

รายงานผู้ป่วย

อะมีโลบลาสโตมาในเด็ก

สุธาสินี วุฒิจรัสฐิติกาล ท.บ.*

Abstract

Ameloblastoma in children

Suthasinee Vuttijiruttitikan D.D.S.*

* Department of Dentistry, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.
J Prapokklao Hosp clin Med Educat Center 2008;25:31–36.

Ameloblastoma is the most common clinically significant odontogenic tumor of the jaws. Its relative frequency equals the combined frequency of all other odontogenic tumors, excluding odontomas. Ameloblastomas are tumors of odontogenic epithelial in origin. Ameloblastomas are slow-growing, locally invasive tumors that run a benign course in most cases. The tumor shows an approximately equal prevalence in the third to fourth decades of life. There is no significant gender predilection. Ameloblastoma has high incidence in 30–40 years old and high recurrence rate. But ameloblastoma in children whose age are under 19 years old are rare. Most found in mandible and radiographic appearance were unilocular radiolucency. Conservative treatments are acceptable in the initial treatment of ameloblastoma in children and recurrence rate was quite low.

บทนำ

อะมีโลบลาสโตมาเป็นเนื้องอกที่มีจุดกำเนิดจากเนื้อเยื่อฟัน พบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของเนื้องอกที่เกิดจากฟันทั้งหมดรวมกัน^{1,2,3} เชื่อว่าเกิดจากเซลล์ที่เหลืจากการสร้างเคลือบฟัน (enamel), จากเยื่อบุผิวถุงน้ำที่เกิดจากฟัน (epithelial lining of odontogenic cyst), หรือจากบาซาลเซลล์ของเยื่อเมือกช่องปาก (basal cells of oral mucosa) อะมีโลบลาสโตมาเป็นเนื้องอกที่ไม่ร้ายแรง (benign tumour) โตช้า แต่ลุกลามเฉพาะที่ได้

(local invasive) พบได้ทุกช่วงอายุ จะพบน้อยในช่วงอายุ 10–19 ปี และพบน้อยมากในช่วงอายุที่ต่ำกว่า 10 ปี จากการรวบรวมข้อมูลของ Olaitan & Adekeye⁴ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 ถึง พ.ศ. 2533 พบผู้ป่วยอะมีโลบลาสโตมา 206 ราย พบผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 18 ปี 30 ราย (ร้อยละ 14.6) Arotiba และคณะ⁵ พบผู้ป่วยอะมีโลบลาสโตมาทั้งหมด 360 ราย มีผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 20 ปี 79 ราย (ร้อยละ 21.9) สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2541 ใจนุช คงรักษ์⁶ ได้รวบรวมผู้ป่วยในเด็กที่เป็นอะมีโลบลาส

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

โตมาที่มีอายุน้อยกว่า 14 ปีที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ถึงพ.ศ. 2539 พบผู้ป่วยเด็กที่เป็นอะมีโลบลาสโตมา 8 รายเท่านั้น มักพบที่กระดูกขากรรไกรล่างมากกว่าขากรรไกรบน^{4,5,7} และพบมากที่สุดที่บริเวณส่วนท้ายของกระดูกขากรรไกรล่าง รองลงมาพบที่ส่วนหน้าของกระดูกขากรรไกรล่าง, ส่วนหน้าของกระดูกขากรรไกรบน และส่วนท้ายของกระดูกขากรรไกรบน ตามลำดับ^{8,9}

WHO 2005¹⁰ ได้แบ่งอะมีโลบลาสโตมาออกเป็น 4 กลุ่มได้แก่

1. อะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีหลายวง (Solid/Multicystic type)
2. อะมีโลบลาสโตมาชนิดที่เกิดบนเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก (Extraosseous/Peripheral type)
3. อะมีโลบลาสโตมาชนิดเตลโมพลาสติค (Desmoplastic type)
4. อะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีวงเดี่ยว (Unicystic type)

สำหรับการรักษาอะมีโลบลาสโตมานั้นทำได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น การควักออกทั้งหมด (Simple enucleation), การควักออกทั้งหมดร่วมกับกรอกระดูกโดยรอบ (Enucleation with peripheral ostectomy), การควักออกทั้งหมดร่วมกับการใช้ความเย็น (Enucleation with cryotherapy), การควักออกทั้งหมดร่วมกับการใช้ Carnoy's solution (Enucleation with Carnoy's solution), การตัดกระดูกขากรรไกรส่วนที่เป็นเนื้อออกโดยเก็บขอบล่างของกระดูกขากรรไกร (enbloc resection and preserve lower border of mandible) หรือ การตัดกระดูกขากรรไกรส่วนที่เป็นเนื้อออกทั้งส่วนของกระดูกขากรรไกร (segmental resection)^{8,9,11} อย่างไรก็ตามการติดตามผลการรักษานั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากพบว่ามีการกลับเป็นซ้ำขึ้นมาใหม่ได้อีกในช่วง 4 เดือน - 16 ปี^{5,12}

