

ฟันเกินหลายซี่ตำแหน่งฟันกรามน้อยในขากรรไกรล่าง : รายงานผู้ป่วย

Multiple Supernumerary Premolar in the Mandible : A Case Report

พีรยา วราสิทธิ์, ท.บ.

Peeraya Warasit, D.D.S.

Abstract

Supernumerary teeth are one of routinely encountered developmental disturbances representing one or more extra teeth in comparison to the normal dentition. Supernumeraries are more common in permanent dentition. Supernumerary teeth in premolar region, unlike other supernumeraries, frequently occur in the mandible. Most of them are usually asymptomatic, but may be incidentally detected from clinical or radiographic examinations. Several consequences resulting from the presence of supernumerary premolar, especially in mandible, such as cyst formation, transposition, and other clinical scenarios were reported. This case report presents an 18-year-old Thai male patient who presented with bilateral impaction of completely developed supernumerary premolars in the mandible. Treatment planning and surgical removal were performed. Post operative follow-up revealed no serious complication.

Keywords : impaction, surgical removal, complications

วันที่รับ (received) 17 กรกฎาคม 2566

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 สิงหาคม 2566

วันที่ตอบรับ (accepted) 20 กันยายน 2566

Published online ahead of print 30 ตุลาคม 2566

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี

Dental Department, Uthai Thani Hospital, Uthai Thani

Corresponding Author: พีรยา วราสิทธิ์

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี

Email: sin3harmonize@gmail.com

doi:

บทคัดย่อ

ฟันเกิน (Supernumerary teeth) เป็นภาวะหนึ่งซึ่งพบได้ทั่วไป ซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่องจากการถูกรบกวนในกระบวนการสร้างฟัน ทำให้เกิดการสร้างฟันที่มีจำนวนฟันมากกว่าชุดฟันปกติ ฟันเกินพบได้บ่อยพบในชุดฟันแท้มากกว่าฟันน้ำนม ฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อย (Supernumerary premolars) มักพบในขากรรไกรล่าง ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ ตรวจพบโดยบังเอิญทางคลินิกหรือจากภาพถ่ายรังสี ฟันเกินส่งผลให้เกิดผลกระทบหลายอย่าง เช่น ฟันเกินงอกขึ้นมาในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเกิดเป็นถุงน้ำในขากรรไกร และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ รายงานผู้ป่วยฉบับนี้นำเสนอผู้ป่วยชายไทยอายุ 18 ปีที่มีฟันคุดเกินหลายซี่ ตำแหน่งฟันกรามน้อยในขากรรไกรล่างทั้งข้างขวาและซ้าย รวมจำนวน 4 ซี่ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนำฟันคุดเกินในกระดูกขากรรไกรล่างออกพร้อมกับการผ่าฟันกรามล่างซี่ที่สาม การติดตามผลการรักษาไม่พบภาวะแทรกซ้อนกับฟันและอวัยวะใกล้เคียงในตำแหน่งผ่าตัด **คำสำคัญ:** ฟันคุด, การผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อน

บทนำ

ฟันเกิน (Supernumerary teeth) เป็นภาวะที่มีจำนวนฟันมากกว่าปกติในชุดฟันปกติ อุบัติการณ์การเกิดฟันเกินพบได้ร้อยละ 0.1-3.6 ซึ่งความแตกต่างขึ้นอยู่กับเชื้อชาติและขนาดประชากรที่ศึกษา^{1,2} จากการศึกษาพบในคนเอเชียร้อยละ 1.1-6.7³⁻⁵ ฟันเกินสามารถพบได้ทั้งในระยฟันน้ำนมและฟันแท้ โดยพบฟันเกินในระยฟันน้ำนมร้อยละ 0.3-0.8 และในระยฟันแท้อ้อยละ 1.5-3.5 โดยฟันเกินสามารถเกิดขึ้นได้เพียงซี่เดียวหรือหลายซี่ ตำแหน่งเดียวหรือหลายตำแหน่งในขากรรไกร สามารถขึ้นสู่ช่องปากได้หรือเกิดเป็นฟันฝังคุด ฟันเกินส่วนใหญ่มักเกิดในขากรรไกรบน ตำแหน่งที่พบฟันเกินได้บ่อยที่สุด ได้แก่ ตำแหน่งฟันหน้าในขากรรไกรบน (Anterior maxilla) เรียกว่า ฟันเกินตรงกลาง (Mesiodens)^{6,7} ฟันกรามบนซี่ที่ 4 (Maxillary fourth molar) ฟันเกิน

บริเวณรอบข้างของฟันกรามบน (Maxillary paramolar) และ ฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยในขากรรไกรล่าง ตามลำดับ⁸⁻¹¹ โดยโอกาสที่จะพบฟันเกินตำแหน่งกรามน้อย (Supernumerary premolars) ในระยะฟันแท้ พบได้เพียงร้อยละ 0.075-0.26 เท่านั้น ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ของฟันเกินที่เกิดขึ้นทั้งหมด⁷ ฟันเกินตำแหน่งกรามน้อยเป็นฟันเกินที่มีลักษณะไม่เหมือนกับฟันเกินในตำแหน่งอื่น เนื่องจากเป็นฟันเกินที่มักเกิดใน ตำแหน่งขากรรไกรล่างมากกว่าและมีรูปร่างลักษณะใกล้เคียง หรือเหมือนฟันแท้ปกติ ส่วนใหญ่พบเป็นฟันเกินซี่เดียวโดย สามารถพบได้ร้อยละ 76-86 นอกนั้นพบเป็นฟันเกินจำนวน สองซี่ร้อยละ 12-23 และฟันเกินหลายซี่พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 เท่านั้น¹⁰ แม้ว่าฟันเกินนั้นจะไม่ได้ส่งผลทำให้ก่อโรคกับผู้ป่วย โดยตรง แต่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ขัดขวางการขึ้นของฟันแท้ ส่งผลให้ฟันขึ้นมาในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม รบกวนฟันข้างเคียงส่งผลให้เกิดฟันซ้อนเก (Crowding) ฟันห่าง (Diastema) ฟันบิดหมุน (Rotation) หรือทำให้ฟันแท้ขึ้นช้า (Delayed eruption) นอกจากนี้ฟันเกินที่สามารถขึ้นมาสู่ช่องปากมักส่งผลกระทบต่อระบบขดเคี้ยวรวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ก่อให้เกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ได้ในอนาคต และฟันเกินที่ฝังคุดในขากรรไกรนั้นสามารถก่อให้เกิดพยาธิสภาพกำเนิดโรคได้ เช่น ก่อให้เกิดถุงน้ำเดนต์เจอร์รัส (Dentigerous cyst) หรือเกิดการละลายของรากฟันซี่ข้างเคียง เป็นต้น

