

# Nodüler Fasitis: Olgu Raporu

## *Nodular Fasciitis: Case Report*

M. Ercüment Önder\*, Emre Çimen\*\*, Ömer Günhan\*\*\*

### Özet

Nodüler fasitis ya da diğer isimleri ile nodular fibrositis, subcutaneous fibromatosis, pseudosarcomatous fasciitis, proliferative fasciitis, subcutaneous pseudosarcomatous fibromatosis ve infiltrative fasciitis, ağız-yüz bölgesinde nadir görülen fibroblastik proliferasyon sonucu ortaya çıkan, tümör benzeri neoplastik olmayan bir oluşumdur. Vaka raporunda, 18 yaşında erkek bir hastada alt çenede mental bölgede izlenen nodüler fasitis lezyonu sunulmaktadır. Lezyonun önemi, klinik benzerlikleri nedeniyle sarkoma ile karıştırılma olasılığının bulunmasıdır. Doğru histopatolojik inceleme ve tedavi ile agresif cerrahiden kaçınılması mümkündür.

**Anahtar Kelimeler:** Nodüler fasitis, pseudosarcomatous fasciitis, labial mukoza, yumuşak doku tümörü

### Abstract

Nodular fasciitis also known as nodular fibrositis, subcutaneous fibromatosis, pseudosarcomatous fasciitis, proliferative fasciitis, subcutaneous pseudosarcomatous fibromatosis and infiltrative fasciitis is benign, tumor like lesion which is caused by the proliferation of fibroblasts in the related soft tissue. It is a very rare lesion in the oral and maxillofacial region. We describe a case of nodular fasciitis was seen in the mental region of mandible in the 18 years old young man. It is important to know that the clinical features of the lesion resembles soft tissue sarcomas. Biopsy and histopathological observation could prevent misdiagnosis and invasive surgery.

**Key Words:** nodular fasciitis, pseudosarcomatous fasciitis, labial mucosa, soft tissue tumor

12. Uluslararası Balkan Kongresinde (13-14 Nisan 2007) Poster olarak sunulmuştur.

\* Dr. Dt. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sağlık ve Rehberlik Merkezi

\*\* Araştırma Görevlisi, Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi

\*\*\* Prof. Dr., Patoloji Anabilim Dalı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi

## Giriş

Nodüler fasitis (NF) nadir görülen, benign, reaktif bir lezyondur. Fibroblastların yada myofibroblastların proliferasyonu sonucunda ilgili dokunun fasyasında oluşan bir yumuşak doku lezyonudur<sup>1</sup>.

İlk olarak 1955 yılında Konwaler ve ark. tarafından bildirilmiştir. Konwaler ilk olarak bu lezyonu subcutaneous pseudosarcomatous fasciitis olarak adlandırmıştır<sup>1</sup>. Lezyon, hızlı büyümesi, alttaki dokulara fiske olması, hücresel zenginliği ve yüksek mitotik aktivitesi nedeniyle sarkoma ile karıştırılabilir. Klinik olarak sert, kapsüle olmamasına rağmen iyi sınırlı ve genelde ağrısızdır. Cinsiyet ayrımı yoktur. En çok 3. ve 5. dekatlar arasında görülse de her yaşda rastlanabilir<sup>2-6</sup>. Oral ve baş-boyun bölgesinde oldukça nadir görülür. Daha çok ekstremitelerde ve gövdede bulunur. Çene yüz bölgesindeki lezyonlar %7-20 arasındadır. Doğru teşhisi için biyopsi ve histopatolojik tetkik gerekmektedir. Lezyon çıkartılması ile birlikte geriler ve sorunsuz olarak iyileşir. Bu lezyonlarda histopatolojik tetkikin doğru bir şekilde yapılması, hastaların agresif cerrahilerden korunması açısından oldukça önemlidir<sup>7-10</sup>.

Bu makalede alt dudak mukozası ile serbest dişeti sınırında saptanılan bir nodüler fasitis vakası bildirilmiş, klinik ve histopatolojik özellikleri tartışılmıştır. Bu vaka Türkiye için bildirilmiş ikinci vaka, Türk dilinde bildirilen ilk vakadır.