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 14 ปี ส่งตัวมาจากโรง-

พยาบาลตราดมาที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้าด้วยต้องการเย็บแผลในช่องปาก

อาการสำคัญ

ต้องการเย็บแผลในช่องปาก ผู้ป่วยให้ประวัติว่าประมาณ 2 ปีก่อน รู้สึกว่ามีดวงบวม ไปพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ทันตแพทย์ทำการตัดชิ้นเนื้อบางส่วนไปตรวจ (Incisional biopsy) เปิดแผลทิ้งไว้และให้ใส่แผ่นอคริลิกบนปากแผลในช่องปาก หลังจากนั้นผู้ป่วยรู้สึกว่ามีดวงบวมแล้ว ไม่ได้ไปฟังผลชิ้นเนื้อและไม่ได้ไปรับการรักษาต่ออีก ขณะนี้ผู้ป่วยได้มาเรียนต่อที่ จังหวัดตราด ยังมีญาติอยู่ที่จังหวัดภูเก็ต จึงได้ให้ญาติไปขอผลการตรวจชิ้นเนื้อทราบว่าเป็น อะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีวงเดี่ยว (เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2548) จึงได้แนะนำให้ผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อออกทั้งหมดก่อนจึงจะเย็บแผลปิดได้

การตรวจสภาพร่างกาย

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวและไม่มีประวัติแพ้ยาใด ๆ

การตรวจสภาพช่องปาก

ภายนอกช่องปาก ไม่พบความผิดปกติใด ๆ ใบหน้าสมมาตร

ภายในช่องปาก ผู้ป่วยอ้าปากและกัดสบฟันได้ตามปกติ มีอาการบวมบริเวณด้านลิ้นของฟัน # 41,31,32,33, มีแผ่นอคริลิกขนาด 3x3 เซนติเมตรในช่องปาก, แผลมีขนาด 1.5x1 เซนติเมตร, เนื้อเยื่อรอบปากแผลอักเสบเล็กน้อย มีสีแดง, ไม่มีอาการปวด ไม่มีอาการชา, ฟัน # 32 มีการบิตตัวเล็กน้อย (malposition)

การถ่ายภาพเอกซเรย์

Film Panoramic พบว่าเงาโปร่งรังสีบริเวณฟัน # 31,32,33 ขนาด 2X2 เซนติเมตร ขอบเขตชัดเจน มีการเบียดรากฟัน # 31,32,33 ห่างออกจากกัน

การวินิจฉัย

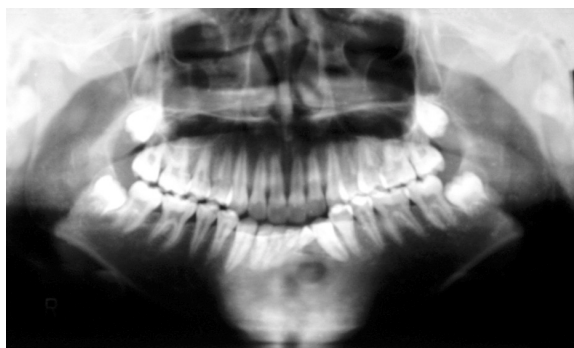
อะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีวงเดี่ยว

การรักษา

เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ได้ทำการรักษาเบื้องต้นโดยวิธีการเปิดปากแผล (Marsupialization) ไว้ก่อน



รูปที่ 1 ลักษณะใบหน้าตรงของผู้ป่วย



รูปที่ 2 ภาพเอกซเรย์ Panoramic ก่อนทำการรักษา

แล้วและผู้ป่วยยังมีอายุน้อย ยังมีการเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกรและใบหน้าอยู่ จึงได้ให้การรักษาโดยวิธีการควักเอาก้อนเนื้อออกทั้งหมดร่วมกับกรอกระดูกโดยรอบประมาณ 1 เซนติเมตร และตัดเนื้อเยื่ออ่อนโดยรอบแผลออก ภายใต้การดมยาสลบ เย็บแผลปิดโดยใช้วิธีการยัดเนื้อเยื่อ (advancement flap) ร่วมด้วย

