

## CEMENTIFYING FIBROMA – КЛИНИЧКА И ПАТОЛОШКА ОБЕЛЕЖЈА И ЊИХОВА КОРЕЛАЦИЈА

Јелена СОПТА<sup>1</sup>, Горан ТУЛИЋ<sup>2</sup>, Весна МИЈУЦИЋ<sup>3</sup>,  
Љиљана МАРКОВИЋ<sup>4</sup>, Мирјана АТАНАЦКОВИЋ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Институт за патологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд;  
<sup>2</sup>Институт за ортопедску хирургију и трауматологију, Клинички центар Србије, Београд;  
<sup>3</sup>Институт за онкологију и радиологију Србије, Београд;  
<sup>4</sup>Институт за патофизиологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду, Београд

### КРАТАК САДРЖАЈ

**Увод** *Cementifying fibroma* (CF) је редак бенигни тумор кости који припада групи бенигнух фиброосеалних лезија које садрже цементум.

**Циљ рада** Циљ рада је био да се прикажу клиничко-морфолошка обележја изузетно ретке лезије вилице сличне тумору и корелација хистолошке слике и клиничког понашања тумора.

**Метод рада** Приказано је десет болесника код којих је у периоду 1991-2005. године на Институту за патологију Медицинског факултета Универзитета у Београду дијагностикован CF вилице. Анализирани су: дистрибуција по полу и старости болесника, локализација лезије, трајање болести, а од хистолошких параметара количина сферула, њихова целуларност, постојање крварења, запаљења и ендохондралне осификације у строми тумора.

**Резултати** Испитано је пет жена и пет мушкараца просечне старости од 27,1 године (најмлађи испитаник је био дечак узраста од 14 година, а најстарији жена од 54 године). Код шест испитаника CF је утврђен на максилу, код три на мандибули, а код једног болесника на бази лобање с продирањем у *sella turcica*. Болест је трајала од три месеца до двадесет месеци (просечно 10,4 месеца). Клинички симптоми су били различити: бол, оток, асиметрија лица, протрузија булбуса и дислокација зуба. Напредовање болести је било дуже код мандибулне локализације (просечно напредовање: мандибула 12,3 месеца, максилу 9,5 месеци). Локализација у доњој вилици је праћена нешто блажом клиничком сликом. Доминантан хистолошки критеријум је постојање костних сферула. Број и изглед тзв. *psammoma-like* тела (грч. *psammos* – песак) зависе од трајања болести, мање их је код болесника код којих болест траје кратко, а агресивност лезије је већа. Брз клинички ток болести и кратка анамнеза јављају се и код болесника код којих је хистолошки налаз, уз типичну слику CF, указао и на знаке неспецифичног реактивног запаљења у строми тумора или зони интралезионог крварења. Код једног испитаника с потврђеним CF мандибуле дијагностикована је суперпонирана секундарна анеуризма костна циста (ABC).

**Закључак** Хистолошки параметри CF су релативно јасно дефинисани и не показују значајније промене. Ипак, уочено је да се изглед CF мења у зависности од напредовања тумора. Утврђено је да постоји висока корелација између клиничког тока болести и хистолошких параметара, што захтева блиску сарадњу лекара клиничара и патолога током поступка дијагностиковања и лечења обољења.

**Кључне речи:** максилу; мандибула; *cementifying fibroma*; „*psammoma-like*“ тела

### УВОД

*Cementifying fibroma* (CF) је редак бенигни тумор кости који припада групи бенигнух фиброосеалних лезија које садрже цементум [1-3]. Бенигне фиброосеалне лезије вилице су, према класификацији Светске здравствене организације, сврстане у лезије кости сличне тумору. CF је морфолошки облик фиброзне дисплазије, чија се хистолошка слика разликује од класичног патохистолошког изгледа ове дисплазије. Клиничка, радиолошка и морфолошка слика свих фиброосеалних лезија је врло слична, што отежава њихово дијагностиковање. Додатну забуну у класификацији ових лезија уноси мноштво синонима (*cementifying fibroma*, *cemento-ossifying fibroma*, *ossifying fibroma of jaw*, *benign fibro-osseous lesion of periodontal ligament origin*) који се подједнако користе [3-6].

