



ภาพรังสี ลักษณะทางคลินิก และเทคนิคการถ่ายภาพรังสี ของอะมีโลบลาสโตมา ในผู้ป่วย กลุ่มหนึ่ง

ใจนุช จงรักษ์*
ภาควิชาพยาธิวิทยา
ราชบัณฑิตยสถาน

บทคัดย่อ

ได้รวบรวมผู้ป่วยอะมีโลบลาสโตมาที่มารับการตรวจด้วยภาพรังสีที่ภาควิชารังสีวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ปีพุทธศักราช ๒๕๓๕-๒๕๕๕ ได้จำนวน ๗๘ ราย ศึกษา อายุ เพศ อาการทางคลินิก เทคนิคการถ่ายภาพรังสี ลักษณะภาพรังสีของพยาธิสภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัยผู้ป่วยต่อไป ผลการศึกษาพบพยาธิสภาพในหญิง ๔๐ ราย ชาย ๓๘ ราย อายุที่พบมากที่สุดมี ๒ ช่วง คือ ช่วงอายุ ๒๑-๓๐ ปี และ ๓๑-๔๐ ปี บริเวณขากรรไกรล่างพบได้มากกว่าขากรรไกรบน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือส่วนหลัง ไม่พบพยาธิสภาพนี้บริเวณแนวกลางใบหน้าในขากรรไกรบน ลักษณะภาพรังสีพบเป็นเงาโปร่งรังสีหลายวงมากกว่าวงเดี่ยว และ ๕ รายพบเป็นเงาผสม ทั้ง ๕ รายนี้ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อว่าเป็นชนิด เดสโมพลาสติกอะมีโลบลาสโตมา ไม่สามารถวินิจฉัยแยกจากพยาธิสภาพไฟโบรอสเซียสหากใช้ภาพรังสีแต่เพียงอย่างเดียว พบอะมีโลบลาสโตมาชนิดร้าย ๔ ราย ๑ ใน ๔ รายมีลักษณะเป็นพยาธิขนาดเล็ก ปลายรากฟัน ทำให้วินิจฉัยผิดเป็นรอยโรคปลายราก ภาพรังสีที่ใช้ในผู้ป่วยทุกรายคือภาพรังสีปริทัศน์ ภาพ CT ถูกใช้เมื่อต้องการศึกษาขอบเขตที่แน่นอนของพยาธิสภาพที่มีขนาดใหญ่ก่อนการผ่าตัด ส่วน MR ไม่ได้รับการระบุให้อยู่ในการถ่ายภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้เลย

คำสำคัญ : อะมีโลบลาสโตมา

บทนำ

อะมีโลบลาสโตมา เป็นเนื้องอกไม่ร้ายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างฟัน (odontogenic tumour) ที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขากรรไกรล่าง และแม้ว่าจะเป็นเนื้องอกไม่ร้าย แต่ก็มีอาการคล้ายกระดูกอ่อนข้างมาก^๑ และมีการกลับเป็นซ้ำได้สูง ขึ้นอยู่กับชนิดของพยาธิสภาพและการทำศัลยกรรม^{๒-๖} ผู้ป่วยมักมีอาการบวม แข็ง กดไม่เจ็บ ไม่มี

อาการอักเสบ นอกจากรายที่มีการติดเชื้อร่วมด้วย อะมีโลบลาสโตมาแบ่งได้ตามลักษณะทางจุลพยาธิเป็นหลายชนิดเกือบทุกชนิดจะปรากฏเป็นเงาโปร่งรังสีเดี่ยว (unilocular) หรือหลายวง (multilocular) ขอบชัดเจน อาจมีขอบเรียบหรือเป็นหยัก ไม่พบมีก้อนทึบรังสีของแคลเซียมอยู่ภายใน ยกเว้นอะมีโลบลาสโตมา ชนิดเดสโมพลาสติก (desmoplastic) ซึ่งจะเป็เงาโปร่งรังสีปะปน

อยู่ภายใน^{๗-๑๐} ทำให้วินิจฉัยแยกโรคจากไฟโบรอสเซียส (fibrousseous) ได้ยาก ส่วนลักษณะเงาโปร่งรังสีเดี่ยวหรือหลายวงที่กล่าวถึงในตอนแรก ก็อาจวินิจฉัยแยกจากถุงน้ำ หรือเนื้องอกชนิดอื่นได้ยาก หากใช้ภาพรังสีแต่เพียงอย่างเดียว และเนื่องจากเนื้องอกชนิดนี้พบได้บ่อยกว่าเนื้องอกชนิดอื่น ในผู้ป่วยที่มารับการตรวจด้วยรังสีที่ภาควิชารังสีวิทยา การศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

* ศาสตราจารย์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



รวบรวมลักษณะภาพรังสีของผู้ป่วย
อะมีโลบลาสโตมา ซึ่งถูกส่งมาที่ภาควิชา
ในช่วงปีพุทธศักราช ๒๕๓๕ - ๒๕๔๔
รวมทั้งศึกษาอาการ ผลกระทบต่อ
รากฟันข้างเคียง เทคนิคการถ่ายภาพ
รังสีในแต่ละรายเพื่อใช้เป็นข้อมูลการ
ศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

๑. รวบรวมผู้ป่วยที่ได้รับรายงาน
ผลจากการตรวจชิ้นเนื้อว่าเป็น อะมี-
โลบลาสโตมา ที่ถูกส่งมาจากทั้งสถาน
ที่ราชการและคลินิกเอกชน ในช่วงปี
พุทธศักราช ๒๕๓๕-๒๕๔๔

๒. ศึกษาและบันทึกลักษณะ
อาการทางคลินิก อายุ เพศ และบริเวณ
ที่มีพยาธิสภาพ จากนั้นจึงถ่ายภาพรังสี

๓. บันทึกรายละเอียดลักษณะ
พยาธิสภาพที่ปรากฏในภาพรังสี ผล
ต่อตัวฟันและรากฟันบริเวณใกล้เคียง

๔. บันทึกรายละเอียดของเทคนิค
การส่งถ่ายภาพรังสีในผู้ป่วยแต่ละราย
พร้อมเหตุผลของการส่งถ่ายภาพรังสี
ด้วย

ในการบันทึกข้อมูลในข้อ ๒ และ
๓ มีรายละเอียดดังนี้ คือ เมื่อศึกษา
ภาพรังสีของผู้ป่วยแต่ละรายแล้วจะ
ถ่ายทอดบริเวณที่มีพยาธิสภาพลงบน
แผ่นผังรูปภาพที่จัดทำขึ้น เพื่อให้เห็น
ภาพรวมของพยาธิสภาพทั้งหมด จาก

นั้นจึงบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับบริเวณ
(location) โดยกำหนดว่า

เมื่อพยาธิสภาพข้ามเส้นแนวกลาง
ใบหน้า (mid line) จะบันทึกว่าบริเวณ
แนวกลางใบหน้า “mid line region”

เมื่อพยาธิสภาพอยู่ในบริเวณพื้น
ตัดและเขี้ยว เรียกว่า บริเวณส่วนหน้า
(anterior region)

เมื่อพยาธิสภาพอยู่ในบริเวณพื้น
กรามน้อย ฟันกราม ท้ายฟันกราม
(ramus) คอนดอยล์ (condyle) รวมทั้ง
โพรงอากาศขากรรไกรบน (maxillary
sinus) เรียกว่า บริเวณส่วนหลัง (pos-
terior region)

ในกรณีที่พยาธิสภาพคาบเกี่ยว
ระหว่างส่วนหน้าและหลัง จะบันทึกว่า
บริเวณส่วนหลัง (posterior region)

รายละเอียดของเงาโปร่งรังสี หรือ
เงาทึบรังสี บันทึกดังนี้

ถ้าเป็นเงาโปร่งรังสีทั้งพยาธิสภาพ
เรียกว่า เงาโปร่งรังสี (radiolucent)

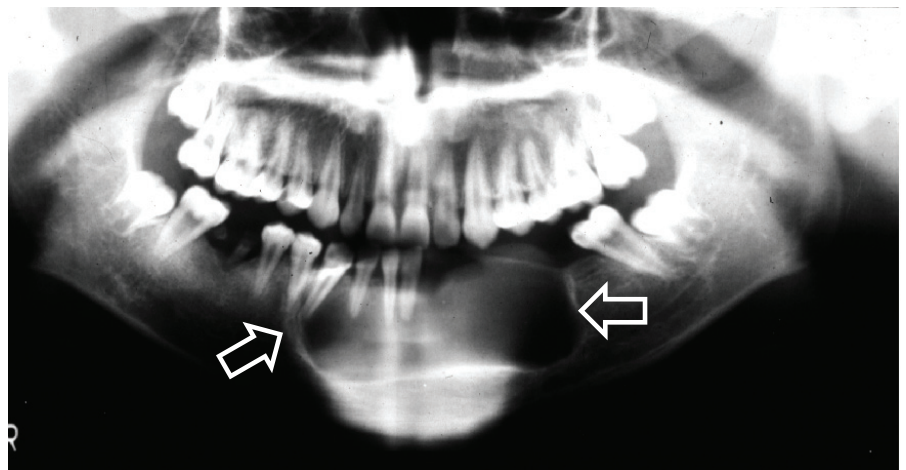
ถ้าเป็นเงาที่บ่งรังสีทั้งพยาธิสภาพ
เรียกว่า เงาที่บ่งรังสี (radiopaque)

