

1981-05-01

A Pathologic and Clinical Condition of Central Ossifying Fibroma of the Jaws(พยาธิและคลินิกสภาพของโรคอัสซิไฟอิง ไฟโบรมา ในกระดูกขากรรไกร)

Vinai Sirichitra

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



Part of the [Dentistry Commons](#)

Recommended Citation

Sirichitra, Vinai (1981) "A Pathologic and Clinical Condition of Central Ossifying Fibroma of the Jaws(พยาธิและคลินิกสภาพของโรคอัสซิไฟอิง ไฟโบรมา ในกระดูกขากรรไกร)," *Chulalongkorn University Dental Journal*: Vol. 4: Iss. 2, Article 1.

DOI: 10.58837/CHULA.CUDJ.4.2.1

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj/vol4/iss2/1>

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.



พยาธิและคลินิกสภาพของโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมา ในกระดูกขากรรไกร

วินัย ศิริจิตร* ท.บ., M.S.

ในการศึกษาพยาธิและคลินิกสภาพของโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมา ที่แผนก
ทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ศึกษาเฉพาะ
โรคที่เกิดในกระดูกขากรรไกรเท่านั้นเป็นจำนวน 33 รายหรือร้อยละ 1.03 จาก
จำนวนชิ้นเนื้อทั้งหมด 3187 ราย ผลการศึกษาทางคลินิกพบว่าส่วนมากโรคจะ
เกิดในผู้ป่วยวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะเพศหญิง ผู้ป่วยจะมีอาการบวม มีการดำเนิน
การของโรค 2 ปี 7 เดือน บริเวณฟันกรามน้อยและฟันกรามของขากรรไกรล่างจะ
เกิดโรคได้เสมอ ภาพถ่ายภาพรังสีเป็นผ้ามีเงาดำและขาวปนกัน ผลการศึกษาทางจุล
พยาธิวิทยาสามารถแยกโรคออกจากตระกูลไฟโบรออสเซียส (Fibro-osseous
diseases) อื่น ๆ ได้โดยอาศัยการศึกษาด้วยวิธีปรับแสงให้มีคลื่นไปในทางเดียว
กัน (Polarization) การรักษาโรคทำด้วยวิธีควักออกหมด

บทนำ

ออสซิไฟอิง ไฟโบรมา (Ossifying
fibroma or Fibro-osteoma) ในกระดูก
ขากรรไกร เป็นเนื้องอกที่พบได้น้อย ซึ่ง
ในอดีตและปัจจุบันยังมีความสับสนกับโรค

ไฟบรัสทีสเฟลเซีย (Fibrous dysplasia)
อยู่^(1,3,10,12,13) จากรายงานในระยะหลัง ๆ
รายงานว่า โรคนี้สามารถวินิจฉัยแยกโรคออก
จากไฟบรัส ทีสเฟลเซีย และโรคอื่น ๆ ใน
ตระกูลของไฟโบร-ออสเซียส (Fibro-osseous

* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

lesions) ได้^(6,7,14,20,21) ออสซีไฟอิง ไฟโบรมา เคยถูกรายงานว่าเป็นโรคเดียวกันกับโรคซีเมนต์ไฟอิง ไฟโบรมา (Cementifying fibroma) โดยเหตุผลที่ว่าเกิดจากเนื้อเยื่อปริทันต์หรือเนื้อเยื่อเพอริ โอคอนทัล (Periodontal membrane) และมีลักษณะจุลพยาธิวิทยาคล้ายกันมากหรือแยกไม่ออกจากกันเลย^(4,9,14,15,18)

ลักษณะอาการทางคลินิก โรคนี้ส่วนมากเกิดในวัยหนุ่มสาว^(3,8,12,13,19) และมักเกิดในเพศหญิง^(5,6,8,22) เคยมีรายงานว่าพบได้ในผู้ป่วยอายุประมาณ 50 ปี^(5,22) บริเวณฟันกรามของขากรรไกรล่างจะเกิดโรคเสมอ^(1,10,11,12,13) เนื่องจากเนื้องอกชนิดนี้เป็นชนิดไม่ร้ายแรง (benign) ดังนั้นอาการของผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกจะไม่มีอาการใด ๆ ต่อมาเมื่อโรคเจริญเติบโตขึ้นจะมีอาการบวมมีการผิดปกติของรูปร่าง ฟันจะถูกกั้นเนื้องอกเบียดจนอยู่ผิดตำแหน่งไป ผู้ป่วยบางรายกระดูกขากรรไกรอาจถูกทำลายมาก^(1,4,6,10,12)