CF је бенигна фиброосеална неоплазма која потиче од перидонталног лигамента. Може се јавити у обе виличне кости, међутим, поједини аутори истичу че-

шћи настанак CF у мандибули. Обично се наводи да се овај бенигни тумор чешће јавља код жена, мада је тешко говорити о дистрибуцији по полу лезије која је тако ретка. Стога се у литератури описују само појединачни случајеви [7-9]. Први приказ ове лезије код 11 испитаника (пет жена) објавили су Шернман (*Shernman*) и Штернберг (*Sternberg*), који су показали да не постоји значајна разлика у дистрибуцији по полу [1]. Истраживање које је обухватило највише испитаника (75) приказали су Су (*Su*) и сарадници [4, 5]. Тумор је потврђен код болесника свих узраста, с највећом инциденцијом између 20. и 30. године [1-3].

Клиничка симптоматологија CF је нетипична. Напредовање болести траје релативно дуго, мери се месецима или годинама, а као први симптом се најчешће наводи дислокација зуба која је праћена отоком и болом. Уколико је лезија велика, настаје асиметрија лица, па чак и протрузија булбуса (код локализације у максилу) [1-8].

Радиолошка слика лезије зависи од њене старости, односно трајања болести. Тумор је готово увек ограничен и издвојен од околне кости; само се у раним стадијумима радиолошки манифестује као литичка лезија која личи на матирано стакло (тзв. *ground-glass* изглед), када се тешко разликује од фиброзне дисплазије. Са „старењем” тумора и интензивнијим стварањем сферула сличних цементу у њему, радиолошка слика показује наглашену калцификацију унутар остеолитичке лезије. Налази компјутеризоване томографије (СТ) и магнетне резонанције (MR) указују на литичку лезију кости са склерозним рубом која је јасно ограничена у односу на околну кост [4, 5, 9, 10].

Хистолошка обележја CF су типична и разликују се у односу на остале бенигне фиброосеалне лезије. Тумор чине умножени фибробласти у сториформном аранжману који стварању колагена влакна, а могуће је и постојање митоза без знакова атипичности и плеоморфизма. Строма тумора типично садржи костне сферуле – цементне грануле које варирају у броју и величини, а не садржи хеморагију, запаљењске ћелије и знаке ендохондралне осификације [11-14]. Што је лезија зрелија, описано стварање кости „*psammoma-like*” тела је наглашеније, те постаје доминантан хистоморфолошки критеријум у патохистолошкој дијагностици. Костно стварање у CF чини новостворена тзв. *woven* кост (енгл. *woven bone*) са периферним ламеларним сазревањем. На површини костних спикула фокално се налазе неактивни остеобласти [1-5, 7, 10, 11]. После постављања дијагнозе на основу патохистолошког налаза, одређује се начин лечења, које је искључиво хируршко. С обзиром на то да лезија испољава потпуно бенигну природу, после радикалне хируршке интервенције (киретажа, енуклеација или ексцизија) не очекује се рецидив болести [12, 13, 15].

## ЦИЉ РАДА

Циљ рада је био да се прикажу клиничко-морфолошка обележја изузетно ретке лезије вилице сличне тумору код десет испитаника и корелација хистолошке слике и клиничког понашања тумора.

## МЕТОД РАДА

Приказано је десет болесника код којих је током петнаестогодишњег периода (1991-2005. године) на Институту за патологију Медицинског факултета Универзитета у Београду дијагностикован CF вилице. Узорци ткива за испитивање послати су са Неврохируршке клинике и Клинике за максилотофацијалну хирургију Клиничког центра Србије у Београду. Сав достављени материјал је фиксиран у десетопроцентном формалину, декалцификован и укалупљен у парафинске блокове. Материјал је сечен у препарате од

ТАБЕЛА 1. Клинички знаци код болесника са дијагностикованим CF и морфолошка обележја биоптичког материјала лезије.  
TABLE 1. Clinical characteristics of patients with cementifying fibroma and histologic characteristics of biopsy material.

