دراسة استعادية سريرية نسيجية للورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي من كلية طب الأسنان – جامعة دمشق

أحمد المنديلي*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: دراسة سريرية استعادية للورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي عند مراجعي كلية طب الأسنان – جامعة دمشق، ودراسة نسيجية مقارنة للمكونات الكولاجينية والمتمعدنة بين آفات الفك العلوي والسفلي.

مواد البحث وطرائقه: فحص 50 مريضاً أعمارهم 9-59 سنة (متوسط=34) (15 ذكور – 35 إناثاً) مصابين بالورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي في قسم جراحة الوجه والفكين بين عامي 2004-2009، وأجريت المقاطع النسيجية الملونة بالهيماتوكسلين والإيوزين في قسم الأنسجة والتشريح المرضي كلية طب الأسنان- جامعة دمشق. وضعت الجداول التحليلية باستخدام برنامج SPSS إصدار 13.0، واستخدم اختبار كأي مربع عند Sig<0.05 للدراسة الإحصائية لعلاقة انتشار الورم مع العمر والجنس، ودراسة العلاقة بين المواد المتمعدنة والخلايا الالتهابية والخلايا البطانية ومكان توضع الورم بالفك العلوي أو السفلي.

النتائج: بلغت الإصابات 86% في الأعمار بين 10- 39. كانت الإصابات 70% عند الإناث و 30% لدى الذكور، بشكل كتلة معنقة أو لاطئة على الحليمة اللثوية ومتقرحة 54% تركزت في منطقة القواطع 67,7% الفك العلوي و63% في الفك السفلي. كانت 92% من الإصابات أصغر من 1,5 سم. لم نجد في الدراسة الإحصائية علاقة بين العمر والجنس وانتشار الورم Sig>0.05. في الدراسة النسيجية كانت مصورات الليف فتية في 57.9% من إصابات الفك العلوي غير المتقرحة، وبالغة كهلة في إصابات الفك السفلي كلّها. بلغت المكونات العظمية الناضجة في آفات الفك العلوي 63.1% في الحالات السليمة، و75% في الحالات المتقرحة، و100% في آفات الفك السفلي. كما يلاحظ أن التكلس الاستحالي كان موجوداً في الإصابات المتقرحة بنسبة 75% في الفك العلوي، وبنسبة 66.7% في الفك السفلي. وجدنا علاقة إحصائية بين الخلايا البطانية والفك، قيمة كأي مربع تبلغ 5,520، و Sig<0.05.

الاستنتاج: ظهر الورم الليفي في الأعمار المبكرة عند الإناث وتوضع في الفك العلوي الأمامي بشكل شائع، ووجدنا علاقة بين الخلايا البطانية والفك.

الكلمات المفتاحية: الورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي، الورم الليفي المتعظم المحيطي، الورم الليفي المتملط المحيطي.

* أستاذ مساعد- قسم التشريح المرضي – كلية طب الأسنان – جامعة دمشق.

A Clinical and Histological Retrospective Study of Peripheral Cemento-Ossifying Fibroma (PCOF) by the Faculty of Dentistry, Damascus University

Ahmad Almanadili*

Abstract

Background & Objective: It is a retrospective study of peripheral cemento-ossifying fibroma for patients of the faculty of dentistry – Damascus university, and a histological comparative study of the collageneous and mineralized constituents between the lesions of the maxilla and mandible.

Methods & Materials: 50 patients aged 9 – 59 years (average 34 years old), 15 males and 35 females, defeated by peripheral cemento-ossifying fibroma, were examined in the maxillofacial surgery department between 2004 and 2009. Histological sections stained with hematoxylin and eosin were made in the department of oral histology and oral pathology, faculty of dentistry, Damascus university. Analytical tables were set using SPSS program, issue 13.0. Chi square test used, sig<0.05, for the statistical study of how fibroma correlates with age and gender and the study of the relation between inflammatory and endothelial cells and the location of lesion in the maxilla and mandible.

Results: lesions reached 86% between 10-39. 70% for females and 30% for males and were in the form of pedunculated or sessile tumor on the gingival papilla, 54% were ulcerated and concentrated in the incisive, 67.7% in the maxilla and 63% in the mandible. 92% of lesions were less than 1.5 cm. No correlation was found through the statistical study between age, gender and the spread of lesion, sig<0.05. In the histological study, the fibroblasts were young in 57.9% of the non ulcerated lesions of maxilla and adult in all the lesions of the mandible. Mature osseous constituents of the lesions of the maxilla reached 63.1% for the non ulcerated cases, 75% in the ulcerated cases and 100% in the lesions of the mandible. It was noticed that the dystrophic calcification existed in the ulcerated lesion at 75% for the maxilla and 66.7% for the mandible. A statistical relationship was found between the endothelial cells and the jaw, the value of Chi square was 5.520 and Sig<0,05.

Conclusion: Fibroma appeared in the early and middle aged women and was commonly located in the anterior maxilla. A correlation was found between the endothelial cells and the jaw.

Key words: peripheral cemento-ossifying fibroma, peripheral ossifying fibroma, peripheral cementifying fibroma.

* Ass. Prof. Department, Dental school, Damascus University.

مقدمة:

تعدّ اللثة مكاناً شائعاً للناميات، التي قد تكون ورمية أو مشبهة بالورمية،[1] تعدّ الآفات غير الورمية، الآفات الارتكاسية فرط التصنعية، [2،3] هي الإصابات الأكثر مصادفة، إذ إنَّها تشكل نسبة تراوح بين 75,5% و91% من مجمل الإصابات اللثوية [4،5]، ونسبة تراوح بين 9,6% و10,6% من مجمل الإصابات الفموية.[6]

يشكل الورم الليفي المتعظم المحيطي بحسب الدراسات المختلفة نسباً مختلفة من الآفات الفموية بشكل عام، إذ تراوح نسبة حدوثه بين1- 2%[7] و3,1%،[8] في حين تقدر نسبة حدوثه بين 9% و 45,4% من مجموع الناميات اللثوية.[8، 9، 10]

الورم الليفي المتعظم المحيطي الملاطي آفة مجهولة السبب الحقيقي، [11، 12] وتشير البحوث إلى دور الرض المزمن والتخريش المديد والمتعضيات الدقيقة وترسبات القلح والحشوات والتعويضات السنية سيئة الصنع في التحريض على حدوث هذه الآفة.[11،13،14] كما تشير بعض البحوث أيضاً إلى الدور المحتمل للالتهاب المزمن، [3] أو للهرمونات الجنسية الأنثوية في تطور الورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي.[3، 6، 15] تشير أغلب الدراسات إلى النسيج الرباطي كمنشأ للآفة.[8،13،16،17،18].