ลักษณะภาพถ่ายทางรังสี จากรายงานจำนวนมากรายงานว่าขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเจริญเติบโตของโรคคือ เมื่อเกิดโรคใหม่ๆ ภาพถ่ายรังสีจะมีลักษณะเป็นเงาดำ (radio-lucent area) ต่อมาเมื่อโรคเจริญเติบโตจะมี

การเพิ่มของแคลเซียม ทำให้ภาพถ่ายรังสีเป็นเงาขุ่นขาวเป็นฝ้า (opacities)^(4,8,10,14) ขอบเขตของภาพถ่ายรังสีจะเป็นวงเดียว (unilocular) และมีขอบชัดเจน⁽²¹⁾ บางรายรายงานว่าโรคนี้จะเป็นชนิดเงาขุ่นขาวเป็นฝ้า^(6,22)

ลักษณะก้อนเนื้องอกเมื่อตัดด้วยตาเปล่า แยกจากโรคไฟบรอส คิสเพลเซีย ได้โดยมีเนื้อเยื่อไฟบรอสหุ้มรอบ ๆ (encapsulated)^(1,8,22) ลักษณะจุลพยาธิวิทยาประกอบด้วย คอลลาเจนไฟเบอร์ (collagen fibers) ซึ่งเรียงตัวก้าวข่ายไปมาปนอยู่กับไฟโบรบลาส (fibroblasts) จำนวนมาก ในส่วนของคอลลาเจน ไฟเบอร์ และไฟโบรบลาส จะมีก้อนกลม ๆ เล็ก ๆ ของกระดูกเทรเบคิวลา (bony trabeculae) กระจายทั่วไป ซึ่งกระดูกบางชั้นมีรูปร่างคล้ายหนังสือจีนเหมือนในโรคไฟบรอส คิสเพลเซีย นอกจากนี้จะพบการเกิดของกระดูก (osteoblastic activity) และการทำลายของกระดูก (osteoclastic activity) การวิเคราะห์แยกโรคทางจุลพยาธิวิทยาของโรคออสซีไฟอิง ไฟโบรมา จากโรคไฟบรอส คิสเพลเซีย นั้นมีปัญหามาก ได้มีรายงานการใช้วิธีเคมีฮิสโต (Histochemistry) และวิธีปรับแสงให้มัลติไปนทางเดียวกัน (Polarization) เพื่อแยกกระดูกแก่ (mature bone) กระดูกอ่อน (immature

or woven bone) และซีเมนต์ัม (cementum) ออกจากกัน^(4,5,9,12,23)

การรักษาโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมา ในสมัยก่อนรักษาโดยวิธีถอนรากถอนโคน (eradication)⁽¹⁹⁾ แต่ในปัจจุบันพบว่าเนื่องจากนี้ไม่ร้ายแรงและการรักษาวิธีที่ดีที่สุดคือ การตัดก้อนเนื้อออกให้หมด^(3,6,14,22) การเกิดใหม่ของโรค (recurrence) ไม่ค่อยพบแต่เคยมีรายงานว่ามีการเกิดของโรคใหม่ได้^(12,13)

รายงาน โรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมาที่เกิดขึ้นในประเทศไทยมีน้อยมาก ดังนั้นวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อจะศึกษาพยาธิและคลินิกสภาพของโรคที่เกิดเฉพาะในกระดูกขากรรไกรในผู้ป่วยที่มารับการตรวจและรักษาในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิธีการและการดำเนินการ ได้ศึกษาโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมาที่เกิดเฉพาะในกระดูกขากรรไกรจากจำนวนโรคที่เกิดในกระดูกช่องปาก ในการวิเคราะห์โรคในช่องปากของผลการตรวจชิ้นเนื้อในภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในตารางที่ 9⁽¹⁶⁾ ซึ่งรายงานการวิเคราะห์โรคในระยะเวลา 22 ปี (พ.ศ. 2499-2521) ในการวิจัยนี้ได้ศึกษาเพิ่มเติม

