

เนื้องอกโอตอนโทเจนิคไฟโบรมาที่พบในกระดูก: รายงานผู้ป่วย

Central Odontogenic Fibroma: A Case Report

สังสม ประภายาสาท¹, อะนัม เอี่ยมอรุณ¹, ชนธิร์ ชินเครือ², จิรฎฐ์ เมธะพันธุ์³, ณัชพล จมูศรี¹, สุรวุฒิ พงษ์ศิริเวทย์¹

¹ภาควิชาชีววิทยาช่องปากและวิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³นักศึกษาล้างปริญญาสาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Sangsom Prapayasatok¹, Anak Iamaroon¹, Chonatee Chinkrao², Jirat Mathapun³, Nutchapon Chamusri¹, Surawut Pongsirivet¹

¹Department of Oral Biology and Oral Diagnostic Sciences, Chiang Mai University, Chiang Mai

²Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Chiang Mai University, Chiang Mai

³Postgraduate student of Oral and Maxillofacial Surgery, Chiang Mai University, Chiang Mai

ชม. ทันตสาร 2558; 36(1) : 89-97

CM Dent J 2015; 36(1) : 89-97

บทคัดย่อ

โอตอนโทเจนิคไฟโบรมาชนิดที่พบในกระดูก จัดเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่มีเซลล์ต้นกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับการสร้างฟันที่พบได้น้อย คือพบไม่เกินร้อยละ 1.5 ของเนื้องอกชนิดนี้ทั้งหมด โดยมีเซลล์ต้นกำเนิดมาจาก มีเซนไคม์ที่สัมพันธ์กับการสร้างฟัน ได้แก่ เอ็นยึดปริทันต์ ปุ่มเนื้อกำเนิดฟัน และ ถุงหุ้มหน่อฟัน กรณีศึกษาผู้ป่วยในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 52 ปี มาด้วยอาการนำที่สำคัญคือ เหงือกกลางด้านขวาบวม ภาพรังสีแพโนราม่าและภาพรังสีโคนบีเอ็มซีทีที่แสดงรอยโรคโปร่งรังสีหลายวงขนาดใหญ่ที่มีผนังกันห้องมีลักษณะบาง และมีขอบเขตของโรคค่อนข้างชัดเจนร่วมกับการมีก้อนทึบรังสีรูปร่างไม่แน่นอนกระจายอยู่ภายในรอยโรคในบริเวณขากรรไกรล่างด้านขวา และพบมีการขยายขนาดของกระดูกทั้งทางด้านแก้มและด้านลิ้น ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็นเนื้องอกโอตอนโทเจนิคไฟโบรมาที่พบในกระดูก ชนิด

Abstract

Central odontogenic fibroma is a rare benign odontogenic tumor, representing less than 1.5% of all odontogenic tumors. The tumor derives from mesenchymal tissue of dental origin, such as periodontal ligament, dental papilla, or dental follicle. Our case report is of a 52-year-old female, with a chief complaint of a bony hard swelling on her right gum. Panoramic and cone-beam CT imaging reveal a large, well-defined multilocular radiolucent lesion with wispy septa on the right posterior mandible, including numerous foci of irregular radiopaque masses within the lesion. Buccal and lingual bone expansion is seen. Biopsy confirmed central odontogenic fibroma, WHO type. Our case report was one of only three

Corresponding Author:

สังสม ประภายาสาท

รศ. ทพญ. สาขาวิชารังสีวิทยาช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200

Sangsom Prapayasatok

Assoc. Prof. Division of Oral and Maxillofacial Radiology,
Faculty of Dentistry, Chiang Mai University,

Chiang Mai 50200, Thailand

E-mail: spsangsom@gmail.com

WHO ซึ่งกรณีศึกษาที่นำเสนอเป็นการรายงานผู้ป่วย 1 จาก 3 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้นี้จากการสำรวจข้อมูลที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2551-2556) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.14 จากจำนวนชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจทั้งหมด 2,221 ราย ก่อนเนื้ออกถูกควั่นออกอย่างง่ายภายใต้การดมยาสลบ การติดตามประเมินผลที่ 5 เดือนหลังการผ่าตัดไม่พบการกลับมาเป็นใหม่ของโรค โดยสรุป การศึกษานี้เป็นการรายงานกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่พบเนื้ออกโอโดอนโทเจนิคไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกรล่าง ที่พบที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นกรณีศึกษาที่พบน้อยมาก ลักษณะทางคลินิก ภาพรังสี และจุลพยาธิวิทยาของรอยโรคในผู้ป่วยรายนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่เคยมีมาจากการทบทวนวรรณกรรม

คำสำคัญ: เนื้ออกโอโดอนโทเจนิค โอโดอนโทเจนิคไฟโบรมา ในกระดูก ภาพรังสีแพนอรามา ภาพรังสีโคนบีมซีที

cases diagnosed as central odontogenic fibroma in a 5-year survey (2009-2013) of the Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, and represented only 0.14% of 2,221 biopsy specimens. Simple enucleation of the lesion was performed under general anesthesia. A 5-months follow-up showed no recurrence of the lesion. In conclusion, our case study of central odontogenic fibroma in the mandible is a rare case found at our faculty. It was similar to previous reported cases from the literatures, in clinical, radiological and histological features.

