

گزارش مورد: نوریلومای دژنره داخل استخوان فک پایین در یک خانم ۲۳ ساله

دکتر جهانشاه صالحی نژاد*#، دکتر فرامرز بابازاده**، دکتر شادی ثقفی***، دکتر رضا زارع محمود آبادی****،

دکتر علیرضا رجائی****

* دانشیار آسیب شناسی دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی و دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 ** مربی جراحی دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی و دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 *** استادیار آسیب شناسی دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی و دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 **** دستیار تخصصی گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ ارائه مقاله: ۸۸/۷/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۸۸/۹/۱۸

Intra-Osseous Degenerated Neurilemmoma of the Mandible in a 23 Year-Old Woman

Jahanshah Salehinejad*#, Faramarz Babazadeh**, Shadi Saghafi***, Reza ZareMahmoodAbadi***, AliReza Rajaei****

* Associate Professor of Oral & Maxillofacial Pathology, Dental Research Center and Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

** Instructor of Oral & Maxillofacial Surgery, Dental Research Center and Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

*** Assistant Professor of Oral & Maxillofacial Pathology, Dental Research Center and Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

**** Postgraduate Student, Dept of Oral & Maxillofacial Pathology, Dental School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Received: 17 October 2009; Accepted: 9 December 2009

Introduction: Neurilemmoma is a benign tumor derived from peripheral nerve sheath and is uncommon in the oral cavity and especially in the jaw bones. The treatment of neurilemmoma is total surgical resection and the chance of recurrence is very low. Chronic lesions may undergo microscopic degenerative changes. In this case, the lesion is called degenerated neurilemmoma or ancient schwannoma which is a rare entity. Here, we report a degenerated neurilemmoma in the lower jaw bone and compare its histopathologic characteristics with neurilemmoma of the oral cavity and jaw bones reported elsewhere.

Results: The patient was a 23 year-old woman who chiefly complained about pain and swelling in her lower jaw. According to her, she had undergone a surgery 6 years ago on the same site of her jaw but had no idea of the diagnosis of the lesion. Based on microscopic evaluation and S-100 immunohistochemistry of a new biopsy in which benign proliferation of schwann cells with nuclear atypia, hyalinization, calcification and myxomatous changes were detected, the diagnosis of a degenerated neurilemmoma was verified. Partial resection with healthy margins in addition to transmandibular curettage of the intraosseous lesion was performed. The resected bony segment was frozen and replaced.

Discussion & Conclusion: Neurilemmoma is a benign tumor of peripheral nerve sheath origin. If it is left untreated for a long period of time, clinical, radiographic and histopathologic changes are likely. Considering special histopathologic views helps differentiate it from other similar lesions. The proper diagnosis will affect the course of treatment.

Key words: degenerated neurilemmoma, ancient schwannoma, intraosseous tumor, mandible.

Corresponding Author: salehinejadj@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2010; 33(4): 353-60.

چکیده

مقدمه: نوریلومای یک تومور خوش خیم منشأ گرفته از غلاف عصبی محیطی است که در داخل دهان، به خصوص در فک ها بسیار نادر است. درمان نوریلومای، جراحی و خارج کردن کامل ضایعه است و میزان عود آن نیز بسیار کم می باشد. ضایعاتی که مزمن هستند ممکن است دستخوش تغییرات میکروسکوپی دژنراتیو گردند که به آنها نوریلومای دژنره یا شواننومای باستانی (Ancient schwannoma) گویند و نوع

مولف مسؤل، آدرس: مشهد، میدان پارک، دانشکده دندانپزشکی، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، تلفن: ۰۵۱۱-۸۸۲۹۵۰۱-۱۵

E-mail: salehinejadj@mums.ac.ir

نادری از نوریلوموما است. ما در اینجا یک مورد نوریلوموما دژنره داخل استخوان فک پایین را گزارش می‌کنیم.

