

1996-05-01

## Ameloblastic fibroma in the mandible, : a case report(อะมีโลบลาสติคไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกรล่าง รายงานผู้ป่วย 1 ราย)

Kasemsak Kaew-im

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



Part of the [Dentistry Commons](#)

---

### Recommended Citation

Kaew-im, Kasemsak (1996) "Ameloblastic fibroma in the mandible, : a case report(อะมีโลบลาสติคไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกรล่าง รายงานผู้ป่วย 1 ราย)," *Chulalongkorn University Dental Journal*: Vol. 19: Iss. 2, Article 2.  
DOI: 10.58837/CHULA.CUDJ.19.2.9

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj/vol19/iss2/2>

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](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

## บทวิทยาการ

# อะมีโลบลาสติกไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกรล่าง รายงานผู้ป่วย 1 ราย

## บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยเด็กอายุ 10 ปี ที่มีเนื้องอกอะมีโลบลาสติกไฟโบรมาในกระดูกขากรรไกรล่างซึ่งพบได้ไม่บ่อยนัก โดยมีอาการบวมของกระดูกขากรรไกรล่างเล็กน้อย จากภาพรังสีพบมีลักษณะเงากระดูกโปร่งรังสี ลักษณะคล้ายถุงน้ำเดี่ยวรอบปลายรากของฟันน้ำนม # 73 และ # 74 เชื่อมต่อกับเยื่อหุ้มฟัน # 33 ข้อเสนอแนะในการรักษาโดยการผ่าตัดลอกออก และต้องติดตามการรักษาเป็นเวลานาน ทั้งนี้เนื่องจากเกิดเป็นซ้ำได้สูง และเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้

เกษมศักดิ์ แก้วอิม ท.บ.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี อ.เมือง จ.สิงห์บุรี 16000

## บทนำ

อะมีโลบลาสติกไฟโบรมา เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา (benign tumor) ที่มีกำเนิดมาจากส่วนของเนื้อเยื่อที่สร้างฟัน พบได้น้อยประมาณ 2 เปอร์เซ็นต์ของเนื้องอกที่มีกำเนิดมาจากส่วนของเนื้อเยื่อที่สร้างฟัน (Odontogenic tumor)<sup>(1)</sup> มีปรากฏในรายงานวารสารต่าง ๆ ทั่วโลก 98 ราย<sup>(2)</sup> องค์การอนามัยโลก (WHO)<sup>(3)</sup> ได้จัดแบ่งกลุ่มของเนื้องอกชนิดนี้ให้อยู่ในกลุ่มของเนื้องอกที่มีส่วนกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อที่สร้างฟัน เนื่องจากประกอบด้วยทั้งเนื้อเยื่อบุผิว (epithelium) และเนื้อเยื่อมีเซนไคม์ (mesenchymal) อยู่ร่วมกัน แต่ยังไม่มีส่วนของการเกิดเคลือบฟันและเนื้อฟัน ส่วนของเนื้อเยื่อบุผิวเจริญมาจากเยื่อบุผิวส่วนเหลือหลังสร้างเคลือบฟัน (reduced enamel epithelium) หรือเยื่อบุผิวที่หลงเหลืออยู่ (epithelium remnants) และส่วนของมีเซนไคม์ เจริญมาจากส่วนของหน่อฟัน (dental follicle) หรือเดินดัลเพิลลา (dental papilla)<sup>(4, 5)</sup>

