



## ไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมาในช่องปาก : รายงานผู้ป่วย

ตีวพร สุขอร่าม วท.บ.,ท.บ., ป.บัณฑิตสาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก<sup>1</sup>

สมศรี ไรจนวัฒน์ศิริเวช วท.บ.,ท.บ., M.Sc.Oral Path (U.M.A.B.) , อ.ท. (วิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก)<sup>2</sup>

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร

<sup>2</sup> ภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทคัดย่อ

ไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา จัดเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงซึ่งพบได้น้อยในช่องปาก และโดยเฉพาะในเด็กเล็ก บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งเป็นเด็กหญิงไทยอายุ 5 ปี มารับการรักษาที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เนื่องจากมีก้อนเนื้อขนาดประมาณ 0.6×0.8×0.3 เซนติเมตร บริเวณเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันตัดซี่กลางแท้ซ้ายล่างและฟันตัดข้างแท้ซ้ายล่าง เป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปี ไม่มีอาการใดๆ ไม่มีเลือดออก โดยไม่พบความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรบริเวณนั้น ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกเป็นพาพิลโลมา ให้การรักษาโดยวิธีผ่าตัด ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาเป็น ไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา รายงานนี้แสดงถึงการตรวจทางคลินิก การวินิจฉัยแยกโรคทางคลินิก และการวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยา รวมทั้งเสนอแนะการดูแลอนามัยช่องปากที่ไม่ให้เกิดคราบจุลินทรีย์ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นรอยโรคในผู้ป่วยและจากการติดตามผลหลังการรักษาเป็นเวลา 2 ปี ไม่พบการกลับเป็นขึ้นใหม่

(ว กบต จุฬาฯ 2547;27;117-23)

คำสำคัญ : ไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา พยาธิวิทยา พาพิลโลมา

### บทนำ

ไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา (giant cell fibroma) จัดเป็นเนื้องอกของเนื้อเยื่อเส้นใย (fibrous tissue) ที่ไม่ร้ายแรงซึ่งพบได้น้อย คือประมาณ 0.05 - 2.7 ของชิ้นเนื้อที่ถูกส่งตรวจทาง จุลพยาธิวิทยา<sup>1-5</sup> และคิดเป็นร้อยละ 0.5-10.6 ของรอยโรคประเภทเส้นใย (fibrous lesion) ทั้งหมด<sup>1-5</sup> สำหรับรายงานโรคนี้ในคนไทยเทียบกับชิ้นเนื้อทั้งหมดและรอยโรคเส้นใยจะพบเป็นร้อยละ 0.66 และ 10.49 ตามลำดับ ส่วนช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 20-29 ปี และพบว่าร้อยละ 70 ของ ไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา เกิดในช่วงอายุ 20 - 49 ปี<sup>3</sup> แต่มีรายงานต่างประเทศพบมากในช่วงอายุ 11-20 ปี<sup>2</sup> โดยส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยคือ 27.7 - 38 ปี<sup>1-3</sup> รอยโรคไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา ในช่องปากของผู้ป่วยไทยพบกระจายในเพศหญิงและชายเท่า ๆ กัน<sup>3</sup> ต่างจากบางรายงานพบในเพศหญิง

มากกว่าเพศชายโดยพบในเพศหญิงถึงร้อยละ 60<sup>5</sup> สำหรับลักษณะทางคลินิกและทางจุลพยาธิวิทยาของไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา ในคนไทยคล้ายกับที่มีรายงานในชนชาติต่าง ๆ ยกเว้นในเรื่องอายุและเพศ<sup>3</sup>

รอยโรคไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา นี้ Weathers และ Callihan เป็นผู้ตั้งชื่อให้ในปี ค.ศ.1974<sup>6</sup> เนื่องจากพบรอยโรคทางคลินิกที่ใกล้เคียงกับไฟบรัส โพลีพอยด์ ไฮเปอร์พลาเซีย (fibrous polypoid hyperplasia) แต่มีลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพิเศษออกไปเฉพาะตัวไม่เหมือนกับเนื้องอกที่เหงือกที่เคยพบ<sup>7</sup> ลักษณะทางคลินิกของไจอแอนท์ เซลล์ไฟโบรมา เป็นก้อนเส้นใยที่มีก้าน (edunculate)<sup>3-6</sup> หรืออาจเป็นฐานกว้าง (sessile)<sup>3</sup> ผิวของรอยโรคอาจจะเป็นตุ่มเล็ก (nodule)<sup>4,6</sup> หรือยื่นออกมาคล้ายนิ้วมือ (papillary)<sup>3-5</sup> หรือคล้ายเป็นพู ๆ (cerebriform)<sup>1,6</sup> หรือมีผิวหน้าเรียบ<sup>1,3</sup>

อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 60 มีผิวเป็นแบบหูด (wart) หรือเป็นตุ่มเล็ก ๆ<sup>8</sup> รอยโรคที่พบมักมีขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 1 ซม.<sup>3,4,6</sup> แต่มีรายงานไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมาขนาดใหญ่ที่เป็นเนื้องอก 2 ก้อน ในผู้ป่วยคนเดียวกันมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางถึง 4 และ 4.5 เซนติเมตรด้วย<sup>1</sup> โดยทั่วไปรอยโรคมีเหมือนเนื้อเยื่อปกติ<sup>8</sup> และมักไม่มีอาการ<sup>1,4</sup> ระยะเวลาการดำเนินของโรค (duration) ไม่แน่นอน แต่มักพบว่าค่อนข้างนาน<sup>5</sup> เพราะมีการเจริญเติบโตอย่างช้า ๆ<sup>1</sup> รอยโรคส่วนใหญ่มักเกิดมานานแล้วจึงจะมาตรวจและรักษา<sup>4</sup> ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือที่เหงือก<sup>2-6</sup> โดยพบที่เหงือกในขากรรไกรล่างมากกว่าเหงือกในขากรรไกรบน<sup>4,6</sup> รองลงมาคือที่ลิ้น เพดานปาก เยื่อเมือกช่องปากด้านแก้ม ริมฝีปาก<sup>3,4</sup> พื้นของช่องปาก แผ่นนวมท้ายฟันกรามหลัง พื้นที่ช่องปากส่วนหน้า<sup>5</sup>

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา ก้อนเนื้องอกไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา เป็นเนื้อเยื่อยึดต่อคอลลาเจน (collagen connective tissue) ที่มีรูปแบบพิเศษ<sup>8</sup> พื้นผิวด้านบนปกคลุมด้วยเซลล์รูปหลายเหลี่ยมหลายชั้น (stratified squamous epithelium) ซึ่งมีความหนาแน่นขึ้นกับการสะสมเคราติน (keratin) และ/หรือการเพิ่มจำนวนของเซลล์บุผิว<sup>5</sup> บางรายงานเซลล์บุผิวที่ปกคลุม จะแสดงลักษณะของเรติคูลัส (rete ridges) ที่ยื่นยาวลงไปมาก<sup>2</sup> ส่วนประกอบของรอยโรคได้เยื่อบุผิวประกอบด้วยคอลลาเจน<sup>5</sup> และมักไม่มีการอักเสบ<sup>6</sup> หรือมีการอักเสบเล็กน้อย<sup>5</sup> และจะพบไจอแอนท์ เซลล์ (giant cell) ลักษณะรูปดาว (stellate cells) ขนาดใหญ่ซึ่งมีนิวเคลียสเดี่ยวหรือหลายนิวเคลียส (multinucleated giant cells) กระจายอยู่ในเนื้อเยื่อยึดต่อเส้นใยที่อยู่กันแบบหลวมและมีเส้นเลือดมาเลี้ยงจำนวนมาก<sup>3</sup> บางทีเซลล์ที่มีหลายนิวเคลียสนี้จะคล้ายเซลล์รูปเกือกม้าเหมือนลึงฮานส์ ไจอแอนท์ เซลล์ (Langhans giant cell)<sup>4,6</sup> ส่วนเซลล์ที่มีนิวเคลียสเดี่ยวมักพบว่ามีส่วนยื่นยาวเป็นแขนงออกไป (dendritic process) ในขณะที่แบบหลายนิวเคลียสมักไม่มี<sup>9</sup> เซลล์หลายนิวเคลียสนี้สันนิษฐานว่าอาจเกิดโดยการรวมตัวของเซลล์ที่มีนิวเคลียสเดี่ยว<sup>9,10</sup> และบางการศึกษาที่สนับสนุนว่าเซลล์เหล่านี้เป็นเซลล์ไฟโบรบลาสต์ที่มีลักษณะแปลกออกไป (atypical fibroblasts) เพราะประกอบด้วยไมโครไฟบริล (microfibril) จำนวนมาก<sup>9</sup> สำหรับการศึกษาทางอิมมูโนฮิสโตเคมี (immunohistochemical) พบว่าเซลล์รูปดาวส่วนใหญ่เป็นไฟโบรบลาสต์ (fibroblast)<sup>11</sup>

วิธีการรักษาไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา ใช้วิธีการผ่าตัด (excision) ได้ผลดี<sup>4,5,8</sup> และพบมีรายงานการกลับเป็นขึ้นใหม่ได้น้อยมาก<sup>4</sup>

รายงานผู้ป่วยนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะนำเสนอถึงเนื้องอกไจอแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา ที่มีโอกาสพบน้อยมากโดยเฉพาะในเด็กเล็กพร้อมทั้งได้ทบทวนลักษณะทางคลินิก การตรวจวินิจฉัยแยกโรค ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา วิธีการรักษา ตลอดจนจนแสดงให้เห็นความสำคัญของการพิจารณาโรคทางจุลพยาธิวิทยาเพื่อการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน ซึ่งให้ประโยชน์ทั้งในแง่การวางแผนการรักษาและการพยากรณ์โรคด้วย

### รายงานผู้ป่วย

เด็กหญิงไทยอายุ 5 ปี สุขภาพแข็งแรง มาที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร ด้วยการมีก้อนเนื้อที่เหงือกล่างด้านซ้าย พบเมื่อฟันตัดข้างแท้ล่างซ้ายเริ่มขึ้น ด้านหลังต่อฟันตัดข้างน้ำนมล่างซ้ายที่ยังไม่หลุด และก้อนค่อย ๆ โตขึ้นโดยไม่มีอาการเจ็บเป็นเวลา 1 ปี สภาพภายในช่องปาก พบก้อนเนื้อ 1 ก้อนที่เหงือกด้านริมฝีปากบริเวณเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟันตัดซี่กลางแท้ล่างซ้ายและฟันตัดข้างแท้ล่างซ้าย มีขนาด  $0.6 \times 0.8 \times 0.2$  ลูกบาศก์เซนติเมตร รอยโรคมีก้าน ผิวคล้ายดอกกะหล่ำ มีสีเหมือนเหงือกข้างเคียง เมื่อคลำดูพบว่าค่อนข้างแข็ง ไม่มีเลือดออก (รูปที่ 1) บริเวณโดยรอบพบมีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายบนด้านริมฝีปากของฟันทั้งสองซี่

จากการตรวจภาพรังสี รากฟันและกระดูกรอบรากฟันปกติ ในเบื้องต้นได้ให้การวินิจฉัยว่าเป็นพาลิโลมา (papilloma) และได้อธิบายกับผู้ปกครองให้ทราบถึงขั้นตอนการวินิจฉัยโรค การวางแผนการรักษาและการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทั่วไป จากนั้นทำการขูดหินน้ำลาย กำจัดคราบจุลินทรีย์ และนัดมาตัดรอยโรคออกหลังการวินิจฉัย 1 สัปดาห์ ในการตัดชิ้นเนื้อ หลังจัดยาชา ทำการผ่าตัดที่ฐานของก้อนเนื้อที่ยื่นจากเหงือก แต่งเหงือกให้เรียบไม่มีส่วนยื่น แซ่ก้อนเนื้อในน้ำยาฟอมาลินเข้มข้น 10% ส่งตรวจที่ภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังรักษา 1 เดือนพบว่าแผลผ่าตัดเป็นปกติ และการติดตามหลังจากการรักษา 2 ปี ไม่พบการเกิดขึ้นใหม่

จากการตรวจชิ้นเนื้อเยื่อด้วยตาเปล่าพบว่าก้อนเนื้อ มีลักษณะเป็นสีขาวขนาด  $0.6 \times 0.8 \times 0.3$  ลูกบาศก์เซนติเมตร

