



## استئولیپومای داخل دهانی گزارش یک مورد و مروری بر مقالات

\* دکتر شادی ثقفی<sup>۱</sup>، دکتر امین راه پیمای<sup>۲</sup>، دکتر جهانشاه صالحی نژاد<sup>۳</sup>،  
دکتر رضا زارع محمودآبادی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup>استادیار گروه آسیب شناسی دهان و فک و صورت، <sup>۲</sup>استادیار گروه جراحی دهان و فک و صورت،  
<sup>۳</sup>دانشیار گروه آسیب شناسی دهان و فک و صورت، <sup>۴</sup>مری گروه آسیب شناسی دهان و فک و صورت-دانشکده دندانپزشکی مشهد

### خلاصه

**مقدمه:** لیپوما شایعترین تومور خوش خیم می باشد و ۲۵ تا ۵۰ درصد تومورهای بافت نرم را تشکیل می دهد. این تومور می تواند دچار تغییرات مختلفی شود که یکی از این تغییرات ایجاد استخوان در آن است. استئولیپوما تومور خوش خیم و نادری است که خصوصاً در حفره دهان بسیار غیر شایع می باشد.

**معرفی بیمار:** در ذیل گزارش موردی از یک استئولیپومای داخل دهانی در یک آقای ۶۸ ساله آمده است که با شکایت از یک توده بدون درد در مخاط آلونولار فک پائین مراجعه کرده و از ۴ سال قبل ضایعه وجود داشته است. در بررسی میکروسکوپی ضایعه متشکل از بافت چربی بالغ و ترابکول های استخوانی می باشد که تشخیص استئولیپوما داده شد و بیمار پس از جراحی بهبود یافت.

**بحث:** استئولیپوما می تواند به دنبال فشار مکانیکی دائمی یا ترومای مکرر و ایسکمی طولانی مدت، در اثر متاپلازی در یک لیپوما که برای مدت زمان زیادی باقی مانده است ایجاد گردد. پیش آگهی استئولیپوما مشابه لیپوما بوده و درمان ضایعه شامل جراحی و حذف کامل می باشد و عود در رابطه با این ضایعه گزارش نشده است.

**واژه های کلیدی:** لیپوما، استئولیپوما، حفره دهان، آلونول

### مقدمه

لیپوما تومور خوش خیم شایع بافت نرم است که ۵٪ کل تومورهای خوش خیم و ۲۵ تا ۵۰٪ تومورهای بافت نرم را تشکیل می دهد و در هر قسمتی از بدن می تواند ایجاد شود اما بیشتر آن ها در نیمه فوقانی بدن خصوصاً در تنه و گردن و اندام های انتهایی تشکیل شده و در حفره دهان نادر می باشند (۲،۱). از لحاظ میکروسکوپی لیپوما متشکل از بافت چربی بالغ بدون هیچ گونه آتیبی سلولی است که توسط کپسول فیروزه نازکی احاطه شده است (۱). لیپوماها بر حسب نوع بافت های موجود به جز چربی در آن، انواع مختلفی دارد شامل فیرولیپوما، میکرولیپوما، میولیپوما و یک گونه نادر از این ضایعه لیپوما با متاپلازی غضروف یا استخوان است که برای آن اسامی مختلفی ذکر شده است مانند استئولیپوما، لیپوم با متاپلازی استخوان یا اسی فائینگ لیپوما (۳،۱). در ناحیه سر و گردن استئولیپوما در سیستم عصبی مرکزی مانند هیپوتالاموس (۴) برآمدگی خاکستری (۵) و ناحیه زینی (۶)، گردن (۷)، جمجمه (۸)، ناحیه پارافارنژیال (۹)،

