

กรณีศึกษา: การรักษาเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาด้วยวิธีผ่าตัดขากรรไกรล่าง บางส่วนโดยเอาข้อต่อขากรรไกรล่างออกพร้อมทั้งใส่เหล็กตามยึด พร้อมทั้งปลูกกระดูกทันที

A Case Study: Treatment of Ameloblastoma Tumor with Hemi-Mandibulectomy and Immediate Reconstruction with Iliac Bone Graft

สุรัชชัย เพชรอาภรณ์ ท.บ.,
ว.ท. ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล
กลุ่มงานทันตกรรม
โรงพยาบาลสมุทรสาคร
จังหวัดสมุทรสาคร

Surachai Petcharporn D.D.S.,
Thai Board of Oral and Maxillofacial Surgery
Division of Dentistry
Samutsakhorn Hospital
Samut Sakhon

บทคัดย่อ

อะมีโลบลาสโตมาเป็นเนื้องอกที่พบได้บ่อยในกลุ่มเนื้องอกเหตุกำเนิดจากฟันชนิดไม่ร้ายแรง โดยเนื้องอก
ยังแบ่งเป็นชนิดต่าง ๆ แต่ละชนิดมีพฤติกรรมทางคลินิก, ลักษณะทางภาพรังสี, และลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา
ที่แตกต่างกัน ทำให้มีการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน อัตราการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะ
การรักษาแบบอนุรักษ์ จึงควรวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมร่วมกับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

บทความนี้เป็นรายงานการรักษาผู้ป่วยอะมีโลบลาสโตมา เพศหญิง ชาวต่างชาติ อายุ 25 ปี ในบริเวณขากรร
ไกรล่างด้านซ้าย โดยวิธีการผ่าตัดขากรรไกรออกบางส่วนและใส่แผ่นเหล็กตามยึดร่วมกับการปลูกกระดูกจากสะโพก
ทันที ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำหลังการติดตามการรักษาเป็นเวลาห้าปี

คำสำคัญ: อะมีโลบลาสโตมา ผ่าตัดขากรรไกรออกบางส่วน

วารสารแพทยเขต 4-5 2567 ; 43(4) : 645-655.

Abstract

Ameloblastoma is the most common benign odontogenic tumor. Each type of
ameloblastoma has different clinico-radiographic presentations, histopathological features, and

prognosis, that leads to different treatment modalities. The aim of this study was to present the clinical, radiographic, and histopathological features as well as treatment modalities and recurrence rate of ameloblastoma. Ameloblastoma is the benign odontogenic tumor, with high recurrent rate when treated by conservative treatment. So we need to select the most suitable treatment modality for each patient with long-term follow-up.

This article reported a case of female foreigner with 25 years of age. She was diagnosed as ameloblastoma tumor in lower left of mandible and treated with hemi-mandibulectomy and immediate reconstruction with iliac bone graft. No recurrence of the tumor was found during 5 years of follow-up.

Keyword: ameloblastoma, hemimandibulectomy

Received: Aug 5, 2024; Revised: Aug 17, 2024; Accepted: Oct 13, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(4) : 645–655.

บทนำ

รอยโรคที่พบในบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า (maxillofacial bone tumors) สามารถแบ่งได้หลายประเภทตามลักษณะความผิดปกติทางพยาธิวิทยา โดยสามารถจำแนกได้เป็นกลุ่มเนื้องอกเหตุกำเนิดฟัน หรือเนื้องอกโอดอนโทเจนิก (odontogenic tumor) ที่มีเซลล์ต้นกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อเกี่ยวกับการสร้างฟันกับกลุ่มเนื้องอกนอนโอดอนโทเจนิก (non-odontogenic tumor) ที่ไม่ได้มีเซลล์ต้นกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อเกี่ยวกับการสร้างฟัน จากการศึกษา รอยโรคที่พบในกระดูกขากรรไกรของคนไทย จำนวนทั้งหมด 2,216 ราย ของ Chungpanich และ Sukboon¹ พบว่า รอยโรคส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มถุงน้ำ (ร้อยละ 50.3) รองลงมาคือกลุ่มเนื้องอกโอดอนโทเจนิก (ร้อยละ 24.8) กลุ่มรอยโรคคล้ายเนื้องอก (ร้อยละ 7.9) และกลุ่มเนื้องอกนอนโอดอนโทเจนิก (ร้อยละ 3.9) ตามลำดับ โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มเนื้องอกโอดอนโทเจนิก คือ อะมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma) (ร้อยละ 47.3) คิดเป็นร้อยละ 11.7 ของรอยโรคที่พบในกระดูก

ขากรรไกรทั้งหมด อะมีโลบลาสโตมาในกระดูกขากรรไกร ส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยอายุ 40–50 ปี เพศชาย และหญิงมีอัตราการเกิดโรคไม่แตกต่างกัน พบในกระดูกขากรรไกรล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตำแหน่งขากรรไกรล่างด้านหลัง (posterior mandible) ทั้งบริเวณที่มีฟันและไม่มีฟัน โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับฟันผุหรือฟันคุดทั้งในขากรรไกรบนและล่าง

