

1984-09-01

Ameloblastic Odontoma (case report) (รายงานผู้ป่วย อะมีโลบลาสติค โอโดนอนโตมา)

Pongpetch Itratana

Vinai Sirichitra

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



Part of the [Dentistry Commons](#)

Recommended Citation

Itratana, Pongpetch and Sirichitra, Vinai (1984) "Ameloblastic Odontoma (case report) (รายงานผู้ป่วย อะมีโลบลาสติค โอโดนอนโตมา)," *Chulalongkorn University Dental Journal*: Vol. 7: Iss. 3, Article 5.

DOI: 10.58837/CHULA.CUDJ.7.3.5

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj/vol7/iss3/5>

This Case report is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at 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.



รายงานผู้ป่วย อะมีโลบลาสติก โอดอนโตมา

พวงเพชร อธิรัตน์*

วินัย ศิริจิตร**



พวงเพชร อธิรัตน์

บทคัดย่อ

อะมีโลบลาสติก โอดอนโตมาเป็นเนื้องอกที่มีจุดกำเนิดเกี่ยวกับการเกิดฟัน พบโรคได้น้อยส่วนมากจะเกิดในเด็ก มีการทำลายกระดูกขากรรไกรอย่างรวดเร็ว ทำให้ใบหน้าผู้ป่วยผิดปกติไป รายงานผู้ป่วยรายนี้ได้แสดงถึงลักษณะอาการทางคลินิก ภาพรังสี ลักษณะจุลพยาธิวิทยา การรักษาโรค และการติดตามผลของการรักษาโดยละเอียด

คำนำ

อะมีโลบลาสติก โอดอนโตมา เป็นเนื้องอกที่มีจุดกำเนิดเกี่ยวกับการเกิดของฟัน เนื้องอกชนิดนี้พบได้น้อยมากและไม่ค่อยมีรายงานในวารสารต่าง ๆ ในอดีตมีชื่อเรียกกันหลายชื่อ เช่น อะดาแมนติน เอพิทีลิโอมา (Adamantine epithelioma) อะดาแมนโต โอดอนโตมา (Adamantoodontoma) และ ซอฟท์ แคลซิไฟด์ โอดอนโตมา (Soft calcified odontoma)^(1,2,3,5,7)

พินด์บอร์ก (Pindborg) ได้จัดแบ่งจำพวกโอดอนโตมาออกเป็น 3 ชนิดดังนี้คือ

1. อะมีโลบลาสติก โอดอนโตมา
2. คอมเพล็กซ์ โอดอนโตมา (Complex odontoma) และ
3. คอมโพสิท โอดอนโตมา (Composite odontoma)

อะมีโลบลาสติก โอดอนโตมาเป็นเนื้องอกที่แยกออกมาต่างหากแต่มีจุดกำเนิดร่วมกับการเกิดโอดอนโตมา⁽⁸⁾

อะมีโลบลาสติก โอดอนโตมาเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายเกิดได้ประมาณ 3% ของเนื้องอกที่มีจุดกำเนิดเกี่ยวกับการเกิดฟัน เกิดในผู้ป่วยไม่จำกัด

* ทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลมหาสารคาม จ.มหาสารคาม

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาธิวิทยา

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อายุแต่มีรายงานว่าพบมากในเด็กฮุกเกอร์ (Hooker)⁽⁶⁾ รายงานว่าเนื้องอกชนิดนี้เกิดได้ทั้งในกระดูกขากรรไกรบนและล่าง เพศชายเกิดได้มากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 3:1 อายุของผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 11.5 ปี รอยโรคจะเกิดขึ้นอย่างช้าหรือเร็วจนทำให้ผู้ป่วยมีใบหน้าผิดปกติ ภาพรังสีจะแสดงกระดูกถูกทำลายเป็นเงาดำ ขอบของกระดูกที่บวมขยายตัวออก นอกจากนี้จะมีเงาขาวปะปนอยู่มีความหนาที่บวมเท่า ๆ กับฟันและรูปร่างคล้ายฟัน ลักษณะจุลพยาธิวิทยาประกอบด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อซึ่งยังอ่อนอยู่ (young fibrous connective tissue) นอกจากนี้ก็มีกลุ่มของเยื่อผิวที่ทำให้กำเนิดฟัน เคลือบฟัน เนื้อฟันและพัลพ์^(2,6)

