

Cementblastom

Et tilfælde

Martin Ritzau og Ingermarie Reintoft

En 17-årig ung mand fik foretaget kirurgisk fjernelse af et cementblastom ved ÷3 og ÷4 og samtidig rodrektion med ortograd rodfyldning til bevarelse af de to berørte tænder.

Helingen var uforstyrret, og syv mdr. efter operation viste røntgenundersøgelse god heling med gendannelse af parodontalspalter uden tegn til gendannelse af svulsten.

Cementblastomet er en benign, forholdsvis sjælden odontogen tumor som udgør mindre end 1% af alle odontogene tumorer (1). De odontogene cementdannende tumorer udgøres af det cementificerende fibrom og det (benigne) cementblastom (2). *Mac-Donald-Jankowski & Wu* gennemgik i 1992 (3), *Jelic et al.* i 1993 (4) og *Ulmansky et al.* i 1994 (5) tilsammen 95 tilfælde, dels fra litteraturen, dels egne nye tilfælde. Cementblastomer ses almindeligvis hos unge, næsten halvdelen af patienterne er under 20 år, mens to tredjedele er under 30, og de ses muligvis lidt hyppigere hos kvinder (5). Tumor findes langt hyppigere i underkæben (ca. 80%) end i overkæben (3-5), og i langt de fleste tilfælde (over 90%) ved første molar eller præmolare (3-5). Cementblastomer findes kun yderst sjældent ved temporære tænder (5,6). På røntgenbilleder ses cementblastomet med stråletæthed som knogle, som oftest omgivet og vel begrænset af en tynd båndformet opklaring. Hvis tumor uden mellemliggende bindevæv er i forbindelse med en eller flere tænders rødder, mener nogle at billedet er på det nærmeste patognomonisk (5,7,8).

Cementblastomer adskiller sig fra andre svulster udgående fra de tanddannende væv ved at de tidligt giver smerte, og smerte var til stede i ca. 60% af de tilfælde som er beskrevet (3,5); hævelse blev fundet i ca. 70% (3,5).

Ulmansky et al. (5) anbefaler kirurgisk fjernelse af cementblastomer, og recidiv er kun beskrevet i to tilfælde (3,5). Det anbefales almindeligvis at tænder indeholdt i tumor fjernes sammen med tumor. Fjernelse af tumor med samtidig rodrektion formodes at have en ringere prognose, men heling efter tandbevarende operation er imidlertid også set (5,9,10). I ét tilfælde blev et 1,8 × 2 cm stort cementblastom fjernet fra en molar i underkæben, idet der blev foretaget rodrektion og ortograd rodfyldning, og efter fire års kontrol var resultatet vellykket uden gendannelse af tumor (9). I et andet tilfælde fik en 12-årig pige ligeledes foretaget tandbevarende kirurgi, og fire år efter operation var der god heling med apikalt arvæv uden gendannelse af tumor (10).

Cementblastomer udgår med stor sandsynlighed fra mesenkymale celler i parodontalmembranen, og udviklingen sker i tre trin: 1) osteolyse, 2) cementblastisk vækst og 3) forkalkning, for til sidst at standse (5). Dannelse af cementblastomer kan dog tænkes at ske i afstand fra tandrødder for siden at omslutte dem. Svulstens sammenvoksning med en tandrod behøver således ikke nødvendigvis altid at være patognomonisk for et cementblastom (11). Histologisk ses cementblastomet dannet af bladlignende lag af osteocementlignende aflejringer. I de yderste cellelag ses både cementoblaster og cementoklaster, som kan være vanskelige at adskille fra osteoklaster. Cellerne kan være pleomorfe, men

der er aldrig fundet mitotisk aktivitet (5), og malign om-dannelse er ikke beskrevet (11). Cementblastomer kan for-veksles med osteoide osteomer eller osteoblastomer, og dif-ferentialdiagnosen har betydning idet osteoblastomer har tilbøjelighed til recidiv. Der er ingen specifikke histologiske tegn der kan adskille cementblastomer fra osteoide osteomer eller osteoblastomer. Det osteoide osteom opstår i de lange rørknoglers cortex, oftest i tibia og femur. I kæberne betegnes tilstanden ossificerende/cementificerende fibrom (12). Osteoblastomet udgår fra knoglernes medulla og findes oftest i vertebrae, os ileum, costae, og i knogler i hånd og fod, det er større end det osteoide osteom og i modsætning til dette ikke forbundet med smerte.

