

รายงานผู้ป่วย

การผ่าตัดเนื้องอกชนิดออสซิฟายอิงไฟโบรมาของกระดูกขากรรไกรล่าง

และบูรณะด้วยสันกระดูกสะโพก: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

พรวิทย์ ประภาณันตชัย, ทพ., ว.ท.ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

Received: October 28, 2022 Revised: November 29, 2022 Accepted: January 5, 2023

บทคัดย่อ

ออสซิฟายอิงไฟโบรมาเป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรงจัดอยู่ในกลุ่มรอยโรคไฟโบรโรสเซียส มักพบในผู้ป่วยอายุ 20-40 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่อยู่บริเวณฟันกรามน้อยและฟันกรามในกระดูกขากรรไกรล่าง ผู้ป่วยมักไม่แสดงอาการ ลักษณะทางภาพรังสีพบได้ตั้งแต่เงาโปร่งรังสีหรือเงาที่รังสีขึ้นกับระยะเวลาที่เป็นเนื้องอก ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบเนื้อเยื่อเส้นใยมีเส้นใยกระดูกและลักษณะคล้ายเคลือบรากฟัน การวินิจฉัยแยกโรคต้องอาศัยลักษณะทางคลินิก ภาพรังสีและทางจุลพยาธิวิทยาร่วมกัน รายงานนี้เป็นกรณีศึกษาของผู้ป่วยชาย อายุ 63 ปี ตรวจพบเนื้องอกออสซิฟายอิงไฟโบรมาขนาดใหญ่ในกระดูกขากรรไกรล่าง ทำการรักษาโดยผ่าตัดกระดูกขากรรไกรล่างออกเป็นส่วนใหญ่ ร่วมกับบูรณะด้วยกระดูกปลูกจากสันกระดูกสะโพกกับแผ่นโลหะไทเทเนียมตามกระดูกติดตามผลการรักษา 15 เดือน พบการหายของแผลเป็นปกติ ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของโรค

คำสำคัญ: ออสซิฟายอิงไฟโบรมา, การผ่าตัดกระดูกขากรรไกรล่าง, กระดูกปลูกจากสันกระดูกสะโพก

CASE REPORT

Ossifying Fibroma Resection and Reconstruction with Iliac Crest Bone Graft in the Mandible:

A Case Report

Pornwit Prapa-anantachai, DDS., Dip.Oral and Maxillofacial Surgery

Department of Dentistry, Sisaket Hospital, Sisaket Province

ABSTRACT

Ossifying fibromas are benign tumors classified as fibro-osseous lesions. They are most commonly found in patients aged 20-40 years, with a predilection for the female population and for the mandibular premolar-molar area. Typically, patients are asymptomatic. Radiographic features can be seen as radiolucent or radiopaque depending on the staging of the tumor. Histologically, fibrous connective tissue is found with woven bone and cementum-like structures. Differential diagnosis requires clinical features combined with radiographic and histopathological features. This article reported on a case study involving a 63-year-old male patient with a large ossifying fibroma of the mandible. The patient was treated by segmental mandibulectomy and reconstruction with iliac crest bone graft and titanium reconstruction plate and screws. During follow-up 15 months later, normal bone healing was revealed with no recurrence observed.

