

การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดผิดปกติในช่องปาก (Management of Vascular Anomalies in the Oral Cavity)

อาจารย์ แพทย์หญิงฉันทิชา โชติกวณิชย์
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจีระสุข จงกลวัฒน์นา
ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

โรคหลอดเลือดผิดปกติ (vascular anomalies) เป็นความผิดปกติหลอดเลือดโดยประมาณ 60 % พบในบริเวณศีรษะและลำคอ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของอวัยวะ ความผิดปกติทาง การมองเห็น และถ้ามีความผิดปกติอยู่ในบริเวณช่องปาก จะทำให้มีปัญหาในด้านการกลืนและการพูด สื่อสาร การหายใจ และอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ปัจจุบันได้มีการแบ่ง vascular anomalies ออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ vascular tumor และ vascular malformation ดังตาราง 1 โดย vascular tumor เป็นความผิดปกติที่เกิดจาก endothelial proliferation ที่พบบ่อยได้แก่ Hemangioma มักพบในเด็กทารกและจะฝ่อตัวเมื่ออายุมากขึ้น ส่วน vascular malformation เป็นความผิดปกติที่เกิดจากการขาดตัวผิดปกติของหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง ซึ่งจะไม่มีการฝ่อตัว และมักมีขนาดโตขึ้น การรักษาโรคสองกลุ่มนี้มีความแตกต่างกัน โดยต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์เป็นสหสาขา ได้แก่ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ แพทย์หู คอ จมูก จิตแพทย์ และทันตแพทย์

ตารางที่ 1¹

Classification of vascular anomalies

Vascular tumors	Vascular malformations
Infant hemangiomas	<i>Slow-flow malformations</i>
Congenital hemangiomas	Capillary malformation : Port-Wine stain
Tufted angioma (with or without Kasabach-Merritt syndrome)	Venous malformation
Spindle cell hemangioendotheliomas	Lymphatic malformation
Other, rare hemangioendotheliomas	<i>Fast-flow malformations</i>
Dermatographic acquired vascular tumors	Arterial malformation
	Arteriovenous fistula
	Arteriovenous malformation
	<i>Complex-combined vascular malformations</i>

Hemangioma

Hemangioma เป็นเนื้องอกของหลอดเลือด พบที่บริเวณศีรษะและลำคอได้ประมาณ 60% สัดส่วนของเพศหญิงต่อเพศชาย ประมาณ 3:1² ซึ่งสามารถพบได้ตั้งแต่แรกเกิด (congenital hemangioma) ซึ่งพบเป็นส่วนน้อย ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นภายหลังในช่วงอายุเดือนแรก (infantile hemangioma) โดยก่อนจะมีขนาดใหญ่ขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 6 – 12 เดือน (proliferative phase) จนคงที่ และจะหดตัวลงช้าๆ (involuting phase) โดยพบว่า 50 % ของผู้ป่วยก่อนเนื้องอกจะหดตัวเต็มที่เมื่ออายุ 5 ปี และ 70% ของผู้ป่วยจะหดตัวเต็มที่เมื่ออายุ 7 ปี ส่วนใน congenital hemangioma นั้นการหดตัวเต็มที่มักเกิดในช่วงอายุ 9 – 14 เดือน³ การวินิจฉัยทำได้โดยใช้ประวัติระยะเวลาที่เริ่มมองเห็น การโตขึ้นของก้อนเนื้อหลอดเลือด และการตรวจร่างกาย นอกจากนี้การส่งตรวจ magnetic resonance imaging (MRI) หรือ color doppler ultrasound ก็สามารถช่วยในการวินิจฉัยได้ด้วย

ตำแหน่งของการเกิด hemangioma บางตำแหน่งจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เป็นแผล การอักเสบติดเชื้อ หรืออาจมีความผิดปกติที่บริเวณอวัยวะอื่นได้ ดังตารางที่ 2²

ตารางที่ 2 High-risk hemangioma sites

Location of hemangioma	Associated risks
Segmental	
Facial	PHACE association
Mandibular or central neck (beard distribution)	Airway hemangioma
Frontotemporal	Brain anomalies
Focal	
Nasal tip, ear	Permanent disfigurement, scarring
Perioral, lip	Ulceration, disfigurement
Periorbital, retrobulbar	Ocular axis occlusion, astigmatism, amblyopia
Multiple hemangiomas (>5)	Visceral involvement (liver, gastrointestinal tract; high risk of congestive heart failure)

