومای درمال منشأ عصب محیطی داردولی نوروفیبرومای پلکسی فرم در ارتباط با چندین دسته عصبی است. زیرگروه‌های دیگر بالینی-پاتولوژی نوروفیبروما شامل: نوروفیبرومای Localized (اسپورادیک نوروفیبروما)، نوروفیبرومای Diffuse، نوروفیبرومای پلکسی فرم و نوروفیبرومای اپی تلیوئید (۱).

نوروفیبروم منفرد یک ضایعه خوش‌خیم، با رشد آهسته، با حدود نسبتاً مشخص و بدون کپسول می‌باشد که توسط فقدان سایر علائم همراه با بیماری سیستمیک تشخیص داده می‌شود. تظاهرات داخل دهانی در ۷۲ درصد بیماران نوروفیبروماتوزیس دیده می‌شود، در حالیکه نوروفیبرومای منفرد داخل دهانی بسیار نادر است (۱۸).

سایر تومورهای خوش‌خیم عصب محیطی حفره دهان شامل شوانوما، میگزومای غلاف عصبی، نورومای مخاط، Palisaded encapsulated neuroma، تروماتیک نوروما و گرانولر سل تومور می‌باشد (۱).

زبان شایع‌ترین و لثه ناشایع ترین مکان نوروفیبرومای داخل دهانی می‌باشد (۹).

نوروفیبروماها در ۳-۱۵ درصد موارد ممکن است تغییرات بدخیمی داشته باشد که مخصوصاً در همراهی با بیماری نوروفیبروماتوزیس دیده می‌شود (۱).

نوروفیبروماها اغلب در افراد جوان‌تر دیده می‌شود، در مطالعه ما نیز این چنین بوده ولی از جهتی که لثه جایگاه ناشایعی برای نوروفبروما می‌باشد و هیچ سابقه خانوادگی وجود ندارد، گزارش ما یک مورد غیر معمول است.

هر گاه یک تورم با قوام نرم یا لاستیکی، رشد آهسته، رنگ صورتی با منشأ محیطی در مخاط دهان یک بیمار مشاهده کردیم، می‌توانیم تشخیص نوروفیبروم منفرد دهانی را بگذاریم و باید معاینه کامل جهت رد سندرم‌های مرتبط را انجام دهیم.

نوروفیبرومای منفرد با برداشت کامل ضایعه درمان می‌شود و در برخی موارد ممکن است تغییرات بدخیمی در آن دیده شود و اگر امکان جدا کردن ضایعه از عصب منشأ آن وجود نداشته باشد، ممکن است لازم باشد که عصب مربوطه قطع شود .نوروفیبروم‌های متعدد در سندرم نوروفیبروماتوزیس ممکن است به دلایل اختلال در عملکرد، تنفس یا زیبایی خارج شوند ولی در مواردی که تعداد آن‌ها زیادمی باشد، این کار بسیار مشکل است. درمان نوروفیبروماتوزیس بیشتر در جهت پیشگیری و یا مدیریت مشکلات بیمار است .یکی از بدترین عواقب آن تغییرات بد خیمی به‌صورت malignant peripheral nerve sheath tumor است که پیش آگهی این ضایعات ضعیف است .تومورهای سیستم عصبی مرکزی، لوسمی، فئوکروموسایتوما، رابدومیوسارکوما و تومور ویلمز نیز در این بیماران ممکن است دیده شوند .این بیماران باید به‌صورت منظم پیگیری شوند تا در صورت بروز علائم اولیه بدخیمی درمان گردند (۱۹) .بیمار حاضر به درمان جراحی پاسخ داد و پس از پیگیری یک ساله علائمی از عود و یا ظهور علائم سندرم نوروفیبروماتوزیس در وی دیده نشده است.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19]

نتیجه‌گیری

به دلیل اینکه نوروفیبروم منفرد ضایعه نسبتاً غیر شایعی است، معمولاً در تشخیص افتراقی تورم‌های داخل دهانی مطرح نمی‌شود. در صورتیکه در بررسی هیستوپاتولوژی، این ضایعه تأیید گردید، باید بیمار حتماً از جهت وجود سندرم بررسی شود و ازنظر احتمال بدخیمی، بیمار تحت کنترل طولانی‌مدت قرار گیرد.