KEYWORDS: ossifying fibroma, mandibulectomy, iliac crest bone graft

บทนำ

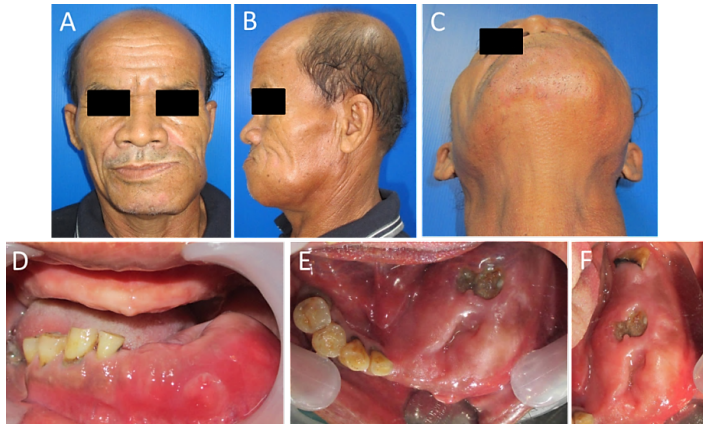
ออสซิฟายอิงไฟโบรมา (ossifying fibroma) เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงจัดอยู่ในกลุ่มรอยโรคไฟโบรอสเซียส (fibro-osseous lesion) พบได้ทั้งในกระดูกขากรรไกร กระดูกศีรษะใบหน้า และกระดูกแท่งยาว เช่น กระดูกทibia เกิดจากการเหนี่ยวนำของเซลล์มีเซนไคม์ (mesenchymal cell) ในเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament) ที่มากเกินไป ซึ่งสามารถเปลี่ยนไปเป็นเคลือบรากฟัน กระดูกและเนื้อเยื่อเส้นใย เป็นเนื้องอกที่มักพบในผู้ป่วยอายุ 20-40 ปี พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่คือฟันกรามน้อยและฟันกรามในกระดูกขากรรไกรล่าง¹⁻³ โดยในปี ค.ศ. 1872 Menzel ให้คำนิยามแรกของซีเมนโทออสซิฟายอิงไฟโบรมา (cemento-ossifying fibroma) พบในผู้ป่วยหญิงอายุ 35 ปี มีเนื้องอกขนาดใหญ่ในขากรรไกรล่าง ต่อมาในปี ค.ศ. 1927 Montgomery ให้นิยามคำว่าออสซิฟายอิงไฟโบรมาครั้งแรกและเป็นที่รู้จักกันต่อมา⁴ ล่าสุดปี ค.ศ. 2017 องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ออสซิฟายอิงไฟโบรมาเป็นเนื้องอกกลุ่มไฟโบรอสเซียสที่มีต้นกำเนิดสาเหตุจากฟันคือ กลุ่มซีเมนโทออสซิฟายอิงไฟโบรมาที่มีอีกหลายชื่อเรียก เช่น เซนทรัลออสซิฟายอิงไฟโบรมา (central ossifying fibroma) ซีเมนทิฟายอิงไฟโบรมา (cementifying fibroma) เพริโอดอนโทมา (periodontoma) และกลุ่มจูวีนาล์ออสซิฟายอิงไฟโบรมา (juvenile ossifying fibroma) มีอีกหลายชื่อเรียก เช่น จูวีนาล์แอคทีฟออสซิฟายอิงไฟโบรมา (juvenile active ossifying fibroma) จูวีนาล์แอกเกรสซีฟออสซิฟายอิงไฟโบรมา (juvenile aggressive ossifying fibroma) โดยแบ่งตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ จูวีนาล์ทราเบคูลาร์ออสซิฟายอิงไฟโบรมา (juvenile trabecular ossifying fibroma) และจูวีนาล์แซมโมมาตอยด์ออสซิฟายอิงไฟโบรมา (juvenile psammomatoid ossifying fibroma)¹ เนื้องอกออสซิฟายอิงไฟโบรมามักจะโตช้า ผู้ป่วยมักไม่มีอาการ ยกเว้นกรณีเนื้องอกขนาดใหญ่ทำให้ใบหน้าไม่สมมาตรกันได้ ภาพรังสีพบได้ตั้งแต่เงาโปร่งรังสี หรือเงาโปร่งผสมเงาที่บรัส หรือเงาที่บรัสขึ้นกับระยะเวลาที่เป็นโรค มีขอบเขตชัดเจน ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาประกอบด้วยเนื้อเยื่อเส้นใยมีเส้นใยกระดูกเรียงตัวไม่เป็นระเบียบและลักษณะคล้ายเคลือบรากฟัน

(cementum-like structure) มีขอบกระดูกสร้างรอบรอยโรค (osteoblastic rimming) การรักษาสามารถทำได้ตั้งแต่การผ่าตัดควักรอยโรคออกทั้งหมด (enucleation) ร่วมกับการขูดออก (curettage) จนถึงการตัดกระดูกขากรรไกรออก (resection) ในกรณีเนื้องอกขนาดใหญ่ ทำให้เกิดความพิการของกระดูกขากรรไกร จึงต้องมีการบูรณะทดแทนกระดูกที่หายไปเพื่อแก้ไขปัญหาด้านความสวยงามและการทำงานของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า การพยากรณ์โรคดีและพบการกลับเป็นซ้ำได้น้อย^{2,5}

รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอวิธีการรักษาและติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยชายอายุ 63 ปี ตรวจพบเนื้องอกออสซิฟายอิงไฟโบรมาขนาดใหญ่ในกระดูกขากรรไกรล่าง รอยโรคโตช้าเป็นเวลา 10 ปี ทำให้ใบหน้าบวมไม่สมมาตรกัน ทำการรักษาโดยผ่าตัดกระดูกขากรรไกรล่าง (segmental mandibulectomy) ร่วมกับการบูรณะด้วยสันกระดูกสะโพก (iliac crest) กับแผ่นโลหะไทเทเนียมตามกระดูก ติดตามผลการรักษา 15 เดือน พบการหายของกระดูกเป็นปกติ ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของรอยโรค

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 63 ปี มาที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ด้วยอาการคางด้านซ้ายบวมมา 10 ปี ผู้ป่วยให้ประวัติว่าคางด้านซ้ายบวมโตช้าๆ มาประมาณ 10 ปี ไม่เคยไปตรวจหรือรักษาที่ไหนมาก่อน ครั้งนี้รู้สึกก่อนโตขึ้นและมีอาการปวดจึงมาตรวจเพื่อรักษา ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง รับประทานยาอีนาลาพริล (enalapril) 5 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด เป็นประจำ ปฏิเสธการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร ตรวจร่างกายพบค่าสัญญาณชีพปกติ การตรวจอวัยวะอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีใบหน้าไม่สมมาตร พบคางและแก้มซ้ายบวม ผิวหนังปกติ ไม่มีอาการเจ็บปวดหรือชา ตรวจภายในช่องปากพบว่าผู้ป่วยอ้าปากกว้างปกติ คลำพบส่วนขากรรไกรล่างด้านซ้ายขยายออกด้านใกล้แก้ม-ใกล้ลิ้น ตั้งแต่บริเวณสันเหงือกไรฟันซี่ 41 ถึงมุมขากรรไกรล่าง (angle of mandible) ด้านซ้าย คลำแข็งเป็นกระดูกเหวี่ยงบวมแดงเล็กน้อย ไม่พบสารคัดหลั่ง พบบริเวณกระดูกโผล่ที่สันเหงือกไรฟันซี่ 36 ขนาด 1x1 เซนติเมตร ฟันซี่ 42-45 โยกระดับ 1 และรากฟันซี่ 38 และ 48 (รูปที่ 1)