## Histopatoloji

Miyofibroblastlar yara iyileşmesi sırasında granülasyon dokusundaki kontraktil hücrelerdir. Biyolojik olarak miyofibroblastlara dönüşür, düz kas hücreleri gibi mekanik strese dayanıklıdır, fonksiyon ve görünüş olarak benzer özellik gösterir. Histolojik olarak düz kas hücreleri ve fibroblastlar arasında kararsız bir konumdadır. Myofibroblastların fibroblastlardan farkı daha sıkı yapıları, sub-plasmal atışman plakları ve girintili çekirdeğidir, düz kas hücrelerinden farkları ise bol sayıda endoplazmik retikulum, golgi cisimciği içermeleri ve aktin miyofilamentleri sub-plasmal bölgede çevresel dizilimde bulunmalarıdır. Miyofibroblastların yara iyileşmesindeki fizyolojik görevlerinin yanı sıra, çeşitli lezyonlarda predominant hücre olarak görev alırlar. Miyofibroblastik lezyonlar dört grupta sınıflandırılabilir; reaktif lezyonlar, benign tümörler, lokal agresif fibramatozlar ve miyofibroblastik farklılaşma gösteren sarkomalardır. NF reaktif lezyonlardan en çok rastlanandır<sup>9</sup>. Histolojik olarak NF iyi sınırlı ve kapsülsüzdür. Fibroblastik proliferasyonların

ortak histolojik özelliği ise sapsı mezanşimal hücreler ve bunların ürünü olan kollajendir. Büyük ve immatür fibroblastlar içerir, hücre arası madde de bol miktardadır. Mikroskopisinde tipik olarak tüsü bir yapı, periferinde ise yoğunlaşmış kapiller damarlanma görülür. Dokuya çıkmış inflamatuvar hücreler ve eritrositler görülebilir<sup>11</sup>.

Histopatolojik özellikleri dolayısıyla NF 3 alt grupta sınıflandırılabilir: miksamatoz, intermediate ve fibramatoz. Miksamatoz (tip I) tipte bol miktarda ve büyük fibroblastlar bulunur. Bu nodüller vaskülerdir ve kapillere paralel olarak dizilirler. Intermediate (tip II) tipte, daha çok fiber bulunur ve bunlar daha çok sarmal şeklindedir. Fibramatoz (tip III) ise tip 2 ye benzer ancak nodüller daha çok kollajen içerir. Histolojik alt gruplar, nodülün klinik özelliklerini etkilemez yani histolojik tiplerle klinik özellikler arasında bir ilişki yoktur<sup>2</sup>.

## Klinik

NF tüm yaşlarda görülmesine karşın en çok 3. dekatta görülür<sup>6</sup>. Cinsiyetler arasında fark yoktur. Genellikle hızlı büyür, çap olarak 0.5-10cm arasında değişen boyutları bildirilmişse de çoğunlukla 4cm yi geçmez<sup>9</sup>. Enkapsüle olmamasına rağmen iyi sınırlıdır. Üzerindeki doku palpe edildiğinde hareket ettirilebilir. Genellikle ağrı hikayesi olmasa da bazı vakalarda hassasiyet ve ağrı semptomları bildirilmiştir.

Çene yüz bölgesinde %7-20 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir<sup>6,8,10</sup>. En sık üst ekstremitelerde görülür. Ekstremitelerde de avuç içinde rastlanır. Daha sonra ise gövdede görülür. Gövdede ise en sık görüldüğü yer göğüs ve sırttır<sup>7</sup>.

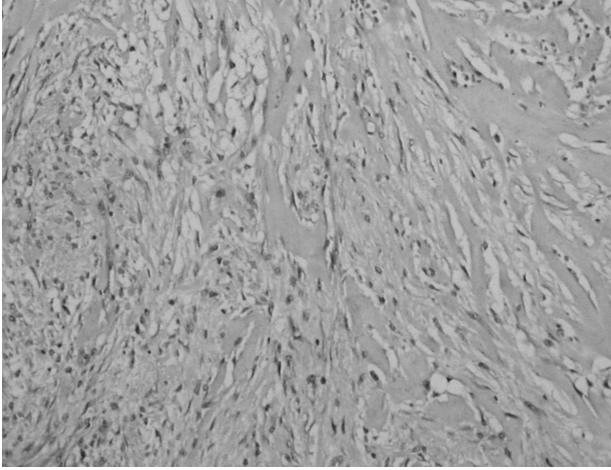
Çene yüz bölgesinde bildirilen vakalar yüz derisinde, burunda, infra orbital bölgede, parotis bezinde, mandibula angulusunda, mandibular sırtta, submental bölgede, yanak mukozasında, labial mukozada, mental foramen bölgesinde, dilde ve buccinator kasla ilişkilidir. Oral bölgede ise en çok yanak mukozasında görülür<sup>11</sup>.