ถ้าเป็นเงาโปร่งและที่บ่งรังสีสลับ
กัน เรียกว่า เงาผสม (mixed)

จากนั้น ถ้าเป็นเงาโปร่งรังสีก็จะ
พิจารณาต่อไปว่า

เมื่อเป็นเงาโปร่งรังสีเดี่ยว คือมี
ลักษณะเป็น single discrete radiolu-
cent จะบันทึกว่า วงเดี่ยว (unilocular)
รูปที่ ๑

เมื่อเป็นเงาโปร่งรังสีซ้อนกันมาก
กว่า ๑ วง จะบันทึกว่า หลายวง (multi-
locular) รูปที่ ๒



รูปที่ ๑ ลักษณะเงาโปร่งรังสีเดี่ยว (ครีซึ) ที่จะบันทึกว่า วงเดี่ยว (unilocular) และมีขอบ
เรียบชัดเจน ที่ได้รับการบันทึกว่า definite border



รูปที่ ๒ ลักษณะภาพรังสี (ศรชี้) ที่จะบันทึกว่า หลายวง (multilocular) ซึ่งมีขนาดใหญ่บริเวณขากรรไกรล่างซ้าย

รวมทั้งศึกษาขอบของพยาธิสภาพ ถ้าเห็นชัดเจน เรียกว่า definite border ถ้าไม่ชัดเจนเรียกว่า ill defined border หากตัดสินใจไม่ได้ว่าขอบชัดหรือไม่ชัด ให้เรียกว่า ขอบไม่ชัด

ผลการศึกษา

รวบรวมผู้ป่วยอะมีโลบลาสโตมา ตั้งแต่ปีพุทธศักราช ๒๕๓๕-๒๕๕๔ ได้จำนวน ๗๘ ราย ในตารางที่ ๑ และนำเสนอเป็นกราฟแท่งในตารางที่ ๒ อายุที่พบน้อยที่สุดคือ เด็กหญิงอายุ ๑๒ ปี

อายุมากที่สุดคือ ชายอายุ ๖๘ ปี ช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุดมี ๒ ช่วง คือ ระหว่างอายุ ๒๑-๓๐ และ ๓๑-๔๐ ปี จำนวนช่วงละ ๒๒ ราย จากนั้นจะลดลงเรื่อย ๆ หญิงพบได้มากกว่าชาย คือ ๔๐ ราย (คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๓) ส่วนชายพบ ๓๘ ราย (ร้อยละ ๔๘.๗) ทำให้อัตราส่วนหญิงต่อชาย คือ ๑.๔ : ๑ เป็นที่น่าสังเกตว่า ในช่วงอายุน้อยพบในเพศหญิงมากกว่าชาย และเมื่ออายุมากขึ้นคือสูงกว่า ๕๐ ปี มีแนวโน้มว่าพบในชายมากกว่าหญิง เมื่ออายุในช่วง ๖๑-

๗๐ ปี พบในชายเท่านั้น คือ ๕ ราย (ร้อยละ ๖.๔)

เมื่อศึกษาอาการนำที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ มีรายละเอียดดังนี้

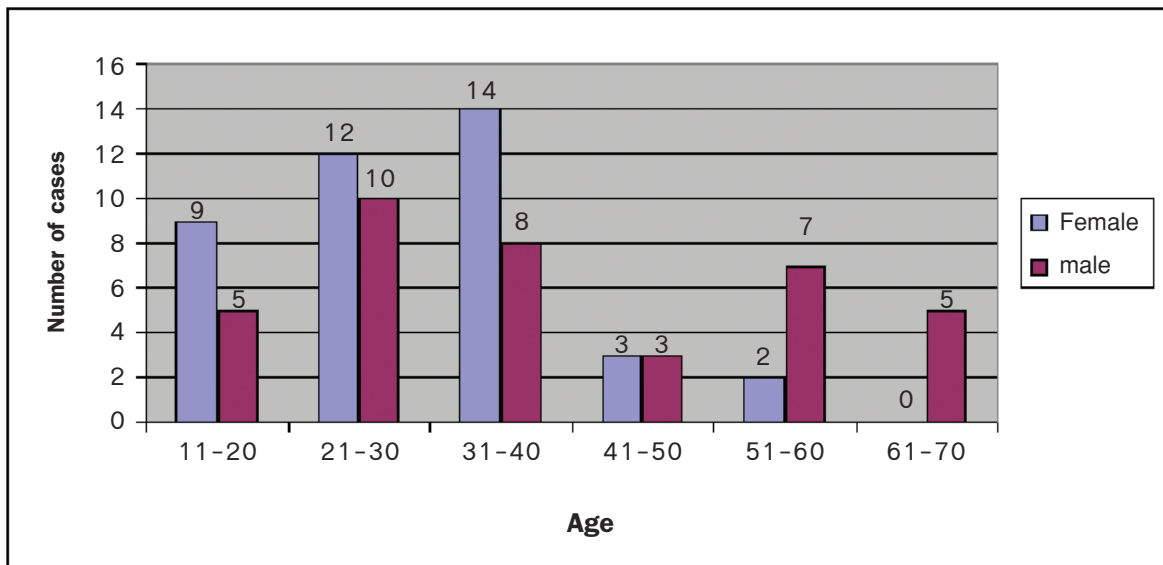
มีอาการ บวม ไม่ปวด ๗๒ ราย (ร้อยละ ๙๒.๓) บวมและปวด ๒ ราย มีหนองไหลจากเข้าฟันที่ถูกถอนไป ๑ ราย ซา ๑ ราย แผลถอนฟันไม่หาย ๑ ราย และปวดพร้อมกับมีแผลในปาก อีก ๑ ราย



ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูล อายุ เพศ ที่พบในผู้ป่วย ๗๘ ราย

Age	Number of cases %		Total
	Female	male	
0-10	0	0	0
11-20	9 (11.5%)	5 (16.4%)	14 (17.9%)
21-30	12 (15.4%)	10 (12.8%)	22 (28.2%)
31-40	14 (17.9%)	8 (10.3%)	22 (28.2%)
41-50	3 (3.8%)	3 (3.8%)	6 (7.7%)
51-60	2 (2.6%)	7 (9.0%)	9 (11.5%)
61-70	0 (0.0%)	5 (6.4%)	5 (6.4%)
Total	40 (51.3%)	38 (48.7%)	78 (100.0%)

ตารางที่ ๒ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ และจำนวนผู้ป่วย โปรดสังเกตว่า เมื่ออายุมากกว่า ๕๐ ปี พบในชายมากกว่าหญิง





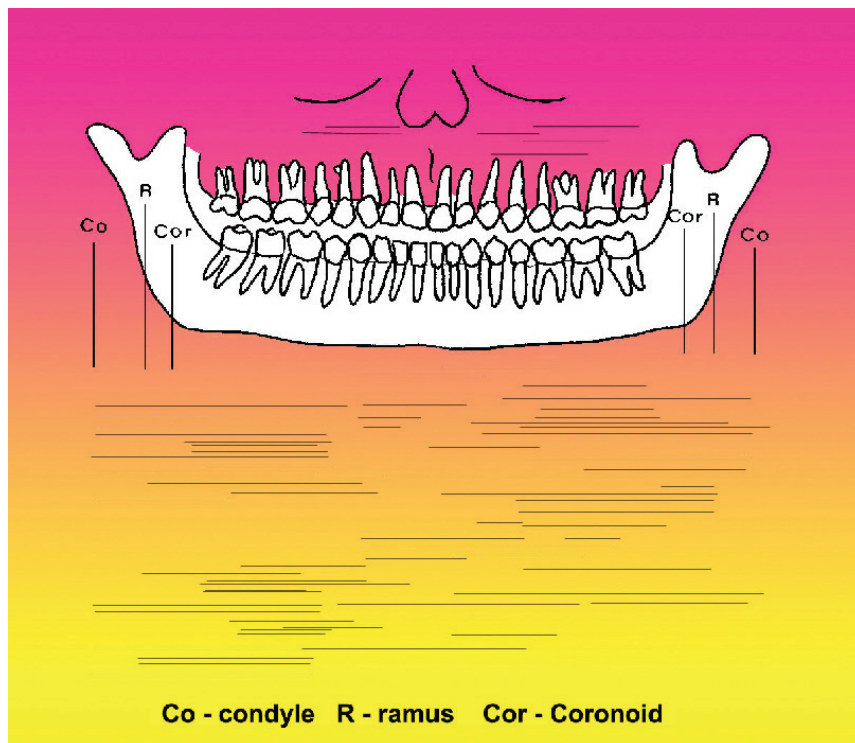
ตารางที่ ๓ แสดงบริเวณที่พบพยาธิสภาพในผู้ป่วยทั้ง ๗๘ ราย โดยนำเสนอรายละเอียดในแผนผังรูปที่ ๓ พบพยาธิสภาพในขากรรไกรล่าง ๗๑ ราย (ร้อยละ ๙๑) ขากรรไกรบน