Болесник Patient	Пол Sex	Старост (године) Age (years)	Локализација CF CF localisation	Симптоми Symptoms	Дужина анамнезе (месеци) Case-history (months)	Хистолошки налази / Histologic findings			
						Сферуле Spherules	Крварење Haemorrhage	Запаљење Inflammation	Хрскавица Cartilage
1	F	27	Mandibula sin.	Отрок бол Pain, swelling	12	Доминантно Dominant	Не No	Не No	Не No
2	F	40	Maxilla sin.	Отрок, дислокација зуба Swelling, displacement of the teeth	15	Доминантно Dominant	Не No	Не No	Не No
3	M	31	Maxilla sin.	Отрок, дислокација зуба Swelling, displacement of the teeth	8	Доминантно Dominant	Не No	Да Yes	Не No
4	F	15	Maxilla sin.	Протрузија булбуса, бол Eye protrusion, pain	3	Ређе Rarely	Да Yes	Не No	Не No
5	F	20	Maxilla sin.	Протрузија булбуса, бол Eye protrusion, pain	5	Доминантно Dominant	Не No	Не No	Не No
6	F	54	Mandibula sin.	Отрок бол Pain, swelling	16	Доминантно Dominant	Не No	Не No	Не No
7	M	33	Maxilla sin.	Отрок, дислокација зуба Swelling, displacement of the teeth	20	Ређе Rarely	Не No	Не No	Не No
8	M	19	Mandibula sin.	Отрок, бол Pain, swelling	9	Доминантно Dominant	Да* Yes*	Да Yes	Не No
9	M	14	Maxilla sin.	Отрок Swelling	10	Доминантно Dominant	Не No	Не No	Не No
10	M	18	Basos cranii (sella turcica)	Отрок, бол, протрузија булбуса Swelling, pain, eye protrusion	6	Ређе Rarely	Да Yes	Не No	Не No

F – женски; M – мушки; \*ABC – аневризмна костна циста / F – female; M – male; \*ABC – aneurysmal bone cyst

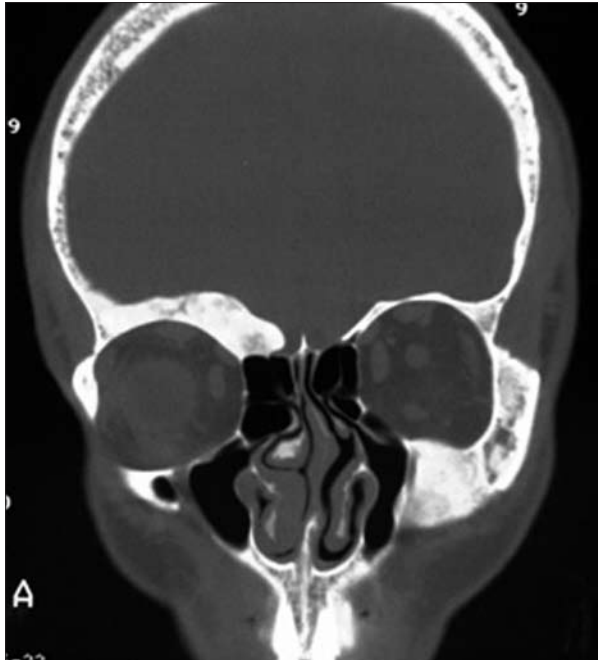
пет микрометара и бојен следећим техникама: хематоксилином и еозином (HE), ретикулином и Масонови тробојним бојењем (Masson's Trichrome). У раду су анализирани: расподела болесника по полу и старости, локализација лезије, трајање симптома, а од хистолошких параметара количина сферула, постојање крварења, запаљења и ендохондралне осификације у строми тумора (Табела 1).

## РЕЗУЛТАТИ

Испитано је пет жена и пет мушкараца. Просечна старост болесника била је 27,1 годину. Најмлађи испитаник је био дечак узраста од 14 година, а најстарији жена од 54 године. Код шест болесника промена је била локализована на максилу, код три на мандибули, а код једног болесника на бази лобање са продирањем у *sella turcica*. Основни симптом је био оток, који је забележен код осам болесника. Бол у анамнези навело је шест испитаника, док су дислокација зуба и протрузија булбуса забележене као знак болести код три испитаника. Болест је трајала од три месеца до 20 месеци, док су симптоми у просеку трајали 10,4 месеца.

