

ไฟโอเจนิค แกรนูโลมาที่กระพุ้งแก้ม : รายงานผู้ป่วย 1 ราย (Pyogenic granuloma at buccal mucosa : A case report)

ศรียกัลยา จำปาเหล็ก ทพ.ญ.**

ABSTRACT

The pyogenic granuloma is a common tumorlike growth of the oral cavity that is considered to be nonneoplastic in nature. It is most common in children and young adults, in women more than males. Most of lesion appeared at gingival, but some can find at buccal mucosa. That is usually presented pedunculated mass originally thought to be caused by local irritations. This case report presented 58 years Thai male who had nephritic underlining disease. Coming with chief complaint had red mass at right buccal mucosa for 10 days. Clinical symptom presented red pedunculated mass near the occlusal surface of upper right first molar that was sharpening cusp. It was 5 x 10 mm. in size. No pupation, not pale when compression. Differential diagnosis was pyogenic granuloma and fibroma from irritation or fibroepithelial mass. This case was treated by conservative surgical excision. The specimen was submitted for micropic examination and showed a highly vascular proliferation that resembles granulation tissue. This lobular arrangement for the diagnosis "lobular capillary hemangioma". The final diagnosis was pyogenic granuloma or lobular capillary hemangioma. Then got rid off cause by grinding the sharp cusp, relieved pain with analgesic drugs 1-2 days after operationed, and oral hygiene instruction. After follow up for 7 days the wound was normal healing. To prevent the recurrence should follow up for awhile.

Key word : pyogenic granuloma

บทคัดย่อ

ไฟโอเจนิค แกรนูโลมา เป็นรอยโรคของหลอดเลือดที่มีลักษณะคล้ายเนื้องอก ที่พบได้บ่อยในช่องปาก รอยโรคนี้นักพบบ่อยในวัยเด็กและวัยรุ่น โดยจะพบในเพศหญิงมากกว่าชาย รอยโรคในช่องปากส่วนใหญ่พบที่บริเวณเหงือก พบรอยโรคนี้ได้บ้างที่กระพุ้งแก้ม โดยมักจะเป็นติ่งเนื้อที่มีก้านสีแดง โดยมากเกิดจากการระคายเคืองเฉพาะที่ บทความนี้เป็นารายงานผู้ป่วยชายไทยอายุ 58 ปี มีประวัติกลุ่มอาการเนโฟรติกมาด้วยอาการสำคัญ คือ มีติ่งเนื้อสีแดงที่แก้มด้านขวามาประมาณ 10 วัน ตรวจทางคลินิกพบมีติ่งเนื้อมีสีแดงสดมีก้าน อยู่บริเวณใกล้กับด้านสบของฟันกรามบนซี่ที่หนึ่งที่มีลักษณะยอดปุ่มพุ่ม ขนาด 5 x 10 มิลลิเมตร คลำดูไม่มีการเต้นเป็นจังหวะของเนื้อเยื่อใต้ และกดไม่เกิดการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น จากการซักประวัติและการตรวจทางคลินิก ให้การวินิจฉัยแยกโรค คือ ไฟโอเจนิค แกรนูโลมา และรอยโรคไฟโบรมาที่เกิดจากการระคายเคืองหรือติ่งเนื้อไฟโบรเอพิทีเลียล ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดออกทั้งหมดแบบอนุรักษ์พร้อมกับส่งตรวจชิ้นเนื้อทางจุลพยาธิวิทยา พบว่าองค์ประกอบส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดขนาดเล็กจำนวนมาก มีลักษณะเฉพาะเป็น “ไลบิวลาร์ แคพิลลารี ฮีแมงจิโอมา” จึงให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายเป็นไฟโอเจนิค แกรนูโลมา หรือไลบิวลาร์ แคพิลลารี ฮีแมงจิโอมา จากนั้นกำจัดการเกิดซ้ำโดยการกรอลบ่มพุ่มที่คมออก ร่วมกับให้ยาระงับปวดภายใน 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด ร่วมกับการให้ทันตสุขศึกษาและติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 7 วัน พบการหายของแผลตามปกติ ส่วนการติดตามผลการเกิดซ้ำของรอยโรคควรมีการนัดติดตามผลเป็นระยะต่อไป

บทนำ

ไฟโอเจนิค แกรนูโลมา (Pyogenic granuloma) เป็นรอยโรคของหลอดเลือดที่เกิดภายหลังชนิดหนึ่ง (An acquired vascular lesion) ที่พบได้ทั้งที่ผิวหนังและเยื่อเมือก¹ และเป็นรอยโรคเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง² ที่พบได้บ่อยในช่องปาก³ รอยโรคนี้มักพบในเพศหญิง อัตราส่วนการพบที่เยื่อเมือกช่องปากเพศชาย : หญิง เป็น 1 : 2 เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ และการใช้ยาคุมกำเนิด^{1,2} ส่วนใหญ่มักพบในวัยเด็กและวัยรุ่น ช่วงอายุประมาณ 11-20 ปี⁴