Kruse (1891)<sup>(6)</sup> เป็นบุคคลแรกที่ตั้งชื่อเนื้องอกชนิดนี้ว่า อะมีโลบลาสติกไฟโบรมา ในสมัยก่อนได้จัดให้เป็นเนื้องอกผสม (mixed odontogenic tumor) ที่ประกอบด้วยอะมีโลบลาสติกไฟโบรมา อะมีโลไฟโบรโอดอนโตมา (ameloblastic fibro-odontoma) และโอดอนโตมา (odontoma) เพราะเชื่อว่าเกิดจากการเจริญเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้องอกเมื่อมีอายุแก่ขึ้น โดยในระยะแรกจะพบเซลล์เป็นลักษณะของอะมีโลบลาสติกไฟโบรมา เมื่อมีอายุแก่ขึ้นเซลล์เหล่านี้จะเจริญเป็นอะมีโลบลาสติกไฟโบรโอดอนโตมา และระยะสุดท้ายจะแก่ตัวเต็มที่เป็นโอดอนโตมา จนกระทั่ง Slootweg (1981)<sup>(7)</sup> ได้ศึกษาค้นคว้าถึงลักษณะของการเกิดของอะมีโลบลาสติกไฟโบรมา ทั้งหมดพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงในระหว่างกลุ่มของเนื้องอกเหล่านี้ จึงทำให้แยกเฉพาะเนื้องอกอะมีโลบลาสติกไฟโบรมาออกมาจากกลุ่มของเนื้องอกดังกล่าว ในบางรายงานจะพบว่าเกิดร่วมกับไจแอนต์เซลล์กรานูโลมา (giant cell granuloma) และบางรายอาจจะพบส่วนของเซลล์ที่สร้างสี (melanocyte) ที่มีเมลานิน (melanin) เป็นส่วนประกอบอยู่เฉพาะภายในส่วนของเนื้อเยื่อมีเซนไคม์<sup>(8)</sup>

ตำแหน่งที่พบเนื้องอก พบได้ในกระดูกขากรรไกรล่างมากกว่ากระดูกขากรรไกรบนถึง 5 เท่า และบริเวณกระดูกขากรรไกรล่างจะพบบริเวณฟันกราม (premolar,

molar region) บ่อยที่สุด รองลงไปได้แก่บริเวณฟันเขี้ยว (canine) และฟันตัด (incisor) ตามลำดับ<sup>(9, 10)</sup> เนื้องอกชนิดนี้พบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุก่อนข้างน้อย อายุเฉลี่ยประมาณ 14.6 ปี อายุน้อยสุดที่พบคือ 6 เดือน และอายุมากที่สุดที่พบคือ 42 ปี และไม่มีมีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง<sup>(11)</sup>

ลักษณะอาการและการแสดง 58 เปอร์เซ็นต์ จะพบว่ามีการบวมโตของกระดูกขากรรไกรโดยไม่มีภาวะเจ็บปวดร่วมด้วย 17 เปอร์เซ็นต์ พบได้โดยบังเอิญจากการถ่ายภาพรังสีบริเวณฟัน 8 เปอร์เซ็นต์ พบว่าไปขัดขวางต่อการขึ้นของฟันน้ำนมและฟันแท้ที่อยู่ใกล้เคียงกับเนื้องอก<sup>(12)</sup>

ลักษณะทางภาพถ่ายรังสี พบลักษณะโปร่งรังสี (radiolucent) ชนิดคล้ายถุงน้ำเดียว (unilocular) หรือหลายถุง (multilocular) แต่ส่วนใหญ่แล้วจะพบมีลักษณะชนิดถุงน้ำเดียวที่มีขอบเขตชัดเจน อาจพบว่ามีเยื่อฟันข้างเคียง หรือพบร่วมกับฟันที่ยังไม่ขึ้นจะทำให้ดูลักษณะคล้ายกับถุงน้ำเดนติเจอร์ซิส (dentigerous cyst)<sup>(13)</sup>

การรักษาโดยการผ่าตัดควักออก (enucleation) จะเป็นวิธีที่ดีที่สุดโดยไม่จำเป็นต้องตัดส่วนของกระดูกขากรรไกรออก เพื่อป้องกันการ विकูลงและติดตามผลของการรักษาเป็นระยะ ๆ เพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำและการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง<sup>(14)</sup>