يصيب الورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي أي عمر بين 2,5 – 78، [6] ولكنه غالباً ما يصادف لدى صغار العمر،[19، 20] وتكون الذروة بين العقدين الثاني والثالث، [6، 10، 11، 13] ويربط بعض الباحثين تراجع الإصابات مع سن اليأس.[21، 22] إذْ يصيب الأطفال [20] ويشكل نسبة 10% في العمر بين 5-9 سنوات. [7] رغم أن هناك بحوثاً تشير إلى ندرة الإصابات في العقد الأول من العمر، [21] فهناك تقارير عن إصابات في عمر 5 سنوات [15] كما أن هناك تقارير تشير إلى أن أصغر عمر لمريضة سجل لدى طفلة عمرها ساعتان. [20] وتقرير آخر عن إصابة سيدة بعمر 55 سنة. [11] و60 سنة. [9] يختلف العمر المتوسط للإصابة باختلاف الدراسات فهو 28 – 30,5 سنة، [6] 33 سنة، [21] 44 سنة[23]. تميل الآفة لإصابة الإناث، [7، 8، 17] ويشير الباحثون إلى أن نحو ثلثي الإصابات تكون لدى الإناث، [3، 8، 16، 17] أو بمقدار الضعف 68,2%، [6] أو 75,5%.[21] كما تصادف لدى النساء الحوامل بنسبة 12,1 %.[21]

تتوضع الإصابات عادة في المنطقة الأمامية، [7] للفك العلوي، [3، 8، 21، 23، 24] وقد تصادف على الفك السفلي. [2، 7، 9، 12] تنمو الآفة غالباً على حساب الحليمة بين السنية. [7، 8، 10، 21].

تبدو سريرياً الآفة على شكل كتلة نسيجية وحيدة ذات قوام متماسك، يمكن أن تكون متعددة [25]. ترتكز على قاعدة عريضة أو تكون معنقة،[13،14] غير عرضية، لونها من لون المخاطية المجاورة أو يكون لونها مائلاً للاحمرار. [8، 13، 14، 21] يتقرح سطح الآفة، بنسب مختلفة تراوح بين 23 – 66% من الحالات. [3، 21] قد يصادف الألم في 15,3%.[21]

رغم ما يذكر في الأدبيات أن الآفة لا تؤثر في العظم السنخي،[13] ولا تبدو بالصور الشعاعية، إلا أنها قد تترافق مع امتصاص عظمي خفيف،[16] أو تتسبب في هجرة الأسنان المجاورة، أو حدوث فرجات سنية، أو تبدل مواقع الأسنان،[12] أو إعاقة بزوغ براعم الأسنان الدائمة. [7، 11، 17، 25، 26] يلاحظ التخرب العظمي،[27] خاصة في الحالات غير المعالجة التي توجد فترة طويلة.[13] الآفة ذات نمو بطيء،[17] يتسرع لدى صغار السن، [7، 13] قد تستمر عدة أشهر إلى عدة سنوات حتى 14 سنة.[6] قد تصادف على السنخ الأدرد. [25]

لا تبلغ عادة الآفات حجوماً كبيرة، إذ ذكرت أغلب الدراسات أن حجم الآفة لا يتجاوز الـ 2سم،[24] حتى أن بعضهم يعتقد أن الآفات لا تتجاوز الـ 1,5 سم، [7، 13، 17]

كما يمكن أحياناً أن تبلغ حجوماً كبيرة،[11] علماً أن بعض التقارير تضمنت حجماً يتجاوز الـــ 9 سم.[17]

يعدُّ الورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي آفة قابلة للنكس ،[13، 16، 24] تختلف النسب بين5,1%،[21] و9%،[7] و14%- 16%،[8] 20%.[24] كما سجلت نسبة نكس لدى المرضى الذين يخضعون للعلاج التقويمي بنسبة 3,8 – 7%.[13،7] العمر المتوسط للنكس 12 شهراً.[7]

تتألف الآفة نسيجياً من نسيج ليفي كثيف، يتألف من ألياف غرائية وخلايا مصورات ليف نشيطة،[13،21] قد تكون نجمية الشكل أو مغزلية،[19] لا تحيط بها محفظة،[20] تحوي على بؤر من مواد متمعدنة بنسب تراوح بين 23%،[23] 35%.[8] تتألف بؤر التمعدن من تشكيلات عظمية هافرسية أو صفيحية أو على شكل حجب عظمية، تحيط بها الخلايا مصورات العظم، ومواد مشبهة بالعظم ومواد مشبهة بالملاط على شكل كتل مدورة أسسة تخلو من الخلايا.[13، 16، 20، 21] يقترحMartins[24] وEversole[28] تسمية الكتل العظمية بـــ Ossicles قياساً إلى Cementicles وDenticles. قد تحتوي الآفات على تكلسات استحالية خاصة في الحالات المتقرحة،[3] في حين يشير Bahar[21] إلى عدم وجود اختلاف بفي البنية النسيجية بين الآفات المتقرحة وغير المتقرحة. يصادف أيضاً تكاثر خلايا بطانية ويكون النسيج الضام موعىً بشكل غزير خاصة في مناطق التقرح، كما يظهر نسيج حبيبي تحت مناطق التقرح.[8، 16] فضلاً عن إلى وجود الرشاحة الخلوية الالتهابية المزمنة اللمفية البلاسمية.[8، 12، 16، 25]

يستر الآفة بشرة رصفية مطبقة مفرطة التقرن أو نظيرة تقرن، قد تكون متقرحة، أو مصابة بتسمك الطبقة الشائكة.[13] نذكر أحد التقارير مرافقة الآفة لبني نسيجية مطابقة لورم حبيبي ذي خلايا عرطلة محيطي.[26]

هدف البحث: دراسة سريرية للورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي عند المصابين مراجعي كلية طب الأسنان – جامعة دمشق من حيث توزع الإصابات بحسب العمر والجنس والموقع (الفك العلوي والسفلي)، مع إجراء دراسة نسيجية لدراسة اختلاف المكونات الكولاجينية والمتمعدنة بين آفات الفك العلوي والسفلي.