ในปี พ.ศ. 2522 และ 2523 อีก 2 ปี รวมเป็น 24 ปี จำนวนโรคที่ได้ทั้งหมดนำมาศึกษาคิดเป็นจำนวน ร้อยละ ยังมีขั้นตอนต่อไป

1. ศึกษาทางจุลพยาธิวิทยา

1.1 ศึกษาโดยฮิสโตปาธอโลยี (Histopathology) โดยนำสไลด์ของผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งย้อมสีด้วยเฮมาทอกซิดินและอีโอซิน Hematoxylin and Eosin) มาตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อแยกศึกษาเฉพาะโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมาที่เกิดในกระดูกขากรรไกรเท่านั้น

1.2 ศึกษาโดยการปรับแสงให้มันไปในทางเดียวกัน (Polarization) โดยนำสไลด์ของผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งย้อมสีด้วยเฮมาทอกซิดินและอีโอซินมาปิดด้วย Light Polarizing Film. Cat. No. 31-52-62-20, 2×2 นิ้ว, Rochester, New York, U.S.A. 14602⁽⁵⁾ แล้วตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อแยกศึกษาเฉพาะโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมาที่เกิดในกระดูกขากรรไกรเท่านั้น

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุและเพศ

3. ศึกษาลักษณะอาการและระยะเวลาเฉลี่ยของการเกิดโรค

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกระดูกขากรรไกรและฟัน

5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุและภาพถ่ายรังสี

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาทางจุลพยาธิวิทยา

1.1 ผลการศึกษาโดยฮิสโตปาธโลยี โรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมาจากการวิเคราะห์โรคในช่องปากของผลการตรวจชิ้นเนื้อในภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในตารางที่ 9 ซึ่งรายงานการวิเคราะห์ในระยะเวลา 22 ปี มีจำนวน 61 ราย

จากผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ปรากฏผลว่า โรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมาที่เกิดขึ้นเฉพาะในกระดูกขากรรไกรประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (fibrous connective tissue) และกลุ่มของกระดูกแก่ ซึ่งมีลักษณะเป็นก้อนกลม ๆ มีเซลล์สร้างกระดูก (osteoblasts) อยู่รอบ ๆ และมีเซลล์ของกระดูก (osteocytes) จำนวนมากอยู่ในชั้นกระดูก (ดังรูปที่ 1) มีจำนวน 29 ราย รวมกับการศึกษาเพิ่มเติมใน

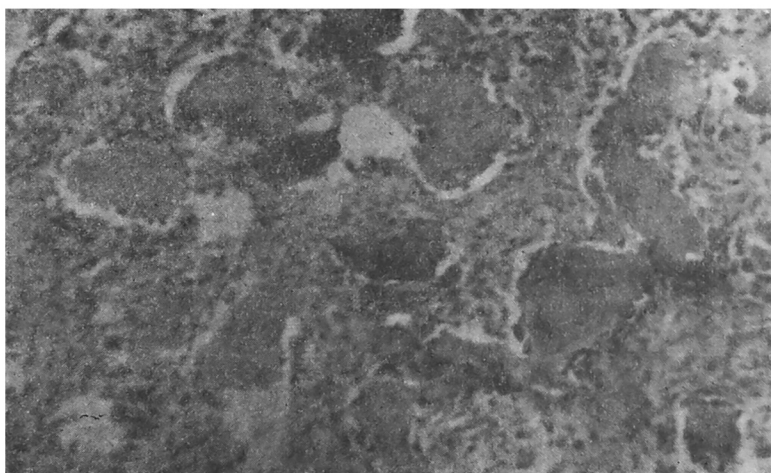
ปี พ.ศ. 2522 และ 2523 อีกจำนวน 4 ราย รวมทั้งหมดเป็น 33 รายหรือร้อยละ 1.03 (ดูตารางที่ 1)

