

**سنترال اسی فایبینگ فیبرومای فک پایین: گزارش یک مورد با رفتار مهاجم و مروری بر تشخیص های افتراقی**دکتر سید حسین طباطبایی<sup>۱</sup>، دکتر محسن برزگر<sup>۲</sup>، دکتر فریناز صباغزادگان<sup>۳\*</sup>

۱-دانشیار، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد

۲- استادیار، گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد

۳-دستیار، تخصصی آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۴/۸

اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۲/۱۲

وصول مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۱۳

**Central Ossifying Fibroma in mandible: A Case Report with aggressive behavior  
review of differential dragosis****Seyed Hosein Tabatabaei<sup>1</sup>, Mohsen Barzegar<sup>2</sup>, Farinaz sabaghzadegan<sup>3\*</sup>***1. Associate Professor, Oral and Maxillofacial Pathology Dept, Social Determinants of Oral Health Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.**2. Assistant Professor, Oral and Maxillofacial Surgery Dept, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.**3. Post Graduate Student, Oral and Maxillofacial Pathology Dept Yazd Dental School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.\****Received: Dec 2022 ; Accepted: July 2022**

**Background and Aim:** Central Ossifying Fibroma is a benign bone neoplasm. It has been categorized under fibro-osseous lesions and has significant growth potential that exact etiology is not known. According to studies it has a periodontal ligament origin. It is more prevalent in women and mandibular premolar and molar area. The lesion generally occurs in the third and fourth decades of life. Tumor removal by surgery or curettage are suitable treatment and its recurrence rate is reported to be between 0 to 28%. Most of the time the prognosis of the lesion is optimal nevertheless in some cases, malignant transformation has been reported.

**Case Report:** A 25-year-old woman was referred for dental treatment. The CBCT view demonstrated an ill-defined radiolucent-radiopaque lesion in right mandibular body, lack of lamina dura of the lower right canine tooth and destruction of the buccal and lingual cortex of that area. The lesion was removed by osteotomy. In microscopic view, the histopathological profile of central ossifying fibroma was observed without evidence of malignant changes. Follow up of the patient after 6 months indicated complete healing and bone formation at that site.

**Conclusion:** It seems, ossifying fibroma can have invasive feature in radiography and mimic malignant lesions. So, microscopic evaluate of all sections is important.

**Key words:** Ossifying fibroma, Mandible, Histology

**\*Corresponding Author:** farinazsabagh@yahoo.com

**J Res Dent Sci. 2022;19 (4): 371-378**

**خلاصه:**

**سابقه و هدف:** سنترال اسی فایبینگ فیبروما، یک نئوپلاسم استخوانی خوش خیم، متعلق به گروه ضایعات فیبرواسئوس و دارای پتانسیل رشدی قابل توجه می باشد که اتیولوژی آن به طور دقیق مشخص نیست. طبق مطالعات انجام شده دارای منشا لیگامان پریودنتال می باشد. اغلب موارد در ناحیه ی پرمولر و مولر فک پایین و در دهه سه و چهار زندگی رخ می دهد و تمایل به بروز در زنان وجود دارد. درمان ضایعه، خارج کردن کامل تومور به روش جراحی یا کورتاژ می باشد و میزان عود آن ۰ تا ۲۸ درصد گزارش شده است. علی رغم اینکه در اغلب موارد پیش آگهی مطلوبی دارد ولی مواردی از تغییر ضایعه به سمت بدخیمی گزارش شده است

**گزارش مورد:** خانمی ۲۵ ساله جهت انجام درمان دندانپزشکی مراجعه کرده بود. در نمای CBCT یک ضایعه رادیولوسنت-رادیوپاک با حدود نامشخص در تنه فک پایین سمت راست، فقدان لامینادورای دندان ۳ پایین راست و تخریب کورتکس باکال و لینگوال مشاهده شد. ضایعه به روش استئوکتومی خارج شد. در نمای میکروسکوپی، مشخصات هیستوپاتولوژیک سنترال اسی فایبینگ فیبروما بدون شواهدی از تغییرات بدخیمی مشاهده شد. پیگیری بیمار پس از ۶ ماه حاکی از ترمیم کامل و تشکیل استخوان در آن محل بود.