Сви болесници су, ради дијагностиковања и утврђивања стадијума болести, подвргнути нативном радиографском и испитивању главе помоћу MR (Слика 1).

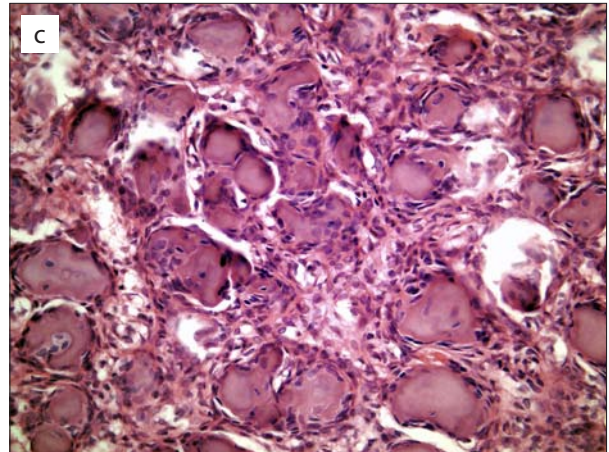
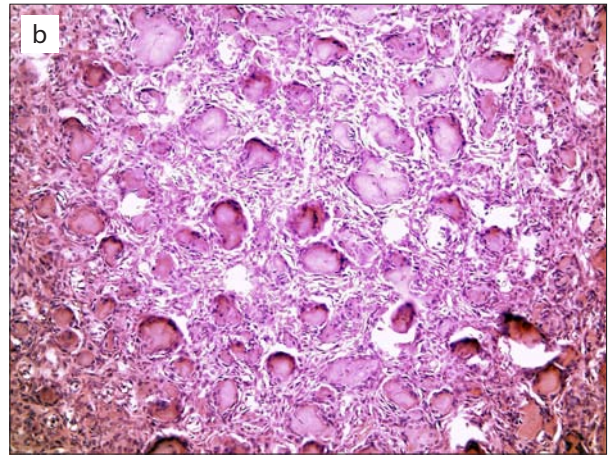
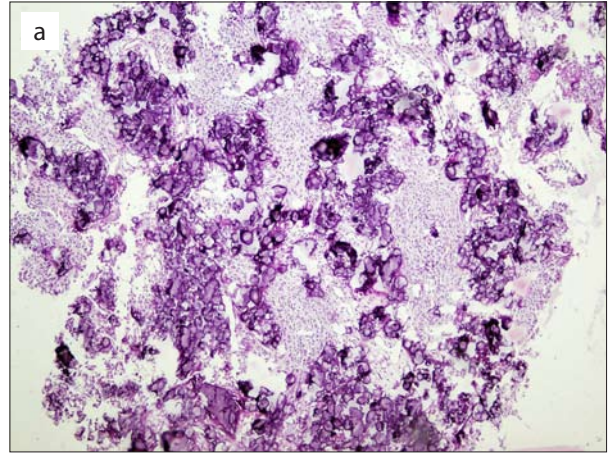
Хистолошком анализом код осам болесника су откривене костне сферуле (енгл. *psammoma-like body structure*), које су биле водећи хистоморфолошки па-



**СЛИКА 1.** Антеропостериорни радиографски снимак калварије 31-годишњег мушкарца са лезијама на левој максилу (*cementifying fibroma*) и десној фронталној кости (фиброзна дисплазија).

**FIGURE 1.** Anteroposterior radiograph of the calvaria of a 31-year-old male with lesion into left maxilla (*cementifying fibroma*) and right frontal bone (fibrous dysplasia).

раметар, док је код два болесника интензитет стварања кости био мањи (Слике 2a и 2b). Примењена су специјална хистохемијска бојења (сребрна импрегнација ткива и Масоново тробојно бојење), која су показала да је структура сферула неправилна. Структуре тзв. *psammoma-like* телашаца су грађене из новоство-



**СЛИКА 2a-c.** Хистолошки изглед *cementifying fibroma*: a) типичан изглед тумора са грубо минерализованим материјалом сличним цементу у фибробластној строми (HE, x10); b) мезенхимна строма окружује хипоцелуларне костне сферуле (HE, x100); c) остеобласти на површини и унутар појединих структура *psammoma-like* телашаца (HE, x200).