References:

1. Suramya S, Shashikumar P, Shreeshyla H, Kumar S. Solitary Plexiform neurofibroma of the Gingiva: Unique presentation in the oral cavity. J Clin diag res 2013;7(9): 2090-2.
2. Depprich R, Singh DD, Reinecke P, Kübler NR, Handschel J. Solitary submucous neurofibroma of the mandible: review of the literature and report of a rare case. Head Face Med 2009;5-24.
3. Nevile BW,Dam DD,Allen CM,Chi AC.Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. Elsevier us; 2016. P.494-96.
4. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. Oral pathology: clinical pathologic correlations: 6th ed. Elsevier Health Sciences; 2012. P. 178-9.
5. Sinha R, Paul R, Sen I, Sikdar B. A solitary huge neurofibroma of the soft palate. J Laryngol Otol 2002;116(8): 637–8.
6. Borges AH, Correia Rde M, Borba AM, Guedes OA, Estrela CR, Bandeca MC. Unusual solitary neurofibroma on the lower lip of a child. Contemp Clin Dent 2013;4(4): 512-4.
7. Lee YB, Lee JI, Park HJ, Cho BK. Solitary Neurofibromas: Does an Uncommon Site Exist? Ann Dermatol 2012;24(1): 101-2.
8. López-Jornet P, Gomez-Garcia E, CamachoAlonso F. Solitary oral neurofibroma. NY State Dent J 2010;76(5): 54-5.
9. Shekar V, Rangdhol V, Baliah WJ, Thirunavukarasu S. An unusual oral manifestation of type 1 neurofibromatosis: A case report and review of literature. J Nat Sc Biol Med 2015;6(1): 261.
10. Maruyama M, Fushiki H, Watanabe Y. Solitary neurofibroma of the floor of the mouth: a case report. Case Rep Otolaryngol 2011;2011:967896.
11. Kimura K, Yamamoto H. Neurofibroma of the gingiva in a child: report of case. ASDC J Dent Child 1992;60(1): 67-70.
12. Pawar B, Tejnani A, Sodhi NK, Pendyala G. A silent tumor of the gingiva: An unusual case report and surgical management with 1 year follow-up. J Indian Soc Periodontol. 2013; 17(4): 510–3.
13. Sivapathasundharam B, Lavanya S, Saravanakumar R, Ahathya R. Solitary neurofibroma of the gingiva. J Oral Max Path 2004;8(2): 107.
14. Aditi M, Mamatha GS R, Supriya M, Neta B, Yashwant I.Solitary Non Syndromic Oral Plexiform Neurofibroma: a Case Report and Review of Literature, J Dent (Shiraz)2016; 17(3): 293–6.
15. Shimoyama T1, Kato T, Nasu D, Kaneko T, Horie N, Ide F. Solitary neurofibroma of the oral mucosa: a previously undescribed variant of neurofibroma. J Oral Sci 2002; 44(1): 59-63.
16. Traiger J. Solitary neurofibroma of the lip. Report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1966;21(2): 148-50.
17. Burket LW, Greenberg MS, Glick M, Ship JA. Burket's oral medicine, 12th ed. PMPH-USA; 2015.P. 159-60.
18. Zwane N, Noffke C, Raubenheimer E. Solitary oral plexiform neurofibroma: review of literature and report of a case. Oral onc 2011;47(6): 449-51.
19. Kouhsoltani M, Taghavi Zonooz A. Solitary Neurofibroma of the Lip: Report of a rare case. J Res Dent Sci 2015; 11 (4): 247-50.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19]

Original Article

SOLITARY NEUROFIBROMA OF GINGIVA: A RARE CASE

*Pegah Mosannen Mozafari[1], Abbas Javadzade Blouri[2], Shadi Saghafi[3], Seyyed Amir Seyyedi[4], Roya Zamani [5]**

Received: 16 Nov, 2016; Accepted: 20 Mar, 2017

Abstract

***Background & Aims*:** Neurofibroma is a slow-growing benign tumor of neural origin. The lesion is rare in the oral cavity. Most reported cases are parts of a generalized syndrome called Neurofibromatosis (NF), but in rare cases, solitary lesion unrelated to the syndrome has been reported. The tongue is the most common site. Gingiva is a rare location for solitary neurofibroma. In this study, we report a rare case of solitary oral neurofibroma in buccal mandibular gingiva of a 33 year-old male.

A 33 year-old man with a history of 30 months gum swelling was referred to oral medicine department of Dental School. A well-defined, pale pink, soft, 1×1 cm nodule was observed on right mandibular gingiva on premolar region. No abnormal radiographic findings was observed. In histopathological features, benign proliferations of spindle mesenchymal cells with storiform pattern were seen. The s-100 immunohistochemistry staining of the lesion was positive. No recurrence was evident after one year. A few isolated cases of Neurofibroma of the gingiva have been reported. Because of the risk of malignant transformation, long-term follow-up is recommended.

Keywords: Solitary neurofibroma, Mouth, Gingiva, Neurofibromatosis

Address: School of Dentistry, Azadi Square, Vakil Abad Boulevard, Mashhad, Iran
Tel: +985138829500
E-mail: Zamanir921@mums.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2017: 28(1): 22 ISSN: 1027-3727

[1] Associate Professor, Oral & Maxillofacial Diseases Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[2] Associate Professor, Oral & Maxillofacial Diseases Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[3] Associate Professor, Department of Oral & Maxillofacial Pathology, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[4] Assistant Professor of Oral & Maxillofacial Disease, School of Dentistry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
[5]Post graduate Student of Oral & Maxillofacial Medicine, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Corresponding Author)

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-19]