

ไฟโอจินิก แกรนูโลมา: รายงานผู้ป่วย

ปรีชา เจษฎาชัย ท.บ.*

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยเพศชาย อายุ 20 ปี มีอาการเหงือกบวมโตบริเวณฟันหน้าบน ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นไฟโอจินิก แกรนูโลมา และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเหงือก ผู้ป่วยมีอาการกลับมาเป็นซ้ำอีกภายหลังการผ่าตัดครั้งแรกไปแล้วเป็นระยะเวลา 11 เดือน และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเหงือกเป็นครั้งที่สอง หลังจากนั้นได้รับคำแนะนำในการดูแลรักษาความสะอาดในช่องปาก จากการติดตามผลการรักษาในระยะเวลา 1 ปี พบว่าไม่มีการกลับเป็นซ้ำอีก

Abstract

Pyogenic Granuloma: A Case Report

Preecha Chesdachai DDS

Dental Section, Taksin Hospital

A 20-year-old male presented with painless swelling gingiva on upper anterior teeth. The definite diagnosis was pyogenic granuloma. He underwent total excision of this lesion. The lesion had recurred 11 months later and was managed by the operation again. After successful second operation, oral hygiene instruction was conducted. Now, he is free from this condition for one year.

Key words: pyogenic granuloma, total excision, oral hygiene instruction

บทนำ

ไฟโอจินิก แกรนูโลมา (pyogenic granuloma) ได้ถูกอธิบายความหมายครั้งแรกในปี ค.ศ. 1897 โดย Poncet และ Dor¹ และถูกเรียกโดยใช้ชื่ออื่นๆ หลายชื่อ ได้แก่ granuloma pyogenicum^{2,3}, granuloma gravidarum², Crocker and Hartzells disease³, vascular epulis⁴, benign vascular tumor^{3,5}, hemangiomatosis granuloma⁵ และ pregnancy wart/tumor ไฟโอจินิก แกรนูโลมา เป็นการเจริญเติบโตผิดปกติ

ปกติของผิวหนังหรือเยื่อเมือก (mucous membrane) มีลักษณะเป็นก้อนเฉพาะที่ ที่ไม่เป็นเนื้อร้าย เดิมมีความเข้าใจว่ามีสาเหตุมาจากการติดเชื้อจากม้าแล้วติดต่อมายังคน¹ แต่ไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ยืนยัน จากการศึกษาล่าสุด พบว่าไฟโอจินิก แกรนูโลมา อาจมีจุดเริ่มต้นจากการระคายเคืองหรือบาดแผลที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดปฏิกิริยาขยายใหญ่เฉพาะที่ของหลอดเลือดแดงเล็กๆ และเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน พร้อมทั้งมีการกดหลังออกมาบริเวณผิว^{6,7}

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

สาเหตุของรอยโรคในช่องปากอาจเกิดจากการตอบสนองของเนื้อเยื่อต่อการบาดเจ็บเล็กน้อย หรือเกิดจากการระคายเคืองเป็นประจำ⁸ เช่น หินน้ำลาย การใส่เครื่องมือจัดฟัน⁹ วัสดุอุดฟัน เป็นต้น โดยทั่วไปจะสามารถตรวจพบเชื้อโรคจำนวนเล็กน้อยได้ในรอยโรค แต่ส่วนใหญ่จะไม่สามารถบ่งบอกได้ว่าเป็นเชื้อโรคชนิดใด ไฟโอจินิก แกรนูโลมาในช่องปากพบได้มากที่สุดบริเวณเหงือก บริเวณอื่นในช่องปากที่พบได้บ่อย คือ ลิ้น เยื่อเมือกด้านแก้ม (buccal mucosa) ส่วนบริเวณที่พบได้น้อย คือ บริเวณเยื่อเมือกด้านริมฝีปาก (labial mucosa) ริมฝีปาก เพดาน^{6,7}