รายงานผู้ป่วยรายนี้ เป็นรายงานผู้ป่วย อะมีโลบลาสติกไฟโบรมา ที่น่าสนใจ พบในผู้ป่วยอายุน้อย และเบียดฟันแท้ทำให้ขึ้นมาในช่องปากไม่ได้

## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 10 ปี มารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรม จังหวัดสิงห์บุรี ด้วยอาการบวมบริเวณกระดูกขากรรไกรล่างมาประมาณ 6 เดือน

## ประวัติปัจจุบัน

6 เดือนก่อนมาพบทันตแพทย์ มารดาผู้ป่วยสังเกตพบว่าบริเวณกระดูกขากรรไกรล่างซ้ายของบุตรชายตรงตำแหน่งฟันเขี้ยวมีอาการบวมเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับขากรรไกรล่างข้างขวาไม่มีอาการเจ็บปวด จึงพามาพบทันตแพทย์

## ประวัติการเจ็บป่วย

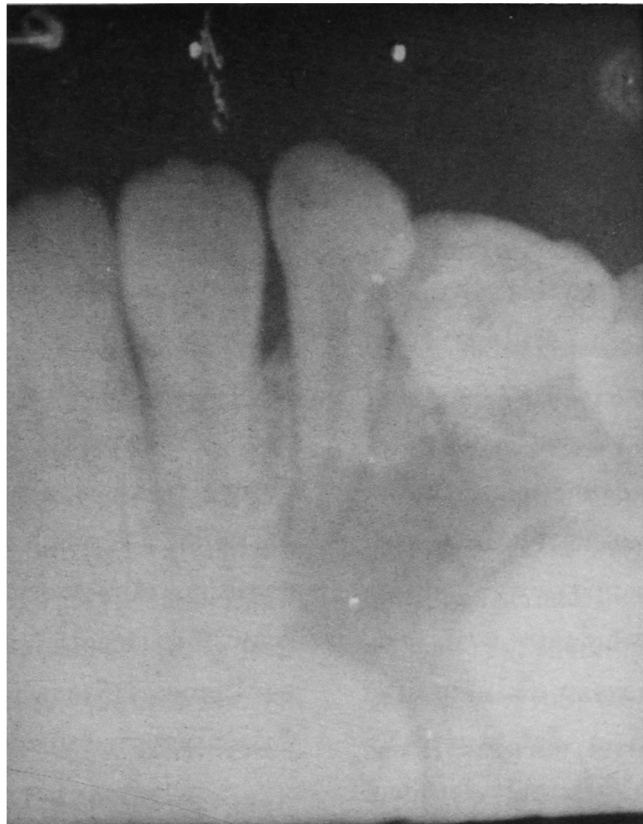
ร่างกายแข็งแรง และสมบูรณ์มาตลอด ไม่มีประวัติ  
แพ้ยาและได้รับวัคซีนครบ

## การตรวจในช่องปาก

ตรวจพบบริเวณฟันเขี้ยวแน่นด้านล่างซ้ายมีอาการ  
บวมขึ้นมาในช่องปากเล็กน้อยกดไม่เจ็บ ไม่มีอาการชา  
ของริมฝีปาก ไม่มีลักษณะอาการของการอักเสบ และมี  
ฟันน้ำนมอยู่ครบไม่มีฟันผุ มีการรักษาสุขภาพในช่องปาก  
ดี ฟันแท้ #46 และ #36 ขึ้นมาปกติ

