

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

## Litteratur

1. Cnattingius S, Signorello LB, Anneren G et al. Caffeine intake and the risk of first-trimester spontaneous abortion. *N Engl J Med* 2000;343:1839-45.
2. Golding J. Reproduction and caffeine consumption – a literature review. *Early Hum Dev* 1995;43:1-14.
3. Gilbert SG, Rice DC, Reuhl KR et al. Adverse pregnancy outcome in the monkey (*Macaca fascicularis*) after chronic caffeine exposure. *J Pharmacol Exp Ther* 1988;245:1048-53.
4. Kirkinen P, Jouppila P, Koivula A et al. The effect of caffeine on placental and fetal blood flow in human pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1983;147:939-42.
5. Resch BA, Papp JG. Effects of caffeine on the fetal heart. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:231-2.
6. Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF et al. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiol* 2002;155:305-12.
7. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB et al. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiol* 2001;154:322-7.
8. Bunker ML, McWilliams M. Caffeine content of common beverages. *J Am Diet Assoc* 1979;74:28-32.
9. Cook DG, Peacock JL, Feyerabend C et al. Relation of caffeine intake and blood caffeine concentrations during pregnancy to fetal growth: prospective population based study. *BMJ* 1996;313:1358-62.

## Desmoplastisk fibrom i mandiblen

Tandlæge Jytte Buhl, overlæge Ulrik Pedersen,  
overlæge Torben Steiniche & reservelæge Vibeke Fink-Jensen

Århus Universitetshospital, Århus Kommunehospital, Afdelingen for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, Øre-næse-hals-afdelingen, Patologisk Institut og Radiologisk Afdeling.

Desmoplastisk fibrom (DF) er en meget sjælden, benign knogletumor, der er langsomtvoksende, lokalt destruktiv og hyppigst optræder i lange rørkogler.

Der præsenteres et usædvanligt tilfælde i mandiblen hos en 58-årig kvinde, hvor tumor havde spredt sig til regio parotidomasseterica.

Kliniske, histologiske og radiologiske fund diskuteres.

### Sygehistorie

En 58-årig tidligere rask kvinde blev indlagt til venstresidig parotidektomi pga. mistanke om pleomorft adenom. Patienten havde, ud over tiltagende hævelse over venstre angulus mandibulae samt en generende fornemmelse ved tygning, ingen symptomer. Objektivt kunne man palpere en fast knudedannelse i venstre parotisregion.

CT, ortopantomografi, UL- og MR-scanning viste, at det drejede sig om en proces med forkalkninger, der var uadskillelige fra mandiblen. Desuden var der tegn på destruktion af corticalis.

Via parotidektomiincision blev det meste af den overfladiske del af gld. parotis fjernet, og man kunne herefter konstatere en behård tumorproces på ydersiden af ramus mandibulae. Tumoren blev fjernet in toto.

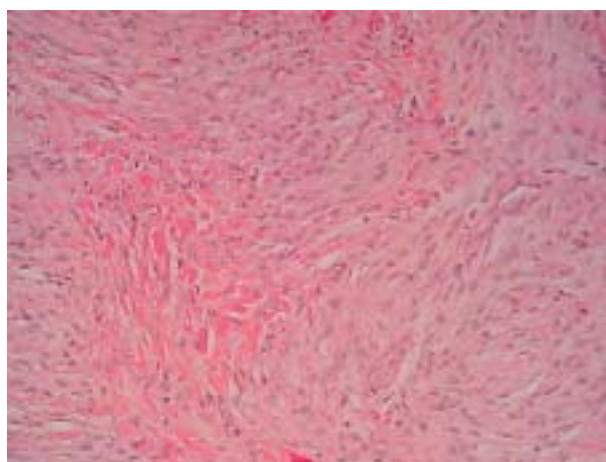
Det postoperative forløb var ukompliceret, og patienten blev recidivfri.

Histologisk var tumoren opbygget af nærmest tenformede celler samt kollagent bindevæv i hvirvlede fasikulære strøg

stedvis med tendens til koncentrisk lejring omkring karstrukturer. Tumoren var relativ cellæt, og de tenformede fibroblastlignende celler var ensartede uden mitosefigurer (**Figur 1**). Vævstykket i relation til knoglevævet antog et aggressivt vækstmønster, idet man fandt de tenformede tumorceller i knoglemarven. I periferien af læsionen sås fibroblaster, som voksede ind mellem normalt udseende trabekulært knoglevæv. Den histologiske diagnose var forenelig med desmoplastisk fibrom.