๗ ราย (ร้อยละ ๙) ขากรรไกรล่างส่วนหลังพบมากที่สุดคือ ๕๙ ราย รองลงมา เป็นแนวกลางใบหน้าของขากรรไกรล่าง ๙ ราย (ร้อยละ ๑๑.๕) ถัดมาเป็นบริเวณขากรรไกรบนส่วนหลัง ๖ ราย

(ร้อยละ ๗.๗) แต่ในขากรรไกรบนนี้ เมื่อพิจารณาจากแผนผังจะเห็นว่าพยาธิสภาพอยู่ในบริเวณฟันกรามน้อยคือขากรรไกรบนส่วนหลังที่ค่อนข้างทางด้านหน้าเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ ๓ แสดงบริเวณที่มีพยาธิสภาพแยกตามขากรรไกรบนและล่างในผู้ป่วยทั้ง ๗๘ ราย

Age	Number of cases %		Total
	mandible	maxilla	
anterior	3 (3.8%)	1 (1.3%)	4 (5.1%)
posterior	59 (75.6%)	6 (7.7%)	65 (83.3%)
midline	9 (11.5%)	0 (0.0%)	9 (11.5%)
Total	71 (91.0%)	7 (9.0%)	78 (100.0%)



รูปที่ ๓ แผนผังรูปภาพแสดงรายละเอียดบริเวณที่พบมีพยาธิสภาพทั้งขากรรไกรบนและล่าง



จากแผนผังรูปที่ ๓ เมื่อศึกษาพยาธิสภาพแนวกลางใบหน้าในขากรรไกรล่าง ๘ ราย พบว่าครอบคลุมส่วนหน้าของขากรรไกรด้านหน้าไปส่วนหน้าของอีกด้านหนึ่ง ๔ ราย ไปยังบริเวณฟันกรามน้อยของด้านตรงข้าม ๓ ราย และไปยังบริเวณฟันกรามด้านตรงข้าม ๒ ราย คือจากฟัน #๓๓ ถึง #๔๘ ในผู้ป่วยรายที่ ๕๗ และฟัน #๓๖ ถึงฟัน #๔๖ ในผู้ป่วยรายที่ ๖๑ ซึ่งแสดงถึงขนาดของพยาธิสภาพที่ค่อนข้างใหญ่

อะมีโลบลาสโตมาทั้ง ๗๘ ราย

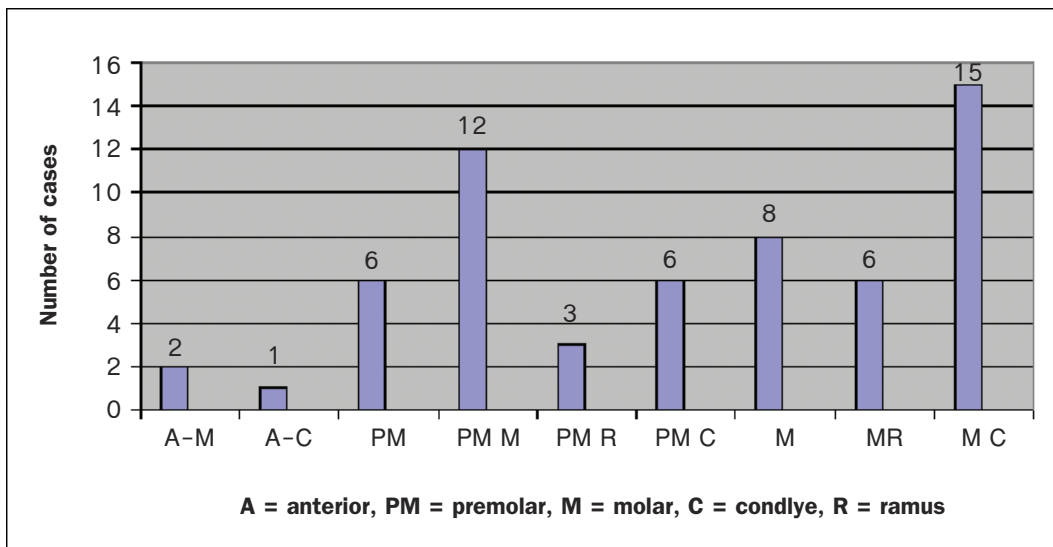
พบเป็นที่เนื้อเยื่ออ่อนนอกกระดูก (peripheral ameloblastoma) ในขากรรไกรล่าง ๒ ราย และทั้งสองรายมีการทำลายสันกระดูกเป็นเงาโปร่งรังสีขอบเป็นหยักชัดเจน

ตารางที่ ๔ แสดงรายละเอียดของพยาธิสภาพในขากรรไกรล่างส่วนหลังซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น ๕๘ ราย ระบุบริเวณที่เป็นโดยสรุปได้ว่า บริเวณฟันกราม (M = molar) ถึงคอนดัยล์ (C) มีมากที่สุดคือ ๑๕ ราย ถัดมาคือจากบริเวณฟันกรามน้อย (PM=premolar) ถึงฟันกราม (M) พบ ๑๒ ราย

พยาธิสภาพอยู่ในบริเวณฟันกราม (M) ๘ ราย ส่วนบริเวณฟันกรามน้อย (PM) หรือจากฟันกรามน้อยถึงคอนดัยล์ หรือจากบริเวณฟันกรามถึงส่วนท้ายฟันกราม (R = ramus) มีจำนวนเท่ากันคืออย่างละ ๖ ราย ส่วนบริเวณที่พบน้อยแต่ต้องนับว่ามีขนาดใหญ่คือบริเวณฟันหน้า (A = anterior) ไปจนถึงฟันกราม ๒ ราย และจากบริเวณฟันหน้าไปถึงคอนดัยล์มี ๑ รายซึ่งนับว่าใหญ่มาก

ตารางที่ ๔ แสดงบริเวณที่มีพยาธิสภาพบริเวณส่วนหลังของขากรรไกรล่างของผู้ป่วย ๕๘ ราย

- A-M = บริเวณฟันหน้าไปยังฟันกราม
- A-C = บริเวณฟันหน้าไปยังฟันคอนดัยล์
- PM = พยาธิสภาพอยู่ในบริเวณฟันกรามน้อย
- PM-M = บริเวณฟันกรามน้อยและฟันกราม
- PM-R = บริเวณฟันกรามน้อยถึงส่วนท้ายฟันกราม
- PM-C = บริเวณฟันกรามน้อยถึงคอนดัยล์
- M = พยาธิสภาพอยู่ในบริเวณฟันกราม
- MR = บริเวณฟันกรามถึงส่วนท้ายฟันกราม
- MC = บริเวณฟันกรามถึงคอนดัยล์



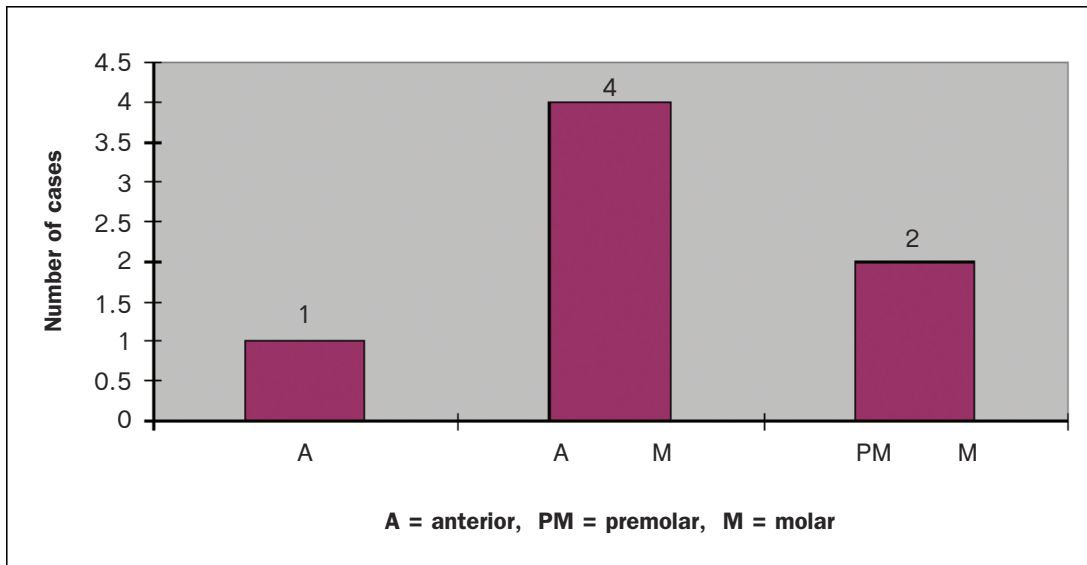


ตารางที่ ๕ เป็นข้อมูลของพยาธิสภาพในขากรรไกรบนทั้ง ๗ ราย พยาธิสภาพส่วนใหญ่พบจากบริเวณฟันหน้าไปจนถึงฟันกราม มีจำนวน ๔ ราย นับ