ไฟโอจินิก แกรนูโลมา ในช่องปากเป็นรอยโรคที่ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ลักษณะภายนอกเป็นก้อนสีแดงสดหรือม่วง รอยโรคมักจะซึบลงจากการกดเนื่องจากเป็นการรวมกลุ่มกันของหลอดเลือด แรกคจะทำให้เลือดถูกไล่ออกจากหลอดเลือด ในบริเวณนั้น ด้วยเหตุที่มีการรวมกลุ่มกันของหลอดเลือด จึงทำให้บริเวณรอยโรคนี้มีเลือดออกง่ายและอาจมีขนาดโตขึ้นได้อย่างรวดเร็ว Kerr² ได้ศึกษากลุ่มอายุผู้ป่วยพบว่าสามารถเป็นได้ทุกกลุ่มอายุและทั้งสองเพศ โดยช่วงอายุที่พบได้บ่อย คือ อายุระหว่าง 20-40 ปี บางการศึกษาพบว่าเป็นในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า เนื่องจากอิทธิพลของระดับของฮอร์โมนเพศ หรือจากการใช้ยาคุมกำเนิด¹⁰ สำหรับในสตรีที่ตั้งครรภ์ หากพบว่ามีก้อนบริเวณเหงือกที่มีขนาดโตขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจจะมีเพียงก้อนเดียวหรือหลายก้อน มักเกิดในช่วงเดือนที่สองและสามของการตั้งครรภ์ เรียกว่า pregnancy tumor¹¹⁻¹⁴ สาเหตุเกิดจากการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนเพศหญิง ทำให้เหงือกอักเสบได้ง่ายขึ้นจากสิ่งระคายเคือง การรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน ได้แก่ การใช้วิธีผ่าตัดออกทั้งหมดเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำ

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 20 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการเหงือกบวมโตบริเวณฟันหน้าบน มาประมาณ 3 เดือน บริเวณดังกล่าวมีการโตขึ้นอย่างช้าๆ ระยะแรกไม่มีอาการบวม และไม่มีอาการปวด เมื่อฟันหน้าล่างกัดกระแทกก็มีอาการเจ็บเล็กน้อย และมีเลือดออกขณะเคี้ยวอาหาร หรือแปรงฟัน

ประวัติครอบครัวและการเจ็บป่วยในอดีต

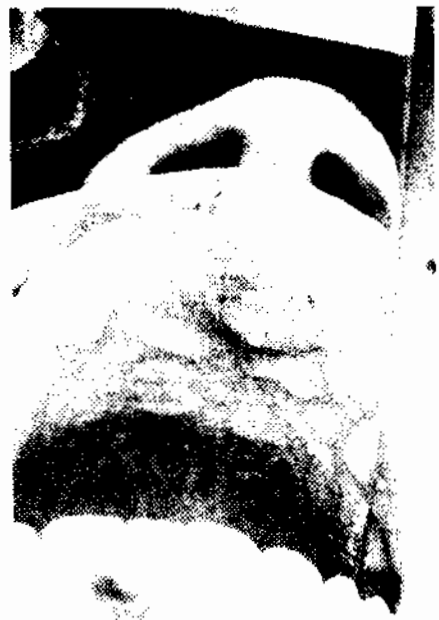
ผู้ป่วยไม่มีประวัติโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และไม่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคเนื้องอก

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่พบมีความผิดปกติในระบบอื่นๆ ของร่างกาย การตรวจภายนอกช่องปาก พบว่าใบหน้าทั้งสองข้างเท่ากัน ไม่มีต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้คางโตผิดปกติ การตรวจภายในช่องปาก พบว่าสุขภาพในช่องปากดีปานกลาง มีเหงือกอักเสบบางตำแหน่ง (localized gingivitis) มีพื่นห่างในบริเวณฟันหน้าซี่กลางขวาบน (#11) และฟันหน้าซี่กลางซ้ายบน (#21) ในบริเวณดังกล่าวพบว่ามีก้อนที่เหงือกด้านริมฝีปากขนาดกว้าง 2 ซม. ยาว 2 ซม. หนึ่งก้อน และมีก้อนอีกหนึ่งก้อนบริเวณเพดานขนาดกว้าง 1 ซม. ยาว 2 ซม. ก้อนทั้งสองตำแหน่งมีสีแดงสด มีลักษณะเป็นก้อนนูนแข็ง เมื่อกดลงไปบริเวณก้อนพบว่ามีเลือดออกง่าย ฟัน #11 และ #21 ทั้งสองซี่ไม่โยก พบหินปูนใต้เหงือกบริเวณ #11, #21 (รูปที่ 1 และ 2)