Keywords: odontogenic tumor, central odontogenic fibroma, panoramic radiograph, cone-beam CT

บทนำ

โอโดอนโทเจนิคไฟโบรมา (Odontogenic fibroma) จัดเป็นเนื้ออกที่มีพฤติกรรมไม่ร้ายแรง โดยมีเซลล์ต้นกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับการสร้างฟัน (odontogenic tumor) เนื้ออกชนิดนี้มีทั้งชนิดที่พบในกระดูก (central type) และชนิดที่พบในเนื้อเยื่ออ่อน (peripheral type) ก่อนเนื้ออกจะประกอบไปด้วยเนื้อเยื่อเส้นใย (fibrous tissue) ที่มีเนื้อเยื่อผิวหนังในสภาพไร้ฤทธิ์ (inactive odontogenic epithelium) ในปริมาณที่มากน้อยแตกต่างกันไป โดยเนื้อเยื่อเหล่านี้มาจากเอกโตมิเซนคายล์ (ectomesenchyme) ที่สัมพันธ์กับการสร้างฟัน ได้แก่ เอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament) ปุ่มเนื้อกำเนิดฟัน (dental papilla) และ หลุมหมันฟัน (dental follicle)^(1,2)

โอโดอนโทเจนิคไฟโบรมาชนิดที่พบในกระดูก (Central odontogenic fibroma) จัดเป็นเนื้ออกที่มีเซลล์ต้นกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับการสร้างฟันที่พบน้อย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โอโดอนโทเจนิคไฟโบรมาชนิดที่เกิดในกระดูกพบเป็นร้อยละไม่เกิน 1.5 ของเนื้ออกที่มีเซลล์

ต้นกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับการสร้างฟันทั้งหมด⁽³⁾ นับถึงปัจจุบันมีรายงานการศึกษาที่ตีพิมพ์เกี่ยวกับเนื้ออกชนิดนี้ไม่เกิน 100 รายเท่านั้น⁽²⁾ และถึงแม้ว่าจะมีความพยายามที่จะจำแนกชนิดของเนื้ออกชนิดนี้โดยใช้ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาแต่ก็ยังคงมีความสับสนไม่แน่ชัดในการแบ่งชนิด ประกอบกับลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีของโรคที่ไม่เฉพาะเจาะจง จึงยังทำให้เนื้ออกโอโดอนโทเจนิคไฟโบรมาอยู่ในความสนใจและยังมีรายงานผู้ป่วยออกมาเป็นระยะๆ จนถึงปัจจุบัน⁽⁴⁻⁸⁾

รายงานการศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่พบเนื้ออกโอโดอนโทเจนิคไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกรล่าง ที่มารับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงสัญชาติพม่า เชื้อชาติไทยใหญ่ อายุ 52 ปี มาพบทันตแพทย์ที่คลินิกพิเศษที่โรคช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ด้วยอาการนำที่สำคัญ

คือ มีเหงือกข้างด้านขวาบวม ผู้ป่วยให้ประวัติว่า การบวมของเหงือกค่อยๆ โตขึ้นตั้งแต่เมื่อ 18 ปีที่แล้ว และฟันที่อยู่ในบริเวณนั้นค่อยๆ หักไป บริเวณที่บวมไม่เคยมีหนองหรือการอักเสบมาก่อน ผู้ป่วยไม่เคยมีอาการเจ็บปวดบริเวณที่บวมและไม่มีอาการชา แต่มีอาการปวดฟันที่หักเหลือแต่รากเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยปฏิเสธการมีโรคประจำตัวและการแพ้ยาใดๆ จากการตรวจนอกช่องปาก พบใบหน้าผู้ป่วยไม่สมมาตร มีการบวม คล้ำแข็ง (bony hard swelling) บริเวณขากรรไกรล่างด้านขวา ไม่พบการโตของต่อมน้ำเหลืองใต้ขากรรไกรล่าง และผู้ป่วยอ้าปากได้กว้างปกติ

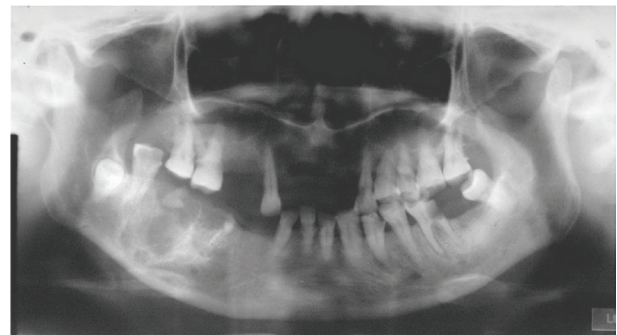
จากการตรวจในช่องปากพบว่าผู้ป่วยมีสุขอนามัยในช่องปากไม่ดี พบโรคปริทันต์โดยทั่วไป มีสันเหงือกกว้างหลายตำแหน่งทั้งในขากรรไกรบนและล่าง และมีรากฟันตกค้างหลายซี่ในบริเวณขากรรไกรล่างด้านขวาซึ่งมีการบวมโต โดยการบวมโตของขากรรไกร มีขอบเขตตั้งแต่ด้านใกล้กลางของฟันซี่ 42 ไปจนถึงส่วนท้ายของฟันกรามล่างด้านขวา บริเวณขากรรไกรที่บวมกดไม่เจ็บ พบการขยายของกระดูกในแนวแก้ม-ลิ้นอย่างชัดเจน คล้ำแข็ง เนื้อเยื่อที่ปกคลุมมีสีปกติ ยกเว้นด้านบนที่มีรอยพิมพ์ของการกัดสบจากฟันบนซี่ 16 ซึ่งเนื้อเยื่อที่ปกคลุมมีสีแดงเล็กน้อย ไม่พบรูเปิดของตุ่มหนองและไม่มีหนองในบริเวณที่มีการบวม การตรวจความมีชีวิตของฟันซี่ 32, 31 และ 41 พบว่าฟันยังมีชีวิตอยู่ (รูปที่ 1)

