

مننژیومای اولیه نابجا در فک پایین: گزارش یک مورد نادر

دکتر پرویز دیهیمی*، دکتر پروین محزونی^۱، دکتر بابک کریمی^۲

چکیده

مننژیومای اولیه خارج مجمه‌ای و خارج نخاعی، تومور نادری است که به طور معمول به ناحیه سر و گردن یا بافت نرم مجاور ستون مهره‌ها محدود می‌شود. این مقاله گزارش موردی راجع به یک مرد ۴۷ ساله با تورم در سمت راست صورت خود در ناحیه فک پایین است که تورم با قوام سخت و قطر حدود ۴ سانتی‌متر داشت. در رادیوگرافی پانورامیک، یک رادیولوسنسی تک حفره‌ای با حدود مشخص و حاشیه کورتیکال در ناحیه راموس فک پایین مشاهده شد. از نظریافت شناسی، پرولیفراسیون سلول‌های دوکی یک شکل با الگوی فاسیکولار و حلقوی دیده شد. با استفاده از آزمایشات ایمونوهیستوشیمی، مارکرهای EMA و ویمنتین در سلول‌های تومورال مثبت شد، در حالی که مارکرهای سیتوکراتین، S-100 و Ki-67 منفی گزارش شدند. تشخیص ضایعه براساس بررسی‌های هیستوپاتولوژیک و ایمونوهیستوشیمیایی، مننژیوم نابجا با غلبه الگوی ترانزیشنال عنوان شد. ضایعه با جراحی اکسیژنال درمان شد.

کلید واژه‌ها: مننژیومای نابجا، فک پایین.

* دانشیار، گروه آسیب شناسی دهان و فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (مؤلف مسؤول)
deihimy@dent.mui.ac.ir

۱: دانشیار، گروه آسیب شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲: متخصص آسیب شناسی دهان و فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران.

این مقاله در تاریخ ۸۹/۴/۱۶ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۵/۲۷ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۶/۹ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان

۱۳۸۹، ۳(۳)، ۲۱۴ تا ۲۲۰

مقدمه

منژیوماها در اغلب موارد تومورهای خوش خیم دستگاه اعصاب مرکزی بالغین هستند که به طور معمول به سخت شامه متصلند و از سلول‌های منگوتلیال شبکه عنكبوتیه یا همان سلول‌های آراکنوئید (arachnoid cells) منژیوم منشاء می‌گیرند [۱-۲]. بیشتر منژیوماها در داخل حفره جمجمه ایجاد می‌شوند و از سخت شامه منشاء می‌گیرند (dura-based) [۳]. منژیوماها ممکن است در امتداد هر یک از سطوح خارجی مغز و نیز در درون سیستم بطنی مغز، در جایی که از سلول‌های آراکنوئید شبکه عنكبوتیه منشاء می‌گیرند، یافت گردند. آنها به طور معمول به دلیل علایم غیر موضعی مبهم یا یافته‌های کانونی قابل ارجاع به فشار وارده به بافت زیرین مغز جلب توجه می‌نمایند. اگرچه بیشتر منژیوماها از مغز زیرین به سهولت قابل تفکیک هستند، با این وجود بعضی از آنها به مغز ارتشاح می‌یابند. حضور تهاجم مغزی همراه با افزایش خطر عود می‌باشد [۱-۲]. در سطوح نخاعی، منژیوماها به وضوح در ناحیه قفسه سینه بیشتر مشاهده می‌شوند. موارد گردنی غیرشایع بوده، ضایعات کمری نادر هستند [۳].

منژیوماها در زنان شایع‌تر از مردان هستند که به خصوص در منژیوماهای نخاعی این اختلاف به نسبت ۱۰ به ۱ بارزتر است. به علاوه، در زنان مبتلا به سرطان پستان و نیز در طی بارداری و مرحله تخمک گذاری دوره قاعدگی، شیوع آنها افزایش می‌یابد. با توجه به این مسایل و از آن جایی که منژیوماها به طور شایع گیرنده پروژسترون را بروز می‌دهند، هورمون‌های جنسی را در ایجاد آنها موثر می‌دانند [۱-۴].