1.2 ผลการศึกษาโดยปรับแสงให้มึนคลิ่นไปในทางเดียวกัน โรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมาจากการวิเคราะห์โรคในช่องปากของผลการตรวจชิ้นเนื้อในภาควิชาพยาธิคณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในตารางที่ 9 ซึ่งรายงานการวิเคราะห์ในระยะเวลา 22 ปี มีจำนวน 61 ราย

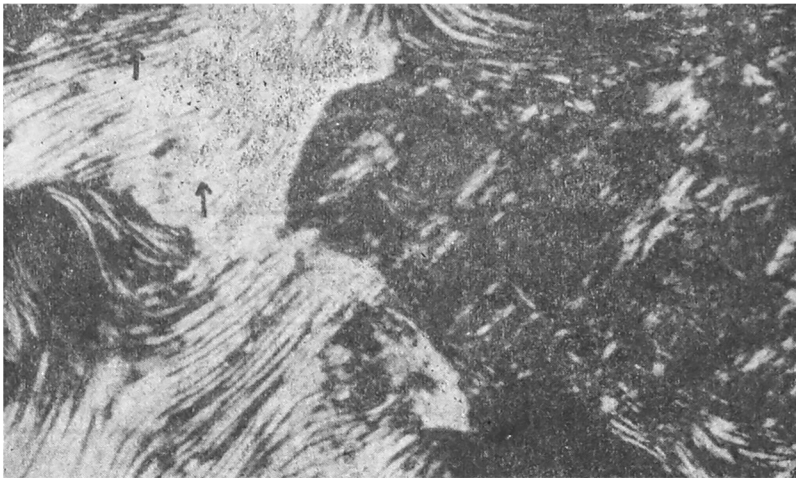
จากผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ร่วมกับการใช้ Light Polarizing film เพื่อปรับแสงให้มึนคลิ่นไปในทางเดียวกัน ปรากฏผลว่า โรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมาที่เกิดขึ้นเฉพาะในกระดูกขากรรไกร โดยเฉพาะส่วนของกระดูกทราเบคูล่า (trabeculae) จะมีลักษณะเป็นเส้น ๆ ชนกัน มีสีดำและดำจาง ๆ เป็นแผ่นหนา ซึ่งเกิดจากการหักของแสงเป็น 2 ทาง (ดังรูปที่ 2) มีจำนวน 29 ราย รวมกับการศึกษาเพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2522 และ 2523 อีกจำนวน 4 ราย รวมทั้งหมดเป็น 33 รายหรือร้อยละ 1.03 (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนปี จำนวนชิ้นเนื้อและจำนวนโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมา ในกระดูกขากรรไกร (Showing numbers of year, biopsy and central ossifying fibroma of jaws)

| จำนวนปี Number of Years | จำนวนชิ้นเนื้อ Number of Biopsies | จำนวนโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมา Number of Central Ossifying Fibroma |
|----------------------------|--------------------------------------|---|
| 24 (2499-2523) | 3187 (100 %) | 33 (1.03%) |



รูปที่ 1 แสดงให้เห็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและกลุ่มของกระดูกแก่ ซึ่งมีลักษณะกลม ๆ กระดูกจะมีเซลล์ของกระดูกอยู่ภายใน เซลล์สร้างกระดูกจะอยู่รอบ ๆ (The microscopic feature showing fibrous connective tissue stroma with irregular bone trabeculae including osteocytes and osteoblasts. H and E stains X 10.)



รูปที่ 2 แสดงให้เห็นเส้นดำและดำจาง ๆ ซึ่งขนานกันเป็นแผ่นหนาของกระดูก
ทราเบคิวลาร์ (ตามลูกศรชี้)

(The microscopic feature showing the dark and light
lines of parallel birefringence under polarized light.
H and E stains with polarizing film X 40.)