อาการแสดงเริ่มแรกที่พบส่วนมากคือการขยายตัวอย่างช้า ๆ ของกระดูกขากรรไกรบนหรือล่างไปทางด้านแก้มหรือด้านลิ้น (buccal and lingual expansion) และอาจมีอาการอื่น ๆ ตามมาหลายอย่าง ได้แก่ การสบฟันผิดปกติ อ้าปากได้จำกัด อาการขากรรไกรฝืดหรือแม้กระทั่งอาการปวด ลักษณะทางภาพรังสีส่วนใหญ่พบลักษณะเงาโปร่งรังสีหลายวง ขอบเขตโค้งเรียบ (corticated multilocular radiolucency) ซึ่งอาจเรียกลักษณะภาพรังสีนี้ว่า ฟองสบู่ (soap-bubble) หรือรวงผึ้ง (honey comb) มักพบการละลายของรากฟัน (root resorption) และรอยโรคอาจสัมพันธ์กับฟันที่ยังไม่ขึ้น ในบางชนิดอาจพบลักษณะเงาโปร่งรังสี

ร่วมกับเงาที่บั้งสี (mixed radiolucent-radiopaque) ได้

เมื่อพิจารณาลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา พบว่า อะมีโลบลาสโตมามีลักษณะคล้ายกับอวัยวะที่จะเกิดเป็นฟัน ชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ชนิด فولลิคูลาร์ (follicular) รองลงมาคือ ชนิดเพล็กซ์IFORM (plexiform) นอกจากนี้ยังสามารถพบชนิดอะแคนโทมาตัส (acanthomatous), แกรนูลาร์เซลล์ (granular cell), บาซัลเซลล์ (basal cell), และเดสโมพลาสติก (desmoplastic) โดยยังสามารถพบลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาหลายชนิดผสมกัน (admixed histopathological type) ในเนื้องอกก้อนเดียวได้ ซึ่งลักษณะทางพยาธิวิทยายังสามารถบอกการพยากรณ์ของโรคได้ ในกรณีที่เป็นลักษณะของรอยโรคที่เป็นลักษณะคล้ายถุงน้ำเดี่ยว ไม่มีลักษณะเนื้อตัน สามารถที่จะเลือกแนวทางการรักษาเชิงอนุรักษ์ด้วยวิธีการควักออก หรือขูดกระดูกออกบางส่วนภายหลังการควักถุงน้ำออกและนัดติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าในกรณีที่เป็นลักษณะรอยโรคเนื้อตัน การรักษาด้วยการผ่าตัดนำเนื้องอกออกทั้งหมดเป็นสิ่งที่ควรพิจารณามากกว่าเพราะเหตุที่รอยโรคมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงมาก²

การรักษาโรคนี้มีแนวคิดที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative treatment) การรักษาแบบผ่าตัดถอนรากถอนโคน (radical treatment) ไปจนถึงการรักษาด้วยรังสีบำบัด³ (radiotherapy) ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่ และไม่สามารถตัดออกได้หมด ซึ่งแนวทางการรักษาที่แตกต่างกันนี้มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence) โดยพบว่าการรักษาแบบอนุรักษ์มีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคสูงถึง ร้อยละ 60–80 จากการศึกษาของ Almeida และคณะ⁴ ใน ค.ศ. 2016 พบว่า ส่วนใหญ่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายใน 5 ปี หลังการรักษา

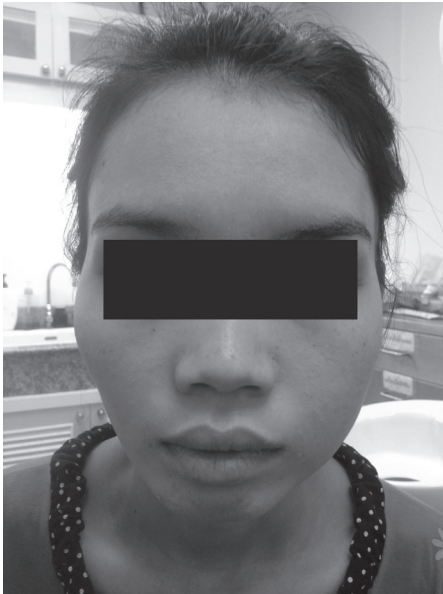
บทความนี้เป็นคำแนะนำการรักษาผู้ป่วยหญิงชาวต่างชาติ อายุ 25 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาด้วยวิธีผ่าตัดซากกรไกรสร้างบางส่วน โดยเอาข้อต่อซากกรไกรสร้างออกพร้อมทั้งใส่เหล็กตามยึดพร้อมทั้งปลูกกระดูกทันทีโดยไม่พบการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคภายหลังการติดตามการรักษาเป็นเวลา 7 ปี

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเพศหญิง ชาวต่างชาติ อายุ 25 ปี มาด้วยอาการนำบวมบริเวณแก้มและคางด้านซ้ายมาประมาณ 2 ปี และมีแผลในช่องปากบริเวณเหงือกฟันกรามล่างซี่แรก ปัจจุบันเห็นว่ามีอาการบวมมากขึ้น จึงตัดสินใจมาพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ประวัติทางการแพทย์ ผู้ป่วยปฏิเสธการมีโรคประจำตัว การแพ้ยา และการแพ้อาหาร