لیپوما تومور خوش خیم شایع بافت نرم است که ۵٪ کل تومورهای خوش خیم و ۲۵ تا ۵۰٪ تومورهای بافت نرم را تشکیل می دهد و در هر قسمتی از بدن می تواند ایجاد شود اما بیشتر آن ها در نیمه فوقانی بدن خصوصاً در تنه و گردن و اندام های انتهایی تشکیل شده و در حفره دهان نادر می باشند (۲،۱). از لحاظ میکروسکوپی لیپوما متشکل از بافت چربی بالغ بدون هیچ گونه آتیبی سلولی است که توسط کپسول فیروزه نازکی احاطه شده است (۱). لیپوماها بر حسب نوع بافت های موجود به جز چربی در آن، انواع مختلفی دارد شامل فیرولیپوما، میکرولیپوما، میولیپوما و یک گونه نادر از این ضایعه لیپوما با متاپلازی غضروف یا استخوان است که برای آن اسامی مختلفی ذکر شده است مانند استئولیپوما، لیپوم با متاپلازی استخوان یا اسی فائینگ لیپوما (۳،۱). در ناحیه سر و گردن استئولیپوما در سیستم عصبی مرکزی مانند هیپوتالاموس (۴) برآمدگی خاکستری (۵) و ناحیه زینی (۶)، گردن (۷)، جمجمه (۸)، ناحیه پارافارنژیال (۹)،

<sup>۱</sup>آدرس مؤلف مسؤول: مشهد- بلوار وکیل آباد- دانشکده دندانپزشکی-

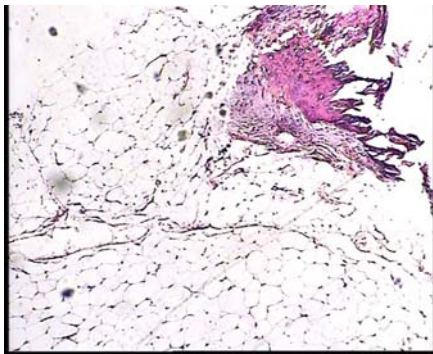
بخش آسیب شناسی دهان، فک و صورت

تلفن تماس: ۰۹۱۵۱۱۰۱۸۶۲

Email: ssaghafik@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۶/۴/۲۱ تاریخ تایید: ۸۶/۵/۱۷

سپس برای معاینات میکروسکوپی به بخش آسیب شناسی دانشکده ارسال گردید. در بررسی ماکروسکوپی یک توده زرد رنگ با حدود مشخص و قوام فیروز به ابعاد  $18 \times 12 \times 10$  میلیمتر مشاهده شد. در معاینه میکروسکوپی نمونه مذکور ناحیه وسیعی از سلول های چربی بالغ خوش خیم به همراه نواحی کانونی از تراکول های استخوان جنینی احاطه شده با سلول های مزانشیما مشاهده گردید که مجموعاً به وسیله کپسولی از بافت فیروز محصور می گردید تصویر شماره (۳).



**تصویر ۳-** تصویر میکروسکوپی ضایعه با تشخیص استئولیپوما شامل تراکول استخوانی بین سلول های بالغ چربی رنگ آمیزی H&E درشت نمایی  $\times 40$

### بحث

لیپوما شایعترین نئوپلاسم مزانشیما است و از لحاظ میکروسکوپی بسته به نوع و مقدار بافت های غیر چربی موجود در آن به انواع مختلفی تقسیم می شود که شایعترین آن ها فیبرولیپوما است که شامل مقادیر زیادی بافت همبند فیروز بین سلول های چربی می باشد. انواع آنژیولیپوما دارای عروق مویرگی فراوان و نوع میگزولیپوما با تغییرات میگزوتید بوده و میولیپوما همراه بافت چربی بالغ، دارای عضله صاف می باشد. ایجاد غضروف و استخوان که در برخی از تومورهای بافت نرم اتفاق می افتد، به ندرت در لیپوما حادث می شود (۳،۱). استئولیپوما گونه نادری از لیپوما است.

برخی مولفین استئولیپوما را یک نوع مزانشیما (تومور خوش خیم متشکل از دو یا بیشتر بافت های مزانشیما بالغ به جز اجزاء بافت فیروز) (۱۷،۹) می دانند زیرا هم بخش چربی و هم استخوانی از بافت های مزانشیما منشأ می گیرند (۱۴).

ناحیه زیرزبانی (۱۰)، فضای تحت فکی (۱۱) و در داخل دهان در نواحی زبان (۱۲)، لب پائین (۱۳)، مخاط گونه (۱۴) و سالکوس فک پائین (۱۵،۱۶) گزارش شده است. در این جا گزارش موردی از یک استئولیپوما در ناحیه مخاط آلوتولار فک پائین یک آقای ۶۸ ساله ذکر می شود که با برداشت کامل جراحی بهبود یافت.