## การตรวจภาพถ่ายรังสี

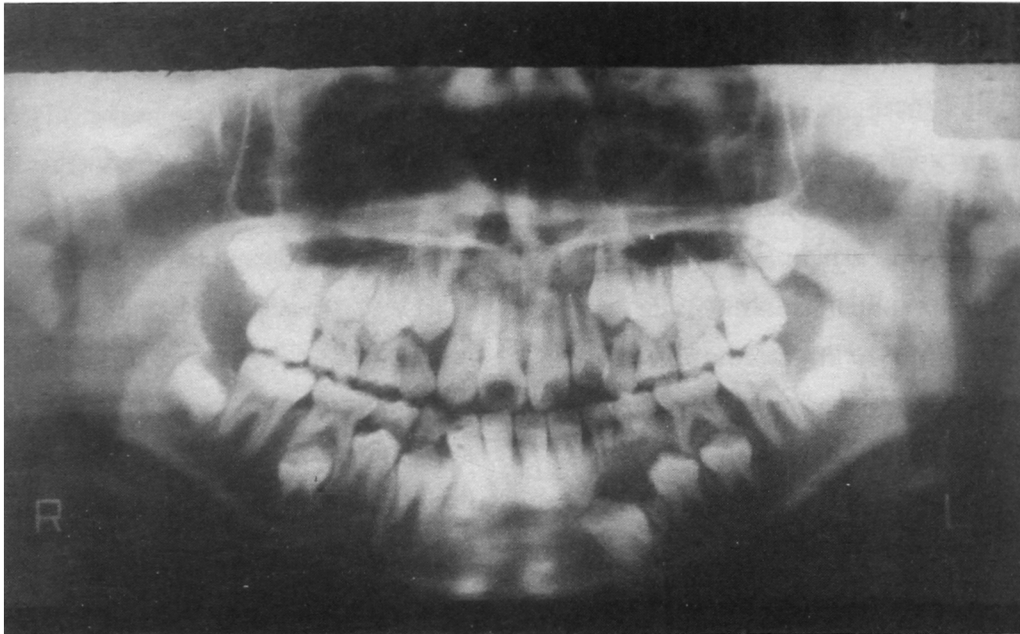
การตรวจดูภาพรังสีของฟัน (รูปที่ 1) และทำออร์โธ-  
แพนโทโมแกรม (orthopantomogram) (รูปที่ 2) บริเวณ  
กระดูกขากรรไกรล่างซ้ายตรงตำแหน่งของฟันเขี้ยวแน่น  
จะมีเงากระดูกโป่งรังสีลักษณะคล้ายถุงน้ำเต๋ยรอบ  
ปลายรากของฟันน้ำนม #73 และ #74 เชื่อมต่อเยื่อหุ้ม  
ฟันแท้ #33, #34 ภายในถุงน้ำส่วนบนยังมีลักษณะคล้าย  
มีส่วนของกระดูกเล็ก ๆ อยู่ภายใน ฟันเขี้ยวแท้ #33 ถูก  
เบียดให้ห่างออกจากฟันกรามน้อย #34 และอยู่บริเวณ  
ขอบกระดูกขากรรไกรล่างใต้ฟัน #32 และอยู่ต่ำกว่าปกติ  
เมื่อเทียบกับตำแหน่งของฟันอีกข้าง