ว่าเป็นพยาธิสภาพค่อนข้างใหญ่ ในกรณีนี้ถูกนับว่าเป็นบริเวณส่วนหลัง แต่จะเห็นว่าค่อนข้างมาทางด้านหน้า พยาธิสภาพขนาดเล็กในบริเวณส่วนหน้า ๑

ราย (A = anterior) ส่วนอีก ๒ รายคือ บริเวณฟันกรามน้อยไปถึงฟันกรามมี ๒ ราย

ตารางที่ ๕ แสดงรายละเอียดของพยาธิสภาพทั้ง ๗ รายในขากรรไกรบน



ตารางที่ ๖ แสดงลักษณะภาพรังสีของอะมีโลบลาสโตมาทั้ง ๗๘ ราย ที่ปรากฏในขากรรไกรบนและล่าง

	Number of cases %	
	Mandible	Maxilla
Density (78 lesions)		
Radiolucent	69 (88.5%)	4 (5.1%)
Radiopaque	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Mixed	2 (2.6%)	3 (3.8%)
Locularity (78 lesions)		
Unilocular	9 (11.5%)	1 (1.3%)
Multilocular	60 (76.9%)	3 (3.8%)
Not Loculated (Mixed)	2 (2.6%)	3 (3.8%)



เมื่อศึกษาภาพรังสีในตารางที่ ๖ พบพยาธิสภาพในขากรรไกรล่าง ปรากฏเป็นเงาโปร่งรังสี ๖๙ ราย และเป็นเงาผสมระหว่างเงาโปร่งและทึบ รังสี ๒ ราย เมื่อศึกษาลักษณะเงาโปร่ง รังสีทั้ง ๖๙ ราย ปรากฏเงาเดี่ยว ๙ ราย (ร้อยละ ๑๑.๖) เงาโปร่งรังสีหลายวง ๖๐ ราย (ร้อยละ ๘๖.๙) พยาธิสภาพในขากรรไกรบนซึ่งมีอยู่ ๗ ราย พบเป็นเงาโปร่งรังสี ๔ ราย (ร้อยละ ๕.๑) และเป็นเงาผสม ๓ ราย เงาโปร่งรังสี ทั้ง ๔ ราย ปรากฏเป็นเงาโปร่งรังสี เดี่ยว ๑ ราย เงาโปร่งรังสีหลายวง ๓ ราย เงาผสมทั้ง ๓ ราย ไม่พบลักษณะ เป็นวง ๆ แต่อย่างใด และพบมีขอบ ไม่ชัดเจนทั้ง ๓ ราย

พยาธิสภาพที่ให้เงาผสมจำนวน ๕ ราย (ขากรรไกรบน ๓ ราย และขา กรรไกรล่าง ๒ ราย) เมื่อย้อนกลับไป ศึกษาการวินิจฉัยเบื้องต้นก่อนตรวจ ขึ้นเนื้อจะได้รับการวินิจฉัยว่า “amelo- blastoma or fibro osseous lesion” เนื่องจากลักษณะภาพรังสีและอาการ ทางคลินิกไม่ต่างกัน และได้รับการระบุ ภายหลังการตรวจชิ้นเนื้อว่า “desmo- plastic ameloblastoma” ผู้ป่วยทั้ง ๕ ราย เป็นหญิง ๔ ราย ชาย ๑ ราย อายุ ๓๑, ๓๕, ๔๓, ๕๕ และ ๖๕ ตามลำดับ บริเวณขากรรไกรบนทั้ง ๓ รายเกิดใน บริเวณฟันหน้าอย่างเดี่ยว ๑ ราย อีก ๒ รายได้รับการบันทึกว่าเป็นบริเวณ

ส่วนหลัง แต่เมื่อศึกษารายละเอียดลึก ลงไปก็พบว่า เป็นบริเวณตั้งแต่ฟันหน้า ไปถึงฟันกรามน้อย เรียกว่า เป็น บริเวณส่วนหลังที่ค่อนข้างทางด้านหน้า นั้นเอง

ในจำนวนพยาธิสภาพ ๗๘ รายนี้ พบรายที่เคยมีประวัติการผ่าตัดของ พยาธิสภาพนี้ออกไปแล้ว ๕ ราย เรียก ว่าเป็นรายที่กลับเป็นซ้ำ ชาย ๒ ราย หญิง ๓ ราย ผู้ป่วย ๒ รายจำไม่ได้ว่า เคยผ่าตัดไปเมื่อไร อีก ๒ รายเคยได้ รับการผ่าตัดไป ๑ ปี และอีก ๑ ราย เคยได้รับการผ่าตัดไป ๑๐ ปี นอกจากนี้ ผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยทั้ง ๗๘ รายยังระบุเป็นอะมีโลบลาสโตมาชนิด ร้าย ๔ ราย เป็นชาย ๒ ราย อายุ ๓๒ และ ๖๕ ปี หญิง ๒ ราย อายุ ๓๑ และ ๓๙ ปี ขากรรไกรบน ๒ ราย ขากรรไกร ล่าง ๒ ราย ลักษณะภาพรังสีเป็นเงา โปร่งรังสีหลายวง ๓ ราย ๒ ใน ๓ ราย นี้มีขนาดใหญ่คือ ขากรรไกรบนซ้าย เกือบทั้งหมดหนึ่งราย อีกรายหนึ่งตั้ง แต่ฟันกรามล่างขวาไปถึงคอนดอยล์ ขอบไม่ชัดเจน ส่วนรายที่น่าสนใจคือ หญิงอายุ ๓๙ ปี พบเงาโปร่งรังสีขนาด เล็ก ปลายรากฟัน #๑๓ ได้รับการ วินิจฉัยครั้งแรกว่า รอยโรคปลายราก (periapical lesion) จึงได้รักษาคลอง รากและตัดปลายราก ก่อนได้รับผลการ ตรวจชิ้นเนื้อ

พยาธิสภาพมีผลต่อฟันข้างเคียง

ดังนี้คือ ทำให้รากฟันละลายแบบหน้า ตัดเรียบ ๓๘ ราย (ร้อยละ ๔๘.๗) ราก ฟันไม่ละลาย ๑๗ ราย (ร้อยละ ๒๑.๘) ฟันถูกถอนไปก่อนหน้านั้น และไม่สามารถ บ่งชี้ว่ารากฟันละลายหรือไม่ ๒๓ ราย (ร้อยละ ๒๙.๕) มีตัวฟันฝังร่วมในพยาธิ สภาพ ๑๕ ราย (ร้อยละ ๑๙.๒)

เมื่อศึกษาเทคนิคของการถ่ายภาพ รังสีในตารางที่ ๗ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการ ส่งถ่ายภาพรังสีปริทัศน์ (panor- amic) ซึ่งเป็นเทคนิคการวางฟิล์ม นอกปาก (extraoral) ที่ให้ข้อมูลทั่วไป โดยใช้เวลาน้อยในการถ่ายภาพ เทคนิค การถ่ายภาพรังสีในช่องปากที่พบใน งานนี้คือ เทคนิคครอบรากฟันมีจำนวน ๒๒ ราย ทั้งนี้เพื่อศึกษารายละเอียด ของพยาธิสภาพ รวมทั้งศึกษาว่ามีการ ละลายของรากฟันหรือไม่ เทคนิค oc- clusal พบมี ๑๒ ราย ทันตแพทย์ให้ เหตุผลว่าเพื่อศึกษารายละเอียดเช่น เดียวกับการถ่ายรอบรากฟัน เทคนิค การถ่ายภาพนอกช่องปากที่เป็นเทคนิค ธรรมดา (conventional) พบ PA skull ๒๑ ราย lateral skull ๖ ราย นอกนั้น เป็นเทคนิคอื่นเช่น Water's, submen- tovertex และอื่น ๆ รวม ๑๐ ราย ส่วน การถ่ายภาพที่เป็น advanced imaging ได้แก่ CT, MR และ bone scan นั้น มีน้อยมาก พบมีการส่งถ่ายภาพ CT ๙ ราย bone scan ๑ ราย แต่ไม่มีการ ถ่ายภาพ MR เลย



