

1979-01-01

Aneurysmal Bone Cyst of the Mandible(แอนิวริสมัล โบน ซิสท ในกระดูกขากรรไกรล่าง (รายงานผู้ป่วย))

Vinai Sirichitra

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj>



Part of the [Dentistry Commons](#)

Recommended Citation

Sirichitra, Vinai (1979) "Aneurysmal Bone Cyst of the Mandible(แอนิวริสมัล โบน ซิสท ในกระดูกขากรรไกรล่าง (รายงานผู้ป่วย))," *Chulalongkorn University Dental Journal*: Vol. 2: Iss. 1, Article 1.

DOI: 10.58837/CHULA.CUDJ.2.1.1

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj/vol2/iss1/1>

This Original article is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Dental Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.



แอนนิวิรสมัล โบน ซิสท ในกระดูกขากรรไกรล่าง (รายงานผู้ป่วย)

วินัย ศิริจิตร* ท.บ., M.S.

แอนนิวิรสมัล โบน ซิสท (*Aneurysmal bone cyst*) โดยทั่วไปแล้ว มักจะพบในกระดูกสันหลัง (*vertebra*), กระดูกแบน (*flat bone*) และกระดูก ส่วนยาว (*shaft of long bone*) ในกระดูกขากรรไกรพบโรคนี้น้อยมาก บริเวณศีรษะและคอ (*Head and neck*) จะพบมากในส่วนของกระดูกใบหน้า (*Facial bone*) เช่น กระดูกขากรรไกรล่าง ในรายงานเรื่องนี้ผู้เขียนได้รายงาน ถึงหญิงไทยซึ่งมีอาการบวมของขากรรไกรล่างข้างขวามาเป็นเวลาประมาณ 10 ปีเศษ ผลของการตรวจจากภาพถ่ายเอ็กซเรย์ และจากกล้องจุลทรรศน์ ปรากฏว่าเป็น แอนนิวิรสมัล โบน ซิสท

บทนำ

ในปี ค.ศ. 1942 Jaffe และ Lichtenstein ได้กล่าวถึง blood containing cyst และได้อธิบายว่ามักจะเกิดเป็นถุงน้ำอันเดียวในกระดูก (*solitary Unicameral bone cyst*) ต่อมา ในปี ค.ศ. 1950 Jaffe อธิบายเพิ่มเติมว่าโรค

นี้ต้องแยกเป็นโรคหนึ่งต่างหากจากโรคอื่นใน ลักษณะทางคลินิกและพยาธิวิทยา (1) ในปี 1958 Bernier และ Bhaskar รายงานว่าโรคนี้น พบได้ในกระดูกของใบหน้า เช่นที่กระดูกขา กรรไกรล่างพบได้ 2 ราย (2) ต่อมาอีก 1 ปี คือในปี ค.ศ. 1959 Bhaskar, Bernier และ Godby รายงานว่าพบโรคนี้น 5 ราย ที่กระดูก

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์แผนกวิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบหน้า พบที่ขากรรไกรล่าง 4 ราย อีก 1 ราย ที่กระดูกขากรรไกรบน (3) ในระยะหลังจากนี้ ได้มีรายงานอีกมากมายของ แอนนิวิริสมัล โบน ชิสท ที่เกิดที่กระดูกใบหน้า (1)

แอนนิวิริสมัล โบน ชิสท เป็นโรคไม่รุนแรง (benign) ไม่เจ็บ (painless) มีการขยายตัวออก (expansile) โดยมากพบเป็นบริเวณแห่งเดียว (solitary lesion) และมักพบในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 20 ปี โรคนี้ไม่ได้เป็นถุงน้ำที่แท้จริง ปกติแล้วเวลาโรคนี้ขยายตัวออกไปจะรุกรามอยู่ในกระดูก ซึ่งผู้ป่วยจะสังเกตเห็นได้ว่า กระดูกขยายตัวโตขึ้น (1)

ลักษณะภาพถ่ายทางเอ็กซเรย์ส่วนใหญ่จะเป็นเงาดำ (Radiolucent lesion) และมักจะเห็นเป็นเงาดำวงเล็ก ๆ อยู่รวมกันหลายวง มีลักษณะคล้ายรังผึ้งหรือฟองสบู่ (honey-combed or soap bubble appearance) แอนนิวิริสมัล โบน ชิสท ส่วนมากกระดูก cortex มักจะถูกทำลายโดยจะมีลักษณะบาง ๆ คล้ายเปลือกไข่ (Very thin shell of subperiosteal) นอกจากนี้ก็มีกระดูกเกิดใหม่รอบบริเวณที่เกิดโรค (4)

