

เพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา : รายงานผู้ป่วย

นางสาวรัตติยา หทัยเดชะดุขุฎี ทันตแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ อำเภอกอกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร 47280

บทคัดย่อ

เพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา (Peripheral ossifying fibroma) เป็นก้อนเนื้อเกิดขึ้นบริเวณเหงือก พยาธิกำเนิดยังไม่แน่ชัดแต่พบว่าเกี่ยวข้องกับการเจริญของเหงือกเนื่องจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น (reactive lesion) มากกว่าที่จะมีลักษณะของการเป็นเนื้องอก (neoplasm) ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากกลุ่มโรคก้อนเนื้อเหงือก อื่นๆและภาวะเหงือกโต (gingival overgrowth) ลักษณะทางคลินิก เป็นก้อน (nodule) อาจมีก้านยาวแคบ (pedunculate) หรือก้านสั้นติดกับฐาน (sessile) มักเกิดบริเวณเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างซี่ฟัน (interdental papilla) สีแดงถึงชมพูเหมือนเหงือก บ่อยครั้งอาจมีแผลที่ก้อนเนื้อ (ulcerate) โตช้า ส่วนใหญ่มีขนาด ไม่เกิน 2 เซนติเมตร ขนาดใหญ่กว่านี้พบได้น้อย

ในรายงานผู้ป่วยนี้ ผู้ป่วยหญิงอายุ 47 ปีมาด้วยอาการมีก้อนเนื้อบริเวณขากรรไกรล่างขวาด้านลิ้นเป็นมา 8 เดือน ไม่มีอาการใดๆ จากการตรวจทางคลินิกพบว่า มีก้อนเนื้อบริเวณขากรรไกรล่างขวาบริเวณด้านลิ้นของฟันกราม น้อยซี่ที่ 1 ถึงฟันกรามซี่ที่ 1 ขนาดประมาณ 2.6×1.6 เซนติเมตร ผิวสีชมพู ลักษณะเหมือนเหงือก คลำเนื้อแน่น มี ก้าน จึงทำการตัดรอยโรคทั้งหมดแล้วส่งตรวจ (excisional biopsy) จากผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาได้ผลการ วินิจฉัยเป็น เพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา จากการติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 2 ปี 3 เดือน ยังไม่พบการเกิดรอย โรคซ้ำ

คำสำคัญ : เพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา, เหงือกโต

Peripheral ossifying fibroma: A case report

Rattiya Hathaidechadusadee, Dentist, professional level

Khoksisuphan hospital, Khoksisuphan District, Sakon Nakhon Province, Thailand 47280

Abstract

Peripheral ossifying fibroma is a soft tissue growth at gingiva that is considered to be a reactive lesion rather than neoplastic in nature. The pathogenesis of this lesion is uncertain. This lesion occurs exclusively on the gingiva. It appears as a nodular mass, either pedunculated or sessile, that usually emanates from interdental papilla. The color ranges from red to pink, and the surface is frequently, but not always, ulcerated. Most lesions are less than 2 cm in size. Although larger ones occasionally occur. The lesion often has been presented for many weeks or months before the diagnosis is made.

Case report : A 47-year-old female came to see a dentist with a chief complaint of a painless growth of soft tissue in lingual aspect of the right mandible for 8 months. Intraoral examination revealed a single pedunculate 2.6 cm. x 1.6 cm. in size with gingiva-like surface, pale pink in color, extending mesiodistally from first premolar to first molar at lingual aspect. Excisional biopsy of the growth was performed under local anesthesia. Pathological diagnosis is peripheral ossifying fibroma. A period of 2 years and 3 months follow-up, no recurrence of lesions was found.

Key words: *peripheral ossifying fibroma, gingival overgrowth*

บทนำ

เพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา (Peripheral ossifying fibroma) เป็นการเจริญของเหงือกที่มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น (reactive lesion) มากกว่าที่จะเป็นเนื้องอก (neoplasm)⁽¹⁾ กลุ่มโรคที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นบริเวณเหงือก ได้แก่ ไฟโบรมา (fibroma) ไพโอเจนิค แกรนูโลมา (pyogenic granuloma) เพอริเฟอรอล ไซแอนท์ เซลล์ แกรนูโลมา (peripheral giant cell granuloma) และ เพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา (peripheral ossifying fibroma)⁽²⁾

ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา (ossifying fibroma) แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ 1 แบบเซนทรัล (central) รอยโรคเกิดจากเนื้อหุ้มกระดูกชั้นใน (endosteum) หรือ เส้นใยยึดปริทันต์ (periodontal ligament) รอบๆรากฟัน จึงเกิดรอยโรคในกระดูกและขยายจากภายในกระดูก 2 แบบเพอริเฟอรอล (peripheral) เกิดจากเนื้อเยื่ออ่อนที่ปกคลุมกระดูกเข้าฟัน⁽²⁻⁵⁾ พยาธิกำเนิดของเพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา ยังไม่แน่ชัด แต่เชื่อว่ามีปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ การระแทกที่เหงือก การสะสมแผ่นคราบจุลินทรีย์ (plaque) หินน้ำลาย แร่กรดเคี้ยว ฟันเทียมหลวม⁽³⁾ ลักษณะทางคลินิกของ เพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา คือ เป็นก้อน (nodule) มีก้านยาวแคบ (pedunculate) หรือก้านสั้นติดกับฐาน (sessile) มักเกิดบริเวณเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างซี่ฟัน (interdental papilla) สีแดงถึงชมพูเหมือนเหงือกบวมครั้งอาจมีแผลที่ก้อนเนื้อ (ulcerate)^(1-4, 6-7) ส่วนใหญ่มีขนาดน้อยกว่า 2 เซนติเมตร^(1, 6, 7) รอยโรคมักเกิดขึ้นมานานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือนก่อนที่คนไข้จะมาพบทันตแพทย์ มักพบในวัยรุ่น ถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 10-19 ปี โดย 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเป็นเพศหญิง พบที่ขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่างเล็กน้อย มากกว่าร้อยละ 50

พบบริเวณฟันหน้า รอยโรคไม่มีผลกระทบต่อฟัน แต่อาจพบว่าการขยายเบียดฟันข้างเคียงเกิดช่องว่างหรือทำให้ฟันโยกได้ แต่พบแบบนี้้น้อยมาก^(1, 3)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงอายุ 47 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการมีก้อนเนื้อที่ขากรรไกรล่างฝั่งขวา เป็นมาประมาณ 8 เดือน ไม่เจ็บ ไม่เคยมีเลือดออกจากก้อนเนื้อ รู้สึกกินอาหารไม่สะดวกและรู้สึกวุ่นวายกับก้อนเนื้อขึ้นซ้ำ ๆ

การซักประวัติ ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการเคี้ยวหมาก ปฏิเสธการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งหรือเนื้องอกบริเวณช่องปาก

การตรวจร่างกาย

ตรวจนอกช่องปาก ไม่มีภาวะซีด ใบหน้าสมมาตร ไม่มีอาการบวม อ้าปากได้ปกติ ไม่เคยขากรรไกรค้ำ คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณศีรษะ ใต้คางและลำคอ ไม่มีอาการชาบริเวณใบหน้า

ตรวจในช่องปาก พบก้อนเนื้องอกที่ขากรรไกรล่างขวาบริเวณเหงือกด้านลิ้นตำแหน่งฟันกรามน้อยซี่ที่ 1 ถึงฟันกรามซี่ที่ 1 ขนาดประมาณ 2.6 x 1.6 เซนติเมตร ลักษณะมีก้าน สามารถแหวกยกก้อนเนื้อขึ้นให้เห็นก้านได้ คลำไม่พบ pulsatile ไม่เจ็บ สีชมพู ผิวเรียบเหมือนเหงือกข้างเคียง โดยเป็นก้อนใหญ่ทางด้านลิ้น แต่มีก้อนเล็กด้านแก้มบริเวณเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันกรามซี่ที่ 1 และฟันกรามซี่ที่ 2 ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 0.5 เซนติเมตร ไม่มีเลือดออก คลำขากรรไกรไม่พบกระดูกขยายในแนวแก้ม-ลิ้น ฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 1 โยกระดับ 3 พบมีหินน้ำลายโดยทั่วทั้งปาก ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ภาพถ่ายภายในช่อง

การตรวจเพิ่มเติม

ภาพถ่ายรังสีรอบปลายราก พบเงาที่บ่งชี้บริเวณกลางตัวฟัน และเงาโปร่งรังสีบริเวณง่ามรากของฟันกรามล่างขาซีกที่ 1 และ 2 พบมีกระดูกละลายในแนวอนบริเวณฟันกรามน้อยล่างขาซีกที่ 2 และฟันกรามล่างขาซีกที่ 1 ระดับกระดูกเข้าฟันสูง 1/3 ของความยาวราก เลื่อนกระดูกปกติ