ผู้ป่วยถูกส่งไปถ่ายภาพรังสีแพโนรามา (panoramic radiograph) ด้วยเครื่องเอกซเรย์แคเรนิกซ์โทม (Cranex-Tome®, Soredex, Helsinki, Finland) ที่ความต่างศักย์ 66 กิโลโวลต์พีค กระแสไฟฟ้า 10 มิลลิแอมแปร์ เวลา 15 วินาที จากภาพพบรอยโรคโปร่งรังสีหลายวงขอบเขตค่อนข้างชัดเจนบริเวณขากรรไกรล่างด้านขวา ขนาดประมาณ 4 x 2.5 เซนติเมตร โดยรอยโรคขยายขอบเขตตั้งแต่บริเวณที่เป็นฟันเขี้ยวไปจนถึงฟันกรามซี่ที่สอง จากภาพรังสีไม่พบฟันซี่ 42, 43 และ 45 ภายใต้อรอยโรคพบเศษรากฟันตกค้างอยู่ในบริเวณที่เป็นฟันกรามน้อยและฟันกรามคาดว่าน่าจะเป็นเศษรากฟันของฟันซี่ 44 และ 46 ฟันซี่ 47 น่าจะถูกเบียดดันจากรอยโรคไปด้านหลังเล็กน้อย แต่ไม่พบว่ามีกระดูกละลายของรากฟัน พบมีการฝังคุดของฟันกรามซี่สุดท้ายอยู่ด้านหลังฟันซี่ 47 บริเวณด้านบนรอยโรคขยายใหญ่ไปยังสันกระดูกเข้าฟัน ส่วนด้านล่างรอยโรคในบางบริเวณขยายไปจนถึงขอบกระดูกด้านล่าง



รูปที่ 1 แสดงการบวมโตของขากรรไกรล่างด้านขวาที่มีการขยายของกระดูกในแนวแก้ม-ลิ้น พบเศษรากฟันหลายซี่ร่วมกับรอยจากการกัดสบของฟันบน

Figure 1 shows bony hard swelling with buccal and lingual bone expansion on right mandible. Retained roots are seen with occlusal imprint from the upper teeth.



รูปที่ 2 แสดงภาพรังสีแพโนรามาของผู้ป่วย ซึ่งพบรอยโรคโปร่งรังสีหลายวงขอบเขตค่อนข้างชัดเจนบริเวณขากรรไกรล่างด้านขวา

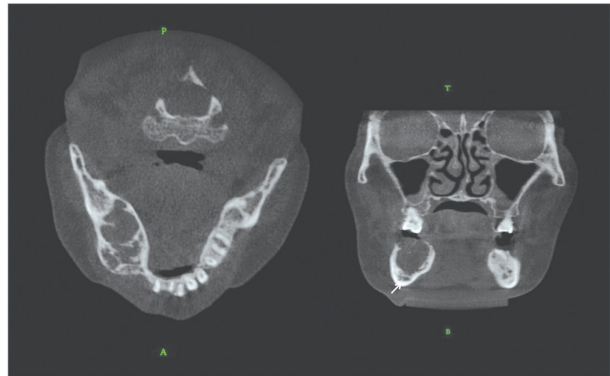
Figure 2 shows panoramic radiograph with fairly, well-defined multilocular radiolucent lesion on the right mandible

ของขากรรไกร ซึ่งพบมีการขยายเล็กน้อยเมื่อเทียบกับด้านซ้าย รอยโรคที่น่าจะเบียดดันคลองประสาทขากรรไกรล่างได้จากภาพรังสีแพโนรามาไม่สามารถมองเห็นขอบเขตที่ชัดเจนของคลองประสาทขากรรไกรล่างได้ (รูปที่ 2)

จากการตรวจทางคลินิกและภาพรังสี ทันตแพทย์ได้ทำการวินิจฉัยแยกโรคที่พบในกระดูกขากรรไกรล่างด้านขวา ประกอบไปด้วยเนื้องอกแอมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma) โอdontอนโทเจนิคมีกโซมา (odontogenic myxoma) เนื้องอกเคอราโทซิสติกโอดอนโทเจนิค (keratocystic odontogenic tumor) และเนื้องอกแคลซิฟายอิงอิพิธิเลียลโอดอนโทเจนิค (calcifying epithelial odontogenic tumor)

ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปยังคลินิกศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลเพื่อการวางแผนรักษาและผ่าตัด ต่อจากนั้นผู้ป่วยถูกส่งไปถ่ายภาพรังสีส่วนตัดอากศัยคอมพิวเตอร์ชนิดโคนบีม (Cone-beam computed tomography) เพิ่มเติมด้วยเครื่องเอกซเรย์โคนบีมซีทีเดนทิสแกน (DentiScan®, NSTDA, Bangkok, Thailand) ที่ความต่างศักย์ 90 กิโลโวลต์พีค กระแสไฟฟ้า 6 มิลลิแอมแปร์ เวลา 18 วินาที พื้นที่ในการถ่ายภาพ (Field of View) เท่ากับ 160 x 130 มิลลิเมตร ขนาดวอกเซล เท่ากับ 0.4 มิลลิเมตร ซึ่งพบว่ารอยโรคมีลักษณะเป็นเงาโปร่งรังสีหลายวง ภายในมีผนังกันบาง วัดขนาดของรอยโรคได้ 3.9 x 2.3 x 2.5 เซนติเมตร พบการขยายของกระดูกขากรรไกรในแนวแก้ม-ลิ้นทำให้กระดูกที่บมีความบาง บริเวณด้านบนของรอยโรคมีการทำลายสันกระดูกเข้าฟัน และรอยโรคเบียดดันคลองประสาทเข้าฟันไปด้านล่าง (รูปที่ 3) ภายในรอยโรคยังพบก้อนที่รังสีรูปร่างไม่สม่ำเสมอ (รูปที่ 4)

ศัลยแพทย์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียลได้ทำการตัดชิ้นเนื้อ (incisional biopsy) บริเวณรอยโรค ลักษณะจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อจำนวน 2 ชิ้นที่ถูกตัดออกมาจากบริเวณเหงือกที่อยู่ด้านบนของรอยโรคและบริเวณด้านในของรอยโรคที่ติดกับกระดูก แสดงลักษณะของเยื่อผิวในช่องปากชนิดพาราเคอราทีไนซ์ สตราทิฟายด์ สความัส (parakeratinized stratified squamous epithelium) โดยมีส่วนของเนื้อเยื่อยึดต่อ (connective tissue) ที่ประกอบไปด้วยเส้นหรือแถบใยของเยื่อผิวโอดอนโทเจนิค (strands and cords of odontogenic epithelium) จำนวนมาก กระจุกกระจายแทรกอยู่ระหว่างมัดของเนื้อเยื่อเส้นใยคอลลาเจน (fibrocollagenous bundle) ที่มีความหนาแน่น นอกจากนี้ยังพบเซลล์เม็ดเลือดแดงที่อยู่นอกเส้นเลือด (extravasated erythrocytes) กระจุกกระจายอยู่ในบางแห่ง (รูป 5a, 5b, 5c) และพบเศษชิ้นส่วนของกระดูกและเนื้อเยื่อแคลซิฟายด์ที่



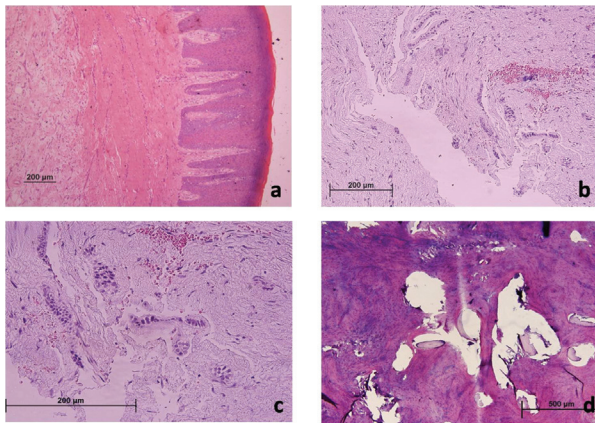
รูปที่ 3 ภาพรังสีโคนบีมซีที ระนาบตามแกน (ซ้าย) และระนาบแบ่งหน้าหลัง (ขวา) พบรอยโรคโปร่งรังสีหลายวงที่ขยายกระดูกขากรรไกรในแนวแก้ม-ลิ้นจนไปทำลายสันกระดูกเข้าฟันและดันคลองประสาทฟันล่างไปอยู่ด้านล่าง (ลูกศรชี้)

Figure 3 Axial and coronal CBCT images reveal a multilocular radiolucent lesion with bucco-lingual expansion. The lesion destroys alveolar bone crest and displaces inferior alveolar canal (arrow).



รูปที่ 4 ภาพรังสีโคนบีมซีที ระนาบตามแกน (ซ้าย) และระนาบแบ่งหน้าหลัง (ขวา) แสดงรอยโรคโปร่งรังสีที่ภายในพบก้อนที่รังสีรูปร่างไม่สม่ำเสมออยู่ใกล้กับกระดูกที่บด้านลิ้น (ลูกศรหนา)

Figure 4 shows axial and coronal CBCT image. An irregular radiopaque mass near the lingual cortex is seen in the radiolucent lesion.



รูปที่ 5 แสดง H&E stain ของชิ้นเนื้อ ซึ่งพบแถบของเยื่อ
บุผิวโอดอนโทเจนิคจำนวนมากกระจุกกระจายอยู่
ระหว่างมัดของเนื้อเยื่อเส้นใยคอลลาเจนที่อยู่ใน
ชั้นเนื้อเยื่อยึดต่อของรอยโรคที่ภาพกำลังขยาย
100 (a) กำลังขยาย 200 (b) และกำลังขยาย 400
(c) ภาพ (d) แสดงเนื้อเยื่อแคลซิไฟด์ที่คล้ายผิว
เคลือบรากฟันปะปนในรอยโรค

Figure 5 shows H&E stain of the specimens: x100
(a); x200 (b); x400 (c). The specimen con-
tains numerous strands and cords of odon-
togenic epithelium surrounded by variety
dense fibrocollagenous bundles. Figure
(d) shows foci of calcified tissues, cemen-
tum-like material in the lesions.