สาเหตุและการดำเนินของโรคยังไม่เป็นที่ทราบกันแน่นอน Jaffe เคยกล่าวไว้ว่า โรคอะไรที่เกิดครั้งแรกในกระดูก (primary lesion)

อาจมีส่วนเกี่ยวข้องในการเป็นสาเหตุของโรค Biesecker และคณะ (5) รายงาน แอนนิวิริสมัล โบน ชิสท 66 รายถึงลักษณะทางคลินิกและพยาธิวิทยา โดยเชื่อว่าโรคที่เกิดครั้งแรกในกระดูก จะทำให้กระดูกมีการเปลี่ยนแปลง (osseous change) เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดดำ และ หลอดเลือดแดง (arteriovenous malformation) พร้อมกับมีการไหลเวียนและความดันของโลหิต (hemodynamic forces) ทำให้เกิดโรคครั้งที่สองในกระดูก (secondary lesion) คือเกิดแอนนิวิริสมัล โบน ชิสท นั้นเอง 32 เปอร์เซ็นต์ของโรคนี้จากการรายงานของ Biesecker และ คณะ จะเกิดจากโรคที่เกิดครั้งแรกในกระดูกซึ่งอาจจะเป็นพญันตราย (trauma) หรือเหตุอื่น ๆ (1)

การวินิจฉัยโรค (diagnosis) ขึ้นอยู่กับภาพในกล้องจุลทรรศน์ กล่าวคือจะต้องมีบ่อหรือแอ่งเลือด (pools of blood) ล้อมรอบด้วยเซลล์รูปกระสวย (spindle-shaped cells) ลักษณะแบน ๆ ผนังของบ่อเลือดนี้ไม่ยืดหยุ่น (elastic) หรือไม่มีกล้ามเนื้อเรียบ ดังนั้นบ่อเลือดนี้จึงไม่ใช่หลอดเลือด (3,7) นอกจากนี้ก็อาจจะพบเซลล์ตัวใหญ่ (giant cells), ไฟโบรบลาส (fibroblasts), หลอดเลือดเล็ก ๆ (capillaries), เลือด (hemorrhage) และ ฮีโมซิดิน (hemosiderin)

โรคใดก็ตามที่กระดูกขยายตัวและถูกทำลายควรจะนึกถึงโรคนี้ในการวินิจฉัยและแยกโรค (diffential diagnosis) Bhaskar, Bernier และ Godby กล่าวว่าการวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง แอนนิริสมัล โบน ชีสท และ ไซแอน เซลล์ รีแพเรทีฟ แกรนูโลมา (giant-cell reparative granuloma) โดยอาศัยลักษณะอาการทางคลินิกและภาพถ่ายเอ็กซเรย์ไม่สามารถที่จะแยกโรคจากกันได้ (3)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย อายุ 38 ปี ได้รับคำแนะนำจากทันตแพทย์แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้มารักษาที่หน่วย โรงพยาบาล แผนกศัลย์ศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2521 เนื่องจากมีอาการบวมที่ขากรรไกรล่างขวามาประมาณ 10 ปี

ผู้ป่วยให้ประวัติเพิ่มเติมว่า ขากรรไกรล่างขวาที่บวมนี้ ไม่เคยมีอาการใด ๆ เลย และเคยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมาครั้งหนึ่งเมื่อปี พ.ศ. 2518 ที่โรงพยาบาลศิริราชหลังจากนั้นก็ไม่ได้ไปติดต่อกันเลย เลยไม่ทราบผล