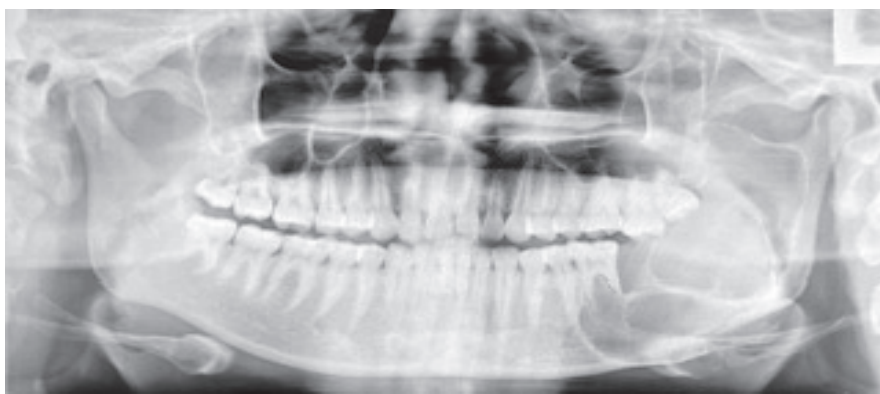
การตรวจภายนอกช่องปาก พบการบวมของซากกรไกรสร้างด้านซ้าย ขอบล่างของกระดูกซากกรไกรสร้างบริเวณหน้าต่อมุมคางบวมเล็กน้อย คลำได้ความต่อเนื่องกันโดยตลอด กดไม่เจ็บ ไม่มีอาการชา อ้าปากได้ปกติผิวหนังที่ปกคลุมเป็นปกติ ไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต



ภาพที่ 1 ภาพถ่ายใบหน้าผู้ป่วยด้านตรง พบมีอาการบวมแวมด้านซ้ายเล็กน้อย

การตรวจภายในช่องปาก พบการบวมและขยายของกระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้าย ตั้งแต่บริเวณฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่ง ไปจนถึงส่วนท้ายของกระดูกขากรรไกรล่าง คลำพบจุดทะลุของรอยโรค (perforation) ทางด้านแก้มบริเวณฟันกรามใหญ่ซี่แรก ซึ่งอาจจะ

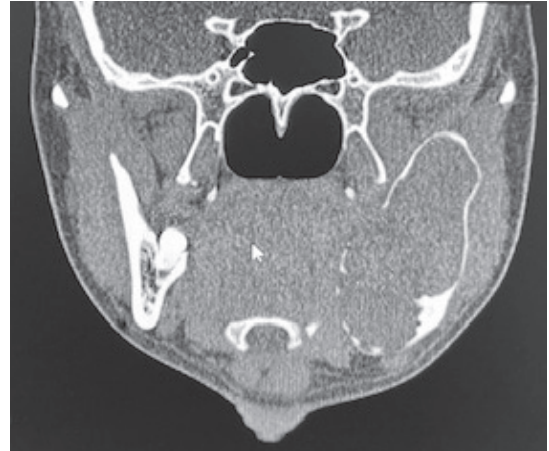
สามารถเห็นได้จากภาพถ่ายทางรังสีวิทยา ด้านลิ้นพบจุดทะลุของรอยโรค เหงือกที่ปกคลุมบริเวณหลังฟันกรามใหญ่ซี่ที่สอง มีแผลขนาด 1×1 เซนติเมตร ตรวจไม่พบฟันกรามใหญ่ซี่ที่สามในช่องปาก ทดสอบความมีชีวิตของฟันพบว่าปกติทุกซี่



ภาพที่ 2 ภาพแสดงภาพถ่ายรังสีพานอรามิก

ส่งตรวจเพิ่มเติมด้วยภาพถ่ายรังสีวิทยา จากภาพถ่ายรังสีพานอรามิก พบเงาดำโปร่งรังสีหลายวง ตั้งแต่บริเวณรากฟันกรามน้อยซี่ที่สอง จนถึงบริเวณ

ข้อต่อขากรรไกรและตั้งแต่เบ้าฟันจนถึงขอบล่างของกระดูกขากรรไกร ขอบเขตชัดเจน ผนังกั้นห้องไม่สมบูรณ์ มีการละลายของปลายรากฟันกรามซี่แรก



ภาพที่ 3, 4 ภาพแสดงภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์

จากภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ พบลักษณะของ
เงาดำโปร่งรังสีที่บริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้ายขอบเขต
จากข้อต่อขากรรไกรด้านซ้ายไปจนถึงบริเวณฟันกราม
น้อยซี่ที่หนึ่งและจากบริเวณกระดูกเบ้าฟันไปจนถึง
ขอบล่างของกระดูกขากรรไกร โดยมีการขยายกระดูก
ทั้งทางด้านแก้มและด้านล่าง มีจุดทะเลของรอยโรค
ในบริเวณด้านใกล้ลิ้นเป็นลักษณะแปลในช่องปาก
ทั้งทางด้านแก้มและด้านล่าง