یافته‌ها: بیمار خانم ۲۳ ساله بود که از درد و تورم فک پایین شکایت داشت. طبق آنچه بیمار می‌گفت ۶ سال قبل درمان جراحی در این ناحیه از فک انجام شده بود و او از تشخیص پاتولوژی قبلی اطلاعاتی نداشت. یک بیوپسی انجام پذیرفت و نوریلوموما دژنره توسط بررسی های میکروسکوپی با پرولیفراسیون خوش خیم سلول های شوان و آتیسی هسته ای، هیالینیزاسیون و تغییرات میگزوماتوز و کلسیفیکاسیون و ایمونوهیستوشیمی S-100 تشخیص داده شد. درمان جراحی رزکسیون نسبی با حاشیه های سالم انجام شد و کورتاژ ترانس-مندبولار ضایعه داخل استخوانی انجام شد، قطعه استخوانی خارج شده منجمد گردید و جایگزین شد.

بحث و نتیجه گیری: نوریلوموما یک تومور خوش خیم غلاف عصبی است، حضور طولانی مدت نوریلوموما ممکن است باعث تغییراتی گردد که این ضایعه را از نظر بالینی، نمای رادیوگرافی و هیستوپاتولوژی در تشخیص افتراقی ضایعاتی قرار دهد که سر انجام درمان های دیگری می‌طلبند. توجه به نماهای خاص هیستوپاتولوژی در افتراق آنها تعیین کننده است و مجموعه یافته ها برای هر ضایعه، می تواند درمان انتخابی را تحت تاثیر قرار دهد.

واژه های کلیدی: نوریلوموما دژنره، شوانوما باستانی، تومور داخل استخوانی، فک پایین.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۸۸ دوره ۳۳ / شماره ۴ : ۶۰-۳۵۳.

مقدمه

شوانوما معمولی از نظر میکروسکوپی، در اثر گذشت زمان طولانی (Long standing) تغییرات دژنراتیو پیدا می‌کند که نواحی روشن از بافت کم سلول شاخص ترین این تغییرات است.^(۱،۷و۸) اولین شوانوما باستانی ناحیه سر و گردن در ۱۹۷۱ توسط Eversole و Howell گزارش شد.^(۳) ما در اینجا یک مورد نوریلوموما دژنره داخل استخوان فک پایین را گزارش می‌کنیم که مورد مشابه آنرا در مقالات انگلیسی نیافتیم و آنرا با نوریلوموماهای فکها و نوریلوموماهای داخل دهانی گزارش در مقالات انگلیسی مقایسه کردیم.

گزارش مورد

بیمار خانم ۲۳ ساله‌ای است که در دی ماه ۱۳۸۷ به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه نموده است. بیمار شش سال قبل به دلیل درد در وستیبول باکال مجاور دندانهای پرمولر راست پائین و به گفته بیمار: «لمس توده نسبتاً نرم در این ناحیه مورد عمل جراحی در بیمارستان قرار می‌گیرد که طی آن دندانهای مولر و پره مولر راست پایین خارج شده و به دنبال آن دچار بی‌حسی نیمه راست لب پایین و درد خفیف پایدار می‌گردد. که احتمالاً به علت کورتاژ یا انوکلیشن توده

دو تومور اصلی خوش خیم غلاف عصب محیطی، نوروفیروما و نوریلوموما (شوانوما) می‌باشند.^(۱) نوریلوموما (Neurilemmoma)، که Schwannoma یا Neurinoma نیز نامیده می‌شود، یک تومور خوش خیم کپسول‌دار با رشد آهسته و منفرد است که از سلول‌های شوان Neurilema یا غلاف عصبی منشاء می‌گیرد.^(۱-۳) شوانوما اولین بار در سال ۱۹۳۵ توسط Stout توصیف شد.^(۳) این تومور می‌تواند از هر عصب بجز اعصاب بویایی و بینایی منشاء بگیرد.^(۴) این تومور نسبتاً غیرشایع است هرچند ناحیه سر و گردن، شایع ترین محل تومورهای غلاف عصب محیطی است و ۲۵٪ تا ۴۸٪ نوریلوموما در این ناحیه ایجاد می‌شود.^(۳و۵) ولی تومورهای غلاف عصبی محیطی در داخل دهان، به خصوص در فکها بسیار نادر است.^(۶و۷) درمان نوریلوموما جراحی و خارج کردن کامل ضایعه است و عود بسیار کم است.