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد اسی فایبینگ فیبروما می تواند در مواردی در نمای رادیوگرافیک رفتار تهاجمی داشته و مشابه ضایعات بدخیم رفتار کند و در این شرایط بررسی کلیه مقاطع میکروسکوپی حائز اهمیت است.

**کلید واژه ها:** اسی فایبینگ فیبروما، فک پایین، بافت شناسی

**مقدمه:**

سنترال اسی فایبینگ فیبروما، یک نئوپلاسم استخوانی خوش خیم و نسبتاً نادر از زیرگروه ضایعات فیبرواسئوس می باشد که طبق مطالعات انجام شده دارای منشا لیگامان پریودنتال است.<sup>(۱، ۲)</sup> این ضایعه تمایل به بروز در دهه ی سه و چهار زندگی دارد. اغلب در زنان و ناحیه ی پرمولر و مولر فک پایین رخ می دهد. از نظر کلینیکی بصورت یک تورم بدون درد با رشد آرام در استخوان می باشد که ممکن است همراه با تباعد و تحلیل ریشه باشد. از نظر رادیوگرافی معمولاً به صورت ضایعه ی رادیولوسنت تک حجره ای با حدود مشخص و یا رادیولوسنسی همراه با درجاتی از رادیوپاسیتی که بسته به میزان کلسیفیکاسیون می باشد.<sup>(۳، ۴)</sup> رشد آهسته اما مداوم تومور، ممکن است در نهایت باعث گسترش تومور و نازک شدن صفحات کورتکس باکال و لینگوال شود، هرچند پرفوراسیون آن نادر است.<sup>(۴)</sup> در نمای میکروسکوپی، بافت همبندی سلولار همراه با تکثیر سلول های فیبروبلاست و توده های سمنتوئید یا استئوئید دیده می شود.<sup>(۳، ۵)</sup> درمان ضایعه، خارج کردن کامل تومور به روش جراحی یا کورتاژ می باشد و میزان عود آن ۰ تا ۲۸

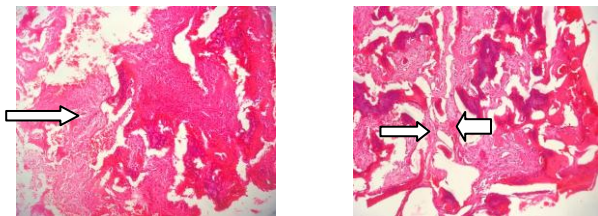
درصد گزارش شده است.<sup>(۶)</sup> علی رغم اینکه در اغلب موارد پیش آگهی مطلوبی دارد ولی مواردی از تغییر ضایعه به سمت بدخیمی گزارش شده است.<sup>(۷)</sup>

این مقاله به گزارش یک مورد سنترال اسی فایبینگ فیبروما در فک پایین می پردازد که با توجه به پرفوراسیون کورتکس باکال و لینگوال، تشخیص احتمالی یک بدخیمی از جمله استئوسارکوم مطرح شد ولی در نمای میکروسکوپی تغییراتی به نفع بدخیمی داخل استخوانی مشاهده نشد.

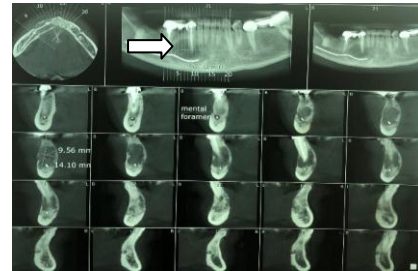
**مواد و روش ها:**

خانم ۲۵ ساله جهت انجام درمان دندانپزشکی به دانشکده دندانپزشکی یزد مراجعه نمود. در گرافی تهیه شده از بیمار یک ضایعه ی رادیولوسنت-رادیوپاک در فک پایین مشاهده شد. بیمار سابقه ای از درد و تورما را ذکر نکرد و لنف نودی قابل لمس نبود. دندان های همان سمت فاقد لقی و جابجایی بود. در نمای CBCT، یک ضایعه رادیولوسنت-