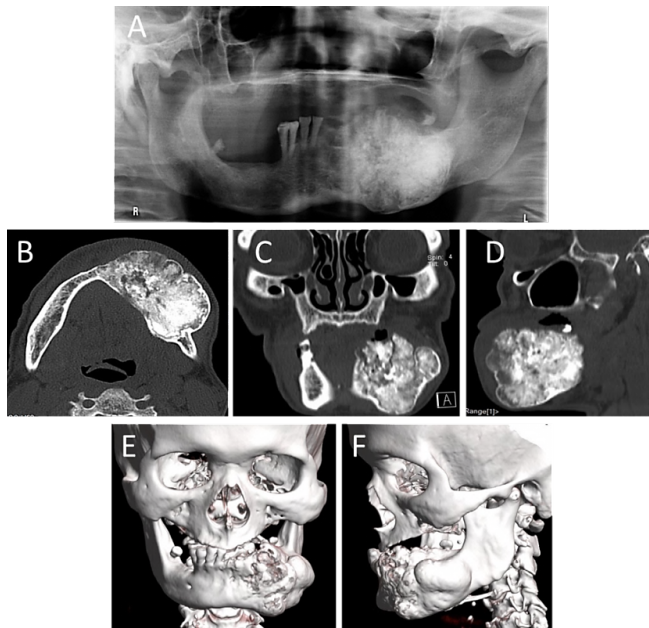


รูปที่ 1 (A-C) ใบหน้าผู้ป่วย และ (D-F) ภายในช่องปากก่อนการผ่าตัด

ภาพรังสีปริทัศน์ (panoramic radiograph) พบเงาที่บ่งชี้ขนาดใหญ่ ขอบเขตชัดเจนที่ขากรรไกรล่างด้านซ้ายตั้งแต่สันเหงือกไรฟันซี่ 41 ถึงมุมขากรรไกรล่างซ้าย และจากส่วนกระดูกเบ้าฟันถึงขอบล่างของขากรรไกร พบขอบล่างขยายออกชัดเจน ฟันล่างเหลืออยู่ 6 ซี่ และจากภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ (computed tomography, CT) แสดงก้อนที่บ่งชี้ที่มีความทึบรังสีไม่สม่ำเสมอ (heterogenous) ก้อนแผ่ขยายชัดเจนทั้งด้านใกล้แก้ม ใกล้ลิ้น และขอบล่าง ขนาด $6.6 \times 3.7 \times 5.1$ เซนติเมตร พบว่าเนื้องอกทะลุผิวนอกของกระดูกที่บางตำแหน่ง ผิวกระดูกที่เหลือน้อยข้างบาง

และภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ 3 มิติแสดงกระดูกขากรรไกรล่างซ้ายขยายขนาดมากกว่าปกติชัดเจน (รูปที่ 2) จึงให้วินิจฉัยแยกโรคดังนี้

1. ออสติฟายอิงไฟโบรมาที่ขากรรไกรล่างด้านซ้าย
2. เดสโมพลาสติโกะเมโลบลาสโตมา (desmoplastic ameloblastoma) ที่ขากรรไกรล่างด้านซ้ายร่วมกับฟันซี่ 42-45 เป็น chronic periodontitis และรากฟันซี่ 38 และ 48

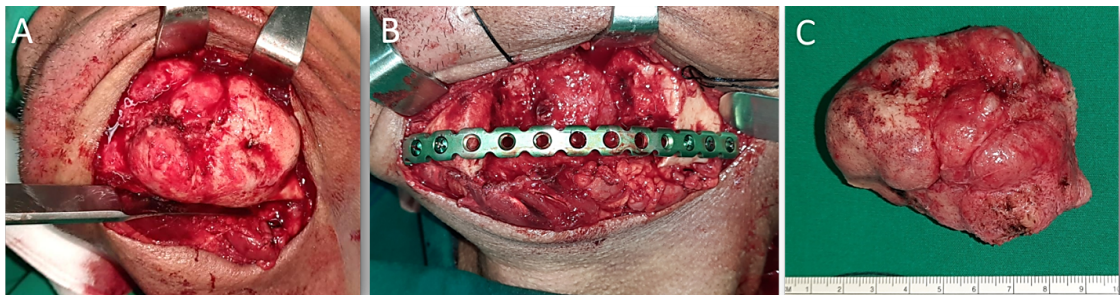


รูปที่ 2 (A) ภาพถ่ายรังสีก่อนการผ่าตัด เป็นภาพถ่ายรังสีปริทัศน์ (B-D) ภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ (B: ระนาบตามแกน (axial plane), C: ระนาบแบ่งหน้าหลัง (coronal plane), D: ระนาบแบ่งซ้ายขวา (sagittal plane)) และ (E,F) ภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ 3 มิติ