مواد البحث وطرائقه:

عينة المرضى

فحص 50 مريضاً أعمارهم 9-59 سنة (متوسط= سنة 34) (15 ذكراً – 35 أنثى) مصابين بالورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي في قسم جراحة الوجه والفكين في كلية طب الأسنان جامعة دمشق بين عامي 2004-2009

1. الفحص السريري: فحص المرضى المراجعون الذين يشكون من كتلة نسيجية على لثة الفك العلوي أو السفلي، شمل الفحص المنطقة المصابة مع فحص المخاطية الساترة.

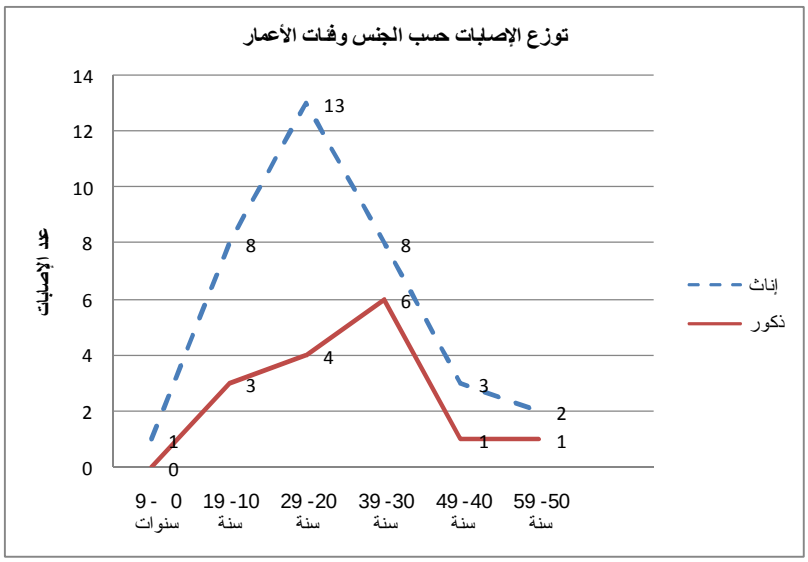
2. الدراسة النسيجية: أجريت الدراسة في قسم النسج والتشريح المرضي في كلية طب الأسنان في جامعة دمشق، أخذت 50 خزعة، ودرست بعد تحضير المحضرات النسيجية بطريقة الهيماتوكسيلين والأيوزين، إذْ جففت الخزعات بعد تثبيتها بالفورمول 4-6% ونزعت الأملاح المعدنية منها بحمض الآزوت 3%، بحمامات الكحول المطلق وجرى تشفيفها بحمامات الكزيلول وإدماجها بالبارافين، ومن ثم قطعت بالمبشرة الآلية وفرشت البشارات على الشرائح الزجاجية، ومررت بحمامات متتابعة من الكزيلول لنزع البارافين، والكحول المطلق لنزع الكزيلول، وغسلت بالماء تمهيداً لتلوينها بملون الإيوزين ومن ثم الهيماتوكسيلين، ومن ثم سترت بالساترات بعد إمرارها بحمامات متتابعة من الكحول فالكزيلول تمهيداً لإلصاق الساترات ببلسم كندا.

3. **الدراسة التحليلية الإحصائية**: وضعت البيانات السريرية في جداول من أجل الإحصاءات الوصفية باستخدام برنامج SPSS الإصدار 13.0. واستخدم اختبار كأي مربع عند مستوى دلالة Sig<0.05 لدراسة العلاقة بين انتشار الورم والعمر والجنس، وكذلك لدراسة العلاقة بين المواد المتمعدنة وبين الخلايا الالتهابية والخلايا البطانية ومكان توضع الورم بالفك العلوي أو السفلي.

النتائج:

نتائج الفحص السريري:

كانت أغلب الإصابات لدى الإناث بنسبة 70% مقابل 30% لدى الذكور، ونلاحظ أن 37,1% من الإصابات تركزت بين عمر 20 -29 سنة لدى الإناث، و40% بين عمر 30 – 39 سنة لدى الذكور، وبالنسبة إلى الجنسين فإن 86% من الحالات انحصرت بين 10 – 39 سنة. يوضح المخطط البياني رقم 1 توزع الإصابات بالورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي بحسب الجنس وفئات الأعمار.



المخطط البياني رقم (1) توزع الإصابات بحسب الجنس والعمر

الجدول رقم (1) نسب توزع الإصابات بحسب الجنس والعمر

فئات الأعمار	إناث	ذكور	المجموع
سنوات 9 - 0	**2,8%**	**0**	**2%**
سنة 19 -10	**22,9%**	**20%**	**24%**
سنة 29 -20	**37,1%**	**26,6%**	**34%**
سنة 39 -30	**22,9%**	**40%**	**28%**
سنة 49 -40	**8,6%**	**6,7%**	**8%**
سنة 59 -50	**5,7%**	**6,7%**	**6%**
المجموع	**100%**	**100%**	**100%**

الشكل السريري: بدت أغلب الإصابات على شكل كتلة معنقة أو لاطئة، على حساب الحليمة اللثوية بين السنية، ذات لون وردي يشبه لون المخاطية الطبيعية المجاورة، وفي بعض الحالات كانت بعض سطوح الإصابة متقرحة بنسبة 54% (27 حالة)، (يبين الشكلان 1، 2 إصابتين إحدهما في الفك العلوي والأخرى في الفك السفلي)، كما لوحظ أن 62% من الإصابات كانت موجودة في الفك العلوي، مقابل 38% في الفك السفلي. تركزت أغلب الإصابات بالنسبة إلى الجنسين في الفكين في منطقة القواطع بنسب متقاربة 67,7% و 63% على التتالي. يوضح الجدولان رقم 3 و 4 هذه المعطيات.

الجدول رقم (2) توزع الإصابات المتقرحة بحسب الجنس وفئات الأعمار.

فئات الأعمار	إناث	ذكور	المجموع
0- 9 سنوات	0% - 0%	0% - 0%	0% - 0%
10- 19 سنة	5 - 26.3% 10%	1 - 12.5% 2%	6 – 12% 22,2%
20- 29 سنة	9 - 47.4% 18%	2 - 25% 4%	11 – 22% 40,7%
30- 39 سنة	4 - 21% 8%	3 - 37.5% 6%	7 – 14% 26%
40- 49 سنة	1 - 5.3% 2%	1 - 12.5% 2%	2 – 4% 7,4%
50- 59 سنة	0 - 0% 0%	1 - 12.5% 2%	1 – 2% 3,7%
المجموع	19 – 100% 38%	8 – 100% 16%	27 – 54% 100%

كانت في العقد الثالث بين 20-29 إذْ شكلت نسبة 40.7% من مجمل الإصابات و62.9% بين 10–29 سنة. لدى دراسة العلاقة بين العمر والجنس وانتشار الإصابة المتقرحة نلاحظ أن قيمة كأي مربع تبلغ 0,036، وقيمة Sig>0.05، بحسب اختبار Chi-Square أي ليست هناك علاقة ذات دلالة إحصائية.