ضایعه به طور کامل با جراحی خارج شد و استئکتومی نیز انجام شد و مورد ارزیابی هیستوپاتولوژی قرار گرفت. در بررسی میکروسکوپی نمونه، یک زمینه از بافت فیبروواسکلر و هایپرسلولار فعال ولی فاقد آتی پی مشخص، تراپیکول های متعدد استخوانی woven با حاشیه استئوبلاستی مشخص، تشکیل استئوئید و کانون های پراکنده ای از مواد مینرالیزه بازوفیلیک کروی چسبیده به استروما مشاهده شد (شکل ۴ و ۳).



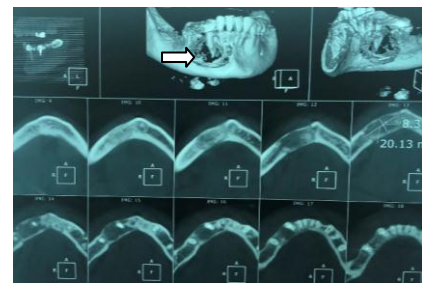
رادیوپاک با حدود نامشخص در سمت راست مندیبل که از بعد مزیدیستال از مزیال دندان ۵ پایین سمت راست تا مزیال دندان ۱ پایین سمت چپ و از بعد فوقانی تحتانی از نیمه ی ریشه ی دندان ۳ پایین سمت راست تا نزدیکی بوردر تحتانی مندیبل گسترش یافته بود مشاهده شد (شکل شماره ۱).



شکل ۱- نمای CBCT . یک ضایعه رادیولوسنت-رادیوپاک با حدود نامشخص

تصویر ۳- نمای هیستوپاتولوژی ضایعه. تصویر A-۳: بافت همبند سلولار همراه با درجات متغیری از مواد مینرالیزه در زمینه ی فیبروبلاستی یونی فرم . تصویر B-۳: اسفرول های بازوفیلیک شبه سمائی و تولید استئوئید توسط سلول های استئوبلاستی

در نمای سه بعدی، ضایعه، سبب حذف لامینادورای دندان ۳ پایین سمت راست و تخریب کورتکس باکال و لینگوال شده بود (شکل ۲).



شکل ۲- نمای CBCT. تخریب کورتکس باکال و لینگوال

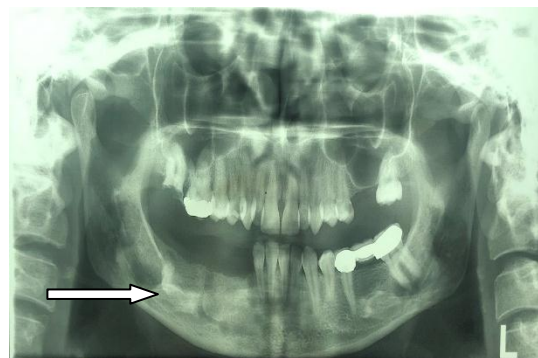
هرچند کیسول مشخصی وجود نداشت اما هیچ شواهدی دال بر گسترش ضایعه به بافت های نرم مجاور دیده نشد. با توجه به اینکه با وجود بررسی دقیق هیچ گونه آتی پی سلولی و اشکال میتوتیک در هیچ قسمت از لام پاتولوژی مشاهده نشد و در Low grade central Osteosarcoma باید آتی پی سلولی حداقلی وجود داشته باشد تشخیص افتراقی Low grade central Osteosarcoma رد شد.

که با توجه به این نماها و میزان تخریب ، تشخیص های افتراقی کلینیکورادیوگرافیک زیر مطرح گردید:

بر مبنای یافته های کلینیکی، رادیوگرافیک و هیستوپاتولوژیک، تشخیص قطعی Central Ossifying Fibroma در نظر گرفته شد. استئوکتومی کامل ضایعه و گرفت استخوان انجام شد. بعد از پیگیری ۶ ماهه، ترمیم و بازسازی کامل ناحیه انجام شده بود و تاکنون عود گزارش نشده است (شکل ۵).