نوریلوموما دژنره یا شوانوما قدیمی نوع نادری از نوریلوموما است که در حفره دهان به ندرت ایجاد می‌شود. Taylor و Ackerman برای اولین بار شوانوما قدیمی را در سال ۱۹۵۱ توصیف کردند. این تومور در قیاس با

گردبادی در حاشیه تومور و در زمینه میگزوئید و گاهاً کلسیفیکاسیون و تشکیل فضاهای کیستیک و مناطق هیالینیزه (تصویر ۳)، دارای عروق فراوان بعضی با جدار ضخیم و هیالینیزه مشاهده شد. در مقاطع تهیه شده ضایعه حدود مشخص داشته اما فاقد کپسول بود. رنگ آمیزی S-۱۰۰ نمونه به صورت کانونی مثبت بود (تصویر ۴). نمونه نوریلوموای دژنره گزارش گردید.

درمان

در فروردین ۱۳۸۸ بیمار رضایت به جراحی داد. جهت درمان از روش جراحی فریزینگ استفاده شد. با توجه به وسعت ضایعه ابتدا رزکسیون استخوان تنه مندیبل با حاشیه سالم انجام شد و قطعه از بدن خارج گردید و در خارج از بدن ضایعه تومورال از استخوان مندیبل جدا گردید سپس با استفاده از نیتروژن مایع در طی سه مرحله به مدت ۱۰ دقیقه قطعه استخوانی فریز شد. در فاصله هر ۱۰ دقیقه فریزینگ قطعه از محلول در آورده شد و در درجه حرارت اتاق قرار گرفت تا قطعه یخ زده ذوب گردد و مجدداً در نیتروژن مایع قرار گرفت. در مرحله سوم پس از خارج کردن قطعه استخوانی از نیتروژن مایع، آن را در محلولی که حاوی ۶۴۰ میلی گرم آمپول جنتامایسین و مقدار کافی سرم فیزیولوژی به مدت ۱۰ دقیقه به حالت غوطه ور قرار داده به طوری که تماماً درون محلول قرار گیرد. سپس قطعه خارج و شستشو داده شده و در محل اولیه خود قرار گرفت و بوسیله پیچ پلاک ثابت می گردد (تصویر ۵). زخم مخاطی در دو لایه دوخته شد. معاینات پیگیری تا ده ماه روند بهبود مطلوب را نشان می دهد و نشانه‌هایی از عود رویت نشد. مراجعه جهت پیگیری‌های بعدی به بیمار توصیه شد.

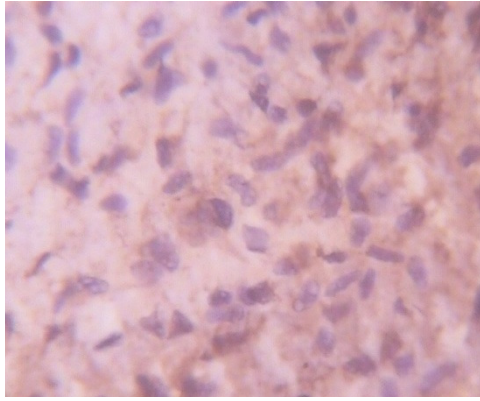
داخل استخوانی بوده است. بیمار جهت تکمیل درمان پیگیری دیگری انجام نداده و تاریخچه دقیقی از جراحی اول و گزارش پاتولوژی نیز نداشت. چهار ماه قبل بیمار متوجه تورم و افزایش درد در ناحیه دندان‌های خلفی کشیده شده، گردید که به دندانپزشک مراجعه می کند و پس از تهیه گرافی پانورامیک به جراح ارجاع می گردد. در معاینه بالینی، بیمار به هنگام لمس در تنه مندیبل دارای درد بوده و مخاط دهان در محل ضایعه نرمال بود و خونریزی وجود نداشت دندان کاین زنده بود و حفره پوسیدگی مشهود نبود. در رادیوگرافی پانورامیک، ضایعه چند حفره‌ای با نمای حباب صابونی با حدود مشخصی از دیستال دندان کاین راست پایین تا زاویه مندیبل مشاهده شد (تصویر ۱) که باعث گشادی کانال عصب آلوئولار تحتانی، اکسپشن و تورم کناره بوردر یا لبه تحتانی، استخوان مندیبل گردیده بود. ضایعه بیمار تحت بی حسی موضعی مورد عمل جراحی قرار گرفت که در ضمن جراحی انسینال با خونریزی شدید همراه بوده که شک جراح را به گرانولومای با سلول‌های ژانت مرکزی برانگیخت.