รูปที่ 6 แสดงภาพในช่องปากบริเวณขากรรไกรล่างด้าน
ขวาหลังการผ่าตัด 5 เดือน

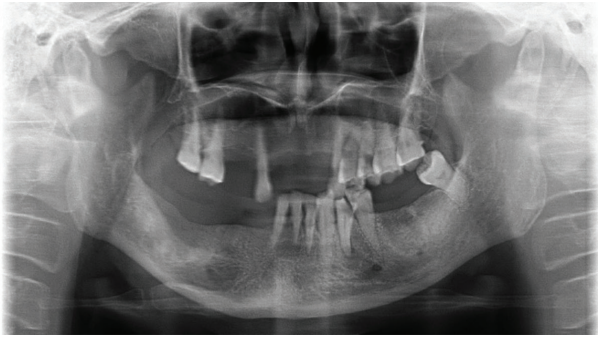
Figure 6 shows intraoral photograph at 5 months
follow-up

คล้ายผิวเคลือบรากฟันปะปนอยู่ (รูปที่ 5d) จากผลการตรวจ
ทางจุลพยาธิวิทยา การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายของรอยโรคที่พบ
ในขากรรไกรล่างด้านขวาได้แก่ โอดอนโทเจนิคไฟโบรมาใน
กระดูก, WHO type

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดควักเอาก้อนเนื้อออกออกภายใต้
การดมยาสลบ ร่วมกับการถอนเอาเศษรากฟันที่อยู่ในบริเวณ
รอยโรคและฟันซี่ 47 และ 48 ออก นอกจากนี้ยังได้มีการ
ถอนฟันซี่ 36 ซึ่งมีการหุทะลุโพรงเนื้อเยื่อในฟันออกด้วย การ
ติดตามประเมินผลการรักษาที่เวลา 5 เดือนหลังการผ่าตัด
(รูปที่ 6, 7) พบว่าแผลมีการหายเป็นปกติ ผู้ป่วยไม่มีอาการ
ปวดหรือชาใดๆ ผู้ป่วยแจ้งว่าจะเดินทางกลับประเทศพม่า
ทันตแพทย์ได้แนะนำว่าถ้ากลับมาประเทศไทยอีกให้กลับมา
พบทันตแพทย์เพื่อทำการตรวจซ้ำ

บทวิจารณ์

ในอดีตมีความสับสนของเกณฑ์การวินิจฉัยเนื้องอกโอ-
ดอนโทเจนิคไฟโบรมาชนิดที่พบในกระดูกจากลักษณะทางจุล
พยาธิวิทยา แต่ในปัจจุบัน The World Health Organiza-
tion (WHO, 2005)⁽⁹⁾ ได้ทำการจำแนกชนิดของโอดอน-
โทเจนิคไฟโบรมาในกระดูก ออกเป็น 2 ชนิด ขึ้นกับปริมาณ
ของเยื่อบุผิวโอดอนโทเจนิคที่แทรกอยู่ระหว่างเนื้อเยื่อเส้นใย
คอลลาเจน ได้แก่ ชนิดที่มีเยื่อบุผิวโอดอนโทเจนิคจำนวน
น้อย (epithelium-poor or simple type) และ ชนิดที่มี
เยื่อบุผิวโอดอนโทเจนิคจำนวนมาก (epithelium-rich or
complex type) ซึ่งจากเกณฑ์การวินิจฉัยเนื้องอกชนิดนี้
โดย WHO ประกอบกับเกณฑ์ที่จำแนกโดย Gardner ใน
ปี ค.ศ. 1996⁽¹⁰⁾ ซึ่งจำแนกชนิดของเนื้องอกโอดอนโทเจนิค
ไฟโบรมาในกระดูกออกเป็นชนิด ซิมเพิล (simple type)
และชนิด WHO (WHO type) พบว่าจากการทบทวนการ
ศึกษาย้อนหลังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เคยถูกรายงานว่าเป็นโอ
ดอนโทเจนิคไฟโบรมาในกระดูก แต่แท้จริงแล้วเป็นเพียงแค
มีเซนไคม์ (mesenchyme) ของถุงหุ้มหน่อฟันที่มีขนาดใหญ่
และไม่มีพฤติกรรมของการเป็นเนื้องอก สำหรับความแตก
ต่างที่เด่นชัดของเนื้องอกโอดอนโทเจนิคไฟโบรมาที่พบใน
กระดูกชนิดซิมเพิล และชนิด WHO นั้น ก็ขึ้นอยู่กับปริมาณ
ของเยื่อบุผิวโอดอนโทเจนิคเป็นหลัก ซึ่งพบน้อยในชนิด
ซิมเพิล และพบมากในชนิด WHO นอกจากนี้เนื้องอกชนิด
WHO ยังพบมีเนื้อเยื่อแคลซิไฟด์ (foci of calcification



รูปที่ 7 แสดงภาพรังสีแพโนรามาหลังการผ่าตัด 5 เดือน พบมีการซ่อมสร้างกระดูกในบริเวณที่ทำการผ่าตัด และไม่พบการกลับเป็นซ้ำของรอยโรค

Figure 7 shows panoramic radiograph at 5 months follow-up. There is no recurrence of the lesion.