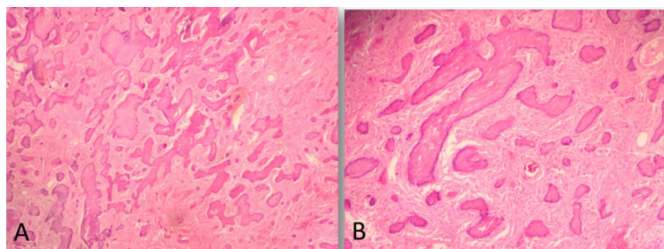
ตรวจเพิ่มเติมโดยผ่าตัดชิ้นเนื้อบางส่วนภายใต้ยาชาเฉพาะที่ส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาโดยใช้หัวกรอกระดูก trephine bur กรอตรงตำแหน่งที่กระดูกโผล่ ผลตรวจพบว่าเป็นออสติไฟอิงไฟโบรมา จึงวางแผนการรักษาโดยผ่าตัดกระดูกขากรรไกรล่างออกเป็นส่วนใหญ่ (segmental mandibulectomy) ถอนฟันทุกซี่ และบูรณะด้วยสัณกระดูกสะโพกร่วมกับแผ่นโลหะไทเทเนียมตามกระดูก (titanium reconstruction plate and screws 2.4) จึงส่งตรวจภาพรังสีสะโพกเพิ่มเติมไม่พบความผิดปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพรังสีทรงอวกาศปกติ

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใต้ยาสลบทั่วร่างกาย โดยใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก ฉีดยาปฏิชีวนะเซฟาโซลิน (cefazolin) 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ เปิดแผลใต้คาง (submandibular approach) เลาะเนื้อเยื่อจนถึงชั้นใต้เยื่อหุ้มกระดูก (subperiosteal plane) ยกเว้นบริเวณเนื้องอก ทะลุผิวกระดูกที่บอออกมาจะเลาะถึงชั้นเนื้อเยื่อหุ้ม

กระดูก (supraperiosteal plane) จากนั้นเปิดแผลผ่าตัดในปากโดยเปิดกลางสันเหงือกไว้ฟัน และแผ่นเหงือกจนพบก้อนเนื้องอกทั้งหมด ถอนฟันทุกซี่ ตัดกระดูก (osteotomy) ห่างจากขอบเนื้องอก 2 มิลลิเมตร แล้วผ่าส่วนเนื้องอกออกมาทั้งหมด วัดขนาดความยาวขากรรไกรล่างได้ 7 เซนติเมตร (รูปที่ 3) ตัดแผ่นโลหะตามกระดูก และยึดส่วนกระดูกขากรรไกรล่างเพื่อเตรียมบริเวณรับการปลูกระดูก โดยจับคอนดอยล์ (condyle) ทั้งสองข้างให้อยู่ในแอ่งข้อต่อขากรรไกร (glenoid fossa) ก่อนจะยึดสกรู ส่วนบริเวณกระดูกสันสะโพกซ้ายได้เปิดแผลด้านไกลกลางของสันกระดูก (lateral approach) เก็บกระดูกแบบชั้น corticocancellous bone จำนวน 2 ชั้น เก็บในน้ำเกลือ (normal saline solution) นำมายึดกับแผ่นโลหะตามกระดูก ใส่สายท่อระบาย (radivac drain) ทั้งใต้คาง และสะโพกซ้าย เย็บปิดแผลทั้งสองตำแหน่ง



รูปที่ 3 (A,B) บริเวณผ่าตัดเนื้องอกที่ขากรรไกรล่างซ้าย และ (C) ก้อนเนื้องอกที่ผ่าตัดออกมา



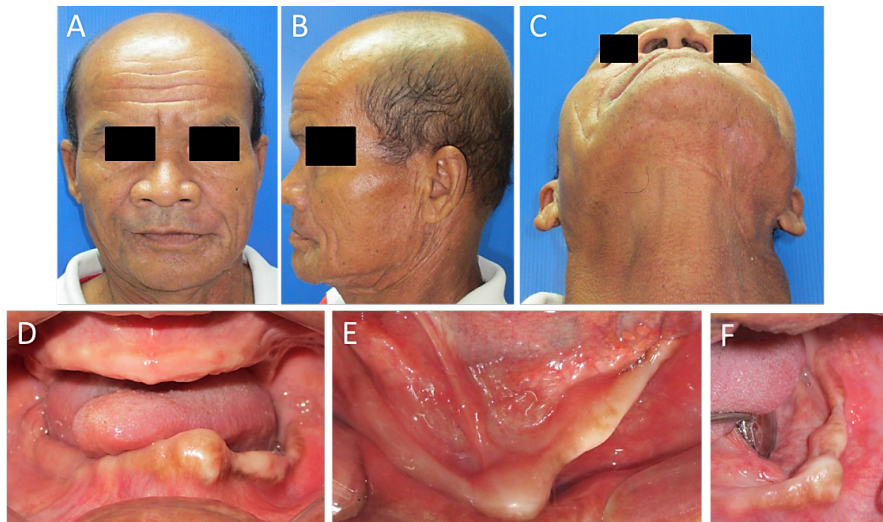
รูปที่ 4 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา พบเนื้อเยื่อเส้นใยมีเซลล์จำนวนมาก มีเส้นใยกระดูก (ย้อมสีฮีมาทอกซิลินและอีโอซิน A:x40 และ B:x100)