Eget tilfælde

En i øvrigt sund og rask 17-årig ung mand blev af en kommunal tandpleje henvist for et cementom fortil i venstre side af underkæben. Der havde i lang tid været en langsomt voksende hævelse facialt på processus alveolaris inferior sinister ud i omslagsfolden. Hævelsen var nu vokset så meget at den var begyndt at kunne skelnes udefra, og der var tillige begyndt at komme smerter. Patienten kunne ikke sove på venstre side og vågnede pga. smerter fra hævelsen.

Objektivt kunne der ses og palperes en flad, øm, knoglehård, ikke fluktuerende hævelse som delvis udslettede den mest laterale del af venstre sulcus mentolabialis. Hævelsen var mere tydelig i sulcus alveololabialis og kunne palperes lateralt på corpus mandibulae facialt for rødderne af ÷3 og ÷4. Hævelsen kunne ikke palperes lingualt. Den overligger-

de mucosa var normal uden rødme eller andre tegn til be-tændelse. Begge tænder havde vitale pulpaer, var uden caries og ikke løsnede.

På et panoramaradiogram (Fig. 1A) og på intraorale røntgenbilleder sås en cirkelrund, ca. $2 \times 1\frac{1}{2}$ cm i diameter stor, todelte, velafgrænset struktur med røntgentæthed som knogle og med en smal radiolucent begrænsning. Strukturen syntes at udgå fra ÷4 apikalt og strakte sig hen over apex af ÷3, og begge steder kunne parodontalspalte ses. Tumor var klos på foramen mentale sinistrum, men medinddrog ikke apex af ÷5.

Den tentative diagnose var cementoma, og i generel anæ-stesi blev der foretaget fjernelse af tumor tillige med rodresek-tioner og rodfyldninger af ÷3 og ÷4. Den tydeligt todelte, hårde tumor blev frilagt af den omgivende knogle, løsnet og fjernet. Tumor var tilhæftet apex af ÷4 og omgav apex af ÷3. I den mest distale del fandtes et område med blødt væv. Fo-ramen mentale lå i tumors distale begrænsning, hvorfor cana-lis mandibulae blev åbnet et stykke distalt for at forlægge foramen. Det postoperative forløb var uden særlige proble-mer, og følelsen i regio mentalis sinister forblev uforstyrret.

Syv mdr. efter operation viste røntgenundersøgelse med panoramaradiografi (Fig. 1B) og intraorale optagelser god heling med gendannelse af normal parodontalspalte. Patien-ten er siden rejst til udlandet hvorfor langtidsopfølgning ikke er mulig.

Histologisk undersøgelse

Det undersøgte væv bestod af fire dele, som tilsammen ud-

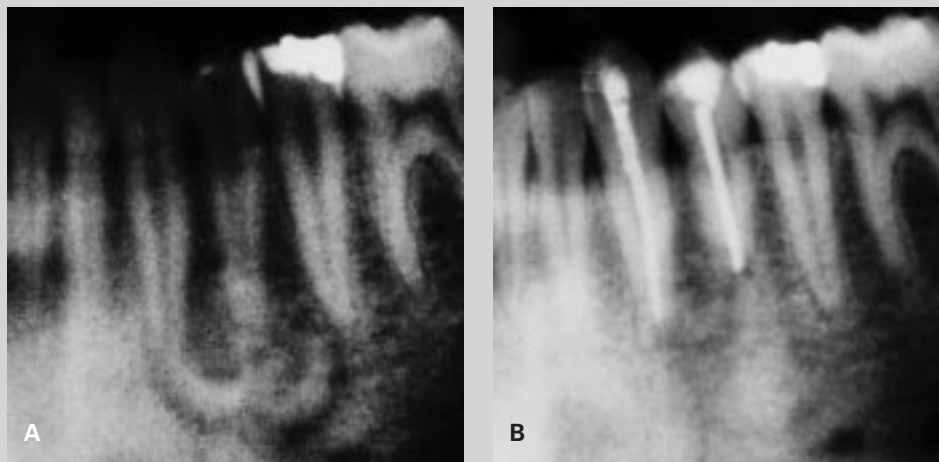


Fig. 1. Udsnit af panoramara-diogrammer visende regio ÷3, 4. A: Cementblastomet inden operation. B: Regionen syv mdr. efter fjernelse og efter rodfyldning af ÷3, 4. Der ses gendannelse af normale parodontalspalter.

