

*Uit de kliniek voor Mondheelkunde van
het Algemeen Provinciaal, Stads- en Aca-
demisch Ziekenhuis te Groningen.
Hoofd: Prof. Dr. G. Boering.*

FIBREUZE DYSPLASIE, CEMENTOFIBROOM EN CEMENTOOM

II. *Kliniek en differentiële diagnose*

A. K. PANDERS

Inleiding

Tot de fibreuse dysplasie rekent men een groep van fibro-osseuze afwijkingen, welke vroeger bekend waren onder de namen osteitis fibrosa, osteofibroom en fibro-osteoom. Zoals reeds uit deze benamingen blijkt, kan er een grote variatie zijn in de verhouding fibreus weefsel : beenweefsel.

Het cementofibroom is een vergelijkbare afwijking, die echter in plaats van beenweefsel veel cementweefsel bevat. Het kan worden opgevat als een variant van de fibreuse dysplasie. Een andere naam is odontogene dysplasie, omdat de afzetting van cement zijn oorsprong vindt in de mesenchymale weefsels van het odontogene apparaat. Het is soms niet mogelijk een onderscheid tussen beide afwijkingen te maken.

Het cementoom bestaat evenals de beide eerstgenoemde afwijkingen aanvankelijk uit mesenchym.

Er is over deze afwijking nog weinig bekend, vooral over het cementofibroom zijn de publikaties schaars. De oorzaak van deze afwijkingen is nog onbekend. Verondersteld wordt een congenitale weefsselfout. Ofschoon soms een sterke groei kan optreden met misvorming van het gelaat en de afwijking aan een tumor kan doen denken, worden deze aandoeningen toch niet tot de neoplasmata gerekend.

Alle drie vormen kunnen in de loop der jaren een *rijping* vertonen met toeneming van harde weefsels. Ofschoon, zowel het osteoom als het (harde) cementoom, als de meest rijpe vormen zijn op te vatten,

zijn de eigenlijke differentiaties naar deze afwijkingen niet bekend. Wat betreft het cementoom, is dit ook niet voorstelbaar.

Ter illustratie van deze toeneming in rijpheid dienen met betrekking tot de fibreuze dysplasie de afbeeldingen 1* t/m 10. Voor het cementofibroom de afbeeldingen 11 t/m 16 en voor het cementoom de afbeeldingen 17 en 18. Men lette op de toenemende radio-opaciteit in elke serie.

Fibreuze dysplasie

Het begin is een centraal in de kaak gelegen afwijking van mesenchymale aard.

Het *onrijpe stadium* komt veelal bij kinderen voor. Op de röntgenfoto is een radiolucent gebied te zien. De grootte en scherpste van afgrenzing kan bij verschillende patiënten nogal uiteen lopen. Er kan een sterke groei optreden, waardoor de gebitselementen worden verdrongen. Deze groeineiging, die bij de onrijpe vorm het sterkst is, eindigt veelal als de groei van het individu geëindigd is, dus omstreeks het twintigste jaar. Aan de kaak kan een duidelijke zwelling te zien zijn (afb. 1 en 2). Er is geen pijn en er zijn meestal geen uitvalsverschijnselen.

Op deze klinische en röntgenologische gegevens alléén, is geen diagnose te stellen.

De differentiële diagnose zal moeten omvatten:

1. centraal fibroom zonder botvorming,
2. onrijp cementofibroom (cementifying fibroma),
3. centraal reuscelgranuloom (central giant-cell reparative granuloma),
4. diverse vormen van odontogene tumoren (ameloblastoom, odontogeen fibroom, ameloblastoom fibroom).

Een proefexcisie is noodzakelijk. Het microscopisch beeld vertoont bij deze onrijpe vormen in hoofdzaak mesenchymaal weefsel met een beginnende vorming van beenbalkjes.

Excisie van dit type afwijking is niet noodzakelijk, doch verdient in geval van een kleine afwijking, zeker bij kinderen, aanbeveling. Bij uitgebreide aandoeningen, welke een deformatie van het gelaat geven,

*) Zie voor deze afbeelding – en alle volgende – behorend bij dit artikel, de pagina's 811–817.

kan eventueel een modellerende correctie worden uitgevoerd. In ieder geval is observatie van de onrijpe fibreuse dysplasie noodzakelijk.