توصیف ماکروسکوپی

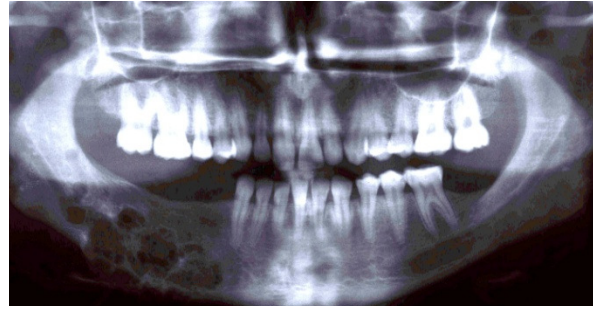
قطعات نامنظم بافتی با قوام نرم و سطح گرانولر مجموعاً به ابعاد $۱ \times ۳ \times ۵$ سانتیمتر به رنگ کرم همراه با یک قطعه عصبی به طول ۲ سانتی متر در حاشیه مشاهده شد.

توصیف میکروسکوپی

پرولیفراسیون نئوپلاستیک خوش خیم سلول‌های دوکی غلاف عصبی محیطی شوان در زمینه میگزوئید که در برخی مناطق درجاتی از آتی پی سلولی با هسته‌های چندلوبه و هایپرکروم و بزرگ مشهود بود (تصویر ۲). قرارگیری هسته‌ها به صورت نردبانی و ایجاد کانون‌های



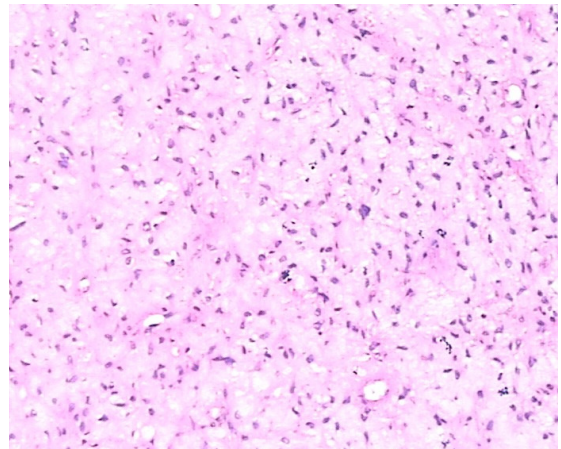
تصویر ۴: رنگ آمیزی s-100



تصویر ۱: رادیوگرافی پانورامیک قبل از جراحی



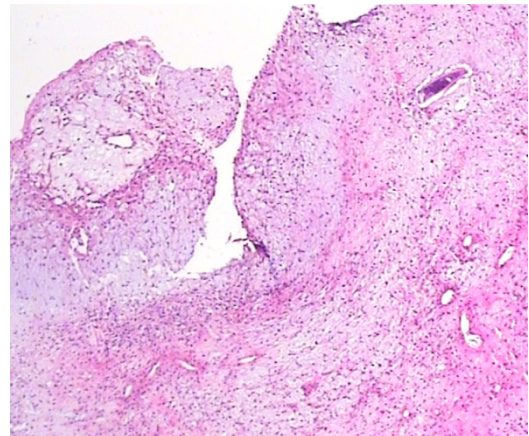
تصویر ۵: رادیوگرافی پس از جراحی



تصویر ۲: نمای میگزوتید و هسته های چند لوبه و هایپرکروم و بزرگ (رنگ آمیزی هماتوکسیلین - اتوزین درشت نمایی ۴۰۰×)

