

รอยโรคถุงน้ำของขากรรไกรที่พบบ่อย: รายงานผู้ป่วย 2 ราย
(Most Common Cystic Lesion of The Jaw: 2 Case Reports)

สุรียน จุรัตนกร วท.บ.,ท.บ.*

บทคัดย่อ

ถุงน้ำปลายรากฟัน (radicular cyst) เป็นถุงน้ำที่พบบ่อยที่สุดในจำพวกถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดจากเนื้อเยื่อสร้างฟัน (odontogenic cyst) มีความสัมพันธ์กับการอักเสบบริเวณปลายรากฟันและมักพบในขากรรไกรบนและมักพบในอายุมากกว่า 30 ปี ถุงน้ำเดนติเจอร์ส (dentigerous cyst) เป็นถุงน้ำที่พบบ่อยเป็นลำดับที่สองของถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดจากเนื้อเยื่อสร้างฟัน มีความสัมพันธ์กับฟันที่ยังไม่ขึ้นหรือตัวฟันที่กำลังสร้างขึ้น พบบ่อยในฟันกรามล่างซี่สุดท้าย

บทความนี้ รายงานการรักษาถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดจากเนื้อเยื่อสร้างฟันจำนวน 2 ราย โดยรายแรกเป็นถุงน้ำปลายรากฟันขนาดใหญ่ในขากรรไกรบน และรายที่สองเป็นถุงน้ำเดนติเจอร์สในเด็ก ซึ่งได้รับการรักษาด้วยวิธีมาร์สุเปียไลเซชัน (marsupialization) และทำการควักเอาถุงน้ำออกทั้งหมด (enucleation) ในเวลาต่อมาติดตามผลหลังผ่าตัด 3 เดือนไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของถุงน้ำ

คำสำคัญ : ถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดจากเนื้อเยื่อสร้างฟัน, ถุงน้ำปลายรากฟัน, ถุงน้ำเดนติเจอร์ส

Abstract

Radicular cyst is one of the most prevalent type of odontogenic cyst and associated with inflammation in tooth root area. Radicular cyst is common seen in maxillar and over 30 years old. Dentigerous cyst is the second most common odontogenic cyst and associated with crown of unerupted or developing tooth. Dentigerous cyst is more common seen in mandibular third molar.

This article report two cases of odontogenic cyst in maxilla , first is large radicular cyst and the other is dentigerous cyst in children. Both, treated by marsupialization and subsequent enucleation. When postoperative follow up 3 months, no any sign of complication or recurrence of cystic lesion.

Keyword : odontogenic cyst, radicular cyst, dentigerous cyst.

* ทันตแพทย์ 8 กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพิจิตร

บทนำ

ถุงน้ำ (cyst) คือสภาพที่เป็นช่องว่างซึ่งมีเยื่อเป็นแนวอยู่ด้านใน ภายในช่องว่างดังกล่าวอาจมีของเหลวหรือกิ่งของเหลวบรรจุอยู่ ถุงน้ำเจริญเติบโตหรือขยายตัวออกไปได้โดยทำลายเนื้อเยื่อที่อยู่รอบ ๆ การขยายตัวจะหยุดเมื่อควักออกหรือเจาะให้ของเหลวข้างในถุงน้ำไหลออก ถุงน้ำเกิดทั้งในกระดูกขากรรไกรและในเนื้อเยื่ออ่อน

ถุงน้ำของกระดูกขากรรไกรมีหลายประเภทคือ ถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดจากเนื้อเยื่อสร้างฟัน (odontogenic cyst) ถุงน้ำที่ไม่ได้มีจุดกำเนิดจากเนื้อเยื่อสร้างฟัน (non odontogenic cyst) และถุงน้ำเทียม (pseudocyst of the jaw)

ถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดจากเนื้อเยื่อสร้างฟัน มีหลายประเภทคือ ถุงน้ำปลายรากฟัน, ถุงน้ำเคนติเจอร์ส, ถุงน้ำไพรมอร์เดียม (primordial cyst), ถุงน้ำไอคอนโตเจนิคเคอราโต (odontogenic keratocyst), ถุงน้ำแคลซิฟายอิงไอคอนโตเจนิค (calcifying odontogenic)

ถุงน้ำที่เกิดร่วมกับเนื้อเยื่อปริทันต์อาจจะมีจุดกำเนิดเนื่องมาจากการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน อันเป็นผลเนื่องมาจากการติดเชื้อที่แพร่มาจากโพรงประสาทฟัน ส่วนมากสาเหตุเกิดจากฟันผุหรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงเป็นถุงน้ำในระหว่างสร้างฟัน

ถุงน้ำปลายรากฟัน เป็นถุงน้ำที่พบได้บ่อยที่สุดในจำพวกของถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดจากเนื้อเยื่อสร้างฟัน มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบในกระดูกขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่าง ช่วงอายุที่พบมากที่สุดประมาณ 30 ปี

ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บปวดในระยะแรกซึ่งเป็นผลจากการที่มีการอักเสบ ส่วนตัวถุงน้ำเองจะไม่ก่อให้เกิดอาการ ฟันที่เกี่ยวข้องมักเป็นฟันไม่มีชีวิต (non vital tooth) พบว่าถุงน้ำชนิดนี้จะเติบโตไม่มากพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างใบหน้า ลักษณะภาพถ่ายรังสีที่พบเป็นเงาดำรูปกลมมีขอบเขตชัดเจนบริเวณปลายราก การรักษา 2 วิธี คือการควักเอาถุงน้ำออกและการทำมาร์สซูเปียไลเซชัน ซึ่งการเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับขนาดของถุงน้ำ

ถุงน้ำเคนติเจอร์ส เป็นถุงน้ำที่กำเนิดรอบตัวฟัน (crown) โดยเฉพาะในฟันที่ยังไม่ขึ้นหรือฟันที่โผล่ขึ้นแล้วเล็กน้อยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหุ้มฟันส่วนเหลือ หลังจากสร้างเคลือบฟันและตัวฟันหรือเกิดจากกลุ่มเซลล์ของเยื่อที่อยู่ที่อยู่ในผนังของฟอลลิเคิล (follicle) ของฟันหรืออยู่นอกฟอลลิเคิลซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปในถุงน้ำล้อมรอบส่วนตัวฟันได้ การเปลี่ยนแปลงไปเป็นถุงน้ำนั้นเนื่องจากมีของเหลวที่สร้างจากเยื่อหุ้มฟันส่วนเหลือหลังจากการสร้างเคลือบฟันและเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ถุงน้ำมีขนาดใหญ่ขึ้นจากแรงดันของของเหลวที่สะสมอยู่ภายในจะดันให้ฟันเคลื่อนที่ไปจากตำแหน่งเดิมได้

ถุงน้ำเคนติเจอร์สพบได้บ่อยกว่าถุงน้ำไพรมอร์เดียม แต่น้อยกว่าถุงน้ำปลายรากฟัน ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ พบในขากรรไกรล่าง มากกว่าขากรรไกรบน ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ ฟันกรามล่างซี่สุดท้าย ฟันเขี้ยวบน และฟันกรามน้อยล่างและพบได้บริเวณขากรรไกรล่าง โพรงอากาศแม็กซิลลา และกระบอกตา

บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วย 2 ราย โดยรายที่ 1 เป็นถุงน้ำปลายรากฟันและรายที่ 2 เป็นถุงน้ำเดนดิเจอร์ส ที่มาทำการรักษา ณ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาล พิจิตร

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1

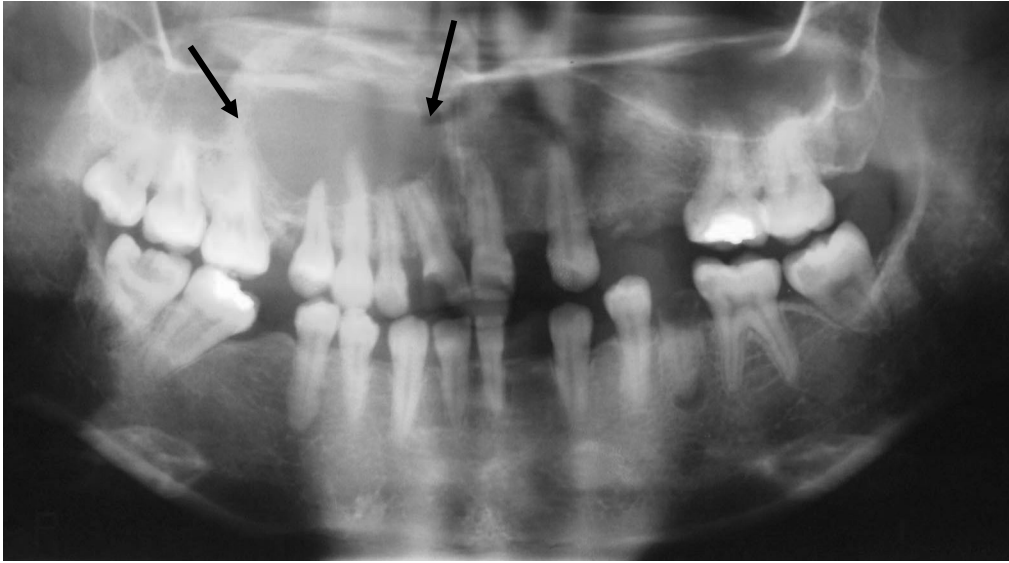
ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 34 ปี ถูกส่งตัวจาก จังหวัดเชียงใหม่ มาด้วยอาการแกำมขบวมเป็นมา ประมาณ 2 สัปดาห์ มีอาการปวดฟัน ประวัติทางการแพทย์ สุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีประวัติการแพ้ยา การตรวจภายนอกช่องปากมีการบวม บริเวณปีกจมูกด้านขวาชัดเจน ไม่แดง ไม่มีไข้ การตรวจในช่องปากพบ #13 และ #11 เป็นฟันที่มีวัสดุอุดขนาดใหญ่ ฟันเปลี่ยนสี และ #15 เหลือแต่ราก บริเวณ buccal vestibule บวมตั้งแต่ #14 - #16 เมื่อตรวจทาง ภาพถ่ายภาพสี พบเงาดำขอบเขตชัดเจนจากบริเวณ #13 - #15 ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ประมาณ 2.5 เซนติเมตร (ภาพที่ 1, 2) ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นถุงน้ำปลายรากฟัน จากฟัน #13