Fig. 1. Section of panoram-ic radiograph showing region ÷3, 4. A: The cementoblastoma before operation. B: The region seven months after remov-al and after root filling of ÷3, 4. Regeneration of normal periodontal liga-ment spaces is seen.

gjorde en 17×12×12 mm stor tumor omgivet af en ca. 2 mm tyk, fast, mørkrød vævsmembran og med et centralt lidt blødere, rødbrunt væv. I tumors mest distale del fandtes et 7×5×2 mm stort blegt, blødt vævsstykke.

Det afkalkede præparat viste en tumor (Fig. 2) der centralt var opbygget af et cellefattigt fibrovaskulært væv med mange uregelmæssige trabekler opbygget af cement med vækstlinjer (*reversal lines*) og indeholdende tilfældigt beliggende lakuner. Trabeklerne var omgivet af blastlignende celler med store hyperkromatiske, pleomorfe kerner. I stromaet blev der fundet kæmpeceller. Mod periferien bestod tumor af tynde, tæt lejrede, radierende trabekler beklædt med hyperkromatiske, blastlignende celler med polymorfe kerner. Tumor var omgivet af en smal bræmme af karrigt bindevæv. Det lille bløde vævsstykke fra den mest distale del af tumor bestod af cellerigt fibrovaskulært væv med spredte små trabekler omgivet

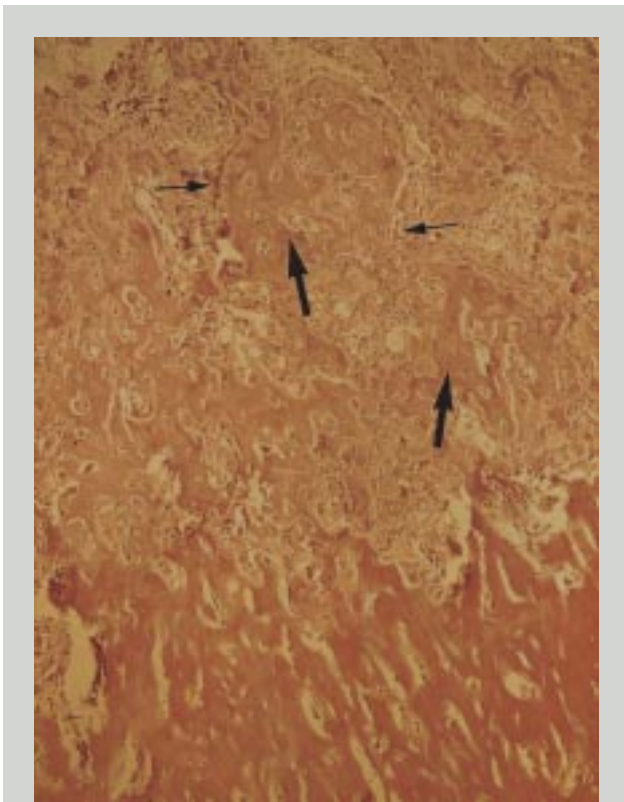


Fig. 2. Mikrofotografi visende histologisk snit af cementblastomet. Centralt ses et fibrovaskulært stroma med cementtrabekler (kraftige pile) omgivet af blastlignende celler (tynde pile) (× ca. 25).

Fig. 2. Microphotograph showing histological specimen from the cementoblastoma. A fibrovascular stroma with cementum trabecles (heavy arrows) surrounded by blast-like cells (thin arrows) is seen (× approx. 25).

af blaster. Overgangen mellem dentin og tumor kunne ikke påvises.