ตารางที่ ๗ จำนวนเทคนิคการถ่ายภาพรังสีของผู้ป่วยทั้ง ๗๘ ราย พร้อมเหตุผลประกอบ

เทคนิคการถ่ายภาพ	จำนวน	เหตุผล
Conventional imaging		
Intraoral		
- Periapical	22 (28.2%)	เพื่อการศึกษารายละเอียดของตัวฟันบริเวณข้างเคียงและรายละเอียดของพยาธิสภาพ
- Occlusal topographic	12 (15.4%)	
Extraoral		
- PA skull	21 (26.9%)	ศึกษารายละเอียดบริเวณขากรรไกรส่วนหลัง ศึกษารายละเอียดบริเวณแนวกลางขากรรไกรล่างที่มีพยาธิสภาพ
- Lateral skull	6 (7.7%)	
- Water's, Submentovertex, Lateral oblique	10 (11.6%)	
Advanced imaging		
- CT	9 (11.5%)	ศึกษาขอบเขตที่แน่นอนของพยาธิสภาพเพื่อวางแผนการผ่าตัด
- MR	0 (0.0%)	สงสัยว่าจะเป็นเนื้องอกชนิดร้ายและสงสัยว่าจะมีการแพร่กระจาย
- bone scan	1 (1.3%)	

วิจารณ์

จากการรวบรวมผู้ป่วยอะมีโลบลาสโตมาได้ ๗๘ ราย ในช่วง ๑๐ ปี พบพยาธิสภาพมากที่สุดในช่วงอายุ ๒ ช่วง คือ ระหว่างอายุ ๒๐-๓๐ และ ๓๑-๔๐ ปี มีจำนวนรวมทั้งสิ้น ๔๔ ราย ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานที่ผ่านมาบริเวณขากรรไกรล่างพบมากกว่าขากรรไกรบน^{๑๑-๑๔} โดยเฉพาะส่วนหลัง

และมีแนวโน้มในหญิงมากกว่าชายเช่นกัน อย่างไรก็ตาม จากจำนวนผู้ป่วยหญิง ๔๐ ราย ในจำนวน ๗๘ รายของผู้ป่วยทั้งหมด ยังไม่อาจสรุปได้ว่าพบในหญิงมากกว่าชาย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยยังไม่มากพอ จึงขอกล่าวว่ามีจำนวนพอ ๆ กันระหว่างทั้งสองเพศ ถึงแม้ว่าจะมีรายงานว่ามีแนวโน้มในเพศหญิงมากกว่า^{๑๕,๑๖} อายุน้อยที่

สุดที่พบในรายงานนี้คือ เด็กหญิงอายุ ๑๒ ปี ทั้งที่เคยมีรายงานพบได้ตั้งแต่อายุ ๙ ปี^{๑๗} และเป็นที่น่าสังเกตจากการศึกษาเห็นว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นแนวโน้มที่จะพบในชายบ่อยกว่าหญิง นอกจากนี้ยังมีรายงานน่าสนใจว่าเชื้อชาติผิวดำจะพบพยาธิสภาพนี้บริเวณขากรรไกรล่างส่วนหน้ามากกว่าส่วนหลัง^{๑๗-๑๙} พยาธิสภาพปรากฏในเนื้อเยื่ออ่อน



๒ ราย เป็นหญิงทั้งคู่ อายุ ๒๖ และ ๓๕ ปี ทั้งสองรายเคยได้รับการถอนฟันหลังในบริเวณดังกล่าวไปแล้วหลายปี อาการที่ปรากฏคือ เหงือกบวมเป็นก้อน (nodule) บริเวณสันเหงือกที่เคยถอนฟันไป เมื่อถ่ายภาพรังสีพบรอยหว้าของกระดูกขากรรไกรล่างเป็นขอบหยัก ๆ ชัดเจน ผู้ป่วยทั้งสองรายนี้มีอายุน้อยกว่าที่เคยมีรายงานว่าจะมีไลบลาสโตมาในเนื้อเยื่ออ่อนมักพบในคนอายุมาก^{๒๐} แต่ในทางตรงข้ามก็เคยมีรายงานว่าพบอะมีไลบลาสโตมาของเนื้อเยื่ออ่อนในเด็กอายุเพียง ๑๓ ปี ร่วมกับฟันเขี้ยวฝังในขากรรไกรล่าง^{๒๑} พยาธิสภาพนี้อาจมีการกระจายของเซลล์เข้าสู่กระดูกทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้^{๒๒} รวมทั้งอาจกลายเป็นเนื้องอกชนิดร้ายได้^{๒๓-๒๖}

นอกจากนี้ ลักษณะทางคลินิกที่เป็นก้อนยื่นเข้าในช่องปากอาจทำให้วินิจฉัยแยกจากโรคของเนื้อเยื่ออ่อนชนิดอื่น ๆ ของเหงือกได้ยาก หากดูด้วยตาเปล่าในคลินิก ดังนั้น ควรตรวจชิ้นเนื้อทุกครั้ง ที่พบตุ่มเนื้องอกของเนื้อเยื่ออ่อน^{๒๗-๒๘}

ส่วนอาการทางคลินิกที่พบได้บ่อยที่สุดคือ บวม แข็ง ไม่เจ็บมีจำนวนสูงสุด ๗๒ ราย (๙๒.๓%) อาการอื่น ๆ อาจมีบ้าง เช่น ปวด มีหนองไหล แผลถอนฟันไม่หาย หรืออาจมีอาการชาได้ในบางราย ลักษณะการบวม แข็งกดไม่เจ็บนี้เป็นลักษณะที่พบได้ทั่วไปของเนื้องอกไม่ร้าย ดังนั้นจึงไม่อาจนำมาใช้เป็นคุณสมบัติที่จะวินิจฉัยแยกพยาธิสภาพนี้ออกจากเนื้องอกไม่ร้ายอื่น ๆ

เมื่อศึกษาประวัติของผู้ป่วยทั้ง ๗๘ ราย พบ ๕ ราย (ร้อยละ ๖.๒) มี

ประวัติที่เคยเป็นพยาธิสภาพนี้มาก่อน และได้ทำการผ่าตัดออกไปแล้ว ผู้ป่วยทั้ง ๕ รายประกอบด้วย ชาย ๒ ราย (อายุ ๓๘, ๕๐ ปี) หญิง ๓ ราย (อายุ ๑๘, ๓๑ และ ๕๓ ปี) ในจำนวนนี้พึงได้รับการผ่าตัดไป ๑ ปีมี ๒ ราย ๑๐ ปีมี ๑ ราย อีก ๒ รายผู้ป่วยจำไม่ได้ว่าเคยผ่าตัดครั้งแรกเมื่อไร ทุกรายเกิดในขากรรไกรล่าง การกลับเป็นซ้ำภายหลังการผ่าตัดมีรายงานพบประมาณร้อยละ ๘.๘ โดยพบในขากรรไกรล่างบ่อยกว่าขากรรไกรบน และมักกลับเป็นซ้ำภายใน ๕ ปีหลังทำศัลยกรรม^{๓๐} การกลับเป็นซ้ำนี้อาจเกิดจากการเอาออกไม่หมด รวมทั้งชนิดของการผ่าตัดจะมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำด้วย ในกรณีที่เกิดเนื้องอกการผ่าตัดทำได้ดีจะประสบความสำเร็จได้ถึงร้อยละ ๘๐^{๓๑-๓๓} นอกจากนี้การกลับเป็นซ้ำยังขึ้นกับชนิดของพยาธิสภาพ หากเป็นชนิด follicular จะกลับเป็นซ้ำได้น้อยกว่าชนิดที่เป็น non-unicystic^{๓๐} แต่ผู้ป่วยทั้ง ๕ รายที่กลับเป็นซ้ำในการศึกษานี้ไม่ได้รับว่าเป็นชนิดใด

ลักษณะภาพรังสีที่แสดงถึงการกลับเป็นซ้ำคือ ขอบพยาธิสภาพเดิมที่ควรจะจางลงและเรียบ จะปรากฏเป็นหยัก (scallope)^{๓๔} และเนื่องจากปัจจุบันนี้มีเทคนิคการถ่ายภาพที่ก้าวหน้าไปมาก ไม่ว่าจะเป็น CT หรือ MR จึงมีผู้เสนอให้มีการตามผลการรักษาโดยใช้ MR หรือใช้สารทึบรังสีใน CT เพื่อช่วยวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะในขากรรไกรบน ซึ่งภาพรังสีธรรมดาจะอ่านได้ยาก^{๓๕}