การรักษา

เนื่องจากถุงน้ำปลายรากฟันมีขนาดใหญ่ เกี่ยวข้องกับฟันหลายซี่และขอบเขตของถุงน้ำขยายไป จนชิดโพรงอากาศแม็กซิลลาและพื้นจมูกด้านขวา จึงพิจารณาทำการรักษาโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่ ใช้วิธี มาร์สซูเปียไลเซชัน เป็นวงกลม เส้นผ่าศูนย์กลาง 1 เซนติเมตร ที่เนื้อเยื่อเหงือกบริเวณปลายราก #14 ตัดเอาส่วนของ

เนื้อเยื่อที่ปกคลุมถุงน้ำออกไปพร้อมกับผนังถุงน้ำ และ เย็บขอบของเนื้อเยื่อช่องปากติดกับขอบของผนังของถุงน้ำ ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

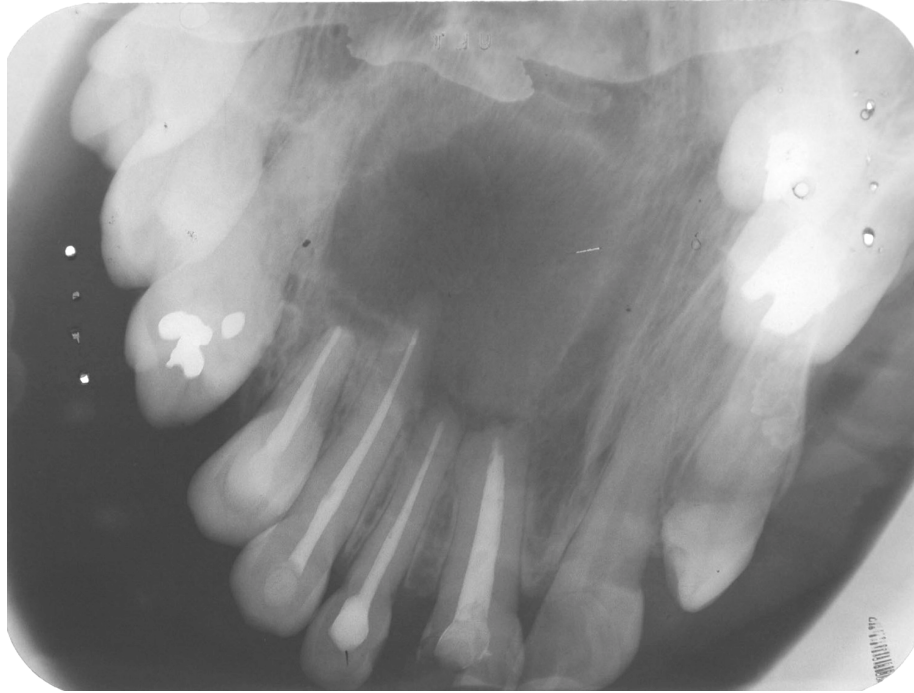
ผลทางจุลพยาธิวิทยา พบว่าถุงน้ำ lined by hyperplastic nonkeratinized stratified squamous epithelium. The fibrous wall is well-vascularized and exhibits a modest chronic inflammatory infiltrate. An aggregate of the cholesterol slits associated with multinucleated giant cells are observed. Rushton bodies are numerous. There is no evidence of neoplasia. ให้ การวินิจฉัยเป็น ถุงน้ำปลายรากฟัน จากนั้นให้ผู้ป่วยทำการล้างด้วยน้ำเกลือเองที่บ้าน นัดผู้ป่วยมาดูแลเป็นระยะ และทำการรักษารากฟันบริเวณ #11, 12, 13, 14 และ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับความสวยงามยังไม่ พร้อมสำหรับการควักถุงน้ำภายหลังจากอุดคลองรากฟัน แล้ว ต่อมาพบว่าเหงือกที่ทำการเปิดผ่าเพื่อเป็นการลด แรงดันภายใน (decompression) มีขนาดแคบลง และคนไข้ ไม่สามารถล้างได้ จึงต้องพิจารณาเปิดผ่าของถุงน้ำอีกครั้ง ประมาณ 2 เดือนหลังจากการเปิดผ่าถุงน้ำครั้งแรก และใน เดือนที่ 7 หลังจากการเปิดผ่าถุงน้ำครั้งแรก จึงพิจารณา ควักถุงน้ำออกทั้งหมด โดยการฉีดยาชาเฉพาะที่และเปิด เหงือกทางด้านแก้ม (labial) ลง vertical incision บริเวณ #16 และสามารถควักถุงน้ำออกได้ทั้งหมดโดยไม่ทะลุ โพรงอากาศแม็กซิลลาและพื้นจมูก เย็บปิดเหงือกให้เข้าที่ และเย็บปิดบริเวณที่เปิดผ่าถุงน้ำด้วย silk 3-0 นัดมา ติดตามเป็นระยะ ไม่พบมีความผิดปกติหรือ ภาวะแทรกซ้อนใดๆ (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 1 ภาพถ่ายรังสีแสดงลักษณะรอยโรคก่อนรักษา