material) ที่คล้ายเคลือบรากฟัน (cementoid) คล้ายเนื้อฟัน (dysplastic dentine) หรือคล้ายกระดูก (osteoid) ปะปนอยู่ในรอยโรคด้วย มีรายงานการศึกษาพบไจแอนท์เซลล์ (giant cell)⁽¹¹⁾ และ แกรนูลาร์เซลล์ (granular cell)⁽¹²⁾ ในส่วนโครงของเนื้อเยื่อเส้นใย ซึ่งถือเป็นความผันแปรทางจุลพยาธิวิทยาของโรคนี้ด้วย ซึ่งถ้าใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคชนิดนี้โดย Gardner⁽¹⁰⁾ และ WHO⁽⁹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านับถึงปัจจุบันมีรายงานการศึกษาของโรคโอดอนโทเจนิกไฟโบรมาชนิดที่พบในกระดูกเพียง 92 รายเท่านั้น⁽²⁾ จึงจัดได้ว่าเนื้องอกโอดอนโทเจนิกไฟโบรมาชนิดที่พบในกระดูกเป็นโรคที่พบได้น้อย ในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง ปี พ.ศ. 2556 จากชิ้นตัวอย่าง (specimen) ของผู้ป่วยที่ส่งตรวจจำนวน 2,221 ราย พบเนื้องอกโอดอนโทเจนิกไฟโบรมาในกระดูกในผู้ป่วยเพียง 3 รายเท่านั้นซึ่งรวมถึงกรณีศึกษาในครั้งนี้ด้วย และทุกรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกโอดอนโทเจนิกไฟโบรมาในกระดูกชนิด WHO ซึ่งจากกรณีศึกษาที่รายงานในครั้งนีี้ ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาก็ตรงกับที่ได้กล่าวไว้โดย Gardner⁽¹⁰⁾

โอดอนโทเจนิกไฟโบรมาในกระดูกเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่โตช้า ลักษณะทางคลินิกจะพบว่าผู้ป่วยอาจไม่มีอาการใดๆ แต่เมื่อรอยโรคมีขนาดใหญ่ขึ้นจะพบมีการบวมโตของขากรรไกร อาจพบร่วมกับอาการปวด และฟันถูกเบียด

ไปจากตำแหน่งเดิมหรือมีฟันโยกร่วมด้วย เนื้องอกชนิดนี้ในรายงานการศึกษาส่วนใหญ่ พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ในอัตราส่วน 2.8:1 และพบในผู้ป่วยที่มีช่วงอายุระหว่าง 4-80 ปี (เฉลี่ย 40 ปี) พบได้ทั้งในกระดูกขากรรไกรบนและล่าง โดยในขากรรไกรบนพบบ่อยในบริเวณด้านหน้า และในขากรรไกรล่างพบบ่อยในบริเวณฟันกรามน้อยและฟันกราม^(3,8,13,14) รอยโรคชนิดนี้อาจพบสัมพันธ์กับฟันที่ยังไม่ขึ้น ลักษณะทางภาพรังสีของรอยโรคส่วนใหญ่พบเป็นเงาโปร่งรังสีดวงเดียว (unilocular radiolucency) หรือเงาโปร่งรังสีหลายวง (multilocular radiolucency) ที่มีขอบเขตชัดเจน และอาจพบขอบเขตที่มีลักษณะหยักเป็นลอน (scalloped margin) หลายการศึกษาระบุว่าลักษณะทางภาพรังสีของเนื้องอกชนิดนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของรอยโรค โดยพบว่าถ้าเนื้องอกมีขนาดเล็กคือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร มักจะปรากฏเป็นเงาโปร่งรังสีดวงเดียว แต่ถ้ามีขนาดใหญ่ประมาณ 4 เซนติเมตรมักจะปรากฏเป็นเงาโปร่งรังสีหลายวง โดยในรอยโรคที่ปรากฏเป็นเงาโปร่งรังสีหลายวงนี้ มักพบร่วมกับการเคลื่อนที่ของฟัน การละลายของรากฟันที่อยู่ในบริเวณรอยโรค และการขยายของกระดูก^(5,15-17) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางภาพรังสีที่พบในรายงานการศึกษาคั้งนี้ ลักษณะผนังกันห้องในเงาโปร่งรังสีหลายวงของเนื้องอกโอดอนโทเจนิกไฟโบรมาในกระดูก อาจมีลักษณะเป็นเส้นตรงที่ละเอียดชัดเจน (fine and straight septa) คล้ายในเนื้องอกโอดอนโทเจนิกมิกโซมา หรืออาจมีลักษณะเป็นเส้นบาง (wispy septa) คล้ายในเนื้องอกไจแอนท์เซลล์แกรนูลูมาในกระดูก (central giant cell granuloma)⁽¹⁸⁾ นอกเหนือจากลักษณะที่เป็นเงาโปร่งรังสีที่พบในเนื้องอกโอดอนโทเจนิกไฟโบรมาในกระดูกแล้ว Veeravarmal และคณะ⁽⁸⁾ ได้รายงานผู้ป่วยที่พบรอยโรคในกระดูกขากรรไกรบน โดยลักษณะทางภาพรังสีของโอดอนโทเจนิกไฟโบรมาที่พบจะมีลักษณะเป็นเงาผสมโปร่งและทึบรังสี (mixed radiolucent - radiopaque lesion) ขอบเขตไม่ชัดเจน ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับโรคเนื้อเยื่อเส้นใย (fibro-osseous lesion) มาก ซึ่งต่างจากรายงานกรณีศึกษาของเราในครั้งนี้ที่รอยโรคมีลักษณะเป็นเงาโปร่งรังสีหลายวงที่มีผนังกันห้องเป็นเส้นบาง ร่วมกับการมีก้อนทึบรังสีอยู่ภายในรอยโรค และเนื่องจากโอดอนโทเจนิกไฟโบรมาในกระดูก เป็นโรคที่พบได้น้อยและมีลักษณะทางภาพรังสีที่ไม่เฉพาะเจาะจงทันตแพทย์จึงไม่นำเอาโรคนี้บรรจุไว้ในการวินิจฉัยแยก