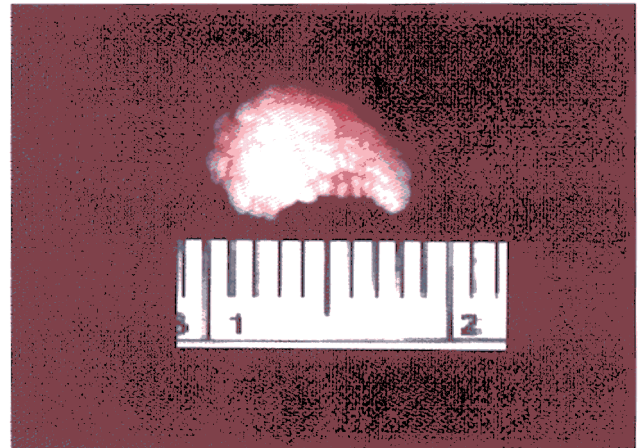
แน่นแข็ง (รูปที่ 2) และผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยา รอยโรคเป็นก้อนเนื้อเยื่ออ่อนที่มีผิวหน้ายื่นยาวเป็นปุ่มเล็กๆ ภายในรอยโรคประกอบด้วย ไฟโบร بلاสตรูปดาว และไจแอนท์เซลล์ที่มีหลายนิวเคลียสและมีแขนงยาว รวมทั้งมีนิวคลีโอลัม

ลักษณะโปร่ง (vesicular nuclei) เซลล์เหล่านี้มีเป็นจำนวนมาก และกระจายอยู่ในระหว่างเส้นใยคอลลาเจนที่ประสานกันภายในรอยโรคมีเซลล์อักเสบเรื้อรังอยู่บ้างเล็กน้อย (รูปที่ 3, 4) วินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาเป็นไจแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา



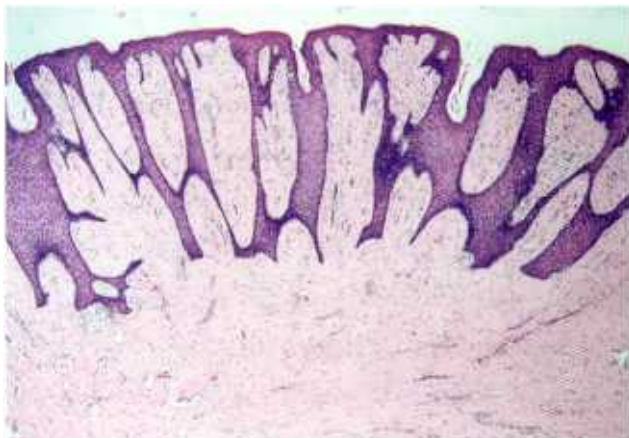
รูปที่ 1 ลักษณะของรอยโรคระหว่างฟัน #31 กับ #32 มีผิวหน้าคล้ายดอกกะหล่ำ

Fig 1 Preoperative nodular appearance of lesion on interdental papilla between lower left permanent central incisor and lower left permanent lateral incisor



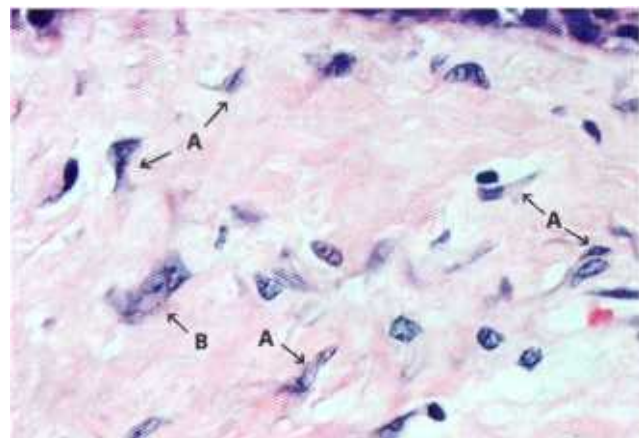
รูปที่ 2 ภาพแสดงก้อนเนื้อมีขนาด 0.6x0.8x0.3 ซม<sup>3</sup>

Fig 2 The gross appearance of specimen was measured 0.6x0.8x0.3 cm<sup>3</sup>



รูปที่ 3 ภาพแสดงรอยโรคพบผิวของรอยโรคมีลักษณะยื่นขึ้นไปประกอบด้วยเส้นใยคอลลาเจนที่ประสานกัน (สีย้อมฮีมาทอกซิลิน และ อีโอซิน ขยาย 100 เท่า)

Fig 3 Photomicrograph demonstrating the hyperplastic epithelial growth in nodular fashion. The mass comprises of abundant interlacing collagenous fibers. (H & E stain x 100)



รูปที่ 4 ภาพแสดงรอยโรคพบประกอบด้วยเซลล์ไฟโบร بلاสตรูปดาวมีแขนงยาว (A) และไจแอนท์ เซลล์ที่มีหลายนิวเคลียส (B) ซึ่งนิวคลีโอลัมมีลักษณะโปร่งด้วย เซลล์เหล่านี้มีเป็นจำนวนมากและกระจายอยู่ระหว่างเส้นใยคอลลาเจน (สีย้อมฮีมาทอกซิลิน และ อีโอซิน ขยาย 400 เท่า)