ภาพที่ 2 ภาพถ่ายรังสีแสดงรอยโรคก่อนการรักษา



ภาพที่ 3 ภาพถ่ายรังสีแสดงการติดตามผลการรักษา 1 ปี

ผู้ป่วยรายที่ 2

เด็กชายไทย อายุ 10 ปี มาพบทันตแพทย์ ด้วยอาการ บวมบริเวณปีกจมูกด้านขวา บวมเป็นๆ หายๆ มานานมากกว่า 1 ปี ไม่มีอาการเจ็บปวดใดๆ ประวัติทางการแพทย์ ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรง ไม่มีประวัติโรคประจำตัว จากการตรวจนอกช่องปาก พบการบวมแข็งบริเวณปีกจมูกด้านขวาลงมาถึงเหนือริมฝีปากบนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4.0 เซนติเมตร กดไม่เจ็บ

จากการตรวจในช่องปากพบฟันบน #12, 22 หายไป มีการบวมตั้งแต่ฟัน #11 ถึง #14 สีม่วงคล้ำ คล้านุ่มบริเวณ buccal ต่อฟัน #12 บริเวณ #13 มีรากฟัน #53 อยู่ จากการซักประวัติ ผู้ปกครองให้ประวัติว่า ฟัน

เขี้ยวแน่นมคมมาเป็นเวลานาน เด็กไม่มีอาการปวดจึงไม่ได้ทำการรักษาใดๆ

จากการตรวจทางภาพถ่ายรังสี พบเงาดำขอบเขตชัดเจน บริเวณ #13 และมีลักษณะเป็นฟันฝัง (embedded tooth) (ภาพที่ 4) ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นถุงน้ำเดนติเจอร์สจากฟัน #13

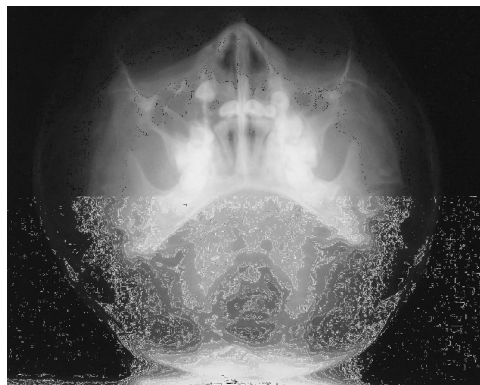
การรักษา

เนื่องจากถุงน้ำมีขนาดค่อนข้างใหญ่มีการขยายของถุงน้ำทะลุกระดูกออกมาชิดกับเนื้อเยื่ออ่อน การควักถุงน้ำออกทั้งหมดพร้อมกับฟัน #13 อาจทำได้ยาก อาจทำอันตรายต่อเส้นประสาท infraorbital หรือ อาจทะลุเข้าโพรงอากาศแม็กซิลลาได้ รวมถึงเมื่อคูจากแนวการวางตัวของ #13 อาจตกลงมาในตำแหน่งที่

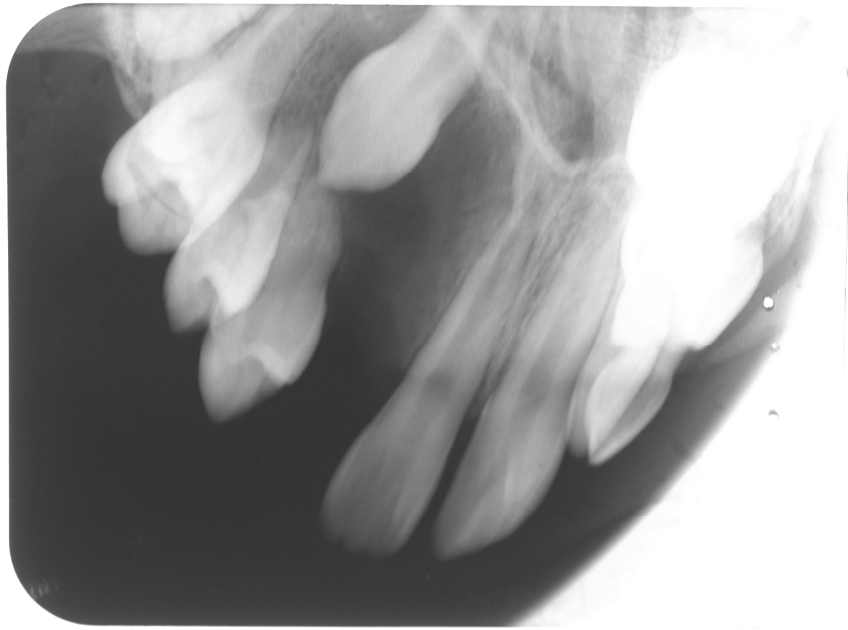
ถูกต้องได้ จึงพิจารณาทำการมาร์สซูเปียไลเซชัน โดยการฉีดยาเฉพาะที่ ตัดเอาส่วนของเนื้อเยื่อที่ปกคลุมถุงน้ำบริเวณ #12 และ 13 ออกไปพร้อมผนังถุงน้ำเป็นวงกลมเส้นผ่าศูนย์กลาง ประมาณ 1 เซนติเมตร ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา พบว่าถุงน้ำ lined by hyperplastic nonkeratinized stratified squamous epithelium. The fibrous wall is well-vascularized and exhibits a heavy chronic inflammatory infiltrate. Bone trabeculae are included. There is no evidence of neoplasia. ให้การวินิจฉัยเป็น ถุงน้ำเดนติเจอร์ส เย็บขอบ