รูปที่ 1 ภาพรังสีฟันแสดงถึงเงากระดูกโป่งรังสีรอบ ๆ ปลายรากฟันน้ำนม #73 และ #74

**Fig. 1** Periapical radiograph shows radiolucent area at deciduous teeth area of #73, #74





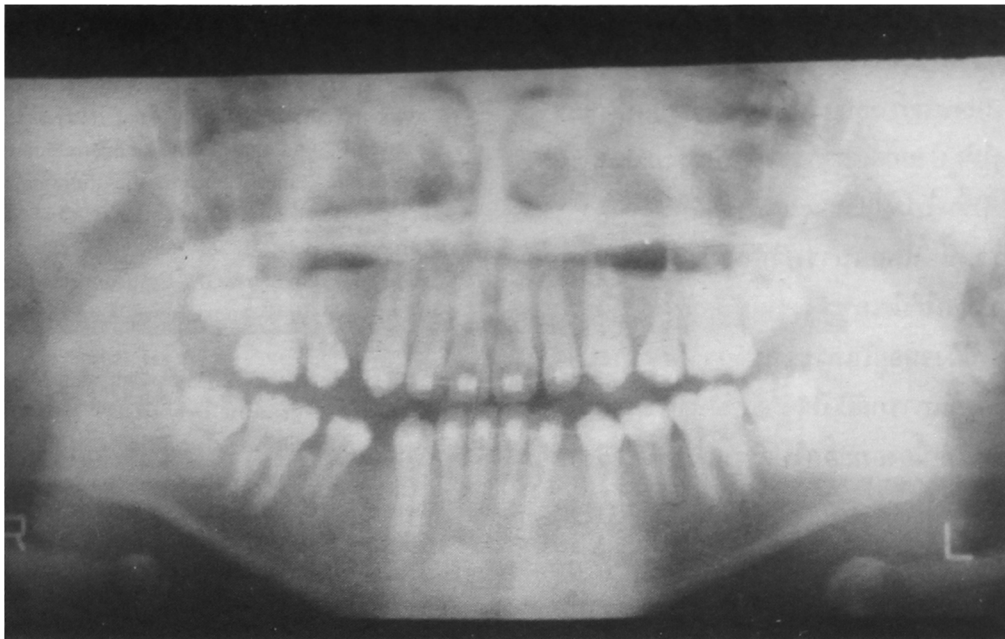
รูปที่ 2 ภาพรังสีเอกซ์แพนโทโมแกรม แสดงถึงเงาโปร่งรังสีบริเวณฟันน้ำนม #73 และ #74 เชื่อมต่อเยื่อหุ้มฟันแท้ #33  
Fig. 2 Orthopantomogram shows radiolucent area of #73, #74 and embedded teeth #33.

การวินิจฉัยโรคขั้นต้น จากลักษณะอาการทางคลินิก และภาพถ่ายรังสี อาจวินิจฉัยว่าเป็น อะมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma) อะมีโลบลาสติกไฟโบรมา ถุงน้ำเดินติเจอรส์ หรือแคลซิฟายอิง อีพิตีเลียมโอดอนโตเจนิค ทูเมอร์ (calcifying epithelium odontogenic tumor) แต่ในผู้ป่วยที่อายุน้อย น่าจะมีโอกาสเป็นอะมีโลบลาสติกไฟโบรมา หรือถุงน้ำเดินติเจอรส์มากกว่า

การรักษา โดยการถอนฟันน้ำนม #73, #74, #83, #84 ที่มีอาการโยกเล็กน้อยออก เพื่อให้ฟันแท่งอกขึ้นมาในช่องปากได้ หลังจากนั้น 3 เดือน พบว่าฟันแท้ #43, #44 ขึ้นมาในช่องปากได้เป็นปกติ ส่วนฟันแท้ #33, #34 ยังถูกเบียดโดยก้อนเนื้ออก อยู่ในกระดูกขากรรไกรล่างตำแหน่งเดิม จึงได้ทำศัลยกรรมภายใต้การฉีดยาเฉพาะที่สกัดประสาทอินฟีเรียลอัลวีโอลาร์ (inferior alveolar nerve) และฉีดยาเฉพาะที่บริเวณ #32-#35

ทำการเปิดแผลผ่าตัดตามคอฟันตั้งแต่ฟัน #31 ถึง #75 ร่วมกับการถอนฟัน #75 ออก จะพบลักษณะของกระดูกผนังบาง กรอกระดูกบางส่วนออก จะพบลักษณะของก้อนเนื้ออกขนาด 3x3 เซนติเมตร เกาะติดกับผนังเยื่อหุ้มฟันแท้ #33 ซึ่งส่วนอื่นๆ เลาะควักออกได้ง่าย ยกเว้นบริเวณฟัน #33 ที่มีเนื้ออกเบียดลงไปใกล้ชิดฟัน จากการพิจารณาลักษณะของเนื้ออกและฟันแท้ #33 อยู่ในตำแหน่งที่ต่ำและอยู่ใต้ฟันแท้ #32 อาจทำให้ควักเนื้ออกออกไม่หมด จึงพิจารณาควักฟันแท้ #33 ออกมาด้วยล้างแผลให้สะอาดเย็บปิดแผลตามแนวเดิม