รายงานผู้ป่วยและการรักษา

ประวัติ ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 13 ปี ภูมิสำเนาอยู่จังหวัดมหาสารคามมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามเนื่องจากมีอาการปวดบวมบริเวณคางด้านซ้าย อ้าปากไม่ได้ ผู้ป่วยให้ประวัติว่าอาการบวมได้คางนี้เป็นมาประมาณ 1 ปี และเพิ่มมีอาการปวดมาประมาณ 2-3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เคยไปรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอเนื่องจากมีอาการปวดบวมอ้าปากไม่ได้และได้ยามารับประทานอาการปวดทุเลาลง แต่ไม่หายบวม ไม่มีประวัติของโรคร้ายแรง



ในอดีต

การตรวจภายนอกช่องปาก ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายทั่วไปดี ไม่ซีด มีอาการผิดปกติของรูปร่างด้านซ้ายเห็นได้ชัดเจนคือคางด้านซ้ายจะบวม กดแข็งมีอาการเจ็บ และผิวหนังมีลักษณะแดงเหมือนมีการอักเสบร่วมอยู่ด้วย (รูปที่ 1)

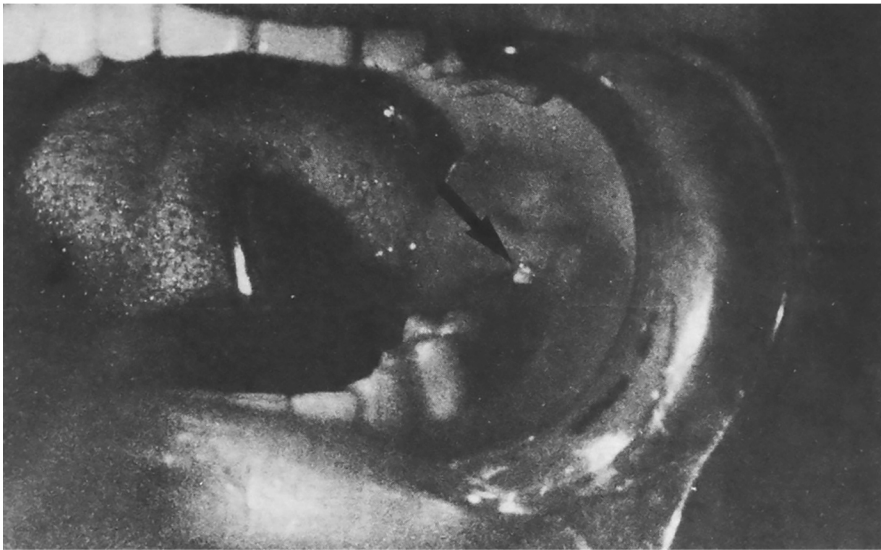
การตรวจภายในช่องปาก ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากดี ฟันไม่ผุ แต่ฟันกรามซี่ที่ # 36, # 37 ไม่โผล่ขึ้นในช่องปาก มีการบวมของเหงือกบริเวณฟันกราม # 36 และ # 37 กระดูกขากรรไกรบริเวณฟันกราม มีการบวมออกทั้งทางด้านแก้มและด้านลิ้นและแข็งตลอดแนวตั้งแต่ฟันกรามซี่ที่ # 36 จนถึงมุมของกระดูกขากรรไกรล่าง (Angle of mandible) ในบริเวณที่บวมนี้จะมีการแยกของเหงือกภายในมีก้อนคล้ายกระดูกเล็ก ๆ สีขาวโผล่ขึ้นมา (รูปที่ 2)

ภาพรังสี พบว่าฟันกรามซี่ที่ # 36 ผงอยู่ในกระดูกขากรรไกรล่างโดยอยู่ติดกับขอบล่างของกระดูกขากรรไกร นอกจากนี้ยังพบเงาขาวเป็นก้อนใหญ่หลังฟันกรามน้อยซี่ที่ # 35 กินเนื้อที่ไปถึงมุมของกระดูกขากรรไกร (รูปที่ 3) ฟันกรามซี่ที่ # 37, 38 ไม่พบในกระดูกขากรรไกร

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น จากการตรวจผู้ป่วยทางคลินิกและจากภาพรังสี วินิจฉัยโรคว่า ผู้ป่วยเป็นเนื้องอกอยู่ในกลุ่มของโอตตอนโตมา

รูปที่ 1 รูปถ่ายแสดงอาการบวมของคางด้านซ้าย

Fig. 1. The clinical picture shows swelling of the left side of mandible.



