

1986-05-01

การศึกษาโรคอะมีโลบลาสโตมาของกระดูกขากรรไกร จากภาพถ่ายรังสี

ธีระ ไพบูลย์

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



Part of the [Dentistry Commons](#)

Recommended Citation

ไพบูลย์, ธีระ (1986) "การศึกษาโรคอะมีโลบลาสโตมาของกระดูกขากรรไกร จากภาพถ่ายรังสี," *Chulalongkorn University Dental Journal*: Vol. 9: Iss. 2, Article 3.

DOI: 10.58837/CHULA.CUDJ.9.2.3

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj/vol9/iss2/3>

This Original article 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.

การศึกษาโรคอะมีโลบลาสโตมาของกระดูกขากรรไกร จากภาพถ่ายรังสี

บทคัดย่อ

จากการศึกษาภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วยที่เป็นโรคอะมีโลบลาสโตมา ซึ่งเกิดที่กระดูกขากรรไกรบนและล่าง ของผู้ป่วยจำนวน 76 ราย พบว่าผู้ที่เป็นโรคนี้อายุเฉลี่ย 29.7 ปี เป็นกันมากในชายมากกว่าหญิง ในอัตราส่วน 1.2 : 1.0 และพบว่าโรคนี้นพบเป็นกันมากในกระดูกขากรรไกรล่างมากกว่าในกระดูกขากรรไกรบน ในอัตราส่วน 8.5 : 1.0

จากภาพถ่ายรังสี พบมีการทำลายกระดูกเป็นแบบวงคำหลายวง และแบบวงคำเดี่ยว ในรายที่มีการทำลายกระดูกเป็นแบบวงคำหลายวง พบว่าวงคำแต่ละวงอยู่ชิดติดกัน ไม่แยกห่างออกจากกัน นอกจากนั้นยังพบ ขอบของกระดูกคอร์ติคัลมีการทำลายกระดูกเป็นจึก ๆ กระดูกคอร์ติคัลขยายออก และมีการทำลายปลายรากฟันด้วย ส่วนในรายที่เป็นแบบวงคำเดี่ยว บางรายไม่พบมีลักษณะดังกล่าว ทำให้คิดว่าเป็นโรคถุงน้ำแบบธรรมดา

การศึกษานี้ ได้แบ่งโรคออกเป็น 5 กลุ่ม ตามลักษณะที่พบในภาพถ่ายรังสี คือ ชนิดเด่นติเจอร์ส, ชนิดแลเทอร์ล เปอริโอ คอนส, ชนิดเรติคิวลา, ชนิดโอเต็นเจอร์ส และชนิดเรซิวด

ลักษณะที่พบจากภาพถ่ายรังสี จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคและพิจารณาแยกโรคนี้ออกจากโรคอื่นได้ด้วย

ชรีระ ไพบุญย์ ท.บ., M.S.D., ประกาศนียบัตรชั้นสูงวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (รังสีวิทยา)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชารังสีวิทยา

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

อะมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma) เป็นเนื้องอกชนิดเอพิทีเลียลเซลล์ (epithelial cell tumor) ส่วนมากมักเกิดที่กระดูกขากรรไกรบนและกระดูกขากรรไกรล่าง มีเป็นส่วนน้อยที่เกิดที่ กระพุ้งแก้ม⁽¹⁾ ริมฝีปาก⁽²⁾ กระบอกตา⁽³⁾ และเหงือก^(4,5,6)

โรคนี้มีชื่อเรียกต่างกัน แต่ที่นิยมเรียกกันมากก็คือ อะมีโลบลาสโตมา รองลงมาก็คืออะดาแมนติโนมา (adamantinoma)^(7,8,9)

โดยส่วนใหญ่ เนื้องอกชนิดนี้เป็นชนิดไม่ร้ายแรง (benign)^(10,11) มีบางรายเท่านั้นที่โรคนี้เป็นชนิดร้ายแรง (malignant) ซึ่งมีการแพร่กระจาย (metastasis) ไปตามต่อมน้ำเหลือง^(12,13) ปอด^(9,14,15) กระดูกสันหลังส่วนคอ⁽¹⁶⁾ กระดูกสันหลังส่วนเอว⁽¹⁷⁾ และส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็โรคนี้ บางรายเสียชีวิตได้^(9,18,19)

อะมีโลบลาสโตมาที่เกิดขึ้น เชื่อว่ามีแหล่งกำเนิดมาจาก^(20,21)

1. ความผิดปกติของอีนามเอล ออแกน (enamel organ) หรือเนื้อเยื่อที่สร้างอีนามเอลออแกนเอง
2. เซลล์ เรส ของอีนามเอล ออแกน ที่เกิดขึ้นระหว่างฟันกำลังเจริญเติบโต และภายหลังฟันเจริญเติบโตแล้ว
3. การเปลี่ยนแปลงของเอพิทีเลียมของโอดอนโตเจนิกซิส (odontogenic cysts)
4. การเปลี่ยนแปลงของเอพิทีเลียมของเนื้อเยื่อที่บุขากรรไกร และกระพุ้งแก้ม
5. การย้ายที่ของเอพิทีเลียม ไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย

อะมีโลบลาสโตมา มีจุดเริ่มเกิดตรงกึ่งกลางของกระดูกเกือบทุกราย (originate centrally in bone) ในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวว่าเป็นโรคนี้ เพราะไม่มีอาการทางคลินิกปรากฏจนผิดสังเกต โดยมากมักพบได้โดยบังเอิญบนภาพถ่ายรังสี และพบจากผู้ป่วยที่มารับการตรวจทางรังสีประจำปีตามปกติ ซึ่งพบมีขนาดที่เป็นเล็กมาก ยังไม่ทำลายกระดูกจนมีอาการทางคลินิกให้ปรากฏ^(22,23,24) เมื่อนานเข้าเนื้องอกชนิดนี้ จะขยายออกแบบทีละเล็กทีละน้อย ทำให้กระดูกตรงบริเวณที่เป็นใหญ่ขึ้น แต่โดยมากมักไม่มีอาการปวด ในระยะท้าย ๆ ของโรค มักพบมีอาการปวดร่วมด้วย บางรายพบทะลุเข้าไปในช่องปากเกิดเป็นแผลในปาก บางรายทำลายรากฟัน บางรายมีการทำลายกระดูก กระดูกขากรรไกรขยายใหญ่ จนใบหน้าเปลี่ยนแปลง ทำให้ใบหน้าสองข้างไม่เท่ากัน^(25,26)

จากรายงานการสำรวจวารสารในปี 1937⁽²⁷⁾ พบอะมีโลบลาสโตมามีขนาดใหญ่โตมากห้อยต่ำลงมาถึงระดับซี่โครงที่สอง มีน้ำหนักถึง 1.5 กิโลกรัม และยังพบอีกสองรายที่มีระยะเวลาเป็นโรคนี้ติดต่อกันนานกว่า 50 ปี

ลักษณะที่ปรากฏบนภาพถ่ายรังสี ที่พบส่วนใหญ่มีสองแบบ คือ

1. แบบวงดำเดี่ยว (monoradiolucent compartment หรือ uniloculation)
2. แบบวงดำหลายวง (multiple radiolucent compartment หรือ multiple loculation)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาลักษณะที่ปรากฏบนภาพถ่ายรังสีของโรคอะมีโลบลาสโตมา ที่เกิดกับกระดูกขากรรไกรบนและกระดูกขากรรไกรล่าง จะได้นำมาใช้เป็นหลักพิจารณาในการวินิจฉัยโรคนี้ในโอกาสต่อไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

ได้ศึกษาจากภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยทางทันตพยาธิวิทยาแล้วว่า ผู้ป่วยนั้นเป็นโรคอะมีโลบลาสโตมาที่แท้จริง (true ameloblastoma) ของกระดูกขากรรไกรบนและกระดูกขากรรไกรล่างเท่านั้น ไม่รวมถึงอะมีโลบลาสโตมาที่เกิดขึ้นที่อื่น และอะมีโลบลาสโตมาชนิดอื่นซึ่งมีลักษณะทางพยาธิวิทยาที่แตกต่างกันออกไป เช่น อะมีโลบลาสติกไฟโบรมา (ameloblastic fibroma) อะดีโนอะมีโลบลาสโตมา (adenoameloblastoma) และมีลาโนอะมีโลบลาสโตมา (melanoameloblastoma) เป็นต้น

ชนิดของภาพถ่ายรังสีที่ได้นำมาศึกษา คือ

1. เพอริอะพิกัล ฟิล์ม (periapical films)
2. ออคคลูซัล ฟิล์ม (occlusal films)
3. แลเทอรัล ออบลิค ของขากรรไกร (lateral oblique of jaws films)
4. ออธopanโทโมกราฟิค ฟิล์ม (orthopantomographic films)
5. แพโนกราฟิค ฟิล์ม (panographix films)
6. สเตตัสเอ็กซ ฟิล์ม (status-x films)

ภาพถ่ายรังสีทั้งหมด ได้จากผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกรังสีวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากปี พ.ศ. 2513 ถึง พ.ศ. 2526 จำนวน 76 ราย เป็นชาย 42 ราย หญิง 34 ราย มีอายุขณะที่มารับการตรวจทางรังสีตั้งแต่ 6 ปี ถึง 65 ปี

ตารางที่ 1 แสดงอายุผู้ป่วยขณะที่มารับการตรวจทางรังสี

Table 1 Showing age of patients at time of radiography

Age	Male	Female
0-9	1	—
10-19	10	6
20-29	14	11
30-39	7	10
40-49	7	4
50-59	2	2
60-69	1	1
Total	42	34

จากการศึกษาภาพถ่ายรังสี ของผู้ป่วยจำนวน 76 ราย ในตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า อะมีโลบลาสโตมา พบเป็นในชายมากกว่าหญิง พบมากในช่วงอายุ 20 ถึง 29 ปี มีจำนวนลดน้อยลงเรื่อย ๆ เมื่ออายุลดน้อยลงและเมื่ออายุมากขึ้นจากช่วงอายุที่กล่าวนี้

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า อะมีโลบลาสโตมา พบเป็นที่กระดูกขากรรไกรล่างร้อยละ 89.5 มากกว่าที่กระดูก

ขากรรไกรบน พบเป็นมากบริเวณฟันกรามน้อยและฟันกรามของกระดูกขากรรไกรล่าง (mandibular premolar and molar area) พบหนึ่งรายที่เป็นโรคนี้แล้ว มีการทำลายกระดูกตั้งแต่บริเวณด้านหลังฟันกรามซี่สุดท้ายข้างหนึ่ง ข้ามแนวแบ่งครึ่งร่างกาย (mid line) ของขากรรไกรล่างไปจนถึงบริเวณด้านหลังของฟันกรามซี่สุดท้ายอีกข้าง (left lower third molar to right lower third molar)

ตารางที่ 2 แสดงตำแหน่ง พิจารณาจากภาพรังสี

Table 2 Showing, site distribution, from radiographic films.