**FIGURE 2a-c.** Histologic features of *cementifying fibroma*: a) typical tumour feature with rudely mineralized material resembling cementum in fibroblastic stroma (HE, x10); b) mesenchymal stroma surrounding the hypocellular bone spherules (HE, x100); c) osteoblasts are on the surface and into the *psammoma-like* body structures (HE, x200).

реног остеоида, различите старости и степена минерализације. На њиховој површини се налази зрелији остеоид, који је интензивније калцификован, док се у централним деловима уочавају свеж, нематурисани остеоид и везивно ткиво (Слике 3a и 3b). Псамомска тела имају врло мало ћелија или су без ћелија, грубо минерализована, с могућим појединачним неактивним остеобластима на површини. Само су код четири болесника описане бројне ћелије у костним сферама (Слика 2c).

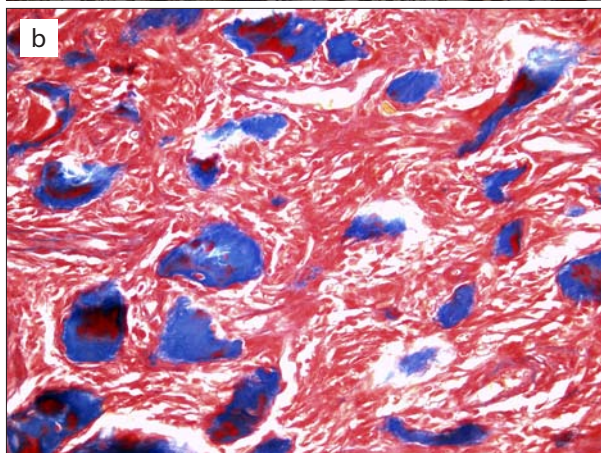
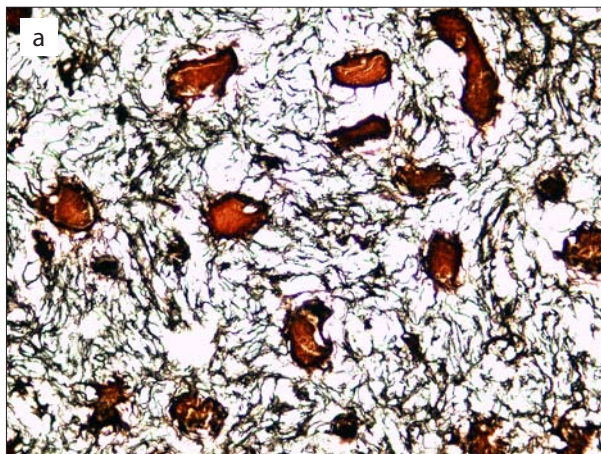
Крварење у строми праћено богатом васкуларизацијом забележено је код три болесника. Занимљив је налаз суперпониране секундарне анеуризмне костне цисте на примарну лезију CF код једног испитаника (Слике 4a и 4b). Ретки запаљењски инфилтрати у строми с периваскуларном локализацијом описани су код два испитаника. Ендохондрална осификација није забележена у биопсијама код испитаника нашег истраживања.

## ДИСКУСИЈА

Приказано је десет болесника код којих је од 1991. до 2005. године на Институту за патологију Медицин-