ภาพที่ 2 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากบริเวณฟันกรามล่างขาซีกที่ 1

การวินิจฉัยแยกโรค

เนื่องจากรอยโรคเป็นก้อนเนื้อ โตช้า ไม่มีกระดูกขยาย ขอบเขตชัดเจน มีสีชมพูและลักษณะผิวเหมือนเหงือก และคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตผิดปกติที่คอและใต้คาง จึงพิจารณาไปทางเนื้องอกชนิดไม่ร้าย (benign) และคลำไม่พบ pulsatile จึงคาดว่าไม่ใช่เนื้องอกที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือด ลักษณะมีก้านและเกิดบริเวณเหงือกยึดและเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างซี่ฟันรวมทั้งผู้ป่วยมีหินน้ำลายโดยทั่วทั้งปากจึงพิจารณาว่าเป็นรอยโรคที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น จากข้อมูลทั้งหมดให้การวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่

1. ไฟโบรมา
2. ไฟโอเจนิค แกรนูโลมา
3. เพอริเพอรอล ไซแอนท์ เซลล์ แกรนูโลมา
4. เพอริเพอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา
5. เพอริเพอรอล อะมีโลบลาสโตมา
6. เพอริเพอรอล โอดอนโตเจนิค ไฟโบรมา

การวางแผนการรักษา

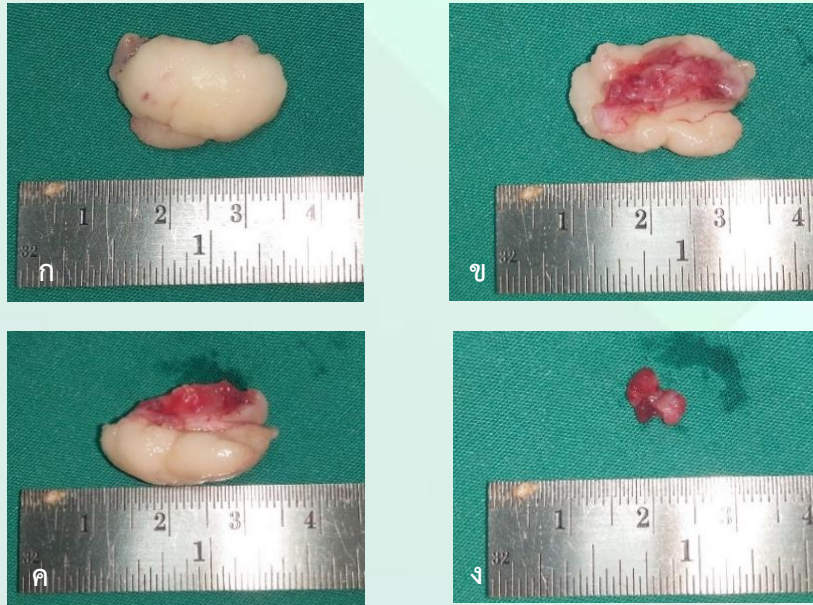
ถอนฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 1 ร่วมกับตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (excisional biopsy) เนื่องจากฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 1 โยกระดับ 3 จึงพิจารณาถอนออกจากนั้นทำการตัดชิ้นเนื้อทั้งหมดส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

ขั้นตอนการรักษา

ระงับอาการเจ็บปวดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ จากนั้นถอนฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 1 แล้วตัดก้อนเนื้อออกที่ละด้าน ทางด้านใกล้ลิ้นแหวกก้อนเนื้อให้เห็นขอบเขตฐานของก้อน จากนั้นใช้มีดเบอร์ 15 ลงรอยตัดโดยลงให้ลึกถึงกระดูกเพื่อให้เยื่อหุ้มกระดูกขาด พิจารณากระดูกด้านลิ้นแล้วพบว่า ไม่มีลักษณะผิดปกติ ทำการตัดก้อนเนื้อทางด้านใกล้แก้มแล้วนำชิ้นเนื้อแช่ในสารละลายฟอร์มาลิน เพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ดังภาพที่ 3 และ 4



ภาพที่ 3 ถอนฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 1 และตัดชิ้นเนื้อด้านใกล้ลิ้นและด้านใกล้แก้ม โดยตัดลึกถึงกระดูก