- 1- Low grade central Osteosarcoma
- 2- Calcifying Odontogenic Cyst
- 3- Calcifying epithelial odontogenic tumor
- 4- Central Ossifying Fibroma

بیمار خانمی ۲۵ ساله با درگیری فک پایین و بدون علامت می باشد که منطبق بر مطالعات قبلی می باشد. در نمای رادیوگرافیک اغلب به صورت ضایعه ی رادیولوسنت تک حجره ای می باشد. ضایعات در مراحل اولیه به صورت رادیولوسنت و بدون شواهدی از افسیته داخلی می باشد و با بلوغ تومور، توده های رادیوپاک در رادیوگرافی دیده می شود<sup>(۱)</sup> Swami و همکاران در سال ۲۰۱۵ بیان کردند که این ضایعه در ۵۳ درصد موارد رادیولوسنت، ۴۰ درصد موارد بصورت رادیولوسنت-رادیوپاک و ۷ درصد موارد رادیوپاک می باشد.



شکل ۴- نمای پانورامیک . ۶ ماه بعد از جراحی که ترمیم و بازسازی ناحیه را نشان می دهد.

بر اساس این مطالعه سه الگوی رادیوگرافی برای بوردر Central Ossifying Fibroma بیان شد: در ۴۰ درصد موارد ضایعه بدون حاشیه ی اسکروتیک، در ۴۵ درصد موارد دارای حاشیه ی اسکروتیک و در ۱۵ درصد موارد حاشیه ی نامشخص دارد که نشان دهنده ی رشد سریع تومور می باشد<sup>(۹)</sup>. در برخی موارد تحلیل ریشه یا جابجایی دندان ها ی مجاور مشاهده می شود و ندرتا تخریب کورتکس باکال و لینگوال را نشان می دهد<sup>(۴)</sup> در مورد گزارش شده ی حاضر، تخریب قابل توجه کورتکس باکال و لینگوال ایجاد شده بود که باعث شد Low grade central Osteosarcoma در تشخیص افتراقی کلینیکورادیوگرافیک مطرح شود Arnold و همکاران گزارش نمودند که تقریباً ۴ درصد از کیس های Low grade central osteosarcoma ویژگی های کلینیکی و رادیوگرافی خوش خیم دارند<sup>(۱۰)</sup>

در گزارش حاضر، تشخیص افتراقی ضایعات رادیولوسنت-رادیوپاک را می توانیم در نظر بگیریم مانند : Focal Cemento-osseous، فیبروز دیسپلازی، Calcifying Odontogenic Cyst، Dysplasia

## بحث

سنترال اسی فایبینگ فیبروما، یک نئوپلاسم استخوانی خوش خیم و نسبتاً نادر از زیرگروه ضایعات فیبرواسئوس می باشد. طبق مطالعات انجام شده منشا لیگامان پریودنتال برای آن در نظر گرفته شده است زیرا توانایی تولید سمان و مواد استخوانی دارد. اغلب در دهه سه و چهار زندگی دیده می شود و تمایل به بروز در جنس مونث دارد<sup>(۲،۱)</sup> Barberi.A و همکاران در سال ۲۰۰۳ در مطالعه ای محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال را برای ضایعه ذکر کردند<sup>(۸)</sup>. این ضایعه با تمایل بیشتر در مندیبل اتفاق می افتد و مکان شایع آن پرمولر و مولر مندیبل است. از نظر بالینی بصورت تورم بدون درد با رشد آهسته می باشد. تومور دارای حدود مشخص است و بزرگ شدن ضایعه، ممکن است باعث بدشکلی و ناقربینی صورت شود. علایم کلینیکی مانند درد و پاراستزی نادر هستند و ممکن است در مراحل اولیه ی ضایعه، جابجایی دندان ها دیده شود<sup>(۹)</sup> در گزارش حاضر،

Low grade central osteosarcoma مطرح شود ولی با توجه به اینکه با وجود بررسی دقیق، هیچ گونه آتی پی سلولی و اشکال میتوتیک در هیچ قسمت از لام پاتولوژی مشاهده نشد و در Osteosarcoma Low grade central باید آتی پی سلولی حداقلی وجود داشته باشد تشخیص افتراقی Low grade central Osteosarcoma رد شد .