PHACE : posterior fossa brain malformation, segmental cervicofacial hemangioma, arterial anomalies, cardiac defects and coarctation of the aorta, eye anomalies, and sterna clefing/supraumbilical raphe

Hemangioma ในช่องปากตำแหน่งที่พบบ่อยได้แก่บริเวณริมฝีปาก นอกจากนี้อาจพบได้ที่ลิ้น และกระพุ้งแก้ม⁴ ผู้ป่วยอาจมีอาการปวด มีปัญหาในการเคี้ยวอาหารและการพูดได้ การรักษาส่วนใหญ่มักเป็นการเฝ้าสังเกตอาการเนื่องจากก้อนเนื้องอกจะค่อยๆหดฝ่อไปได้เอง แต่ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นเช่นมีเลือดออก แผลติดเชื้อ หรือก้อนมีขนาดใหญ่อุดกั้นทางเดินหายใจ ก็จำเป็นต้องทำการรักษา ได้แก่

1. การรักษาด้วยยา ได้แก่ steroids ซึ่งมีทั้ง oral corticosteroids (prednisolone) ในขนาด 2 – 3 mg/kg/day ซึ่ง 30 % ก้อนเนื้อจะค่อยๆหดตัวลง หรือ 40 % ก้อนเนื้อมีขนาดคงที่ โดยมักจะเห็นผลใน 1 สัปดาห์ ส่วนการใช้ ยาสเตียรอยด์ ฉีดโดยตรงที่บริเวณก้อนนั้น มักใช้ในก้อนที่มีขนาดเล็ก แต่มีข้อควรระวังคืออาจเกิดเป็นแผลและเป็นแผลเป็นตามมาได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ ยา propranolol ในขนาด 2 – 3 mg/kg/day สามารถลดขนาดของก้อนในช่วง proliferative phase ได้อีกด้วย³

2. การใช้เลเซอร์ ใช้ในกรณีที่ก้อนมีแผล ต้องการหยุดการขยายตัวของก้อนหรือรักษา telangiectasias ที่เหลืออยู่เมื่อก้อนหดตัวหมดแล้ว ซึ่ง pulsed-dye laser จะใช้ได้ดีในก้อนที่อยู่ลึกจากผิวหนัง 0.75 – 1.2 mm.³ Neodymium:yttrium-aluminum-garnet (Nd:YAG) ใช้ได้ดีในก้อนที่อยู่ลึก 5 – 20 mm.⁵ ส่วน Carbon dioxide laser ใช้ในก้อนเนื้องอกที่บริเวณ subglottis

3. การรักษาด้วยการผ่าตัด จะทำในกรณีที่ก้อนเนื้องอกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอื่นและสามารถมองเห็นขอบเขตของก้อนได้ชัดเจน เช่น เลือดออก หรือ ผ่าตัดรอยโรคที่เหลืออยู่เมื่อก้อนหดตัวเต็มที่แล้ว ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการใช้งานและผลข้างเคียงของอวัยวะที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดด้วย

Vascular malformations

เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง โดยสามารถแบ่งตามชนิดของหลอดเลือดและปริมาณที่เลือดไหลผ่านได้แก่ ชนิดที่เลือดไหลผ่านน้อย (slow-flow malformations) เช่น venous malformation, lymphatic malformation, capillary malformation และ ชนิดที่เลือดไหลผ่านมาก (high-flow malformations) เช่น arteriovenous malformation, arteriovenous fistula เป็นต้น การวินิจฉัยอาศัยประวัติ ตรวจร่างกาย ภาพถ่ายทางรังสีวินิจฉัย เช่น Duplex scanning, MRI, CT scan และ angiography

Venous malformation

เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดดำ โดยมักพบตั้งแต่แรกเกิด โดดตามตัวผู้ป่วย ไม่มีการหดเล็กลง ลักษณะก้อนมักนุ่ม สีน้ำเงินคล้ำ ไม่เด่นตามจังหวะชีพจร บริเวณศีรษะและลำคอ พบได้ในเยื่อหุ้มของช่องปาก ลิ้น คอหอย (oropharynx) กล้ามเนื้อ orbicularis oris หรือ กล้ามเนื้อ mastication⁶ ทำให้มีการบวมของเนื้อเยื่อโดยรอบหน้าบวม การสับสนผิดปกติ หรืออุดกั้นทางเดินหายใจได้ การรักษา venous malformation นั้นวัตถุประสงค์เพื่อลดการผิดปกติของอวัยวะและให้เกิดการทำงานอย่างปกติมากที่สุด ซึ่งในช่องปากและลำคองนั้นสามารถรักษาด้วยการฉีด sclerotherapy การใช้เลเซอร์ หรือการผ่าตัด บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการปวด เนื่องจากมีการอุดตันของหลอดเลือด (thrombi) ต้องให้ anticoagulation ร่วมด้วย