كانت نسبة شيوع الإصابات في منطقة الضواحك والأرحاء أقل من نسبة شيوع الإصابات في منطقة القواطع، كما هو جدير بالذكر أن نسبة إصابة منطقة الأرحاء كانت أكبر من نسبة إصابة منطقة الضواحك لدى الذكور، في حين كان العكس صحيح لدى الإناث إذ كانت نسبة شيوع الإصابات في منطقة الضواحك أكبر مما هي عليه في منطقة الأرحاء لديهن.

الجدول رقم (3) توزع حالات الورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي بحسب الموقع والجنس

الموقع / الجنس	الإناث	الذكور	المجموع
الفك العلوي	22 – 62,9%	9 – 60%	31 - 62 %
الفك السفلي	13 – 37,1%	6 – 40%	19 - 38 %
المجموع	35 – 100%	15 – 100%	50 - 100%

الجدول (4) يبين توزع الإصابات على مناطق الفكين الأمامية والخلفية

الموقع / الفك	الفك العلوي	الفك السفلي	المجموع
القواطع	21 – 67,7%	11 – 63%	32 – 64%

الضواحك	%19,4 – 6	%15,7 – 3	%18 – 9
الأرحاء	%12,9 – 4	%26,3 – 5	%18 – 9
المجموع	%100 – 31	%100- 19	%100 – 50

لدى دراسة العلاقة بين العمر والجنس وانتشار الإصابة كانت قيمة كاي مربع 4,535، وقيمة Sig>0.05 أي ليست هناك علاقة ذات دلالة إحصائية، كما أنه لدى دراسة العلاقة ما بين موقع الإصابة والفك، بلغت قيمة كاي مربع تبلغ 1,439، وقيمة Sig>0.05 أي ليست هناك علاقة ذات دلالة إحصائية.

الشكل رقم (1) صورة سريرية لإصابة في الفك العلوي

الشكل رقم (2) صورة سريرية لإصابة في الفك السفلي

الجدول (5) يبين توزع الإصابات على مناطق الفكين الأمامية والخلفية بحسب المقاسات

المقاس	الفك العلوي 31 حالة						الفك السفلي 19 حالة						المجموع
	قواطع		ضواحك		أرحاء		قواطع		ضواحك		أرحاء		
سم													
حتى 1,5	19 (%38)	%61,3	6 (%12)	%19,4	4 (%8)	%12,9	10 (%20)	%52,6	3 (%6)	%15,8	4 (%8)	%21	46 (%92)
حتى 2,5	1 (%2)	%3,2	- (%0)	%0	- (%0)	%0	1 (%2)	%5,3	- (%0)	%0	1 (%2)	%5,3	3 (%6)
حتى 3,5	1 (%2)	%3,2	- (%0)	%0	- (%0)	%0	- (%0)	%0	- (%0)	%0	- (%0)	%0	1 (%2)
المجموع	21	%67,7	6	%19,4	4	%12,9	11	%57,9	3	%15,8	5	%26,3	50 (%100)
	%100 – 31						%100 – 19						
	النسبة بين القوسين هي النسبة إلى 50 حالة في حين أن النسبة الأخرى هي النسبة إلى حالات كل فك على حدة												

كانت نسبة 92% من الإصابات أصغر من 1,5 سم، في حين لم تشكل الحجوم الكبيرة أكبر من 1,5 سم وحتى 3,5 سم أكثر من نسبة 8% من الإصابات، بحسب ما يوضح ذلك الجدول رقم (5)

الجدول (6-آ) يبين توزع الإصابات حسب المقاس والموقع لدى الذكور

فئات الأعمار	المقاس			المجموع	الفك العلوي	الفك السفلي
	1.5	2.5	3.5			
9 - 0	-	-	-	-	-	-
19 – 10	3	-	-	3	3/ 1 متقرحة	-
29 – 20	4	-	-	4	3/ 1 متقرحة	1/ 1 متقرحة
39 – 30	6	-	-	6	2/ 1 متقرحة	4/ 2 متقرحة
49 – 40	-	1	-	1	-	1/ 1 متقرحة

59 – 50	1	-	-	1	1/ 1 متقرحة	-
المجموع	14	1	-	15	9/ 4 متقرحة	6/ 4 متقرحة

الجدول (6-ب) يبين توزع الإصابات بحسب المقاس والموقع لدى الإناث

فئات الأعمار	المقاس			المجموع	الفك العلوي	الفك السفلي
	1.5	2.5	3.5			
9 - 0	1	-	-	1	1	-
19 – 10	8	-	-	8	5/ 2 متقرحة	3/ 3 متقرحة
29 – 20	11	2	-	13	8/ 4 متقرحة	5/ 5 متقرحة
39 – 30	7	-	1	8	5/ 2 متقرحة	3/ 2 متقرحة
49 – 40	3	-	-	3	2	1/ 1 متقرحة
59 – 50	2	-	-	2	1	1
المجموع	32	2	1	35	8/22 متقرحة	11/13 متقرحة

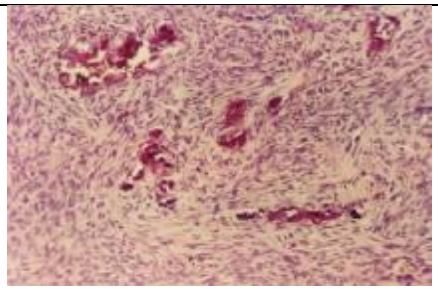
نتائج الفحص النسيجي:

تبدو الآفة مكونة من نسيج ضام ليفي مكون من ألياف غرائية، تنتظم على شكل حزم مختلفة الاتجاهات، تتوضع فيما بينها خلايا ذات نوى بيضوية هيماتوكسيلينة باهتة، أشبه ما تكون بخلايا مصورات الليف. رغم غياب المحفظة الضامة فإن حدود الآفة محددة وواضحة. (شكل 3 – نسيج ضام ليفي)