Jahanshahi و همکاران در یک مقاله گزارش مورد، روند های منجر به تاخیر در تشخیص یک مورد استئوسارکومای درجه پایین در ناحیه ی سمفیز فک پایین را بیان نمودند. در این مطالعه، بیمار دختر ۱۸ ساله ای که با تورم بدون درد و با گسترش باکالی و لینگوالی ناحیه ی سمفیز فک پایین مراجعه کرده بود و در طی دو مرتبه عود، برای وی تشخیص نادرست ضایعه فیبرو استئوس خوش خیم مطرح شده بود. سرانجام، در عود سوم تشخیص استئوسارکوم درجه پایین به دلیل تولید استئوئید توسط سلول های هایپرکروم و مشاهده ی اشکال میتوتیک با ظاهر آتیپیک قطعی شد<sup>(۱۱)</sup>. بنابراین گاهی برخی از انواع Low grade central osteosarcoma علیرغم نمای میکروسکوپی ملایمی که دارند و یا به دلیل جستجوی ناکافی نمونه از نظر میکروسکوپی، ممکن است به عنوان ضایعات فیبرواسئوس یا سایر ضایعات خوش خیم تشخیص داده شوند. در این موارد توجه به نمای کلینیکی و رادیوگرافی ضایعه و مشاهده ی شواهدی دال بر تهاجم، کمک کننده است.

به همین دلیل، مورد حاضر نیز دارای اهمیت است چرا که شواهد رادیوگرافیک دال بر تهاجم دیده شد، بنابراین برای اینکه حضور یک استئوسارکوم نادیده گرفته نشود، به بررسی دقیق نمای میکروسکوپی پرداختیم.

در نمای میکروسکوپی اسی فایننگ فیبروما ، اسفرول های شبه سمایی با حاشیه ی مساکی (brush border) که با بافت مجاور در هم می آمیزند مشاهده می شود. خونریزی قابل ملاحظه داخل ضایعه، غیر معمول می باشد<sup>(۱۲)</sup>. در

Calcifying epithelial odontogenic tumor و

استئوسارکوما.

فیبروز دیسپلازی باعث حداقل تغییرات در ساختار استخوان نرمال اطراف می شود و به ندرت تحلیل ریشه در آن رخ می دهد در حالیکه اسی فایننگ فیبروما باعث تغییر در ساختار استخوان و جابجایی دندان ها و همچنین تحلیل ریشه می شود.<sup>(۲)</sup>

Focal cemento-osseous dysplasia اغلب در خلف فک پایین مشاهده می شود و هیچ علامتی از نظر تحلیل ریشه و جابجایی دندان وجود ندارد در حالیکه اسی فایننگ فیبروما می تواند همراه با جابجایی دندان ها و تحلیل ریشه باشد.<sup>(۲،۳)</sup>

Calcifying Odontogenic Cyst اغلب نمای رادیوگرافی رادیولوسنت تک حجره ای با حدود مشخص همراه با مقادیری کلسیفیکاسیون را نشان می دهد.<sup>(۳)</sup>

Calcifying epithelial odontogenic tumor اغلب در ارتباط با نواحی بدون دندان می باشد و در رادیوگرافی، الگوی برف در حال بارش (driven-snow) مشاهده می شود.