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุและเพศ จากตารางที่ 2 ปรากฏผลว่าโรค
ออสซีไฟอิง ไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกร พบมากในเพศหญิงคือพบ 21 ราย
หรือร้อยละ 63.64 ช่วงอายุที่พบมากอยู่ระหว่าง 10-29 ปี ช่วงละ 6 ราย รวม
12 รายหรือร้อยละ 57.14 จากจำนวนโรคที่เกิดในเพศหญิง 21 ราย

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุและเพศในโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมา ในกระดูกขากรรไกร (Showing the relationship of age and sex of central ossifying fibroma of jaws)

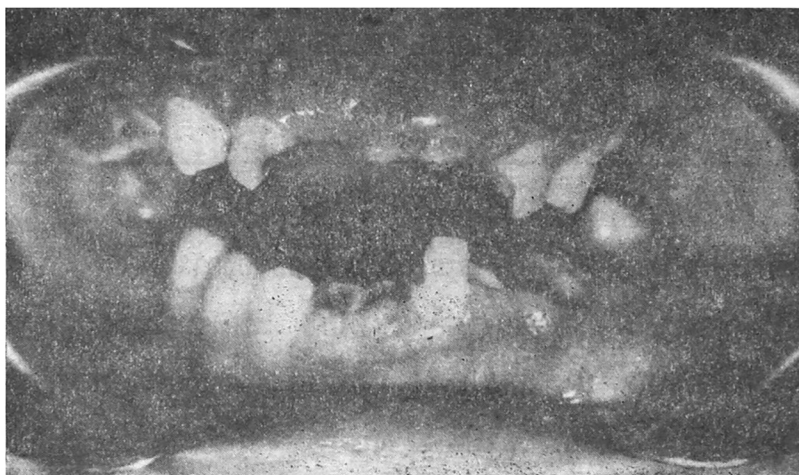
| เพศ (Sex) อายุ (Age) | ชาย (Man) | หญิง (Woman) |
|--------------------------|--------------|-----------------|
| | | |
| 0-9 | — | 1 |
| 10-19 | 2 | 6 (28.57%) |
| 20-29 | 5 | 6 (28.57%) |
| 30-39 | 1 | 1 |
| 40-49 | 3 | 5 |
| 50-59 | 1 | 1 |
| 60-69 | — | 1 |
| รวม (Total) 33 (100%) | 12 (36.36%) | 21 (63.64%) |

3. ผลการศึกษาลักษณะอาการและระยะเวลาเฉลี่ยของการเกิดโรค จากตารางที่ 3 ปรากฏผลว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกร จะมีอาการบวมเป็นส่วนใหญ่พบ 26 รายหรือร้อยละ 78.79 ระยะเวลาเฉลี่ยของการเกิดโรค 2 ปี 7 เดือน (รูปที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะอาการและระยะเวลาเฉลี่ยของการเกิดโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกร

(Showing symptoms, signs and average times of lesion of central ossifying fibroma of jaws)

| จำนวน (Total) | บวม (Swelling) | บวมและเจ็บ (Swelling- and pain) | แผล (Ulcer) | ระยะเวลาเฉลี่ยของการเกิดโรค (Average times of lesion) |
|------------------|-------------------|---------------------------------------|----------------|--|
| 33 (100%) | 26 (78.79%) | 6 (18.18%) | 1 (3.03%) | 2 ปี 7 เดือน (2 Years 7 Months) |



รูปที่ 3 ภาพถ่ายในช่องปาก แสดงลักษณะอาการบวมในขากรรไกรล่างซ้ายของผู้ป่วยด้วยโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมา

(The intra-oral picture showing the swelling in the left mandible of one patient with central ossifying fibroma)

4. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกระดูกขากรรไกรและฟัน จากตารางที่ 4 ปรากฏผลว่า โรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมาเกิดมากในกระดูกขากรรไกรล่าง คือ เกิด 23 รายหรือร้อยละ 69.70 บริเวณฟันที่เกิดโรคมักได้แก่ฟันกรามน้อย ถึง ฟันกราม คือเกิด 9 รายหรือร้อยละ 39.13 จากจำนวนโรคที่เกิดในขากรรไกร ล่าง 23 ราย

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกระดูกขากรรไกรและฟันในโรคออสซิไฟอิง ไฟโบร-
มา ในกระดูกขากรรไกร

