

A case report of an extensive irritation fibroma on palatal margin of maxillary gingiva

B. Tahamtan*

S. Baqery Moqadam*

*Assistant of Oral and Maxillofacial Medicine, School of Dentistry, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

***Abstract**

Irritation fibroma is a reactive lesion of the buccal mucosa that often occurs in line with the occlusal plane due to cheek biting. This lesion may also be seen on the palate, gingiva and lips; however, it mostly occurs in the areas exposed to trauma. This paper reports a case of extensive irritation fibroma on maxillary gingiva in a 36 year old male that was related to palatal margin of left premolars. The lesion was excised by biopsy and was diagnosed as irritation fibroma after histological analysis.

Keywords: Fibroma, Giant Cell Granuloma, Gingiva**Citation:** Tahamtan B, BaqeryMoqadam S. A case report of an extensive irritation fibroma on palatal margin of maxillary gingiva. J Qazvin Univ Med Sci. 2015; 19 (5): 73-77.

Corresponding Address: Sudabe Baqery Moqadam, School of Dentistry, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran**Email:** sudabe_fm@yahoo.com**Tel:** +98-936-8343083**Received:** 24 Feb 2015**Accepted:** 24 May 2015

گزارش یک مورد فیبروم تحریکی بزرگ در لبه لته کامی فک بالا

دکتر بهرام تهمن*

دکتر سودابه باقری مقدم*

* دستیار تخصصی بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

آدرس نویسنده مسؤل: زاهدان، دانشکده دندان‌پزشکی، بخش بیماری‌های دهان، فک و صورت، تلفن ۰۹۳۶۸۳۴۳۰۸۳

Email: sudabe_ftm@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۵

* چکیده

فیبروم تحریکی یک ضایعه واکنشی بافت دهان است که اغلب در راستای خط جویدن گونه (پلان اکلوزال) به دلیل گاز گرفتگی گونه به وجود می‌آید. این ضایعه می‌تواند در کام، لته و لب نیز دیده شود، هر چند اکثراً در نواحی بروز می‌کند که بیش‌تر تحت تروما هستند. در این مقاله یک فیبروم تحریکی بزرگ در لته فک بالا که پایه آن با دندان‌های ۴ و ۵ چپ سمت کام مرتبط بود در آقایی ۲۲ ساله گزارش می‌شود. این ضایعه توسط بیوپسی خارج و پس از تحلیل بافت‌شناسی، فیبروم تحریکی تشخیص داده شد.

کلیدواژه‌ها: فیبروم، ژانت سل گرانولوما، لته

* مقدمه

انواع ضایعه‌های تحریکی که در حفره دهان رخ می‌دهند عبارتند از: فیبروم تحریکی، پیوژنیک گرانولوما، ژانت سل گرانولومای محیطی و فیبروم استخوانی شونده محیطی. اندازه این توده‌ها به میزان عوامل موضعی مانند جرم زیر لته و چگونگی ترمیم در بدن فرد بستگی دارد. شایع‌ترین محل بروز فیبروم تحریکی حفره دهان در امتداد خط جویدن گونه است که به دلیل گاز گرفتن گونه توسط دندان‌ها ایجاد می‌شود، اما در لب پایین، زبان، کام سخت و زائده دندانی نیز می‌تواند رخ دهد. رنگ ضایعه‌ها اغلب همانند مخاط است و به صورت یک ندول سفت، بدون علامت با سطحی صاف و بدون پایه تظاهر می‌کند.^(۴،۳)

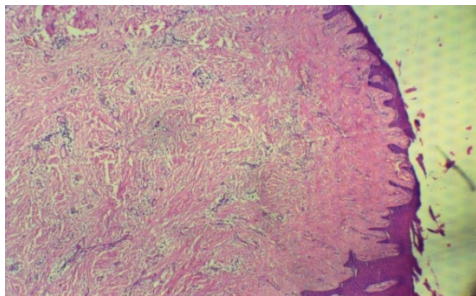
مخاط دهان اغلب در معرض محرک‌های داخلی و خارجی وسیعی از جمله ضایعه‌های رشدی-تکاملی، واکنشی، التهابی و نئوپلاستیک است. این ضایعه‌ها به صورت موضعی و منتشر ظاهر می‌شوند. در صورتی که تکثیر بافت همبند محدود به لته باشد، اپولیس خوانده می‌شود.^(۵)