Fig 4 High power histologic feature shows multiple spindle shaped cells with long processes (A) and multinucleated giant cell fibroblasts with vesicular nuclei (B) distributing within collagen fibers. (H & E stain x 400)

## วิจารณ์

ไจแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา มีลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกับรอยโรคชนิดอื่น ๆ ได้หลายชนิด ดังนั้นการวินิจฉัยแยกโรคทางคลินิกซึ่งมักประกอบด้วยไฟโบรมา, พาพิลโลมา, เวอรูคา วัลกาวิส (verruca vulgaris), เพอริเฟอราล ไจแอนท์ เซลล์ แกรนูโลมา (peripheral giant cell granuloma), ไพโอเจนิค แกรนูโลมา (pyogenic granuloma)<sup>4</sup> และนอกจากนี้จากรายงานในคนไทย พบว่ายังอาจได้รับการวินิจฉัยเป็นจินโจวัล ไฮเปอร์พลาเซีย (gingival hyperplasia) และไฟโบรเอพิทิลเลียล โพลิป (fibroepithelial polyp)<sup>3</sup> บางรายงานบอกว่าจะมีลักษณะและการดำเนินโรคเหมือนไฟโบรมาหรือพาพิลโลมา จนแยกไม่ได้ทางคลินิก<sup>1,4</sup>

ในการตรวจผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยแยกโรคในขั้นต้นได้พิจารณาลักษณะทางคลินิกที่เห็นเด่นชัดคือ รอยโรคมีลักษณะโป่งออก ฐานกว้าง ไม่มีอาการ ซึ่งลักษณะดังกล่าวครอบคลุมลักษณะทางคลินิกของรอยโรค 4 ชนิด ได้แก่ ไฟโบรมา, พาพิลโลมา, เวอรูคา วัลกาวิส, ไพโอเจนิค แกรนูโลมา จึงได้พิจารณาแยกโรคเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ไฟโบรมา ในทางคลินิกเป็นรอยโรคที่มักมีฐานกว้าง<sup>12</sup> ไม่มีก้านหรือมีก้านเล็กน้อย ผิวโค้งมนเรียบ เมื่อคลำดูจะรู้สึกแข็ง<sup>12,13</sup> มีสีชมพูจางคล้ายกับเยื่อเมือกข้างเคียง โดยทั่วไปมักมีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร รอยโรคมักเกิดมากที่สุดที่เหงือก สาเหตุของไฟโบรมาเกิดจากการบาดเจ็บเรื้อรัง เช่น เคี้ยวหรือกัดแก้ม<sup>12</sup> โดยมักเกิดในช่วงอายุ 40 - 60 ปีถึงร้อยละ 54<sup>6</sup>

2. พาพิลโลมา มักเป็นรอยโรคเดียวหรือในบางครั้งมีหลายรอยโรค<sup>11</sup> มีลักษณะผิวเป็นส่วนยื่นยาวคล้ายนิ้วมือ<sup>8,11,12</sup> หรือคล้ายดอกกะหล่ำ (cauliflower-like)<sup>11,12</sup> อาจมีก้านหรือไม่มีก้านยึดติดกับฐานเยื่อเมือกช่องปากข้างใต้<sup>12</sup> มีสีชมพูถึงขาว<sup>11</sup> หรือสีเดียวกับเยื่อเมือกปกติ<sup>12</sup> ขนาดมักไม่ใหญ่กว่า 1 ซม.<sup>11,13</sup> และไม่มีอาการ พบบ่อยที่สุดที่เพดานปากทั้งอ่อนและแข็งรวมทั้งที่ลิ้นไก่แต่ก็อาจเกิดได้ในที่อื่น ๆ<sup>11</sup> และเกิดได้ในทุกช่วงอายุ<sup>12</sup>

3. เวอรูคา วัลกาวิส แม้เป็นรอยโรคที่พบได้น้อย แต่ก็มักกระจายอยู่ในผู้ป่วยเด็ก<sup>15</sup> รอยโรคทางคลินิกคล้ายพาพิลโลมาคือมีผิวหยาบและมีลักษณะเป็นส่วนยื่นคล้ายนิ้วมือนี้อีก<sup>12</sup> ปกติขนาดเล็กกว่า 1 ซม.<sup>13</sup> อย่างไรก็ตาม รอยโรคมักพบที่ผิวหนังมากกว่าในช่องปาก โดยมักเกิดจากการ