สาเหตุของการเกิดฟันเกิน

แม้ว่าสาเหตุของการเกิดฟันเกินยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่พบหลายทฤษฎีที่แสดงถึงสาเหตุของการเกิดฟันเกินได้แก่^{1,7,12}

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการชาติพันธุ์ (Atavism) การเกิดฟันเกินน่าจะมาจากการเจริญของฟันในรูปแบบเดียวกับบรรพบุรุษที่เคยมีฟันจำนวนมากกว่าในปัจจุบัน
2. ทฤษฎีการแบ่งเนื้อเยื่อต้นกำเนิดฟัน (Tooth germ dichotomy) พบว่าการเจริญของฟันต้องอาศัยเนื้อเยื่อต้นกำเนิดเยื่อบุผิวฟัน (Dental lamina) และเด็นทัลมีเซนไคม์ (Dental mesenchyme) ในปริมาณที่เพียงพอให้เกิดปฏิกริยาต่อกันของเนื้อเยื่อทั้งคูในการสร้างฟัน จากทฤษฎีนี้จึงกล่าวไว้ในระยะแรกของการเจริญของฟัน หากแถบเยื่อบุผิวฟันต้นกำเนิดฟันออกเป็น 2 ส่วนเท่ากัน ร่วมกับมีปริมาณเด็นทัลมีเซนไคม์ที่เพียงพอ จะทำให้เกิดฟันปกติและฟันเกินที่มีขนาดเท่ากัน กรณีที่แถบเยื่อบุผิวฟันต้นกำเนิดฟันแบ่งตัวออกเป็น 2 ส่วนไม่เท่ากัน จะทำให้เกิดฟันขนาดปกติซี่เดียว และฟันเกิน ที่มีขนาดเล็กกว่าปกติหรือมีรูปร่างที่ผิดปกติ
3. ภาวะทำงานมากเกินไปของแถบเยื่อบุผิวฟันต้นกำเนิดฟัน

(Hyperactivity of dental lamina) โดยปกติแล้วแถบเยื่อบุผิวฟันต้นกำเนิดฟันจะมีการเสื่อมถอยและสลายตัวเมื่อฟันแท้สร้างตัวฟันเสร็จแล้ว แต่หากไม่มีการสลายตัวของเยื่อบุผิวฟันต้นกำเนิดฟันและมีกระกระตุ้นให้เกิดการแบ่งตัวที่มากเกินไป เกิดเป็นฟันเกินได้ ซึ่งทฤษฎีนี้ได้รับการยอมรับมากที่สุดในปัจจุบัน^{10,11,13}

4. ปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (Genetic and environment factors) โดยจากหลายการศึกษาเชื่อว่ามาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมร่วมและปัจจัยทางพันธุกรรม^{13,14} เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่มีฟันเกินหลายซี่ในช่องปาก มักพบร่วมกับความผิดปกติอื่นๆ เช่น ปากแหว่ง (Cleft lip) เพดานโหว่ (Cleft palate) หรือสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการของโรค (Syndrome) บางประเภท เช่น กลุ่มอาการการ์เดนเนอร์ (Gardner syndrome) กลุ่มอาการครูซง (Crouzon syndrome) โรคไคลโดเครเนียลดิสโตสโตซิส (Cleidocranial dysostosis) เป็นต้น ซึ่งเป็นโรคที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ดังนั้น จากหลายการศึกษาพบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดฟันเกิน นอกจากนี้ฟันเกินจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 2 : 1 จึงอาจมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมที่ผูกพันกับเพศ (Sex-linked genes)^{11,14,15} การศึกษาในเรื่องปัจจัยทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันเกินในโรคไคลโดเครเนียลดิสโตสโตซิส ที่เกิดจากการกลายพันธุ์เฉพาะของยีนส์ RUNX2 (Runt-related transcription factor 2) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องในกระบวนการให้เซลล์เปลี่ยนแปลงไปเพื่อทำหน้าที่เฉพาะของเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างฟันและกระดูกอ่อน¹⁶ จะพบความผิดปกติของฟันโดยมีการคงอยู่ของฟันน้ำนมและฟันแท้ขึ้นช้าร่วมกับมีฟันเกิน นอกจากนี้ปัจจัยสิ่งแวดล้อมน่าจะมีส่วนร่วมด้วยเช่นกัน พบว่าสาเหตุของการเกิดฟันเกินชนิดโอdontoma (Odontoma) ได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือมีการรบกวนในระยะเจริญของฟัน จากการติดเชื้อหรือการได้รับบาดเจ็บ

รูปแบบของฟันเกิน

พบได้ทั้งลักษณะปกติและผิดปกติ สามารถจำแนกตามรูปแบบของฟันเกินได้ 4 ชนิด⁸ คือ

1. ชนิดรูปกรวย (Conical) เป็นชนิดที่พบมากที่สุด มักเกิดกับฟันเกินตรงกลาง
2. ชนิดมีปุ่ม (Tuberculate type)
3. ชนิดรูปเหมือนฟันปกติ (Supplemental type)
4. ชนิดโอdontoma (Odontomas)

โดยฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยมักพบเป็นชนิดรูปแบบเหมือนฟันปกติ แต่อาจจะพบลักษณะรูปกรวยหรือมีขนาดเล็กกว่าฟันปกติในขากรรไกรบน¹³