จากการตรวจทางคลินิก, ภาพถ่ายรังสีวิทยา,
และอุบัติการณ์รอยโรคในขากรรไกรบนและล่าง
ที่พบได้บ่อย ให้การวินิจฉัยแยกโรคได้ดังนี้ เนื้องอก
อะมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma tumor), ถุงน้ำโอ
ดอนโตเจนิคเคอราโตซิสต์ (odontogenic keratocyst),
เนื้องอกมิกซ์โซมา (myxoma tumor)

การรักษาในเบื้องต้นได้ทำการตัดชิ้นเนื้อบาง
ส่วนเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ผลทางพยาธิวิทยาได้
รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมา จาก
ข้อมูลทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีวิทยา โดยตัวเนื้องอก
มีขนาดใหญ่และลุกลามออกนอกขากรรไกรไปสู่เนื้อเยื่อ

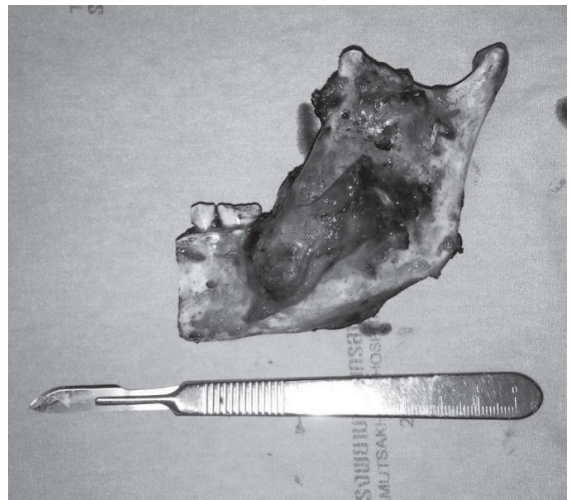
ข้างเคียง ได้วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดขากรรไกร
ล่างบางส่วนออกเพื่อนำรอยโรคออกทั้งหมด และทำการ
บูรณะด้วยแผ่นเหล็กยึด พร้อมทั้งปลูกกระดูกจาก
บริเวณสะโพกทันที โดยได้ทำการผ่าตัดภายใต้การดม
ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ทำการใส่แผ่นเหล็กยึดฟัน
ในฟันบนและล่าง ผ่าตัดเข้าสู่กระดูกขากรรไกรล่างจาก
ภายนอกช่องปากด้วยวิธีผ่าจากบริเวณใต้ขากรรไกรล่าง
ด้านซ้าย เลาะเป็นชั้นไปจนถึงขอบล่างของกระดูกขา
กรรไกรล่าง เลาะเยื่อหุ้มกระดูกในลักษณะได้ชั้นเนื้อเยื่อ
หุ้มกระดูก ทั้งด้านแก้ม และด้านล่าง โดยจุดที่ทะลุจาก
กระดูกทำการเลาะเหนือชั้นเยื่อหุ้มกระดูก

ในช่องปากผ่าตัดเข้าสู่กระดูกขากรรไกรล่าง
ด้วยวิธีผ่ารอยกรีดไปตามร่องข้างกระดูกแก้ม เลาะแยก
ส่วนของเนื้อเยื่อออกได้โดยไม่ทะลุกระดูกส่วนที่มีรอย
โรค ถอนฟันกรามน้อยซี่ที่สอง และตัดกระดูกขากรรไกร
ล่างผ่านเบ้าฟันกรามน้อยซี่ที่สอง ด้านหลังทำการเลาะ
ข้อต่อกระดูกขากรรไกรออกจากเบ้า นำกระดูก
ขากรรไกรล่างส่วนที่มีรอยโรคออก จากนั้นจึงใส่แผ่นเหล็ก
ยึดบูรณะ (reconstruction plate) นำกระดูกที่ได้จาก

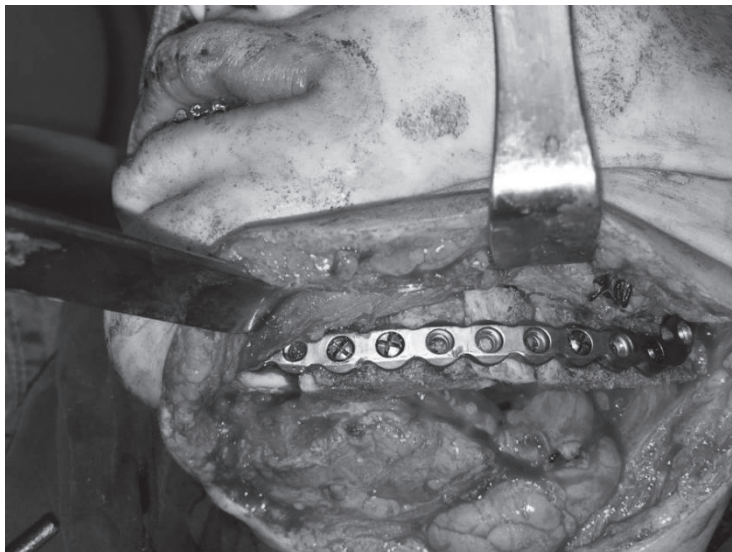
บริเวณส่วนหน้าของกระดูกสะโพกทั้งสองข้าง ขนาด 5×6 เซนติเมตร มาปลูกในบริเวณที่ได้ทำการตัดเนื้องอกออก โดยยึดด้วยสกรูยึด (reconstruction screws) เย็บปิดในช่องปากแบบปรัญภูมิ จากนั้นภายนอกช่องปากใส่ท่อระบายเลือด (radivac drain) ในชั้นใต้ผิวหนัง เย็บปิดแผลนอกปากตามลำดับชั้น หลังผ่าตัดไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติจากแผลทั้งในและ