ลักษณะทางคลินิก

มีลักษณะที่พบได้บ่อยเป็นติ่งเนื้อที่มีก้าน (pedunculate mass) บางครั้งอาจพบลักษณะเป็นก้อน ที่มีฐานกว้าง (sessile mass)^{3,4} พื้นผิวของก้อนเนื้ออาจเป็นแผลและมีสีชมพูไปจนถึงสีแดงหรือม่วง ขึ้นอยู่กับรอยโรคเป็นมานานมากน้อยเพียงใด รอยโรคเริ่มต้นมักมีหลอดเลือดมาเลี้ยงมาก ทำให้เห็นมีสีแดงสดหรือม่วง ส่วนรอยโรคที่เป็นมานานแล้ว จะมีส่วนประกอบของคอลลาเจนมากขึ้น จึงมีสีชมพู³

ขนาดรอยโรคมีได้ตั้งแต่ขนาดเล็ก 2-3 mm. ไปจนถึงขนาดใหญ่หลายเซนติเมตร ก้อนเนื้อกดไม่เจ็บ แม้ว่าจะมีเลือดออกง่าย และบ่อยครั้งเนื่องจากมีองค์ประกอบของหลอดเลือดมาเลี้ยงมาก³ พบบ่อยที่เหงือกด้านแก้มของขากรรไกรบน² โดย 70% ของผู้ป่วยทั้งหมดพบที่เหงือก ซึ่งสาเหตุที่เกิดมักเกิดจากการระคายเคืองเหงือกหรือการอักเสบที่เกิดจากการดูแลทำความสะอาดช่องปากไม่ดี ส่วนริมฝีปาก ลิ้น และกระพุ้งแก้ม พบออयरองลงมา สาเหตุจากภายนอกที่บริเวณเหล่านี้พบไม่บ่อยนัก³

ไฟโอเจนิค แกรนูโลมา ที่พบที่เหงือกมักจะมีการเกิดบ่อยครั้ง ในหญิงตั้งครรภ์ จึงมีชื่อเรียก

ว่า เนื้องอกในหญิงตั้งครรภ์ (pregnancy tumor) หรือแกรนูโลมา แกรวิดาร์รัม (granuloma gravidarum) มักเริ่มเกิดในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และมีอุบัติการณ์มากขึ้นในช่วงเดือนที่ 7 ของการตั้งครรภ์³

สาเหตุการเกิดและกลไกการเกิดโรค (etiology and pathogenesis)

มีสมมุติฐานสาเหตุการเกิดไฟโอเจนิคแกรนูโลมาว่าเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ กัน ทำให้ในอดีตมีชื่อเรียกตามสาเหตุการเกิดได้แก่ โบทริโอโมโคสิสโฮมินิส (botryomycosis hominis) (poncet, 1897) แกรนูโลมา เทแลงเจ็คเตเซีย (granuloma telangiectasia)⁵ และแกรนูโลมา เพดิคูลาตัม (granuloma pediculatum) ไฟโอเจนิคแกรนูโลมาเป็นชื่อที่ใช้ในปี ค.ศ. 1925 เนื่องจากเชื่อว่ามีสาเหตุจากเชื้อโรคที่ทำให้เกิดหนอง (Pyogenic organism)⁶ แต่ปัจจุบันนี้เชื่อว่าว่าการที่มีเนื้อเยื่อเนื้องอกโตขึ้นนั้นเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการระคายเคืองหรือภายนอกเฉพาะที่³ ปัจจุบันนี้แนะนำให้ใช้ชื่อเรียกว่า “โลบิวลาร์ แคพิลลารี ฮีแมงจิโอมา (lobular capillary hemangioma)” ซึ่งเป็นชื่อที่อธิบายถึงลักษณะรอยโรคที่ปรากฏในทางจุลพยาธิวิทยาที่จะสื่อความหมายของรอยโรคได้ดีกว่า¹ แต่ไฟโอเจนิคแกรนูโลมายังคงเป็นชื่อที่นิยมเรียกกันอยู่

ในปัจจุบันสาเหตุของไฟโอเจนิคแกรนูโลมายังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดเนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุกับการเกิดรอยโรคนี้ที่ชัดเจน แต่พบว่าการที่รอยโรคหายได้เมื่อนำเอาสิ่งกระตุ้นออกโดยปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุ ได้แก่ ภายนอกการระคายเคืองเรื้อรัง ปัจจัยด้านฮอร์โมนการติดเชื้อไวรัส และการเชื่อมต่อของเส้นเลือดแดงและดำผิดปกติ (arteriovenous malformation)¹

พบว่า 50% ของรอยโรคนี้มีประวัติของภายนอกเฉพาะที่ (naimer, 2002) โดยพบว่าจะมี

การหลั่งปัจจัยของหลอดเลือด (angiogenic factor) ออกมามากขึ้น หลังจากการได้รับอันตรายทำให้เกิดการเจริญเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อหลอดเลือด⁷ รวมถึงภายหลังจากการที่มีระดับฮอร์โมนเพศหญิงเพิ่มมากขึ้น⁸

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา (Histopathology)

พบมีการเจริญเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อหลอดเลือด ลักษณะคล้ายเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (Granulation tissue) ประกอบด้วยท่อที่มีเซลล์เยื่อบุผิวหลอดเลือด จำนวนมากทั้งท่อขนาดเล็กและใหญ่ที่มารวมตัวกัน โดยการจัดเรียงตัวหรือรวมกลุ่มกันเป็นพู ๆ (Lobular aggregation) ทำให้นักพยาธิวิทยาบรรยายลักษณะรอยโรคนี้ว่าเป็น “ไลบิวลารี แคพิลลารี ฮีแมงจิโอมา (Lobular capillary hemangioma)” โดยพื้นผิวชั้นบนมักมีแผลและชั้นถัดมาถูกแทนที่ด้วยชั้นไฟบรินและหนองที่หนา โดยในชั้นนี้มีเซลล์อักเสบเข้ามาสะสม ได้แก่ นิวโทรฟิลล์ พลาสมาเซลล์ ลิมโฟไซต์ โดยนิวโทรฟิลล์จะอยู่ใกล้ผิวที่เป็นแผล ส่วนเซลล์อักเสบเรื้อรังจะพบในชั้นลึกลงไป โดยรอยโรคที่เป็นมานานมักมีส่วนประกอบของเนื้อเยื่อเส้นใยมากขึ้น³

การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยแยกโรคในช่องปากหากเป็นรอยโรคตึงเนื้อเช่นนี้เกิดที่ตำแหน่งเดียวในบริเวณเหงือกที่มีลักษณะแน่น (Firm consistency) สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้คือ ไฟบรัส อีพิทาลิส (Fibrous epulis) เพอริเพอรอล ออสซิไฟอิง ไฟโบรมา (Peripheral ossifying fibroma) และ เพอริเพอรอล ไซแอนเซลล์ แกรนูโลมา (Peripheral giant cell granuloma)⁹ หากเกิดที่บริเวณแก้มสามารถวินิจฉัยแยกโรคได้กับรอยโรคไฟโบรมาที่เกิดจากการระคายเคืองหรือตึงเนื้อไฟโบรเอพิ

ทีเลียส (Irritation fibroma or fibroepithelial polyp)⁹ มิวโคซีล (Mucocele) และไลโปมา (Lipoma)³ หากแยกร่วมกับลักษณะทางพยาธิวิทยาที่เห็นจะสามารถแยกจากรอยโรค ได้แก่ เวล ดิฟเฟอเรนติเอต แองจิโอซาร์โคมา (Well differentiated angiosarcoma) โนดูลา คาโพซิ ซาโคมา (Nodular Kaposi's sarcoma) แบซิลลารี แองจิโอมาโตสิส (Bacillary angiomatosis)¹⁰

การรักษาและพยากรณ์โรค (treatment and prognosis)

มักใช้วิธีการผ่าตัดออกทั้งหมดแบบอนุรักษ์ (Conservative surgical excision) ในการผ่าตัดรอยโรคที่เหงือก ควรตัดลงไปจนถึงชั้นเยื่อหุ้มกระดูก (Periosteum) และฟันข้างเคียงควรได้รับการขูดหินน้ำลาย เพื่อกำจัดสาเหตุของการระคายเคือง แม้ว่ารอยโรคจะสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้อีกและจำเป็นต้องตัดซ้ำ³ แต่ก็มีโอกาสเกิดไม่บ่อยครั้งประมาณ 15% ของรอยโรคที่ถูกตัดออกทั้งหมด รอยโรคที่เหงือกจะกลับเป็นซ้ำบ่อยกว่าตำแหน่งอื่น¹¹ ในรอยโรคที่พบในหญิงตั้งครรภ์ ควรตัดออกกรณีที่ส่งผลต่อการคลอด และ/หรือความสวยงาม กรณีนี้การกลับเป็นซ้ำจะค่อนข้างสูง แต่จะหายได้เองหลังคลอด³

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 58 ปี สถานภาพ สมรส อาชีพทำนา ภูมิลำเนา อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ใช้สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า มารับการตรวจรักษาเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2549 ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ด้วยอาการสำคัญ คือ มีติ่งเนื้อสีแดงที่แก้มด้านขวามาประมาณ 10 วัน โดยช่วงแรกมีติ่งเนื้อและแตกร่วมกับมีเลือดออกในวันที่ 7 จากนั้นรอยโรคยุบไป และมีลักษณะเป็นติ่งเนื้อสีแดงอีกครั้งในวันถัดมา ไม่มีอาการ

เจ็บปวด ผู้ป่วยไม่เคยมีติ่งเนื้อเช่นนี้มาก่อน แต่เกรงว่าจะเป็นเนื้อร้าย จึงมารับการตรวจรักษาที่ทันตแพทย์

ประวัติทางการแพทย์

ผู้ป่วยมีประวัติเป็นกลุ่มอาการเนโฟรติก (nephritic syndrome) ปัจจุบันรับประทานยาเพรดนิโซโลน (Prednisolone) 10 มิลลิกรัมต่อวัน และยาเม็ดกรดโฟลิก (folic acid) รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาในสูตรยารักษาวัณโรคแบบปกติ โดยมีผื่นขึ้นตามตัว (Maculopapular rash) หลังรับประทานยา