แนวทางการตรวจรักษาผู้ป่วย

ต้องอาศัยการตรวจทางคลินิก ร่วมกับการตรวจทางภาพถ่ายรังสี

1. การตรวจทางคลินิก (Clinical examination) การตรวจทางคลินิกสามารถพบในกรณีที่มีฟันเกินขึ้นสู่ช่องปาก ทำให้สามารถมองเห็นได้ หรือคลำแล้วได้ลักษณะนูนแข็ง แต่อย่างไรก็ตามการตรวจทางคลินิกอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะวินิจฉัยฟันเกิน จำเป็นต้องอาศัยการตรวจทางภาพถ่ายรังสีร่วมด้วยทุกครั้ง
2. การตรวจทางภาพถ่ายรังสี (Radiographic examination) ภาพถ่ายรังสีที่นิยมใช้ ได้แก่ ภาพถ่ายรังสีรอบปลายราก (Periapical radiograph) ภาพถ่ายรังสีพานoramิก (Panoramic radiograph) และนอกจากนี้ ในปัจจุบันยังมีภาพถ่ายรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ลำรังสีรูปกรวย (Cone Beam Computed Tomography, CBCT) ซึ่งทำให้มองเห็นภาพเป็น 3 มิติ ช่วยให้สามารถระบุตำแหน่งของฟันเกิน ประเมินอวัยวะที่เกี่ยวข้องหรือรอยโรคก่อนการรักษา

ดังนั้นการรักษาฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อย มักพิจารณาจากตำแหน่ง และผลที่จะเกิดขึ้นตามมาหากไม่ได้รับการรักษา หรือแนวโน้มที่ก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนหรือมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพกับกระดูกขากรรไกรหรือฟันใกล้เคียง การรักษาฟันเกินมีข้อบ่งชี้ในการนำฟันเกินออกดังนี้ ได้แก่

1. ฟันเกินขัดขวางการขึ้นของฟันแท้หรือทำให้ฟันแท้ขึ้นช้ากว่าปกติ
2. เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ เช่น เกิดการละลายของรากฟันซี่ข้างเคียง หรือก่อให้เกิดถุงน้ำในขากรรไกร โดยเฉพาะถุงน้ำเดนติเจอรึส โดยอุบัติการณ์การเกิดถุงน้ำเดนติเจอรึสร่วมกับฟันเกิน พบได้ร้อยละ 5-6 ของเคสทั้งหมด¹¹ ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มักเกิดกับในฟันเกินตรงกลาง
3. ฟันเกินส่งผลให้ฟันชุดปกติขึ้นผิดตำแหน่ง บิดหมุน ซ้อนเก
4. ฟันเกินส่งผลกระทบต่อให้เกิดโรค เช่น โรคฟันผุ โรคปริทันต์
5. ฟันเกินขัดขวางการรักษาทางทันตกรรม เช่น การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน การปิดรากเทียม หรือการทำ Alveolar Bone Graft ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

อนึ่ง หากฟันเกินนั้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย หรือการผ่าตัดนำฟันเกินออกมีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อฟันและอวัยวะข้างเคียง การเฝ้าสังเกตและติดตามฟันเกินเป็นระยะโดยไม่จำเป็นต้องเอาฟันเกินออก ก็ทางเลือกหนึ่งในการรักษาฟันเกิน แต่หากติดตามเป็นระยะแล้วมีข้อบ่งชี้ในการนำฟันเกินออก หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ ก็สามารถผ่าตัดเพื่อนำฟันเกินออกภายหลังได้เช่นกัน

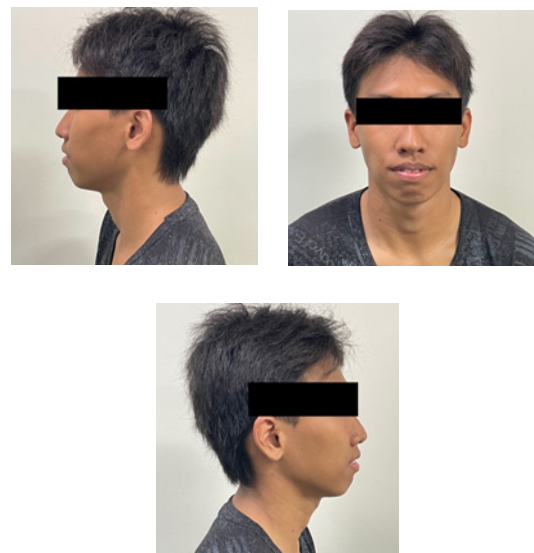
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 18 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัวและไม่มีประวัติการแพ้ยาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้ามารับบริการทาง

ทันตกรรมที่โรงพยาบาลอุทัยธานี ด้วยอาการสำคัญ คือ รู้สึกว่าเศษอาหารติดบริเวณฟันคู่กลาง จึงต้องการผ่าฟันคู่ต ดูตรวจสภาพร่างกาย พบว่าสภาพร่างกายปกติดี ไม่มีไข้ ไม่มีตัวเหลืองตาเหลือง สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 128/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส

การตรวจภายนอกช่องปาก ไม่พบความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า ใบหน้าสมมาตร ไม่พบการบวมนอกช่องปาก ไม่มีอาการชา ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต อ้าปากได้ปกติ

การตรวจภายในช่องปาก พบฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ทั้งข้างซ้ายและขวาขึ้นมาบางส่วน นอกจากนี้ยังพบฟันเกิน 1 ซี่ขึ้นมาในช่องปากบางส่วนบริเวณด้านลิ้นระหว่างฟันกรามน้อยล่างขวาซี่ 44 และ 45 และยังคงคลำพบลักษณะนูนแข็ง (Bony hard consistency) บริเวณด้านลิ้นระหว่างฟันกรามน้อยล่างซ้ายซี่ 34 และ 35 (รูปที่ 2) ในส่วนขากรรไกรบนไม่พบความผิดปกติหรือฟันเกิน