### معرفی بیمار

بیمار آقای است ۶۸ ساله که با شکایت از یک ضایعه اگزوفیتیک بدون درد در ناحیه مخاط آلوتولار روی استخوان فک پائین در محاذات دندان های پرمولر راست پائین به دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه نموده است تصویر شماره (۱).



**تصویر ۱-** تصویر ضایعه در مخاط آلوتول فک پائین پیش از جراحی

در معاینه بالینی ضایعه متحرک، دارای سطح صاف و هم رنگ مخاط مجاور بوده است و بیمار یک سابقه ۴ ساله از وجود بیماری بدون تغییر قابل توجه در اندازه ضایعه را ذکر می کند. ضایعه در بخش جراحی دانشکده دندانپزشکی مشهد با بی حسی موضعی مورد جراحی قرار گرفته و به طور کامل برداشته شد تصویر شماره (۲).



**تصویر ۲-** محل ضایعه پس از جراحی

ممتد و کاهش منبع خونی می توانند ایجاد متابلازی در داخل لیپوما را باعث شوند (۱۹) که در رابطه با این مورد گزارش شده سابقه طولانی مدت ضایعه می تواند توجیهی برای ایجاد آن باشد. آنالیز سیتوژنتیک در لیپومای ناحیه ساب کوتانوس ترانس لوکیشن در ناحیه کروموزوم 12q13-15 و در استئولیپوما جابه جایی در کروموزوم 11q13 را نشان داده است (۱۸). اکثر استئولیپوماها در داخل یا مجاور استخوان ایجاد می شوند (۲۰) که بایستی از پاروستال لیپوما که مستقیماً روی کورتکس استخوان و زیر پریوست قرار دارد و در استخوان مجاور ایجاد تغییرات پاتولوژیک می کند (۱۹) متمایز گردند (۳) تعداد کمی از استئولیپوماها هم منحصراً در بافت نرم و جدا از استخوان ایجاد می شوند (۳، ۱۱، ۲۰). در مطالعه Godby و همکارانش تومور ایجاد شده در ناحیه زیرزبانی به پریوست برجستگی genial مندیبول داشته و به سختی از پریوست جدا شده است (۱۰) اما در این مورد گزارش شده همانند دو مورد گزارش شده به وسیله Allard و Hughes (۱۶، ۱۵) تومور به راحتی از استخوان زیرین جدا شده و تلاومی بین استئولیپوما و استخوان مندیبول مجاور وجود نداشته است. پیش آگهی استئولیپوما مشابه لیپوما بوده و جراحی کامل ضایعه درمان انتخابی آن است و عود در رابطه با این ضایعه گزارش نشده است (۱۹).

در سال ۲۰۰۳ Jones و همکارانش ۱۰ مورد مزانشیمومای داخل دهانی را بررسی کردند که از این تعداد تنها یک مورد دارای استخوان به همراه بافت چربی بود (۱۷). بر طبق نظر Fojimura و Enomoto به کار بردن اصطلاح مزانشیموما برای استئولیپوما که بافت غالب در آن چربی است صحیح نمی باشد (۳).

دو تئوری در رابطه با پاتوژنز استئولیپوما وجود دارد. اکثر محققین معتقدند که منشا سلول های چربی، کندروبلاست و استئوبلاست از انواع مختلفی از سلول های مزانشیمال تمایز نیافته است. فرض بر این است که تغییرات نئوپلاستیک در چندین نوع سلول تمایز نیافته به وقوع پیوسته و سپس به سلول های سازنده چربی، غضروف یا استخوان و فیروبلاست تبدیل می شود. بنابراین فرضیه استخوان و یا غضروف موجود در این ضایعه در اثر تغییرات نئوپلاستیک به وجود آمده اند. فرضیه دیگر بر این مبنا است که تنها سلول های چربی دچار تغییرات نئوپلاستیک شده و غضروف یا استخوان در اثر متابلازی فیروبلاست ها به سلول های سازنده غضروف یا استخوان ایجاد می شوند (۳).