موارد خارج سیستم مغزی نخاعی یا نابجا بسیار نادر بوده، ۲ درصد منژیوماها را تشکیل می‌دهند [۴]. این موارد معمولاً در ناحیه سر و گردن ایجاد می‌شوند که شامل نواحی کاسه چشم، فاصله بین ابروها، سینوس‌های بینی، حلق دهانی، مجاور پاروتید، زیر آپونوروز گالیا در روی سر و پوست می‌باشند. به ندرت منژیوماهای نابجا در فواصل حتی دورتر از CNS مانند مדיاستن، ریه یا شبکه بازویی ایجاد می‌شوند. منژیوم‌های خارج جمجمه‌ای ممکن است به علت گسترش تومور داخل جمجمه به خارج از جمجمه ایجاد شوند یا به صورت اولیه از بقایای نابجای شبکه آراکنوئید به وجود آیند [۴].

تاکنون موارد معدودی از بروز منژیوما در فک پایین گزارش شده است. از شش مورد گزارش شده، به غیر از یک مورد، همگی در ناحیه خلفی یا مولر فک پایین ایجاد شده بودند و نیز به غیر از یک مورد که در یک کودک ده ساله ایجاد شده بود، همگی در بیماران میان سال یا مسن‌تر در طیف سنی ۴۱ تا ۷۴ سال با میانگین سنی ۵۴ سال اتفاق افتاده بودند. ۴ نفر از بیماران زن، یک نفر مرد و یک نفر پسر بچه بود. نمای رادیوگرافیک همه بیماران مبتلا، رادیولوسنسی تک حفره‌ای با حدود مشخص را نشان می‌داد و شایعترین خصوصیت بالینی بیماران مبتلا، تورم یا برجستگی بدون درد و پارستزی یا درد خفیف ناحیه درگیر بود. منژیوم‌های فک پایین به عنوان منژیوم خارج جمجمه‌ای اولیه در نظر گرفته می‌شوند [۴-۸].

منژیوماها در اکثر موارد خوش خیم هستند ولی موارد آتیپیک و بدخیم آنها نیز ممکن است روی دهد. این تومورها از نظر بافت شناسی بسیار متنوع هستند ولی برخی خصوصیات تیپیک در همه آنها بیش و کم مشاهده می‌شود، که از جمله می‌توان به این دو مورد اشاره کرد: ۱. تکثیر سلول‌های بیضی یا دوکی شکل با حدود سلولی نامشخص، که به صورت خوشه‌ای یا حلقوی قرار گرفته، دارای انکلوزیون‌های کاذب (pseudoinclusion) هسته‌ای هستند. ۲. حضور اجسام کلسیفیه ساموما (psammoma). انواع بافت شناسی مختلف منژیوما شامل منگوتلیوماتوز، فیروبلاستیک، ترانزیشنال، ساموماتوز، ترشخی، لنفوپلاسموسیتیک، متاپلاستیک، کوردوئید، سلول روشن، آنژیوماتوز، رابدوئید، انکوسیتیک و پایلاری می‌باشند [۳]. سلول‌های آراکنوئید که منشا منژیوم تلقی می‌شوند، خصوصیات هر دو گروه سلول‌های اپی تلیالی و مزدورمی را نشان می‌دهند، بنابراین به طور معمول واکنش رنگ پذیری برای ویمنتین و Epithelial membrane antigen مثبت، اما برای سیتوکراتین و S-100 منفی است و نیز شاخص بروز Ki-67 را بسیار اندک نشان می‌دهند [۳-۴، ۹-۱۰].