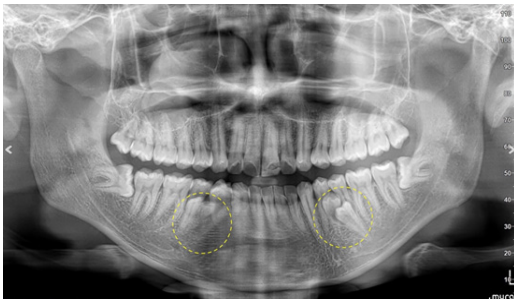


รูปที่ 1 ภาพถ่ายนอกช่องปาก (Extraoral Photograph)



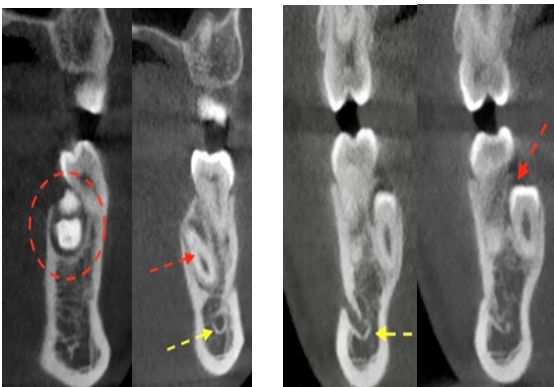
รูปที่ 2 ภาพถ่ายในช่องปาก (Intraoral Photograph) แสดงฟันเกิน 1 ซี่บริเวณด้านลิ้นระหว่างฟันกรามน้อยล่างขวาซี่ 44 และ 45 (วงกลม) และพบลักษณะนูนบริเวณด้านลิ้นระหว่างฟันกรามน้อยล่างซ้ายซี่ 34 และ 35 (ลูกศร)

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี จากภาพถ่ายรังสีพานอรามิก (Panoramic film) พบว่ามีฟันเกินจำนวน 4 ซี่ โดยฟันเกิน 2 ซี่ อยู่ระหว่างฟันกรามน้อยล่างขวาซี่ 44 และ 45 มีตำแหน่งตัวฟันของซี่ฟันเกินทั้งสองอยู่ที่ระดับ CEJ ของฟันซี่ 44 และ 45 และฟันเกินอีก 2 ซี่ ระหว่างฟันกรามน้อยล่างซ้ายซี่ 34 และ 35 มีตำแหน่งตัวฟันของฟันเกินซี่แรกที่ระดับ CEJ ของฟันซี่ 34 และอีกซี่อยู่ที่ระดับ Apical 1/3 ของฟันซี่ 35 ฟันเกินทั้งหมดมีรูปร่างและขนาดเหมือนกับฟันกรามน้อยปกติและไม่พบการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสีพานอรามิก (Panoramic film) ก่อนการรักษา แสดงตำแหน่งของฟันเกินจำนวน 4 ซี่ แบ่งเป็นฟันเกินบริเวณฟันซี่ 44-45 จำนวน 2 ซี่ (วงกลมข้างซ้าย) และฟันเกินบริเวณฟันซี่ 34-35 จำนวน 2 ซี่ (วงกลมด้านขวา)

นอกจากนี้มีการส่งภาพถ่ายรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ลำรังสีรูปกรวย (Cone Beam Computed Tomography, CBCT) (รูปที่ 4) เพื่อระบุตำแหน่งและรูปร่างของฟันเกิน รวมถึงตำแหน่งกายวิภาคที่เกี่ยวข้องบริเวณที่ผ่าตัด จากภาพรังสี CBCT พบว่าฟันเกินทั้งหมดอยู่บริเวณด้านลิ้นระหว่างฟันกรามน้อยล่างซี่ที่ 1 และ 2 และฟันกรามล่างซี่ที่ 1



รูป 4ก.

รูป 4ข.

รูปที่ 4 ภาพถ่ายรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ลำรังสีรูปกรวย (Cone Beam Computed Tomography) ตัดแนว Axial

แสดงให้เห็นฟันเกินที่อยู่ตำแหน่งด้านลิ้นต่อฟันซี่ปกติ โดยรูป 4ก. แสดงฟันเกินในขากรรไกรล่างข้างซ้ายจำนวน 2 ซี่ (วงกลมสีแดง) และตำแหน่งของรากฟันเกิน (ลูกศรสีแดง) ที่สัมพันธ์กับตำแหน่งของ Mandibular canal (ลูกศรสีเหลือง) และจากรูป 4ข. แสดงตำแหน่ง Mandibular canal (ลูกศรสีเหลือง) และตำแหน่งตัวฟันเกินที่อยู่ใกล้ชิดกับตำแหน่งรากฟันกรามน้อยซี่ 45 (ลูกศรสีแดง)

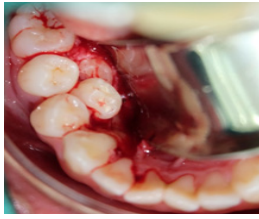
การวินิจฉัย

Areas of 34,35 and 44,45: Impacted multiple supernumerary premolars

แผนการรักษา

แผนการรักษาในผู้ป่วยรายนี้ คือการผ่าตัดนำฟันเกินออก ร่วมกับการผ่าฟันคุดล่างทั้งสองข้าง ตามอาการนำของผู้ป่วย โดยแบ่งการรักษาออกเป็น 2 ครั้ง โดยก่อนการรักษาผู้ป่วยได้รับการอธิบายขั้นตอนการผ่าตัด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้จากการผ่าตัดทั้งสองครั้ง