ที่ผู้ป่วยดูดหรือกัดเล็บมือจากนิ้วที่มีรอยโรคอยู่เป็นสาเหตุให้ไวรัสแพร่กระจายจากผิวหนังไปที่เยื่อช่องปากได้<sup>12</sup>

4. ไพโอเจนิค แกรนูโลมา ลักษณะทางคลินิกเป็นก้อนสีแดงเพราะประกอบด้วยหลอดเลือดเป็นจำนวนมาก รอยโรคอาจมีก้านหรือไม่มีก้านก็ได้<sup>11,12</sup> กดนิ่ม<sup>8,12</sup> เลือดออกง่าย เมื่อผิวเป็นแผลจะมีเยื่อปกคลุมสีขาวเหลือง แรก ๆ เจริญเติบโตอย่างรวดเร็วจากนั้นจะมีขนาดคงที่ รอยโรคมีตั้งแต่เล็กเป็นมิลลิเมตรจนถึงหลายเซนติเมตร มักเกิดที่เหงือกและพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายโดยเฉพาะในเด็กหรือวัยรุ่นและหญิงมีครรภ์<sup>2</sup>

จากการพิจารณาข้อมูลทั้งหมด รอยโรคที่สามารถแยกออกไปได้เป็นโรคแรกคือ ไพโอเจนิค แกรนูโลมา เพราะก้อนเนื้อของของผู้ป่วยเจริญเติบโตอย่างช้า ๆ มาเป็นเวลา 1 ปี ไม่มีเลือดออก และลักษณะที่ปรากฏทางคลินิกไม่มีผิวเนื้อตายซึ่งแตกต่างจากไพโอเจนิค แกรนูโลมาที่เจริญเร็วและมีเลือดออก รอยโรคนี้จึงไม่น่าจะเป็น ไพโอเจนิค แกรนูโลมา ส่วนเวอรูคา วัลกาวิส มักเกิดที่ผิวหนัง เช่น ที่มือหรือนิ้วมือ และถ้าจะมีการลุกลามแพร่กระจายมาในช่องปากก็มักจะเกิดขึ้นที่ริมฝีปากซึ่งเป็นบริเวณสัมผัสโดยตรงกับนิ้วมือนานกว่าที่เหงือก<sup>13</sup> และจากการตรวจที่มือและนิ้วมือของผู้ป่วยก็พบปากติ รอยโรคนี้จึงไม่น่าจะเป็นเวอรูคา วัลกาวิสเช่นเดียวกัน

ไฟโบรมากับพาพิลโลมามีลักษณะทางคลินิกที่คล้ายกับก้อนเนื้อของผู้ป่วยรายนี้เพราะก้อนเนื้อโป่งออก สีชมพูเหมือนเหงือกและเนื้อเยื่อข้างเคียง ขนาดโตขึ้นอย่างช้า ๆ ในช่วง 1 ปีโตขึ้น มีขนาดเพียง 0.7 เซนติเมตร และรอยโรคยึดติดกับเหงือกด้านใต้เป็นฐานกว้าง แต่เนื่องจากไฟโบรมา น่าจะมีผิวโค้งมนเรียบ สีชมพูจางอ่อนกว่าเยื่อเมือกข้างเคียง ซึ่งต่างจากรอยโรคนี้ซึ่งมีผิวขรุขระ ผู้รายงานจึงได้แยกโรคไฟโบรมาออกไปและได้สรุปว่า รอยโรคของผู้ป่วย ค่อนข้างตรงกับลักษณะและอาการส่วนใหญ่ของพาพิลโลมาจึงให้การวินิจฉัยขั้นต้นเป็นพาพิลโลมา

เนื่องจากรอยโรคมีขนาดเล็กและผู้ป่วยเป็นเด็กเล็ก แผนการรักษาจึงพิจารณาผ่าตัดรอยโรคออกพร้อมส่งชิ้นเนื้อตรวจในคราวเดียว โดยได้พยายามตัดให้ถึงฐานของก้านเนื้อไม่ให้มีส่วนยื่นเกินจากเหงือกเพื่อตัดรอยโรคออกให้หมดในครั้งเดียว จากนั้นทำการแต่งเหงือกให้เรียบร้อยเพื่อผู้ป่วยไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำ

รอยโรคได้รับการวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาว่าเป็น ใจแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา ซึ่งไม่ตรงกับการวินิจฉัยขั้นต้น เนื่องจากรอยโรคนี้มักพบได้น้อยมากโดยเฉพาะเด็กเล็ก ทำให้การวินิจฉัยแยกในเบื้องต้นไม่ได้รับรอยโรคนี้ไว้ด้วย อย่างไรก็ตามแม้ว่าการรักษารอยโรคในกลุ่มนี้จะเป็นแนวทางเดียวกัน แต่จากการที่พบรายงานการกลับเป็นซ้ำใหม่ของ ใจแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา ภายหลังจากตัดออก<sup>4</sup> รวมทั้งยังมีรายงานที่พบก้อนรอยโรคชนิดนี้ขนาดใหญ่มากด้วย<sup>1</sup> ดังนั้นการวินิจฉัยแยกโรคโดยการส่งชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยาจึงมีความจำเป็น โดยเฉพาะในภาวะปัจจุบันซึ่งผู้ป่วยต้องการความถูกต้อง แน่นนอน ความน่าเชื่อถือในการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะผู้ปกครองของผู้ป่วยรายนี้มีความกังวลมากกว่ารอยโรคนี้จะเป็นเนื้อร้ายที่อาจเติบโตขึ้นในอนาคต และเมื่อได้ผลการตรวจว่าเป็นใจแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา ทันตแพทย์และผู้ปกครองก็มีความสบายใจ ไม่วิตกกังวลเพราะเป็นเนื้ออกชนิดไม่ร้ายแรง การที่ทันตแพทย์ผู้รักษาอาศัยประสบการณ์การวินิจฉัยทางคลินิกโดยถือว่ารอยโรคในกลุ่มนี้ควรให้การรักษาในแนวทางเดียวกันเป็นการให้การดูแลที่ยังไม่เพียงพอ ดังนั้นเพื่อให้การรักษาที่มีมาตรฐานทั้งด้านวิชาการ จริยธรรมและเป็นการป้องกันตนเองของทันตแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่ได้รับการร้องเรียนได้ ผู้รักษาควรจะต้องส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาทุกครั้ง ซึ่งผลการตรวจก็เป็นสิ่งที่ให้ความมั่นใจแก่ทั้งทันตแพทย์และผู้ป่วยในด้านการวินิจฉัยและรักษารวมทั้งการพยากรณ์โรคที่เหมาะสมด้วย

การศึกษาของ Miller, Gould, Bernstein และ Read ว่าสิ่งแปลกปลอมซึ่งกระตุ้นหรือระคายเคืองต่อเหงือกจะทำให้เหงือกมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติได้<sup>15</sup> โดยเฉพาะผู้ป่วยเป็นเด็กเล็กที่มักแปรงฟันได้เองไม่สะอาดพอ จึงควบคุมคราบจุลินทรีย์ได้ยาก ดังนั้นส่วนนี้อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดรอยโรคนี้ขึ้นได้ นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าถ้าไม่กำจัดสิ่งที่มากระตุ้นออกหลังการผ่าตัดอาจทำให้อรอยโรคกลับเป็นซ้ำใหม่ได้<sup>15</sup> ในรายงานนี้หลังจากการรักษาจึงได้เน้นการดูแลอนามัยช่องปากแก่เด็กและผู้ปกครองหลังการรักษาเพื่อตัดปัจจัยเสริมในการกลับเป็นซ้ำใหม่ของรอยโรคซึ่งพบว่าในรายนี้หลังการดูแลรักษาเป็นเวลา 2 ปี ผลการรักษาดีน่าพอใจ ไม่พบว่ากลับเป็นซ้ำใหม่อีก

## สรุป

ใจแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา เป็นรอยโรคที่พบได้น้อยมากและมีลักษณะคล้าย ๆ หลายรอยโรคในช่องปาก การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนจึงจำเป็นต้องส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาประกอบการวินิจฉัยในผู้ป่วยทุกคนเพื่อเน้นให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นแนวมาตรฐานเดียวกันคือ ระบุผลการตรวจที่แน่นอนเพื่อการวางแผนการรักษา การพยากรณ์โรคและการติดตามหลังการรักษาได้พอเพียง และรอยโรคใจแอนท์ เซลล์ ไฟโบรมา ที่พบนี้อาจเกิดจากการที่เด็กดูแลช่องปากไม่สะอาดซึ่งหลังจากผ่าตัดออกและควบคุมการเกิดคราบจุลินทรีย์เป็นเวลา 2 ปี ผลการรักษาดีและรอยโรคไม่กลับเป็นซ้ำใหม่อีก ดังนั้นการควบคุมคราบจุลินทรีย์จึงเป็นสิ่งที่ควรนำมาใช้เพื่อไม่ให้คราบจุลินทรีย์เป็นปัจจัยชักนำให้เกิดหรือเกิดซ้ำของรอยโรค