فیبروم‌های تحریکی دهان یا فیبروم‌های تروماتیک به تومورهای واکنشی خوش‌خیم بافت همبند گفته می‌شوند که به دلیل تحریک و ترومای موضعی به وجود می‌آیند.^(۱)

ضایعه‌ها با افزایش حجم التهابی می‌توانند به صورت افزایش اندازه یک عضو یا بافت، به علت افزایش تعداد سلول‌ها در پاسخ به آسیب‌های موضعی بیان شوند. تحریک‌های تروماتیک عبارتند از: ترمیم‌های نامناسب، لبه‌های دندان پوسیده، جرم دندانی، استخوان تیز، دستگاه‌های ارتودنسی و دندان‌های مصنوعی. فیبروم‌های تحریکی از لحاظ بالینی اغلب بدون پایه و گاهی نیز به صورت باریک ظاهر می‌شوند. اندازه آن‌ها اغلب کوچک است و ضایعه‌های بزرگ‌تر از یک سانتی‌متر به ندرت دیده می‌شوند.^(۲) بنابراین، در صورت افزایش اندازه و سرعت رشد ممکن است با تومورهای بافت همبندی اشتباه شوند. به همین دلیل آشنایی با نمای غیرمعمول این ضایعه‌ها در افتراق آن‌ها از انواع مختلف تومورها کمک‌کننده است.

مشاهده شد، اما بیمار سابقه‌ای از تروما را ذکر نکرد. در ارزیابی پیرابالینی به منظور یافتن هرگونه عامل تحریکی یا مشکل دندانی و استخوانی، رادیوگرافی پانورامیک و پری‌ایپیکال ناحیه مذکور درخواست شد که به جز فاصله بین دندان‌های فک بالا و انحراف دندان ۳ همان سمت، هیچ‌گونه مشکل دیگری یافت نشد.

تشخیص افتراقی شامل فیروم تحریکی و فیروم استخوانی شونده محیطی بود و با توجه به اندازه ضایعه و قوام آن، تومورهای بافت همبندی نیز مطرح شد. از بین تومورهای بافت همبندی، نورومای کپسول‌دار نردبانی در کام سخت شایع می‌باشد، اما با توجه به این که اندازه آن‌ها کم‌تر از یک سانتی‌متر است و در دهه‌های پنجم و هفتم رخ می‌دهند، در رده پایین تشخیص افتراقی قرار گرفت. با توجه به این که فیروم استخوانی‌شونده محیطی، قوام سخت دارد و ضایعه مذکور قوام سفت،^(۶) بیمار با تشخیص بالینی اولیه فیروم تحریکی تحت درمان قرار گرفت. سپس ضایعه با بیوپسی خارج و نمونه بافتی جهت ارزیابی بافت‌شناسی و تشخیص قطعی به بخش آسیب‌شناسی دهان فرستاده شد. پس از درمان، دوره پی‌گیری ۶ تا ۱۲ ماهه برای بیمار در نظر گرفته شد. ارزیابی بافت‌شناسی، بافت فیروزه متشکل از رشته‌های کلاژن متراکم را نشان داد که در بین آن‌ها سلول‌های فیروبولاست و فیروسیت‌ها قرار گرفته بودند. بیش‌تر سطح ضایعه توسط اپی‌تلیوم مطبق سنگ‌فرشی با زواید (retepeg) کوتاه و پهن پوشانده شده بود. بنابراین براساس یافته‌های آسیب‌شناسی تشخیص نهایی فیروم تحریکی بود (شکل شماره ۲).



شکل ۲- نمای بافت‌شناسی ضایعه

در این مقاله یک فیروم تحریکی بزرگ در لبه لثه کامی فک بالا گزارش می‌شود.

* معرفی بیمار:

بیمار آقای ۲۲ ساله بود که به دلیل وجود یک ضایعه برجسته در کام، در مهر ماه سال ۱۳۹۲ به بخش بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشکده دندان‌پزشکی زاهدان مراجعه کرده بود. پس از تشکیل پرونده، از وی تاریخچه پزشکی و دندان‌پزشکی اخذ شد. بیمار کشاورز بود و هیچ‌گونه سابقه مصرف دخانیات، عادت دهانی و یا مصرف دارو را ذکر نمی‌کرد. همچنین از لحاظ شرایط سیستمیک سالم بود و سابقه هیچ بیماری نداشت. وی شروع ضایعه را از ۴ سال قبل همراه با افزایش تدریجی حجم آن ذکر می‌کرد که مانع تغذیه و بهداشت مناسب دهانی می‌شد.