Welke ontwikkeling kan het proces nu verder volgen? De afwijking kan in zijn eerste onrijpe stadium blijven steken, doch kan ook een ontwikkeling doormaken naar een *rijpe vorm*. Hierbij worden er steeds meer (atypische) beenbalkjes gevormd, waardoor er een dichtere structuur ontstaat dan van normaal bot. Op de röntgenfoto is een radio-opaque gebied te zien met een dicht en fijnmazig trabekelpatroon (afb. 3, 4 en 5).

Hierna kan de afwijking nog dichter van structuur worden (afb. 6, 7 en 8) en tenslotte is het trabekelpatroon vrijwel niet meer te onderscheiden (afb. 9 en 10). In dit stadium wordt ook wel van fibro-osteoom gesproken.

Mogelijk is het osteoom ontstaan uit het fibro-osteoom (dus het secundaire type), het laatste stadium in het rijpingsproces.

Differentieel-diagnostisch moet bij vermoeden van een rijpe fibreuse dysplasie met een fijnmazige trabekelstructuur op de röntgenfoto worden gedacht aan:

1. Chronisch, scleroserende osteomyelitis (Garré). Ook hier kan het bot op de röntgenfoto zeer fijnmazig zijn. Klinisch is de aandoening echter gekenmerkt door intermitterende exacerbaties van de ontsteking, welke gedurende vele jaren kunnen voorkomen zonder tot sequestrering of abcedering te leiden.
2. Chronische osteomyelitishaardjes in de kaken met een dichte botstructuur (meestal kleinere afwijkingen, pijnklachten).

Differentiële diagnose bij vermoeden van de uitgerijpte vorm van fibreuse dysplasie met zeer dichte structuur:

1. rijp cementofibrooom (oudere leeftijd, mogelijk meer activiteit),
2. osteoom van het primaire type (geen overgangsstadia),
3. ziekte van Paget (boven 40 jaar, mogelijk algemene afwijkingen).

Cementofibrooom

Het cementofibrooom is wat zijn ontwikkeling betreft te vergelijken met de fibreuse dysplasie. Ook hier kan een rijping optreden met een toenemende radio-opaciteit van de afwijking.

Bij microscopisch onderzoek vallen in het mesenchymale weefsel nu niet zozeer de beenbalkjes op, als wel de afzetting van cement. Klinisch zowel als röntgenologisch lijkt de afwijking in het onrijpe

stadium op de onrijpe fibreuze dysplasie (vergelijk afb. 11 of 12 en afb. 1).

Bij de differentiële diagnose moet bij deze onrijpe vorm verder worden gedacht aan de afwijkingen, genoemd bij de differentiële diagnose van de onrijpe fibreuze dysplasie.

Proefexcisie is noodzakelijk.

Het onrijpe cementofibroom kan een sterke en langdurige groei vertonen, hierom kan excisie nodig zijn (afb. 13).

Het röntgenbeeld van het rijpere cementofibroom toont met het voortschrijden van de rijping een toenemende radio-opaciteit, de structuur is echter een andere dan die van de rijpere fibreuze dysplasie (vergelijk afb. 15 en 5).

Het röntgenbeeld van de rijpe vormen van het cementofibroom en de fibreuze dysplasie vertonen soms veel gelijkenis (vergelijk afb. 16 en 10).

Bij de differentiële diagnose van het rijpe cementofibroom moet worden gedacht aan:

- 1 fibro-osteoom,
- 2 osteoom (primair),
- 3 osteosclerose (op ontstekingsbasis),
- 4 ziekte van Paget (meestal multipele radio-opaque gebieden).

Ook het rijpe cementofibroom kan een flinke groeineiging hebben, in dit geval is excisie te overwegen. Een kaakresectie is echter een te radicale therapie.

Cementoom

Evenals bij de fibreuze dysplasie en het cementofibroom bestaat het cementoom aanvankelijk uit mesenchymaal weefsel. Het betreft hier echter altijd een kleinere afwijking, die voorkomt aan de wortelpunt van een gebitselement en hiermee vergroeid kan zijn. De apicale opheldering op de röntgenfoto kan bij de onrijpe vorm sterk doen denken aan een tandwortelgranuloom (afb. 17). De pulpa van het betrokken element is echter vitaal. Zelden zijn er pijnklachten. De afwijking wordt meestal bij toeval ontdekt bij röntgenologisch onderzoek, vooral bij personen in het derde en vierde decennium.