ของการรักษา แต่สังเกตว่ามีอาการชาของริมฝีปากล่าง หลังจากการผ่าตัด

การตรวจนอกช่องปาก

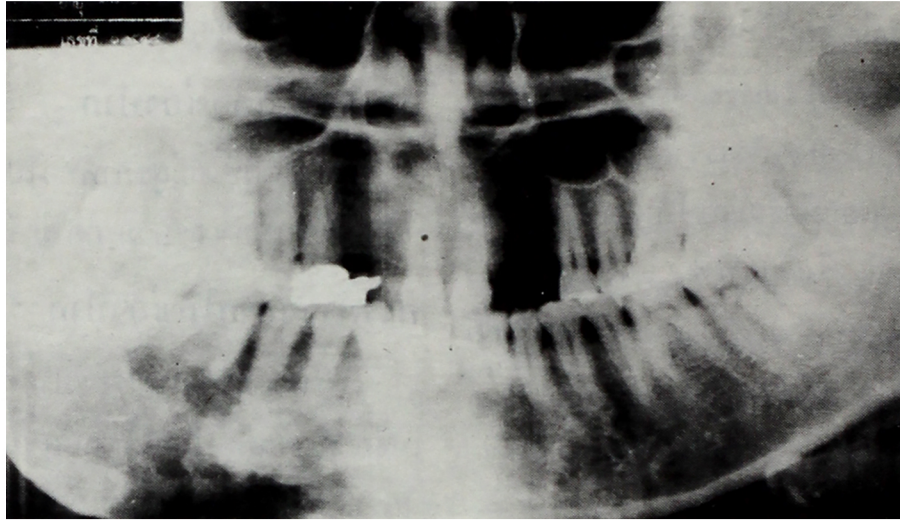
พบว่าผู้ป่วยมีสุขภาพทั่วไปดี บริเวณแก้มข้างขวามีอาการบวม กดไม่เจ็บ

การตรวจภายในช่องปาก

ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากดีพอสมควร เหงือกดี ฟันมีผุบ้างไม่มากนัก กระดูกขากรรไกรล่างขวามีการขยายตัวออกไปทั้งทางด้านแก้ม (buccal) และด้านลิ้น (lingual) ทางด้านแก้มขยายตัวออกไปวัดได้ประมาณ $0.5 \times 0.5 \times 1$ นิ้ว ทางด้านลิ้นขยายตัวออกไปวัดได้ $0.8 \times 1 \times 1$ นิ้ว การขยายตัวของขากรรไกรนี้ อยู่ในบริเวณฟันซี่ที่ 42, 43, 44, 45, 46, 47 และ 48 (รูปที่ 2) กดลงไปบริเวณที่เป็นโรคจะมีลักษณะแข็ง

ผลการตรวจทางภาพเอ็กซเรย์

บริเวณที่เป็นโรคจะมีลักษณะเป็นเงาดำเล็ก ๆ หลายอันอยู่ด้วยกัน (Multilocular radiolucent lesion) นอกจากนั้นยังมีเงาขาว (radiopaque) เกิดร่วมด้วย รูปที่ 1 และรูปที่ 2)



รูปที่ 1 ภาพถ่ายเอ็กซเรย์แสดงให้เห็นเงาดำมีรูปค่อนข้างกลมเล็ก ๆ หลายอันที่บริเวณปลายรากของฟันซี่ที่ 44, 45 46 และ 47 ในขากรรไกรล่างขวา นอกจากนี้ยังมีเงาขาวเกิดร่วมด้วยโดยจับกันเป็นก้อนที่ปลายรากของฟันซี่ที่ 44 และ 45 บริเวณกระดูกส่วนล่างของขากรรไกรข้างนี้จะถูกทำลายแลเห็นเป็นเงาดำจนเกือบจะขาดจากกัน



รูปที่ 2 ภาพถ่ายเอ็กซเรย์จากด้านสบของฟันแสดงให้เห็นการขยายตัวของกระดูกด้านแก้มของขากรรไกรล่างขวา นอกจากนี้จะเห็นภาพเงาดำและเงาขาวเกิดร่วมกันที่บริเวณกระดูกด้านในของฟันซี่ที่ 41, 42, 43, 44 และ 45

การวินิจฉัยแยกโรค

จากประวัติและอาการทางคลินิก รวมทั้งภาพถ่ายเอ็กซเรย์คิดว่า โรคนี้น่าจะเป็นโรคในตระกูลของไฟโบรออสเซียส ลีซัน (Fibro-Osseous lesion) เช่น ออสซิไฟอิง ไฟโบรมา (Ossifying fibroma) เป็นต้น