นอกช่องปาก สามารถอ้าปากได้ประมาณ 10 มิลลิเมตร สบฟันลงสนิท ขึ้นเนื้องอกที่ตัดออกมาได้นำส่งตรวจพยาธิวิทยา

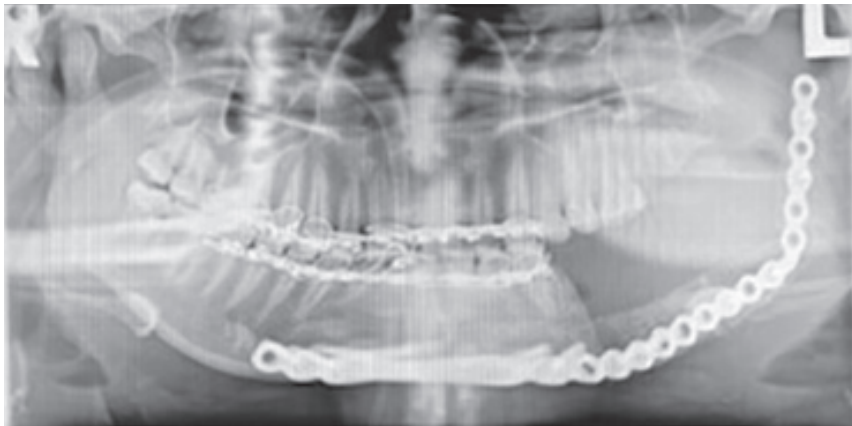
1 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกัดฟันได้สนิท อ้าปากได้ 20 มิลลิเมตร ทำการยึดขากรรไกรบนและล่างเข้าด้วยกัน (IMF) พิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และคงสายยางให้อาหารกลับบ้าน



ภาพที่ 5, 6 ภาพแสดงบริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้ายภายหลังตัดเนื้องอกออกไป และชิ้นเนื้องอกที่ตัดออกมาทั้งหมดพร้อมทั้งข้อต่อขากรรไกร



ภาพที่ 7 ภาพแสดงการใส่เหล็กยึดและปลูกกระดูกทันทีภายหลังการตัดตัวรอยโรคออกทั้งหมด



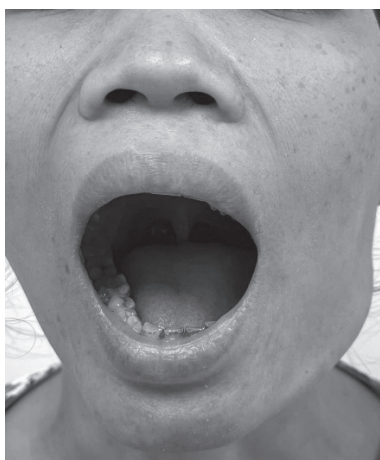
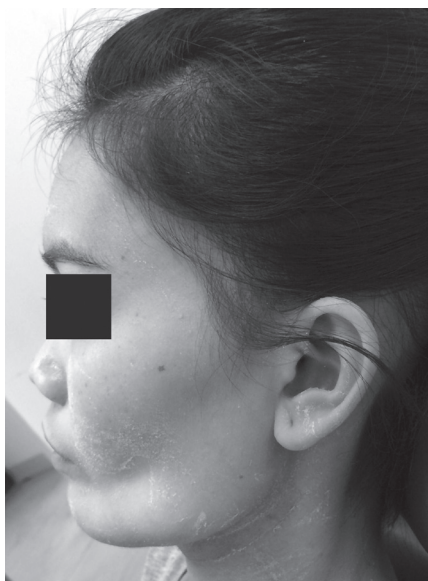
ภาพที่ 8 ภาพแสดงภาพถ่ายรังสีพานอรามิกภายหลังการผ่าตัด 1 วัน แสดงตำแหน่งของแผ่นโลหะยึดกระดูกขากรรไกร และกระดูกปลูก

หลังผ่าตัด 1 เดือน ผลที่ได้คางและในช่องปากหายสนิท ผลที่สะโพกหายสนิทดี สามารถเดินได้เป็นปกติ ปวดเมื่อยบริเวณสะโพกด้านขวาและซ้ายเป็นบางครั้ง กัดฟันได้ลงดี พิจารณาถอดสายยางให้อาหารทางจมูกและลวดยึดขากรรไกรบนล่าง ผลทางพยาธิวิทยารายงานว่าเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma)