استئوسارکوما اغلب به صورت رادیولوسنت یا مختلط می باشد و ممکن است نمای ground glass و اتساع ضایعه با بوردهای نامشخص که توسط استخوان اطراف محو شده است را نشان دهد. با این وجود ریم کورتیکال نازک هم ممکن است دیده شود<sup>(۹، ۱۰)</sup>

Arnold و همکاران در یک مقاله گزارش مورد بیان نمودند که استئوسارکومای فکین می تواند به آسانی با ضایعات فیبرواسئوس خوش خیم از جمله فیبروز دیسپلازی، سمنتواسئوس دیسپلازی و اسی فایننگ فیبروما اشتباه شود بخصوص زمانی که استئوئید به آسانی در بررسی هیستوپاتولوژیک شناسایی نشود<sup>(۱۰)</sup>. در مورد حاضر با توجه به تولید استئوئید توسط سلول های استئوبلاستی می تواند

Tabatabaei و همکاران در سال ۲۰۱۵ در یک مطالعه ی مروری با عنوان چالش های تشخیصی در Low grade central Osteosarcoma فکی، چنین نتیجه گیری نمودند که پاتولوژیست ها به منظور تشخیص زودهنگام Low grade central Osteosarcoma فکی و اجتناب از تشخیص اشتباه آن به عنوان یک ضایعه خوش خیم، بایستی ویژگی های کلینیکی و رادیوگرافیک بیمار را به منظور مشاهده ی بوردرهای محیطی ضایعه، تخریب استخوان کورتیکال و تهاجم به بافت نرم را به دقت بررسی نمایند. در این موارد نمای هیستوپاتولوژیک کلی ضایعه در مقایسه با بررسی ویژگی های سلول اهمیت بیشتری دارد.<sup>(۱۳)</sup>

Lee و همکاران در سال ۲۰۱۵ به گزارش یک مورد Low grade Osteosarcoma که از سمنتو-اسی فاینینگ فیبروما ایجاد شده بود پرداختند. در این مطالعه بیمار خانم ۴۵ ساله همراه با تورم لثه از ۳ ماه قبل و درد دندان در ناحیه پرمولر دوم سمت چپ فک پایین مراجعه کرده بود. در رادیوگرافی پانورامیک، تحلیل خارجی ریشه در ناحیه ی مولر دوم و ضایعه رادیولوسنت با حدود مشخص در خلف بادی و راموس مندیبل وجود داشت. پس از بیوپسی ضایعه و با مشاهده ی پرولیفراسیون فیبروبلاستیک متراکم، استخوان woven و مواد شبه سمانی، تشخیص سمنتو-اسی فاینینگ فیبروما مطرح شد. ۱۶ ماه بعد از اولین جراحی، نشانه هایی از عود ضایعه شامل وجود یک ضایعه رادیولوسنت-رادیوپاک در رادیوگرافی مشاهده شد. بیمار مجدداً بیوپسی و تشخیص سمنتو-اسی فاینینگ فیبروما مطرح شد. یک سال پس از دومین جراحی، بیمار احساس ناراحتی در ناحیه ی کانین سمت چپ مندیبل داشت و تصویر CT شواهدی از گسترش ضایعه و عود را نشان داد. در نمای هیستوپاتولوژی، سلولاریتی فراوان همراه با کمی

حالیکه در نمای میکروسکوپی Low grade central Osteosarcoma تولید استئوئید توسط سلول های مزانشیمال بدخیم، پلئومورفیسم سلولی، افزایش نسبت هسته به سیتوپلاسم، هسته های هایپرکروم و آتی پی سلولی خفیف مشاهده می شود.<sup>(۱۰)</sup>

در نمای میکروسکوپی مورد گزارش شده، بافت همبند سلولار همراه با درجات متغیری از مواد مینرالیزه دیده شد که محتوای مینرالیزه شامل استئوئید و اسفرول های بازوفیلیک و کم سلول شبه سمانی بود. علیرغم وجود برخی شواهد رادیوگرافیک تهاجمی و نیز مشاهده ی تولید استئوئید توسط سلول های استئوبلاستی که می تواند تشخیص یک Low grade central osteosarcoma را مطرح نماید ولی به علت عدم وجود آتی پی سلولی و فقدان اشکال میتوتیک، تشخیص افتراقی Low grade central Osteosarcoma شد.<sup>(۷، ۱۰، ۱۱)</sup>