Bildirilen vakaların çoğu mandibula angulusu, mandibular arkın alt kemarı, zigomatik ark ve anterior mandibula gibi kemik çıkıntılarının üzerinde bulunan subkutan dokudan kaynağını aldığı gibi yanak mukozasında bildirilen vakalar da mevcuttur.<sup>4,6,10</sup>

## Olgu Raporu

18 yaşında erkek hasta kliniğimize alt çene kanin lateral diş arasında serbest dişeti ile alt dudak mukozası arasında bulunan şişlik nedeniyle başvurmuştur. Hastada herhangi bir sistemik hastalık bulunmamaktadır ancak

hasta yakınlarında diabet hikayesi bulunmaktadır. Hasta sigara kullanmamaktadır. Klinik muayenede alt dudak mukozasında yaklaşık 1cm çapında, sert, mukoza altında bir lezyon tespit edilmiştir. Hastanın belirgin bir ağrı şikayeti olmamıştır ancak bölgede ara sıra hassasiyet olduğunu belirtmiştir. Periapikal ve panoramik radyografilerde herhangi bir patoloji görülmemiştir. Doku lokal anestezi altında eksize edilmiş ve histopatolojik tetkik için laboratuvara gönderilmiştir. NF'in histolojik görünümünde; ödematöz gevşek yapılı bağ dokusu alanları, düzensiz demet yapan kalın kollagen lifler ve az sayıda inflamatuvar hücre izlenmektedir (Resim 1).



**Resim 1** : Histolojik görünümünde; ödematöz gevşek yapılı bağ dokusu alanları, düzensiz demet yapan kalın kollagen lifler ve az sayıda inflamatuvar hücre izlenmektedir. (HEX100)

Eksizyon bölgesi komplikasyonsuz ve sorunsuz bir şekilde iyileşmiştir. 1 yıllık takip sürecinde tekrarlama görülmemiştir.

### Tartışma

Nodüler fasitit yada diğer isimleri ile psödosarkomatöz fasciitis, subkutan psödosarkomatöz fibromatosis, proliferatif fasciitis ve infiltratif fasciitis, agresif olmayan fibroblastik, benign bir lezyondur<sup>6</sup>. İlk defa 1955 yılında Konwaler ve ark. tarafından bildirilmiştir. Konwaler ve ark.'larının lezyonu psödosarkomatöz fasciitis olarak adlandırmasının nedeni lezyonun klinik ve histolojik özellikleri ile sarkomalara benzerlik göstermesidir<sup>1</sup>.

Tüm yaş gruplarında bildirilmiş vakalar vardır ancak en çok 3. ve 5. dekatlar arasında görülür. Cinsiyet ayrımı yoktur<sup>6</sup>. İç organlar haricindeki herhangi bir vücut bölgesinde görülür<sup>8</sup>. Oral ve çene-yüz bölgesinde ise oldukça nadir görülür. Özellikle avuç içi ve ön kolun iç yüzünde olmak üzere en çok üst ekstremitelerde

görülür. Gövdedeki tutulum oranı ise ikinci sıradadır. Oral ve çene-yüz bölgesinde görülme oranı %7-20 arasında bildirilmiştir<sup>6,7,9</sup>. Özellikle oral mukozada oldukça nadirdir. Bu bölgede az görülmesinin nedeni lezyonun klinik ve histopatolojik özelliklerinin belirsizliği ve bunların klinisyenler tarafından gözden kaçma olasılığına yazarlar dikkat çekmektedir. Lezyonun önemi, vakaların neredeyse %50'sinin sarkoma yada diğer bir malign lezyonla karıştırılmasıdır<sup>11</sup>. Klinik özelliklerine göre karıştırılabilecek durumlar: yüzeysel mukozada ise travmatik ülserler, travmatik granülama, tükürük bezi tümörleri, enfeksiyöz durumlar ve squamöz hücreli karsinomadır<sup>6</sup>. Derin nodüllerde ise ayırıcı tanı tükürük bezi tümörleri, soliter fibröz tümör, nörofibroma, schwannoma, fibrosarcoma, fibröz histiyositoma, miyofibroma ve fibromatozis ile yapılmalıdır<sup>1,9</sup>.