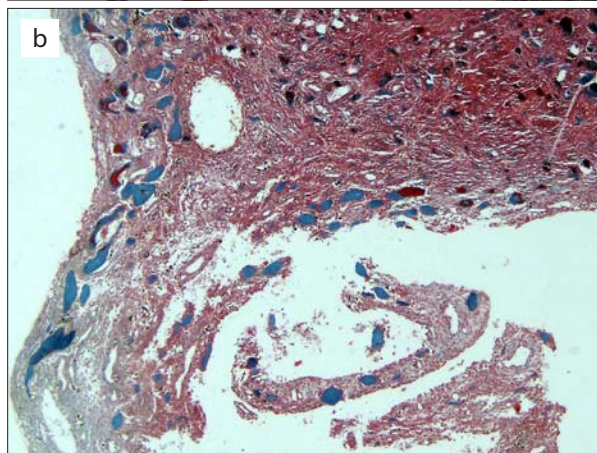
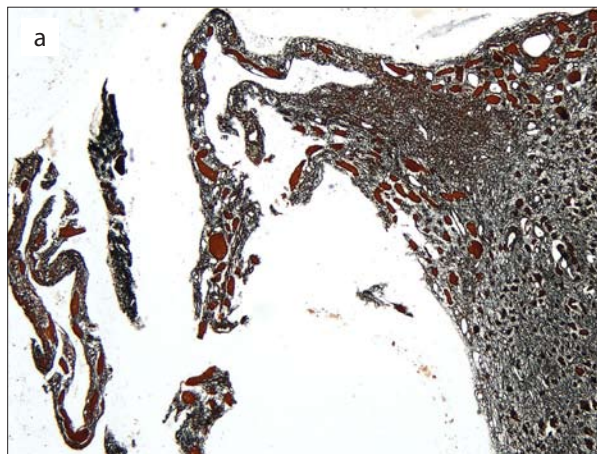
ског факултета Универзитета у Београду дијагностикован CF. С обзиром на то да је овај бенигни тумор ретка интраосеална неоплазма, у литератури су махом дати прикази појединачних случајева. Испитивање с највећим бројем испитаника (75) објавили су Су (Su) и сарадници [4, 5]. Из наведене литературе не могу се извести поуздани закључци о расподели лезије по полу. Док поједини аутори истичу преваленцију код женског пола, други наводе да је овај тумор подједнако заступљен код особа оба пола. Наше испитивање десет болесника показало је подједнаку заступљеност и код мушкараца и код жена.

Просечна старост испитаника нашег истраживања била је 27,1 годину, што је у складу с подацима из литературе, који указују на то да се CF најчешће јавља код особа у трећој деценији (између 20. и 30. године). Анализирани клинички параметри – трајање болести (просечно 10,4 месеца) и симптоми (бол, оток, дислокација зуба и пролапс булбуса) – идентични су онима који се наводе у литератури. Уочено је да је напредовање болести дуже када је лезија локализована у мандибули (просечна еволуција у мандибули је била 12,3 месеца, а у максили 9,5 месеци). Локализација лезије у доњој вилицы, међутим, била је праћена нешто блажом клиничком сликом (само болом



**СЛИКА 3a,b.** Хистохемијска бојења показују неправилну минерализацију костних сфераула (a. ретикулин,  $\times 200$ ; b. Масоново тробојно бојење,  $\times 200$ ).

**FIGURE 3a,b.** Histochemical stains show irregular mineralisation of bone spherules (a. reticulin,  $\times 200$ ; b. Masson's Trichrome,  $\times 200$ ).



**СЛИКА 4a,b.** Суперпонирана секундарна анеуризмна костна циста на примарном *cementifying fibroma* (a. ретикулин,  $\times 10$ ; b. Масоново тробојно бојење,  $\times 10$ ).

**FIGURE 4a,b.** Secondary aneurysmal bone cyst in combination with prime *cementifying fibroma* (a. reticulin,  $\times 10$ ; b. Masson's Trichrome,  $\times 10$ ).

и отоком). Промене у горњој вилицы су биле бројније, а осим болом и отоком, манифестовале су се дислокацијом зуба и протрузијом булбуса. Радиолошка слика болести је код испитаника нашег истраживања била нетипична. Уочене јасно ограничене лезије које личе на матирано стакло (енгл. *ground-glass*) с благим склерозним рубом према здравој кости обухватале су широку дијагностичку палету и представљају апсолутну индикацију за биопсију.