1 วัน เนื่องจากแพทย์ให้การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นวัณโรค จึงให้ยาไปรับประทานเบื้องต้นก่อน แต่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคดังกล่าว ผู้ป่วยไม่มีการแพ้ยาอื่น ๆ หรืออาหารใด ๆ และไม่มีผลผิดปกติของการหยุดไหลของเลือด

ประวัติทางทันตกรรม

ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ไม่บ่อยครั้ง เคยได้รับการถอนฟัน และขูดหินน้ำลาย ไม่มีปัญหาเลือดหยุดไหลผิดปกติ และการแพ้ยาชา

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ		ค่าปกติของผลการตรวจ	ค่าที่วัดได้จากผู้ป่วย
อิเล็กโทรไลต์ (Electroyte)			
Na ⁺	(mmol/L)	135-147	146
K ⁺	(mmol/L)	3.6-4.6	3.5
Cl ⁺	(mmol/L) L	101-111	104
CO ⁻	(mmol/L)	23-31	34.9
Ca ⁺⁺	(mg/dl)	2.1-2.6	8.7
Inorganic Phosphorus	(mg/dl)	0.9-1.5	2.3
BUN	(mg/dl)	5-20	17
Cr	(mg/dl)	0.5-1.3	1.2
Albumin	(g/L)	42-52	24
การนับจำนวนเม็ดเลือด (CBC)			
Hct	(%)	ชาย 40-55 หญิง 34-47	37.6
Hb		ชาย 13.0-18.5 หญิง 11.6-16.5	11.6
Plt	(/mm ³)	1.5*10 ⁴ - 4*10 ⁵	261,000
WBC	(/mm ³)	4500-10500	8,480
PMN	(/mm ³)	40-74.5	68.5
Eosinophil	(/mm ³)	0-9	7.8
Basophil	(/mm ³)	0-1.2	0.1
Lymphocyte	(/mm ³)	16.3-40.0	22.8
RBC morphology		46*10 ⁴ - 54*10 ⁵	
MCV	(fL)	80-95	790
MCH	(picogram/cell)	27-36	24.4
การวิเคราะห์องค์ประกอบในปัสสาวะ			
RBC	(ตัว)	Negative	50-100
WBC	(ตัว)	Negative	1-2
Epithelial		Negative	Negative
Protein		Negative	3+

ประวัติทางครอบครัว

ไม่มีประวัติโรคประจำตัวหรือโรคติดต่อใด ๆ

ประวัติทางสังคม

ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และครอบครัวมีฐานะยากจน

การดูแลสุขภาพช่องปาก อุปนิสัยในช่องปากที่ผิดปกติ และพฤติกรรมการใช้ยา

ผู้ป่วยใช้แปรงสีฟันแบบขนแปรงแข็ง แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง แบบถูไปมาในแนวนอน ใช้ยาสีฟันชนิดผสมฟลูออไรด์ ไม่เคยใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะดวกช่องปาก

ผู้ป่วยมีประวัติ ชอบกัด เคี้ยวฟันเวลากลางวัน ไม่มีประวัตินอนกัดฟัน ไม่มีอุปนิสัยที่ผิดปกติอื่น ๆ เช่น กัดเล็บ กัดกระพุ้งแก้ม กัดนิ้ว ดุนิ้ว เป็นต้น

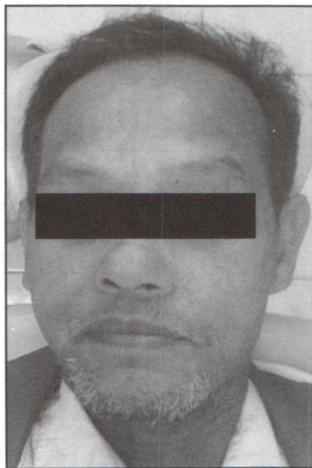
การตรวจทางคลินิก

การตรวจร่างกาย ลักษณะภายนอกของผู้ป่วยมีภาวะซีดเล็กน้อย รู้สึกตัวดี ลักษณะการเดินปกติ ไม่มีความผิดปกติของร่างกายอื่น ๆ ที่เห็นชัดเจน

การตรวจสัญญาณชีพ การวัดสัญญาณชีพในครั้งแรกที่มารับการรักษาทางทันตกรรม ได้ค่าความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตร อัตราการเต้นของชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที น้ำหนักตัว 54 กิโลกรัม

การตรวจภายนอกช่องปาก

ใบหน้าสมมาตร (ขณะถ่ายรูปผู้ป่วยมีอาการเกร็งใบหน้าด้านขวาที่มีติ่งเนื้อเนื่องจากผู้ป่วยเกรงว่าติ่งเนื้อจะแตก ทำให้มีลักษณะใบหน้าที่ปรากฏค่อนข้างไม่สมมาตร) ไม่มีการบวมโตและกดเจ็บของต่อมน้ำเหลือง กล้ามเนื้อไม่มีอาการเจ็บปวดหรือไม่สบายเวลากัด อ้าปากได้ปกติเท่ากับ 40 มิลลิเมตร (รูปที่ 1)