Diskussion

Det her omtalte cementblastom udgik med stor sandsynlighed fra parodontalspalten ved roden af P1 inf (sin), hvilket er en usædvanlig placering. *MacDonald-Jankowski* & *Wu* fandt to cementblastomer udgående fra en P1 inf, to fra en P2 og ét fra præmolarregionen. *Jelic et al.* fandt et tilfælde hvor en P1 inf var medinddraget i en større tumor og en tumor udgående fra præmolarregionen. *Ulmansky et al.* fandt blandt i alt 71 cementblastomer fire udgående fra en P1 inf, to medinddragende en P1 inf, og syv som udgik fra eller omfattede andre præmolarer.

Behandlingen var i dette tilfælde tandbevarende, idet tænderne i forbindelse med tumor blev rodreseceret og ortograd rodfyldt. Ganske vist anbefales fjernelse af berørte tænder samtidig med tumor (5), men der findes ingen kliniske oplysninger som kan støtte dette synspunkt, og fortsat heling to (5) og fire år (9, 10) efter tandbevarende behandling er set. Da gendannelse af svulsten efter kirurgisk fjernelse kun sker uhyre sjældent, synes det berettiget at bevare i øvrigt sunde tænder i de tilfælde hvor tumor ikke optager de mest marginale dele af alveoleknoglen, og hvor det således er kirurgisk teknisk muligt. Ydermere er svulsten godartet, og i tilfælde af gendannelse vil en ny operation ikke være til væsentlig eller blivende skade for patienten.

De histologiske fund af blødt tumorvæv både i tumors centrale dele og i et stykke af tumors mest distale del kan formodentlig tages som tegn på en tumor i fortsat udvikling, hvilket passer godt med patientens alder.

Lektor ved Tandlægeskolen, Københavns Universitet, tandlæge *Finn Prætorius* takkes for hjælp med diagnostik og histologisk beskrivelse.

English summary

Cementoblastoma. Report of a case.

A 17-year-old male patient had surgical treatment with removal of a cementoblastoma in relation to the mandibular left canine and first premolar along with endodontia of the two involved teeth. Healing was uneventful, and radiological examination seven months after surgery showed normal periapical membrane without recurrence of the tumor.

Litteratur

1. Regezi JA, Kerr DA, Courtney RM. Odontogenic tumors: analysis of 706 cases. *J Oral Surg* 1978; 36: 771-8.
2. Kramer JHR, Pindborg JJ, Shear M. Histological typing of odontogenic tumours. World Health Organization. Berlin: Springer; 1992. p. 23-4, 27-8.

3. MacDonald-Jankowski DS, Wu PC. Cementoblastoma in Hong Kong Chinese. A report of four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 760-4.
4. Jelic JS, Loftus MJ, Miller AS, Cleveland DB. Benign cementoblastoma: report of an unusual case and analysis of 14 additional cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 1033-7.
5. Ulmansky M, Hjørting-Hansen E, Praetorius F, Haque MF. Benign cementoblastoma. A review and five new cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 77: 48-55.
6. Cannell H. Cementoblastoma of deciduous tooth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 71: 648.
7. Slootweg PJ. Cementoblastoma and osteoblastoma: a comparison of histologic features. *J Oral Pathol Med* 1992; 21: 385-9.
8. Slootweg PJ. Maxillofacial fibrous lesions: Classification and differential diagnosis. *Seminars in Diagnostic Pathology* 1996; 13: 104-12.
9. Goerig AC, Fay JT, King E. Endodontic treatment of a cementoblastoma. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984; 58: 133-6.
10. Keyes G, Hildebrand K. Successful surgical endodontics for benign cementoblastoma. *J Endodontics* 1987; 13: 566-9.
11. Larsson Å, Forsberg O, Sjögren S. Benign cementoblastoma – cementum analogue of benign osteoblastoma? *J Oral Surg* 1978; 36: 299-303.
12. Schajowicz F. *Histological typing of bone tumours*. 2nd ed. World Health Organization. Berlin: Springer; 1993. p. 7-9.

Forfattere

Martin Ritzau, overtlæge

Afdeling for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, Centralsygehuset i Esbjerg

Ingermarie Reintoft, overlæge

Patologisk Institut, Centralsygehuset i Esbjerg

Korrespondance

Martin Ritzau, Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, Centralsygehuset
4700 Næstved