Van het rijpende cementoom is zowel het röntgenologische als het

microscopische beeld in principe hetzelfde als dat van het cemento-fibroom. Het cementoom evenwel, heeft geen groeineiging, de mate van uiteindelijke rijping (afb. 18) is sterker dan bij het cementofibroom en er is een typische lokalisatie (aan de wortelpunt).

Het cementoom moet periodiek röntgenologisch worden geobserveerd tot de diagnose vaststaat; behandeling is niet nodig.

Differentiële diagnose van het onrijpe cementoom:

- 1 tandwortelgranuloom (non-vitale pulpa van het gebitselement),
- 2 centraal reuscelgranuloom,
- 3 odontogene tumoren (ameloblastoom, odontogeen fibroom),
- 4 andere, centrale benigne bottumoren,
- 5 eosinofiel granuloom.

Differentiële diagnose van het rijpe cementoom:

- 1 hypercementose (meer vloeiend verlopende contour en een meer afgerond aspect, is tevens meer naar incisaal om de wortel gelokaliseerd),
- 2 condenserende otitis (minder goed afgegrensd, er is een oorzaak voor de ontsteking),
- 3 osteosclerose (klinisch onderscheid veelal niet te maken, oorzaak niet duidelijk),
- 4 ziekte van Paget (multipale cementomen kunnen hierbij voorkomen),
- 5 dentinoom.

Gaarne betuig ik mijn dank aan Dr. W. A. M. van der Kwast te Haarlem, die enige karakteristieke gevallen (afb. 9, 10, 11, 12 en 13) voor publikatie afstond en tevens aan Drs. P. Wijk van de afdeling Sosiodontie te Groningen voor de opname van het cementoom (afb. 17).

Samenvatting:

Er wordt een oriënterende beschouwing gegeven over een groep afwijkingen in de kaken, waarover nog weinig bekend is, namelijk de fibreuze dysplasie, het cemento-fibroom en het cementoom.

Alle drie hebben deze afwijkingen gemeen dat zij uit het mesenchym ontstaan en een rijping kunnen doormaken, met toeneming van harde weefsels, hetzij alleen bot, hetzij bot en overwegend cement, of alleen cement.

Klinisch zijn vooral de eerste twee vormen en de verschillende rijpingsstadia moeilijk van elkaar te onderscheiden (afb 2, 4, 6, 9 en 14).

Op de röntgenfoto komt rijping tot uiting in een toenemende radio-opaciteit. Met betrekking tot de fibreuze dysplasie wordt deze rijping gedemonstreerd door de afbeeldingen 1, 5, 7, 8 en 10, voor het cemento-fibroom door de afbeeldingen 11, 12, 15, en 16 en voor het cementoom door de afbeeldingen 17 en 18.

De differentiële diagnose van deze afwijkingen onderling en ten opzichte van andere botafwijkingen wordt puntsgewijs aangegeven.

Om tot een beter inzicht te komen in deze afwijkingen en tot een nauwkeuriger diagnostiek, is een nauwe samenwerking tussen clinicus en patholoog-anatoom noodzakelijk.

Summary:

A preliminary report is given on a group of diseases of the jaws, whereabout only little is known, namely fibrous dysplasia, cementifying fibroma and cementoma.

These three diseases have in common their origin from mesenchymal tissue and a possibility of ripening with an increase of hard tissues, either bone only or bone with predominantly cementum or pure cementum only.

Clinically differentiating fibrous dysplasia and cementifying fibroma is difficult; this is also the case with the different stages of both diseases (figs. 2, 4, 6, 9 and 14).

On the X-ray ripening becomes evident as an increasing radio-opacity. With regard to fibrous dysplasia this is demonstrated in figs. 1, 5, 7, 8 and 10. Figs. 11, 12, 15 and 16 show the ripening of the cementifying fibroma, whereas figs. 17 and 18 show this of the cementoma. The differential diagnosis of these diseases in relation to each other and compared with other bone diseases is briefly discussed.

Literatuur:

Bij de artikelen „Fibreuze dysplasie, cementofibroom en cementoom I (N.T.v.T. 74:10, pag. 721) en II.