โรคตั้งแต่ต้น แต่ได้บรรจุโรคของเนื้องอกที่พบได้บ่อยกว่าลง
ไปแทน ได้แก่ แอมีโลบลาสโตมา โอดอนโทเจนิคมิคโซมา
เนื้องอกเคอราโทซิสติกโอดอนโทเจนิค รวมทั้งเนื้องอกแคล-
ซิฟายอิงอิพิทีเลียลโอดอนโทเจนิค ซึ่งมีลักษณะทางคลินิกและ
ภาพรังสีเข้าข่ายกับผู้ป่วยรายนี้

นอกเหนือจากการใช้ภาพรังสีแบบดั้งเดิมและภาพรังสี
ส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ที่มักพบในการนำเสนอรายงาน
ผู้ป่วยโรคโอดอนโทเจนิคไฟโบรมาในกระดูกแล้ว Hara
และคณะ⁽⁴⁾ ได้รายงานถึงประโยชน์ของการใช้ภาพ
คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging)
หรือภาพเอ็มอาร์ไอ (MRI) ในการวินิจฉัยเนื้องอกชนิดนี้
โดยพบว่าในผู้ป่วยสองรายที่มีเนื้องอกโอดอนโทเจนิคไฟ-
โบรมาในกระดูกขากรรไกรชนิดซิมเพิล จะแสดงสัญญาณภาพ
ในลักษณะ homogeneous isointensity ในภาพ T1W1s
ลักษณะ heterogeneous iso- to hyperintensity ในภาพ
STIR (short T1 intensity recovery or T2W1s) และ
แสดงสัญญาณภาพในลักษณะ heterogeneous strong
enhancement ในภาพ CE-T1W1s (contrast-enhanced
T1W1s) ซึ่งจากลักษณะที่แสดงบนภาพเอ็มอาร์ไอนี้ทำให้
สามารถวินิจฉัยแยกโรคโอดอนโทเจนิคไฟโบรมาในกระดูก
ออกจากโรคถุงน้ำในกระดูกขากรรไกร ซึ่งทั้งสองโรคนี้จะมี
ลักษณะทางภาพรังสีที่คล้ายคลึงกันในภาพรังสีแบบดั้งเดิม
แต่ในภาพเอ็มอาร์ไอถุงน้ำในขากรรไกรจะแสดงสัญญาณ
ภาพในลักษณะ homogeneous hypointensity ในภาพ
T1W1s และลักษณะ homogeneous hyperintensity ใน
ภาพ T2W1s ซึ่งมีความแตกต่างอย่างชัดเจนจากลักษณะที่
พบในเนื้องอกโอดอนโทเจนิคไฟโบรมา นอกจากนี้ผู้วิจัยยัง
ได้มีการสร้างกราฟ time signal intensity curve (TIC)
จากค่าเฉลี่ยของความเข้มของสัญญาณภาพในบริเวณที่สนใจ
จากภาพชนิด dynamic contrast-enhanced MRI (DCE-
MRI) และพบว่ารูปแบบของกราฟมีความแตกต่างจากกราฟ
ที่ได้จากภาพเอ็มอาร์ไอของเนื้องอกแอมีโลบลาสโตมาและ
โอดอนโทเจนิคมิคโซมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปว่า ภาพชนิด
ไดนามิกเอ็มอาร์ไอ (dynamic MRI) มีประโยชน์สำหรับการ
ใช้วินิจฉัยโรคโอดอนโทเจนิคไฟโบรมาในกระดูก

การรักษาเนื้องอกโอดอนโทเจนิคไฟโบรมาในกระดูก
ทำได้โดยการผ่าตัดควักเอาก้อนเนื้องอกออก โดยเนื้องอก
สามารถเลาะออกมาได้ง่าย และไม่ยึดติดกับกระดูกหรือฟัน

ที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียง โดยส่วนใหญ่ของโรคไม่ค่อยพบ
การกลับมาเป็นซ้ำ และไม่มีรายงานการกลายพันธุ์เป็นมะเร็ง
อย่างไรก็ตามมีรายงานการศึกษาที่พบการกลับมาเป็นซ้ำของ
โรค⁽¹⁹⁻²¹⁾ ซึ่งมีการตั้งสมมติฐานว่าอาจเกิดมาจากการขาด
เอาเนื้องอกในขณะที่ผ่าตัดออกไม่เพียงพอ^(5,17) ดังนั้นจึงมีข้อ
แนะนำให้ทำการติดตามประเมินผลของโรคนี้ภายหลังการ
ผ่าตัดเป็นอย่างน้อย 5 ปี⁽⁵⁾ มีข้อแนะนำว่าการณีที่พบการกลับ
มาเป็นใหม่ของโรคควรมีการศึกษาทบทวนถึงลักษณะทาง
จุลพยาธิวิทยาของโรคใหม่ เพราะลักษณะที่พบในเนื้องอก
โอดอนโทเจนิคไฟโบรมาในกระดูกจะมีความคล้ายคลึงกับโรค
ที่มีพฤติกรรมที่รุนแรงกว่า ได้แก่ โอดอนโทเจนิคมิคโซมา
ออสซิฟายอิงไฟโบรมา (ossifying fibroma) และ แอมีโลบลาส-
ติกไฟโบรมา (ameloblastic fibroma) ซึ่งต้องการการ
จัดการรักษาที่ต่างกัน^(13,22) สำหรับในการณีศึกษาครั้งนี้การ
ติดตามประเมินผลหลังการผ่าตัด 5 เดือน ไม่พบการกลับเป็น
ซ้ำของโรค และเนื่องจากผู้ป่วยจะเดินทางกลับไปประเทศพม่า
จึงไม่สามารถนัดผู้ป่วยมาทำการติดตามประเมินผลได้อีก แต่
ผู้ป่วยก็ได้รับการแนะนำให้กลับมาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจซ้ำ
ถ้ามีโอกาสได้เดินทางกลับมายังประเทศไทย