ในระหว่างการรักษาเนื้อเยื่อบริเวณช่องปากและลำคอ อาจมีการบวมมากขึ้นจนอุดกั้นทางเดินหายใจดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะดังกล่าวจึงต้องทำการรักษาที่ละน้อยหลายครั้ง แต่ถ้าเนื้อเยื่อยังบวมมากอาจต้องทำการเจาะคอ เนื่องจากการยุบวมต้องใช้ระยะเวลาาน และต้องทำการรักษาหลายครั้ง จนรอยโรคดีขึ้นจึงสามารถนำท่อเจาะคอออกได้

Lymphatic malformation

เป็นความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำเหลืองแบ่งตามขนาดที่เห็นจากภาพถ่ายทางรังสี เป็นถุงน้ำขนาดใหญ่มากกว่า 2 cm^3 (macrocytic), ถุงน้ำขนาดเล็กกว่า 2 cm^3 (microcytic) หรือทั้งสองชนิดอยู่ด้วยกัน⁷ 70 % พบได้ตั้งแต่แรกเกิด และประมาณ 60% สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่วัยในครรภ์ เป็นความผิดปกติของ vascular malformation ที่พบได้บ่อยบริเวณศีรษะและลำคอ ลักษณะของก้อนจะนุ่ม มีของเหลวอยู่ภายใน ขยายขนาดได้ถ้ามีการอักเสบติดเชื้อหรือมีเลือดออกภายในก้อนไม่สามารถยุบหายไปได้เอง สำหรับในช่องปากพบได้บ่อยที่บริเวณลิ้น^{7, 8} ทำให้ลิ้นมีขนาดใหญ่ (macroglossia) ทำให้มีปัญหาในการพูดและการกลืน นอกจากนี้ถ้าก้อนอยู่ที่บริเวณ oropharynx หรือกล่องเสียงทำให้อุดกั้นทางเดินหายใจ การรักษาสามารถทำได้โดยการผ่าตัด การทำ sclerotherapy หรือการใช้เลเซอร์ ขึ้นกับตำแหน่ง ขนาด ความลึกของก้อน โดยต้องทำให้อวัยวะต่างๆ มีรูปร่างและทำงานให้ใกล้เคียงกับปกติที่สุด สำหรับก้อนเนื้อในช่องปากนั้นต้องคำนึงถึงเรื่องของการหายใจ อาจต้องทำการเจาะคอ และดูแลเรื่องสุขอนามัยของช่องปากร่วมด้วย

Arteriovenous malformation (AVM)

เป็นความผิดปกติของการเชื่อมต่อของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ บริเวณนี้จะมีเลือดมาเลี้ยงปริมาณมาก ก้อนจะเด่นตามจังหวะของชีพจร ขนาดจะโตขึ้นช้าๆ สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เช่นช่วงวัยรุ่นหรือการตั้งครรภ์ การอักเสบติดเชื้อ และการบาดเจ็บของอวัยวะ ในบริเวณศีรษะและลำคอพบได้ที่เนื้อเยื่อ เช่น ที่ใบหู และในกระดูก (intraosseous AVM) โดยอาการแสดงของ AVM แบ่งได้เป็นระยะต่างๆ ดังตารางที่ 3³

ตารางที่ 3 Schobinger clinical staging system for AVMs

Stage	Description
I (Quiescence)	Pink-bluish stain, warmth, and arteriovascular shunt by continuous Doppler scanning or 20MHz color Doppler scanning
II (Expansion)	Same as stage I plus enlargement, pulsations, thrill, and bruit and tortuous/tense vein
III (Destruction)	Same as stage II plus either dystrophic skin changes, ulceration, bleeding, persistent pain, or tissue necrosis
IV (Decompensation)	Same as stage III plus cardiac failure

สำหรับ intraosseous AVM ในช่องปากพบได้ที่ กระดูก Maxilla และ กระดูก Mandible โดยพบมากกว่าที่กระดูก Mandible ผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 8 – 18 ปี^{8,9} มีอาการเลือดออกที่เหงือก มีเลือดออกมากขณะถอนฟัน หรือมีเลือดออกหลังถูกกระแทกบริเวณแก้มและกราม การวินิจฉัย อาศัย ประวัติ การตรวจร่างกาย การถ่ายภาพทางรังสี โดยจะพบลักษณะเป็น expansile osteolytic lesion ใน plain films และ CT scan วินิจฉัยร่วมกับการทำ Angiography