بحث

نوریلوموما یا شوانوما یک تومور خوش خیم سلول های شوان غلاف عصبی است که معمولاً منفرد کپسولدار و با رشد آهسته است و در طول یک عصب محیطی مغزی یا سمپاتیک ایجاد می شود^(۸و۴) و اندازه آن می تواند تا ۲۰cm هم برسد^(۴) این تومور به طور کلینیکی ممکن است سال ها قبل از آنکه علائمی داشته باشد رشد قابل ملاحظه ای بیابد.^(۲) بیشترین شیوع در دهه دوم و سوم زندگی است و در زنان اندکی بیشتر یافت می شود.^(۹و۵) تورم شایع است اما درد یا پارستزی ممکن است تنها در



تصویر ۳: زمینه میگزوتید و کلسیفیکاسیون و مناطق هیالینیزه (رنگ آمیزی هماتوکسیلین - اتوزین درشت نمایی ۴۰۰×)

که هرچند خطر ایجاد تغییرات بدخیمی در دیگر تومور خوش خیم غلاف عصب محیطی (نوروفیروما) و بخصوص در بیماری Von Recklinghausen شایع تر است با اینحال ایجاد تغییرات بدخیمی در نوریلیمومای دژنره نیز در چندین مورد گزارش شده است که ارتباطی با بیماری ذکر شده ندارد.^(۱۴)

در نمای رادیولوژی نوریلیموما، رادیولوژی تک حفره یا چند حفره‌ای با حدود مشخص و غالباً حاشیه اسکلوئوتیک مشاهده می‌شود و تحلیل ریشه دندان‌های مجاور آن یافته شایعی است. گاهی کلسیفیکاسیون‌های دیستروفیک داخل ضایعه دیده می‌شود.^(۱۵) شوانومای داخل فکی می‌تواند با ضایعات پری آپیکال در تشخیص افتراقی قرار گیرد و مواردی از آن در آپکس دندان‌های غیرزنده که درمان ریشه شده اند گزارش شده است. همچنین می‌تواند با آمبولاستوما، میگزوما، فیروز دیسپلازی، نوروفیروما، ضایعات مرکزی با سلول ژانت یا ضایعات پری آپیکال اشتباه شود.^(۱۶)

انواع رادیوگرافی‌ها از جمله CT Scan و MRI به تنهایی نمی‌تواند به تشخیص نوریلیموما کمک کنند و تهیه بیوپسی الزامی است.^(۲)

از نظر هیستوپاتولوژی، در نوریلیموما مناطق با سلولاریتی بالا که از سلول‌های دوکی تشکیل شده‌اند، آنتونی A و نواحی با سلولاریتی کمتر و میگزوئید، آنتونی B نامیده می‌شوند.^(۱۷) در آنتونی A، دو ردیف هسته در یک حالت پرچین مانند (Palisading) آرایش می‌یابند و بین آنها یک منطقه ائوزینوفیل قرار دارد که شامل زوائد سیتوپلاستیک و بازال لامینا و مقداری فیبروکلاژن است این ساختمان Verocay body نامیده می‌شود. در آنتونی B بافت از سلول‌های شوان خیلی شل (Loose) که به طور تصادفی آرایش یافته اند تشکیل شده است.^(۱۸) علاوه بر

۵۰٪ افراد دیده شود. در زنان اندکی نسبت به مردان تمایل بیشتری دارد.^(۲)