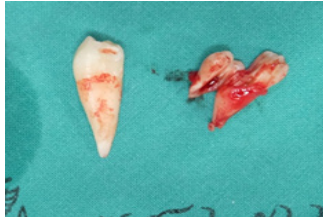
การรักษาครั้งที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดฟันคุดซี่ที่สามข้างขวา ร่วมกับการผ่าตัดฟันกรามน้อยเกินในขากรรไกรล่างข้างขวา ภายใต้อาการเฉพาะที่ 4% Articaine HCl มีส่วนผสมของ Epinephrine ความเข้มข้น 1:100,000 ปริมาณ 5.1 มิลลิกรัม โดยฉีดยาชาสกัดเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ (Inferior alveolar nerve) เส้นประสาทลิ้น (Lingual nerve) เส้นประสาทด้านแก้ม (Long buccal nerve) ผ่าตัดโดยเปิดแผ่นเหงือกทางด้านลิ้น โดยลงรอยกรีดตามร่องเหงือก (Sulcular incision) จากด้านไกลกลางของฟันซี่ 42 ถึงด้านไกลกลางของฟันซี่ 46 เปิดแผ่นเหงือกแบบ Full Thickness Periosteal Flap เพื่อป้องกันไม่ให้กระทบต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทลิ้น เมื่อเปิดแผ่นเหงือกพบฟันเกินซี่ที่สองอยู่บริเวณไกลกลางของฟันเกินซี่แรกที่ระดับ CEJ และค่อนข้างมาทางด้านลิ้น (รูปที่ 5ก.) จากนั้นถอนฟันเกินซี่แรกโดยใช้ Elevator Technique ต่อมากรอกระดูกรอบฟันเกินซี่ที่สอง บริเวณด้านลิ้นออกจนพ้นส่วน Height of Contour ร่วมกับการกรอแบ่งตัวฟันออกเป็น 2 ส่วนตามแนว Vertical เพื่อให้สามารถนำตัวฟันเกินส่วนที่อยู่ใต้ต่อฟันซี่ 45 ออก จากนั้นจึงใช้ Elevator ขยับอีกส่วนหนึ่งออกมา หลังหัตถการพบว่าฟันเกินจำนวนทั้งสองซี่ มีลักษณะเหมือนฟันกรามน้อยปกติ ทำความสะอาดบริเวณที่ผ่าตัดด้วย Surgical Curette และล้างด้วยน้ำเกลือ (0.9% NSS) จากนั้นเย็บปิดแผลเหงือกใช้ไหม Silk 3-0 โดยวิธี Simple Interrupted Suture



รูป 5ก.



รูป 5ข.



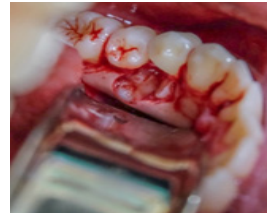
รูป 5ค.



รูป 6ก.



รูป 6ข.



รูป 6ค.



รูป 6ง.



รูป 6จ.

รูปที่ 5 แสดงฟันเกินในขากรรไกรล่างข้างขวา เมื่อเปิดแผ่นเหงือกพบฟันเกินซี่ที่สองอยู่บริเวณไกลกลางของฟันเกินซี่แรกตรงระดับ CEJ และค่อนข้างด้านลิ้น (5ก.) ถอนฟันเกินซี่แรกโดยใช้ Elevator Technique จากนั้นกรอกระดูกรอบฟันเกินซี่ที่สองบริเวณด้านลิ้นออก ร่วมกับการแบ่งฟัน (5ข.) และฟันเกินซี่แรกนำออกมาโดยถอน และซี่ที่สองนำออกโดยการผ่าตัดแบ่งฟัน (5ค.)

การรักษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดฟันคุดซี่ที่สามข้างซ้าย ร่วมกับการผ่าตัดฟันกรามน้อยเกินในขากรรไกรล่างข้างซ้ายภายใต้ยาชาเฉพาะที่สกัดเส้นประสาทเช่นเดียวกับการผ่าตัดข้างขวา จากนั้นโดยลงรอยกรีดตามร่องเหงือกจากด้านใกล้กลางของฟันซี่ 32 ถึงด้านใกล้กลางของฟันซี่ 36 เมื่อเปิดแผ่นเหงือกพบฟันเกินซี่แรกโดยมองเห็นตัวฟันส่วนด้านบดเคี้ยวบางส่วน จากนั้นกรอกระดูกเข้าฟันที่คลุมอยู่บริเวณด้านลิ้นและไกลกลางต่อฟันเกินซี่แรก จนมองเห็นฟันเกินซี่ที่สองบริเวณไกลกลางของฟันเกินซี่แรกตรงระดับ CEJ และค่อนข้างด้านลิ้นของฟันเกินซี่แรก จากนั้นกรอแบ่งฟันเกินซี่แรกบริเวณตัวฟันออกเป็น 2 ส่วน นำฟันตัวฟันของฟันเกินซี่แรกออก จากนั้นกรอแบ่งฟันเกินซี่ที่สองตามแนว Vertical เพื่อนำฟันเกินซี่ที่สองออก จากนั้นจึงสามารถนำส่วนของรากฟันเกินซี่แรกออกมาได้ ทำความสะอาดบริเวณที่ผ่าตัด จากนั้นเย็บปิดแผลเหงือกใช้ไหม Silk 3-0 โดยวิธี Simple interrupted suture เช่นเดียวกับการผ่าตัดครั้งที่ 1 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดทั้งสองครั้ง โดยให้ผู้ป่วยกั๊กผ้าก๊อชไว้ 1-2 ชั่วโมงเพื่อห้ามเลือด ประคบเย็นเพื่อลดอาการบวม ร่วมกับจ่ายยาปฏิชีวนะ Amoxicillin 500 มิลลิกรัม จำนวน 15 เม็ด ครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด และยาแก้ปวดต้านการอักเสบ (NSAIDs) Ibuprofen 400 มิลลิกรัม จำนวน 10 เม็ด ครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

รูปที่ 6 แสดงฟันเกินในขากรรไกรล่างข้างซ้ายซี่แรกหลังจากเปิดแผ่นเหงือกด้านลิ้น โดยด้านบดเคี้ยวของตัวฟันมีกระดูกปกคลุมบางส่วน (6ก.) กรอกระดูกเข้าฟันด้านลิ้นและด้านไกลกลาง จนมองเห็นฟันเกินซี่ที่สองจากนั้นจึงกรอแบ่งฟันเกินซี่แรกบริเวณตัวฟัน (6ข.) เมื่อนำส่วนของตัวฟันเกินซี่แรกที่ตัดแบ่งออก ทำให้มองเห็นฟันเกินซี่ที่สอง (6ค.) กรอแบ่งฟันเกินซี่ที่สองออกเป็น 2 ส่วนตามแนว Vertical (6ง.) ฟันเกินซี่ที่สองซี่ที่ได้รับการกรอแบ่งฟันเพื่อนำออกมา (6จ.)

การติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์ภายหลังการผ่าตัดทั้ง 2 ครั้ง เพื่อตัดไหม จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดและบวมเล็กน้อยประมาณ 3 วันแรกหลังการผ่าตัด จากนั้นค่อยๆ ดีขึ้นจนไม่ปวดและยุบบวมจนเป็นปกติ ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ พบว่าการหายของแผลเป็นปกติ ไม่มีการติดเชื้อ ไม่มีเลือดออกผิดปกติ ไม่มีการขาบริเวณริมฝีปากกลาง คางและลิ้น อีกทั้งฟันข้างไม่มีการผิดปกติใดๆ ภายหลัง 2 สัปดาห์หลังการตัดไหม ผู้ป่วยได้รับการถอนฟันกรามบนซี่ที่ 3 ทั้ง ด้านซ้ายและขวาทั้งสองซี่ จากการติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนหลังการผ่าตัดนำฟันเกินบริเวณขากรรไกรล่างทั้งสองข้าง ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ฟันข้างเคียงตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิต (Vitality test) และผู้ป่วยสามารถบดเคี้ยวได้ตามปกติ



รูปที่ 7 แสดงภาพถ่ายในช่องปาก (Intraoral Photograph) ติดตามผลการรักษา 2 เดือนภายหลังการผ่าตัดฟันเกินบริเวณขากรรไกรล่างข้างขวา และ 1.5 เดือนภายหลังการผ่าตัดฟันเกินบริเวณขากรรไกรล่างข้างซ้าย



รูปที่ 8 ภาพถ่ายรังสีพานoramิก (Panoramic film) ติดตามผลการรักษา 2 เดือนภายหลังการผ่าตัดฟันเกินบริเวณขากรรไกรล่างข้างขวา และ 1.5 เดือนภายหลังการผ่าตัดฟันเกินบริเวณขากรรไกรล่างข้างซ้าย

บทวิจารณ์

ฟันเกินในช่องปากส่วนใหญ่ร้อยละ 75 ไม่สามารถขึ้นสู่ช่องปากได้ จึงไม่มีอาการทางคลินิก มักพบได้โดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งมาด้วยอาการสำคัญ คือต้องการผ่าฟันคุดล่าง โดยไม่เคยสังเกตว่ามีฟันเกินที่ตำแหน่งอื่น เมื่อตรวจทางคลินิกร่วมกับการตรวจทางภาพรังสี จึงพบว่าฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยในขากรรไกรล่างจำนวน 4 ซี่ สามารถขึ้นสู่ช่องปากได้เพียงซี่เดียว เนื่องจากพบว่าฟันเกินมักจะมี การพัฒนาที่ช้ากว่าชุดฟันปกติ ทำให้ฟันเกินส่วนใหญ่ไม่สามารถขึ้นสู่ช่องปากได้เกิดเป็นฟันฝังคุด เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้

แม้ว่าสาเหตุของการเกิดฟันเกินยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่ทฤษฎีที่ให้การยอมรับมากที่สุดคือ ภาวะทำงานมากเกินไปของแถบเยื่อบุผิวต้นกำเนิดฟัน แต่ก็ยังมีบางการศึกษาเชื่อว่ามาจากปัจจัยทางพันธุกรรม^{13,14} เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่มีฟันเกินหลายซี่ในช่องปาก ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับโรคทางระบบหรือกลุ่มอาการบางประเภท เช่น กลุ่มอาการการ์ดเนอร์ กลุ่มอาการครูซของโรคโคลโดเครเนียลิสออสโตซิส และภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip and palate)^{10,17} ซึ่งเป็นโรคที่มีการถ่ายทอดทาง

พันธุกรรม ดังนั้นการพบฟันเกินหลายซี่ในช่องปากอย่างเดียว โดยไม่มีกลุ่มอาการร่วมพบได้น้อยเพียงร้อยละ 0.06¹ เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ซึ่งไม่มีกลุ่มอาการของโรคร่วมด้วย จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลของ Yusof และคณะ² พบว่าฟันเกินหลายซี่ในช่องปากที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคทางระบบหรือกลุ่มอาการ สามารถพบได้ในขากรรไกรล่างร้อยละ 61 โดยพบบ่อยที่สุดคือฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยในขากรรไกรล่างซึ่งพบได้ร้อยละ 45 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaya และคณะ³ ที่พบว่าฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยในขากรรไกรล่างพบได้มากที่สุดภาวะฟันเกินหลายซี่ที่ไม่มีกลุ่มอาการ (Non syndrome multiple supernumerary teeth) เช่นกัน