ผลการตรวจทางพยาธิ พบว่าเป็นอะมีโลบลาสติกไฟโบรมา การติดตามผลการรักษานัดผู้ป่วยตรวจทุก 6 เดือน และส่งปรึกษาทันตแพทย์จัดฟัน พบว่าในระยะเวลา 4 ปี ไม่พบการเกิดเป็นซ้ำอีก และทันตแพทย์จัดฟันให้สบเป็นปกติได้ (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 ภาพรังสีเอกซ์แพนโทโมแกรม แสดงถึง ลักษณะของกระดูกปกติภายหลังการควักเนื้อออกออกมา 4 ปี  
Fig. 3 Orthopantomogram shows normal bone healing after 4 years of enucleation.

## บทวิจารณ์

ลักษณะอะมีโลบลาสติกไฟโบรมาในผู้ป่วยรายนี้ อากาณที่ ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์คือสังเกตเห็น ลักษณะบวมโตผิดปกติของกระดูกขากรรไกรล่างโดยไม่ปรากฏอาการอย่างอื่นร่วมด้วย อาการตรวจภาพถ่ายรังสี จะพบลักษณะของการละลายตัวของกระดูกที่มีขอบเขต ชัดเจนและมีพื้นที่ที่ฝังจมอยู่ภายในกระดูกขากรรไกรล่าง ซึ่งทำให้วินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้นว่าอาจเป็นถุงน้ำเต้าน้ำ- เจอรัส หรือเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมา แม้ว่าเนื้องอกอะมี- โลบลาสโตมาจะพบได้น้อยในเด็กก็ตาม แต่ลักษณะภาพ ถ่ายรังสีอาจจะเห็นเป็นลักษณะคล้ายถุงน้ำเดียวหรือหลาย- ถุงน้ำ ทำให้การวินิจฉัยแยกโรคจากอะมีโลบลาสติก- ไฟโบรมาไม่ได้ โดยทั่วไปแล้วภาพถ่ายรังสีของอะมีโล- บลาสติกไฟโบรมา มีการพบเป็นลักษณะคล้ายถุงน้ำเดียว มากกว่า ในบางรายอาจจะพบมีการพอกพูนของกระดูก เล็ก ๆ เป็นหย่อม ๆ ให้เห็นภายในถุงน้ำ (calcification)<sup>(15)</sup> ทำให้ต้องพิจารณาแยกโรคออกจากเนื้องอกมิกโซมา (myxoma) เนื้องอกแคลซิไฟอิง อีพีทีเลียมโอดอนโตจีนิก (calcifying epithelium odontogenic tumor)<sup>(16, 17)</sup>

การรักษาอะมีโลบลาสติกไฟโบรมา Small<sup>(18)</sup> และ Bhasker<sup>(19)</sup> แนะนำให้ทำการรักษาแบบประคับประคอง (Conservative treatment) โดยการทำศัลยกรรมควักออก (enucleation) มากกว่าที่จะทำการผ่าตัดกระดูกขากรรไกร- ออกไป แบบที่ใช้รักษาอะมีโลบลาสโตมา

Huebsch และ Stephenson (1956)<sup>(20)</sup> carr (1970),<sup>(21)</sup> ให้หลักการรักษาว่าในกรณีที่ตรวจพบเนื- ่องเป็นครั้งแรกและมีขนาดเล็กให้ทำการรักษาโดยการ- ควักออก แต่ถ้ากรณีที่เกิดเป็นซ้ำอีกหรือเนื้องอกมีขนาด- ใหญ่ให้ทำการรักษาโดยการตัดกระดูกขากรรไกรส่วนที่- มีรอยโรคออกไปอาจจะตัดเป็นบางส่วน (Subtotal re- section) หรือตัดกระดูกออกทั้งหมด (hemimandibulectomy) โดยตัดให้ห่างจากตัวเนื้องอกรอบ ๆ ประมาณ 0.5-1 เซนติเมตร แล้วทำการปลูกกระดูกเพื่อเสริมสร้าง- กระดูกขากรรไกรและป้องกันการวิกลรูป<sup>(23)</sup>