گزارش مورد

مردی ۴۷ ساله با شکایت از تورمی در سمت راست صورت مراجعه کرد و زمان بروز آن را حدود یک سال پیش اعلام نمود. در معاینات بالینی، تورمی با قوام سفت با قطر تقریبی ۴



تصویر ۳. در نمای CT-Scan. توده‌ای در راموس فک پایین با سایدگی پلئیت لینگوال مشاهده می‌شود

با تشخیص افتراقی بالینی یک ضایعه ادنتوژنیک مانند ادنتوژنیک کراتوسیست یا آملوبلاستوما، از بیمار بیوپسی اینسیژنال انجام شد و در بررسی هیستوپاتولوژی با توجه به حضور سلول‌های دوکی یا بیضی شکل فراوان پرولیفراتیو به نسبت یکنواخت با آتیپسیسم مختصر، تشخیص یک تومور فیبرو بلاستیک پرولیفراتیو مانند دسموپلاستیک فیبروما، میوفیبروما و فیبروسارکومای درجه پایین مطرح گردید. برای تشخیص قطعی پیشنهاد برداشت کامل ضایعه و بررسی مجدد داده شد. سپس بیمار با استفاده از بیهوشی عمومی مورد عمل جراحی قرار گرفت، بیوپسی اکیسیژنال انجام شد و ضایعه به طور کامل خارج شد. گزارش حین جراحی حاکی از این بود که ضایعه بسیار بزرگ با حدود به نسبت مشخص است که موجب تحلیل اندک صفحات استخوانی باکال و لینگوال راموس شده است. از نظر ماکروسکوپی، نمونه شامل بافت نرم با قوام لاستیکی به رنگ کرم خاکستری به ابعاد $10 \times 7 \times 5$ سانتی‌متر بود که در برش، سطح صاف، سفید و توپر داشت. از نظر میکروسکوپی، پرولیفراسیون نئوپلاستیک سلول‌های بیضی یا دوکی یک شکل هم اندازه با الگوی حلقوی و فاسیکولار مشاهده شد. این سلول‌ها سیتوپلاسم ائوزینوفیل فراوان با حدود نامشخص و هسته گرد تا بیضی و بعضی هیپرکروم داشتند. سلول‌ها آتیپسیسم و میتوز اندکی نشان می‌دادند (تصویرهای ۴ و ۵).

بر اساس خصوصیات بافت شناسی مزبور، احتمال یک ضایعه فیبروبلاستیک پرولیفراتیو مانند تشخیص‌های قبلی و نیز مننژیوما مطرح گردید. بنابراین بررسی‌های ایمونوهیستوشیمیایی به روش Streptavidin – biotin – Peroxidase به منظور درک ماهیت

سانتی‌متر در ناحیه راموس فک پایین در سمت راست مشاهده شد. تورم دردناک و حساس به لمس نبود و پوست و مخاط روی آن سالم و دست نخورده بود. تورمی در داخل دهان دیده نشد. رشد تومور آهسته بود و بیمار از نظر سابقه پزشکی مورد خاصی را عنوان نمود (تصویر ۱).



تصویر ۱. نمای بالینی بیمار به شکل برجستگی در ناحیه سمت راست صورت

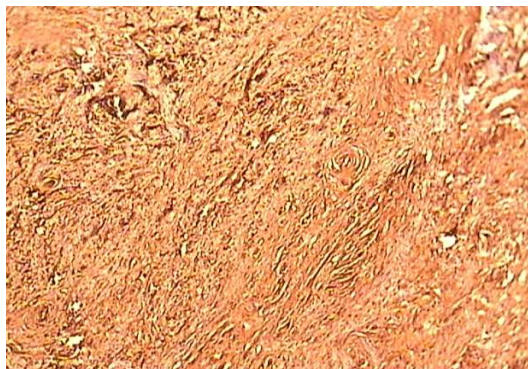
در نمای رادیوگرافی پانورامیک، یک رادیولوسنسی تک حجره‌ای با حدود مشخص و حاشیه کورتیکال با اندازه تقریبی 10×5 سانتی‌متر در راموس فک پایین سمت راست مشاهده شد که از شکاف سیگموئید در قسمت فوقانی راموس تا دیستان دندان مولر اول گسترش یافته بود (تصویر ۲). تصاویر CT scan در مقاطع اگزیمال و کروئال نیز رادیولوسنسی با حدود مشخص را به همراه اندکی سایدگی در کورتکس لینگوال نشان داد (تصویر ۳).