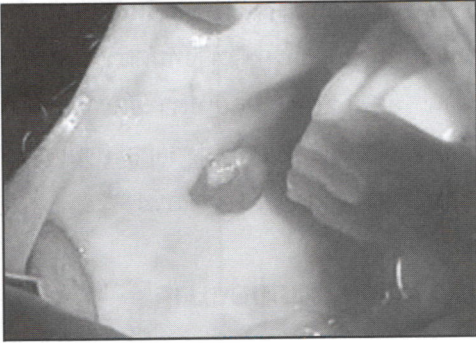
รูปที่ 1 ภาพถ่ายลักษณะใบหน้าด้านหน้าของผู้ป่วย

การตรวจในช่องปาก

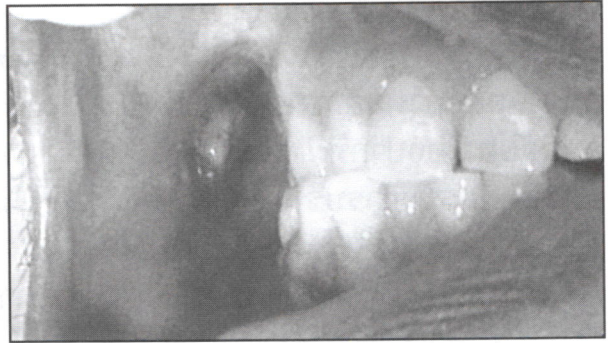
1. การตรวจเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก

ที่กระพุ้งแก้มทางด้านขวา พบมีติ่งเนื้อยื่น มีก้าน ขนาด 5 x 10 มิลลิเมตร ผิวด้านบนของติ่งเนื้อสัมผัสด้วย สีแดงสดเกือบรอบติ่งเนื้อ

มีส่วนน้อยที่มีสีชมพูซีด ดังรูปที่ 2 ก. โดยติ่งเนื้ออยู่บริเวณใกล้กับด้านสบของฟันกรามบนซี่ที่หนึ่งที่มีลักษณะยอดปุ่มฟันคม ดังรูปที่ 2 ข. คลำดูไม่มีการเต้นเป็นจังหวะของเนื้อเยื่อด้านใต้ (pulsatile) และกดไม่ซีด



ก.

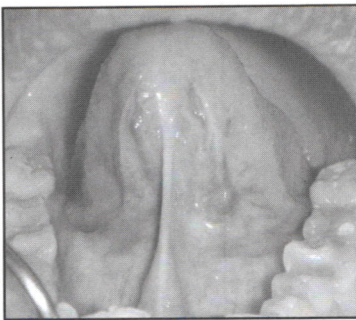


ข.

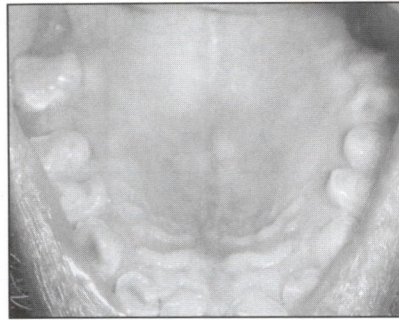
รูปที่ 2 ก. ติ่งเนื้อยื่นสีแดงสดมีก้าน ขนาด 5 x 10 มิลลิเมตร ที่กระพุ้งแก้มทางด้านขวา
ข. ติ่งเนื้ออยู่บริเวณใกล้กับด้านสบของฟันกรามบนซี่ที่หนึ่งที่มีลักษณะยอดปุ่มฟันคม

และในเนื้อเยื่อส่วนอื่น ๆ ได้แก่ กระพุ้งแก้มด้านซ้าย ริมฝีปากบน ล่าง ใต้ลิ้น เพดานแข็ง

และเพดานอ่อน ไม่พบความผิดปกติใด ๆ ดังรูปที่ 3 ก. ข. ค. ง. และ จ.



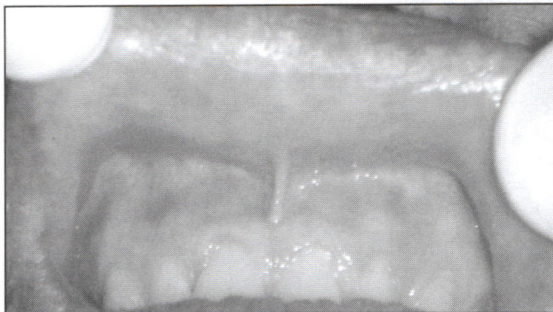
ก.



ข.



ค.



ง.



จ.