Arnold و همکاران در سال ۲۰۲۰ به گزارش یک مورد، Low grade central Osteosarcoma در فک پایین که از نظر کلینیکی شبیه به ضایعه فیبرواسئوس خوش خیم بود پرداختند. در این مطالعه بیمار آقای ۸۲ ساله با شکایت از تورم فک پایین سمت چپ و بدون هیچ علامت دیگری شامل زخم یا تخریب ساختارهای مجاور مراجعه کرده بود. در نمای رادیوگرافی بیمار، ضایعه رادیولوسنت-رادیوپاک با حدود مشخص در ناحیه سمت چپ خلف بادی مندیبل دیده شد. براساس نمای کلینیکی و رادیوگرافی، تشخیص ضایعات فیبرواسئوس خوش خیم با تاکید بر اسی فاینینگ فیبروما مطرح شد اما در نمای هیستوپاتولوژی ضایعه، محصولات استخوانی بدخیم همراه با فعالیت کندروبللاستیک نئوپلاستیک مشاهده شد و تشخیص Low grade central Osteosarcoma قطعی شد.<sup>(۱۰)</sup>

کلینیکی و رادیوگرافی، برخلاف معمول، ضایعه استخوانی همراه با تهاجم و پرفوراسیون کورتکس باکال و لینگوال بود، بنابراین گزارش این مورد حائز اهمیت است.

#### نتیجه گیری:

این گزارش مورد نشان داد که در بررسی نمای کلینیکی و رادیوگرافی یک توده ی استخوانی همراه با تخریب کورتکس باکال و لینگوال، متخصصین آسیب شناسی بایستی همواره وضعیت های جدی تر را در ذهن خود داشته باشند و در این حالت مشاهده ی دقیق مقاطع میکروسکوپی گوناگون از آن ضایعه ضروری است، چرا که تشخیص قطعی یک ضایعه ی فیبرواسئوس نیازمند برقراری ارتباط میان یافته های بالینی، تاریخچه و ویژگی های رادیوگرافی و میکروسکوپی می باشد. از طرفی هماهنگی بین پاتولوژیست و جراح و پیگیری بیمار به منظور کنترل روند ترمیم بایستی مدنظر قرار گیرد.

آتی پی سلولی و اشکال میتوتیک و تراپکول های استخوانی نامنظم مشاهده شد و تشخیص مبنی بر Low grade Osteosarcoma مطرح شد. بنابراین متخصصین باید آگاه باشند که امکان تبدیل سمنتو-اسی فائینگ فیبروما به استئوسارکوم وجود دارد و تشخیص دقیق و پیگیری های منظم برای بیماران با سمنتو-اسی فائینگ فیبروما ضروری است<sup>(۷)</sup>

درمان این ضایعه خارج کردن تومور به صورت یکپارچه (enucleation) و کورتاژ می باشد. ضایعات بزرگ که تخریب قابل توجه استخوانی ایجاد کرده اند ممکن است نیازمند گرفت استخوانی باشند. اگر بزرگ شدن ضایعه باعث آسیب به ساختارهای مجاور شود، برداشت کامل ضایعه همراه با مارجین اطراف آن توصیه می شود.<sup>(۱۰)</sup> Wanzeler و همکاران در سال ۲۰۱۸ انوکلیشن و کورتاژ را درمان مناسب مطرح کردند<sup>(۱۴)</sup> در مورد گزارش شده حاضر نیز استئوکتومی کامل ضایعه و گرفت استخوان انجام شد.

Arnold و همکاران در سال ۲۰۲۰ در مطالعه ای بیان نمودند که ۱۲ درصد از موارد اسی فائینگ فیبروما پس از برداشت کامل توسط جراحی عود داشتند<sup>(۱۰)</sup> Bala و همکاران در سال ۲۰۱۷ در مطالعه ای میزان عود اسی فائینگ فیبروما را ۲۸-۰ درصد بیان نمودند<sup>(۶)</sup>

Swami و همکاران در سال ۲۰۱۵ رفتار موضعا مهاجم همراه با عود بالا را برای اسی فائینگ فیبروما گزارش نمودند و پروگنوز آن را مطلوب دانستند.<sup>(۹)</sup>

Arnold و همکاران در سال ۲۰۲۰ در مطالعه ای بیان نمودند که اسی فائینگ فیبروما پتانسیل ایجاد بدخیمی ندارد ولی تاکنون چند مورد گزارش ایجاد استئوسارکوم از اسی فائینگ فیبروما بیان شده است<sup>(۷، ۱۰، ۱۵)</sup> ولی در مورد مورد حاضر پس از ۶ ماه پیگیری، عود گزارش نشد.