หลังผ่าตัด 4 เดือน ใบหน้าด้านซ้ายนูนกว่าด้านขวาเล็กน้อย อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าหายเป็นปกติ ผลได้คางด้านซ้ายหายปกติดี มีแผลเป็นเล็กน้อย อ้าปากได้ตรง ไม่มีอาการเจ็บข้อต่อขา

กรรไกรหน้าหูทั้งสองข้าง ในช่องปากมีการกัดสบฟันที่ดี สันเหงือกไร้ฟันบริเวณกรามล่างด้านซ้ายแหลมและเตี้ย เนื้อเยื่ออ่อนที่ปกคลุมปกติ จากภาพถ่ายรังสีพานอรามิก (panoramic) พบว่ากระดูกที่ทำการปลูกอยู่ในตำแหน่งที่ดี

การติดตามผลการรักษา 6 เดือน, 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, และ 5 ปี ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของรอยโรค มีการหายของแผลและกระดูกปลูกที่ดี โดยมีแผนการในการผ่าตัดนำแผ่นเหล็กยึดกระดูกออก และบูรณะฟันในช่องปากด้วยฟันเทียมบางส่วนถอดได้



ภาพที่ 9, 10, 11, 12 ภาพแสดงใบหน้าผู้ป่วยภายหลังการรักษา 5 ปี



ภาพที่ 11 ภาพแสดงภาพถ่ายรังสีพานอรามิกติดตามการรักษา 5 ปี

วิจารณ์

เนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาเป็นเนื้องอกที่มีจุดกำเนิดจากฟันชนิดไม่ร้ายแรง จากการจำแนกขององค์การอนามัยโลกใน ค.ศ. 2017 ได้แบ่งประเภทเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาไว้ดังนี้ 1) อะมีโลบลาสโตมาในกระดูกขากรรไกรหรืออะมีโลบลาสโตมาชนิดเนื้อตัน (conventional ameloblastoma, classic intraosseous ameloblastoma หรือ solid/multicystic ameloblastoma) ซึ่งเป็นอะมีโลบลาสโตมาที่พบได้บ่อยที่สุด 2) อะมีโลบลาสโตมาชนิดถุงน้ำ (ameloblastoma, unicystic type) พบได้ร้อยละ 5-22 ของเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาทั้งหมด และ 3) อะมีโลบลาสโตมานอกกระดูกขากรรไกร (ameloblastoma, extraosseous/peripheral type) พบได้ร้อยละ 1-10 ของอะมีโลบลาสโตมาทั้งหมด

อะมีโลบลาสโตมาในกระดูกขากรรไกรหรืออะมีโลบลาสโตมาชนิดเนื้อตัน ส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยอายุ 40-50 ปี เพศชายและหญิงมีอัตราการเกิดโรคไม่แตกต่างกัน มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคอะมีโลบลาสโตมาของคนไทย โดยในผู้ป่วยจำนวน 486 ราย พบว่ามีอายุตั้งแต่ 4-83 ปี (อายุเฉลี่ย 34.4 ปี) เป็นเพศชาย 239 ราย (ร้อยละ 49.2) และเพศหญิง 246 ราย (ร้อยละ 50.6) ประมาณร้อยละ 80 ของอะมีโลบลาสโตมาทั้งหมด พบในกระดูกขากรรไกรล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตำแหน่งขากรรไกรล่างด้านหลัง (posterior mandible) แต่อะมีโลบลาสโตมาชนิดเดสโมพลาสติก (desmoplastic) มักอยู่ตำแหน่งด้านหน้าของขากรรไกร (anterior region of jaw) โดยเฉพาะขากรรไกรบน อาการแสดงเริ่มแรกคือการขยายตัวอย่างช้าๆ ไม่มีอาการใด ๆ พบการขยายของกระดูกไปทางด้านแก้มและด้านลิ้น (buccal and lingual expansion) และอาจมีอาการอื่น ๆ ตามมาหลายอย่างได้แก่ สูญเสียฟัน การสบฟันผิดปกติ อาการชา อาการปวดรบกวนใบหน้าผิดปกติ อ้าปาก

ได้จำกัด การบดเคี้ยวลำบาก และทางเดินหายใจอุดตัน หากปล่อยให้เนื้องอกขยายขนาดไปเรื่อย ๆ อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ลักษณะทางภาพรังสีส่วนใหญ่พบลักษณะเงาโปร่งรังสีหลายวง และขอบเขตโค้งเรียบ (corticated multilocular radiolucency) อาจเรียกลักษณะภาพรังสีนี้ว่าฟองสบู่ (soap-bubble) หรือรวงผึ้ง (honey comb) อาจพบการละลายของรากฟัน (root resorption) และรอยโรคอาจสัมพันธ์กับฟันที่ยังไม่ขึ้น ส่วนอะมีโลบลาสโตมาชนิดเดสโมพลาสติก (desmoplastic) อาจพบลักษณะเงาโปร่งรังสีร่วมกับเงาที่รังสี (mixed radiolucent-radiopaque) ได้