รูปที่ 3 เนื้อเยื่ออ่อนส่วนอื่น ๆ ได้แก่ ก. ใต้ลิ้น ข. เพดานแข็งและเพดานอ่อน ค. กระพุ้งแก้มด้านซ้าย ง. และ จ. ริมฝีปากบนและล่าง ไม่พบความผิดปกติใด ๆ

2. การตรวจสภาวะปริทันต์ (periodontal examination)

เหงือกมีสีชมพูซีด ขอบเหงือกมนกลม เหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันมีการบวมเล็กน้อย แต่ไม่พบการบวมแดง เป็นติ่งเนื้อยื่นกดแน่น มีเลือดออกขณะใช้เครื่องมือสอดไปที่ร่องเหงือก ไม่มีการโยกของฟัน หรือร่องลึกปริทันต์ มีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายโดยทั่วไปในระดับน้อย

3. การตรวจฟัน

ฟันทุกซี่ในช่องปากตรวจไม่พบฟันผุ หรือปริทันต์ แต่พบว่าฟันสึกค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในฟันกราม ในขากรรไกรบนและล่าง ด้านสบมีลักษณะแบน ทำให้ขอบฟันที่สึกมีความคม

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น

จากการซักประวัติและการตรวจทางคลินิก ให้การวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis) ได้แก่

1. ไฟโอเจนิค แกรนูโลมา
2. รอยโรคไฟโบรมาที่เกิดจากการระคายเคืองหรือติ่งเนื้อไฟโบรเอพิทีเลียล
3. รอยโรคเนื้องอกของหลอดเลือดหรือฮีแมงจิโอมา

การรักษา

การผ่าตัดออกทั้งหมดแบบอนุรักษ์ (Conservative complete excisional biopsy) ภายใต้อาชาเฉพาะที่ พร้อมกับการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางจุลพยาธิวิทยา โดยใช้วิธีการผ่าตัดด้วยมีดผ่าตัดตามปกติ (Conventional approach) และเย็บแผลด้วยไหมเย็บเพื่อช่วยในการหยุดไหลของเลือด

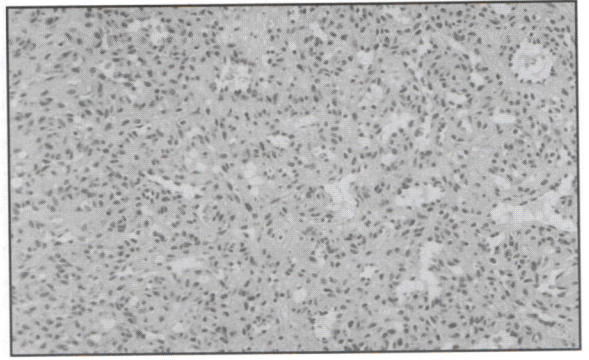
จากนั้นทำการกำจัดสาเหตุการลุบ่มฟันที่คมออก ร่วมกับให้ยาระงับปวดพาราเซตามอล 500 มิลลิกรัมต่อเม็ด รับประทานทุก 6 ชั่วโมง ใน 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด และให้ทันตสุขศึกษา โดยเฉพาะวิธีการแปรงฟัน แนะนำให้ผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการแปรงฟันแบบถูไปมาในแนวนอนที่อาจระแทกโดนกระพุ้งแก้ม และอาจเป็นสาเหตุ ก่อให้เกิดคอพั่นสีกรวมถึงการเลือกแปรงสีฟันชนิดขนแปรงอ่อนแทนแปรงชนิดแข็งเดิมที่ผู้ป่วยใช้อยู่

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา

ภายหลังจากการตัดชิ้นเนื้อทั้งหมดแบบสมบูรณ์ (Conservative complete excisional biopsy) บริเวณกระพุ้งแก้มด้านขวา เพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ขนาดชิ้นเนื้อ 1.5 x 0.9 x 0.6 เซนติเมตร พบมีแผลที่เย็บผิวหนังด้านบนบางส่วน ชั้นถัดมา มีเซลล์อักเสบมาสะสมอยู่จำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นนิวโทรฟิลล์ และภายในองค์ประกอบส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดขนาดเล็กจำนวนมาก ประกอบด้วยท่อที่มีเซลล์เยื่อบุหลอดเลือด (Endothelial cell) ภายใต้อันเยื่อบุผิว (รูปที่ 4 ก. และ ข.) มีลักษณะเฉพาะเป็น “โลบิวลาร์ แคพิลลารี ฮีแมงจิโอมา (Lobular capillary hemangioma)” และไม่พบลักษณะการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง จึงให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย (Definitive diagnosis) เป็นไฟโอเจนิค แกรนูโลมา



ก.



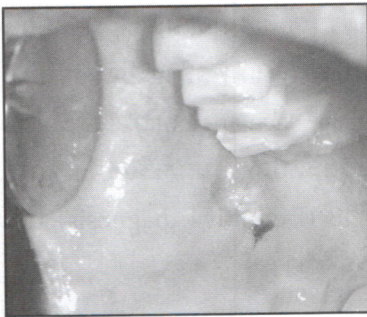
ข.

รูปที่ 4 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อส่งตรวจพบท่อของหลอดเลือดขนาดเล็กที่มีเซลล์เยื่อบุหลอดเลือด ภายใต้อันเยื่อบุผิวจำนวนมาก

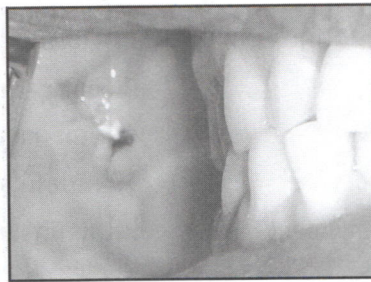
การติดตามผลการรักษา

หลังผ่าตัด 7 วัน บริเวณที่ผ่าตัดก่อนตัดไหมมีการหายของแผลตามปกติ เนื้อเยื่อมีการอักเสบเล็กน้อย ไม่มีอาการปวดบวม (รูปที่ 5 ก.