ผลการตรวจชิ้นเนื้อ Ameloblastoma

การติดตามการรักษา

ผู้ป่วยเจ็บคอ มีตุ่มใต้คาง คลำได้ต่อมน้ำเหลืองใต้คางโต 1x0.5 เซนติเมตร กดเจ็บเล็กน้อย 2 ตำแหน่ง แผลปริแยก (dehiscence) 1x1 เซนติเมตร 1 ตำแหน่ง แผลมีอีกเสบปานกลาง ผู้ป่วยทำความสะอาดไม่ดี สอนผู้ป่วยและผู้ปกครองทำความสะอาดโดยใช้ syringe ฉีด

ล้างในแผลทุกวัน แผลปิดภายใน 5 เดือน ขณะนี้ได้ติดตามการรักษาเป็นระยะเวลา 8 เดือน ส่งเอกซเรย์ Panoramic และ Occlusal มีการสร้างกระดูกบริเวณ #31,41,42 เพิ่มขึ้นตามรูปที่ 4 และ 5



รูปที่ 3 ภาพเอกซเรย์ Panoramic หลังการรักษา 3 เดือน 2 สัปดาห์



รูปที่ 4 ภาพเอกซเรย์ Panoramic หลังการรักษา 8 เดือน



รูปที่ 5 ภาพเอกซเรย์ Occlusal หลังการรักษา 8 เดือน



รูปที่ 6 ภาพในช่องปากหลังการรักษา 8 เดือน

บทวิจารณ์

เนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีดวงเดี่ยว¹⁰ มีลักษณะเป็นถุงน้ำ พบได้ไม่บ่อยและไม่รุนแรงนักเมื่อเทียบกับอะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีหลายวงหรือก้อนเนื้อ⁷ มักพบในเด็กโดยเฉลี่ยอายุ 16 ปี พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน คิดเป็นประมาณร้อยละ 15 ของอะมีโลบลาสโตมาทั้งหมด พบบ่อยบริเวณกระดูกขากรรไกรล่าง (ร้อยละ 90)^{8,9,11} มักสัมพันธ์กับฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ที่ยังไม่ขึ้นในช่องปาก (unerupted mandibular third molar) ร้อยละ 80 Olaitan & Adekeye⁷ ได้รวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปีพ.ศ. 2523 ถึงพ.ศ. 2537 พบผู้ป่วยอะมีโลบลาสโตมาทั้งหมด 290 ราย เป็นอะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีดวงเดี่ยว 21 ราย (ร้อยละ 7.2) และพบส่วนใหญ่ในผู้ป่วยอายุ 10-19 ปี ภาพทางรังสี มักเป็นเงาโปร่งรังสีดวงเดี่ยวขอบเขตชัดเจน (well corticated) มีลักษณะคล้ายถุงน้ำเดนติเจอรัส (Dentigerous cyst) มีผู้แนะนำให้สังเกตความแตกต่างว่าถ้าเป็นอะมีโลบลาสโตมา จะมีการละลายของรากฟันข้างเคียงร่วมด้วย^{4,13} ซึ่งมักไม่พบในถุงน้ำเดนติเจอรัส

ลักษณะทางพยาธิวิทยาสามารถแบ่งอะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีดวงเดี่ยวออกเป็น 3 กลุ่ม^{10,14} มีความรุนแรงแตกต่างกัน โดยพบว่าชนิดมูรอล (Mural) มีความรุนแรงเทียบเท่ากับอะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีหลายวงหรือก้อนเนื้อและรุนแรงกว่าชนิดลูมินอล (Luminal) และชนิดอินทราลูมินอล (Intraluminal)

การรักษาอะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสี

วงเดี่ยวทำได้หลายวิธีและยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่มาก โดยเฉพาะการให้การรักษาในเด็กที่ยังมีการเจริญเติบโตอยู่ มีบางรายงานแนะนำวิธีการควักออกทั้งหมด (Simple enucleation) ซึ่งให้ผลเป็นที่น่าพอใจ^{12,15,16} บางรายงานแนะนำวิธีตัดกระดูกขากรรไกรส่วนที่เป็นเนื้องอกทั้งส่วนของกระดูกขากรรไกร (segmental resection) ซึ่งเป็นวิธีที่ค่อนข้างรุนแรง (more aggressive)⁵ Nobuyaki และคณะ¹² พบการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่เป็นอะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีดวงเดี่ยว 3 รายจากทั้งหมด 10 ราย (ร้อยละ 30) ที่ให้การรักษาแบบการควักออกทั้งหมดในช่วง 4-5 เดือนหลังการรักษาและได้ให้การรักษาใหม่โดยการควักออกทั้งหมดร่วมกับกรอกระดูกโดยรอบ 2 ราย ส่วนอีก 1 รายให้การรักษาโดยการตัดกระดูกขากรรไกรส่วนที่เป็นเนื้องอกโดยเก็บขอบล่างของกระดูกขากรรไกร ไม่พบการกลับเป็นซ้ำอีกในระยะเวลา 17 ปี Olaitan & Adekeye⁷ พบการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่เป็นอะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีดวงเดี่ยว 2 รายจากทั้งหมด 11 ราย ที่ให้การรักษาแบบการควักออกทั้งหมดในช่วง 3 ปีและ 7 ปี หลังการรักษา Rosanatein และคณะ⁹ พบการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่เป็นอะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีดวงเดี่ยว 9 รายจากทั้งหมด 14 ราย (ร้อยละ 64) ที่ให้การรักษาแบบการควักออกทั้งหมดในช่วง 9 เดือน - 10 ปีหลังการรักษา อย่างไรก็ตามการให้การรักษาที่รุนแรงกว่านี้ก็ไม่ได้ให้ผลเป็นที่น่าพอใจเสมอไป รายงานของ Martins & Favaro¹⁷ พบการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่เป็นอะมีโลบลาสโตมาที่ได้รับการรักษาโดยการตัดขากรรไกรล่างบางส่วน (Hemimandibulectomy) และได้รับการปลูกกระดูกแล้วไปประมาณ 16 ปี ในกรณีที่มีกระดูกของรอยโรคออกจากกระดูกมายังส่วนของเนื้อเยื่ออ่อนโดยรอบ การตัดเนื้อเยื่ออ่อนโดยรอบ (Full thickness resection) ต้องทำด้วย⁷ เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำใหม่

การรักษาอะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีดวงเดี่ยวในเด็กนั้น ต้องคำนึงถึง ลักษณะทางคลินิก ลักษณะทางพยาธิวิทยาของเนื้องอก อายุ ตำแหน่ง ขนาด ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ความ

ร่วมมือในการรักษาและติดตามผลการรักษา ความเข้าใจในรอยโรค ผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกร การพยากรณ์ของรอยโรค^{8,11} เป็นต้น ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนการรักษา การติดตามการรักษาในระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ปกครองต้องเข้าใจและต้องให้ความร่วมมือกับแพทย์ผู้ทำการรักษา

ในผู้ป่วยรายนี้ทราบการวินิจฉัยเริ่มต้นว่าเป็นอะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีวงเดี่ยว ผู้ป่วยมีอายุน้อย ยังมีการเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกรและใบหน้าอยู่ ได้ตกลงกับผู้ป่วยและผู้ปกครองเกี่ยวกับแผนการรักษาซึ่งต้องมาติดตามการรักษาต่อเนื่องไปอีกนานจนผู้ป่วยอายุไม่น้อยกว่า 35 ปี รวมถึงการมีโอกาสกลับเป็นซ้ำใหม่ มีการผ่าตัดครั้งที่ 2 ตามมา ผู้ป่วยและผู้ปกครองรับทราบ ให้ความร่วมมือในการรักษา การติดตามผลเป็นอย่างดี จึงได้ให้การรักษาด้วยวิธีการควักออกทั้งหมดร่วมกับการกรอกระดูกโดยรอบและตัดเนื้อเยื่ออ่อนโดยรอบแผลออกได้ติดตามการรักษาอยู่นาน 8 เดือน พบว่าเริ่มมีการสร้างกระดูกขึ้นมาในส่วนที่ได้ทำการรักษาไป อย่างไรก็ตามก็ยังต้องมีการติดตามการรักษาต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อดูการกลับเป็นซ้ำใหม่ เนื่องจากพบว่าการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้อีกนานถึง 16 ปี จึงได้นัดผู้ป่วยกลับมาติดตามการรักษาต่อไปเรื่อยๆอีกทุก 3-6 เดือน เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 20 ปี เท่าที่ผ่านมาผู้ป่วยยังไม่เคยผิพนัดในการติดตามการรักษา