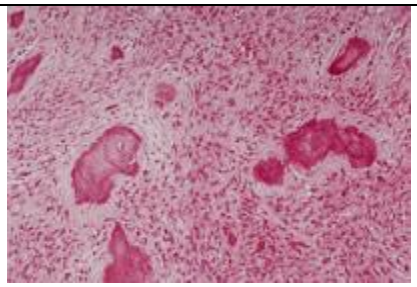
لوحظ وجود مواد متمعدنة تتألف تارة من حجب عظمية ناضجة تحيط بها خلايا مكعبة الشكل، ذات نوى هيماتوكسيلينية قاتمة، أقرب ما تكون إلى خلايا مصورات العظم، و تارة أخرى من تكلسات مبعثرة متناثرة دونما خلايا، ذات أشكال غيرمنتظمة، وتارة ثالثة من كتل مدورة أو بيضوية ذات حجوم متفاوتة، مدورة الحواف، تخلو من الخلايا، تتلون باللون الهيماتوكسيليني، هي أشبه بالنسيج الملاطي. (شكل 4– حجب عظمية، شكل 5 ملاط وتكلسات مبعثرة)

في بعض الساحات وخاصة في حالة الإصابات المتقرحة، لوحظ وجود خلايا نشيطة، ذات أشكال بيضوية ونوى كبيرة بضوية باهتة اللون، متجمعة على شكل جزر صغيرة، تشبه الخلايا البطانية الفتية، تحيط بلمعات أقرب إلى أن تكون أوعية دموية شعرية فتية، تترافق مع رشاحة خلوية، نواها صغيرة مدورة قاتمة، أشبه ما تكون بالخلايا اللمفاوية، تتخللها خلايا بيضوية ذات نوى طرفية أشبه ما تكون بالخلايا المصورية. (شكل 6 تقرح + تكاثر الخلايا البطانية)

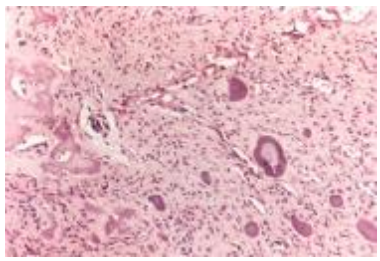
البشرة الساترة كانت بشرة رصفية مطبقة متقرنة أو نظيرة تقرن، تبدي في بعض المناطق ضموراً أو تقرحاً، وفي بعض الساحات تبدي تسمكاً في الطبقة الشائكة. كما أبدت الخلايا القاعدية فرط تصنع قاعدي.



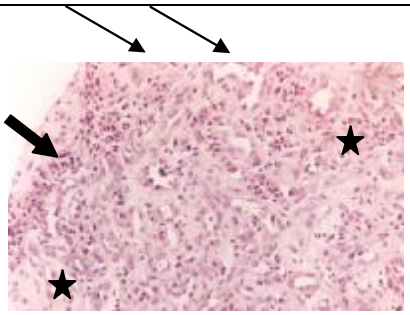
الشكل رقم 3 لحمة ضامة تتألف من نسيج ضام ليفي غزير الخلوية + تكلسات مبعثرة استحالية



الشكل رقم 4 لحمة ضامة تتألف من نسيج ضام ليفي غزير الخلوية + مادة عظمية



الشكل رقم 5 لحمة ضامة، تتألف من نسيج ضام ليفي + مواد مشبهة بالملاط مدورة الحافات متعددة الحجوم.



لشكل رقم 6 منطقة التقرح - السهم العريض، وتكاثر الخلايا البطانية - الأسهم الأسود، مع وجود رشاحة لمفية بلاسمية، النجوم السوداء.

الجدول رقم (7): يوضح نتائج الدراسة النسيجية

المركب النسيجي	الصفة النسيجية	الفك العلوي = 31 حالة		الفك السفلي = 19 حالة	
		السليمة 19	المتقرحة 12	السليمة 4	المتقرحة 15
مصورات الليف	فتية	11- 57.9%	6 – 50%	-	9- 60%
	ناضجة – كهلة	8 -42.1%	6 – 50%	4-100%	6- 40%
المواد المتمعدنة	عظم ناضج	12- 63.1%	9- 75%	4- 100%	15- 100%
	مواد مشبهة بالعظم	15-78.9%	10-83.3%	1-25%	12-80%
	أشبه بالملاط	19- 100%	12- 100%	4-100%	15- 100%
	التكلس الاستحالي	5- 26.3%	9- 75%	-	10-66.7%
الخلايا الالتهابية	غير موجودة	13-68.4%	-	4-75%	-
	موجودة	6-31.6%	12-100%	1-25%	15- 100%
الخلايا البطانية	غير نشيطة	16-84.2%	1- 8.3%	4-100%	-
	نشيطة	3-15.8%	11-91.7%	-	15- 100%

يلخص الجدول (7) نتائج الدراسة النسيجية فنلاحظ أن مصورات الليف كانت فتية في 57.9% من إصابات الفك العلوي غير المتقرحة و50% في الحالات المتقرحة، في حين كانت مصورات الليف بالغة كهلة في إصابات الفك

السفلي السليمة و 40% في الحالات المتقرحة. كما يتضح أن نسبة المكونات العظمية الناضجة في آفات الفك العلوي تراوح بين 63.1% في الحالات السليمة و75% في الحالات المتقرحة، و100% في آفات الفك السفلي سواء المتقرحة أو السليمة. كما يلاحظ أن التكلس الاستحالي كان موجوداً في الإصابات المتقرحة بنسبة 75% في إصابات الفك العلوي وبنسبة 66.7% في إصابات الفك السفلي. أما الخلايا الالتهابية فموجودة في الحالات المتقرحة بنسبة 100%، والخلايا البطانية كانت نشيطة بنسبة 91.7% و 100% في إصابات الفك العلوي والسفلي المتقرحة على التوالي. لدى دراسة العلاقة ما بين المواد المتمعدنة والفك، نلاحظ أن قيمة كأي مربع تبلغ 1,567، وقيمة Sig>0.05 أي ليست هناك علاقة ذات دلالة إحصائية، كما أنه لدى دراسة العلاقة ما بين الخلايا الالتهابية والفك، نلاحظ أن قيمة كأي مربع تبلغ 2,632، و وقيمة Sig>0.05 أي ليست هناك علاقة ذات دلالة إحصائية، أيضاً، في حين أنه لدى دراسة العلاقة ما بين الخلايا البطانية والفك، نلاحظ أن قيمة كأي مربع تبلغ 5,520، وقيمة Sig<0.05 أي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية.