สำหรับอะมีโลบลาสโตมาชนิดถุงน้ำนั้น ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุ 20 ปี พบอยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 1-79 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 16 ปี ในผู้ป่วยที่พบเนื้องอกสัมพันธ์กับฟันคุด (impacted tooth) ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเล็กน้อย และอายุเฉลี่ย 35 ปี ในผู้ป่วยที่ไม่มีฟันคุด (absence of impaction) ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเล็กน้อย⁵ ส่วนใหญ่พบในบริเวณฟันกรามล่างซึ่งที่สามของกระดูกขากรรไกรล่างและกระดูกขากรรไกรล่างส่วนท้ายฟันกราม (ramus) และยังสามารถพบระหว่างรากฟัน (inter-radicular) ปลายรากฟัน (periapical) และบริเวณสันเหงือกไร้ฟัน (edentulous) ได้โดยมักไม่มีอาการใด ๆ นอกจากการขยายตัวของขากรรไกรลักษณะทางภาพรังสีส่วนใหญ่มักพบเป็นลักษณะเงาโปร่งรังสีวงเดียว ขอบเขตชัดเจนสัมพันธ์กับฟันที่ยังไม่ขึ้นในช่องปาก ส่วนรอยโรคที่ไม่สัมพันธ์กับฟันคุดอาจพบลักษณะขอบหยัก (scalloped) ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาอาจจำแนกได้เป็น 3 ชนิด ได้แก่ ลูมินัล (luminal), อินทราลูมินัล (intraluminal), และมิวรัล (mural) ส่วนใหญ่ให้การรักษามีเหมือนกับถุงน้ำทั่วไปคือ วิธีการรักษาแบบอนุรักษ์⁶ การพิจารณาถึงการรักษาอื่นขึ้นอยู่กับรูปแบบและขนาดของอะมีโลบลาสโตมา อะมีโลบลาสโตมาชนิดมิวรัล ถือว่าเป็นชนิดที่รุนแรงที่สุดในอะมีโล

บลาสโตมาชนิดถุงน้ำ อาจจัดให้พฤติกรรมเหมือนกับอะมีโลบลาสโตมาชนิดเนื้อตันได้ ซึ่งควรรักษาแบบผ่าตัดหรือติดตามการรักษาอย่างระมัดระวัง โดยอาจพบการกลับเป็นซ้ำของโรคในช่วง 10 ปี หลังจากเริ่มต้นรักษาได้⁷

เนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาทุกชนิดทั้งชนิดเนื้อตันและถุงน้ำมักพบว่าทำให้มีการบวมโตของขากรรไกรบนหรือล่างอย่างช้า ๆ โดยไม่ค่อยมีอาการเจ็บปวดแม้ไม่ใช่มะเร็ง แต่เนื้องอกอะมีโลบลาสโตมามีพยาธิสภาพที่รุนแรงคือ มีการทำลายกระดูกและเนื้อเยื่อรอบ ๆ อีกทั้งฟันที่อยู่ใกล้รอยโรคอาจจะมีอาการโยก รากฟันละลายหากไม่ได้รับการรักษาในตั้งแต่วัยโรคยังมีขนาดเล็ก จะสร้างความเสียหายและความพิการแก่ใบหน้าและขากรรไกรได้มาก⁸ การรักษาโดยการผ่าตัดเอารอยโรครวมถึงเนื้อเยื่อรอบ ๆ ออก หากตัวรอยโรคมีขนาดใหญ่มากอาจต้องตัดขากรรไกรบนหรือล่างบริเวณที่เป็นรอยโรคออกด้วย^{9,10} การรักษาด้วยการผ่าตัดเอารอยโรค และเนื้อเยื่อรอบ ๆ ออกรวมทั้งต้องตัดขากรรไกรบนหรือล่างบริเวณรอยโรคออกด้วย^{11,12} ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการใช้ชีวิต ทั้งด้านการพูด การเคี้ยวอาหาร ดังนั้นภายหลังการติดตามผลหลังการผ่าตัดจึงต้องมีการใส่ฟันเทียมให้แก่ผู้ป่วยเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในการบดเคี้ยวอาหาร อีกทั้งการผ่าตัดเอาเนื้องอกออก มักสร้างความเสียหายแก่บริเวณใบหน้าและขากรรไกร ทำให้ต้องคำนึงการบูรณะทั้งรูปร่างและการใช้งานของใบหน้าและขากรรไกรที่ใกล้เคียงกับปกติก่อนการรักษา จึงมีความจำเป็นที่หลังการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกจะต้องมีการปลูกกระดูกทันที โดยในผู้ป่วยรายนี้ได้พิจารณานำกระดูกสะโพกมาทดแทนขากรรไกรล่างบางส่วนที่ถูกผ่าตัดออกโดยเป็นแหล่งที่ให้กระดูกได้ปริมาณที่มากพอ และมีคุณภาพของกระดูกที่ดี¹² ทำให้มีปริมาณสันเหงือกที่ดีในการใส่ฟันเทียม และมีรูปร่างใบหน้าที่ค่อนข้างสมมาตร แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นการพิจารณาการรักษาในบางกรณี ก็ยังมีการรักษาในเชิงอนุรักษ์