สรุป

การศึกษานี้เป็นการรายงานกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่พบ
เนื้องอกโอดอนโทเจนิคไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกรล่าง ที่
พบที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็น
กรณีศึกษาที่พบน้อยมาก ลักษณะทางคลินิก ภาพรังสี และ
จุลพยาธิวิทยาของรอยโรคในผู้ป่วยรายนี้สอดคล้องกับการ
ศึกษาที่เคยมีมาจากการทบทวนวรรณกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Kaffe I, Bucher A, Isreal TA. Radiologic features of central odontogenic fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78: 811-818.
2. Mosqueda-Taylor A, Martínez-Mata G, Carlos-Bregni R, et al. Central odontogenic fibroma: New findings and report of a multicentric collaborative study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endo* 2011; 112: 349-358.

3. Younis RH, Scheper MA, Lindquist CC, Levy B. Hybrid central odontogenic fibroma with giant cell granuloma-like component: case report and review of literature. *Head Neck Pathol* 2008; 2: 222-226.
4. Hara M, Matsuzaki H, Katase N, et al. Central odontogenic fibroma of the jawbone: 2 case reports describing its imaging features and an analysis of its DCE-MRI findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2012; 113: e51-e58.
5. Hrichi R, Gargallo-Albiol J, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Central odontogenic fibroma: Retrospective study of 8 clinical cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012; 17: e50-55.
6. Chhabra V., Chhabra A. Central odontogenic fibroma of the mandible. *Contemp Clin Dent* 2012; 3: 230-233
7. Pushpanshu K, Kaushik R, Punyani SR, Jasuja V, Raj V, Seshadri A. Concurrent central odontogenic fibroma (WHO type) and traumatic bone cyst: report of a rare case. *Quant Imaging Med Surg* 2013; 3: 341-346.
8. Veeravarmal V, Madhavan RM, Nassar MM, Amsaveni R. Central odontogenic fibroma of the maxilla. *J Oral Maxillofac Pathol* 2013; 17: 319-325.
9. Philipsen HP, Reichart PA, Sciubba JJ, van der Waal I. Odontogenic fibroma. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. *World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours*. Lyon: IARC Publishing Group; 2005. p. 315.
10. Garder DG. Central odontogenic fibroma current concept. *J Oral Pathol Med* 1996; 25: 556-561.
11. Mosqueda Taylor A, Bermudez Flores V, Diaz Franco MA. Combined central odontogenic fibroma and giant cell granuloma-like lesion of the mandible: report of a case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57: 1258-1262.
12. Rinaggio J, Cleveland D, Koshy R, Gallante A, Mrani N. Peripheral granular cell odontogenic fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 104: 676-679.
13. Brazaao-Silva MT, Fernandes AV, Durighetto-Junior AF, Cardoso SV, Lovola AML. Central odontogenic fibroma: a case report with long-term follow-up. *Head Face Med* 2010 Aug 13; 6: 20. doi: 10.1186/1746-160X-6-20.
14. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. *Oral and Maxillofacial Pathology*, 3rd edition. St. Louis: Saunders Elsevier, 2009: 678-740.
15. Nah KS. Central odontogenic fibroma: a case report. *Imaging Sci Dent* 2011; 41: 85-88.
16. Daskala I, Kalyvas D, Kolokoudias M, Vlachodimitropoulos D, Alexandridis C. Central odontogenic fibroma of the mandible: a case report. *J Oral Sci* 2009; 51: 457-461.
17. Covani U, Crespi R, Perrini N, Barone A. Central odontogenic fibroma: a case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10: e154-157.
18. White SC, Pharoah MJ. Benign Tumors of the Jaws. In: *Oral Radiology: Principles and Interpretation*. 6th ed, Mosby, St. Louis; 2009: 387-389.
19. Heimdal A, Isaacson G, Nilsson L. Recurrent odontogenic fibroma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1980; 50:140-145.
20. Svirsky JA, Abbey LM, Kaugars GE. A clinical review of central odontogenic fibroma: With addition of 3 new cases. *J Oral Med* 1986; 41: 51-54.

21. Jones GM, Eveson JW, Shepherd JP. Central odontogenic fibroma. A report of two controversial cases illustrating diagnostic dilemmas. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1989; 27: 406-411.
22. Marx RE, Stern D. *Oral and Maxillofacial Pathology: A Rationale for Diagnosis and Treatment*. Quintessence Publishing Co, Inc; 2007: 672-674.