از آنجاییکه سنترال اسی فاینینگ فیبروما یک نئوپلاسم فیبرواسئوس نسبتا نادر می باشد و در مورد حاضر در بررسی

**References:**

1. Mergoni G, Meleti M, Magnolo S, 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. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2015;19(1):83-7.
2. Mohanty S, Gupta S, Kumar P, Sriram K, Gulati U. Retrospective Analysis of Ossifying Fibroma of Jaw Bones Over a Period of 10 Years with Literature Review. *Journal of maxillofacial and oral surgery*. 2014;13(4):560-7.
3. Porto DE, Diniz JA, Barbirato DdS, Silva TdS, Andrade RRAd, Andrade ESdS. Agreement Between Clinical-Radiographic and Histopathological Diagnoses in Maxillofacial Fibro-Osseous Lesions. *association of support to Oral Health Reaserch*. 2021;21.
4. Abu El Sadat SM, Al Ashiry MK, Mostafa RA, Abdelkarim AZ, Syed AZ. An Immature Ten-year Long-standing Case of Ossifying Fibroma. *Cureus*. 2018;10(6):e2782.
5. Mohapatra M, Banushree CS, Nagarajan K, Pati D. Cemento-ossifying fibroma of mandible: An unusual case report and review of literature. *Journal of oral and maxillofacial pathology : JOMFP*. 2015;19(3):405.
6. Bala TK, Soni S, Dayal P, Ghosh I. Cemento-ossifying fibroma of the mandible. A clinicopathological report. *Saudi medical journal*. 2017;38(5):541-5.
7. Lee YB, Kim NK, Kim JY, Kim HJ. Low-grade osteosarcoma arising from cemento-ossifying fibroma: a case report. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2015;41(1):48-51.
8. Barberi A, Giuseppe C. Bilateral cemento-ossifying fibroma of the maxillary sinus. *The British journal of radiology*. 2003;76:279-80.
9. Swami A, Kale L, Mishra S, Choudhary S. Central ossifying fibroma of mandible: A case report and review of literature. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*. 2015;27:131.
10. Arnold J, Smith C, Torres K, Jenzer A. Low-grade central osteosarcoma of the mandible clinically mimicking a benign fibro-osseous lesion: A rare case report. *Dental, Oral and Maxillofacial Research*. 2020;6.
11. Jahanshahi G, Tabatabaei H. Delay in diagnosis of low-grade osteosarcoma in the mandibular symphysis area: a case report. *Shiraz Univ Dent J*. 2010;11(2):177-82.
12. Günhan Ö, Kahraman D, Yalçın Ü. The possible pathogenesis of cemento-osseous dysplasia: A case series and DISCUSSION. *Advances in Oral and Maxillofacial Surgery*. 2021;3:100105.
13. Tabatabaei SH, Jahanshahi G, Dehghan Marvasti F. Diagnostic challenges of low-grade central osteosarcoma of jaw: a literature review. *Journal of dentistry*. 2015;16(2):62-7.
14. Wanzeler AMV, Rohden D, Arús NA, Silveira HLD, Hildebrand LC. Central Cemento-Ossifying Fibroma: Clinical Imaging and Histopathological Diagnosis. *Int J Odontostomat*. 2018;12(3):233-6.
15. Lopes MA, Kim HS, Mariano FV, Correa MB, Rabelo NT, Vargas PA. Clinico-pathologic conference: case 1. High-grade osteosarcoma (OS) and florid cemento-osseous dysplasia (FCOD). *Head and neck pathology*. 2010;4(4):329-33.