معمولاً کپسول‌دار هستند اما آنهایی که در استخوان، پارانشیم CNS یا نواحی احشایی هستند ممکن است کپسول خوبی نداشته باشند.^(۱۹) در حفره دهان بیشتر در زبان و بدنال آن کام، کف دهان، لب و مخاط باکال ایجاد می‌شود.^(۱۱) شوانوما بندرت به عنوان توده داخل استخوانی یافت می‌شود و کمتر از ۲٪ از تومورهای استخوان اولیه را تشکیل می‌دهد.^(۱۰) و در این صورت تمایل قوی به ناحیه خلفی مندیبل^(۲۰) و پس از آن به استخوان خاجی دارد.^(۱۳) تا سال ۲۰۰۸ تنها ۷۹ مورد نوریلیموما داخل استخوانی در نوشتجات انگلیسی گزارش شده است که بیشتر آنها توسط کورتاژ برداشته شده‌اند.^(۱۳) Chi و همکارانش در مقاله ای مروری به ۴۳ مورد نوریلیمومای داخل استخوان فک‌ها در مقالات اشاره کرد که البته هیچ یک دژنره نبودند، همچنین خصوصیات از جمله تورم، درد، درد به هنگام لمس، لقی یا جابجایی دندان، بی‌حسی، زخم سطحی، انواع رادیولوژی، حدود کورتیکه، تحلیل ریشه، تخریب کورتکس، رادیو اپسیت‌های کانونی، اتساع، واکنش پریوستال و سایر موارد به طور متفاوت در موارد مختلف اشاره شد.^(۶) تاکنون ۸ مورد نوریلیمومای دژنره داخل دهانی گزارش شده با این حال هیچ گزارشی از نوریلیمومای دژنره داخل مندیبل در نوشتجات انگلیسی یافت نگردید.^(۹)

از لحاظ بالینی این تومور از دیگر انواع شوانوما و طیف بسیار وسیعی از ضایعات دهانی و فکی قابل افتراق نیست.^(۲۱)

Dahlin و Fawcett یک مورد نوریلیمومای داخل استخوان مندیبل را درمردی دچار بیماری Von Recklinghausen گزارش کرده اند.^(۶) باید دقت نمود

آسپیراسیون سوزنی^۲ (FNAC) می‌تواند در بررسی شوانوما مفید باشد ولی به علت خطر اشتباه گرفتن شوانوما قدیمی با بدخیمی و بالعکس باید ارزیابی سیتومتریک و هیستولوژیک توام با هم صورت پذیرد.^(۴،۷) وجود کپسول ضخیم، فقدان نسبی نکروز، هیپرکروماتیسیم، معمولاً وجود ارتشاح تعداد زیادی از سیدروفازها و هیستوسیت‌ها نیز می‌تواند در تلقین یک بدخیمی گمراه‌کننده باشد.^(۸،۱۵) با این حال نکروز در ۱۰٪ نوریلوموماها دیده می‌شود. فعالیت میتوتیک نیز به ندرت می‌تواند مشاهده شود.^(۶) این نماها برای نوریلوموما قدیمی با نوریلوموما معمولی که هر دو آنها نمای عمده آنتونی A و آنتونی B را دارند، متفاوت است.^(۱۳-۳) سلول‌های شوان دوکی شکل پروتئین S-100 و NSE را بروز می‌دهند که تشخیص منشاء عصبی را آسان می‌کند.^(۴)

از نظر درمان در ۴۳ مورد بررسی شده Chi و همکاران درمان‌های جراحی گوناگون از برداشت محافظه‌کارانه تا خارج کردن کامل فک با توجه به شرایط موجود در هر مورد لحاظ شده که در مجموع، درمان انتخابی برداشت محافظه‌کارانه و معاینات پیگیری، بدون نیاز به رادیوتراپی است. در نهایت ۵ مورد از این موارد که همگی مربوط به فک پایین بودند، عود داشتند.^(۶) عود مجدد نوریلوموما نسبت به نوروفیروما کمتر است زیرا این تومور کپسول دارد تمایز بین نوریلوموما و نوروفیروما هم از لحاظ عود و هم از نظر احتمال بیشتر ایجاد تغییرات بدخیمی در نوروفیروما مهم است.^(۲) مورد گزارش شده توسط ما بدلیل آنکه ضایعه حاضر، احتمالاً عود به دنبال جراحی شش سال قبل بوده و طی برداشت بیوپسی، قوام شل و تمایل به پارگی داشته و در رادیوگرافی،