ของเนื้อเยื่อช่องปากติดกับขอบของผนังถุงน้ำ จากนั้นให้คนไข้กลับไปล้างเองที่บ้าน นัดมาดูแลเป็นระยะ หลังทำการเปิดฝาถุงน้ำ 45 วัน ทำการถ่ายภาพรังสี (ภาพที่ 5) พบว่าถุงน้ำมีขนาดเล็กลงและ #13 งอกลงใกล้เคียงราก #14 แนวการขึ้นไม่สามารถขึ้นในตำแหน่งช่องว่างได้ จึงวางแผนการรักษาต่อโดยการทำการควักถุงน้ำออกทั้งหมดโดยการฉีดยาเฉพาะที่ และเอาฟัน #13 ออกด้วย ส่งชิ้นเนื้อตรวจทางจุลพยาธิวิทยาอีกครั้ง จากการตรวจติดตามเป็นระยะ และทำการถ่ายภาพรังสีหลังการรักษา 3 เดือน พบว่ามีการสร้างกระดูกได้ค่อนข้างปกติ (ภาพที่ 6)



ภาพที่ 4 ภาพถ่ายรังสีแสดงรอยโรคก่อนการรักษา



ภาพที่ 5 ภาพถ่ายรังสีหลังการเปิดผดุงน้ำ 45 วัน



ภาพที่ 6 ภาพถ่ายรังสีแสดงการติดตามผลหลังการรักษา 3 เดือน

วิจารณ์

การสร้างถุงน้ำเริ่มเกิดจากแกรนูโลมาที่ปลายราก (periapical granuloma) ซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อการอักเสบ และการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในโพรงประสาท แกรนูโลมาประกอบด้วยเซลล์อักเสบหลายชนิด ได้แก่ T และ B lymphocyte, macrophage, plasma cell, NK cell, eosinophil และ mast cell¹

การศึกษาในหนูแสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อในโพรงประสาทฟันทำให้เกิด rapid period ที่ทำให้มีการขยายขนาดและการทำลายกระดูก ระหว่างวันที่ 1 และ 15 หลังการติดเชื้อ (active phase) และใน chronic phase ลักษณะของรอยโรคจะคงที่² การทำลายกระดูกมีสาเหตุจาก complex interaction ของสารสื่อการอักเสบต่างๆ ที่หลั่งมาจากเชื้อแบคทีเรียเช่น Lipopolysaccharide และจากร่างกาย ได้แก่ interleukins, tumor necrosis factors และ prostaglandins³

Proliferation ของเยื่อบุผิวภายในแกรนูโลมา เชื่อว่าเกิดจากการตอบสนองของเซลล์ rest of Malassez ต่อการอักเสบ^{4,5,6} แต่สำหรับกลไกการเกิดช่องว่างของถุงน้ำยังไม่ทราบชัดเจน แต่คาดว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับ “nutritional deficiency theory” โดยพบว่า connective tissue ที่อยู่รอบๆ กลุ่มของเยื่อบุผิว จะเป็นส่วนที่ส่งสารอาหารเข้ามาภายในแกรนูโลมา ถ้ากลุ่มเยื่อบุผิวมีการสร้างเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว เซลล์ของเยื่อบุผิวที่อยู่ภายในกึ่งกลางมีการตายและสลายไปทำให้มีช่องเหลืออยู่ภายในเยื่อบุผิว⁵