รูปที่ 1 ก้อนบริเวณเหงือก ระหว่างฟัน #11 และ #21



รูปที่ 2 ก้อนบริเวณเพดาน ระหว่างฟัน #11 และ #21

ลักษณะทางภาพรังสี

ภาพถ่ายรังสีของฟัน #11 และ #21 ห่างจากกัน โดยที่ไม่มีการละลายของกระดูกโดยรวม (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสีของฟัน #11 และ #21 ไม่พบว่ามีกระดูกของกระดูก

การวินิจฉัยแยกโรค

1. ไพโอจิติก แกรนูโลมา (pyogenic granuloma) เป็นก้อนสีแดงสด เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งระคายเคืองเฉพาะที่ เช่น หินน้ำลาย การใส่เครื่องมือจัดฟัน วัสดุอุดฟัน เป็นต้น รอยโรคมักจะซิดลงเมื่อกด เนื่องจากเป็นการรวมกลุ่มกันของหลอดเลือด แรงกดจะทำให้เลือดถูกไล่ออกจากหลอดเลือดบริเวณนั้น

2. Fibrous epulis เป็นก้อนที่เหงือกขนาดแตกต่างกัน ซึ่งเกิดจากการตอบสนองต่อการบาดเจ็บเฉพาะที่ เช่น การเสียดสีกับขอบฟันปลอม ส่วนใหญ่มีสีซีด เนื่องจากการหนาตัวของชั้นเคราตินของเยื่อเมือกบริเวณที่ได้รับการเสียดสีอยู่เป็นประจำ

3. Peripheral giant cell granuloma เป็นก้อนที่เหงือกมีสีแดงอมม่วง มักเกิดในผู้สูงอายุ เพศชาย รอยโรคเกิดจากการเหนี่ยวนำของสิ่งระคายเคืองเฉพาะที่ โดยเฉพาะหินน้ำลาย และมักพบว่ามีลักษณะการทำลายของกระดูกขากรรไกรร่วมด้วยได้

4. Peripheral ossifying fibroma เป็นก้อนที่เหงือกมีสีม่วงซีด เมื่อถ่ายภาพรังสีบริเวณดังกล่าว อาจพบว่าการเกาะของแคลเซียม (calcification) กระจุกกระจายอยู่ในบริเวณรอยโรค

การวางแผนการรักษา

1. ทำการขูดหินปูนและเกลารากฟันบริเวณ #11, #21
2. แนะนำผู้ป่วยดูแลสุขภาพในช่องปาก
3. ทำการผ่าตัดเหงือกภายหลังการฉีดยาชาเฉพาะที่ โดยใช้เครื่องจี้ตัดไฟฟ้าในการผ่าตัดเหงือก ในระหว่างการผ่าตัดทำการห้ามเลือด โดยใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าร่วมกับการใช้ coepack® (รูปที่ 4-5)
4. ส่งชิ้นเนื้อไปตรวจทางจุลพยาธิวิทยาต่อไป (รูปที่ 6)