شوانوما کلاسیک دیگر انواع هیستوپاتولوژیک شوانوما شامل انواع سلولار، پلکسی فرم، اپی تلیوئید، Ancient و ملانوتیک می‌باشد.^(۶) Taylor و Ackerman برای اولین توصیف خود به بررسی ۴۸ مورد تومور نوروژنیک توراکیس پرداخته بودند که ۱۰ نمونه نمای یک شوانوما تیپیک اما تا حدودی متفاوت را نشان داده و در آن قسمت‌هایی از مناطق هیپوسلولار در یک ماتریکس هیالینیزه و دژنراسیون چربی نیز مشاهده شد. آنها پیشنهاد کردند که این نما در اثر گذر زمان طولانی در شوانوما ایجاد می‌شود.^(۸،۱۵) حضور طولانی مدت (Long standing) نوریلوموما ممکن است باعث تغییرات دژنراتیو خوش‌خیم در یک نوریلوموما کلاسیک گردد که این طور فرض شده است که با افزایش ابعاد تومور باعث عدم خونرسانی کافی به تومور و در نتیجه این تغییرات می‌گردد که ممکن است مناطق روشنی از بافت کم سلول میگزوئید، ماتریکس هیالینیزه، هسته‌های پلئومورف، هایپرکروم و حتی گاهی میتوز، تغییرات کیستیک، کلسیفیکاسیون، ابرمالیتی‌های عروقی (دیلاتاسیون و هیالینیزاسیون) یا خونریزی باشد.^(۱۳،۱۴،۱۶،۱۷)

از نظر هیستوپاتولوژی نوع Ancient ممکن است با ضایعه بدخیم آن MPNST^۱ اشتباه شود.^(۱۱،۱۵) که در این حالت وجود کپسول، شواهدی از خونریزی قدیمی، فقدان میتوز، نبود نکروز، ساختار عروقی با دیواره ضخیم و حضور تغییرات دژنراتیو می‌تواند به تشخیص خوش‌خیم برای ضایعه کمک کند.^(۷،۱۳) تومورهای خوش‌خیمی همچون نوروفیروما میگزوئید یا میگزوما غلاف عصبی نیز در تشخیص افتراقی قرار می‌گیرند.^(۱۶)

Krause و همکاران بیان کردند که هر چند سیتولوژی

که ممکن است اشتباهاً ضایعات پری آپیکال، آملوبلاستوما، میگزوما، ضایعات مرکزی با سلول ژانت، میگزومای غلاف عصبی، نوروفیرومای میگزوئید یا تومور غلاف عصبی محیطی بدخیم را مطرح کند و می تواند درمان نامناسب یا جبران ناپذیری را به همراه داشته باشد. با آنکه درمان انتخابی جهت نوریلوموما جراحی محافظه کارانه است، توجه به نمای رادیولوژی، رفتار ضایعه حین تهیه بیوپسی، شرح پاتولوژی از قبیل فقدان کپسول و تاریخچه بیمار از نظر عود یا پایبندی به معاینات پیگیری، می تواند طرح درمان را تحت تاثیر قرار دهد.

تشکر و قدردانی

از زحمات جناب آقایان دکتر پرویز محمودی، دکتر امیر حسین جعفریان، دکتر روزبه راشد و دکتر حامد جلالیان قدردانی می گردد.

رادیولوسنسی چند حفره‌ای بوده و از نظر میکروسکوپی، فاقد کپسول بود، درمان جراحی فریزینگ شرح داده شده، ترجیح داده شد.