ภาพถ่ายรังสีจึงเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา พบว่าร้อยละ 75 ของฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยไม่สามารถขึ้นสู่ช่องปากได้ มักพบได้โดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสีก่อนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน^{1,11} ภาพถ่ายรังสีที่เหมาะสมในการใช้วินิจฉัยฟันเกิน จำเป็นต้องมีภาพถ่ายรังสี พานoramิกร่วมกับภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากเป็น อย่างน้อยเพื่อประเมินเบื้องต้นถึงขนาด รูปร่าง ตำแหน่ง รวมทั้งรอยโรคหรือพยาธิสภาพ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีการนำภาพถ่ายรังสีส่วนตัดอากซ์คอมพิวเตอร์หรือภาพถ่ายรังสีส่วนตัดอากซ์คอมพิวเตอร์ลำรังสีรูปกรวยมาใช้มากขึ้น ทำให้ได้รายละเอียดของฟันและอวัยวะข้างเคียงได้ดี สำหรับในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลอุทัยธานีเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีเครื่องถ่ายภาพรังสีนอกช่องปาก จึงสามารถใช้ภาพถ่ายรังสีพานoramิกร่วมกับภาพถ่ายรังสีส่วนตัดอากซ์คอมพิวเตอร์ลำรังสีรูปกรวย เพื่อประเมินรายละเอียดและระบุตำแหน่งของฟันเกิน รวมถึงความสัมพันธ์ของรากฟันและอวัยวะข้างเคียงได้ดีกว่า แต่ผู้ป่วยจะได้รับปริมาณรังสีที่ปริมาณรังสีที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับการถ่ายภาพรังสีในช่องปาก นอกจากนี้กรณีที่ไม่สามารถถ่ายภาพรังสีนอกช่องปากได้ สามารถใช้ภาพรังสีรอบปลายรากฟัน ร่วมกับภาพรังสีกั๊ดสแนวตัดขวาง (Occlusal cross-sectional radiograph) เพื่อใช้ในการค้นหาและระบุตำแหน่งของฟันเกินในขากรรไกรล่างได้อีกด้วย โดยฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยส่วนมากจะพัฒนาอยู่ในตำแหน่งด้านลึนและอยู่ต่ำกว่าฟันกรามน้อยซี่ปกติ^{13,18} ส่วนมากมักพบเป็นชนิดรูปแบบเหมือนฟันปกติในขากรรไกรล่าง แต่อาจจะพบลักษณะรูปกรวยหรือมีขนาดเล็กกว่าฟันปกติในขากรรไกรบน¹³ เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายนี้ ฟันเกิน ที่พบทั้งหมดในขากรรไกรล่างมีรูปร่างและขนาดเหมือนฟันปกติ

แนวทางการรักษาฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยขึ้นอยู่กับชนิด ตำแหน่ง และผลกระทบต่อฟันซี่ข้างเคียง ได้แก่ ฟันเกินขัดขวางการขึ้นของฟันหรือทำให้ฟันขึ้นช้ากว่าปกติ ฟันเกินส่งผลให้ฟันปกติขึ้นชิดตำแหน่ง บิดหมุน ซ้อนเก ฟันเกินทำให้ออกุให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนหรือมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพ

กับกระดูกขากรรไกรหรือฟันใกล้เคียง เป็นต้น แม้ว่าการศึกษาของ Bodin I. และคณะพบว่าเมื่อเพียงแค่อายุ 2 ของฟันกรามน้อยเกิน ที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นพยาธิสภาพ¹⁹ แต่ผลกระทบที่พบได้บ่อยที่สุด ได้แก่ การเกิดถุงน้ำเดนติเจอร์ซิส (Dentigerous cyst) และการละลายของรากฟันข้างเคียง ตามลำดับ¹¹ ดังนั้นการผ่าตัดนำฟันเกินตำแหน่งกรามน้อยออกจึงเป็นทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสม หากฟันเกินนั้นมีแนวโน้มที่ทำให้เกิดผลกระทบตามมา โดยช่วงเวลาที่จะผ่าตัดนำฟันเกินออก ยังเป็นที่ถกเถียง (Controversial) เนื่องจากการผ่าตัดนำฟันเกินที่ยังไม่ขึ้นสู่ช่องปากนั้น ต้องระวังอันตรายที่จะเกิดต่ออวัยวะข้างเคียง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เนื่องจากตำแหน่งฟันกรามน้อยในขากรรไกรล่าง อยู่ใกล้กับเส้นประสาท โดยเฉพาะเส้นประสาทเมนทัล (Mental nerve) และเส้นประสาทลิ้น หลายการศึกษาแนะนำว่าควรเอาฟันเกินออกในช่วงที่มีฟันแท้ปกติพัฒนา รากสมบูรณ์ (Complete root formation) หรือช่วงท้ายของระยะฟันแท้หรือแนะนำให้ผ่าตัดฟันเกินออกในเวลาเดียวกับ การผ่าตัดนำฟันกรามล่างซี่ที่สามออก^{12,20,21}

นอกจากนี้ หากฟันเกินนั้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่อ การเฝ้าสังเกตและติดตามฟันเกินเป็นระยะโดยไม่ต้องเอาฟันเกินออก ก็สามารถทำได้เช่นกัน หรือในกรณีที่ทันตแพทย์จัดฟันพิจารณาเก็บฟันเกิน เพื่อทดแทนฟันขาดปกติ ดังนั้นการพิจารณาเลือกแนวทางในการรักษาต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่าง ศัลยแพทย์ช่องปากและทันตแพทย์จัดฟัน ภายหลังจากการผ่าตัดนำฟันเกินออกแล้วยังมีการรายงานเรื่องการเกิดซ้ำ (Recurrence) ของฟันเกินถึงร้อยละ 8 แต่ยังไม่มีการอธิบายแน่ชัดถึงสาเหตุของการเกิดซ้ำ โดยหลายการศึกษาคาดคะเนถึงความเป็นไปได้ว่าเกิดจากการละลายตัวที่ไม่สมบูรณ์ของเนื้อเยื่อต้นกำเนิดเยื่อบุผิวฟัน ทำให้เกิดการกระตุ้นให้เกิดการสร้างฟันเกินขึ้นอีกครั้ง¹¹ โดยมีรายงานกรณีศึกษาของ Poyton และคณะ²² พบฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยในช่วงระยะแรกจำนวน 3 ซี่ในผู้ป่วยอายุ 11 ปี ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดนำฟันเกินออก ติดตามการรักษาผู้ป่วยเป็นเวลา 5 ปี พบฟันเกินจำนวน 3 ซี่ ปีโดยมีลักษณะและตำแหน่งใกล้เคียงกับฟันเกินที่ผ่าตัดออก นอกจากนี้ Shapira และ Haskell²³ พบการเกิดซ้ำของฟันซี่เดียว ในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากการผ่าตัดนำฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยจำนวน 3 ซี่ ออกในผู้ป่วยอายุ 12 ปี