	Maxilla	Mandible
<i>Anterior teeth</i>		
across midline	3	20
not across midline	3	6
Posterior teeth	—	11
Posterior teeth and tuberosity	2	—
Posterior teeth and ramus	—	35
Ramus	—	2
Left lower third molar to right lower third molar	—	1
Total	8	68

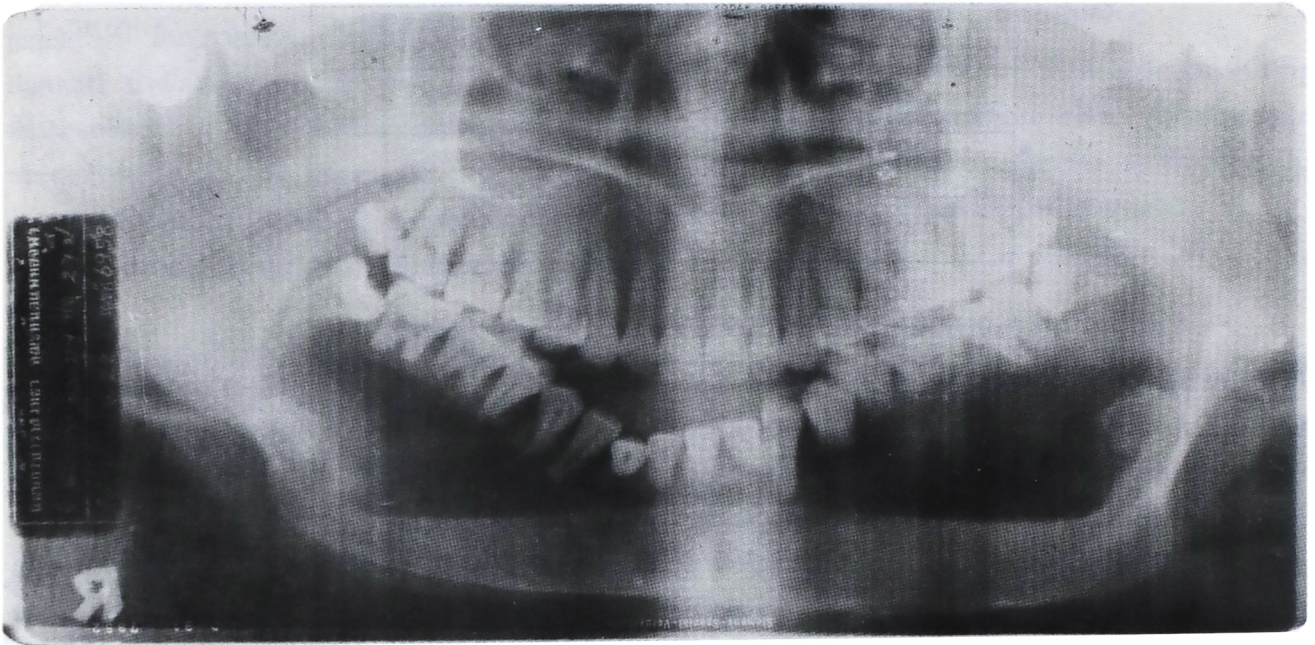
บริเวณฟันหน้า เมื่อเป็นโรคนี้แล้ว มักพบมีการทำลายกระดูกข้ามแนวแบ่งครึ่งร่างกายของกระดูกขากรรไกร จากข้างหนึ่งไปยังอีกข้างเสมอ พบเป็นเช่นนี้ทั้งในกระดูกขากรรไกรบนและล่าง

ในกระดูกขากรรไกรบน เมื่อเป็นโรคนี้ที่บริเวณฟันหลังแล้ว โดยมากมักพบมีการทำลายกระดูกตรงบริเวณปุ่มกระดูก (tuberosity) ร่วมด้วย

ในกระดูกขากรรไกรล่าง เมื่อเป็นที่บริเวณฟันหลัง โดยมากมักพบมีการทำลายกระดูกส่วนเรมัส (ramus) ร่วมด้วย

ขนาดที่เล็กที่สุดที่พบ พบมีการทำลายกระดูกบริเวณระหว่างรากฟันล่างสองซี่ และต้นรากฟันทั้งสองซี่ให้ห่างออกจากกัน

ขนาดที่ใหญ่ที่สุดที่พบ พบมีการทำลายกระดูกตั้งแต่บริเวณหลังฟันกรามล่างที่สุดท้ายขึ้นไปถึงกระดูกส่วนเรมัส ข้ามแนวแบ่งครึ่งร่างกายไปจนถึงบริเวณหลังฟันกรามล่างที่สุดท้ายขึ้นไปถึงกระดูกส่วนเรมัสของอีกข้าง และมีการทำลายกระดูกตลอดทั้งขากรรไกรล่าง เห็นซี่ฟันลอยอยู่เหมือนไม่มีกระดูกค้ำจุนไว้ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ภาพถ่ายรังสีแพโนกราฟฟิก แสดงการทำลายกระดูกที่รองรับฟันล่างทุกซี่ ตั้งแต่ด้านหลังของฟันกรามที่สุดท้ายทั้งสองข้าง ขึ้นไปถึงส่วนเรมัส ซี่ฟันลอยขึ้นข้างบน และมีการทำลายรากฟันด้วย.