การรักษาขั้นแรก

เพื่อให้ได้การรักษาที่ถูกต้องแน่นอน ชิ้นกระดูกและเนื้อบริเวณที่เป็นโรคได้ถูกตัดออกเป็นบางส่วน (partial excision biopsy) แล้วส่งไปให้ทันตพยาธิแพทย์เพื่อตรวจดูทางกล้องจุลทรรศน์

ผลการตรวจทางทันตพยาธิวิทยา

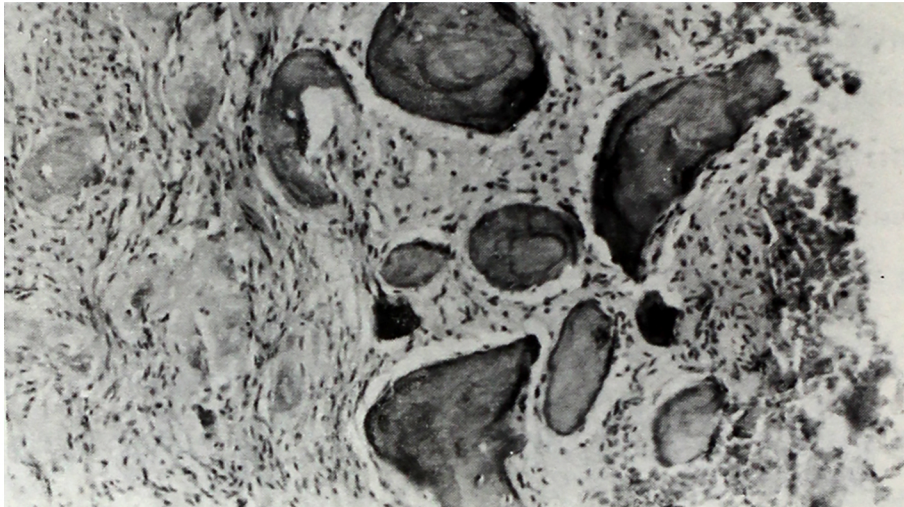
กระดูกและเนื้อที่ได้จะมีน้ำตาลแดงปกคลุมด้วยเลือดัวต์เคลือบด้วยกันประมาณ $4 \times 35 \times 0.9$ เซนติเมตร และลักษณะทางฮิสโตปาโธโลยี (Histopathology) อาจจะได้ 3 ลักษณะอยู่ในรายเดียวกัน ดังนี้

ก. มีลักษณะเป็นก้อนแคลซิไฟต์ (cal-cified material) และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connec-tive tissue) ลักษณะนี้คล้ายลักษณะของ ซีเมนต์ไฟอิง ไฟโบรมา (cementifying fibroma) (รูปที่ 3)

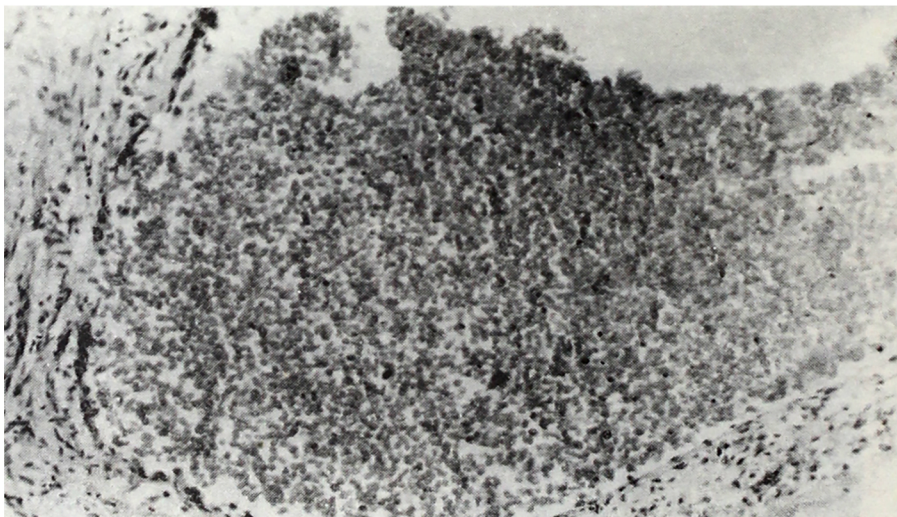
ข. มีลักษณะเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและช่องที่มีเลือดอยู่มากมาย (several vascular spaces) ช่องเลือดบางที่ก็อยู่ในส่วนของกระดูก นอกจากนี้ก็มีเลือดสด ๆ ปนอยู่มาก (ในรูปที่ 4 และ 5)