Lezyon tipik olarak submukoza ve iyi sınırlıdır. Altındaki dokuya sıkıca tutunduğu için palpasyonda nodüler ve serttir. Ağrısızdır ancak genellikle kemik çıkıntıları üzerinde bulunduğu için travmaya açıktır ve bu nedenle zaman içerisinde hassasiyet gelişebilir<sup>6,10</sup>. Ortaya çıkışı oldukça hızlıdır ve hızlı büyür. Hızlı oluşması, altındaki dokuya fikse olması gibi klinik özellikleriyle sarkomayla karıştırılır. Lezyon kapsülsüz olmasına rağmen iyi sınırlıdır. Gelişigüzel dizilmiş pleomorfik iğsi hücreler bulunur. Stromada ise lenfatik hücre infiltrasyonu ve eritrosit ekstravasyonu vardır. İğne şekilli hücresel zenginlik ve mitotik aktivitesinden dolayı sarkomalarla karıştırılabilir<sup>1</sup>. Aktif mitoz vardır ancak atipik hücre bulunmaz. İmmunohistokimyasal incelemede iğsi hücrelerin vimentin, actin içerirken desmin, keratin veya s-100 proteini içermediği görülmüştür<sup>2</sup>. NF, vimentine ve aktine pozitifdir. NF hücrelerinde MSA (muscle specific actin – kasa özel aktin) ve SMA (smooth muscle actin – düz kas aktini) pozitifdir, bu özellik diğer mixoid tümörlerle ayırıcı histopatolojik tanıda oldukça önemlidir<sup>5</sup>. S-100 boyaması genellikle negatiftir, desmin boyamada negatif sonuç ise lezyonun fibrohistiyositik doğasına işaret eder. Miyofibroblastların DNA'sında anormallik bile görülebilir. Hızlı ortaya çıkması, stromada kronik enflamasyon ve hücresel atipinin olmaması lezyonun benign olduğunu gösterir<sup>3,6,8,10</sup>.

Bazı araştırmacılar, ekstraoral NF lezyonlarını travmanın tetiklediğini ileri sürmektedirler. Ancak yazarlar patolojinin başlangıcında hafif yada orta dereceli enflamasyonun olduğunu ileri sürerler<sup>6</sup>. Bildirdiğimiz vakada hasta tarafından bildirilen bir travma hikayesi yoktur ancak oluştuğu bölge nedeniyle minimal travmalara maruz kalmış olma olasılığı yüksektir. Tedavi için doğru tedavi seçeneği eksizyonel biyopsi,

histopatolojik tetkik ve takiptir<sup>6,8</sup>. Tedavide doğru histopatolojik tetkik çok önemlidir. Bu sayede lezyon agresif cerrahi gerektirmeden çıkartılabilir. Histolojik özelliklerinde bol miktarda intravasküler hücreler

görülse de rekkürens çok nadirdir hatta insizyonel biyopsi sonrasında geride kalan az miktarda patolojik dokunun zaman içerisinde gerilediği ve ortadan kaybolduğu bildirilmiştir<sup>5,6,11</sup>.

## Kaynaklar

1. Konwaler BE., Keasbey L., Kaplan L. Subcutaneous pseudosarcomatous fibromatosis (fasciitis). *Am J Clin Pathol*; 25:241-52, 1955.
2. Price EB., Silliphant WM., Shuman R. Clinicopathological analysis of 65 cases. *Am J Clin Pathol* 35:122-136, 1961.
3. Eversole LR., Christensen R., Ficarra G., Pierleoni L., Sapp JP. Nodular fasciitis and solitary fibrous tumor of the oral region: tumors of fibroblast heterogeneity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*;87:471-476, 1999.
4. Alkan A, Günhan O, Celenk P. Oral nodular fasciitis: a case report.. *J Oral Sci*: 43: 217-220, 2001.
5. Haddad AJ., Avon SL., Clokie ML., Sándor GK. Nodular fasciitis in the oral cavity. *Can Dent Assoc*; 67(11):664-667, 2001.
6. Martínez-Blanco M, Bagán JV, Alba JR, Basterra J. Maxillofacial nodular fasciitis: a report of 3 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 60:1211-1214, 2002.
7. Katada T, Tsuchimochi M, Oda T, Sasaki Y, Toyama M, Katagiri M.: Magnetic resonance imaging findings of nodular fasciitis in the mental region. *Odontology*. 92(1):77-80, 2004.
8. Nair P., Barrett AW., Theodossy T. Oral nodular fasciitis: case report. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 42(4):360-2. 2004.
9. Dayan D., Nasrallah V., Vered M. Clinico-pathologic correlations of myofibroblastic tumors of the oral cavity: 1. Nodular fasciitis. *J Oral Pathol Med* 34: 426-35, 2005
10. Han W., Hu Q., Yang X., Wang Z., Huang X. Nodular fasciitis in the orofacial region. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*. 35: 924-927, 2006.
11. Marx R.E., Stern D. Oral and Maxillofacial pathology: a rationale for diagnostic and treatment. Quintessence Pub. Co, 2003, 397-398.