Figure 1 Panographix radiograph, showing an extensive ameloblastoma of the mandible. There is a large radiolucent area extend from behind left last molar to behind right last molar, erosion of the root of teeth, expansion of the lower jaw bone and floating all lower teeth.

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในผู้ป่วยคนหนึ่งไม่พบเป็นโรคอะมีโลบลาสโตมาพร้อมกันทั้งกระดูกขากรรไกรบนและกระดูกขากรรไกรล่าง คือเมื่อเป็นที่กระดูกขากรรไกรบนแล้ว ก็ไม่พบเป็นที่กระดูกขากรรไกรล่างในขณะเดียวกัน หรือเมื่อเป็นที่กระดูกขากรรไกรล่างแล้ว ก็ไม่พบเป็นที่กระดูกขา-

กรรไกรบนอีกในขณะเดียวกันเช่นกัน

จากตารางที่ 3 แสดงว่า โรคนี้มีความสัมพันธ์กับบริเวณที่มีฟันมากกว่าบริเวณอื่น โดยเฉพาะกับรากฟันร้อยละ 81.6 พบมีทั้งทำลายรากฟัน คลุมส่วนตัวฟัน และอยู่ระหว่างรากฟันสองซี่

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ที่มีต่อซี่ฟัน
Table 3 Showing, relationship to teeth.

Crown	16
Between roots of two teeth	4
Root	62
Resorption of root	22
Edentulous area	13

ตัวฟัน (crown) พบมีการทำลายกระดูก ทั้งแบบ
วงดำเดี่ยว และแบบวงดำหลายวงโดยมีตัวฟันอยู่ในวงดำ
นั้น

ระหว่างรากฟันสองซี่ พบมีการทำลายกระดูกทั้งแบบ
วงดำเดี่ยว และแบบวงดำหลายอัน อยู่ระหว่างรากฟันสองซี่
ต้นรากฟันทั้งสองซี่ให้ห่างออกจากกันด้วย

รากฟัน พบมีการทำลายกระดูกตรงปลายรากฟันและ
รอบ ๆ รากฟัน พบเป็นทั้งแบบวงดำเดี่ยว และแบบวงดำ

หลายวง บางรายทำลายกระดูกที่ค้ำจุนฟันทั้งหมด บางราย
ต้นซี่ฟันให้ออกจากที่เดิม เช่น ต้นฟันกรามล่างซี่สุดท้าย
ขึ้นไปถึงส่วนโคโรนอย และยังพบต้นฟันล่างให้ลอยขึ้นข้างบน
จนทำให้ผู้ป่วยสบฟันไม่ได้เหมือนปกติ

นอกจากนี้ยังพบมีการทำลายกระดูกทั้งแบบวงดำเดี่ยว
และแบบวงดำหลายวง ตรงบริเวณที่ไม่มีฟันด้วย

จากตารางที่ 4 แสดงว่า มีการทำลายกระดูกขากรรไกร
เป็นแบบวงดำหลายวงร้อยละ 89.47 ซึ่งมากกว่าแบบวงดำเดี่ยว

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะที่ปรากฏบนภาพถ่ายรังสี ของการทำลายกระดูกขากรรไกร
Table 4 Showing, radiographic signs.

	Monoradiolucent compartments	Multiple radio lucent compartment
Crown located in radiolu cent area	2	14
Radiolucent area located between root of two teeth	2	1
Radiolucent area located at the root	2	42
Radiolucent area located at edentulous area	2	11
Total	8	68

แบบวงดำเดี่ยว พบทั้งที่มีส่วนตัวฟันอยู่ภายใน, อยู่ระหว่างรากฟันสองซี่, ตรงรากฟัน และอยู่ตรงบริเวณที่ไม่มีฟัน

แบบวงดำหลายวง พบทั้งที่มีส่วนตัวฟันอยู่ภายใน อยู่ระหว่างรากฟัน ตรงรากฟัน และอยู่ตรงบริเวณกระดูกขากรรไกรที่ไม่มีฟัน พบเป็นวงดำใหญ่หลาย ๆ อัน หรือพบเป็นวงดำใหญ่ และมีวงดำเล็ก ๆ คล้ายฟองสบู่ หรือคล้ายรังผึ้งหลาย ๆ อันร่วมอยู่ด้วย มีข้อน่าสังเกตคือ วงดำ

ที่เกิดขึ้นไม่ว่าเล็กหรือใหญ่ ทุกวงจะอยู่ติดกัน ไม่แยกห่างออกจากกัน

จากตารางที่ 5 พบว่าทั้งแบบวงดำเดี่ยว และแบบวงดำหลายวง มีการทำลายกระดูกคอรัติคัลเป็นจึก ๆ มากกว่าแบบอื่น นอกจากนี้ยังพบต้นกระดูกคอรัติคัลขยายออกเห็นเป็นเส้นขาวเล็ก ๆ บาง ๆ มากกว่าที่ทะลุเข้าไปในเนื้อเยื่อที่อยู่โดยรอบ

ตารางที่ 5 ลักษณะตามขอบที่เกิดขึ้นกับกระดูกคอติคัล

Table 5 Radiographic features of margin of cortical bone.

