

การผ่าตัดคอมเพานด์ โอdontoma ในขากรรไกรล่าง

Surgical Removal of Compound Odontoma in the Mandible

พรทิพย์ จรุงจิตตานุสนธิ์, ท.บ.

Pornthip Jarungjittanuson, D.D.S.

Abstract

Odontomas are the most common benign odontogenic tumors found in the jaws. They result from abnormal development of both epithelial cells and mesenchymal components of the tooth-forming tissues. Odontomas are usually diagnosed in patients between 10 and 20 years of age. In most cases, the lesions are asymptomatic and are discovered incidentally during routine radiographic examinations. The presence of odontomas can interfere with the normal eruption of permanent teeth, leading to impaction or delayed eruption. Furthermore, these lesions may exert compressive forces on adjacent dental roots, thereby inducing root resorption and impeding the efficacy of orthodontic tooth movement, particularly in patients undergoing active orthodontic treatment. If left untreated, odontomas may adversely affect masticatory efficiency, phonation, and overall facial esthetics. The treatment of choice is complete surgical excision, followed by periodic follow-up to monitor for potential complications or recurrence. The prognosis is generally favorable, as recurrence is uncommon. Odontomas are classified into two types: compound odontoma, which exhibits a tooth-like structure, and complex odontoma, which presents

as an irregular, disorganized mass of dental tissue.

In the present case, a 16-year-old Thai female was diagnosed with a compound odontoma in the lower left mandible. She was referred for surgical removal as part of her orthodontic treatment plan. Postoperative follow-up revealed no complications involving adjacent teeth or surrounding structures, and the surgical wound healed normally.

Keyword: Odontoma, Compound, odontogenic tumor

บทคัดย่อ

โอdontoma เป็นเนื้องอกต้นกำเนิดจากฟันชนิดไม่ร้ายแรงที่พบได้มากที่สุดภายในขากรรไกร สาเหตุเกิดจากเนื้อเยื่อของเซลล์เยื่อฟันและเซลล์มีเซนไคม์ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ เนื้องอกโอdontoma พบมากในผู้ป่วยอายุ 10-20 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่มีอาการผิดปกติ ตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี ผลกระทบของการมีรอยโรคโอdontoma พบว่ามีกรบกวนการขึ้นของฟันแท้ทำให้ไม่สามารถขึ้นมาได้ปกติ รอยโรคเบียดรากฟันซึ่งข้างเคียงทำให้เกิดการละลาย และขัดขวางการเคลื่อนที่ของฟันในกรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาโดยการจัดฟัน หากไม่นำรอยโรคออกอาจส่งผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร การพูด และความสวยงามบริเวณใบหน้า การรักษาหลักคือ การผ่าตัดควักรอยโรคเนื้องอกโอdontoma อออกทั้งหมด และนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โอdontoma มีการพยากรณ์โรคที่ดี ไม่ค่อยพบการกลับมาเป็นซ้ำ สามารถพบได้ 2 รูปแบบคือ ชนิดคอมเพานด์ โอdontoma ที่มีลักษณะคล้ายฟัน และคอมเพล็กซ์ โอdontoma ที่มีรูปร่างไม่ชัดเจน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 16 ปี มีเนื้องอกชนิดคอมเพานด์ โอdontoma บริเวณขากรรไกรล่างซ้าย ถูกส่งตัวมาเพื่อผ่าตัดตามแผนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน จากการติดตามผลการรักษาหลังการผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ กับฟันและอวัยวะใกล้เคียง การหายของแผลเป็นปกติ

คำสำคัญ: โอdontoma, คอมเพานด์, เนื้องอกต้นกำเนิดจากฟัน

วันที่รับ (received) 13 พฤษภาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 กรกฎาคม 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 14 สิงหาคม 2568

Published online ahead of print 21 สิงหาคม 2568

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง
Dental Department, Nihompattana Hospital, Rayong

Corresponding Author: พรทิพย์ จรุงจิตตานุสนธิ์

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง

Email: odyayayah@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.28>

บทนำ

โอดอนโทมาถูกกล่าวขึ้นครั้งแรกโดย Paul Broca ในปี ค.ศ. 1867 ไม่จัดเป็นเนื้องอกที่แท้จริง (True neoplasms) เป็นความผิดปกติของการเจริญเติบโต (Developmental anomalies) เกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์เยื่อบุผิว (Epithelial cell) และ เซลล์มีเซนไคม์ (Mesenchymal cell) ที่เจริญเติบโตผิดปกติในอวัยวะดังกล่าว จัดอยู่ในกลุ่มของฮาร์มาโทมา (Hamartomas)^{1,2} โอดอนโทมา (Odontomas) เป็นเนื้องอกต้นกำเนิดจากฟันชนิดไม่ร้ายแรง (Benign odontogenic tumors) ที่พบได้มากที่สุดในการตรวจทางพยาธิวิทยา คิดเป็น 24.9% สามารถพบได้ 2 รูปแบบคือ คือ คอมเพล็กซ์ โอดอนโทมา (Complex odontomas) ที่จะมีรูปร่างไม่ชัดเจน มักพบบริเวณฟันหลังในขากรรไกรล่าง อัตราการเกิด 9.7% และคอมพาวนด์ โอดอนโทมา (Compound odontomas) ที่จะมีลักษณะคล้ายฟัน มักพบบริเวณฟันหน้าในขากรรไกรบน ซึ่งมีอัตราการเกิดที่มากกว่า คิดเป็น 15.3%^{3,4,5} โดยมีองค์ประกอบเป็นส่วนของเคลือบฟัน (Enamel) เนื้อฟัน (Dentin) เคลือบรากฟัน (Cementum) และเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน (Pulp tissue) โอดอนโทมาทั้ง 2 ชนิด ผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดงใดๆ ทางคลินิก พบได้บังเอิญจากภาพถ่ายรังสี อายุโดยเฉลี่ยที่ตรวจพบส่วนใหญ่ 10-20 ปี ไม่มีความแตกต่างของการเกิดรอยโรคในเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่โอดอนโทมาเป็นรอยโรคที่จะมีการเจริญเติบโตภายในขากรรไกร^{1,4}