อย่างไรก็ตาม Trodahl (1972)<sup>(24)</sup> ได้รายงานถึง- การเกิดเป็นซ้ำของเนื้องอกได้อีกสูงถึง 43.5 เปอร์เซ็นต์ และ Zallen (1982)<sup>(25)</sup> ได้รายงานว่าเกิดเป็นซ้ำไม่ต่ำกว่า 18.3 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ Leider (1972)<sup>(26)</sup> และ

Reichart (1978)<sup>(27)</sup> ได้รายงานถึงการเจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งชนิดอะมีโลบลาสติคไฟโบรซาร์โคมา (ameloblastic fibrosarcoma) ได้ ดังนั้นภายหลังการรักษาจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำเป็นระยะทุก ๆ ปี ไม่น้อยกว่า 10 ปีขึ้นไป (Blankestijn-1986)<sup>(28)</sup>

ในผู้ป่วยรายนี้ขึ้นตอนการทำศัลยกรรมควักออกพบว่าลักษณะเนื้องอกได้ยึดเกาะติดแน่นกับผนังของเนื้อเยื่อหุ้มหน่อฟัน #33 ที่ฝังจมอยู่ในกระดูกขากรรไกรล่างที่อยู่ค่อนข้างลึกเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีกจึงทำการควักฟัน #33 ออก ร่วมกับเนื้องอกออกไปด้วยและยังมีรายงานสนับสนุนของ Young (1985)<sup>(29)</sup> พบว่าการเกิดอะมีโลบลาสติคไฟโบรมามีความสัมพันธ์กับโครงสร้างของการเกิดหน่อฟัน ภายหลังการควักเนื้องอกออกจะพบว่าฟัน #34, #35 งอกขึ้นมาในช่องปากได้เร็วมาก และได้ส่งปรึกษาทันตแพทย์จัดฟันเพื่อจัดฟันให้เข้าที่ตามการสบฟันปกติจากการติดตามการรักษาผู้ป่วยในระยะ 4 ปี ไม่ปรากฏเป็นซ้ำอีก

## สรุป

อะมีโลบลาสติคไฟโบรมาเป็นเนื้องอกที่มีจุดกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อที่สร้างฟันที่ประกอบด้วยเนื้อเยื่อบุผิวที่มีรูปร่างคล้ายอะมีโลบลาส และเนื้อเยื่อมีเซนไคม์ของหน่อฟัน แม้ว่าจะเป็นเนื้องอกที่พบได้น้อย แต่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ เนื่องจากสามารถที่จะบวมโตหรือไปขัดขวางการขึ้นของฟันแท้ในช่องปากได้ และมีอัตราการเกิดเป็นซ้ำได้สูง นอกจากนี้ยังสามารถที่จะเจริญเติบโตเป็นมะเร็งได้ ในกรณีที่ตรวจพบในระยะแรกเริ่ม และมีขนาดเล็ก การรักษาโดยการผ่าตัดควักออก จะเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดสามารถทำภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ได้ และควรติดตามเป็นระยะทุกปีมากกว่า 10 ปีขึ้นไป