Corticated smooth margin	20
Corticated scalloped margin	54
Thin cortical bone expansion	22
Perforation of cortical plate	2

บทวิจารณ์

ภายหลังจาก Wilhelm Conrad Roentgen ได้พบรังสีเอกซ์เมื่อปี 2438 แล้ว ก็ได้มีการนำเอารังสีชนิดนี้มาถ่ายภาพอวัยวะของร่างกาย^(28,29,30) เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ รวมทั้งจะมีไลบลาสโตมาด้วย

อะมีไลบลาสโตมา ที่เกิดที่ขากรรไกรมีประมาณร้อยละ 1 ของโรคถุงน้ำ (cysts) และโรคเนื้องอกที่เกิดที่ขากรรไกรทั้งหมด ซึ่งน้อยกว่า เพอริโอดอนทัล ซีส (periodontal cysts), เด็นติเจอร์ส ซีส (dentigerous cysts), ฟิชเชอร์ล ซีส (fissural cysts) และโอดอนโตเจนิค เคอราโตซีส (odontogenic keratocysts)^(8,21,26,31)

จากรายงานต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคนี้พบว่า โรคนี้เกิดได้มากกับผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในช่วง 31-38 ปี^(27,32) ต่างจากผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพบเป็นโรคนี้มากในช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 32.90 แต่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ก็พบมากรองลงมาคือร้อยละ 22.37

Small และ Waldron⁽²⁶⁾ และ Mehlich และคณะ⁽³²⁾ ไม่พบความแตกต่างกันมากนักทั้งหญิงและชาย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบเป็นโรคนี้ในชายมากกว่าหญิงในอัตราส่วน 42 : 34 ซึ่งความแตกต่างกันนี้ก็ไม่น่ามากนัก อาจกล่าวได้ว่าทั้งหญิงและชาย มีโอกาสที่จะเป็นโรคนี้ได้มากน้อยพอ ๆ กัน และสอดคล้องกับรายงานของ Wesley และคณะ⁽³³⁾ และ Gorlin และ Goldman⁽²⁰⁾

Robinson⁽²⁷⁾ พบเป็นโรคนี้ที่ขากรรไกรล่างร้อยละ 83.7 Small และ Waldron⁽²⁶⁾ พบเป็นที่ขากรรไกรล่างร้อยละ 88 จากรายงานการศึกษาครั้งนี้พบว่าอะมีไลบลาสโตมาก็เป็นที่กระดูกขากรรไกรล่างมากเช่นกันคือร้อยละ 89.5

ในพวกคอเคเซียน (caucasians) ร้อยละ 70 พบเป็นที่บริเวณฟันกรามล่างและส่วนโคโรนอยด์⁽³⁴⁾ (molar and coronoid process) แต่ Akinosi และ William⁽³⁵⁾ และ Potdar⁽³⁶⁾ ได้รายงานว่าที่ในจีเรียและอินเดีย พบเป็นโรคนี้มากที่สุดที่บริเวณฟันหน้าของขากรรไกรล่าง (anterior part of mandible) จากการศึกษานี้พบเป็นมากที่สุดที่บริเวณฟันกรามน้อย และฟันกรามของกระดูกขากรรไกรล่าง (mandibular bicuspid molar region)

Adekeye⁽³⁴⁾ พบเป็นแบบวงดำหลายวงร้อยละ 89.9 ซึ่งไม่ต่างจากผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มากนัก คือ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นอะมีโลบลาสโตมา มีการทำลายกระดูกแบบวงดำหลายอันร้อยละ 82.9 นอกนั้นเป็นแบบวงดำเดี่ยว

จากการศึกษาครั้งนี้ ที่พบการทำลายกระดูกโดยโรคอะมีโลบลาสโตมา เป็นแบบวงดำหลายอันมากกว่าแบบวงดำเดี่ยว คงเป็นเพราะโรคนี้เป็นอยู่นานหลายปี โดยที่ไม่มีอาการเจ็บปวด ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ต้น

ระยะเริ่มแรกของโรคจริง ๆ คงมีการทำลายกระดูกเป็นแบบวงดำเดี่ยวเล็ก ๆ แล้วมีการทำลายกระดูกที่อยู่ติดกันเป็นหลาย ๆ อันเล็ก ๆ จากนั้นเมื่อนานเข้าแต่ละวงก็จะขยายใหญ่ขึ้นทำลายกระดูกที่กันของแต่ละวงออก รวมกันเป็นวงใหญ่หลาย ๆ วง และอาจพบมีวงดำขนาดเล็ก ๆ จำนวนมาก มีลักษณะคล้ายฟองสบู่ ซึ่งเกิดขึ้นขณะซักผ้าหรือคล้ายรังผึ้งอยู่รวมกันเป็นกระจุกรวมอยู่ด้วย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าลักษณะที่พบบนภาพถ่ายรังสีที่พบมากคือ มีการทำลายกระดูกเป็นแบบวงดำหลายวง, ตามขอบของกระดูกคอร์ติคัลมีลักษณะเป็นจัก ๆ, กระดูกคอร์ติคัลขยายออกแต่ไม่ทะลุเข้าไปในเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างเคียง, และมีการทำลายรากฟันด้วย ส่วนในรายที่เป็นแบบวงดำเดี่ยวบางรายไม่พบมีลักษณะดังกล่าว ทำให้คิดว่าเป็นโรคถุงน้ำแบบธรรมดา (simple cysts).