สรุป

ขั้นตอนการรักษาอะมีโลบลาสโตมาชนิดเงาโปร่งรังสีวงเดี่ยวในเด็กนั้น จำเป็นต้องพิจารณาหลายปัจจัยร่วมกัน¹¹ การให้การวินิจฉัยแยกโรคออกจากถุงน้ำเดนติเจอรัล การใช้วิธีการเปิดแผล (Decompression) เพื่อลดขนาดของรอยโรคในกรณีที่รอยโรคมีขนาดใหญ่ ก็เป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึง การรักษาด้วยวิธีการควักออกทั้งหมดร่วมกับการกรอกระดูกโดยรอบ หรือการตัดกระดูกขากรรไกรส่วนที่เป็นเนื้องอกโดยเก็บขอบล่าง

ของกระดูกขากรรไกรไว้เป็นวิธีที่ให้ผลการรักษาที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตามการติดตามการรักษาในระยะยาวก็เป็นสิ่งจำเป็นไม่ควรต่ำกว่า 20 ปี¹¹ ในกรณีที่มีการกลับเป็นซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง การรักษาโดยการตัดกระดูกขากรรไกรส่วนที่เป็นเนื้องอกทั้งส่วนของกระดูกขากรรไกรเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาทำต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Waldron CA. Odontogenic cysts and tumors. In : Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, eds. Oral and Maxillofacial Pathology. 1st ed. Philadelphia : WB Saunders, 1995:512-20.
2. Fernandes AM, Duarte ECB, Pimenta FJGS, Souza LN, Santos VR, Mesquita RA. Odontogenic tumours: a study of 340 cases in a Brazilian population. J Oral Pathol Med 2005;34:583-7.
3. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative Frequency of Central Odontogenic Tumors : A Study of 1,088 Cases from Northern California and Comparison to Studies from Other Parts of the World. J Oral Maxillofac Surg 2006;64: 1343-52.
4. Olaitan AA, Adekeye EO. Clinical features and management of ameloblastoma of the mandible in children and adolescents. Br J Oral Maxillofac Surg 1996;34:248-51.
5. Arotiba GT, Ladeinde AI, Arotiba JT, Ajike SO, Ugboko VI, Ajayi OF. Ameloblastoma in Nigerian Children and Adolescents: A Review of 79 Cases. J Oral Maxillofac Surg 2005;63: 747-51.
6. ใจนุช คงรักษ์. การประเมินประสิทธิภาพของภาพรังสีในการวินิจฉัยเนื้องอกในเด็กเฉพาะ Thai. J. Oral Maxillofac.Surg. 2541;12:10-21.

7. Olaitan AA, Adekeye EO. Unicystic Ameloblastoma of the Mandible: A Long-Term Follow-Up. J Oral Maxillofac Surg 1997;55: 345-8.
8. Haug RH, Hauer CA, Smith B, Indresano AT. Reviewing the unicystic ameloblastoma : report of two cases. JADA 1990;121:703-5.
9. Rosenstein T, Pogrel A, Smith RA, Regezi JA. Cystic Ameloblastoma-Behavior and Treatment of 21 Cases. J Oral Maxillofac Surg 2001;59:1311-16.
10. Gardner DG, Heikinheimo K, Shear M, Philipsen HP, Coleman H. Ameloblastomas. In : Barnes L, Everson JW, Reichart P, Sidransky D, eds. WHO Classification of tumours. Pathology and genetics. Head and neck tumours. Chapter 6, Odontogenic tumours. Lyon : IARC, 2005:296-300.
11. Haung I-Y, Lai S-T, Chen C-H, Chen C-M, Wu C-W, Shen Y-H. Surgical management of ameloblastoma in children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007; 104:478-85.
12. Tanaka N, Murata A, Yamaguchi A, Kohama G. Clinical features and management of oral and maxillofacial tumors in children. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999;88:11-5.
13. Ord RA, Blanchaert RH, Nikitakis NG. Ameloblastoma in children. J Oral Maxillofacial Surg 2002;60:762-70.
14. Ackermann GL, Altini M, Shear M. The unicystic ameloblastoma : a clinicoopathological study of 57 cases. J Oral Pathol 1988;17: 541-6.
15. Takahashi K, Miyauchi, Sato K. Treatment of ameloblastoma in children. Br J Oral Maxillofac Surg 1998;36:453-6.
16. Al-khateeb T, Ababneh K. Ameloblastoma in Young Jordanians: A Review of the Clinicopathologic Features and Treatment of 10 Cases. J Oral Maxillofac Surg 2003;61:13-8.
17. Martins WD, Favaro DM. Recurrence of an ameloblastoma in an autogenous iliac bone graft. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004;98:657-9.