تصویر ۲. نمای پانورامیک رادیولوسنسی وسیع را در راموس و زاویه سمت راست فک پایین نشان می‌دهد



تصویر ۶. رنگ پذیری سلول‌های تومورال برای مارکر EMA با شدت بالا (بزرگنمایی ۱۰۰)



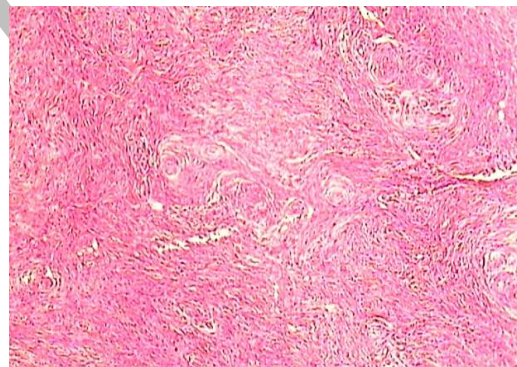
تصویر ۷. رنگ پذیری سلول‌های تومورال برای مارکر ویمنتین با شدت بالا (بزرگنمایی ۱۰۰)

بحث

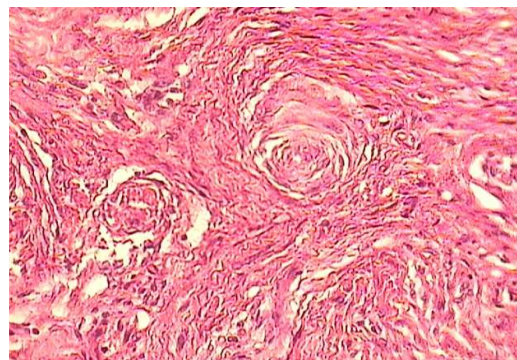
مننژیوم یکی از شایع‌ترین تومورهای دستگاه عصبی مرکزی است که از سلول‌های مننگوسیت (سلول‌های آراکتوئید یا مننگوتالیال) منشاء می‌گیرد که سطح پرزهای آراکتوئید را می‌پوشانند. در عین حال دسته‌هایی از این سلول‌ها به طور نابجا در نواحی مختلف بدن از جمله در سر و گردن و تنه یافت می‌شود که ناشی از قرار گیری نادرست این بافت‌ها حین تشکیل جمجمه در دوران جنینی است [۹]. ژن سرکوب کننده تومور مننژیوم روی بازوی بلند کروموزوم شماره ۲۲ واقع شده و پژوهش‌های ژنتیکی نشان می‌دهد که چندین حذف در این کروموزوم رخ می‌دهد [۱۱]. مننژیوم‌های اولیه خارج کرانیال بیشتر در ناحیه سر و گردن پدید می‌آیند که پوست سر، بینی، غده پاراتیروئید و سینوس‌های پاراناзал از جمله این نواحی هستند [۹].