จากการศึกษานี้ ได้จัดแบ่งโรคอะมีโลบลาสโตมา โดยอาศัยลักษณะของโรคที่ปรากฏบนภาพถ่ายรังสี จะได้เป็นหลักเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคนี้ (radiographic diagnosis) และใช้เป็นหลักในการวินิจฉัยแยกโรคนี้จากโรคอื่นด้วย (differential radiographic diagnosis)

จึงได้จัดแบ่งอะมีโลบลาสโตมา (classification of ameloblastoma) โดยพิจารณาจากลักษณะที่ปรากฏบนภาพถ่ายรังสี และอาศัยชีพื้นเป็นหลักในการพิจารณาด้วย ดังนี้คือ

ชนิดของอะมีโลบลาสโตมา (type of ameloblastoma)

1. ชนิดเด็นติเจอรัส หรือ ดันติเจอรัส อะมีโลบลาสโตมา (dentigerous type หรือ dentigerous ameloblastoma) มีส่วนตัวฟันยื่นเข้าไปในวงดำเดี่ยวหรือวงดำหลายวง

2. ชนิดแลเทอรัล เปอริโอดอนทัล หรือ แลเทอรัล เปอริโอดอนทัล อะมีโลบลาสโตมา (lateral periodontal type หรือ lateral periodontal ameloblastoma) วงดำเดี่ยว หรือวงดำหลายวงอยู่ระหว่างรากฟันสองซี่

3. ชนิดเรดิคิวลา หรือ เรดิคิวลา อะมีโลบลาสโตมา (Radicular type หรือ radicular ameloblastoma) วงดำเดี่ยวหรือวงดำหลายวง อยู่ตรงรากฟันและรอบ ๆ รากฟัน

4. ชนิดอีเด็นจูรัส หรือ อีเด็นจูรัส อะมีโลบลาสโตมา (edentulous type หรือ edentulous ameloblastoma) วงดำเดี่ยวหรือวงดำหลายวง อยู่ตรงบริเวณที่ไม่มีฟันรวมทั้งบริเวณปุ่มกระดูก, ส่วนเรมัส, ส่วนโคโรนอยด์ และส่วนคอนดัย ด้วย

5. ชนิดเรซิดูวาล หรือ เรซิดูวาล อะมีโลบลาสโตมา (residual type หรือ residual ameloblastoma) เป็นพวกที่เมื่อได้รับการรักษาไปแล้วกลับเกิดเป็นโรคนี้ขึ้นมาใหม่ได้อีก

บทสรุป

ผลจากการศึกษาภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วย ที่เป็นโรคอะมีโลบลาสโตมา จำนวน 76 ราย มีดังต่อไปนี้คือ

1. พบเป็นกับชายมากกว่าหญิง ตามอัตราส่วน 1.2 : 1.0
2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้มีอายุเฉลี่ย 29.7 ปี พบเป็นในช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 39.90 และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยน้อยลงเรื่อย ๆ เมื่ออายุน้อยลงและเมื่ออายุมากขึ้นกว่าช่วงอายุ 20-29 ปี

3. พบเป็นที่กระดูกขากรรไกรล่างมากกว่ากระดูกขากรรไกรบน ตามอัตราส่วน 8.5 : 1.0 บริเวณกระดูกที่พบเป็นมากคือ บริเวณฟันกรามน้อยและฟันกรามของกระดูกขากรรไกรล่าง

4. พบว่าโรคนี้มีความสัมพันธ์กับรากฟันมากกว่าส่วนอื่นของกระดูกขากรรไกร เช่น ทำลายกระดูกรอบรากฟัน, ดันรากฟันให้ห่างออกจากกัน และทำลายรากฟัน เป็นต้น

5. ขนาดที่เล็กที่สุดที่พบ พบมีการทำลายกระดูกอยู่ระหว่างรากฟันสองซี่ และดันรากฟันทั้งสองซี่ให้ห่างออกจากกัน ส่วนขนาดใหญ่ที่สุดที่พบ พบมีการทำลายกระดูกตลอดขากรรไกรล่างตั้งแต่ด้านหลังฟันกรามล่างที่สุดท้ายทางซ้ายขึ้นไปจนถึงส่วนเรมัส ข้ามแนวแบ่งครึ่งร่างกายไปจนถึงด้านหลังฟันกรามล่างที่สุดท้ายขึ้นไปถึงส่วนเรมัสทางขวา และมีการทำลายกระดูกที่ค้ำจุนชีพื้นเห็นชีพื้นลอยอยู่เหมือนไม่มีอะไรยึดไว้