การวางแผนการรักษาในผู้ป่วยรายนี้ แม้ว่าผู้ป่วยไม่มีแผนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน แต่จากการตรวจในช่องปาก ร่วมกับการตรวจทางภาพรังสี พบว่าฟันเกินที่ตำแหน่งฟันกรามน้อยอยู่นอกแนวการเรียงตัวของฟันปกติ โดยวางตัวอยู่ทางด้าน ลึ้นต่อฟันปกติและอยู่ใกล้กับรากฟันปกติ จึงอาจจะทำให้มี แนวโน้มที่จะเกิดโรคฟันผุหรือโรคปริทันต์ได้ นอกจากนี้ยังมี โอกาสเกิดการละลายของรากฟันซี่ข้างเคียงอีกด้วย ดังนั้นวิธี

การผ่าตัดนำฟันเกินออกจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมในผู้ป่วยรายนี้ โดยในการผ่าตัดนำฟันเกินออก ต้องระวังการทำอันตรายต่อ รากฟันข้างเคียง รวมถึงเส้นเลือดและเส้นประสาทที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด จากการติดตามผล การผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่อฟันและอวัยวะข้างเคียง

บทสรุป

นอกจากการตรวจทางคลินิกแล้ว การตรวจทางภาพรังสี ร่วมด้วยจึงเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยในการตรวจวินิจฉัยและวางแผน การรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย การรักษาโดย วิธีการถอนฟันหรือผ่าตัดนำฟันเกินออกเป็นทางเลือกหนึ่งวิธี การรักษาฟันเกินในตำแหน่งฟันกรามน้อย จากผลการรักษาและการติดตามผลการรักษาผ่าตัดฟันเกินหลายซี่ตำแหน่งฟันกราม น้อยในขากรรไกรล่าง ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ และสามารถบดเคี้ยวได้ตามปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. Yague-Garcia J, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Multiple supernumerary teeth not associated with complex syndromes: a retrospective study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14(7):E331-6.
2. Yusof WZ. Non-syndrome multiple supernumerary teeth: literature review. *J Can Dent Assoc*. 1990; 56(2):147-9.
3. Patil S, Maheshwari S. Prevalence of impacted and supernumerary teeth in the North Indian population. *J Clin Exp Dent*. 2014;6(2):e116-20.
4. Syriac G, Joseph E, Rupesh S, Philip J, Cherian SA, Mathew J. Prevalence, Characteristics, and Complications of Supernumerary Teeth in Nonsyndromic Pediatric Population of South India: A Clinical and Radiographic Study. *J Pharm Bioallied Sci*. 2017;9 (Suppl 1):S231-S6.
5. He L, Que G, Yang X, Yan S, Luo S. Prevalence, clinical characteristics, and 3-dimensional radiographic analysis of supernumerary teeth in Guangzhou, China : a retrospective study. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):351.
6. Fardi A, Kondylidou-Sidira A, Bachour Z, Parisi N, Tsirlis A. Incidence of impacted and supernumerary teeth-a radiographic study in a North Greek population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011; 16(1):e56-61.
7. Hyun HK, Lee SJ, Ahn BD, Lee ZH, Heo MS, Seo BM, et al. Nonsyndromic multiple mandibular

- supernumerary premolars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66(7):1366-9.
8. Garvey MT, Barry HJ, Blake M. Supernumerary teeth--an overview of classification, diagnosis and management. *J Can Dent Assoc.* 1999;65(11):612-6.
 9. Kaya GS, Yapici G, Omezli MM, Dayi E. Non-syndromic supernumerary premolars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011;16(4):e522-5.
 10. Rajab LD, Hamdan MA. Supernumerary teeth: review of the literature and a survey of 152 cases. *Int J Paediatr Dent.* 2002;12(4):244-54.
 11. Solares R, Romero MI. Supernumerary premolars: a literature review. *Pediatr Dent.* 2004;26(5):450-8.
 12. Scanlan PJ, Hodges SJ. Supernumerary premolar teeth in siblings. *Br J Orthod.* 1997;24(4):297-300.
 13. Khalaf K, Al Shehadat S, Murray CA. A Review of Supernumerary Teeth in the Premolar Region. *Int J Dent.* 2018;2018:6289047.
 14. Anthonappa RP, King NM, Rabie AB. Aetiology of supernumerary teeth: a literature review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2013;14(5):279-88.
 15. Brook AH. A unifying aetiological explanation for anomalies of human tooth number and size. *Arch Oral Biol.* 1984;29(5):373-8.
 16. Lubinsky M, Kantaputra PN. Syndromes with supernumerary teeth. *Am J Med Genet A.* 2016; 170(10):2611-6.
 17. Zhu JF, Marcushamer M, King DL, Henry RJ. Supernumerary and congenitally absent teeth : a literature review. *J Clin Pediatr Dent.* 1996;20(2):87-95.
 18. Bowden DE. Post-permanent dentition in the premolar region. *Br Dent J.* 1971;131(3):113-6.
 19. Bodin I, Julin P, Thomsson M. Hyperodontia. I. Frequency and distribution of supernumerary teeth among 21,609 patients. *Dentomaxillofac Radiol.* 1978;7(1):15-7.
 20. Breckon JJ, Jones SP. Late forming supernumeraries in the mandibular premolar region. *Br J Orthod.* 1991;18(4):329-31.
 21. Saini T, Keene JJ, Jr., Whetten J. Radiographic diagnosis of supernumerary premolars : case reviews. *ASDC J Dent Child.* 2002;69(2):184-90, 25.
 22. Poyton GH, Morgan GA, Crouch SA. Recurring supernumerary mandibular premolars. Report of a case of postmature development. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1960;13:964-6.
 23. Shapira Y, Haskell BS. Late developing supernumerary premolar. *J Clin Orthod.* 1981;15(8):571.