Најчешће се истиче да је морфологија *CF* типична и да су варирања у хистопатолошком изгледу лезија веома мала [3, 11, 14-18]. Ипак, хистолошки параметри који су анализирани у биоптичком материјалу показали су да постоји значајна морфолошка разлика у лезијама с различитим клиничким манифестацијама. Доминантан хистолошки критеријум су, као што се наводи и у литератури, костне сферуле [3-7, 10, 15-18]. И у нашем истраживању је потврђено да број и изглед псамомских тела зависе од трајања болести, односно од „старости” тумора. Број тзв. *psammoma-like* телашаца је мањи код болесника код којих је напредовање болести кратко, а агресивност лезије већа. Брз клинички ток и кратко трајање болести били су заступљени код болесника код којих су хистолошки налази, уз типичну слику *CF*, показивали и знаке неспецифичног реактивног запаљења у строми тумора (наглашене лимфоцитне инфилтрате) или зоне интралезивног крварења [3-5, 16-19]. Код једног болесника с потврђеним *CF* мандибуле дијагностикована је суперпонирана секундарна анеуризмна костна циста (*ABC*). Јављање суперпониране *ABC* на бенигним фиброосеалним лезијама је изузетно ретко, а, колико је нама познато, у литератури није описан ниједан случај суперпозиције *ABC* на *CF* [18, 19].

Мада поједини аутори наводе хистолошко постојање ендохондралне осификације у строми *CF* и других фиброосеалних лезија, код болесника у нашем испитивању није уочен овакав хистолошки параметар.

После постављања коначне патохистолошке дијагнозе *CF*, терапија избора је радикална хируршка интервенција. С обзиром на потпуно бенигну природу лезије, рецидива тумора није било.

### ЗАКЉУЧАК

*CF* је редак бенигни тумор костију главе и лица. Његова клиничка обележја су неспецифична, а радиолошко дијагностиковање отежано због локализације. Једини поуздан дијагностички метод је патохистолошка анализа биоптичког материјала. Специфичан хистоморфолошки изглед *CF* олакшава дијагностиковање и издваја га од других фиброосеалних лезија ко-

стију главе. Хистолошки параметри *CF* су релативно јасно дефинисани и не показују значајније промене. Ипак, уочено је да се изглед *CF* мења у зависности од напредовања тумора. Треба истаћи високу корелацију између клиничког тока болести и хистолошких параметара, што захтева сталну сарадњу лекара клиничара и патолога током поступка дијагностиковања и лечења обољења.

### ЛИТЕРАТУРА

- Huvos AG. Bone Tumors, Diagnosis, Treatment and Prognosis. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1991.
- Unni KK. Dahlin's Bone Tumors General Aspects and Data on 11087 Cases. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996.
- Mirra JM. Bone Tumors, Clinical, Radiologic and Pathologic Correlations. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lea&Febiger; 1989.
- Su L, Weathers DR, Waldron CA, et al. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasias and cemento-ossifying fibromas: I. A pathologic spectrum of 316 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84(3):301-9.
- Su L, Weathers DR, Waldron CA, et al. Distinguishing features of focal cemento-osseous dysplasia and cemento-ossifying fibromas. II. A clinical and radiologic spectrum of 316 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84(5):540-9.
- Endo Y, Uzawa K, Mochida Y, et al. Differential distribution of glycosaminoglycans in human cementifying fibroma and fibro-osseous lesions. *Oral Dis* 2003; 9(2):73-6.
- Akao I, Ohashi T, Imokawa H, et al. Cementifying fibroma in the ethmoidal sinus extending to the anterior cranial base in an 11-year-old girl: a case report. *Auris Nasus Larynx* 2003; 30(Suppl):S123-6.
- Sigler SC, Wobig JL, Dierks EJ, et al. Cementifying fibroma presenting as proptosis. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1997; 13(4):277-80.
- Abou-Elhamd KE. Frontal sinus cementifying ossifying fibroma. *Saudi Med J* 2005; 26(3):470-2.
- Kini U, Hasan S, Dutt S, et al. Cementifying fibroma of the fronto-ethmoidal complex. *Otorinolaringol Head Neck Surg* 1997; 117(6):108-11.
- Tchane IB, Adjibabi W, Biao O, et al. Cemento-ossifying fibroma: two cases. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005; 106(1):30-2.
- Selmani Z, Anttila J, Mertakorpi J, et al. Cemento-ossifying fibroma of the ethmoidal sinus in a child presenting with isolated pain in the nasal region. *J Craniofac Surg* 2004; 15(2):215-7.
- Stergiou GC, Zwahlen RA, Grätz KW. Multiple cemento-ossifying fibromas of the jaw: a very rare diagnosis. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2007; 117(3):236-44.
- Matsuzaka K, Shimono M, Uchiyama T, et al. Lesions related to the formation of bone, cartilage or cementum arising in the oral area: a statistical study and review of the literature. *Bull Tokyo Dent Coll* 2002; 43(3):173-80.
- Brannon RB, Fowler CB. Benign fibro-osseous lesions: a review of current concepts. *Adv Anat Pathol* 2001; 8(3):126-43.
- Kudo Y, Hiraoka M, Kitagawa S, et al. Establishment of human cementifying fibroma cell lines by transfection with temperature-sensitive simian virus-40 T-antigen gene and hTERT gene. *Bone* 2002; 30(5):712-7.
- Aldred MJ, Talacko AA, Savarirayan R. Ossifying fibroma of the face and hyperparathyroidism in a chronic hemodialysis patient. *Nephrologie* 2004; 25(1):33, author reply 33.
- Mattei TA, Mattei JA, Ramina R, et al. Fibrous dysplasia in combination with aneurysmal bone presenting as a subarachnoid haemorrhage. *Neurol Sci* 2005; 26(3):178-81.
- Iseri PK, Efendi H, Demirci A, et al. Fibrous dysplasia of the cranial bones: a case report and review of the literature. *Yale J Biol Med* 2005; 78(3):141-5.