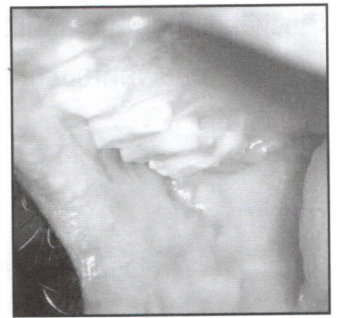
และ ข.) ภายหลังการตัดไหม ไม่มีเลือดออกใด ๆ มีเนื้อเยื่อตาย (slough tissue) ปกคลุมแผลเล็กน้อย (รูปที่ 5 ค.)



ก.



ข.



ค.

รูปที่ 5 ก. และ ข. หลังผ่าตัดตั้งเนื้อ 7 วัน ก่อนตัดไหมบริเวณกระพุ้งแก้ม มีการหายของแผลตามปกติ ค. ภายหลังการตัดไหม แผลไม่มีเลือดออกใด ๆ มีเนื้อเยื่อตายปกคลุมแผลเล็กน้อย

บทวิจารณ์

ตั้งเนื้อที่บริเวณกระพุ้งแก้มนั้นในการวินิจฉัยแยกโรคสามารถพิจารณาโรค โดยแยกจากรอยโรคที่พบได้บ่อย คือ ไฟโอเจนิค แกรนูโลมา และรอยโรคไฟโบรมาที่เกิดจากการระคายเคืองหรือตึงเนื้อไฟโบรเอพิทีเลียล³ ผู้ป่วยรายนี้มีอาการและอาการแสดงทางคลินิก มีลักษณะเฉพาะของไฟโอเจนิค แกรนูโลมา ได้แก่ ลักษณะตึงเนื้อมีสีแดงสด เป็นก้อนมีก้าน ไม่มีอาการเจ็บปวดหรือชา คลำดูแล้วไม่มีการเด่นเป็นจิ้งหะของเนื้อเยื่อด้านใต้¹ ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา มีลักษณะที่ชัดเจน ของหลอดเลือดขนาดเล็ก รวมกลุ่มกันจำนวนมาก¹⁰ มีลักษณะเฉพาะที่เป็นไลบิวลาร์ แคพิลลารี ฮีแมงจิโอมา ซึ่งเป็นลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาที่จำเพาะ³ แต่กลุ่มอายุ ตำแหน่งที่เกิด และเพศของผู้ป่วย มิได้เป็นส่วนที่พบบ่อย ในไฟโอเจนิคแกรนูโลมา คือ ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุเพศชาย และเกิดที่กระพุ้งแก้ม ซึ่งไฟโอเจนิคแกรนูโลมามักพบในวัยเด็กและวัยรุ่น⁴ ในเพศหญิง และตำแหน่งที่พบบ่อยของรอยโรคชนิดนี้คือ เหงือก¹ แต่เป็นลักษณะที่พบบ่อยในรอยโรคไฟโบรมาที่เกิดจากการระคายเคืองหรือตึงเนื้อไฟโบรเอพิทีเลียลที่มักพบในกลุ่มอายุ 40-50 ปี และมักเกิดจากการระคายเคืองเช่นที่กระพุ้งแก้มที่ระดับระนาบสพันมักมีสีชมพูซีดเนื่องจากลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาจะพบว่าประกอบด้วยเนื้อเยื่อเส้นใยจำนวนมากแต่จะมีสีแดงม่วงได้จากการมีเม็ดสีมาสะสม ในระยะหลัง ๆ ของไฟโอเจนิค แกรนูโลมาสามารถพบลักษณะทางคลินิกที่มีสีชมพูได้เช่นเดียวกับตึงเนื้อไฟโบรเอพิทีเลียล เนื่องจากมีเนื้อเยื่อเส้นใยเป็นส่วนประกอบมากขึ้น³ ดังนั้นการวินิจฉัยแยกโรค จึงสามารถบอกได้จากผลทางคลินิกเพียงอย่างเดียว ต้องอาศัยการส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาร่วมด้วย อย่างไรก็ตามรอยโรคทั้งสองสามารถรักษาให้หายไปได้ด้วยวิธีการเดียวกัน คือ การตัดออกและกำจัดสาเหตุของการระคายเคือง

ภายหลังการรักษาโดยการผ่าตัดออกทั้งหมดแบบอนุรักษ์ ภายใตยาชาเฉพาะที่ และติดตามผลการรักษา ภายหลัง 7 วัน พบการหายตามปกติ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ควรมีการติดตามผลการรักษาไปทุก ๆ 1 เดือน 3 เดือน และ 1 ปี ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การเกิดซ้ำของรอยโรค การให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพช่องปาก การปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการวินิจฉัยหาสาเหตุของรอยโรคได้ถูกต้องและครบถ้วนของทันตแพทย์เอง