(Showing the relationship of jaws and specific location of teeth of
central ossifying fibroma)

| ฟัน (Teeth) ขากรรไกร (Jaws) | บริเวณ ฟันหน้า (Incisal- area) | ฟันหน้าถึง ฟันกรามน้อย (Incisor to Pre- molar) | ฟันหน้าถึง ฟันกราม (Incisor to Molar) | บริเวณฟัน- กรามน้อย (Premolar area) | ฟันกรามน้อย ถึงฟันกราม (Premolar to Molar) | ฟันกรามน้อย ถึงเรมีส (Premolar to Ramus) | บริเวณ ฟันกราม (Molar- area) |
|---|---|--|--|--|---|---|---------------------------------------|
| ขากรรไกรล่าง (Mandible) 23 (69.70%) | 3 | 1 | 1 | 3 | 9 (39.13%) | 1 | 5 |
| ขากรรไกรบน (Maxilla) 10 (30.30%) | 4 | - | 3 | 1 | 2 | - | - |

5. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุและภาพถ่ายรังสี จากตารางที่ 5 ปรากฏผล
ว่า โรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกร จะมีภาพถ่ายรังสีปรากฏ
ภาพเป็นฝ้ามีเงาดำและเงาขาวปนกัน 27 รายหรือร้อยละ 81.90 ช่วงอายุที่พบมาก
อยู่ระหว่าง 20 ถึง 29 ปี จำนวน 9 รายหรือร้อยละ 33.33 จากจำนวนเงาดำและ
เงาขาวปนกัน 27 ราย (รูปที่ 4)

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุและภาพถ่ายรังสีในโรคอัสซิไฟอิง ไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกร
(Showing the relationship between age and radiograph of central ossifying fibroma of jaws)

| อายุ (Age) | ภาพถ่ายรังสี (X-Ray) | เงาคำ (Radiolucency) | เงาคำและเงาขาว (Radiolucency and Radiodensity) | เงาขาว (Radiodensity) |
|-----------------|-------------------------|-------------------------|---|--------------------------|
| 0-9 | | — | 1 | — |
| 10-19 | | 2 | 5 | 1 |
| 20-29 | | 2 | 9 (33.33%) | — |
| 30-39 | | — | 2 | — |
| 40-49 | | — | 8 | — |
| 50-59 | | 1 | 1 | — |
| 60-69 | | — | 1 | — |
| Total 33 (100%) | | 5 (15.15%) | 27 (81.90%) | 1 (3.03%) |



รูปที่ 4 แสดงภาพถ่ายรังสีทั้งเงาดำและเงาขาวปนกันในขากรรไกรล่างของผู้ป่วยด้วยโรคออสซิฟอง ฟาโบรมา
(The radiograph showing the mixture of radiolucency and radiodensity of central ossifying fibroma of the mandible)

วิจารณ์

ออสซีไฟอิง ไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกรเป็นเนื้องอกที่พบบ่อย ในงานวิจัยนี้พบ 33 รายหรือร้อยละ 1.03 จากจำนวนชิ้นเนื้อที่ตรวจทั้งหมด 3187 ราย ในปัจจุบันโรคนี้สามารถวินิจฉัยแยกโรคโดยตัดขาดได้จากโรคโพบรัส ทิสเพลเซีย และโรคอื่น ๆ ในตระกูลไฟโบร ออสเซียส^(6,23) ผู้วิจัยพยายามแยกเฉพาะโรคที่เกิดในกระดูกขากรรไกรเท่านั้นและไม่ปะปนกับโรคซีเมนต์ไฟอิง ไฟโบรมา โดยศึกษาทางจุลพยาธิวิทยาที่ว่า ออสซีไฟอิง ไฟโบรมาต้องมีเซลล์ของกระดูกส่วนซีเมนต์ ไม่มีเซลล์ (acellularity) และเมื่อย้อมสีเฮมา-ท็อกโซลินและอีโอซินซีเมนต์จะติดสีแดงม่วงทึบ^(2,5,8,9,14) การปรับแสงให้มีคลื่นไปในทางเดียวกันก็เป็นการศึกษาอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งช่วยแยกกระดูกจากซีเมนต์และในบางรายก็ใช้ไม่ได้ผล^(5,8,12) ซึ่งในรายที่มีปัญหาจะไม่นำมารวมกับงานวิจัยนี้ มีรายงานเกี่ยวกับการแยกกระดูกและซีเมนต์ว่าจากการศึกษา TGA-DTA (Thermogravimetric and differential thermal analysis) ในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคซีเมนต์ไฟอิง ไฟโบรมา ปรากฏผลจากการศึกษาพบว่า เศษซีเมนต์ซึ่งเป็นซีเมนต์มีมากกว่ากระดูกในผู้ป่วยรายเดียวกัน⁽²⁾ จากจำนวนของโรค 33 รายนี้ ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการของโรคคือบวมไม่เจ็บ เกิดในขากรรไกร