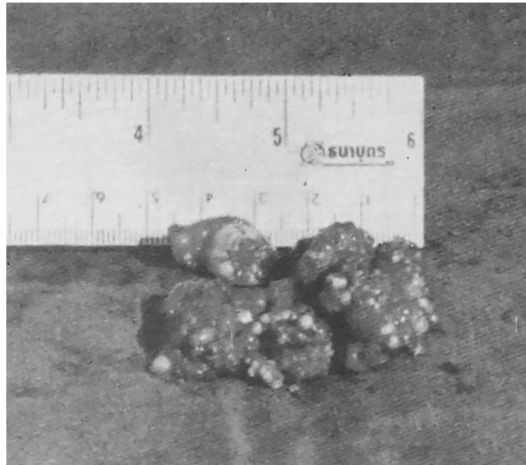
รูปที่ 2 ภาพในช่องปากแสดงให้เห็นการบวมของเหงือกพร้อมกับมีก้อนคล้ายกระดูกหรือฟันซี่เล็ก ๆ โผล่ขึ้นมา

Fig. 2. The intra-oral picture shows swelling of the gum with white spot of tooth or bone like tissue.



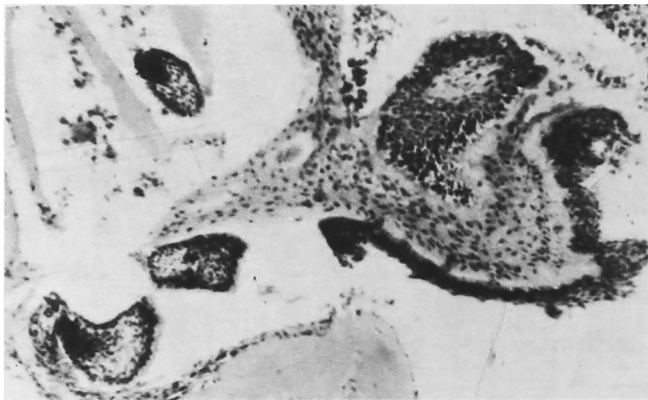
รูปที่ 3 ภาพรังสีแสดงเงาขาวก้อนโตติดอยู่กับฟันกรามล่าง # 36 ที่ยังไม่ขึ้น

Fig. 3. The radiographic picture shows radiopaque mass attach to the tooth # 36.



รูปที่ 4 พยาธิสภาพของก้อนเนื้อออกประกอบด้วยฟันกรามและเนื้อเยื่อคล้ายกระดูกและฟัน

Fig. 4. The macroscopic features show a molar tooth and hard tissues which are resemble to bone or teeth.



รูปที่ 5 ภาพจุลพยาธิวิทยาแสดงกลุ่มของเซลล์เยื่อบุผิวคล้ายฟอลลิคูลาร์ อะมีโลบลาสโตมา และส่วนของเนื้อฟัน เคลือบรากฟัน

Fig. 5. The microscopic features show the odontogenic epitheliums which are resemble to follicular ameloblastoma. The calcified tissues which seen in this picture are dentine and cementum. (H & E Stain X 40)

การรักษา

วันที่ 9-16 มกราคม 2527 รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลและเนื่องจากผู้ป่วยอ้าปากไม่ได้ บวมปวดจึงให้ยาปฏิชีวนะเพื่อให้หายอักเสบ และอ้าปากได้ ยาที่ให้ มี ยาอมบัวปาก แอมพิซิลลิน (Am-

picillin) 1 กรัมฉีดเข้าเส้นทุก 6 ชั่วโมง เจนตา-มัยซิน (Gentamycin) 60 มิลลิกรัมฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 12 ชั่วโมง

วันที่ 17-19 มกราคม 2527 ผู้ป่วยอ้าปากได้บ้างใช้ลด หยุดการให้ยาฉีดและให้แอมพิซิลลิน