Algemeen

Bernier, J. L. (1955): The management of oral disease. Mosby, St. Louis.

Bhsakar, S. N. (1965): Synopsis of oral pathology. 2nd ed. Mosby, St. Louis.

Doerr, W., Uehlinger, E. (1966): Pathologie. Springer, Berlin.

Jaffe, H. L. (1964): Tumors and tumorous conditions of the bones and joints. Kimpton, London.

Lucas, R. B. (1964): Pathology of tumours of the oral tissues. Churchill, London.

Tiecke, R. W. (1965): Oral pathology. McGrawHill, New York.

Worth, H. M. (1963): Principles and practice of oral radiologic interpretation. Year Book, Chicago.

Cementofibroom

Amies, A., Fleming, W. E. (1962): Oral Surg. 15 : 1409.

Gold, L. (1955): Oral Surg. 8 : 628, 725.

Sicher, H., Weinmann, J. P. (1954): Int. Dent. J. 4 : 684.

Smith, A. G., Zavaleta, H. (1952): Arch. of Path. 54 : 507.

Cementoom

Chaudrey, A. P., Spink, J. H., Gorlin, R. G. (1958): Oral Surg. 16 : 483.

Scannel, O. M. (1949): Oral Surg. 2 : 1169.

Zegarelli, E. V., Austin, N. S.: Oral Surg. 17 : 219.

Zegarelli, E. V., Kutscher, A. H. (1946): Dent. Radiogr. Photogr. 34 : 4.

Panders

Centraal fibroom

- Griffith, J. G.* (1965): Oral Surg. 2 : 219.
Main, D. M. (1966): Brit. J. Oral Surg. 3 : 172.
Mark, H. J. (1955): Oral Surg. 8 : 366.

Centraal reuscelgranuloom

- Waldron, C. A., Shafer, W. G.* (1966): Amer. J. Clin. Path. 45 : 437.

Chronische osteomyelitis

- Bell, W. H.* (1959): Oral Surg. 12 : 391.
Boering, G., Hamming, H. G. (1965): Maandtijdschrift Kindergeneeskunde, deel 33 : 70.
Hoppe, W. (1964): Fortschritte der Kiefer und Gesichtschirurgie. Bd. 9. Thieme, Stuttgart 162.
Pell, G. J. e.a. (1955): Oral Surg. 13 : 248.
Robinson, H. B. G. (1956): J. Oral Surg. 14 : 3.
Shafer, W. G. (1957): Oral Surg. 15 : 138.

Dentinoom

- Ingham, C. G.* (1952): Oral Surg. 5 : 353.

Fibreuze dysplasie

- Berger, A., Jaffe, H. L.* (1953): Oral Surg. 11 : 3.
Carson, J. A. (1954): Oral Surg. 7 : 524.
Cooke, B. E. D. (1957): Brit. Dent. J. 102 : 1, 49.
Daves, M. L., Yardley, J. H. (1957): Amer. J. Med. Sc. 234 : 590.
Hadders, H. N., Merckx, C. A. (1957): T.v.T. 64 : 643.
Pritchard, J. E. (1951): Am. J. Med. Sc. 222 : 313.
Romsdahl, M. M. e.a. (1960): Surg. 48 : 1107.
Schwartz, D. T., Alpert, M. (1964): Am. J. Med. Sc. 247 : 1.
Sherman, R. S., Glausen, O. J. (1958): Radiology 71 : 553.
Stewart, M. J., Scott Gilmer, W., Edmondson J. en A. (1962): J. Bone Joint Surg. 44b : 302.
Thoma, K. H. (1956): J. Oral Surg. 14 : 185.

Odontogene tumoren

- Bailey, J. W.* (1951): Oral Surg. 4 : 1122.
Gorlin, R. G., Chaudrey, A. P., Pindborg, J. J. (1961): Cancer 14 : 73.
Kramer, J. R. H. (1963): Brit. J. Oral Surg. 1 : 13.
Mallow, R. D. (1966): Oral Surg. 22 : 564.
Stafne, E. C. (1948): Oral Surg. 1 : 887.
Thoma, K. H. (1951): Oral Surg. 4 : 1262.

Osteoom

- Eckel, W., Palm, D.* (1959): Arch. Ohren, Nasen, Kehlkopf. Heilkunde 440.

Merelweg 13,
Eelde.