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิงสรนันท์ จันทรางศุ อาจารย์ภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาถ่ายภาพทางจุลพยาธิวิทยา

## เอกสารอ้างอิง

1. Rojanawatsirivej S, Wichawut C. Giant cell fibroma in Department of Oral Pathology, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University. J Dent Assoc Thai 1988; 38: 144-52.
2. Magnusson BC, Rasmusson LG. The giant cell fibroma. A review of 103 cases with immunohistochemical findings. Acta Odontol Scand 1995; 53: 293-6.
3. Dhanuthai K, Swadison S. Giant cell fibroma of the oral cavity. I. A clinico - pathological study in Thai population. CU Dent J 1999; 22:17- 80.
4. Houston GD. The giant cell fibroma. A review of 464 cases. Oral Surg 1982; 53: 582-7.
5. Bakos LH. The giant cell fibroma. A review of 116 cases. Ann Dent 1992; 51: 32-5 .
6. Weathers DR, Callihan MD. Giant cell fibroma. Oral Surg 1974; 37: 374 - 84.

7. Savage NW, Monsour PA. Oral fibrous hyperplasia and the giant cell fibroma. *Aus Dent J* 1985; 30: 405-9.
8. Cawson RA, Langdon JD, Eveson JW. *Surgical pathology of the mouth and jaws*. Glasgow: Wright, 2000, p 190, 261.
9. Weathers DR, Campbell WG. Ultrastructure of the giant - cell fibroma of the oral mucosa. *Oral Surg* 1974; 38: 550 - 61.
10. Dhanuthai K, Swasdison S. Giant cell fibroma of the oral cavity . II . An immunohistochemical study. *CU Dent J* 2000; 23: 147 - 52.
11. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Oral Pathology. Clinical Pathologic Correlations*, 4 th ed., St. Louis: W.B. Saunders, 2003, p 115,143,158.
12. I bsen OAC, Phelan JA. *Oral Pathology for the Dental Hygienist*, 3 th ed., Philadelphia : W.B.Saunders, 2000, p 75-6,146, 236.
13. Wood NK, Goaz PW. *Differential Diagnosis of Oral Lesions*, 4 th ed., St. Louis : Mosby, 1991, p 165-6, 175-6.
14. Cawson RA, Odell EW, Porter S. *Cawson's essentials of Oral Pathology and Oral Medicine*, 7 th ed, Churchill Livingstone : Elsevier Science Limited, 2002, p 278.
15. Miller RL, Gould AR, Bernstein ML, Read CJ. *General and Oral Pathology for the dental hygienist*, St. Louis: Mosby, 1995, p 287 - 8.

# Giant cell fibroma in oral cavity : A case report

Siwaporn Sukaram B.Sc., D.D.S., Grad. Dip.In Clin.Sc. (Pediatric Dentistry)<sup>1</sup>

Somsri Rojanawatsirivej B.Sc., D.D.S., M.Sc. Oral Path (U.M.A.B.), Thai Board of Oral Diagnostic Sciences.<sup>2</sup>

Department of dentistry, Ratchaphiphat Hospital

<sup>2</sup> Department of Oral Pathology, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

---

## Abstract

Giant cell fibroma is a benign fibrous tissue tumor. In this article, a rare case of giant cell fibroma involving gingiva in a five - year - old female patient is reported. She came to Dental Department, Ratchaphiphat Hospital with the chief complaint of painless soft tissue mass, size 0.6×0.8×0.3 centimetres, on the interdental papilla between lower left permanent central incisor and lower left permanent lateral incisor. Periapical radiographic picture showed no bone involvement. The lesion was clinically diagnosed as papilloma. It was subsequently treated by surgical excision. The histopathologic examination of the excisional biopsy reported Giant cell fibroma. The clinical investigation, differential diagnosis, final histopathologic diagnosis and treatment with the additional control of local factor are discussed. No recurrence is observed after two year follow - up.

(CU Dent J 2004;27:117-23)

**Key words** *Giant Cell Fibroma; Papilloma; pathology*

---