## เอกสารอ้างอิง

- Gorlin RJ. Oral Pathology, StLouis: C V Mosby Company, 1970.
- Girdler NM, Edward DM. Ameloblastic fibroma an unusual case of facial swelling in a young child. Br Dent J 1990; 57:169-70.
- Pinborg JJ, Krammer JRH, Torloni H. Histological typing of odontogenic tumors jaw cysts and allied lesions. Int Histol Class Tumors No.5 Geneva : WHO, 1970.
- Lucas, RB. Pathology of tumors of the oral tissues, Edinburgh : Churchill Livingstone, 1976:76.
- Regezi JA, Sciubba J. Oral pathology-Clinical Pathologic Correlations, Philadelphia: W B Saunders Company, 1993: 393.
- Kruse A. Uber die Entwecklung cystischen Geschwuste un Unterkiefer. Arch of Pathol Anat 1891; 124: 137-48.
- Slootweg PJ. An analysis of the interrelationship of mixed odontogenic tumors-ameloblastic fibroma, ameloblastic fibro-odontoma and the odontomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1981; 51: 266-76.
- Eward MB, Goubbran GF. Cystic, melanotic ameloblastic fibroma with granulomatous inflammation. J Oral Surg, 1980; 49: 333-6.
- Bell RA, Schaffner DL, Myers DR. Ameloblastic fibroma: a case report. Pediatric Dentistry 1982; 4: 251-4.
- Nilsen R, Magnusson BC. Ameloblastic fibroma. Int J Oral Surg 1979; 8: 370-4.
- Slootweg PJ. Odontogene mengtumoren. Utrecht : University of Utrecht Elinkwijk, 1979.
- Novince WM, Grau WH. Ameloblastic fibroma. J Oral Surg 1977; 35: 150-3.
- Lysell L, Sund G. Ameloblastic fibroma report of two cases. Br J Oral Surg. 1978; 16:78-85.
- Lucas RB. Pathology of tumors of the Oral tissue. 3rd. Bd. New York : Churchill Livingston. 1984:77.
- Lysell L, Sund G. Ameloblastic fibroma report of two cases. Br J Oral Surg. 1979; 16:78-85.
- Eversole LR, Tomich CE, Cherrick HM. Histogenesis of odontogenic tumors. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1971; 32: 569-81.
- Sedano HO. Ameloblastic fibroma. J Oral Surg 1964; 17: 475-83.
- Small JA, Waldron CA. Ameloblastomas of the jaw, Oral Surg 1955; 8:281-4.
- Bhaskar SM. Synosis of Oral Pathology 5th ed. St.Louis : C.V. Mosby Co, 1977: 241-85.
- Huebsch RF, Stephenson TD. Recurrent ameloblastic fibroma in a 3 year old boy : Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1976; 9:707-14.
- Carr RF, Halperin V, Wood C, Krust L, Schoen J. Recurrent ameloblastic fibroma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1970; 29:85-90.
- Takeda V, Kaneko R, Suzuki A. Recurrent ameloblastic fibroma Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1972; 33:944.
- Sawyer DR. Recurrent ameloblastic fibroma. report of two cases. J Oral Surg 1982; 1:19-23.
- Trodahl JN. Ameloblastic fibroma a survey of cases from Armed Forces Institute of Pathology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1972; 33:547-58.
- Zallen RD, Preskar MH. Ameloblastic fibroma. J Oral Maxillofac Surg 1982; 40: 513-7.
- Leider AS, Nelson JE, Trod JN. Ameloblastic fibrosarcoma of Jaw. J Oral Surg 1972; 33:559-69.
- Reichart PA, Zobl H. Transformation of ameloblastic fibroma to fibrosarcoma. Int J Oral Surgery 1978; 7: 503-7.
- Blankestijn J, Randers AK, Wymenga J PH. Ameloblastic fibroma of the mandible. Br J of Oral Maxillofac Surg 1986; 24: 417-21.
- Young AH. Ameloblastic fibroma in an Infant. J Oral Maxillofac Surg 1985; 4: 289-92.

## Original Article

---

# Ameloblastic fibroma in the mandible, : a case report

### Abstract

*An uncommon case of ameloblastic fibroma in the mandible of a 10 years old boy is presented. The patient has history of swelling of the lower left mandible. Radiologic examination reveal the presense of radiolucent lesion around the deciduous teeth # 73, # 74 and involve embeded tooth # 33. Enucleation is the treatment of choice, but due to high recurrent rate and malignancy change, the tumor needs close longterm follow up.*

**Key words :** Ameloblastic fibroma, odontogenic tumors

---

**Kasemsak Kaew-im D.D.S.**

Dental Department, Singburi General Hospital, Singburi 16000