รูปที่ 4 การผ่าตัดโดยใช้เครื่องจี้ตัดไฟฟ้า



รูปที่ 5 ภายหลังการผ่าตัดด้วยเครื่องจี้ตัดไฟฟ้า



รูปที่ 6 ก้อนบริเวณเหงือกที่ทำการผ่าตัดออกมา

ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

ก่อนทั้งสองก้อน ประกอบด้วยเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) ที่มีเยื่อหุ้มเป็นชนิด squamous มีเยื่อหุ้มบางส่วนหลุดลอกออกไป บริเวณใต้ต่อเยื่อหุ้มประกอบด้วยหลอดเลือดขนาดเล็กจำนวนมาก เซลล์เยื่อหลอดเลือด (endothelial cell) มีขนาดใหญ่ขึ้น นิวเคลียสของเซลล์เหล่านี้มีขนาดใหญ่ขึ้น นอกจากนี้ยังพบเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (neutrophils) จำนวนมากมายกระจายอยู่ภายในก้อน (รูปที่ 7)



A (H & E x 40)



B (H & E x 100)

รูปที่ 7 ภาพชิ้นเนื้อจากการย้อมสี พบหลอดเลือดขนาดเล็กจำนวนมาก เซลล์เยื่อหลอดเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้น

การวินิจฉัยโรค

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไฟโอจีนิก แกรนูโลมา

การติดตามผลการรักษา

ในระยะเวลา 1 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยกลับมาตรวจสภาพเหงือก พบว่าเหงือกมีสภาพปกติ ได้รับการแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปากอีกครั้ง หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่มารับการตรวจรักษาต่อเนื่อง จนกระทั่งผ่านไปเป็นระยะเวลา 11 เดือน ผู้ป่วยจึงกลับมาอีกครั้งด้วยอาการก้อนที่เหงือกบริเวณตำแหน่งเดิมตามที่เคยเป็นมาก่อน

การตรวจภายในช่องปาก พบว่าสุขภาพในช่องปากไม่ดี มีก้อนลักษณะเดียวกับที่เคยผ่าตัดไป ในตำแหน่งเดิม ก้อนดังกล่าวมีสีแดงสด และมีเลือดออกง่าย ส่วนฟัน #11, #21 โยกและเคลื่อนที่ได้ระดับหนึ่ง (1^{st} mobility) ผู้ป่วยได้รับการรักษาเช่นเดียวกับครั้งแรก ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาได้ผลเช่นเดียวกับการผ่าตัดครั้งแรก และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไฟโอจีนิก แกรนูโลมา ที่กลับเป็นซ้ำ เมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจร่างกายหลังการผ่าตัดครั้งที่สองเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ พบว่าฟันหน้ากุดล่าง #41, #31 มีการกระแทกเหงือกในบริเวณที่เคยมีพยาธิสภาพ ในขณะสบฟัน จึงได้ให้การรักษาโดยการกรอลบคมให้ฟันล่างไม่กระแทกกับเหงือกในบริเวณที่มีพยาธิสภาพ ผู้ป่วยมาตรวจรักษา พบว่า ไม่มีการเป็นซ้ำอีก หลังจากการผ่าตัดครั้งที่สอง ไปแล้วเป็นระยะเวลา 1 ปี

บทวิจารณ์

ไฟโอจีนิก แกรนูโลมา เกิดจากการตอบสนองของเนื้อเยื่อต่อการบาดเจ็บเล็กน้อยหรือสิ่งระคายเคืองที่เกิดขึ้นเป็นประจำ^{5-7,9} เช่น หินน้ำลาย วัสดุอุดฟันที่คม ไม่เรียบ การใส่เครื่องมือจัดฟัน การเกิดบาดแผลจากสิ่งระคายเคืองเหล่านี้ เป็นสาเหตุให้เชื้อโรคในช่องปากสามารถผ่านเข้าสู่ชั้นของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันใต้ต่อเยื่อเมือก (submucosal connective tissue) ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของหลอดเลือดขนาดเล็กจำนวนมาก เซลล์เยื่อหลอดเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้มีเลือดออกได้ง่าย ในส่วนของตำแหน่งที่พบ ไฟโอจีนิก แกรนูโลมา ในช่องปากสามลำดับแรก ได้แก่ บริเวณเหงือก ร้อยละ 44.4 ริมฝีปากล่าง ร้อยละ 22.2 และ ลิ้น ร้อยละ 13.8⁶ ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสภาพในผู้ป่วยรายนี้