## Yazışma Adresi:

M.Ercüment ÖNDER  
Orta Doğu Teknik Üniversitesi  
Sağlık ve Rehberlik Merkezi, İnönü Bulvarı, 06531 Ankara  
Tel: 3122104976  
Fax: 3122104999  
e-mail: ercument@metu.edu.tr

- ▶ **Bilateral Açık Kapanışla Birlikte Yaygın Diastemanın Metal Seramik Kronlarla Rehabilitasyonu: Olgu Raporu**  
*Rehabilitation Of Bilateral Open Bite With Multiple Diastema Using Metal Ceramic Crowns: Case Report*  
 Gülce Soğancı .....275-279
- ▶ **Dentin Hassasiyetinin Yaygınlığı, Etiyolojisi ve Tedavi Yöntemleri**  
*The Prevalance, Etiology and Treatment Methods of Dentine Hypersensitivity*  
 Ayşegül Yalçın Ünlüyol • Engin Kocabalkan.....280-284
- ▶ **Direkt Kompozit Rezin Venerlerle Diastema Kapatılması: Olgu Raporu**  
*Diastema Closure With Direct Composite Resin Veneers: Case Report*  
 Bağdagül Helvacıoğlu Kıvanç • Hacer Deniz Arısu .....285-288
- ▶ **Diş Uzunluklarının Dental Volumetrik Tomografi Yardımıyla 6 inç ve 9 inç Tarama Alanları Kullanılarak Ölçülmesi**  
*Measurement of Tooth Length by Using Dental Volumetric Tomography with 6 inch and 9 inch Field of Views*  
 Kıvanç Kamburoğlu • Tuncer Özen • Cenk Kılıç.....289-294
- ▶ **Maksiller Obturatörlerde Dental ve Zigomatik İmplant Seçimi**  
*Choose of Dental and Zygomatic Implants in Maxillary Obturators*  
 Fatih Mehmet Korkmaz • Mustafa Kocacıklı • Turan Korkmaz.....295-299
- ▶ **Maksillofasial Cerrahinde Botulinum TOKSİN-A Uygulamaları**  
*Botulinum Toxin-A Applications in Maxillofacial Surgery*  
 Firdevs Veziroğlu Şenel, Kağan Deniz, Burak Bayram .....300-305
- ▶ **Oral Mukozanın Reaktif Hiperplazileri: Olgu Serisi**  
*Reactive Hyperplasias Of The Oral Mucosa: Case Series*  
 İlkay PEKER • Meryem TORAMAN ALKURT • Mustafa Sancar ATAÇ • Emre BARIŞ .....306-311
- ▶ **Sublingual Sialolit: 4 olgu raporu**  
*Sublingual Sialolithiasis: Report of 4 cases*  
 A. Alper Pampu • Özkan Özkaynak • Figen Ç. Şenel • Ceyda K. Özkaynak • Ezher H. Dayısoylu.....312-315
- ▶ **Ters Konumda Gömülü Olan Mandibuler Üçüncü Molar Diş: Bir Olgu Raporu**  
*Inverted Impacted Mandibular Third Molar: A Case Report*  
 Şeref EZİRGANLI • İsa KARA • H. Hüseyin KÖŞGER .....316-318
- ▶ **Nodüler Fasitits: Olgu Raporu**  
*Nodular Fasciitis: Case Report*  
 M. Ercüment Önder • Emre Çimen • Ömer Günhan .....319-322