ค. มีลักษณะเป็นทั้งกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (fibro osseous tissue) เนื้อเยื่อเกี่ยวพันค่อนข้างจะแก่ตัว (collagen fibre) มีกระดูกเกิดใหม่ซึ่งจะเห็นออสติออย (osteoid) และออสติโอบลาสติก เซลล์ (osteoblastic cells) นอกจากนี้ก็มี ไซแอนเซลล์ (รูปที่ 6)

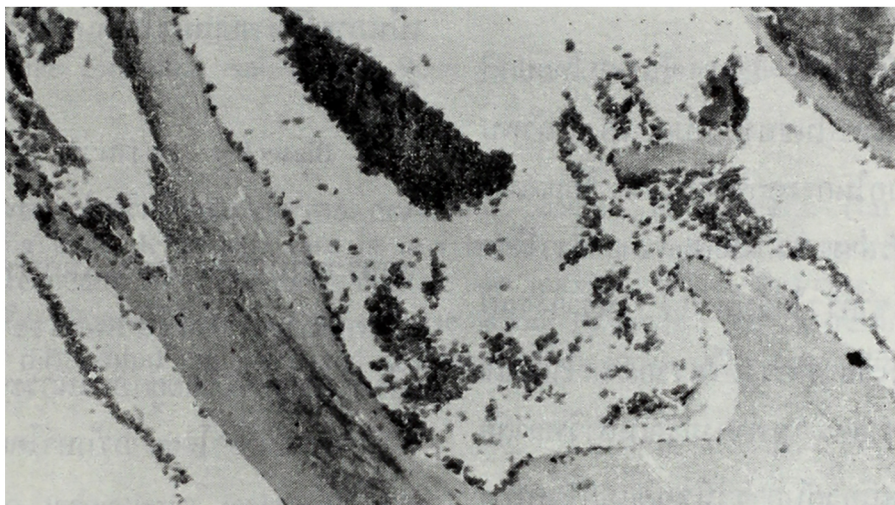
ทันตพยาธิแพทย์ได้วินิจฉัยโรคว่าเป็นแอนนิวิสมัล โบน ชีสท ของขากรรไกรล่างขวา และได้แนะนำผู้ป่วยให้รักษาโดยการผ่าตัด



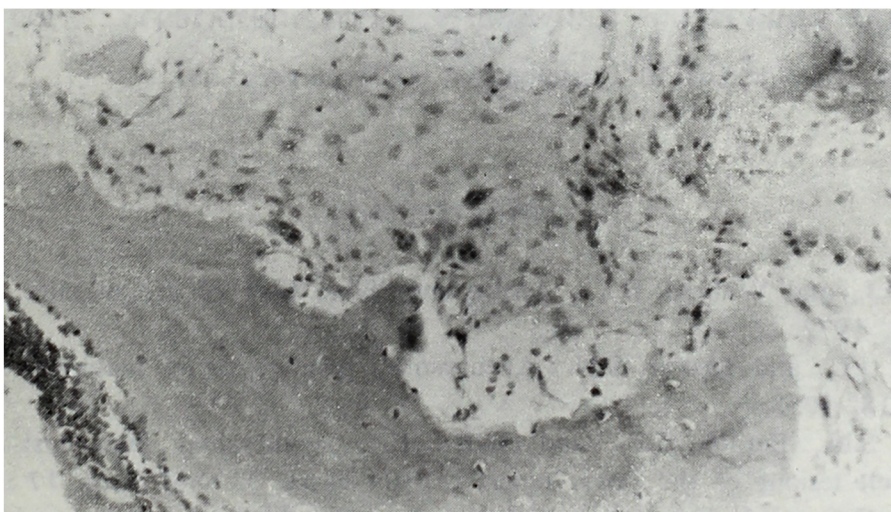
รูปที่ 3 ภาพฮิสโตปาธोलอจีแสดงให้เห็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและก้อนแคลซิไฟด์รูปทรงกลม หรือรูปไข่ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับซีสต์แบบทตัม (H. and E. X20)