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาดมสลบ มีอาการบวมที่คางซ้ายและขาหนีฝปากล่างซ้าย รับประทานอาหารเหลวได้ สามารถถอดสายท่อระบายและฝึกเดินได้ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด และในวันที่ 8 หลังผ่าตัดจึงให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นได้ ผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

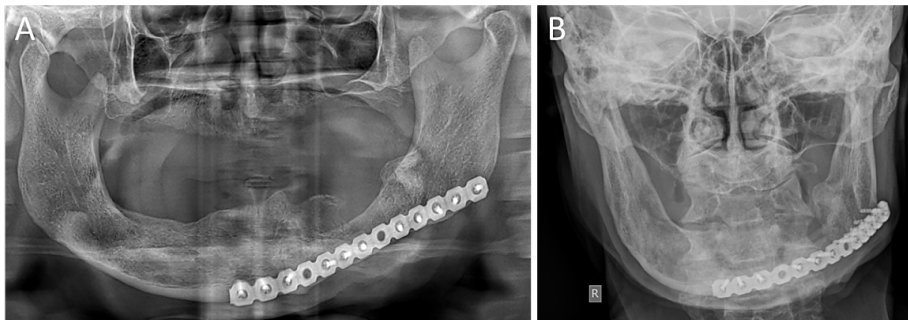
พบลักษณะเนื้อเยื่อเส้นใยมีเซลล์จำนวนมาก มีเส้นใยกระดูกและโครงสร้างคล้ายเคลือบรากฟัน ถูกล้อมรอบด้วยขอบกระดูก osteoblastic rimming ไม่พบเซลล์มะเร็ง การวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาเป็นออสติไฟอิงไฟโบรมา (รูปที่ 4) ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องที่ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 15 เดือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วย

เดินได้ตามปกติ ใบหน้าผู้ป่วยดูสมมาตร ชาริมฝีปากล่างซ้าย ไม่พบการกลับเป็นซ้ำหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดปิดสนิท ผู้ป่วยใช้งานขากรรไกรได้ดี (รูปที่ 5) ภาพรังสีปริทัศน์และภาพรังสีขากรรไกรล่างชนิดหลัง-หน้า (postero-anterior mandible radiograph) พบกระดูกสันสะโพกสมานเข้ากับขากรรไกรล่างปกติ และแผ่นเหล็กตามกระดูกยังอยู่ใน

ตำแหน่งเหมาะสม มีการละลายตัวของกระดูกสันสะโพกเล็กน้อย แต่ยังเหลือความสูงเพียงพอต่อการทำฟันเทียมได้ (รูปที่ 6) ทันตแพทย์จึงผ่าตัดนำเหล็กตามกระดูกออก และส่งทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลประจำอำเภอใกล้บ้านผู้ป่วยต่อไป



รูปที่ 5 หลังการผ่าตัด 15 เดือน (A-C) ใบหน้าผู้ป่วย และ (D-F) ภายในช่องปาก



รูปที่ 6 (A) ภาพรังสีปริทัศน์ และ (B) ภาพรังสีขากรรไกรล่างชนิดหลัง-หน้า หลังการผ่าตัด 15 เดือน

อภิปรายผล

ออสซิฟายอิงไฟโบรมาเป็นเนื้องอกในกลุ่มรอยโรคไฟโบรโรสเซียส ในกลุ่มนี้ยังมีซีเมนโทออสเซียสดีสเพลเซีย (cemento-osseous dysplasia) และไฟบรัสดีสเพลเซีย (fibrous dysplasia) ด้วย โดยการที่จะวินิจฉัยโรคในกลุ่มไฟโบรโรสเซียสต้องอาศัยการพิจารณาลักษณะทางคลินิก ภาพรังสี และทางจุลพยาธิวิทยาาร่วมกัน⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ⁷ พบว่าอายุเฉลี่ยที่เจอครั้งแรกคือ 31 ปี ช่วงอายุเจอมากที่สุดคือ 30-40 ปี และอาการสำคัญคือ บวมและขากรรไกรผิดรูป

ถึงร้อยละ 66 ที่เหลือมักพบโดยบังเอิญจากภาพรังสี มักไม่ปวดแต่อาจดันรากฟันข้างเคียงหรือทำให้รากฟันละลายได้⁸ ส่วนใหญ่พบเนื้องอกเดี่ยวในขากรรไกร ส่วนน้อยที่พบว่าเกิดหลายตำแหน่ง^{9,10} สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ เช่น การถอนฟันแล้วมีส่วนเยื่อหุ้มปริทันต์ติดอยู่กับผนังกระดูกเบ้าฟัน ถูกกระตุ่นให้สะสมแร่ธาตุและเคลื่อนรากฟันขึ้นมาจนเกิดเป็นเนื้องอกในที่สุด

สำหรับภาพรังสีของออสซิฟายอิงไฟโบรมาพบได้หลายแบบขึ้นกับระยะเวลาที่เป็นโรค โดยช่วงแรกจะพบ