สำหรับสาเหตุในผู้ป่วยรายนี้ มีปัจจัยอยู่หลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ การรักษาสุขภาพในช่องปากที่ไม่ดี การบาดเจ็บที่เหงือกเป็นประจำจากการกระแทกของฟันหน้าล่าง ในขณะที่เกี่ยวข้องกับ การมีหินน้ำลาย และเหงือกอักเสบ จากการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีสุขภาพในช่องปากไม่ดี ไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพในช่องปาก มีหินน้ำลาย และเหงือกอักเสบ พบว่ามีโอกาสเกิดไฟโอจีนิก แกรนูโลมา มากกว่ากลุ่มที่มีการดูแลสุขภาพในช่องปากดี ถึงร้อยละ 50 และยังพบว่าโอกาสกลับมาเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดรักษาร้อยละ 5.8^{6,10} ซึ่งสอดคล้องกับผู้ป่วยรายนี้ แม้ว่าได้แนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปากแล้ว แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ดีเท่าที่ควร จึงมีการกลับมาเป็นซ้ำอีกครั้งใน 11 เดือนต่อมา

สรุป

ไฟโอจิติก แกรนูโลมา ในช่องปาก มีสาเหตุมาจากการตอบสนองต่อสิ่งระคายเคืองเฉพาะที่ เช่น หินน้ำลาย การกัดกระแทก การแปรงฟัน การใช้เครื่องมือจัดฟัน วัสดุอุดฟัน เป็นต้น รอยโรคมักจะมีเลือดออกง่าย การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดออกเป็นการรักษามาตรฐาน แต่มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำหากดูแลสุขภาพช่องปากไม่ดี และไม่ได้มีการแก้ไขสิ่งที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง ดังนั้นการแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ป่วย รวมทั้งการแก้ไขลดสิ่งระคายเคืองในบริเวณดังกล่าวร่วมด้วย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Bhaskar SN, Jacoway JR. Pyogenic granuloma-clinical features, incidence, histology and result of treatment: report of 242 cases. *J Oral Surg* 1966; 24: 391-8.
2. Kerr DA. Granuloma pyogenicum. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1951; 4: 158-174.
3. Ronchese F. Granuloma pyogenicum. *Am J Surg* 1965; 109: 430-8.
4. MacLord RL, Soames J. Epulides: a clinicopathological study of 200 consecutive lesions. *Br Dent J* 1987; 163: 51-3.
5. Angelopoulos AP. Pyogenic granuloma of the oral cavity, statistical analysis of its clinical features. *J Oral Surg* 1971; 29: 840-7.
6. Al-Khatceeb T, Ababneh K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians: a retrospective analysis of 108 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: 1285-8.
7. Lawoyin JO, Arotiba JT, Dosumu OO. Oral pyogenic granuloma: a review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997; 35: 185-9.
8. Graham RM. Pyogenic granuloma: an unusual presentation. *Dent Update* 1996; 23: 240-1.
9. Kneafsey L, Hughes C. Quadhelix appliance therapy resulting in pyogenic granuloma of the tongue. *Dent Update* 2002; 29: 462-3.
10. Vilmann A, Vilmann P, Vilmann H. Pyogenic granuloma: evaluation of oral condition. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1986; 24: 376-382.
11. Daley TD, Nartey NO, Wysochi GP. Pregnancy tumor: an analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72: 196-9.
12. Traiger J. Pregnancy tumor. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1961; 14: 1264-8.
13. Setia AP. Severe bleeding from a pregnancy tumor. *Oral Surg* 1973; 36: 192-4.
14. Steelman R, Holmes D. Pregnancy tumor in a 16-year-old: case report and treatment considerations. *J Clin Pediatr Dent* 1992; 16: 217-8.