در معاینه خارج دهانی نکته قابل توجهی مشاهده نشد. در معاینه داخل دهانی، یک ضایعه برجسته با سطحی لوبوله، پایه باریک، قوامی سفت، هم‌رنگ مخاط و بدون نواحی زخمی به ابعاد ۴×۴ سانتی‌متر مشاهده شد که پایه آن در لبه لثه دندان‌های ۴ و ۵ سمت چپ فک بالا و فاقد هرگونه درد و حساسیت بود. همچنین به دلیل عدم توانایی در بهداشت دهانی، افزایش حجم منتشر لثه در فک بالا دیده شد که با تحریک، خون‌ریزی داشت (شکل شماره ۱).



شکل ۱- نمای بالینی فیروم تحریکی

در ارزیابی بالینی، وجود عامل تحریکی مانند جرم دندانی در ناحیه کامی بین دندان‌های ۴ و ۵ سمت چپ فک بالا

*بحث و نتیجه گیری:

در این مقاله یک فیبروم تحریکی بزرگ بدون علامت و پایه‌دار در لبه لثه کامی به دلیل رشد غیرمعمول و نوع پایه آن گزارش شد. برخی از فیبروم‌های تحریکی می‌توانند به صورت یک ضایعه برجسته و بزرگ تظاهر کنند که در صورت عدم تشخیص به موقع و درمان مناسب، ممکن است مشکلاتی برای بیمار ایجاد کنند. فیبروم تحریکی نوعی واکنش التهابی است که شیوع آن بیش‌تر در خانم‌ها بین دهه‌های سوم و چهارم زندگی است.^(۵)

زارعی و همکاران در سال ۲۰۰۷ طی یک مطالعه جامع تعداد ۱۷۲ بیمار مبتلا به فیبروم را بررسی کردند که فیبروم تحریکی اغلب بر روی لثه گزارش شد و از این لحاظ با مطالعه حاضر مطابقت داشت.^(۶) همچنین کیل در سال ۲۰۱۳ یک فیبروم تحریکی پایه‌دار بزرگ در لب قدام فک پایین به ابعاد ۵×۵ سانتی‌متر را گزارش کرد که به دلیل افزایش حجم ضایعه با جویدن، بلع و بهداشت دهان بیمار تداخل ایجاد می‌کرد و با گزارش حاضر مشابهت داشت.^(۸)

سانتانا و همکاران در سال ۲۰۱۴ با بررسی ۱۹۳ بیمار مبتلا به فیبروم تحریکی نشان دادند شایع‌ترین محل بروز (۶۱/۷ درصد) در مخاط گونه بود و اغلب در خانم‌ها مشاهده شد. در آن مطالعه حدود ۹۰/۷ درصد بیماران تاریخچه تروما را ذکر کردند. اکثر بیماران (۹۲/۲ درصد) درد را گزارش نکردند و اندازه ضایعه‌ها به ندرت از ۲ سانتی‌متر فراتر رفت.^(۴) در مطالعه حاضر ضایعه در لثه فک بالا ایجاد شده بود و بیمار تاریخچه تروما را ذکر نمی‌کرد. در گزارش باگده در سال ۲۰۱۲ اندازه فیبروم‌های تحریکی اغلب کم‌تر از ۱/۵ سانتی‌متر و به ندرت بزرگ‌تر از ۳ سانتی‌متر بود، اما در برخی ضایعه‌ها به ۶ تا ۹ سانتی‌متر نیز می‌رسید. سطح ضایعه‌ها نیز در ۳۴ درصد موارد سالم و در ۶۶ درصد موارد زخمی گزارش شد که از لحاظ اندازه ضایعه و همچنین نواحی زخمی بر روی سطح آن با گزارش حاضر متفاوت بود.^(۹)