เป็นเงาโปร่งรังสี (radiolucent) พอมีการสะสมแร่ธาตุมากขึ้นจะเป็นเงาผสม (mixed radiopaque-radiolucent) จนในที่สุดจะเป็นเงาทึบรังสี (radiopaque) ทั้งหมด⁵ เข้าได้กับการนี้ผู้ป่วยรายนี้ที่พบเป็นเงาทึบรังสีทั้งหมดจากระยะเวลาที่เป็นมานานถึง 10 ปี ลักษณะที่พบทางจุลพยาธิวิทยาคือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเส้นใยมีเซลล์จำนวนมาก พบออสติออยด์รูปร่างไม่แน่นอนและลักษณะคล้ายเคลือบรากฟัน² สำหรับการแยกออสติฟายอิงไฟโบรมาออกจากรอยโรคไฟโบรออสติสอื่นๆ ทำได้ยาก เพราะรอยโรคกลุ่มนี้มีความคล้ายคลึงกันทั้งจากคลินิก ภาพรังสีและลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา แต่พอสามารถแยกออสติฟายอิงไฟโบรมาจากไฟโบรติสเฟลเซียได้โดยออสติฟายอิงไฟโบรมาจะพบก่อนมีขอบเขตชัดเจน แยกจากกระดูกข้างเคียงได้ง่ายในภาพรังสี พบกระดูกโปร่งที่เจริญแล้วและขอบกระดูก osteoblastic rimming ทางจุลพยาธิวิทยา แต่ไฟโบรติสเฟลเซียในภาพรังสีขอบเขตจะกลมกลืนไปกับกระดูกปกติข้างเคียงแยกจากกันได้ยาก และทางจุลพยาธิวิทยาจะพบเส้นใยกระดูกโดยไม่มีขอบกระดูก osteoblastic rimming ส่วนกรณีที่ออสติฟายอิงไฟโบรมาเกิดรอบรากฟันจะคล้ายกับซีเมนโทบลาสโตมา (cementoblastoma) หรือฟลอริดซีเมนโทออสติสเฟลเซีย (florid cemento-osseous dysplasia) แต่สามารถแยกได้จากภาพรังสีโดยซีเมนโทบลาสโตมาจะหุ้มรวมไปกับรากฟันที่เกี่ยวข้อง ส่วนฟลอริดซีเมนโทออสติสเฟลเซียจะเกิดมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง อาจพบได้ในขากรรไกรเดียวหรือทั้งสองขากรรไกรได้⁶

การรักษาทำได้ 3 วิธีคือ 1. ขูดรักษารอบๆ (curettage) ใช้ในกรณีรอยโรคติดกับกระดูกที่อ่อนหรือผนังรอยโรคกลมกลืนกับกระดูกรอบๆ หรือพบลักษณะเงาโปร่งรังสีและใช้ในกรณีไม่สามารถควักออกมาได้ทั้งก่อน 2. ผ่าตัดควักออกทั้งก้อน (enucleation) ใช้ในกรณีเนื้องอกขนาดเล็ก ขอบเขตชัดเจน มีแคปซูลหุ้ม และ 3. ผ่าตัดออกเป็นส่วนใหญ่ (resection) ใช้ในกรณีเนื้องอกขนาดใหญ่ขยายถึงขอบล่างของขากรรไกรล่าง หรือขยายเข้าโพรงอากาศขากรรไกรบน (maxillary sinus) หรือเข้าโพรงจมูก มีขอบเขตไม่ชัดเจน โดยขอบกระดูกที่ตัดจะไม่เกิน 5 มิลลิเมตรจากขอบเนื้องอก เพราะเซลล์เนื้องอกชนิดนี้จะรุกรานเข้ากระดูกข้างเคียงได้ประมาณ 1-2

มิลลิเมตร⁵ สำหรับการใช้รังสีรักษา (radiotherapy) พิสูจน์แล้วว่าไม่ได้ผลและเป็นข้อห้ามใช้เนื่องจากเพิ่มอุบัติการณ์เกิดมะเร็งเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 0.4-44⁴ การพยากรณ์โรคดี พบอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อย ประมาณร้อยละ 12-25^{6,7} แต่ถ้าพบเนื้องอกในเด็กจะพบการกลับเป็นซ้ำที่สูงกว่าถึงร้อยละ 30-58 จากพฤติกรรมเนื้องอกที่รุกรานทำลายกระดูกข้างเคียงมากกว่าในวัยผู้ใหญ่⁶