ایجاد مننژیوم در استخوان‌های فک بسیار نادر است. تنها

تومور انجام شد. برای تفکیک تومورهای فیروپلاستیک از مننژیوما، علاوه بر نشانگرهای مزانشیمی مانند ویمنتین و اکترین عضله صاف و نیز نشانگر عصبی مانند S-100، از نشانگرهای اپی تلیالی مانند سیتوکراتین و Epithelial membrane antigen استفاده گردید و برای تعیین میزان تکثیر سلولی و شاخص میتوز، از نشانگر Ki-67 استفاده شد. بر اساس این بررسی‌ها، نتیجه نشانگرهای Epithelial Membrane Antigen (NCL-EMA, Clone GP104, Novocastra) و Vimentin (NCL-VIM و Clone VIM 3B4, Novocastra) مثبت و نتایج نشانگرهای Cytokeratin Multi (NCL-AE1/AE3, Clone AE1, Ki-67 (NCL-L-Ki67- و Clone AE3, Novocastra) Smooth muscle actin (NCL-MM1, Novocastra) S-100 (clone S1/61/69 و SMA, Novocastra) منفی گزارش شد (تصویرهای ۶ و ۷). با توجه به یافته‌های فوق، تشخیص نهایی مننژیوم نابجا با غلبه الگوی ترانزیشنال و درجه یک یا خوش خیم بر طبق طبقه بندی ۲۰۰۷ WHO عنوان شد.



تصویر ۴. نمای هیستولوژیک تومور نشان دهنده صفحه‌ای از سلول‌های دوکی با الگوی حلقوی و فاسیکولار (بزرگنمایی ۱۰۰)



تصویر ۵. حدود نامشخص و سیتوپلاسم ائوزینوفیل سلول‌ها با الگوی حلقوی (بزرگنمایی ۴۰۰)

شش نمونه از مننژیوم فک پایین در متون انگلیسی گزارش شده است. چهار نمونه در زنان و دو نمونه در مردان، در طیف سنی ۴۱ تا ۷۴ سال با میانگین سنی ۵۴ سال گزارش شده است. به علاوه دو مورد نیز در فک بالا گزارش شده است [۸-۴]. مورد گزارش شده ما نیز مردی میان سال بود.

اگرچه همان طور که در مقدمه گفته شد، مننژیوماهای دستگاه اعصاب مرکزی، به خصوص نخاعی در زنان شایع تر هستند که احتمالاً به دلیل عوامل هورمونی می باشد، ولی در مورد مننژیوماهای فک پایین نمی توان چنین اظهار نظر نمود، زیرا آنها بسیار نادرند. همه موارد گزارش شده مننژیومهای فک پایین، از جمله نمونه حاضر، به صورت رادیولوژیسی تک حجره‌ای با حدود مشخص گزارش شده‌اند که احتمال یک ضایعه خوش خیم استخوانی را بیشتر مطرح می کند. به علاوه رشد کند ضایعات گزارش شده و نمونه حاضر، احتمال ضایعات بدخیم و التهابی را کم رنگ تر می نماید. بنابراین تومورها و کیست‌های انتوتوژنیک و ضایعات فیروبلاستیک یا فیروتیک استخوانی در زمره تشخیص‌های افتراقی قرار می گیرند.

نواحی رادیوپیک در مننژیوماهای گزارش شده فک بالا را به اجسام ساموما (psammoma) و یا کانون‌های دیگر نواحی مینرالیزه در تومور نسبت داده‌اند [۴]. در مورد نمونه حاضر، شاخص ترین تشخیص‌های افتراقی با توجه به نمای رادیولوژیست تک حجره‌ای با حدود مشخص، شامل انتوتوژنیک کراتوسیست، آملوبلاستوما و کیست باقیمانده (Residual Cyst) هستند.

WHO طبقه بندی هیستولوژیک جدیدی از مننژیوم را در سال ۲۰۰۷ ارائه داد که طی آن ۳ درجه برای آن به شرح زیر در نظر گرفت.

درجه یک یا خوش خیم: شامل انواع منگوتلیال، فیروز (فیروبلاستیک)، ترانزیشنال (Mixed)، ساموماتوز، آنژیوماتوز، میکروسیستیک، ترشخی، غنی از لنفوسیت و پلاسوسیت (lymphoplasmocytic rich) و متاپلاستیک می باشند.

درجه دو یا آتیپیکال: شامل انواع سلول روشن، کوردوئید (chordoid) و انکوسیتیک می باشند.