ในการรักษาผู้ป่วยรายนี้มีข้อควรระวังบางประการจากการที่ผู้ป่วยมีโรคทางระบบในกลุ่มอาการเนโฟรติกที่มีความผิดปกติในการทำงานของไตหรือโรคไตที่มีโปรตีนในกระแสเลือดต่ำจากการสูญเสียโปรตีนออกทางปัสสาวะมากเกินกว่า 3.0 กรัม/วัน เกิดภาวะอัลบูมินในกระแสเลือดต่ำ มีการบวม น้ำของร่างกาย อาจมีความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมักได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์และอาจได้รับยาขับปัสสาวะ ดังนั้นจึงมีข้อควรระวังเรื่องการหยุดไหลของเลือด เรื่องการที่ผู้ป่วยมีการอักเสบติดเชื้อง่าย เนื่องจากผลของยาสเตียรอยด์ ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ และผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยควรระมัดระวังเรื่องขนาดของยา¹² ดังนั้นข้อควรปฏิบัติสำหรับทันตแพทย์ คือ ควรดูประวัติการหยุดไหลของเลือดก่อนการผ่าตัด (bleeding time, platelet count, Hct, Hb) ประเมินดูความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด หลีกเลี่ยงยาที่มีพิษต่อไต เช่น ยาระงับปวดพาราเซตามอลในระดับสูงที่จ่ายให้ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด และยาต้านอักเสบชนิดไม่สเตียรอยด์ซึ่งมีผลต่อไตโดยตรง ควรปรับขนาดยาระงับปวดและยาปฏิชีวนะที่ให้หลังผ่าตัด¹³

สรุป

รายงานผู้ป่วยไฟโอเจนิค แกรนูโลมา ที่ กระพุ้งแก้มด้านขวา ในผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี มีประวัติเป็นกลุ่มอาการเนโฟรติก จากประวัติและอาการคลินิกบางประการสามารถวินิจฉัยแยกโรคได้เป็นไฟโอเจนิค แกรนูโลมา และรอยโรคไฟโบรมาที่เกิดจากการระคายเคืองหรือตึงเนื้อไฟโบรเอพิทีเลียลได้ทำการรักษาแบบอนุรักษ์ โดยการผ่าตัดออกทั้งหมด ร่วมกับการส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

ภายใต้การใช้ยาเฉพาะที่ ลักษณะทางพยาธิวิทยาแสดงลักษณะหลอดเลือดขนาดเล็ก รวมกลุ่มกันจำนวนมาก เป็นไลบิวลาร์ แคพิลลารี ฮีแมงจิโอมา จึงวินิจฉัยขั้นสุดท้ายเป็นไฟโอเจนิค แกรนูโลมา รวมทั้งกำจัดสาเหตุและติดตามผลการรักษา ภายในเวลา 7 วัน พบการหายของแผลตามปกติ ส่วนการติดตามผลการเกิดซ้ำของรอยโรคควรมีการนัดติดตามผลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Richie L. Lin, Camila K. Janniger. Pyogenic Granuloma. *Cutis* 2004;74:229-33.
2. Luz Aguilo, Jose V. Bagan. Pyogenic granuloma subsequent to apical fenestration a primary tooth : Case report. *JADA* 2002;133.
3. Brad W. Neville, et al. Oral & maxillofacial pathology, second edition. Philadelphia : Elsevier; 2005.
4. Bataineh A, Al-Dwairi ZN. A Survey of Localized Lesions of Oral Tissues : A Clinicopathological Study. *J Contemp Dent Pract* 2005;6(3):030-39.
5. Kuttner H. ber telangiektatische granulome. *Beitr Zur Klin Chir* 1905;47:1-36.
6. Michelson HE. Granuloma pyogenicum : a clinical and histologic review of twenty-nine cases. *Arch Dermatol Syphil* 1925;12:492-505.
7. Arbiser JL, Weiss SW, Arbiser ZK, et al. Differential expression of active mitogen-activated protein kinase in cutaneous endothelial neoplasms: implications for biologic behavior and response to therapy. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:193-97.
8. Yuan K, Wing LY, Lin MT. Pathogenic roles of angiogenic factors in pyogenic granulomas in pregnancy are modulated by female sex hormones. *J Periodontol* 2002;73:701-08.
9. อชิรวุธ สุพรรณเภสัช. กลเม็ดเคล็ด (ไม่) ลับ สำหรับทันตแพทย์ยุคใหม่ : ก้อน ๆ ในปาก Diag ยากจริงหรือ. ขอนแก่น: ฝ่ายวิชาการ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
10. Sampurna R. Pyogenic granuloma (Lobular capillary hemangiomas) online database from <http://www.histopathology-india.net/VascularTumours.htm>; 2005.
11. Vilman A, Villmann P, Villmann H. Pyogenic granuloma: evaluation of oral conditions. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1986;24:376-82.
12. อรสา ไวกุล, จิรพันธ์ พันธุ์ฉัตร, วชิร จังศิริวัฒนธำรง. การวางแผนการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; 2533.
13. James W. Little, Donald A. Falace, Craig S. Miller, Nelson L. Rhodus. Dental management of medically compromised patient. sixth edition. St. Louis : Mosby - Year Book, Inc; 2002.