### Diskussion

DF er en sjælden, benign tumor. Incidensen er 0,1-0,3% af alle benigne knogletumorer [1-3] og 0,06% af alle knogletumorer [3]. Tilstanden er beskrevet første gang i 1958. Indtil 1980 var der kun rapporteret om i alt 48 tilfælde af DF i knogler. Disse var hovedsageligt lokaliseret til rørkoglers metafyser [2-4].



Figur 1. Der ses udsnit af en tumorproces opbygget af ensartede fibroblastære celler med plumpe, men regelmæssige kerner med jævn kromatinfordeling. Der er ingen mitoser. Mellem fibroblasterne ses rigeligt kollagen.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

DF rammer alle aldersgrupper og har ikke nogen kønsprædilektion.

Ætiologien er ukendt, men traumer og genetiske faktorer har været foreslået [2].

DF repræsenterer det intraossøse tilfælde af desmoid tumor i blødt væv. Selv om DF beskrives som en benign, langsomtvoksende, ikkemetastaserende tumor, er den lokal destruktiv med ekspansiv vækst til tider med gennembrud af cortex. Enkelte tilfælde af malign transformation til osteosarkom er beskrevet [5]. De kliniske symptomer er uspecifikke. Der er rapporteret om smerte, hævelse og spontan fraktur. Recidivtendensen er meget høj, ca. 55% ved curettage og 17-35% ved vid kirurgisk excision [2].

Røntgenologisk optræder tumor som et veldefineret uni- eller multilokulært, irregulært, radiolucent område med trabekeltegning og varierende sklerotisk margin [1, 4]. Til tider ses kortikal udtynding og knogledestruktion [2, 3, 5]. Mens CT giver det bedste indtryk af knogledestruktionen, viser MR-skanning grænsen mellem intraossøs tumor og normal knoglemarv samt giver et indtryk af den ekstraossøse tumorkomponent [1].

Histologisk er DF karakteriseret af et modent fibrøst væv bestående af tenformede, ensartede fibroblaster med lav eller ingen mitotisk aktivitet. Fibroblasterne er ligeligt fordelt i stromaet. De kollagene fibre er tæt pakkede og ligger i parallelle bundter [2, 4].

Den eneste rekommanderede behandling er vid kirurgisk excision, der inkluderer en margin af sundt væv [5] evt. med efterfølgende genopbygning og knogletransplantation. Stråleterapi kan overvejes i inoperable tilfælde.

På grund af tumorens lokale aggressivitet og høje recidivtendens er differentieringen fra andre tumorer yderst vigtigt.

### Differentialdiagnoser

Radiologiske: differentialdiagnoser kæmpecellegranulom, ameloblastom, aneurysmal knoglecyste, hæmangioma, fibros dysplasi, umodent ossificerende fibrom og myksom.

Histologiske differentialdiagnoser: fibrosarkom og osteosarkom [2, 3].

### Konklusion

DF er en usædvanlig tumor, som både radiologisk og histologisk er vanskelig at skelne fra en malign tumor. Cytomorfologisk har tumoren et benignt udseende, men ved knoglevævet ses tumoren at vokse aggressivt, nærmest infiltrativt ind i dette. MR-skanning viser ligeledes tegn på aggressiv vækst med destruktion af corticalis og opladning i bløddele. Patienter med DF bør følges tæt både radiologisk og klinisk.

### Litteratur

1. Vanhoenacker FM, Hauben E, De Beuckeleer LH et al. Desmoplastic fibroma of bone: MRI features. *Skeletal Radiol* 2000;29:171-5.
2. Kaplan J, Torske R. Pathologic quiz case. *Arch Pathol Lab Med* 2002;126:107-8.
3. Barbashina V, Karabakhtsian R, Aisner S et al. Desmoplastic fibroma of the rib. *Arch Pathol Lab Med* 2002;126:721-2.
4. Bakaeen G, Rajab LD. Desmoplastic fibroma of the mandible: report of a case. *Int J Paediatr Dent* 1999;9:117-21.
5. Smith ML, Williams KJ, Gruss JS. Desmoplastic fibroma of the zygoma. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:1964-9.

Korrespondance: Tandlæge *Jytte Buhl*, Afdelingen for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, Århus Kommunehospital, DK-8000 Århus C.  
E-mail: jbibu@get2net.dk