المناقشة:

الورم الليفي المتعظم المحيطي الملاطي آفة مستقلة عن الآفة المركزية رغم التشابه في التسمية، إلا أنه يوجد اختلاف في الصفات السريرية للآفة، من حيث إنَّ الآفة المركزية تعدُّ -برأي أغلب الباحثين- آفة ورمية حقيقية تصادف غالباً في الفك السفلي، [3, 28, 29] في حين أن الإصابة المحيطية تكون غالباً في الفك العلوي، كما ورد في المصادر وأكدته نتائج بحثنا. إلا أن Feller [30] يعدُّ هذه الآفة جزءاً من الآفة المركزية، رغم أن منظمة الصحة العالمية صنفت الورم المركزي مع الأورام سنية المنشأ،[29] الذي لا تقتصر إصاباته على الفكين بل يصيب الثلث المتوسط من الوجه والجيوب حول الأنفية ويترافق بأعراض عينية وأنفية.[31]

الآفة مجهولة السبب الحقيقي، رغم ما يثار عن دور المخرشات المزمنة والمحرضات الموضعية من قلح وحشوات وتعويضات سيئة الصنع. علماً أن شيوع الإصابات لدى الإناث في المرحلة التي تتوافق ونشاط الفعالية الهرمونية يشير، برأينا كما هو رأي بعض الباحثين، [6, 15] إلى الدور المفترض للهرمونات الجنسية الأنثوية في تحريض الإصابة بالآفة، ولاسيّما أن شيوع الإصابات يتناقص مع التقدم بالعمر، الذي يترافق مع سن الياس؛ إذ نلاحظ أن 82,9% من الإصابات كانت بين 10 – 39 سنة لدى الإناث، وتنحدر النسبة مباشرة إلى 5,7 % فيما بين العمر 50 – 59 سنة لديهن، في حين أشارت البحوث الأخرى إلى نسب 46,9% بين 20 – 40 سنة،[21] و50% بين عمر 5 – 25 سنة،[32] ولدينا كانت 64% من الإصابات فيما بين 20 – 39 سنة.

ينشأ من الرباط، وهي آفة ارتكاسية فرط تصنعية.[3, 8]

تميل الآفة لإصابة الإناث، إذ بلغت لدينا نسبة إصابة الإناث 70% مقابل 30% للذكور، أي بنسبة 2,3 :1، وهذا ما يتطابق مع غالبية الدراسات من حيث المبدأ، [6, 7, 8, 16, 17, 21] ويختلف من حيث مقدار النسبة، الذي يختلف تبعاً لحجم العينة المدروسة والمنطقة الجغرافية. إن ميل الآفة لإصابة الإناث قد يتعلق باختلاف الطبيعة الهرمونية بين الجنسين، ومن ثمَّ اختلاف طبيعة رد فعل الخلايا الضامة الرباطية واللثوية تجاه عوامل التخريش والأذية الموضعية، أكثر مما يتعلق بمدى العناية بالصحة الفموية.

تتفق نتائج دراساتنا مع نتائج غالبية الدراسات الأخرى من حيث ميل الآفة لإصابة الفك العلوي. وكانت لدينا النسبة 62% مقابل 41,8%.[21]

كما يتضح من دراستنا ودراسات الباحثين[7] أن المنطقة الأمامية في الفكين هي معرضة للإصابة أكثر من المنطقة الخلفية؛ إذ بلغت نسبة الإصابات في منطقة القواطع لدينا 67,7 % في الفك العلوي و63% في الفك السفلي. ربما يكمن السبب في بعض الاختلافات بين عظمي الفكين العلوي والسفلي من حيث المنشأ الجنيني والصفات التشريحية والبنية النسيجية ومقدار الأنسجة النقيوية والتروية الدموية في كل من الفكين. كما أن احتمال تعرض المنطقة الأمامية من الفكين للجفاف في أثناء الكلام أو التنفس الفموي، وللرض في أثناء تناول الطعام بسبب الحد القاطع المستدق الذي لا يوفر الحماية اللازمة للأنسجة اللثوية كما توفره السطوح الطاحنة الإطباقية العريضة في فئات الأسنان الأخرى ما عدا القواطع، يرفع من احتمالية إصابة المنطقة الأمامية من الفكين بالآفة الارتكاسية فرط التصنعية.

تبدو الآفة سريرياً على شكل كتلة لاطئة أو معنقة متماسكة القوام، تسترها مخاطية وردية اللون أو تميل إلى اللون الأحمر قليلاً، قد تبدو بعض سطوحها متقرحة وهذا ما ذكر في أغلب البحوث ولاحظناه في عينات بحثنا أيضاً وبنسبة 54%، رغم أن النسب كانت تراوح باختلاف البحوث بين 23% و 66%.[21] ينتج التقرح برأينا عن تعرض الآفة للرض والتخريش في أثناء تناول الطعام، أي إنَّه تقرح مثار وليس عفوياً، وهذا ما تثبته الدراسة النسيجية التي لم تبد علامات تموت نسيجي أو تنخر عميق. علماً أن كلّهم المرضى لم يشتكوا إلا من بعض الانزعاج والقلق الناجمين عن وجود الكتلة في مكان من السهل ملاحظته من قبل المريض، مع غياب عرض الألم. لا تبلغ الآفة عادة حجوماً كبيرة، إذ أجمعت أغلب المصادر على أن حجم الآفة لا يتجاوز الـــ 2 سم،[24] إذ كانت نسبة الآفات التي لم يتجاوز حجمها 1,5سم لدينا 92%، ولم تشكل الحجوم الكبيرة إلا نسباً ضئيلة لم تتجاوز عشر حالات. ربما أن طبيعة النسيج الضام الليفي الكثيف المكوّن للثة يحدّد ميل الآفة للتوسع والكبر، فتميل الآفة للنضج والنمو البطيء مبكراً قبل بلوغها حجوماً كبيرة، ومن المعروف أن غزارة الألياف الغرائية الناضجة وتراكم مواد القالب العضوي، تؤدي دوراً مثبطاً للخلايا مصورات الليف الفتية أو النشيطة young fibroblasts or active fibroblasts، مما يحدّ من نشاطها ويلجم فعاليتها، فتتحول إلى خلايا مصورات الليف البالغة أو الكهلة adult fibroblast، التي هي أقرب ما تكون إلى الخلايا الليفية وظيفياً fibrocytes، رغم عدم استعمال هذا المصطلح، إلا أنه عن الخلايا مصورات الليف البالغة أو الكهلة بمصطلح خلايا مصورات الليف غير النشيطة non active fibroblasts. الحالة التي بلغ حجمها حتى 3,5 سم كانت حالة واحدة لدى أنثى عمرها 35 سنة في منطقة القواطع في الفك العلوي، في حين صودفت حالة تجاوز حجمها 1,5 سم وكان دون الـــ 2,5 سم لدى ذكر عمره 46 سنة في الفك السفلي الخلفي.