จากผู้ป่วยรายนี้มีออสติฟายอิงไฟโบรมาขนาดใหญ่ที่ขากรรไกรล่างด้านซ้าย กระดูกขยายออกชัดเจน จึงเลือกผ่าตัดขากรรไกรล่างออกเป็นส่วนใหญ่ (segmental mandibulectomy) ทำให้เกิดความวิตกรขึ้น จำเป็นต้องมีการบูรณะส่วนที่ขาดหายไป เนื่องจากขากรรไกรล่างเป็นส่วนประกอบของใบหน้า ความวิตกรที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการทำงานของช่องปาก ความสวยงามของใบหน้า และปัญหาทางสภาพจิตใจของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายการบูรณะเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของขากรรไกร รักษารูปร่างใบหน้า และยังคงความสัมพันธ์ของคอนดอยล์กับกะโหลก รักษาการสบฟันให้เป็นปกติ และสร้างส่วนรองรับเพื่อใช้ทำฟันเทียมต่อไป กระดูกที่ใช้ในการบูรณะคือกระดูกที่มีเซลล์มีชีวิตของผู้ป่วย แบ่งเป็น 1. กระดูกและเนื้อเยื่อปลูกที่มีหลอดเลือดมาเลี้ยง (vascularized bone flaps) และ 2. กระดูกปลูกที่ไม่มีหลอดเลือดมาเลี้ยง (nonvascularized bone grafts) โดยกรณีแรกนิยมใช้บูรณะความวิตกรกรณีทำ segmental mandibulectomy แต่การผ่าตัดใช้ระยะเวลาที่นาน อาศัยศัลยแพทย์และเครื่องมือเฉพาะ เกิดความเสี่ยงต่อบริเวณผู้ให้ (donor site) มากกว่า และยากที่จะสร้างให้กระดูกที่นำมาปลูกมีรูปร่างใกล้เคียงกับขากรรไกรล่างได้¹¹ สำหรับกรณีกระดูกปลูกที่ไม่มีหลอดเลือดมาเลี้ยงมีข้อบ่งชี้ใช้ในผู้ป่วยที่มีขนาดความวิตกรไม่เกิน 9 เซนติเมตร บางรายงานแนะนำไม่ควรเกิน 6 เซนติเมตร¹² มีเนื้อเยื่ออ่อนเพียงพอใช้คลุมกระดูกปลูกได้ดี และไม่มีประวัติรับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอมาก่อน¹³ ซึ่งข้อบ่งชี้เหล่านี้มักพบในผู้ป่วยเนื้องอกไม่ร้ายแรงที่ยังเหลือเนื้อกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนอยู่เข้าได้กับผู้ป่วยรายนี้ โดยตำแหน่งที่นิยมเก็บกระดูกปลูกคือ สันกระดูกสะโพก (iliac crest) ด้วยข้อดีที่การผ่าตัดทำได้ง่าย มีปริมาณกระดูกที่เก็บได้มาก กระดูกมีเซลล์จำนวนมาก รูปร่างเหมาะสมกับความโค้งของขากรรไกร

ได้ส่วนกระดูกทั้งความสูงและความหนาเพื่อใช้รองรับฟันเทียมถอดได้หรือการฝังรากฟันเทียมต่อไปได้^{11,14} แนะนำเก็บกระดูกปลูกระหว่างผ่าตัดในสารละลายตัวกลางคือ สารตัวกลางเก็บเนื้อเยื่อเพาะเชื้อ (tissue culture media) หรือใช้น้ำเกลือก็ได้ ไม่ควรเก็บแบบแห้งหรือในเลือด เพราะสารที่เกิดขึ้นจากลิมเลือดจะทำให้ลายเยื่อหุ้มเซลล์ได้ นอกจากนี้อุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นจะเร่งอัตราเมตาบอลิซึมและทำลายระบบเอนไซม์ส่งผลต่อเยื่อหุ้มเซลล์เช่นเดียวกัน ดังนั้นวิธีง่ายสุดคือเก็บกระดูกปลูกในผ้าที่ชุบน้ำเกลือแล้ววางบนน้ำแข็ง¹²

ในผู้ป่วยรายนี้เลือกวิธีบูรณะความพิการหลังผ่าตัดเนื้องอกออกทันทีด้วยการใช้สันกระดูกสะโพก เนื่องจากสามารถจัดวางตำแหน่งกระดูกปลูกและปรับรูปร่างให้เข้ากับขากรรไกรล่างได้ง่าย มีเนื้อเยื่ออ่อนยึดหยุ่นดี ลดปัญหาจากแผลเป็นที่ทำให้เกิดความตึงของเนื้อเยื่อซึ่งจะส่งผลต่อระบบเลือดที่มาเลี้ยงกระดูกในกรณีผ่าตัดแบบปลูกกระดูกในภายหลัง สำหรับอัตราความสำเร็จของการปลูกกระดูกสันกระดูกคอค่อนข้างกว้าง พบรายงานความสำเร็จได้ตั้งแต่ร้อยละ 46-100 ภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่คือ การติดเชื้อ แผลผ่าตัดแยก และกระดูกปลูกละลายตัว ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลลดความสำเร็จคือ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง¹³⁻¹⁵ โดยมีการศึกษาการปลูกกระดูกบูรณะความพิการในขากรรไกรล่าง พบภาวะแทรกซ้อนเมื่อเปิดแผลผ่าตัดนอกปากที่ร้อยละ 17 แต่หากมีการเปิดแผลผ่าตัดในปากร่วมด้วยจะมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นร้อยละ 38 สาเหตุหลักเนื่องจากปัญหาแผลแยก (dehiscence) ที่แผลเย็บในช่องปาก¹⁶ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการเย็บแผลทั้งในและนอกปากให้ดี ลดการปนเปื้อนเชื้อบริเวณผ่าตัดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลรักษาความสะอาดแผลผ่าตัดให้ดี โดยเฉพาะแผลผ่าตัดในปากที่ปนเปื้อนน้ำลายตลอดเวลา ในผู้ป่วยรายนี้ไม่มีประวัติสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา และทันตแพทย์เน้นย้ำเรื่องความสะอาดในช่องปากแก่ผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดได้ดีจึงทำให้การผ่าตัดประสบผลสำเร็จ หลังจากนั้นจึงส่งทำฟันเทียมเพื่อทดแทนฟันที่หายไป เข้าได้กับการศึกษาเรื่องระยะเวลาเฉลี่ยในการทำฟันเทียมภายหลังผ่าตัดขากรรไกรร่วมกับการปลูกถ่ายกระดูกและเนื้อเยื่อ พบว่า