500 มิลลิกรัมรับประทานทุก 6 ชั่วโมง

วันที่ 20 มกราคม 2527 เตรียมผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัดเอาเนื้องอกโอดอนโตมาออกโดยใช้วิธีดมยาสลบ และเตรียมอาร์ช บาร์ (Arch bar) ไว้ในกรณีที่มีกระดูกขากรรไกรหัก ก่อนผ่าตัด 1 ชั่วโมงได้ให้แอมพิซิลลิน 1 กรัม ทางเส้นเลือด และให้อโทรปีน (Atropine) $\frac{1}{150}$ กรัมโดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ การผ่าตัดได้ทำการเปิดแผลผ่าตัดตั้งแต่บริเวณเรโทรโมลาร์ (Retromolar) จนถึงบริเวณฟันกรามน้อยซี่ที่ # 35 แล้วควักก้อนเนื้องอกออกทั้งหมดรวมทั้งฟันกรามซี่ที่ # 36 ด้วย หลังจากนั้นได้เย็บแผลปิดแล้วแพคด้วยทิงเจอร์ เบ็นซอยน์ (Tinger Benzoin) ให้ยาแก้ปวดพาราเซตามอล (Paracetamol) 250 ม.ก. 2 เม็ดทุก 4 ชั่วโมง ก่อนเนื้องอกส่งไปตรวจที่ภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่ 27 มกราคม 2527 ตัดไหมที่แผลออก เปลี่ยนยาและล้างแผลทุกสัปดาห์

วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2527 ผู้ป่วยกลับบ้าน

วันที่ 14 เมษายน 2527 เรียกผู้ป่วยกลับมาดูแผลปรากฏว่าแผลหายแต่ยังไม่สนิทดีนัก

วันที่ 20 มิถุนายน 2527 เรียกผู้ป่วยมาดูแผลและติดตามผลการรักษา ปรากฏว่าแผลหายสนิทดี รูปหน้ายุบลงเล็กน้อย

ผลการตรวจก้อนเนื้องอกทางพยาธิวิทยา

1. พยาธิสภาพของก้อนเนื้องอก เมื่อดูด้วยตาเปล่าประกอบด้วยฟันกรามและชิ้นเล็ก ๆ ของเนื้อเยื่อคล้ายกระดูกและฟันวัดรวมกันได้ประมาณ $4 \times 3 \times 2$ เซนติเมตร เมื่อดูโดยละเอียดพบว่ามีส่วนที่เล็กอยู่เป็นจำนวนมาก (รูปที่ 4)

2. จุลพยาธิวิทยาของเนื้องอก (x 27-020) ประกอบด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อ (fibrous connective tissue) และเนื้อเยื่อแคลซิไฟด์ ส่วนของเนื้อเยื่อยึดต่อจะมีกลุ่มของเยื่อผิวที่ให้งานเนติฟันและบาง-

กลุ่มมีลักษณะคล้ายฟอสซิลควิลาร์ อะมีโลบลาสโตมา นอกจากนี้ก็มีเซลล์ของการอักเสบเช่นพลาสมาเซลล์และลิมโฟไซต์แทรกซึมอยู่เป็นจำนวนมาก ส่วนของเนื้อเยื่อแคลซิไฟด์จะคล้ายกับฟันซี่เล็ก ๆ ประกอบด้วยเคลือบฟัน เนื้อฟัน เคลือบรากฟันและส่วนของพัลพ์

3. การวินิจฉัยโรค จากลักษณะพยาธิสภาพและลักษณะจุลพยาธิวิทยา วินิจฉัยโรคนี้ว่า อะมีโลบลาสติก โอดอนโตมา

วิจารณ์และสรุป

อะมีโลบลาสติก โอดอนโตมาเป็นเนื้องอกที่เกิดขึ้นได้น้อยมากในกระดูกขากรรไกร มีรายงานว่าอาจไม่ใช่เป็นเนื้องอกแต่เป็นการเกิดที่ผิดปกติจากการแตกตัวของเยื่อผิวที่ให้งานเนติฟันของหน่อฟันแท้⁽⁴⁾ ฮุกเคอร์ได้ศึกษาเนื้องอกชนิดนี้ 26 ราย และรายงานว่าส่วนมากจะพบโรคในเด็กอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 4 ถึง 14 ปี เกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ขากรรไกรบนและล่างเกิดโรคได้ไม่แตกต่างกันซึ่งคล้ายกับผู้ป่วยที่รายงานนี้ผิดกันแต่เป็นเพศหญิงเท่านั้น⁽⁶⁾