ล่างบริเวณฟันกรามน้อยและฟันกราม เพศหญิงเกิดโรคได้มากกว่าเพศชาย และมักจะเกิดโรคในวัยหนุ่มสาว ซึ่งคล้ายกับรายงานของต่างประเทศ^(6,10,14) ลักษณะภาพถ่ายรังสีส่วนมากเป็นเงาดำปนกับเงาขาวหรือเป็นภาพเงาสีขึ้นเป็นฝ้าขาว (ground glass appearance) ขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินการของโรค ซึ่งในงานวิจัยนี้เฉลี่ยได้ 2 ปี 7 เดือน^(6,8,10,14,22) จะเห็นว่าอาการของโรคคือบวมไม่เจ็บ และระยะเวลาการดำเนินการของโรค 2 ปี 7 เดือนนั้นเหมือนกันกับโรคอะมีโลบลาสโตมา (Ameloblastoma) ที่เคยรายงานผลวิจัยไว้ในคณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย⁽¹⁷⁾ การรักษาโรครักษาโดยวิธีควักออกหมด (total enucleation) การกลับมาเกิดใหม่ของโรคไม่ปรากฏ

สรุป

พยาธิและคลินิกสภาพของโรคออสซีไฟอิง ไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกร ในแผนกทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระยะเวลา 24 ปี (พ.ศ. 2499 ถึง 2523) มีจำนวน 33 รายหรือร้อยละ 1.03 จากจำนวนชิ้นเนื้อทั้งหมด 3187 ราย โรคส่วนมากเกิดในวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะเพศหญิงพบ 21 รายหรือร้อยละ 63.64 และใน

ช่วงอายุ 10 ถึง 29 ปีเกิดโรค 12 รายหรือร้อยละ 57.14 ผู้ป่วยส่วนมากมีอาการบวมคือเกิด 26 รายหรือร้อยละ 78.79 การดำเนินการของโรค 2 ปี 7 เดือน ขากรรไกรล่างเกิดโรคได้มากกว่าขากรรไกรบน คือเกิด 23 รายหรือร้อยละ 69.70 บริเวณพื้นกรามน้อยและพื้น-

กรามเกิดโรค 9 รายหรือร้อยละ 39.13 ภาพถ่ายรังสีส่วนมากเป็นฝ้ามืดดำและขาวปนกัน 27 รายหรือร้อยละ 81.90 การรักษาโรคทำโดยวิธีควักออกหมดและไม่มีการเกิดของโรคขึ้นใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยเรื่อง พยาธิและคลินิกสภาพของโรคออสซิไฟอิง ไฟโบรมา ในกระดูกขากรรไกร ในภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประธานและกรรมการวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้จัดทุนงบประมาณแผ่นดิน (พ.ศ. 2523) ให้ใช้จ่ายในงานวิจัยนี้และขอขอบคุณ ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ช่วยเหลือให้ขอยืมภาพถ่ายทั้งภาพทางคลินิกและภาพรังสีของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Amies, A. & Fleming, W.E. : Central ossifying fibroma of the jaws, Oral Surg, 15 : 1409, 1962.
2. Aoba, T., Yoshioka, C., Ogawa, Y. & Yagi, T. : A study of the mineral phase of cementifying fibroma. J. Oral Path. 7 : 156, 1978.
3. Dehner, L.P. : Tumors of the mandible and maxilla in children. I. Clinicopathologic study of 46 histologically benign lesions. Cancer, 31 : 364, 1973.