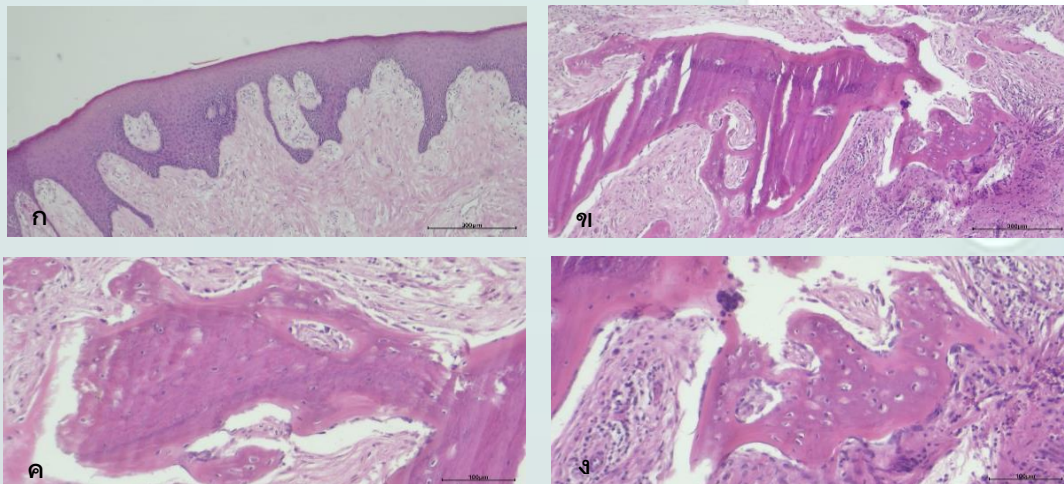


ภาพที่ 4 ชิ้นเนื้อที่ตัดเพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

- ก. ด้านบนของชิ้นเนื้อด้านใกล้ลิ้น ข. ด้านฐานของชิ้นเนื้อด้านใกล้ลิ้น
ค. ด้านข้างของชิ้นเนื้อด้านใกล้ลิ้น ง. ด้านข้างของชิ้นเนื้อด้านใกล้แก้ม

ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางจุลพยาธิวิทยา

ผลจุลพยาธิวิทยา คือ เพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา (peripheral ossifying fibroma) ซึ่งมีเส้นใยไฟบรัสปริมาณมากและมีการสร้างผลึกแร่ธาตุ (fibrous proliferation associated with the formation of a mineralized product) ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ผลจุลพยาธิวิทยา เพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา

- ก. กำลังขยาย 40 เท่า พบว่ามีเส้นใยไฟบรัสจำนวนมาก
ข. กำลังขยาย 40 เท่า พบการสร้างกระดูกล้อมรอบด้วยเส้นใยไฟบรัส
ค. และ ง. กำลังขยาย 100 เท่า แสดงการสร้างกระดูกแข็งที่เจริญไม่เต็มที่ (woven bone)

การติดตามผลการรักษา

7 วันหลังผ่าตัดรอยโรค ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อแต่พบกระดูกด้านใกล้ลิ้นโผล่ดังภาพที่ 6 (ก)

4 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่าแผลปิดดีไม่มีกระดูกโผล่ และผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ดังภาพที่ 6 (ข)

นัดติดตามอาการผู้ป่วยต่อเนื่องหลังผ่าตัด 3 เดือน (ภาพที่ 6 ค) 7 เดือน (ภาพที่ 6 ง) และ 1 ปี 4

เดือน (ภาพที่ 6 จ) สันเหงือกตำแหน่งฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 1 ปกติดี ไม่พบการติดเชื้อและไม่พบการเกิดรอยโรคซ้ำ

หลังผ่าตัด 2 ปี 3 เดือน ผู้ป่วยมาขอตรวจฟันน้ำลาย พบว่าสันเหงือกบริเวณฟันกรามล่างขวาปกติดี ไม่พบการเกิดรอยโรคซ้ำ



ภาพที่ 6 ภาพในช่องปากหลังทำการผ่าตัดรอยโรค

- ก. 7 วันหลังผ่าตัดรอยโรค พบกระดูกด้านใกล้ลิ้นโผล่
- ข. 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด แผลปิดดี
- ค. 3 เดือนหลังผ่าตัด สันเหงือกปกติ
- ง. 7 เดือนหลังผ่าตัด สันเหงือกปกติ ไม่พบการเกิดรอยโรคซ้ำ
- จ. 1 ปี 4 เดือน หลังผ่าตัด สันเหงือกปกติ ไม่พบการเกิดรอยโรคซ้ำ