รูปที่ 4 ภาพฮิสโตปาธอลอจีแสดงให้เห็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่มีปฏิกิริยาตอบสนองใหญ่บรรจุเม็ดเลือดแดงเต็ม ลักษณะนี้เป็นลักษณะที่เกิดในโรค แอนนิวริสมัล โบน ชีสท (H and E X 40)



รูปที่ 5 ภาพฮิสโตปาธโลยี แสดงให้เห็นส่วนของกระดุกจากบริเวณที่เกิดโรคมึบหรือแอ่งใหญ่บรรจุเลือดแดง (H. and E. X. 20)



รูปที่ 6 ภาพฮิสโตปาธโลยีแสดงให้เห็นถึงกระดุกที่เกิดใหม่พร้อมกับไซแอน เซลล์ (H. and E. X 40)

การวิจารณ์ผล

แอนนิวิรสมัล โบน ซีลท โดยปกติแล้วไม่ค่อยจะพบในช่องปากบ่อยนัก ถ้าพบมักจะพบเสมอในกระดูกของโบน้า โดยเฉพาะในขากรรไกรล่าง ซึ่ง Gorlin เคยกล่าวไว้ว่าพบบ่อยกว่าขากรรไกรบน (6) ในรายงานผู้บ่วยรายนี้ผู้เขียนคิดว่าเป็นรายแรกในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งน่าสนใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยแยกโรคทางคลินิก ปกติถ้าทันตแพทย์ดูดเอา serosanguineous fluid ออกจากโรคนี้ได้ โดยมากจะกล่าวได้ว่าเป็น แอนนิวิรสมัล โบน ซีลท เกือบแน่นอน ภาพทางฮิสโตโลยี (histology)

มีลักษณะของ ซีเมนต์ทิไฟอิง ไฟโบรมา ซึ่งเป็นภาพที่จะพบเสมอใน แอนนิวิรสมัล โบน ซีลท (1)

Biesecker รายงานว่า 32 เปอร์เซนต์จาก 66 ราย แอนนิวิรสมัล โบน ซีลท จะมีส่วนร่วมกับโรคที่เกิดก่อนในกระดูก เขายังเชื่อต่อไปว่าโรคนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลอดเลือดของโรคที่เกิดอยู่ก่อนในกระดูก (5)

การรักษาโดยมากรักษาโดยการควักเอาออก (surgical curettement or excision) การรักษาวิธีอื่น ๆ เช่น ใช้เอ็กซเรย์ ซึ่งจะมีผลไม่ค่อยดีตามมา ได้มีผู้พยายามเอาความเย็นจัดเข้ามารักษาที่เรียกว่า ไครโอเซอร์เจอร์รี่ (Cryosurgery) (5)

เอกสารอ้างอิง

1. Ellis, D.J., and Walters, P.J. : Aneurysmal Bone Cyst of the maxilla. Oral Surg. 34 : 26, 1972.
2. Bernier, J.L., and Baskar, S.N. : Aneurysmal bone cysts of mandible. Oral Surg. 11 : 1018, 1958.
3. Baskar, S.N., Bernier, J.L., and Godby, F. : Aneurysmal bone cyst and Other giant cell lesions of the jaws, report of 104 cases, J. Oral Surg. 17 : 30, 1959
4. Dahlin, D.C., and others. Aneurysmal bone cyst, Radiology. 64 : 56, 1955
5. Biesecker, J.L., and others. Aneurysmal bone cyst. A clinicopathologic study of 66 cases, Cancer 26 : 615, 1970.
6. Gorlin, R.J. and Goldman, H.M. Thoma's Oral pathology 6 th ed., St. Louis, C.V. Mosby company, 1970
7. Ackerman, L.V. Surgical pathology, 4 th ed., St. Louis C.V. Mosby company, 1968.

ABSTRACT

Vinai Sirichitra Aneurysmal Bone Cyst of the Mandible. C.U. Dent. J 2:1
1979

Aneurysmal bone cyst is generally occurred in vertebra, flat bone and shaft of long bone. It is very rare in jaw bones. In area of Head and Neck, The Mandible frequently involved more than in the maxilla. Which this case, the author report a Thai-woman who had the disease about 10 years. An interesting clinical problem of differential diagnosis and pathological diagnosis were emphasized.