จากข้อมูลในตารางที่ ๓ ร่วมกับรูปที่ ๓ ซึ่งเป็นแผนผังระบุบริเวณที่เป็นในแต่ละราย โดยแสดงจากซี่ฟันแต่ละซี่ไปยังจุดสิ้นสุดของพยาธิสภาพขากรรไกรส่วนหลังคือนับจากท้ายของเขี้ยวไปเป็นบริเวณที่พบพยาธิสภาพได้มากในขากรรไกรล่าง ส่วนขากรรไกรบนพบเพียง ๗ รายเท่านั้น การพบในขากรรไกรบนน้อยกว่าขากรรไกรล่างนับเป็นเรื่องที่ดีเนื่องจากพยาธิสภาพในขากรรไกรบนโดยเฉพาะส่วนหลังจะควบคุมได้ยากและยากต่อการผ่าตัดเช่นกัน พยาธิสภาพมักลุกลามเข้าโพรงอากาศและเนื้อเยื่อข้างเคียง เข้าสู่บริเวณสำคัญข้างเคียง รวมทั้งเบ้าตาด้วย และเมื่อดูภาพจากแผนผังรูปที่ ๓ จะเห็นว่าบริเวณขากรรไกรบนส่วนหลังที่ว่ามี ก็จะต้องมาทางบริเวณฟันกรามน้อยมากกว่าส่วนท้ายฟันกราม

บริเวณแนวกลางขากรรไกรล่างเป็นบริเวณที่พบได้มากอีกบริเวณหนึ่งคือ ๘ ราย ไม่พบพยาธิสภาพบริเวณแนวกลางใบหน้าของขากรรไกรบนและจากตารางที่ ๔ ซึ่งกำหนดรายละเอียดของพยาธิสภาพในบริเวณต่าง ๆ เช่น จากฟันกรามน้อย (PM) ถึงฟันกราม (M) มี ๑๒ ราย บริเวณฟันกราม (M) ถึงคอนดอยล์ (C) มี ๑๕ ราย ฟันกรามน้อย (PM) ถึงคอนดอยล์ (C) มี ๖ ราย บริเวณกรามน้อยถึงส่วนท้ายฟันกราม (R) มี ๓ ราย เมื่อนำข้อมูลนี้มาประกอบกับแผนผังรูปที่ ๓ จะสามารถบอกได้ถึงขนาดของพยาธิสภาพในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีขนาดค่อนข้างใหญ่เกินกว่าซี่ฟันประมาณ ๒-๓ ซี่ขึ้นไป



ลักษณะภาพรังสีของพยาธิสภาพในตารางที่ ๖ กล่าวได้ว่า พยาธิสภาพส่วนใหญ่เป็นเงาโปร่งรังสีหลายวง มากกว่าวงเดี่ยว ในขากรรไกรบนซึ่งมี ๗ ราย พบเงาโปร่งรังสีเดี่ยวเพียง ๑ ราย และเงาโปร่งรังสีหลายวง ๓ ราย อีก ๓ ราย เป็นเงาผสม ลักษณะภาพรังสีที่พบเป็นเงาโปร่งรังสีเดี่ยวหรือหลายวงเหล่านี้ไม่แตกต่างจากพยาธิสภาพชนิดอื่น เช่น ถุงน้ำท้าว ๆ ไป ถุงน้ำโอตดอนโทจีนิกเคอราโท (OKC) หรือเนื้องอกไม่ร้ายชนิดอื่น

ลักษณะเงาผสมระหว่างเงาโปร่งรังสีกับทึบรังสีในตารางที่ ๖ ซึ่งปรากฏ ๓ รายในขากรรไกรบนและ ๒ รายในขากรรไกรล่าง ได้รับการระบุจากผลการตรวจชิ้นเนื้อว่าเป็นอะมีโลบลาสโตมาชนิดเดสโมพลาสติก ซึ่งจะมีลักษณะทางคลินิกไม่ต่างกับอะมีโลบลาสโตมาทั่วไป^{๓๖} ลักษณะที่เป็นเงาโปร่งและทึบรังสีสลับกันเช่นนี้ ไม่สามารถแยกออกได้ชัดเจนจากพยาธิสภาพที่เป็น fibrousseous^{๓๗} พยาธิสภาพเหล่านี้ถึงแม้จะพบในส่วนหลังของขากรรไกรแต่ก็เป็นส่วนหลังที่ค่อนข้างหน้า คืออยู่ในบริเวณฟันหน้าร่วมไปกับบริเวณฟันหลัง หรือมีฉะนั้นก็เป็นบริเวณรากฟันกรามน้อยมากกว่าที่จะพบบริเวณฟันกรามหรือท่ายฟันกราม ซึ่งตรงกับรายงานที่ผ่านมามีพบอะมีโลบลาสโตมาชนิดนี้ในบริเวณขากรรไกรส่วนหน้า และมีลักษณะเป็นเงาผสม^{๓๘-๔๐} รวมทั้งมีรายงานการศึกษาที่น่าสนใจ ซึ่งอธิบายถึงแหล่งที่มาของพยาธิสภาพชนิดนี้ว่าอาจมี

พัฒนาการมาจากเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament)^{๔๑} นอกจากนี้ ยังพบว่า อะมีโลบลาสโตมาชนิดนี้ในขากรรไกรบนอาจขยายใหญ่จนเต็มครึ่งหนึ่งของขากรรไกร ซึ่งเป็นลักษณะบ่งชี้ว่าเดสโมพลาสติกอะมีโลบลาสโตมาในขากรรไกรบนน่าจะมีพฤติกรรมรุนแรง^{๔๒}

ผู้ป่วยทั้ง ๗๘ ราย ได้รับการระบุเป็นอะมีโลบลาสโตมาชนิดร้าย ๔ ราย ชาย ๒ หญิง ๒ ขากรรไกรบนและล่าง พบได้เท่ากัน ที่น่าสนใจคือ ๓ รายมีลักษณะเป็นเงาโปร่งรังสีหลายวง และ ๒ ใน ๓ รายนั้นมีขนาดใหญ่มากคือ ผู้ป่วยชายอายุ ๓๒ ปี ขนาดพยาธิสภาพครอบคลุมบริเวณขากรรไกรบนซ้ายทั้งหมด อีกรายหนึ่งเป็นหญิงอายุ ๓๑ ปี พยาธิสภาพตั้งแต่ฟันกรามล่างขวาซึ่งสุดท้ายไปถึงคอนดอยล์ รายที่น่าสนใจคือหญิงอายุ ๓๙ ปี พบเป็นเงาโปร่งรังสีขนาดเล็กปลายรากของฟันเขี้ยวบนขวา (#๑๓) จนทำให้วินิจฉัยผิดว่าเป็นรอยโรคปลายราก (periapical lesion) และทำการรักษาในครั้งแรกคือรักษาคลองรากพร้อมกับศัลยกรรมตัดปลายราก แต่ไม่ได้ผล เมื่อทำการศึกษาชิ้นเนื้อจึงปรากฏเป็นชนิดร้ายดังกล่าว ผู้ป่วยรายนี้เป็นกรณีศึกษาที่มีประโยชน์ที่จะยกมาอธิบายให้ทันตแพทย์ตระหนักได้ว่า ลักษณะภาพรังสีของอะมีโลบลาสโตมาชนิดร้ายในบางครั้งอาจวินิจฉัยผิดเป็นพยาธิสภาพปลายรากฟัน^{๔๓} ดังนั้น การส่งชิ้นเนื้อเพื่อศึกษาพยาธิสภาพ จึงนับเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพราะถึงแม้ว่าอะมีโลบลาส

โตมาชนิดร้ายจะพบได้น้อยมากก็ตาม แต่อาจกระจายไปสู่อวัยวะอื่นและตายได้^{๔๔-๔๖}

ส่วนการศึกษาผลที่มีต่อรากฟัน โดยที่จริงแล้วเนื่องจากเป็นพยาธิสภาพไม่ร้ายจึงมักทำให้เกิด การละลายของรากฟันแบบเรียบในบริเวณดังกล่าวหรืออาจเกิดพร้อมๆกับมีฟันฝังในพยาธิสภาพนั้นก็ได้ ทำให้วินิจฉัยแยกยากจากถุงน้ำ dentigerous ถ้ามีขนาดเล็กหรือถุงน้ำ OKC หรือเนื้องอกอื่น ถ้ามีขนาดใหญ่ แต่การศึกษานี้พบมีการละลายรากฟัน ๓๘ ราย (คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๔) ซึ่งโดยความเป็นจริงอาจมีจำนวนมากกว่านี้ แต่เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายได้รับการถอนฟันไปก่อนหน้าถึง ๒๓ ราย เป็นเครื่องบ่งชี้ให้ทันตแพทย์ตระหนักถึงการศึกษายุติสภาพและภาพรังสีก่อนถอนฟัน พบพยาธิสภาพเกี่ยวข้องกับฟันคุด ๑๕ ราย ซึ่งทำให้การวินิจฉัยแยกจากถุงน้ำ OKC หรือเนื้องอกชนิดอื่นทำได้ยาก