درجه سه یا آناپلاستیک یا بدخیم: شامل انواع پاپیلری و رابدوئید (rhabdoid) می باشند [۱۲].

البته لازم به ذکر است که مننژیوماها معمولاً ترکیبی از

الگوهای بافت شناسی را آشکار می کنند؛ اگرچه به طور عمده یک الگو غلبه دارد و طبقه بندی معمولاً بر اساس الگوی غالب انجام می شود [۳]. مننژیومای آتیپیکال بر اساس خصوصیات بافت شناسی زیر تعریف می شود.

۱- شامل ۴ میتوز یا بیشتر در ده بزرگنمایی بالای میکروسکوپ

۲- نشان دادن حداقل سه مورد از خصوصیات زیر:

الف- هیپرسلولاریتی

ب- رشد بدون الگو (patternless) و صفحه‌ای شکل (sheetlike)

ج- هستک‌های بزرگ (macronucleoli)

د- جزء سلولی کوچک با نسبت بالای هسته به سیتوپلاسم

ه- نکروز

مننژیومای آناپلاستیک یا بدخیم بر اساس خصوصیات بافت شناسی زیر تعریف می شود.

الف- شامل ۲۰ میتوز یا بیشتر در ده بزرگنمایی بالای میکروسکوپ

ب- نشان دادن از دست رفتن یا فقدان خصوصیات تمایز یافته بافتی که به نماهای شبه کارسینوما، ملانوما یا سارکوما منجر می گردد [۳].

باین وجود، طبق معیارهای جدید WHO، هریک از انواع مننژیوما که تهاجم به مغز داد، آتیپیکال تلقی می شود [۱۲].

۳ مورد از مننژیومهای مندیبل که تاکنون گزارش شده از نظر هیستولوژیک جزء زیر گروه ترانزیشنال، دو مورد فیروبلاستیک و یک مورد نیز منگوتلیوماتوز بوده‌اند. تمامی این تومورها بدون کپسول بوده، در عین حال حدود کاملاً مشخصی داشته‌اند، متشکل از سلول‌های بیضی یا دوکی یک شکل با سیتوپلاسم آنوزینوفیل کم رنگ و هسته بیضی بوده که طناب‌های سلولی در هم تنیده با الگوهای حلقوی، فاسیکولار را تشکیل می دادند. هر چند میتوز و آتیپسیسم مشاهده نشد، اما مقادیر متفاوتی از اجسام ساموما در این تومورها دیده شد [۴].

نمونه حاضر نیز از نظر هیستولوژیک شامل سلول‌های بیضی یا دوکی یک شکل با الگوی حلقوی و فاسیکولار با سیتوپلاسم آنوزینوفیل فراوان و حدود نامشخص و هسته گرد تا بیضی بود که گاه هیپرکروم بود، میتوز و آتیپسیسم در آن بسیار ناچیز بود و

اجسام ساموما دیده نشد.

آزمایشات ایمونوهیستوشیمیایی که برای منژیومهای مندیبل انجام می‌شود مشابه انواع داخل کرانیال آن است. در این موارد، سلول‌های تومور رنگ پذیری مثبت سیتوپلاسمیک برای ویمنتین و غشایی برای EMA نشان می‌دهند اما بروز سیتوکراتین و اکتین عضله صاف در این سلول‌ها منفی است [۱۳]. در مورد حاضر نیز بروز EMA و ویمنتین کاملاً مثبت و در عین حال مارکرهای سیتوکراتین و اکتین عضله صاف و Ki-67 منفی بود. براساس خصوصیات بافت شناسی و ایمونوهیستوشیمی نمونه حاضر، تشخیص منژیوما با غلبه الگوی ترانزیشنال مطرح گردید.