6. ในผู้ป่วยคนหนึ่ง ไม่พบเป็นอะมีโลบลาสโตมาพร้อมกัน ทั้งในกระดูกขากรรไกรบนและกระดูกขากรรไกรล่าง

7. มีการทำลายกระดูกเป็นแบบวงดำหลายวงมากกว่าแบบอื่น วงดำแต่ละวงจะอยู่ชิดติดกัน ไม่แยกห่างออกจากกัน

8. การศึกษานี้ ได้จัดแบ่งชนิดของอะมีโลบลาสโตมา ซึ่งเกิดกับกระดูกขากรรไกรบนและล่าง โดยอาศัยลักษณะที่ปรากฏบนภาพถ่ายรังสี ดังต่อไปนี้คือ

1. ชนิดเด็นติเจอร์รัส หรือ เด็นติเจอร์รัส อะมีโลบลาสโตมา
2. ชนิดแลเทอร์ล เปอริโอคอนดัล หรือ แลเทอร์ล เปอริโอคอนดัล อะมีโลบลาสโตมา
3. ชนิดเรดิคิวลา หรือ เรดิคิวลา อะมีโลบลาสโตมา
4. ชนิดอีเด็นจูรัส หรือ อีเด็นจูรัส อะมีโลบลาสโตมา
5. ชนิดเรซิควาล หรือ เรซิควาล อะมีโลบลาสโตมา
9. ลักษณะที่ปรากฏบนภาพถ่ายรังสีที่สำคัญคือ

1. มีการทำลายกระดูกเป็นแบบวงดำหลายวง ร้อยละ 89.47

2. ตามขอบ ๆ ของกระดูกคอร์ติคัล การทำลายกระดูกเป็นแบบมีลักษณะเป็นจัก ๆ ร้อยละ 54.0

3. กระดูกคอร์ติคัลขยายออกเห็นเป็นเส้นขาวบาง ๆ แต่ไม่ทะลุเข้าไปในเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างเคียง ร้อยละ 28.9

4. มีการทำลายรากฟัน ร้อยละ 28.95

จากการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่าลักษณะที่ปรากฏบนภาพถ่ายรังสี ที่พอจะใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาว่าเป็นโรคอะมีโลบลาสโตมา คือ พบมีการทำลายกระดูกเป็นแบบวงดำหลายวง วงดำแต่ละวงอยู่ชิดติดกันไม่แยกห่างออกจากกัน ตามขอบ ๆ ของกระดูกคอร์ติคัล การทำลายกระดูกมีลักษณะเป็นจัก ๆ กระดูกคอร์ติคัลถูกดันขยายออก จนเห็นเป็นเส้นขาวเล็ก ๆ บาง ๆ แต่ไม่ทะลุเข้าไปในเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างเคียง และมีการทำลายรากฟันด้วย

ลักษณะที่ปรากฏบนภาพถ่ายรังสีที่กล่าวนี้ นอกจากใช้ในการวินิจฉัยโรคแล้ว น่าจะใช้เป็นเกณฑ์ในการแยกอะมีโลบลาสโตมา จากโรคอื่นได้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Braunstein, E. : Case report of an Extraosseous Adamantinoblastoma, **Oral Surg**, 2 : 726-728, 1949.
2. Bernier, J.L. : **The Management of Oral Disease**. 1st. ed. The C.V.Mosby Co., Saint Louis. 1955, pp. 689.
3. Cohen, L., Medak, M., and Burlakow. : An Unusual Type of Ameloblastoma with a Review of the Literature, **J. Oral Med**, 27 : 83-88, 1972.
4. Moskow, B.S. : The Peripheral Ameloblastoma of the Gingiva. Case Report and Literature Review, **J.Periodontol**, 53 : 736-742, 1982.
5. Lee, K.W., Chim, T.C., and Paul, S : Peripheral Ameloblastoma, **Br.J. Oral Surg**. 8:150-153, 1970.
6. Wertheimer, F.W., and Stroud D.E. : Peripheral Ameloblastoma in a Papilloma with Recurrence : Report of Case, **J. Oral Surg**, 30: 47-49, 1970.
7. Baden, E.F. : Terminology of the Ameloblastoma ; History and Current Usage, **J. Oral Surg**, 23:40-49, 1965.
8. Malassez, L. : Sur le rol des Debris Epitheliaux Parodontaires, **Arch. Physiol. Norm. Pathol**. 5:379-449, 1885
9. Tsaknis, J.P., and Nelson, F.J. : The Maxillary Ameloblastoma and Analysis of 24 Cases, **J. Oral Surg**, 38 : 336-342, 1980.
10. Reaume, C., Wesley, K.R., Jung, B., and Grammer, C.F. : Ameloblastoma of the Maxillary Sinus, **J. Oral Surg**, 38:520-521, 1980.
11. Wuehrmann, H.A., and Manson-Hing, R.L. : **Dental Radiology**, The C.V. Mosby Co., Saint Louis, 1977, pp. 191-193.
12. Ishigawa, G., and Shimada, Y. : A Case of Ameloblastoma with Metastasis to the Lower Lip and Lymph Nodes, **Gann**, 45 : 311, 1954.
13. Masson, J.K., McDonald, J.R. and Figi, F.A. : Adamantinoma of the Jaws : A Clinicopathologic Study of 101 Histologically Proved Cases, **Plast. & Reconstr. Surg**, 23:510-535, 1959.
14. Lee, E.E., White W.L., and Totten, R.S. : Ameloblastoma with Distant Metastasis, **Arch. Path**, 68:23, 1959.
15. Tsukada, Y., De La Pava, S., and Pickren, J.W. : Granular Cell Ameloblastoma with Metastasis to the Lungs, **Cancer**, 18:916-925, 1965.
16. Hoke, H.F., and Harrelson, A.B. : Granular Cell Ameloblastoma with Metastasis to the Cervical Vertebrae, **Cancer**, 20:991-999, 1967.
17. Sugimura, M., Yamauchi, T., and Yashikawa, K. : Malignant Ameloblastoma with Metastasis to the Lumbar Vertebrae, **J. Oral Surg.**, 27 : 350-357, 1969.
18. Bailey, I.C. : Case report : Ameloblastoma, **Br. J. Cancer**, 55:455-457, 1966
19. Kyriasis, A.P., Karkazis, G.C., and Kyriasis, A.A. : Maxillary Ameloblastoma with Intracerebral Extension, **J.Oral Surg**, 32: 582-587, 1971.