เทคนิคการถ่ายภาพรังสีพบว่าทุกรายได้รับการส่งถ่ายภาพรังสีปริทัศน์ ซึ่งเป็นเทคนิคที่สะดวก ง่าย ใช้เวลาน้อย ราคาไม่แพง ในการศึกษาพยาธิสภาพโดยทั่วไป แต่เทคนิคนี้อาจไม่แสดงรายละเอียดมากนักโดยเฉพาะในขากรรไกรบน ส่วนภาพรังสีรอบรากฟัน (periapical) และหรือ topographic จะใช้เพื่อศึกษารายละเอียดภายในพยาธิสภาพ เช่น ตรวจดูว่ามีก้อนแคลเซียมหรือมีตัวฟันหรือมีรากฟันละลายหรือไม่ ส่วนเทคนิคการถ่ายภาพรังสีนอกช่องปาก เช่น lateral skull ๖ ราย คิดเป็น



ร้อยละ ๗.๗ ทันทแพทย์เจาะจงใช้ในรายที่พยาธิสภาพอยู่บริเวณแนวกลางใบหน้าโดยเฉพาะอย่างยิ่งในขากรรไกรล่าง เพื่อศึกษารายละเอียด เช่น ผลต่อการขยายขนาดของกระดูกบริเวณนี้ได้ชัดเจนกว่าการใช้ภาพรังสีปริทัศน์ และเมื่อพยาธิสภาพค่อนข้างมากทางขากรรไกรล่างส่วนหลัง ซึ่งเมื่อจะศึกษาผลต่อการขยายขนาดของกระดูกบริเวณท้ายฟันกรามหรือคอนดอยล์ จึงใช้เทคนิค PA skull ๒๑ ราย ร้อยละ ๒๖.๙ ส่วน advance image นั้น ทันทแพทย์พิจารณาส่งทำ CT ๙ ราย ร้อยละ ๑๑.๕ เนื่องจากเป็นพยาธิสภาพขนาดใหญ่มีการทำลายลูกกลมออกจากกระดูกเข้าสู่เนื้อเยื่ออ่อน จึงจำเป็นต้องศึกษาขอบเขตที่ชัดเจนเพื่อวางแผนการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้หมด การส่งทำ CT ไม่อาจทำได้ในขณะทันตแพทย์จำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปที่อื่นทั้งยังมีค่าใช้จ่ายสูง จึงพิจารณาทำในรายที่มีฐานะพอจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายได้ ส่วนเทคนิค MRI ซึ่งเป็นเทคนิคที่จัดว่าให้รายละเอียดได้ดีเหมาะในการนำมาศึกษารายละเอียดขอบเขตพยาธิสภาพ^{๔๗-๔๙} แต่ด้วยเหตุที่ค่าใช้จ่ายของทำ MR สูงกว่าการทำ CT ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยไม่เอื้ออำนวยให้ จึงมิได้ส่งทำ MR ประกอบกับการพิจารณาแล้วว่าภาพรังสี CT และเทคนิคการถ่ายภาพรังสีแบบธรรมดา เช่น lateral oblique, submentovertex, Water's เมื่อนำมาพิจารณาใช้ร่วมกันสามารถวางแผนการผ่าตัดได้พอสมควรในการศึกษานี้มีการส่งทำ bone scan

๑ ราย เป็นผู้ป่วยชายพยาธิสภาพในขากรรไกรบนมีขนาดใหญ่มาจากบริเวณฟัน #๒๑-๒๗ พร้อมกับฟันฝัง #๒๗ ด้วย ผู้ป่วยรายนี้ บวมมา ๖ เดือน และเริ่มปวด เนื่องจากพยาธิสภาพมีขนาดใหญ่ทันตแพทย์ไม่แน่ใจว่าจะ เป็นเนื้องอกชนิดร้ายหรือไม่ จึงได้ทำ bone scan ด้วย และไม่พบการแพร่กระจายแต่อย่างใด ผลการตรวจชิ้นเนื้อคืออะมีโลบลาสโตมาธรรมดาเท่านั้น

จากการศึกษานี้จะเห็นว่า โดยรวมแล้วพยาธิสภาพมีขนาดค่อนข้างใหญ่คือครอบคลุมบริเวณฟันเกินกว่า ๓ ซี่ขึ้นไป ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการมีพยาธิสภาพมานาน แต่ผู้ป่วยอาจมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี หรือมีความรู้ไม่มากพอทำให้ละเลยต่ออาการบวมที่เริ่มมีในระยะแรก เมื่อมาพบทันตแพทย์จึงมักเป็นพยาธิสภาพขนาดใหญ่ถึงใหญ่มาก ทั้งนี้ เคยมีรายงานว่า ความยากจนหรือภาวะทางเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว^{๕๐} นำมาซึ่งการละเลยต่อสุขภาพ ผู้ป่วยจึงแสวงหาการรักษาช้าไป โชคดีที่มีพยาธิสภาพชนิดนี้มีโอกาสเป็นเนื้อร้ายไม่มาก การผ่าตัดไม่ยุ่งยากนักแต่การกลับเป็นซ้ำมิได้ไม่น้อย ดังนั้น การกระตุ้นการให้ความรู้โดยใช้สื่อต่าง ๆ เท่าที่ทำได้จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วขึ้นเป็นผลดีต่อผู้ป่วยเองและลดการสูญเสียไปได้มาก

สรุป รวบรวมผู้ป่วยอะมีโลบลาสโตมา ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๒๕๔๔ ทั้งสิ้น ๗๘ ราย มีอายุตั้งแต่ ๑๒-๖๕ ปี หญิง ๔๐ ราย ชาย ๓๘ ราย เมื่ออายุสูงกว่า ๕๐ ปีมีแนวโน้มจะพบในชาย

มากกว่าหญิง ขากรรไกรล่างส่วนหลังเป็นบริเวณที่พบพยาธิสภาพได้มากที่สุด ไม่พบพยาธิสภาพนี้บริเวณแนวกลางใบหน้าในขากรรไกรบน อาการสำคัญคือ บวมไม่เจ็บ ลักษณะภาพรังสีส่วนใหญ่เป็นเงาโปร่งรังสีหลายวงมากกว่าเงาโปร่งรังสีเดี่ยว ส่วนลักษณะที่เป็นเงาผสมซึ่งพบ ๕ รายเป็นลักษณะของ desmoplastic ameloblastoma ซึ่งพบในขากรรไกรบน ๓ ราย ขากรรไกรล่าง ๒ ราย พยาธิสภาพส่วนใหญ่ทำให้รากฟันละลายร้อยละ ๔๗.๔ และร้อยละ ๑๙.๑ มีฟันคุดฝังอยู่ในพยาธิสภาพด้วย เทคนิคการถ่ายภาพรังสีปริทัศน์เป็นเทคนิคที่นิยมใช้ในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากให้ข้อมูลกว้าง ๆ โดยทั่วไปได้ และเมื่อจะศึกษารายละเอียดทันตแพทย์พิจารณาส่งถ่ายภาพรังสีอื่น เช่น ภาพรังสีรอบรากฟัน, โทโพกราฟิก, PA skull, Lateral skull และอื่น ๆ สำหรับ advance imaging นั้น ภาพ CT ได้รับการส่งถ่ายมากที่สุดคือ ร้อยละ ๑๑.๕ เพื่อศึกษาขอบเขตของพยาธิสภาพก่อนทำการผ่าตัด

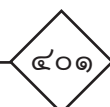
เอกสารอ้างอิง

1. Bredenkemp JK, Zimmerman MC, Mickel RA. Maxillary ameloblastoma : a potentially lethal neoplasm. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1989 : 115; 90-109.
2. Rosentien T, Pogrel MA, Smith RA, Regezi JA. Cystic ameloblastoma : behavior and treatment of 21 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2001 : 59; 1311-1316.
3. Hatada K, Noma H, Katakura A, Yama M, Takano M, Ide Y, et al. Clinico statistical study of ameloblastoma treatment. Bull



Tokyo Dent Coll. 2001 : 42; 97-95.