چندین علت برای توجیه وقوع منژیوم در خارج از دستگاه عصبی مرکزی مطرح شده است. اکثر این موارد در اثر گسترش تومور از محل‌های داخل کرانیال و داخل نخاعی به بیرون رخ می‌دهند. سایر موارد نیز ممکن است از بقایای شبکه آراکتوئید در محلی نابجا به وجود آیند، به این ترتیب که پری نوریوم اعصاب خارج شده از کرانیوم از غشای آراکتوئید عبور کرده، ممکن است باعث بروز منژیوم در امتداد مسیر این اعصاب شود [۱۴]. فرضیه دیگری که در ارتباط با آن مطرح شده این است که سلول‌های آراکتوئید و پری نورال از لحاظ جنین شناسی و عملکردی ممکن است مرتبط بوده، پری نوریوم اعصاب محیطی پیوسته با غشای آراکتوئید باشد و با وجود برخی اختلافات مورفولوژیک و عملکردی تصور می‌شود که از نظر عملکرد شبیه سلول‌های آراکتوئید باشد. بنابراین از نظر تئوری محتمل به نظر می‌رسد که برخی منژیوم‌های نابجا ممکن است از سلول‌های پری نورال به جای سلول‌های آراکتوئید جابجا شده مشتق شوند [۱۵]. در تایید فرضیه فوق، بررسی‌های اخیر نشان داده‌اند که سلول‌های آراکتوئید و سلول‌های پری نورال به طور عموم EMA را بروز می‌دهند؛ که موید آن است که این سلول‌ها ممکن است از نظر

جنین شناسی و عملکردی مرتبط باشند [۱۶، ۹]. برخی نیز احتمال منشاء گرفتن این تومورها را از بقایای جنینی نابجای سلول‌های آراکتوئید یا سلول‌های مزانشیما مولتی پتانسیل مطرح می‌نمایند [۱۷]. تجمع سلول‌های آراکتوئید در محل‌های خروج اعصاب جمجمه‌ای و نخاعی از جمجمه و ستون فقرات و در غلاف اعصاب جمجمه‌ای در هر دو سوی داخل و خارج حفره جمجمه‌ای یافت شده است. حضور آن سلول‌ها در پیوسته جمجمه‌ای نیز محتمل دانسته شده است. این پدیده شناخته شده است که مغز و بافت منژیال هتروتوپیک، گاهی به علت جابجایی یا نابجایی (displacement) آن بافت‌ها در حین جوش خوردن جمجمه، در خط وسط سر و گردن و تنه مشاهده می‌شوند [۹].

در رابطه با منژیوماهای نابجای فک پایین، برخی از پژوهشگران معتقدند که از آن جایی که ۴ مورد از ۶ مورد گزارش شده منژیوما، همچنین مورد حاضر، در ناحیه بی دندان روی داده‌اند، آسیب عصبی در حین کشیدن دندان علاوه بر التهاب مزمن بافت‌های اطراف دندان مانند التهاب پری آپیکال مزمن، ممکن است مسؤول تحریک و تکثیر بافت آراکتوئید نابجا باشد که به ظهور یک منژیومای خارج جمجمه‌ای در فک پایین منجر می‌گردد. اما دو مورد گزارش شده دیگر، در نواحی دارای دندان بدون هیچ شواهدی از حادثه تروماتیک روی داده‌اند که قبول فرضیه فوق را به عنوان تنها فرضیه برای توضیح و تفسیر محل نامعمول منژیومای فک پایین، مشکل می‌سازد [۸، ۴].

درمان انتخابی منژیوم خارج کرانیال، جراحی اکسیژنال است و پیش‌اگهی آن متعاقب این درمان خوب است. پیگیری طولانی مدت برای ارزیابی عود با وجود کم بودن احتمال آن توصیه می‌شود. در نمونه حاضر نیز درمان مزبور انجام شد و در پی گیری یک ساله، عودی مشاهده نگردید. با این وجود، پی گیری طولانی مدت به مدت حداقل ۵ سال توصیه شد.