บทวิจารณ์

การวินิจฉัยแยกโรคก่อนเนื้อบริเวณเหงือกสามารถแบ่งกลุ่มได้ดังนี้ กลุ่มโรคเหงือกเจริญเติบโตจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ไฟโบรมา ไฟโอเจนิค แกรนูโลมา เพอริเฟอรอล ไซแอนท์ เซลล์ แกรนูโลมา เพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมาและกลุ่มโรคเนื้องอก (neoplasm) ได้แก่ เพอริเฟอรอล อะมีโลบลาสโตมา และเพอริเฟอรอล โอดอนโตเจนิค ไฟโบรมา^(3, 6, 8) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 1

เพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา มีช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 10-19 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบที่ขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่างเล็กน้อย พบบริเวณฟันหน้ามากกว่าบริเวณฟันหลัง ขนาดส่วนใหญ่ไม่เกิน 2 เซนติเมตร⁽¹⁾ แต่ผู้ป่วยรายนี้ อายุ 47 ปี พบรอยโรคบริเวณฟันกรามน้อย-ฟันกรามในขากรรไกรล่าง ซึ่งไม่ใช่ลักษณะที่พบบ่อย รอยโรคมีขนาด 2.6 เซนติเมตรซึ่งใหญ่กว่ารอยโรคโดยทั่วไป โดย Harry G. Sacks และคณะ รายงานว่าพบรอยโรคขนาดใหญ่ถึง 10.5 เซนติเมตร⁽⁹⁾ Vandana Reddy และคณะรายงานว่ารอยโรคสามารถมีขนาด

ใหญ่ตั้งแต่ 2.5 เซนติเมตร ไปจนถึง 10.5 เซนติเมตร ได้ แต่รอยโรคขนาดใหญ่พบได้น้อยมาก⁽⁷⁾ ลักษณะทางภาพรังสีมีตั้งแต่กระดูกปกติไปจนถึงพบการทำลายกระดูก ขึ้นกับอายุของรอยโรค สามารถพบ erosion ที่ผิวกระดูก หรือ cupping defect รวมทั้งพบก้อนที่บั้งสีซึ่งเกิดจากการสะสมผลึกแร่ธาตุในรอยโรค⁽³⁾ กรณีที่รอยโรคขนาดใหญ่และเบียดฟันจะเห็นฟันเคลื่อนจากตำแหน่งเดิมในภาพรังสีด้วย⁽⁷⁾ ภาพถ่ายรังสีในผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีการกระดูกละลาย เส้นกระดูกปกติ ไม่พบการเคลื่อนตำแหน่งของฟัน การวินิจฉัยไม่สามารถใช้ลักษณะทางคลินิกและภาพถ่ายรังสี แต่ต้องอาศัยการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาโดย เพอร์เฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา มี

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา คือ มีการสร้างเส้นใย ไฟบรัสจำนวนมากและมีการสร้างผลึกแร่ธาตุ ซึ่งมีหลายรูปแบบ ทั้งเป็นส่วนประกอบของกระดูก หรือ ผลึกที่คล้ายเคลือบรากฟัน (cementum-like material) บ่อยครั้งจะพบทั้งสองอย่างร่วมกัน โดยทั่วไปกระดูกจะเป็นแบบกระดูกแข็งที่เจริญไม่เต็มที่ (woven bone) หรือกระดูกเนื้อโปร่ง (trabeculae bone) หากรอยโรคมีอายุมากจะพบเป็นกระดูกแข็งที่เจริญเต็มที่ (mature lamellar bone)⁽¹⁾ โดยผลตรวจทางจุลพยาธิของผู้ป่วยรายนี้ พบว่ามีการสร้างเส้นใยไฟบรัสจำนวนมากและมีการสร้างกระดูกแข็งที่เจริญไม่เต็มที่ (woven bone) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะที่ได้กล่าวมาข้างต้น