ساختمان و عمل برخی از سلول های مزانشیمال می تواند تحت تاثیر عوامل ناحیه ای مانند تروما یا مشکلات سیستمیک مثل ایسکمی طولانی مدت تغییر کند و منجر به انفارکتوس، هموراژی و کلسیفیکاسیون شود (۱۸). فشار مکانیکی مداوم یا ترومای خفیف

\*\*\*\*\*

## References

- 1- Rosai J. Rosai and Ackerman's surgical pathology. 9<sup>th</sup> ed. Edinburgh: Mosby Co; 2004.p.2573.
- 2- Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Murphy GF. Lever's Histopathology of the skin.9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 1063-86.
- 3- Fujimura N, Enomoto S. Lipoma of the tongue with cartilaginous change: A case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 1992; 50: 1015-17.
- 4- Moschopoulos M, Becheanu G, Stamm B. Hypothalamic osteolipoma of the tuber cinereum. J Cell Mol Med 2006; 10(1): 240-242.
- 5- Bogner L, Balint K, Bardoczy Z. Symptomatic osteolipoma of the tuber cinereum. Case report. J Neurosurg 2002 Feb; 96(2):361-3.
- 6- Sinson G, Gennarelli TA, Wells GB. Suprasellar osteolipoma: case report. Surg Neurol 1998 Nov; 50(5): 457-60.

- 7- Turkoz HK, Varnali Y, Comunoglu C. [A case of osteolipoma of the head and neck area]. *Kulak Burun Bugaz Ihtis Derg* 2004; 13(3-4):84-6.
- 8- Shuangshoti S, Suwanwela C, Suwanwela N. Congenital osteolipoma of the skull. *Arch Otolaryngol* 1982 Jul; 108(7):454-7.
- 9- Ohno Y, Muraoka M, Ohashi Y, Nakai Y, Wakasa K. Osteolipoma in the parapharyngeal space. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998; 255:315-17.
- 10- Godby AF, Drez PB, Field JL. Sublingual lipoma with ectopic bone formation. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1961; 14:625.
- 11- Dutescu N, Georgescu L, Hary M. Lipoma of submandibular space with osseous metaplasia. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973; 35:611-15.
- 12- Piattelli A, Fioroni M, Lezzi G, Rubini C. Osteolipoma of the tongue. *Oral Oncology* 2001; 37(5):468-70.
- 13- McAndrew PG, Greenspan JS. Lipoma of lip with cartilage formation. *Br Dent J* 1976; 140:239.
- 14- Castilho RM, Squarize CH, Nunes FD, Pinto DS. Osteolipoma: a rare lesion in the oral cavity. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004; 42(4):363-64.
- 15- Hughes CI. Intraoral lipoma with osseous metaplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1966; 21: 576.
- 16- Allard RHB, Van der Kwast WAM, Van der Waal I. Oral lipomas with osseous and chondrous metaplasia. Report of two cases. *J Oral Pathol* 1982; 11:18.
- 17- Jones AC, Trochesset D, Freedman PD. Intraoral benign mesenchymoma: A report of 10 cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2003; 95(1):67-76.
- 18- Enzinger FW, Weiss SW. *Soft tissue tumors*. 4th ed. Louis: Mosby; 2001. p. 574-81.
- 19- Val-Bernal JF, Val D, Garijo MF, Vega A, Gonzalez-Vela MC. Subcutaneous ossifying lipoma: case report and review of the literature. *J Cutan Pathol* 2007 Jun.
- 20- Yabe Y, Kumagai J, Koizumi N, Kavamura M, Ono S, Hatori M. Osteolipoma arising adjacent to the sternoclavicular joint. A case report. *Upsala J Med Sci* 2006; 111(2):257-62.

\*\*\*\*\*

**Abstract****Osteolipoma of the oral cavity: A case report and review of the literature**

Saghafi SH. MD, Rahpeyma A. MD, Salehinejad J. MD, Zare R. MD

**Introduction:** Lipoma is the most common benign tumor which composed 25-50% of soft tissue tumors. This tumor can undergo a variety of changes, one of which is ossification. Osteolipoma is a rare benign tumor which is especially uncommon in the oral cavity.

**Case report:** This is a case report of an osteolipoma of the oral cavity in a 68-year-old male who was referred for a painless mass on the mandibular alveolar mucosa since about four years ago. Histopathologically, the lesion was composed of trabeculae of bone and mature adipose tissue confirming to be an osteolipoma. The patient recovered after resection.

**Discussion:** Osteolipoma can originate from osseous metaplasia within a long-standing lipoma following permanent stress, repeated microtrauma and prolonged ischaemia. Osteolipoma has the same prognosis as simple lipoma. The treatment of choice is excision. There have been no reports of recurrence.

**Keywords:** Lipoma, Osteolipoma, Oral cavity, Alveolar