## CEMENTIFYING FIBROMA – CLINICAL CHARACTERISTICS, HISTOLOGICAL FEATURES AND CORRELATION

Jelena SOPTA<sup>1</sup>, Goran TULIĆ<sup>2</sup>, Vesna MIJUCIĆ<sup>3</sup>, Ljiljana MARKOVIĆ<sup>4</sup>, Mirjana ATANACKOVIĆ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute of Pathology, School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade;

<sup>2</sup>Institute of Orthopaedic Surgery and Traumatology, Clinical Centre of Serbia, Belgrade;

<sup>3</sup>Institute of Oncology and Radiology, Belgrade;

<sup>4</sup>Institute of Pathophysiology, School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade

**INTRODUCTION** Cementifying fibroma (CF) is a fibro-osseous lesion which produces cementum.

**OBJECTIVE** The aim of the current study was to further refine its clinical and histological features and to make clinico-pathological correlations.

**METHOD** The authors report 10 cases of cementifying fibroma diagnosed at the Institute of Pathology, School of Medicine, University of Belgrade, during 15 years (1995-2005).

**RESULTS** CF showed no sex predilection (5 males and 5 females). The youngest patient was a 14-year old male, and the oldest was a 54-year old female (the average years were 27.1). The maxilla was the most frequent site (80%). Only one patient had a lesion in the baseos cranii with invasion of sella turcica. All the patients reported history of pain and oedema lasting from 3 to 20 months (medium 10.4 months). Other clinical symptoms were: face assymetry, tooth dislocation and bulbus protrusion. The evolution of the tumour was longer and clinical course indolent in the patients with the mandibular localisation (mandible – 12.3 months, maxilla – 9.5 months). Clinical course and duration of history were in correlation with the histological feature of CF. The main histomorphological diagnostic criterion for CF

was psammoma-like structures. Their number and mineralisation of bone spherules varied during the tumour maturation. In old lesions, the number of „psammomatoid“ bodies increased with long anamnesis. On the contrary, dramatic clinical symptoms were described in the CF with stromal haemorrhage and inflammation. We had one patient with secondary superposition of aneurysmal bone cyst in the prime CF.

**CONCLUSION** Differential diagnosis of cementifying fibroma and other fibro-osseous lesions of cranial bones by histological evaluation only is often difficult and asks for permanent cooperation between clinical doctors and pathologists.

**Key words:** maxilla; mandible; cementifying fibroma; psammoma-like body

Jelena SOPTA  
Institut za patologiju  
Medicinski fakultet  
Dr Subotića 1, 11000 Beograd  
Tel.: 011 2684 942  
E-mail: jslabic@yahoo.com