نتیجه گیری

با توجه به کمیاب بودن نوع داخل استخوان فکی نوریلوموما، در جستجوی نوع دژنره داخل استخوان فکی در نوشتجات انگلیسی گزارشی یافت نشد و به نظر این اولین مورد گزارش شده باشد. به همین دلیل در قسمت بحث مورد ما با نوریلومومای داخل استخوان فکی و نوریلومومای دژنره داخل دهانی که تاکنون در نوشتجات انگلیسی گزارش شده، مقایسه گردید. گزارش این مورد برای دندانپزشکان، جراحان و پاتولوژیست‌ها قابل توجه می باشد. اشتباه در تشخیص این تومور با توجه به طیف وسیع ضایعات در تشخیص افتراقی با آن از لحاظ بالینی، رادیوگرافی و جراحی و همچنین نماهای میکروسکوپی آن

منابع

1. Rosai J. Soft tissue. In: Roasi and Ackerman's Surgical Pathology. 9th ed. St. Louis: Mosby Co; 2004. P. 2264-74.
2. Nakasato T, Katoh K, Ehara S, Tamakawa Y, Hoshino M, Izumizawa M, et al. Intraosseous neurilemmoma of the mandible. AJNR Am J Neuroradiol 2000; 21(10): 1945-7.
3. Jonas NE, Matelakengisa DB, Fagan JJ. Ancient Schwannoma of the nasal cavity, a rare cause of nasal obstruction: A review and case report. Available at: http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_otorhinolaryngology/archive/volume_6_number_1_18.html. Accessed Feb 13, 2009.
4. Zachariades N, Skoura C, Papageorgiou G, Chrissomali E. Giant ancient neurilemmoma of the cervical region: Report of case. J Oral Maxillofac Surg 2001; 59(6): 668-72.
5. Demarosi F, Lodi G, Sardella A, Moneghini L, Carrassi A. Benign schwannoma of the gingiva. Arch Dermatol 2008; 144(5): 689-90.
6. Chi AC, Carey J, Muller S. Intraosseous schwannoma of the mandible: A case report and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003; 96(1): 54-65.
7. Ugokwe K, Nathoo N, Prayson R, Barnett GH. Trigeminal nerve schwannoma with ancient change. Case report and review of the literature. J Neurosurg 2005; 102(6): 1163-5.
8. Bayindir T, Kalcioğlu MT, Kizilay A, Karadag N, Akarcay M. Ancient schwannoma of the parotid gland: A case report and review of the literature. J Craniomaxillofac Surg 2006; 34(1): 38-42.

9. Subhashraj K, Balanand S, Pajaniammalle S. Ancient schwannoma arising from mental nerve. A case report and review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14(1): E12-4.
10. Ang WM, Yates P, Robbins P, Wood D. Recurrent benign solitary intraosseous schwannoma of the tibia. *Orthopedics* 2008; 31(2): 176.
11. Buric N, Jovanovic G, Pesic Z, Krasic D, Radovanovic Z, Mihailovic D, et al. Mandible schwannoma (neurilemmoma) presenting as periapical lesion. *Dentomaxillofac Radiol* 2009; 38(3): 178-81.
12. de Lacerda SA, Brentegani LG, Rosa AL, Vespúcio MV, Salata LA. Intraosseous schwannoma of mandibular symphysis: Case report. *Braz Dent J* 2006; 17(3): 255-8.
13. Chandhanayingyong C, Asavamongkolkul A, Lektrakul N, Muangsomboon S. The management of sacral schwannoma: Report of four cases and review of literature. *Sarcoma* 2008; 2008: 845132.
14. Chu YC, Yoon YH, Han HS, Han JY, Kim JM, Park IS. Malignant transformation of intrathoracic ancient neurilemmoma in a patient without Von Recklinghausen's disease. *J Korean Med Sci* 2003; 18(2): 295-8.
15. Nakayama H, Gobara R, Shimamoto F, Kajihara H. Ancient schwannoma of the oral floor and ventricular portion of the tongue: A case report and review of the literature. *Jpn J Clin Oncol* 1996; 26(3): 185-8.
16. Nishioka M, Aguirre RL, Ishikawa A, Nagumo K, Wang LH, Okada N. Nerve sheath myxoma (neurothekeoma) arising in the oral cavity: Histological and immunohistochemical features of 3 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 107(5): E28-33.
17. Krause HR, Hemmer J, Kraft K. The behavior of neurogenic tumours of the maxillofacial region. *J Craniomaxillofac Surg* 1993; 21(6): 258-61.