เมื่อเกิดช่องว่างภายในถุงน้ำ การขยายขนาดของถุงน้ำจะเกิดขึ้นตามมา โดยมีหลักฐานยืนยันเกี่ยวกับ molecular explanation ซึ่งเกี่ยวกับ interleukins, tumor necrosis factors, neuropeptides และ matrix metalloproteinases⁷ นอกจากนี้ แรงดันภายในถุงน้ำ (intracystic pressure) ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขยายขนาดของถุงน้ำ แต่พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกันเล็กน้อย จากการศึกษาที่ผ่านมาไม่นานนี้พบว่า IL-1 alpha จะเป็นตัวควบคุมแรงดันภายในถุงน้ำ⁸ IL-1alpha ทำหน้าที่ในการเหนี่ยวนำให้เกิดการสร้าง osteoclast และกระตุ้นการสร้าง prostaglandin และ collagenase จะเห็นว่า การลดแรงดันภายในถุงน้ำ การลดปริมาณของ inflammatory mediators ต่างๆ โดยการเปิดฝากล่องน้ำร่วมกับ irrigate ภายในถุงน้ำ จะลดการสร้างหรือการเพิ่มปริมาณของเยื่อบุผิว และ reverse bone resorption ทำให้มีการหดตัวของถุงน้ำ แต่อย่างไรก็ตาม กลไกการการขยายตัวและหดตัวของถุงน้ำยังไม่ทราบชัดเจนในปัจจุบัน^{9,10}

Morgenroth และคณะ¹¹ รายงานว่าถุงน้ำปลายรากฟัน เป็นรอยโรคที่พบมากที่สุด ในขากรรไกรพบประมาณร้อยละ 78 ของรอยโรคถุงน้ำทั้งหมด

Mass และคณะ¹² พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างถุงน้ำปลายรากฟันที่เกิดขึ้นในฟันน้ำนม และที่เกิดในฟันแท้ โดยในฟันน้ำนมจะพบในขากรรไกรล่างมากกว่าขากรรไกรบน แต่ในฟันแท้ จะพบในขากรรไกรบนได้มากกว่า และตำแหน่งการเกิดถุงน้ำปลายรากฟันในฟันน้ำนมกับฟันแท้ก็แตกต่างกัน ซึ่งอธิบายโดยใช้ปัจจัยจากสาเหตุที่แตกต่างกัน โดยในฟันกรามน้ำนมจะมีฟันผุ และทำการรักษารากฟันโดย

ใช้ formocresol ซึ่งเป็นตัวที่พบได้บ่อยว่าเป็นสาเหตุการเกิดถุงน้ำปลายรากฟัน และมักพบในฟันกรามน้ำนมล่างมากที่สุด สำหรับฟันแท้ พบว่ามักจะเป็นผลมาจากอุบัติเหตุ, การบาดเจ็บ, ฟันผุ และมีรอยอุดฟันเก่า โดยพบมากบริเวณฟันหน้าตัดบน จะพบว่ามีความสอดคล้องกับรายงานผู้ป่วยที่นำเสนอที่บริเวณ #11 และ 13 มีวิวัฒนาการขนาดใหญ่ เชื่อว่าน่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดถุงน้ำปลายรากฟันในผู้ป่วยรายที่ 1

จากรายงานผู้ป่วยของ Neaverth และ Burg 1982⁹ และ Rees 1997¹⁰ พบว่าการรักษารอยโรคถุงน้ำขนาดใหญ่โดยการ decompression รอยโรค สามารถหายได้อย่างสมบูรณ์ โดยไม่ต้องทำการควักออก แต่จากการศึกษาของ Tucker และคณะ¹³ พบว่า หลังจากทำการ decompression จนเมื่อรอยโรคมีขนาดเล็กลง จึงทำการควักออก วิธีนี้มีผลดีในด้านลดการทำลาย หรือรบกวน vital structure ต่างๆ ซึ่งจากรายงานผู้ป่วยที่นำเสนอได้ใช้วิธีดังกล่าว ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจ

ถุงน้ำเดนติเจอร์ส จากการศึกษาของ Shear¹⁴ พบได้ประมาณร้อยละ 16.6 ของรอยโรคถุงน้ำ เกิดได้ในหลายๆช่วงอายุ จะพบได้มากที่สุดในช่วงอายุ 20-40 ปี มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และในชนผิวขาวมากกว่าผิวดำ พบได้บ่อยที่สุดบริเวณฟันกรามล่างซี่ที่ 3 รองลงมาคือ ฟันเขี้ยวบน ฟันกรามน้อยล่างซี่ที่ 2 และฟันกรามบนซี่ที่ 3 ตามลำดับ นอกจากนี้ Mourshed¹⁵ รายงานอุบัติการณ์การเกิดพบว่า ทุกๆ 100 ซี่ ของฟันที่ไม่สามารถขึ้นได้ในช่องปาก ได้แก่ ฟันคุด ฟันฝัง ฟันเกิน

เป็นต้น จะมีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงไปเป็นถุงน้ำเดนติเจอร์สประมาณ 1.44 ซี่