20. Gorlin, R.T., and Goldman, H.M. : **Thoma' Oral Pathology**. 5th ed., C.V. Mosby Co., Saint Louis, 1970, pp. 483-489.
21. Shafer, W.G., Hine, M.K., and Levy B.M. : **A Textbook of Oral Pathology**. 3rd. ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1974, pp. 251-258.
22. England, C.L. : Ameloblastoma of the Mandible : Report of a Case, **Oral Surg**, 13 : 648-650, 1960.
23. Quinn, H.J., Calif, P.C. and Fullmer, M.H. : A Small Ameloblastoma of the Mandible, **Oral Surg**, 6:949-952, 1953.
24. Scannel, M.J. : Ameloblastoma of the Mandible, **Oral Surg**, 5:787-791, 1952.
25. Migita, H., Kohno, N., and Migita, N. : Ameloblastoma with Gingival Ulcer, **Int. J. Oral Surg**, 7:188-191, 1978.
26. Small, A.I., and Waldron, A.C. : Ameloblastomas of the Jaws, **Oral Surg**, 8:281-297, 1955.
27. Robinson, H.B.G. : Ameloblastoma; A Survey of 379 Cases from the Literature, **Arch. Path**, 23 : 831-843, 1937.
28. ชีระ ไพบูลย์. : การถ่ายภาพฟันด้วยเอ็กซ-เรย์. พิมพ์ครั้งที่ 1, ตรีกิจการพิมพ์ ชอยพญานาค, กทม. พ.ศ. 2519, 99-110.
29. ชีระ ไพบูลย์. : ประวัติของทันตรังสี. พิมพ์ครั้งที่ 1, ตรีกิจการพิมพ์ ชอยพญานาค, กทม. พ.ศ. 2519, 1-8.
30. ชีระ ไพบูลย์. : เอ็กซ-เรย์ ฟลิคส์ สำหรับทันตแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1, ตรีกิจการพิมพ์ ชอยพญานาค, กทม. พ.ศ. 2519, 1-29.
31. Killy, H.C., and Kay, L.W. : **Benign Cystic Lesions of the Jaws**, Churchill Livingstone, London, 1972, pp. 158-159.
32. Mehlishch, D.R., Dahlin, D.C., and Masson, J.K. : Ameloblastoma : A Clinicopathologic Report, **J. Oral Surg**, 30 : 9-22, 1972.
33. Wesley, R.K., Borninski, E.R., and Mintz, S. : Peripheral Ameloblastoma, **J. Oral Surg**, 35 : 670-672, 1977.
34. Adekeye, O.E. : Ameloblastoma of the Jaws : A Survey of 109 Nigerian Patients, **J. Oral Surg**, 38 : 36-41, 1980.
35. Akinosi, J.O., and Williams, A.O. : Ameloblastoma in Ibadan, Nigeria, **Oral Surg**, 27:257-265, 1969.
36. Potdar, G.G. : Ameloblastoma of the Jaw as Seen in Bombay, India, **Oral Surg**, 28:297-303, 1969.

Original Article

Radiographic Study of Ameloblastoma of the Jaws.

Abstract

A study of radiographs of seventy four cases of Ameloblastoma of Maxillomandibular parts is presented. Findings showed an average age of 29.7 years, a male to female ratio of 1.2 : 1.0 The tumor was found in Mandible more than Maxilla 8.5 : 1.0

Radiograms showed as a radiolucent area of unilocular and multilocular. In multilocular radiolucent area, all multiloculations are intact or not separation, with at least of the following additional appearances : cortical plate expansion, a corticated scalloped margin, resorption of dental root apex. In some unilocular radiolucent area was present without these additional features, the lesion was suggest to be a simple cyst.

This study classified this tumor into five groups, based on radiographical appearances : Dentigerous type, Lateral periodontal type, Radicular type, Edentulous type and Residual type.

Result of this study may play an important roles in diagnosis and differential diagnosis.

C. PAIBOON D.D.S., M.S.D. (Ala.), Grad. Dip. in Clin. Sc. (Radiology)

Department of Radiology
Faculty of Dentistry
Chulalongkorn University
Bangkok – 10500, Thailand.