การรักษา AVM ถ้าอยู่ในช่วง Schobinger stage I – II จะใช้การผ่าตัดตามเป็นระยะ แต่ถ้ามีอาการในช่วง Schobinger stage III – IV จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการทำอุดหลอดเลือด (embolization) หรือ ทำสองวิธีร่วมกัน ส่วนการผูกหลอดเลือด external carotid artery ไม่แนะนำให้ทำ เนื่องจากหลังทำแล้วก็มีเลือดมาเลี้ยงจากเส้นเลือดอื่นได้อีก และจะทำให้การฉีดสารอุดหลอดเลือดทำได้ยากขึ้น การผ่าตัดสามารถทำได้ถ้ารอยโรคมีขนาดเล็กเห็นขอบเขตชัดเจน และไม่ทำให้เกิดการผิดรูปของอวัยวะ แต่สำหรับ intraosseous AVM ในกระดูก mandible นั้น มักมีขนาดใหญ่ การทำผ่าตัดจะทำให้เกิดการผิดรูปของใบหน้าได้ ดังนั้นปัจจุบันได้มีการรักษาด้วยการทำ superselective transarterial route embolization หรือ transosseous puncture หรือ ทำทั้งสองวิธีร่วมกัน ทำให้สามารถลดการผ่าตัดที่ต้องตัดกรามออกได้ นอกจากนี้หลังจากการอุดหลอดเลือดแล้วยังต้องทำการถอนฟันบริเวณที่เป็น AVM ออก เนื่องจากบริเวณนั้นจะไม่มีเลือดมาเลี้ยงฟัน ถ้าปล่อยทิ้งไว้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรากฟันอักเสบติดเชื้อ จะทำให้เกิดเลือดออกตามมาอีกได้ และหลังการรักษาจะต้องติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ว่ายังมี AVM เหลืออยู่หรือไม่ บางครั้งอาจมีวัสดุห้ามเลือดจากการทำ transosseous puncture ขึ้นมาเห็นได้ที่เหงือกผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อ หากพบกรณีดังกล่าว มีความจำเป็นต้องนำวัสดุห้ามเลือดนั้นออกด้วย⁹

ผู้ป่วยที่มีปัญหา vascular anomalies บริเวณศีรษะและลำคอ โดยเฉพาะในช่องปาก ต้องได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การรักษาที่เหมาะสม โดยมีอวัยวะที่ผิดรูปน้อยที่สุด และสามารถทำงานได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์เป็นสหสาขา เพื่อร่วมกันดูแลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Enjolras O, Wassef M, Chapot R. Introduction: ISSVA Classification. In: Color Atlas of vascular tumors and vascular malformation. New York (NY): Cambridge University Press; 2007. p. 3-11.
2. MacArthur CL. Head and neck hemangiomas of infancy. Curr Opin Otolaryngol Head Neck 2006;14(6):397-405.
3. Fevurly RD, Fishman SJ. Vascular anomalies in pediatrics. Surg Clin N AM 2012;92:769-800.
4. Coloma CB, Martinez IM, Carrio CP, Gil SG, Diago MP, Sanz JMM. Clinical characteristics, treatment and outcome of 28 oral haemangiomas in pediatric patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2011;16(1):e19-22.
5. Zheng JW, Zhou Q, Yang XJ, Wang YA, Fan XD, Zhou GY et.al. Treatment guideline for hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. Head Neck 2010;32:1088-1098.

6. Parkin JA. Management of head and neck vascular malformation: an overview. In: Hemangiomas and vascular malformations an atlas of diagnosis and treatment. Milan, Italy. Spinger; 2009. p.269-285.
7. Kim SW, Kauvanough K, Orbach DB, Alomari AI, Mulliken JB, Rahbar R. Long-term outcome of radiofrequency ablation for intraoral microcystic lymphatic malformation. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2011;137(12):1247-1250.
8. Coloma CB, Martinez IM, Prosper AA, Serrano MR, Diago MAP, Diago MP. Clinical characteristics treatment, and evaluation in 14 cases of pediatric orofacial lymphangioma. J Oral Maxillofac Surg 2011;69:e96-99.
9. Churojana A, Khumtong R, Songsaeng D, Chongkolwatana C, Suthipongchai S. Life-threatening arteriovenous malformation of the maxillomandibular region and treatment outcome. Interv Neuroradiol 2012;18(1):49-59.