تتألف الآفة نسيجياً من نسيج ضام ليفي، تنتظم أليافه الغرائية في اتجاهات مختلفة وتوجد الخلايا مصورات الليف بين حزمها مسايرة لها. لا تمتلك الآفة محفظة ضامة. يصادف في مركز الآفة بؤر مواد متمعدنة مختلفة فهي إما حجب عظمية ناضجة، أو مواد ملاطية أو تكلسات متناثرة. يتطابق هذا الوصف النسيجي مع ما ورد في أغلب الدراسات.[13، 16، 20، 21]

إن توضع المواد العظمية في مركز الآفة بعيداً عن النسيج العظمي السنخي، كما لاحظنا في عيناتنا، يدل على أنها ليست ناشئة عنه، و لا تشكل امتداداً له، كما تعني أن النسيج العظمي السنخي غير معني بتشكل الآفة و لا يشارك في مكوناتها، وهذا ينطبق على المكونات

المتمعدنة الأخرى الملاطية والتكلسية. الأمر الذي يُفسر، بحسب رأينا، بتحريض الآفة للخلايا الضامة (الميزانشيمية) غير المتمايزة الموجودة في النسيج الضام اللثوي أو الرباطي، على التمايز باتجاه مصورات العظم أو مصورات الملاط.

تزداد كمية المواد المتمعدنة في الآفة بزيادة زمن مكوثها، إن ذلك يؤيد برأينا الطبيعة الارتكاسية فرط التصنعية للآفة، خاصة أن بعض المؤلفين اقترح، ونؤيد بقوة اقتراحه، إطلاق مصطلح العظميات Ossicles على المواد العظمية قياساً إلى مصطلحي العاجيات والملاطيات Denticles, Cementicles، [24، 28] كما هو جدير بالذكر أن وجود التكلسات المتناثرة في بعض الآفات يؤيد الطبيعة الالتهابية للآفة؛ إذ إنَّ إصابة المنطقة بالالتهاب، وورود للخلايا الالتهابية وما يرافقه من إطلاق للوسائط الكيميائية وانخفاض في حموضة الوسط من جراء الفعاليات الخلوية الدفاعية، يتسبب في ترسب الأملاح المعدنية. في حالة التقرح تتحرض الخلايا البطانية وتتكاثر وتتجمع الخلايا الدفاعية؛ اللمفاويات والمصوريات والبالعات الكبيرة، مشكلّة ما يدعى بالنسيج الحبيبي، الذي سرعان ما ينضج في نسيج ضام ليفي، إذا كانت الظروف المحيطة مساعدة. لكننا نعتقد أن تشكل النسيج الحبيبي لا يعلل الرأي القائل بأن الآفة هي ورم حبيبي مقيح ينضج تدريجياً بالتليف والتكلس.[33] إذ إننا نؤيد الرأي الذي يعتبر أن التكلس هو تكلس استحالي.[16] إذ إن الالتهاب يحرض الخلايا الرباطية أو السمحاقية لتشكل موادَّ متعدنة كالعظم أو المشبهة بالعظم أو المشبهة بالملاط، [11، 15، 16] خاصة أن بعض الخلايا الرباطية الضامة خلايا متعددة القدرات، تستطيع التمايز باتجاهات مختلفة كمصورات الليف أو الملاط أو العظم.[24] صودف توضع المواد المتكلسة الاستحالية المنتشرة بنسبة (48% - في 24 حالة من 50 حالة هي مجموع الآفات)، و بنسبة 70.4% في الآفات المتقرحة (في 19 حالة من 27 حالة متقرحة).

تكون البشرة الساترة للآفة رصفية مطبقة متقرنة أو نظيرة تقرن، تعاني أحياناً من فرط تصنع قاعدي وسماكة في الطبقة الشائكة، يسببها برأينا، التحريض الالتهابي.

يختلط تشخيص الآفة سريرياً مع الورم الحبيبي المقيح Pyogenic granuloma (PG)، والورم الحبيبي المحيطي ذي الخلايا العرطلة Peripheral giant cell granuloma (PGCG)، والورم الليفي المحيطي سني المنشأ Peripheral odontogenic fibroma (POF)، وفرط التصنع الليفي Fibrous hyperplasia (FH).[3، 16]

إن هشاشة الورم الحبيبي المقيح وسهولة نزفه وتقرحه لدى أقل رض يفرق بين الآفتين،[33] كما أن الصفات السريرية للورم المحيطي الحبيبي ذي الخلايا العرطلة تميزه عن هذه الآفة؛ إذ تغلب مصادفته في الفك السفلي الخلفي لدى الذكور، ويغلب عليه اللون الأرجواني المائل إلى البنفسجي أو البني وهشاشته وسهولة تقرحه،[34] مما يسهل تفريقه عن الورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي.

يحتاج التشخيص التفريقي للورم و الورم الليفي المحيطي سني المنشأ وفرط التصنع الليفي للفحص النسيجي، إلى نفي وجود بقايا الخلايا البشروية سنية المنشأ، التي تعدُّه مميزة للورم الليفي المحيطي سني المنشأ، [35، 36، 37] ولتأكيد وجود المواد المتمعدنة التي لا توجد في فرط التصنع الليفي. جدير بالذكر أن الفحص النسيجي يفرّق بشكل واضح بين الورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي والورم الحبيبي المقيح والورم المحيطي الحبيبي ذي الخلايا العرطلة.

الخلاصة:

يبدو أن الورم الليفي المتعظم الملاطي المحيطي يصيب غالباً الإناث في الأعمار المبكرة بين 10 – 39، ويتوضع

غالباً في الفك العلوي في المنطقة الأمامية. يبدو أن هناك السفلي.