4. Hamner, J.E., Lightbody, P.M., Ketcham, A.S. & Swerdlow, H. : Cemento-ossifying fibroma of the maxilla, Oral Surg. 26 : 579, 1968.
5. Hamner, J.E., Scofield, H.H. & Cornyn, J. : Benign Fibro-osseous jaw lesions of Periodontal membrane origin, an analysis of 249 cases. Cancer. 22 : 861, 1968.
6. Hooker, S.P. Benign fibro-osseous lesion, consistent with ossifying fibroma, mandible. Case of the month. AFIP. CMROP 7, 1977.

7. Kempson, R.L. : Ossifying fibroma of the long bones. A light and Electron microscopic study. Arch Path. 82 : 218, 1966.
8. Langdon, J.D., Rapidis, A.D. & Patel, M.F. : Ossifying fibroma, one disease or six ? An analysis of 39 Fibro-osseous lesions of the jaws. Brit. J. Oral Surg. 14 : 1, 1976.
9. Martis, C. & Karakasis, D. : Cemento-ossifying fibroma of the mandible, report of case. J. Oral Surg. 33 : 364, 1975.
10. Paul, M., Thompson, L.W. & Morton, Jr., D. : An ossifying fibroma of the coronoid process. Plast. Reconstr. Surg. 60 : 188, 1977.
11. Penneau, M. & Desnos, J. : Fibroma ossifiant de la mandibule. J. Francais d'oto-rhino-laryngologie. 26 : 631, 1977.
12. Schmaman, A., Smith, I. & Ackerman, L.V. : Benign fibro-osseous lesions of the mandible and maxilla, a review of 35 cases. Cancer. 26 : 303, 1970.
13. Sekorarith, C and et. al. Giantiform ossifying fibroma of maxillary bone. J. Med. Ass. Thailand. 60 : 330, 1977.
14. Shafer, W.G., Hine, M.K. & Levy, B.M. : A textbook of Oral pathology. 3 rd ed., Philadelphia, W.B. Saunders, 1974, P. 130.
15. Singh, J., Singh, B. & Saigal, R.K. : Cementifying fibroma, case report. Aust. Dent. J. 20 : 150, 1975.
16. Sirichitra, V. : An analysis of oral diseases from biopsy reported in Oral pathology department, School of Dentistry, Chulalongkorn University. C.U. Dent. 2 : 133, 1979.
17. Sirichitra, V., Dhiravarangkura, P. & Hansasuta, C. Diagnosis and Treatment of ameloblastoma in school of dentistry, Chulalongkorn University. J. Dent. Ass. Thailand 28 : 274, 1978.
18. Strader, R.J. : Mature neoplastic cementifying fibroma. J. Oral Surg. 29 : 277, 1971.
19. Thoma, K.H. : Differential diagnosis of Fibrous dysplasia and Fibro-osseous neoplastic lesions of the jaws and their treatment. J. Oral Surg. 14 : 185, 1956.
20. Tuohy, O. & Jones, J.H. : Central ossifying fibroma or Fibrous dysplasia ? Oral Surg. 24 : 664 1967.
21. Waldron, C.A. : Ossifying fibroma of the mandible. Oral Surg. 6 : 467. 1953.
22. Waldron, C.A. : Fibro-osseous lesions of the jaws. J. Oral Surg. 28: 58, 1970.
23. Waldron, C.A. & Giansanti, J.S. : Benign Fibro-osseous lesion of the jaws : A clinical-radiologic-histologic review of sixty five cases. Part II Benign Fibro-osseous lesions of periodontal ligament origin. Oral Surg. 35 : 340, 1973.

ABSTRACT

Vinai Sirichitra : A Pathologic and Clinical Condition of Central Ossifying Fibroma of the jaws. C.U. Dent. J. 4 : 53, 1981

Thirty-three cases of central ossifying fibroma or 1.30% from total biopsy 3187 cases are found in oral pathology department, school of dentistry, Chulalongkorn University for the study of pathologic and clinical condition. The lesion is most often seen in young adult and particularly women. The most chief complaint is swelling. The average times of lesion are two years and seven months. The highest incidence of these lesion is in the premolar-molar region of mandible. The most commonly roentgen appearance is the mixture of radiolucency and radiodensity. Total enucleation is recommended for the choice fo treatment and usually is no recurrence.