لالیت کومار و همکاران در سال ۲۰۱۰ یک مورد فیبروم تحریکی پایه‌دار بر روی لثه لیبال دندان ۳ فک بالا به اندازه ۲×۲ سانتی‌متر را در خانمی ۲۴ ساله گزارش کردند. ضایعه به مدت یک سال در دهان بیمار وجود داشت، اما رشد آن ۶ ماه پس از شروع متوقف شده بود که از این لحاظ با مورد آرایه شده حاضر مغایرت داشت.^(۳) در مطالعه بین و همکاران در سال ۲۰۱۲ بر روی ۱۰۰ بیمار، ضایعه‌های تحریکی اغلب بر روی قدام لثه فک پایین و سپس مخاط گونه با رشد محدود رخ داده بودند و شایع‌ترین آن‌ها پیوژنیک گرانولوما و پس از آن فیبروم تحریکی بود.^(۱۱)

در مطالعه‌های ذکر شده در بالا، رشد اغلب ضایعه‌های تحریکی از ۱ سانتی‌متر تجاوز نمی‌کرد که از این لحاظ با نتایج مطالعه حاضر مطابقت نداشت. درمان ضایعه‌های تحریکی شامل جراحی کامل ضایعه، حذف عوامل ایجادکننده، جرم‌گیری اطراف دندان‌ها و در صورت درگیری الیاف پرپودنتال، جراحی تهاجمی است. همچنین حذف یا تصحیح ترمیم‌های نامناسب، تعویض دست دندان‌های مصنوعی بی‌ثبات و پی‌گیری منظم پس از خارج کردن ضایعه جهت کاهش عود ضروری است.^(۱۲) در مطالعه حاضر علاوه بر جراحی ضایعه، جرم‌گیری و تصحیح لثه نیز برای بیمار انجام شد و پس از پی‌گیری ۶ و ۱۲ ماهه هیچ‌گونه شواهدی از عود را نشان نداد. پیشنهاد می‌شود در مواردی که ضایعه‌های التهابی نمای بالینی غیرمعمول دارند، با توجه به این که عدم تشخیص مناسب ممکن است به درمان‌های وسیع و غیرضروری منجر شود، معاینه بالینی کامل در کنار رادیوگرافی و بافت‌شناسی جهت تشخیص ضایعه انجام شود.

*سپاس‌گزاری:

از راهنمایی‌های خانم‌ها دکتر فاطمه اربابی و دکتر ماریه هنرمند تشکر می‌شود.

*مراجع:

1. Nakamura F, Fifita SF, Kuyama K. A study of irritation fibroma with special reference to clinicopathological and immunohistochemical features of stromal spindle cells. *International Journal of Oral Medicine Science* 2005; 4 (2): 83-91.
2. Jain K, Singh BD, Dubey A, Avinash A. Fibro-epithelial hyperplasia mimicking mucocele. *Kathmadu Univ Med J (KUMJ)* 2014 Apr-Jun; 12 (46): 146-8.
3. Mathur LK, Bhalodi AP, Manohar B, Bhatia A, Rai N, Mathur A. Focal fibrous hyperplasia: a case report. *International Journal of Dental Clinics* 2010; 2 (4): 56-7.
4. de Santana Santos T, Martins-Filho PR, Piva MR, de Souza Andrade ES. Focal fibrous hyperplasia: A review of 193 cases. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014 Sep; 18 (Suppl 1): S86-9.
5. Effiom OA, Adeyemo WL, Soylele OO. Focal reactive lesions of gingiva: an analysis of 314 cases at a tertiary health institution in Nigeria. *Niger Med J* 2011 Jan; 52 (1): 35-40.
6. Neville BR, Dam DO, Allen CA, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 3rd ed. Philadelphia, USA: WB Saunders Co.; 2009. 517-70.
7. Zarei MR, Chamani G, Amanpoor S. Reactive hyperplasia of the oral cavity in Kerman province z, Iran: A review of 172 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007 Jun; 45 (4): 288-92.
8. Kale TA. Focal fibrous hyperplasia a reactive lesion. *International Journal of Dental Clinic* 2013; 5 (3): 29-30.
9. Vhanmane P, Waghmare A, Savitha B, Bagde H. Peripheral cement ossifying fibroma- Case Report. *Int J Dent Case Reports* 2012; 2 (5): 15-8.
10. Kashyap B, Reddy PS, Nnalini P. Reactive lesions of oral cavity: a survey of 100 cases in Eluru, West Godavari district. *Contemp Clin Dent* 2012 Jul; 3 (3): 294-7.
11. Bagde H, Waghmare A, Savitha B, Vhanmane P. Irritation fibroma- A case report. *International Journal of Dental Clinics* 2013; 5 (1): 39-40.