علاقة بين نشاط الخلايا البطانية وتقرح الآفات في الفك

References

1. Lindhe J, Karring T, Lang NP.Clinical Periodontology and implant dentistry.4th ed. Copenhagen: Blackwell Munksgaard; 2003. P. 298.
2. Bataineh A, Al-Dwairi ZN. A survey of localized lesions of oral tissues: a clinicopathological study. J Contemp Dent Pract. 2005 Aug 15;6(3):30-9.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. St.Louis: Saunders 2009.
4. Ababneh KT. Biopsied gingival lesions in northern Jordanians: A retrospective analysis over 10 years. Int J Periodontics Restorative Dent. 2006 Aug;26(4):387-93.
5. Shamim T, Varghese VI, Shameena PM, Sudha S. A retrospective analysis of gingival biopsied lesions in south indian population: 2001-2006. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008 Jul 1;13(7): E414-8.
6. Awange DO, Wakoli KA, Onyango JF, Chindia ML, Dimba EO and Guthua SW. reactive localized inflammatory hyperplasia of the oral mucosa. East African Medical Journal 2009;86(2):79-82.
7. Cuisia ZE, Brannon RB. Peripheral ossifying fibroma — a clinical evaluation of 134 pediatric cases. Pediatr Dent 2001; 23(3):245–8.
8. Mishra MB,Bhishen KA, Mishra S. Peripheral ossifying fibroma. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology. 2011; vol 15(1): 65-68.
9. Hachicha I, Sioud S, Njim L, Ben Amor F, Selmi J. peripheral cement-ossifying fibroma at posterior maxilla location. Med Buccale Chir Buccale 2010;16:255-258.
10. Poonacha KS, Anand L Shigli, Dayanand Shirol. Peripheral ossifying fibroma: A clinical report. Contemp Clin Dent 2010; 1:54-56.
11. Sudhakar S, Praveen Kumar B, Prabhat MPV. Peripheral ossifying fibroma. Online J Health Allied Scs. 2009; 8 (3): 17.
12. Mishra AK, Bhusari P, Kantesshwari K. peripheral cement-ossifying fibroma – a case report. International Journal of Dental Hygiene 2010.
13. Das UM, Azher U. Peripheral Ossifying Fibroma. J Indian Soc Pedod Prevent Dent 2009; 27: 49-51.
14. Hanemann JAC, Pereira AAC, Ribeiro Júnior NV, Oliveira DT. Peripheral ossifying fibroma in a child: report of case. J Clin Pediatr Dent 2003;27:283-286.
15. Delbem ACB, Cunha RF, Silva JZ, Soubhia AMP. Peripheral Cemento-Ossifying Fibroma in child. A follow-up of 4 years. Report of a case. Eur J Dent 2008;2: 134-137.
16. Yadav R, Gulati A. peripheral ossifying fibroma: a case report. J Oral Sci. Jun 2009; 51: 151-4.
17. Satish BNVS, Kumar P. peripheral ossifying fibroma of hard palate – A case report. International J of Dental Clinics. 2010, Vol 2(2): 30-34.
18. Jeffrey A. Rossmann. Reactive lesions of the gingiva: diagnosis and treatment options. The Open Pathology Journal, 2011;5:23-32.
19. Chatterjee A, Ajmera N, Singh A. peripheral cement-ossifying fibroma of maxilla. Indian society of periodontology. 2010; Vol 14 (3): 186-189.
20. Kohli K, Christian A, Howell R. Peripheral ossifying fibroma associated with a neonatal tooth: case report. Pediatric dentistry. 1998, 20:428-429.
21. Sezer B(Bahar), Koyuncu B, Ünal T, Tekin U, Akay C, Gomel M, Günbay S, Günbay T. peripheral ossifying fibroma: clinical and histologic evaluation of 98 cases. The Journal of Applied Research in Clinical Dentistry 2004;12 (1):12-16.
22. Kaleli B, Yildirim B, Demir S, Alatas E: Effects of low-dose 17- -estradiol plus norethisterone acetate and tibolone on fasting plasma homocysteine levels in postmenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82:1107–1111.
23. Zhang W, Chen Y, An Z, Geng N, Bao D. Reactive gingival lesions: a retrospective study of 2,439 cases. Quintessence Int 2007; 38(2):103–10.
24. Martins JC (Carlos), Santos FK, Schmidt MK. Peripheral ossifying fibroma of the maxilla: case report. Intl. Arch. Otorhinolaryngol São Paulo 2008;12(2):295-299.

25. Kumar SKS, Ram S, Jorgensen MG, Shuler CF, Sedghizadeh PP (2006) multicentric peripheral ossifying fibroma. J Oral Sci 48, 239-243.
26. Özalp N, Şener E, Songur T. peripheral giant cell granuloma and peripheral ossifying fibroma in children: two case reports. Med Princ Pract 2010;19(2): 159-162.
27. Abitbol TE, Santi E. peripheral ossifying fibroma – literature update and clinical case. Periodontal Clin Investia 1997; 19: 36-37.
28. Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fibroma: a clinic pathologic study of sixty-four cases. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1985, 59:522-527.
29. Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. Neoplasm and other lesions related to bone. In: WHO. Histologic typing of odontogenic tumors. Berlin. Springer-Verlag;1992. p.28-31.
30. Feller L, Buskin A, Raubenheimer EJ. Cemento-ossifying fibroma: case report and review of the literature. J Int Acad Periodontol 2004; 6(4):131–5.
31. Jeffrey B. Marvel, M.D. fibro-osseous Lesions of the Facial Bones . Baylor College of Medicine. July 1991;20.
32. Wood NK, Goaz PW: Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. In: Wood NK, Goaz PW, eds. Peripheral Oral Exophytic Lesions. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1997:143–144.
33. Shivaprasad, Shridhara B Reddy, Sudhir R Patil, Nagaraj B Kulburgi, RS Puranik. Peripheral Ossifying fibroma and pyogenic granuloma. Are they interrelated? New York State Dental Journal; 2008;74(2): 50-2.
34. Epivatianos A, Antoniades D, Zaraboukas T et al. pyogenic granuloma of the oral cavity: Comparative study of its clinicopathological and immunohistochemical features. Pathol Int 2005;55:391-397.
35. Garcia BG, Johann ACBR, Silveira-Junior JBDA, et al. Retrospective analysis of peripheral odontogenic fibroma (WHO-type) in Brazilians. Minerva Stomatologica 2007;56:115–9.
36. Siar CH, Ng KH. Clinicopathological study of peripheral odontogenic fibroma (WHO type) in Malaysians (1967–95). Br J Oral Maxillofac Surg 2000;38:19–22.
37. Burkhart N(Nancy). Peripheral odontogenic ossifying fibroma. The national magazine for dental hygiene professionals sep 2010; 30.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2011/1/23.
تاريخ قبوله للنشر 2011/7/12