อะมีโลบลาสติก โอดอนโตมาและอะมีโลบลาสติกไฟโบร-โอดอนโตมา (Ameloblastic fibro-odontoma) ยังมีผู้เข้าใจสับสนกันอยู่มาก บ้างเชื่อว่าเป็นโรคเดียวกัน ซึ่งความจริงแล้วเป็นคนละโรคแยกจากกันพฤติกรรมและการรักษาโรคก็แตกต่างกัน อะมีโลบลาสติก โอดอนโตมาเป็นเนื้องอกที่ประกอบด้วยอะมีโลบลาสโตมาและคอมโปสิทโอดอนโตมาซึ่งการรักษายังมีการโต้แย้งกันอยู่เนื่องจากโรคกลับมาเกิดใหม่หลังการรักษาดังนั้นมีผู้เสนอให้ตัดขากรรไกรเลยที่เดียวหรือตัดโดยให้เหลือกระดูกที่บอบบางของขากรรไกรไว้และโดยทั่วไปเชื่อว่า มีพฤติกรรมคล้ายกับอะมีโลบลาสโตมา ส่วนอะมีโลบลาสติก ไฟโบร-โอดอนโตมานั้นเป็นอะมีโลบลาสติก ไฟโบรมา (Ameloblastic fibroma) เกิดร่วมกับโอดอนโตมาซึ่งการรักษาใช้วิธีควักเอา

เนื้องอกออกให้หมดก็เพียงพอแล้ว โรคไม่ลุกลาม ในกระดูก ไม่ค่อยมีการกลับมาเกิดใหม่ของโรค พฤติกรรมก็เหมือนกับอะมีโลบลาสติค ไฟโบรมา⁽⁷⁾ ดังนั้นผู้ป่วยจากรายงานนี้เราต้องนัดกลับมาตรวจดู โดยการถ่ายภาพรังสีอย่างสม่ำเสมอเช่นทุก 6 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าจะไม่มีการกลับมาเกิดใหม่ของโรค

โรคนี้สามารถแนะนำการป้องกันไม่ให้เกิด เนื้องอกชนิดนี้คือ เนื่องจากเราทราบแล้วว่าเนื้องอก เกิดในผู้ป่วยที่เป็นเด็ก ดังนั้นผู้ปกครองต้องมีความ สนใจที่จะตรวจดูในช่องปากของเด็กหรือ มิฉะนั้น ก็พาไปหาทันตแพทย์เพื่อตรวจดูฟันโดยการถ่ายภาพ รังสีทั้งปาก ถ้าพบโรคตั้งแต่ขนาดยังเล็กก็ทำการ ผ่าตัดเอาออกโดยง่ายโรคก็จะไม่มีการเกิดขึ้นใหม่⁽⁸⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Cahn, L. and Blum, T.: Ameloblastic odontoma, a case report critically analyzed. J. Oral Surg. 10:167-170, 1952.
2. Caruso, W.A. and Itkin, A.: Ameloblastic odontoma. Report of a case. Oral Surg. 16:582-585, 1963.
3. Choukas, N.C. and Toto, P.D.: Ameloblastic odontoma. Oral Surg. 17:10-15, 1964.
4. Dutta, A.: Ameloblastic odontoma. Oral Surg. 29:827-831, 1970.
5. Friberg, S., Jr. and Leskien, D.: Ameloblastic odontoma, Report of a case. Oral Surg. 28:109-113, 1969.
6. Hooker, S.P.: Ameloblastic odontoma, an analysis of 26 cases. Oral Surg. 24: 375-376, 1967.
7. Shaffer, W.G., Hine, M.K. and Levy, B.M.: Text book of Oral Pathology. 3 rd ed., Philadelphia, W.B. Saunders compamy, 1974, p.279-280.
8. Worley, R.D. and Mckee, P.E.: Ameloblastic odontoma, report case. J. Oral Surg. 30:764-766, 1972.

(ได้รับเรื่องเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2527)



Ameloblastic Odontoma (case report)

Abstract

*Pongpetch Itratana
Vinai Sirichitra.*

The ameloblastic odontoma is an odontogenic lesion which histologically, bears a resemblance to both the ameloblastoma and the composite odontoma. It occurs in young children and grows fair rapidly, producing considerable of bone deformity within a short period of time.

The case is presented the clinical features, roentgenographic feature, histopathologic features and also the treatment as well as follow up the patient.

Pongpetch Itratana
Mahasarakarm Hospital
Mahasarakarm province
Thailand