ตาราง 1 การวินิจฉัยแยกโรคก่อนเนื้อบริเวณเหงือก

รอยโรค	ลักษณะทางคลินิก	ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา	อื่นๆ
ไฟโอเจนิคแกรนูโลมา	อายุ- ไม่เจาะจง บริเวณที่เกิด-ส่วนใหญ่ที่เหงือก ริมฝีปาก ลิ้น กระพุ้งแก้ม ลักษณะทางคลินิก-มักเป็นก้อน ยกได้ โตเร็ว นิ้ม สีแดง เลือดออกง่าย	Endothelium lined vascular channels engorged with red blood cells and chronic inflammatory cells	มักพบในผู้หญิงอายุน้อย บ่อยครั้งเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์
เพอร์เฟอรอล ใจแอนท์ เซลล์แกรนูโลมา	อายุ- 30-59 ปี บริเวณที่เกิด-เฉพาะเหงือก พบได้ตั้งแต่ฟันหน้าถึงฟันกราม ลักษณะทางคลินิก-สีม่วง หรือแดงอมม่วง โตเร็ว อาจนิ่มหรือแน่น อาจมีก้อน ขนาด-ส่วนใหญ่ 0.5-1 เซนติเมตร มักมีแผลร่วมด้วย	มี multinucleated giant cells จำนวนมากใน vascularized fibro cellular stroma และมีเซลล์การอักเสบแทรกซึมด้วย	ภาพถ่ายรังสีเห็นกระดูกเบา ฟันละลายเป็นลักษณะ cupping
เพอร์เฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา	อายุ- 10-19 ปี บริเวณที่เกิด- เฉพาะเหงือก ลักษณะทางคลินิก- เนื้อแน่น มีก้อน สีเหมือนเนื้อเยื่อข้างเคียง	ใน Cellular fibrous connective tissue พบการสะสมแคลเซียมปริมาณมาก และพบส่วนประกอบของหลอดเลือดน้อย	ภาพรังสีไม่เห็นรอยโรคที่กระดูก แต่น้อยมากที่พบ erosion ที่ผิวกระดูก และพบก้อนที่บั้งสีตำแหน่งของรอยโรคได้

ตาราง 1 การวินิจฉัยแยกโรคก่อนเนื้อบริเวณเหงือก (ต่อ)

รอยโรค	ลักษณะทางคลินิก	ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา	อื่นๆ
ไฟโบรมาที่เกิดจากการระคายเคือง	อายุ- ไม่เจาะจง บริเวณที่เกิด- ส่วนใหญ่เกิดที่กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก เหงือก ลักษณะทางคลินิก-กลมถึงรี ไม่มีอาการ ผิวเรียบ สีชมพู เนื้อแน่น มีก้าน	Atrophic epithelium with dense collagenous matrix containing few fibroblasts and little or no inflammatory response.	พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคก่อนเนื้อบริเวณเหงือก
เพอริเฟอรอลอะมีโลบลาสโตมา	อายุ- วัยกลางคน เฉลี่ย 52 ปี บริเวณที่เกิด- เหงือกยึดและเยื่อบุผิวกระดูกเบ้าฟัน บริเวณฟันหลัง ที่ขากรรไกรล่าง ลักษณะทางคลินิก- มีก้านยาว แคมหรือก้านสันติดกับฐาน ไม่เจ็บ มักคล้ายกับ ไฟโบรมา ขนาด- ไม่เกิน 1.5 เซนติเมตร	พบ Islands of ameloblastic epithelium ล้อมรอบ lamina propria โดยอยู่ใต้เยื่อบุผิว (epithelium)	-ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยามีลักษณะเหมือนอะมีโลบลาสโตมาที่เกิดในกระดูก -ลักษณะเป็น Islands อาจสับสนกับ เพอริ เฟอรอล โอดอนโตเจนิค ไฟโบรมา
เพอริเฟอรอลโอดอนโตเจนิคไฟโบรมา	อายุ- 5-65 ปี บริเวณที่เกิด- เหงือกยึด (attached gingiva) ลักษณะทางคลินิก-โตช้า แน่น บางครั้งเกิดระหว่างฟัน และดันฟันเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม	พบ Islands of Odontogenic epithelium และพบเส้นใยคอลลาเจนจำนวนมาก	-พบไม่บ่อย -เป็นรอยโรคโอดอนโตเจนิค ไฟโบรมา ชนิดที่เกิดที่เนื้อเยื่ออ่อน