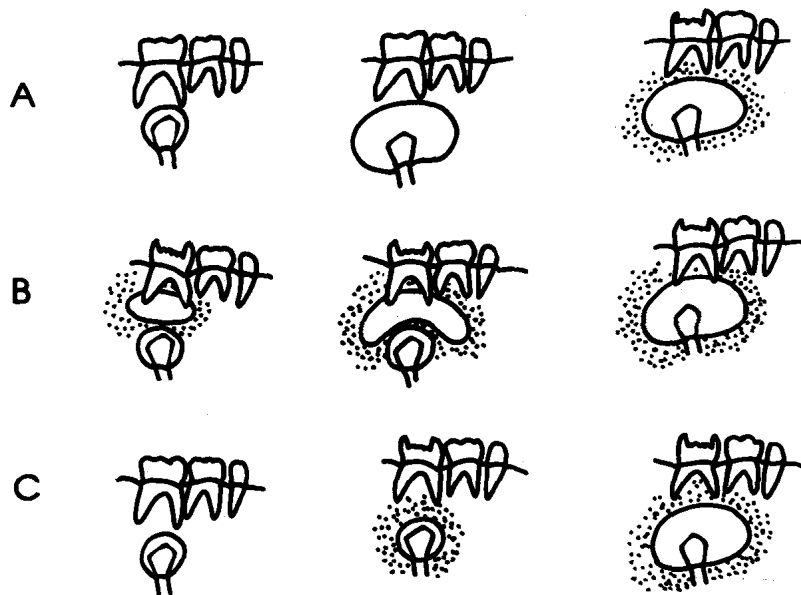
จากรายงานผู้ป่วยรายที่ 2 พบว่า #53 ฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน ทำให้มีการอักเสบเรื้อรังบริเวณปลายรากฟัน ผู้ปกครองไม่ได้พาเด็กมาทำการรักษาเนื่องจากเด็กไม่มีอาการปวดและเข้าใจว่าฟันน้ำนมสามารถหลุดได้ตามธรรมชาติ การที่มีการอักเสบบริเวณปลายรากฟันน้ำนมเป็นระยะเวลาอันนานจะส่งผลต่อการเกิด ถุงน้ำเดนติเจอร์สในผู้ป่วยรายที่ 2 นี้ Main¹⁶ อธิบายถึงถุงน้ำเดนติเจอร์สที่มีสาเหตุจากการอักเสบ (inflammatory dentigerous cyst) กล่าวว่า การสร้างถุงน้ำขึ้นรอบตัวฟันแท้ เป็นผลมาจาก การอักเสบบริเวณปลายรากฟันน้ำนมแพร่กระจายเข้ามาในฟอลลิเคิล ซึ่ง Main ได้ศึกษาในเด็กอายุ 4 ปี ที่มีภาพถ่ายรังสีแสดงว่ามีเงาดำล้อมรอบตัวฟันกรามน้อยล่างซี่ที่ 2 ซึ่งพบว่าฟันกรามน้ำนมล่างซี่ที่ 2 ที่อยู่ด้านบน มีลักษณะของ acute pulpitis ได้ทำการถอนฟันดังกล่าว และควักถุงน้ำออก ส่งตรวจทางจุลชีววิทยา พบมี chronic inflammation ในส่วน inner aspect ของฟอลลิเคิล ร่วมกับเกิดการ hyperplastic ของส่วนเยื่อผิว และมีการเชื่อมต่อกัน (anastomosing) ของ rete ridge ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับที่ปรากฏในถุงน้ำปลายรากฟันที่เกิดในวัยรุ่น

Azaz และ Shteyer¹⁷ รายงานผู้ป่วยถุงน้ำเดนติเจอร์ส 5 ราย ที่เกิดบริเวณฟันกรามน้อยล่างซี่ที่ 2 โดย 4 คน อายุ 11 ปี และ 1 คน อายุ 8 ปี ซึ่งเด็กทั้ง 5 คน ได้รับการส่งต่อมาเพื่อทำการถอนฟันผุ ฟันกรามน้ำนมที่ตาย (non vital) ร่วมกับมีอาการบวมของเนื้อเยื่ออ่อน ภาพถ่ายรังสีออกคลูซัลแสดงให้เห็นว่ามีการขยายของ

กระดุกด้านแก้ม พบว่ารากฟันน้ำนมไม่ได้สัมผัสโดยตรงต่อถุงน้ำเดนติเจอร์ส Azaz และ Shteyer สรุปว่า สาเหตุการเกิดถุงน้ำเดนติเจอร์สมาจากรากฟันน้ำนมที่ผุและฟันตาย ทำให้มีการอักเสบบริเวณปลายรากฟันเป็นเวลานาน และมีผลรบกวนฟอลลิเคิลของฟันกรามน้อยอย่างรวดเร็วทำให้เกิดถุงน้ำเดนติเจอร์สรอบฟันแท้ขึ้นตามมา

Benn และ Altini¹⁸ อธิบายถึงกลไกการเกิดถุงน้ำเดนติเจอร์ส ที่น่าเป็นไปได้มี 3 กลไก ได้แก่ 1) การเกิดถุงน้ำเดนติเจอร์สเริ่มเกิดขึ้นที่ฟอลลิเคิลของฟันแท้และต่อมาเกิดการอักเสบซึ่งสาเหตุมาจากฟันผุทะลุโพรงประสาทฟันที่อยู่ด้านบนดังภาพที่ 7A 2) เกิดถุงน้ำปลายรากฟันน้ำนมที่มีฟันผุทะลุโพรงประสาทฟันและต่อมาหน่อฟันแท้ที่อยู่ข้างใต้งอกเข้ามาอยู่ในถุงน้ำปลายรากฟันดังภาพที่ 7B 3) ฟันน้ำนมผุทะลุ