โดยเพียงแค่ควักเอารอยโรคออก ซึ่งโอกาสในการเกิดการเป็นซ้ำของรอยโรคที่ค่อนข้างสูง ต้องมีการติดตามการรักษากันอย่างยาวนานและอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นอย่างมากในการนัดหมายการรักษา¹³ การพิจารณาผ่าตัดนำกระดูกขากรรไกรออกบางส่วนและนำกระดูกจากส่วนอื่นมาทดแทนในผู้ป่วยรายนี้เพื่อหวังผลการรักษาที่ลดโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ และมีความสะดวกในการติดตามผลการรักษา

ในผู้ป่วยรายนี้ผลการรักษาเป็นไปตามวัตถุประสงค์ในแผนการรักษาซึ่งต้องการไม่ให้เกิดการกลับมาเป็นซ้ำของรอยโรคอีก โดยเลือกวิธีการผ่าตัดเอารอยโรคออกทั้งหมด ด้วยเหตุเพราะตัวรอยโรคมีขนาดใหญ่และมีการเบียดอวัยวะข้างเคียง มีจุดทะลุของรอยโรคออกจากขากรรไกรล่างและมีการปลุกกระดูกในทันทีภายหลังผ่าตัดขากรรไกรบางส่วนออก ทดแทนกระดูกขากรรไกรที่สูญเสียไป ทำให้รูปร่างใบหน้าใกล้เคียงกับก่อนการผ่าตัดและลดความพิการของอวัยวะข้างเคียง โดยเมื่อติดตามการรักษายังไม่พบการกลับเป็นซ้ำของรอยโรค

สรุป

เนื้องอกอะมีโลบลาสโตมา เป็นเนื้องอกที่มีพฤติกรรมการกลับมาเป็นซ้ำได้สูง การรักษาเชิงอนุรักษ์อาจมีประโยชน์ในบางกรณีที่รอยโรคมีขนาดเล็กไม่ใหญ่มากนัก แต่ในรอยโรคที่มีขนาดใหญ่และเบียดอวัยวะข้างเคียงจนมีการทำลายเนื้อเยื่อข้างเคียง การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกทั้งหมด พร้อมทั้งต้องตัดเนื้อเยื่อที่อยู่รอบ ๆ เพื่อให้แน่ใจว่ารอยโรคจะหมดไป แต่นั่นก็อาจนำมาสู่ความพิการของอวัยวะรอบ ๆ ข้างเคียงซึ่งอาจส่งผลต่อการบดเคี้ยว การกลืน การพูด และรูปลักษณ์ภายนอกของผู้ป่วย การบูรณะความพิการของคนไข้ภายหลังการผ่าตัดเอาเนื้องอกออก จึงมีความสำคัญมาก และเป็นความท้าทายที่นอกเหนือไปจากการผ่าตัดเอาเนื้องอกให้หมดไป

เอกสารอ้างอิง

1. Chungpanich S, Kietthubthaw S, Sukboon A. Lesions of the jaws: a pathological review of 2,216 cases at Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University between 1989–2007. *J Dent Assoc Thai* 2009;59:162–72.
2. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, et al, editors. WHO classification of head and neck tumours. 4th ed. Geneva: WHO Press; 2017.
3. Maia EC, Sandrini FAL. Management techniques of ameloblastoma: a literature review. *RGO* 2017;65(1):62–9. doi: 10.1590/1981-863720170001000093070.
4. Almeida Rde A, Andrade ES, Barbalho JC, et al. Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2016;45(3):359–67. doi: 10.1016/j.ijom.2015.12.016.
5. สุดาทิพย์ แสงปัญญา, ศิริพงศ์ สิทธิสมวงศ์. การศึกษาย้อนหลังของผู้ป่วยโรคอะมีโลบลาสโตมา ในคณะ ทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล* 2562;33(2):106–17.
6. อรุณรัตน์ เวชเตง. การรักษาผู้ป่วยเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาด้วยวิธีผ่าตัดเชิงอนุรักษ์. *วารสารวิชาการ แพทย์ เขต 11* 2559;30(4):283–90.
7. Dhanuthai K. Odontogenic tumors in Thailand. *Asian J Oral Maxillofac Surg* 2004;16(3):166–71. doi: 10.1016/S0915-6992(04)80027-X.
8. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1995;31B(2):86–99. doi: 10.1016/0964-1955(94)00037-5.
9. Bianchi B, Ferri A, Ferrari S, et al. Mandibular resection and reconstruction in the management of extensive ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71(3):528–37. doi: 10.1016/j.joms.2012.07.004.
10. Carlson ER, Marx RE. The ameloblastoma: primary, curative surgical management. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64(3):484–94. doi: 10.1016/j.joms.2005.11.032.
11. McClary AC, West RB, McClary AC, et al. Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016;273(7):1649–61. doi: 10.1007/s00405-015-3631-8.
12. Jewer DD, Boyd JB, Manktelow RT, et al. Orofacial and mandibular reconstruction with the iliac crest free flap: a review of 60 cases and a new method of classification. *Plast Reconstr Surg* 1989;84(3):391–403.
13. Hendra FN, Natsir Kalla DS, Van Cann EM, et al. Radical vs conservative treatment of intraosseous ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. *Oral Dis* 2019;25(7):1683–96. doi: 10.1111/odi.13014.