การรักษา

ผ่าตัดชิ้นเนื้อทั้งหมดแล้วส่งชิ้นเนื้อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ขูดหินปูนและขัดฟัน โดยการตัดต้องตัดให้ถึงเยื่อหุ้มกระดูก (periosteum) และเส้นใยปริทันต์ เพื่อลดการเกิดซ้ำ Samir Chugh รายงานว่าสามารถใช้เลเซอร์ในการตัดรอยโรคได้ มีข้อดีคือเลือดออกน้อย ลดความเสี่ยงแผลผ่าตัดติดเชื้อ ลดความเครียดและความกลัวให้กับผู้ป่วยได้ ไม่จำเป็นต้องเย็บแผล ปวดแผลน้อย แผลหายเร็ว และยังไม่มียารอยโรคเกิดซ้ำในช่วง 1 ปี⁽¹⁰⁾ รอยโรคมีอัตราการเกิดซ้ำร้อยละ 16⁽¹⁾ ระยะเวลาเฉลี่ยในการเกิดรอยโรคซ้ำประมาณ 12 เดือน⁽³⁾ ในรายงานผู้ป่วย

รายนี้ทำการตัดรอยโรคถึงเยื่อหุ้มกระดูก และติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 2 ปี 3 เดือน ยังไม่พบรอยโรคเกิดซ้ำ แม้ว่าโดยทั่วไปเพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา จะมีลักษณะโตช้า ขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร กรณีรอยโรคขนาดใหญ่มาก หรือมีลักษณะอื่น เช่น โตเร็ว ขอบเขตไม่ชัดเจน มีการทำลายกระดูก การวินิจฉัยแยกโรคจะกว้างตั้งแต่เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (benign) ไปจนถึงเนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignant) ดังนั้น ควรตัดชิ้นเนื้อบางส่วนส่งตรวจ (incisional biopsy) เพื่อให้ได้คำวินิจฉัยก่อน แล้วจึงทำการรักษา^(7, 9)

บทสรุป

ผู้ป่วยรายนี้มีผลการวินิจฉัย คือ เพอริเฟอรอล ออสซิฟายอิง ไฟโบรมาซึ่งเป็นก้อนเนื้อที่มีสีชมพู ผิวเรียบเหมือนเหงือก มีก้อน ภาพถ่ายรังสีไม่พบการทำลายกระดูก ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางคลินิก และลักษณะทางภาพรังสีของรอยโรคนี้ แต่ผู้ป่วยอายุ

47 ปี พบรอยโรคที่เหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันกรามน้อยซี่ที่ 2 ถึงฟันกรามซี่ที่ 1 ในขากรรไกรล่าง มีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร เป็นข้อแตกต่างในด้านอายุ ตำแหน่งที่เกิด และขนาดก้อนเนื้อของรอยโรคนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Neville, Brad W. Oral and Maxillofacial Pathology.3ed. St. Louis Mo: Saunders/Elsevier; 2009.
2. Bhasin M, Bhasin V, Bhasin A. Peripheral ossifying fibroma. Case Rep Dent. 2013;2013:497234.
3. Chandwani M, Fernandes G. Peripheral ossifying fibroma: Review and case report. Biomed Res Clin Prac. 2018.;3:3:1-4.
4. Ronaldo Célio Mariano, Marina Reis Oliveira, Amanda de Carvalho Silva, Oslei Paes de Almeida. Large peripheral ossifying fibroma: Clinical, histological, and immunohistochemistry aspects. A case report. Rev esp cir oral maxilofac. 2017;39(1):28–49
5. C. S. Miller, R. G. Henry, and D. D. Damm. Proliferative mass found in the gingiva. The Journal of the American Dental Association. 1990; vol. 121, no. 4, pp. 559–560.
6. Albagieh H. N. Large peripheral ossifying fibroma interfering with the normal functions of the oral cavity: A rare case report presentation and discussion. International journal of surgery case reports. 2021;84: 106127.
7. Vandana Reddy, Arunkumar KV, Vijay Wadhwan, Arvind Venkatesh. Giant Peripheral Ossifying Fibroma of the Posterior Mandible-A Rare Case Report. Iran J Pathol. 2017; 12(4): 397-401
8. Reddy SV, et al. BMJ Case Rep 2014. doi:10.1136/bcr-2013-201065
9. Harry G. Sacks, Saar Amrani, Ken Anderson. “Gigantiform” Peripheral Ossifying fibroma: Report of a case. J Oral Maxillofac Surg. 2012; 70: 2610-2613
10. Samir Chugh, Nupur Arora, Amit Rao, Sunil Kumar Kothawar. Laser excision of peripheral ossifying fibroma: Report of two cases. J Indian Soc Periodontol. 2014 Mar-Apr; 18(2):259-262.