สามารถทำฟันเทียมได้ในช่วง 8-14 เดือนหลังผ่าตัด โดยขึ้นกับประเภทการผ่าตัดด้วย¹⁷

สรุป

รายงานผู้ป่วยชายไทยอายุ 63 ปี พบเนื้องอกออสซิฟายอิงไฟโบรมาขนาดใหญ่ที่กระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้าย รักษาโดยผ่าตัดขากรรไกรล่างออกและบูรณะด้วยกระดูกปลูกจากสันกระดูกสะโพก ติดตามผลการรักษา 15 เดือน ผู้ป่วยสามารถเดินได้ตามปกติ ใบหน้าสมมาตรดีขึ้น ใช้งานขากรรไกรได้ดี ไม่พบการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จัดว่าเป็นวิธีผ่าตัดและบูรณะกระดูกขากรรไกรได้วิธีหนึ่งเพื่อใช้ในการผ่าตัดเนื้องอกไม่ร้ายแรงของขากรรไกรล่างต่อไป

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: ไม่มี

เอกสารอ้างอิง

1. El-Mofty SK, Nelson B, Toyosawa S. Ossifying fibroma. In: El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ, editors. WHO classification of Head and Neck tumors. 4thed. Lyon: IARC;2017.p 251-2.
2. Marx RE. Benign neoplasms of bone. In: Marx RE, Stern D, editors. Oral and maxillofacial pathology: a rational for diagnosis and treatment. 2nded. Illinois: Quintessence; 2012. p 841-7.
3. Woo SB. Central cemento-ossifying fibroma: primary odontogenic or osseous neoplasm?. J Oral Maxillofac Surg 2015;73(12 Suppl):S87-93.
4. Gondivkar SM, Gadgil AR, Chole R, Parikh RV, Balsaraf S. Ossifying fibroma of the jaws: report of two cases and literature review. Oral Oncol 2011;47:804-9.
5. Mohanty S, Gupta S, Kumar P, Sriram K, Gulati U. Retrospective analysis of ossifying fibroma of jaw bones over a period of 10 years with literature review. J Maxillofac Oral Surg 2014;13:560-7.
6. Triantafyllidou K, Venetis G, Karakinaris G, Iordanidis F. Ossifying fibroma of the jaws: a clinical study of 14 cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012;114:193-9.
7. MacDonald-Jankowski DS. Ossifying fibroma: a systematic review. Dentomaxillofac Radiol 2009;38:495-513.
8. Dominguez MHL, SartoDominguette AA, Matos BH, Dominguez PR, León JE, Oliveira LR. Extensive pres-

- entation of central ossifying fibroma treated with conservative surgical excision. *Case Rep Dent* [Internet]. 2014[cited 2022 Oct 10];2014:204258. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258925/pdf/CRID2014-204258.pdf>
9. Wang TT, Zhang R, Wang L, Chen Y, Dong Q, Li TJ. Two cases of multiple ossifying fibromas in the jaws. *Diagn Pathol* 2014;9:75.
 10. Ribeiro ACP, Carlos R, Díaz KP, Gouvêa AF, Vargas PA. Bilateral central ossifying fibroma affecting the mandible: report of an uncommon case and critical review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* [Internet]. 2011[cited 2022 Oct 10];111:e21-6. Available from: [https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104\(10\)00856-5/fulltext](https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104(10)00856-5/fulltext)
 11. Yoshimura H, Ohba S, Nakamura M, Sano K. Mandibular reconstruction using iliac bone and great auricular nerve grafts and oral rehabilitation using osseointegrated implants in a patient with a large ossifying fibroma: a 10-year follow-up study. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71:2176-88.
 12. Ferretti C, Muthray E, Rikhotso E, Reyneke J, Ripamonti U. Reconstruction of 56 mandibular defects with autologous compressed particulate corticocancellous bone grafts. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2016;54:322-6.
 13. Osborn TM, Helal D, Mehra P. Iliac crest bone grafting for mandibular reconstruction: 10-year experience outcomes. *J Oral Biol Craniofac Res* 2018;8:25-9.
 14. Moura LB, de A Carvalho PH, Xavier CB, Post LK, Torriani MA, Santagata M, et al. Autogenous non-vascularized bone graft in segmental mandibular reconstruction: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2016;45:1388-94.
 15. Camarini C, Spagnol G, Pinotti MM, do Canto AM, Maciel FA, de Freitas RR. Mandibular reconstruction with block iliac crest: an institutional experience. *Craniofac Trauma Reconstr* 2020;13:285-9.
 16. van Gemert JTM, van Es RJ, Van Cann EM, Koole R. Nonvascularized bone grafts for segmental reconstruction of the mandible--a reappraisal. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67:1446-52.
 17. Petrovic I, Ahmed ZU, Huryn JM, Nelson J, Allen RJ Jr, Matros E, et al. Oral rehabilitation for patients with marginal and segmental mandibulectomy: A retrospective review of 111 mandibular resection prostheses. *J Prosthet Dent* 2019;122:82-7.