โพรงประสาทฟันเกิดการอักเสบบริเวณปลายรากฟันและเซลล์อักเสบ สารสื่อการอักเสบต่างๆแพร่กระจายไปยังฟอลลิเคิลของหน่อฟันแท้ ทำให้เกิดการสร้างเป็นถุงน้ำเดนติเจอร์สเกิดขึ้นดังภาพที่ 7C ซึ่งในทั้ง 3 กลไก Benn และ Altini เชื่อว่ากลไกที่ 3 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ได้นำมาศึกษาจำนวน 15 รายและมีความเป็นไปได้มากที่สุด สำหรับการรักษาถุงน้ำเดนติเจอร์สที่มีสาเหตุจากการอักเสบ แนะนำให้ถอนฟันน้ำนมที่ตายออก และใช้วิธีมาร์สุเปียไลเซชัน เพื่อให้ฟันแท้สามารถขึ้นได้ปกติในช่องปาก แต่จะเห็นได้ว่าในรายงานผู้ป่วยรายที่ 2 หลังทำมาร์สุเปียไลเซชัน ถุงน้ำมีขนาดเล็กลง #13 งอกลงมาใกล้ราก #14 มากขึ้นแต่ไม่สามารถขึ้นในตำแหน่งช่องว่างได้ จึงได้ทำการควัก #13 ออกมาด้วยพร้อมถุงน้ำ



ภาพที่ 7 แสดง 3 กลไกที่อธิบายการเกิด inflammatory dentigerous cysts

สรุป

ถุงน้ำปลายรากฟันและถุงน้ำเดนติเจอร์สเป็นถุงน้ำที่พบได้บ่อยในขากรรไกร การวินิจฉัยที่ถูกต้องทำให้สามารถวางแผนการรักษาได้เหมาะสม การที่ถุงน้ำมีขนาดใหญ่การใช้วิธีมาร์สเปียไลเซชัน ร่วมกับการควักเอาถุงน้ำออกทั้งหมดในภายหลัง ทำให้อวัยวะต่างๆที่อยู่รอบถุงน้ำถูกทำลายหรือตัดออกลดลง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และทำให้การหายของแผลเป็นไปอย่างรวดเร็วมากขึ้น ซึ่งผลการรักษาเป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Orstavik D, Pitt Ford TR. Essential endodontology. Malden, PA: Blackwell Publishing; 2002:47.
2. Stashenko P, Yu SM, Wang CY. Kinetics of immune cell and bone resorptive responses to endodontic infections. J Endod 1992;18(9):422-6.
3. Wang CY, Stashenko P. Characterization of bone-resorbing activity in human periapical lesions. J Endod 1993;19(3):107-11.
4. Browne RM. The pathogenesis of odontogenic cyst:A review. J Oral Pathol 1975;4:31-46.
5. Shear M. The histogenesis of the dental cyst. Dent Practitioner 1963;3:238-43.

6. Summers L. The incidence of epithelium in periapical granulomas and the mechanism of cavitation in apical dental cysts in man. Arch Oral Biol 1974;19(12):1177-80.
7. Nair PNR. Apical periodontitis :adynamic encounter between root canal infection and host response. Periodontology 2000 1997;13:121-48.
8. Kubota Y, Ninomiya T, Oka S, Takenoshita Y, Shirasuna K. Interleukin-1alpha-dependent regulation of matrix metalloproteinase-9(MMP-9) secretion and activation in the epithelial cells of odontogenic jaw cysts. J Dent Res 2000 Jun;79(6):1423-30.
9. Neaverth EJ, Burg HA. Decompression of large periapical cystic lesions. J Endod 1982; 8(4):175-82.
10. Rees JS. Conservative management of a large maxillary cyst. Int Endod J 1997;30(1):64-7.
11. Morgenroth K, Philippou S. oralpathologie II: Zahnsystem and Kiefer. Berlin: Springer; 1998. p.60-105.
12. Mass E, Kalpan F, Hishberg K. A clinical and histopathological study of radicular cysts associated with primary molar. J Oral Pathol Med 1995;24:458-61.
13. Tucker WM, Pleasants JE, MacComb WS. Decompression and secondary enucleation of

mandibular cyst : report of case. J Oral Surg
1972;30:669-73.

14. Shear M, Cysts of the oral regions. 3rd
ed. Oxford : Wright;1992. p.75-89.

15. Mourshed, A roentgenographic study of
dentigerous cysts: I. incidence in a population sample.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1964;18: 47-53.

16. Main DMG, The enlargement of epithelial
jaw cysts. Odontol Revy 1970; 21: 29-49.

17. Azaz B, A Shteyer A. Dentigerous cysts
associated with second mandibular bicuspid in
children: report of five cases. J Dent Child 1973;41:
29-31.

18. Benn A, Altini M. Dentigerous cysts of
inflammatory origin : A clinicopathologic study. Oral
Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod
1996;81:203-9.