4. D'Agostino A, Fior A, Pacino GA, Bedogni A, Santis D, Nocin PF. Retrospective evaluation on the surgical treatment of jaw bones ameloblastic lesion. Experience with 20 clinical cases. *Minerva stomatol.* 2001 : 50; 1-7.
5. Batainah AB. Effect of preservation of the inferior and posterior borders on recurrence of ameloblastomas of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000 : 90; 155-163.
6. Sampson DE, Pogrel MA. Management of mandibular ameloblastoma of clinical basis for a treatment algorithm. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999 : 57; 1074-1077.
7. Kishino M, Murakami S, Fukuda Y, Ishida T. Pathology of the desmoplastic ameloblastoma. *J Oral Pathol Med.* 2001 : 30; 35-40.
8. Higuchi Y, Nakagawa N, Ohishi M. Unusual ameloblastoma with extensive stromal desmoplasia. *J Cranio Maxillofac Surg.* 1991 : 19; 323-325.
9. Waldron CA, El-Mofty SK. A Histopathologic study of 116 ameloblastomas with special reference to the desmoplastic variant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987 : 63; 441-443.
10. Ashman SG, Corio RL, Eisele DW, Murphy MT. Desmoplastic ameloblastoma : a case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993 : 75; 479-482.
11. Lu Y, Xuan M, Takata T, Wang C, He Z, Zhou Z, et al. Odontogenic tumours. A demographic study of 759 cases in a Chinese population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998 : 86; 707-714.
12. Odukoya O. Odontogenic tumours : analysis of 289 Nigerian cases. *J Oral Pathol Med.* 1995 : 24; 454-457.
13. Olaitan AA, Odeola DS, Adekeye EO. Ameloblastoma : clinical features and management of 315 cases from Kaduna, Nigeria. *J Cranio Maxillofac Surg.* 1993 : 21; 351-355.
14. Huffman GG, Thatcher JW. Ameloblastoma : the conservative surgical approach to treatment. Report of four cases. *J Oral Surg.* 1974 : 32; 850-854.
15. Gerrasio NC. Clinical profile of ameloblastoma among Filipino patients in Metro, Manila hospital. *J Phillip Dent Assoc.* 1997 : 49; 5-19.
16. Gardner AF, Apter MB, Axelrod JH. A study of 21 ameloblastoma, a tumour of odontogenic origin. *J Oral Surg.* 1963 : 21; 230-237.
17. Adekeye EO. Ameloblastoma of the jaws : a survey of 109 Nigerian patients. *J Oral Surg.* 1980 : 38; 36-41.
18. Daramola JO, Ajabe HA, Oluwasanmi JO. Recurrent ameloblastoma of the jaws. A review of 22 cases. *Plast Reconstr Surg.* 1980 : 65; 577-579.
19. Okinosi JO, Williams AO. Ameloblastoma in Ibadan, Nigeria. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1969 : 27; 257-265.
20. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma : biological profile of 3677 cases. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1995 : 31; 86-99.
21. El-Hakim IE, El-Kashab MM. Peripheral and mural ameloblastoma in the mandibular canine region of a 13 year old bay. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000 : 1150-1154.
22. Wertheimer FW, Stronal D. Peripheral ameloblastoma in a papilloma with recurrence : Report of a case. *J Oral Surg.* 1972 : 30; 47-49.
23. Calcifano L, Maremout P, Boscainu A. Peripheral ameloblastoma report of a case with malignant aspect. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1996 : 34; 240-245.
24. Baden E, Dyle JL, Petriella V. Malignant transformation of peripheral ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1993 : 75; 214-219.
25. Redman RS, Keegan BP, Spector CJ, Patterson RH. Peripheral ameloblastoma with unusual mitotic activity and conflicting evidence regarding histogenesis. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994 : 52; 192-197.
26. Tajima Y, Kuroda-Kawasaki M, Ohno J, Yi J, Kusama K, Tanaka H, et al. Peripheral ameloblastoma with potentially malignant feature : report of a case with special regard to its keratin profile. *J Oral Pathol Med.* 2001 : 30; 494-498.
27. Fisher VN, Patel S. Extra osseous ameloblastoma, a case history. *Dent Update.* 1997 : 24; 124-125.
28. Zhu Ex, Okada N, Takagi M. Peripheral ameloblastoma : case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 1995 : 53; 590-594.
29. Orsini G, Fioromi M, Rubini C, Piattelli A. Peripheral ameloblastoma : a report of 2 cases. *J periodontal.* 2000 : 71; 1174-1176.
30. Olaitan AA, Arole G, Adekeye EO. Recurrent ameloblastoma of the jaws. A follow-up study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1998 : 27; 456-460.
31. Bataineh AB. Effect of preservation of the inferior and posterior borders on recurrence of ameloblastoma of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001 : 90; 155-163.
32. Mehlisch DR, Dahlin DC, Masson JK. Ameloblastoma ; a clinical pathologic report. *J Oral Surg.* 1972 : 30; 9-22.
33. Sehdev MK, Hovos AG, Strong EW. Ameloblastoma of maxilla and mandible. *Cancer.* 1974 : 33; 324-333.
34. Furuki Y, Fujita M, Mitzuki M, Tamimoto K, Yoshika K, Wada T. A radiographic study of recurrent unicystic ameloblastoma following marsupialization. *Dent Maxillofac Radiol.* 1997 : 26; 214-218.
35. Kawai T, Marakami S, Mishino M, Matsuya T, Sakuda M, Fuchihata H. Diagnostic imaging in two cases of recurrent maxillary ameloblastoma : a comparative evaluation of plain radiograph CT and MR image. *Brit J Oral and Maxillofac Surg.* 1998 : 36; 304-310.
36. Eversole LR, Leider AS, Hansen LS. Ameloblastoma with pronounced desmoplasia. *J Oral Maxillofac Surg.* 1984 : 42; 735-740.
37. Fukushima D, Kobayashi H, Takeda I, Yamane G, Tanaka Y. A case of desmoplastic ameloblastoma of the maxilla. *Bull*





- Tokyo Dent Coll. 1977 : 38; 223-227.
38. Sakashita H, Miyata M, Okabe K, Korumaya H. Desmoplastic ameloblastoma in the maxilla : a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1998 : 56; 783-786.
39. Lam KY, Chan AC, Wu PC, Chau KY, Tidernan H, Wei W. Desmoplastic variant of ameloblastoma in Chinese patients. *Brit J Oral and Maxillofac Surg.* 1998 : 36; 129-134.
40. Kaffe I, Buchenner A, Taicher S. Radiological features of desmoplastic variant of ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993 : 76; 525-528.
41. Kishino M, Murakami S, Fukuda Y, Ishida T. Pathology of the desmoplastic ameloblastoma. *J Oral Pathol Med.* 2001 : 30; 35-40.
42. Philipsen HP, Ormiston IW, Reichart PA. The Desmoplastic and osteoplastic ameloblastoma. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1992 : 21; 352-354.
43. Hollows P, Fasanmade A, Hayter JP. Ameloblastoma : a diagnostic problem. *Br Dent J.* 2000 : 188; 234-244.
44. Sugiyama M, Ogawa I, Katayama K, Ishikawa T. Simultaneous metastatic ameloblastoma and thyroid carcinoma in the cervical region : report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999 : 57; 1255-1258.
45. Henderson JM, Sonnet JR, Schlesinger C, Ord RA. Pulmonary metastasis of ameloblastoma : case report and review literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999 : 88; 170-176.
46. Infante-Cossio P, Hernandez-Guisado JM, Fernandez-Machin P, Garcia-Perla A, Rollon-Mayordomo A, Guitierrez-Perez FL. Ameloblastic carcinoma of the maxilla : a report of 3 cases. *J Craniomaxillofac Surg.* 1998 : 26; 159-162.
47. Takashima S, Noguchi Y, Okumura T. Dynamic MR imaging in the head and neck. *Radiology.* 1993 : 189; 813-821.
48. Minami M, Kaneda T, Yamamoto H. Ameloblastoma in the maxillomandibular region. MR imaging. *Radiology.* 1992 : 184; 389-393.
49. Minami M, Kaneda T, Ozawa K, Yamamoto H, Itai Y, Ozawa M, et al. Cystic lesions of the maxillomandibular region : MR imaging distinction of odontogenic keratocysts and ameloblastomas from other cysts. *Am J Roentgenol.* 1996 : 166; 943-499.
50. Oji C. Late presentation of orofacial tumours. *J Cranio maxillofac Surg.* 1999 : 27; 34-39.

Abstract Radiological, Clinical Features, and Imaging Technique of Ameloblastoma in Mahidol Dental School, Thailand

Chainut Chongruk

Associate Fellow of the Academy of Science, The Royal Institute, Thailand

Seventy-eight cases of ameloblastoma of the jaw within a 10 year period were presented. There were 40 females and 38 males with a female-to-male-ratio of 1.4 : 1 . Age range from 12 to 65 years old with the peak incidence in the third and fourth decades of life. The mandible (91%) was involved more than maxilla, especially in the posterior region. Swelling or expansion was reported in 92.3% and was the most prevalent clinical manifestation. Lesions were multilocular in 80.7%, unilocular in 12.9% and mixed lesion of 6.4%. Fifteen lesions (19.1%) were associated with the impaction. Four malignant and five recurrent cases were reported. Panoramic was found to be the imaging of choice in all cases. Periapical and tomographic were used for studying the detail. PA skull (26.9%) and lateral skull (7.7%) were those extraoral conventional techniques to fulfill the requirement of studying the detail. CT imagings were used in 9 cases (11.5%) in order to assess the extent of the lesion.

Key word : ameloblastoma