References

1. Kumar V, Cotran RS, Abbas AK, Robbins SL, Fausto N. Robbins basic pathology. 8th ed. Philadelphia: W B Saunders Co; 2007. p. 885-6.
2. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Robbins SL, Cotran RS. Robbins and cotran pathologic basis of disease. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 1409-10.
3. Rosai J, Ackerman LV. Rosai and Ackerman's surgical pathology. 9th ed. St.Lois: Mosby; 2004. p. 2564-72.

4. Mosqueda-Taylor A, Dominguez-Malagon H, Cano-Valdez AM, Montiel-Hernandez AM. Primary extracranial meningioma of the mandible. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14(4): E167-E170.
5. Landini G, Kitano M. Meningioma of the mandible. *Cancer* 1992; 69(12): 2917-20.
6. Jones AC, Freedman PD. Primary extracranial meningioma of the mandible: a report of 2 cases and a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 91(3): 338-41.
7. Mussak EN, Holodny AI, Karimi SK, Carlson DL. Meningioma of the mandible: imaging with CT. *AJNR Am J Neuroradiol* 2007; 28(6): 1157-9.
8. Kubota Y, Yamashiro T, Kobayashi L, Kawazu T, Shirasuna K. Primary meningioma of the mandible. *Oral Oncology Extra* 2005; 41(2): 18-21.
9. Sanei MH, Berjis N, Mahzouni P, Naimi A. A case of neck ectopic meningioma. *Neuropathology* 2008; 28(2): 157-9.
10. Kamiryō T, Ikeda N, Nishizaki T, Kajiwara K, Ito H, Orita T. Immunohistochemical examination of meningioma. *Bull Yamaguchi med sch* 1990; 37(3-4): 107-11.
11. Fadavi Z. Ectopic Meningioma; a case report. *The Iranian Red Crescent Medical Journal* 1998; 1(1): 57-63.
12. Commins DL, Atkinson RD, Burnett ME. Review of meningioma histopathology. *Neurosurg Focus* 2007; 23(4): E3.
13. Burger PC, Scheithauer BW, Atlas of tumor pathology, series3, fascicle 10. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1994. p. 259-86.
14. Tan LH. Meningioma presenting as a parapharyngeal tumor: report of a case with fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* 2001; 45(6): 1053-9.
15. McCabe JS, Low FN. The subarachnoid angle: an area of transition in peripheral nerve. *Anat Rec* 1969; 164(1): 15-33.
16. Theaker JM, Gatter KC, Puddle J. Epithelial membrane antigen expression by the perineurium of peripheral nerve and in peripheral nerve tumours. *Histopathology* 1988; 13(2): 171-9.
17. Kershisnik M, Callender DL, Batsakis JG. Extracranial, extraspinal meningiomas of the head and neck. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1993; 102(12): 967-70.

Archive of SID

Primary ectopic meningioma in mandible; a rare case report

Deyhimi P*, Mahzooni P, Karimi B

Abstract

Introduction: *Primary extracranial and extraspinal meningioma is a rare tumor which is usually limited to head, neck or paravertebral soft tissues.*

Case report: *This is the report of a 47-year-old man with a swelling on the right side of his face over the mandibular area. On examination a mass with firm consistency and an approximate diameter of 4 cm was found. Panoramic X-ray showed a unilacunar well-defined radiolucency with a cortical border at mandibular ramus area. The lesion was then surgically excised*

Conclusion: *Histologically, proliferation of uniform spindle cells in the whorled and fascicular pattern was seen. Immunohistochemical study revealed tumor cells positive for Epithelial Membrane Antigen and Vimentin, but showing no reaction for cytokeratin, S-100 and ki-67. A diagnosis of ectopic meningioma with transitional pattern predominance was established according to histopathological and immunohistochemical features of the mass.*

Key words: *Ectopic meningioma, Mandible, Case report.*

Received: 7 Jul, 2010

Accepted: 31 Aug, 2010

Address: : Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology and Torabinejad Dental Research Center, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: deihimy@dnt.mui.ac.ir

Journal of Isfahan Dental School 2010; 6(3): 214-220.