สาเหตุของการเกิดโอดอนโทมายังไม่มีความชัดเจน เชื่อว่าสัมพันธ์กับปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ การบาดเจ็บของช่องปากในระยะฟันน้ำนม กระบวนการอักเสบและการติดเชื้อ การกลายพันธุ์ของยีน (Gene mutation) และโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม⁶ สาเหตุของโอดอนโทมา สามารถเกิดได้จากปัจจัยเหล่านี้ คือ^{2,7,8}

1. แร่ต้นของจากการเจริญเติบโตของเซลล์ถุงหุ้มหน่อฟัน (Dental follicle) แบ่งตัวมากเกินไป
2. การติดเชื้อในช่วงระยะฟันน้ำนม
3. การเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์อะมีโลบลาส (Ameloblast)
4. ส่วนที่เหลือของเซลล์เยื่อบุผิว ที่เจริญต่อไปเป็นเนื้องอกโอดอนโทมา
5. เกิดการบาดเจ็บของขาที่หน่อฟัน ในระยะการสร้างฟัน
6. การถูกรบกวนในขั้นตอนการพัฒนาของฟันในช่วงการสร้างตัวอ่อน (Embryonic stage)
7. โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น กลุ่มอาการการ์ดเนอร์ (Gardner syndrome) กลุ่มอาการเฮร์แมน (Hermann's syndrome) และโรคโพลีโพซิสต่อมน้ำเหลืองในครอบครัว (Familial adenomatous polyposis)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) แบ่งโอดอนโทมา ออกได้เป็น 2 ประเภท ตามการจัดเรียงตัว (Organization) และระดับการเปลี่ยนสภาพ (Degree of differentiation) ของเซลล์ต้นกำเนิดจากฟัน (Odontogenic cells)^{8,9}

1. คอมเพล็กซ์ โอดอนโทมา ลักษณะเป็นก้อนแข็งปะปนกัน รูปร่างไม่ชัดเจน รอยโรคส่วนใหญ่อยู่บริเวณฟันหลังในขากรรไกรล่าง
2. คอมพาวนด์ โอดอนโทมา ลักษณะเป็นก้อนแข็ง องค์ประกอบและรูปร่างคล้ายฟันซี่เล็กๆ แต่ไม่ได้จัดเรียงตัวเหมือนฟันปกติ รอยโรคส่วนใหญ่อยู่บริเวณฟันหน้าในขากรรไกรบน

แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโอดอนโทมา^{10,11,12,13}

รอยโรคส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดงทางคลินิก ในบางกรณีที่พบอาการผิดปกติ เช่น ปวด ติดเชื้อ ต่อมน้ำเหลืองโต มีการขยายขนาดของกระดูกขากรรไกร และเบียดฟันที่อยู่ข้างเคียงทำให้เกิดการล้มเอียง¹² สามารถตรวจพบได้โดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสีบริเวณช่องปาก มักสัมพันธ์กับฟันแท้ที่ไม่ขึ้น

ลักษณะภาพถ่ายรังสีโอดอนโทมาทั้ง 2 ชนิด ปรากฏเป็นก้อนทึบสีขาว (Radiopaque) ล้อมรอบด้วยเงาสีดำ (Radiolucent halo) ขอบเขตชัดเจน (Well-defined) จากภาพถ่ายรังสีสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ตามการพัฒนาของรอยโรค ดังนี้

ระยะที่ 1 พบรอยโรคเป็นเงาสีดำ (Radiolucency) เพียงอย่างเดียว เนื่องจากยังไม่มีมีการสะสมของแคลเซียม (Calcification)

ระยะที่ 2 เริ่มมีการสะสมของแคลเซียม พบรอยโรคก้อนทึบสีขาวบางส่วนในภาพรังสีปะปนกับเงาสีดำ

ระยะที่ 3 มีการสะสมของแคลเซียมมากขึ้น ในภาพรังสีจะพบก้อนทึบสีขาวล้อมรอบด้วยเงาสีดำขอบเขตชัดเจน^{8,13,14,15}

การวินิจฉัยโรคโอดอนโทมา จะใช้การตรวจทางคลินิกร่วมกับการประเมินภาพถ่ายรังสี และส่งชิ้นส่วนของรอยโรคตรวจทางจุลพยาธิวิทยาเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย (Definitive diagnosis)

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อโดยรอบทั้งคอมพาวนด์ โอดอนโทมา และคอมเพล็กซ์ โอดอนโทมา จะพบเนื้อเยื่อเกี่ยวพันไฟบรัส (Fibrous connective tissue) ร่วมกับเซลล์เยื่อบุผิวชนิดไม่ร้ายแรง (Benign epithelial cells) ในส่วนของเนื้อเยื่อแข็ง คอมพาวนด์ โอดอนโทมา มีการเรียงตัวที่เป็นระเบียบคล้ายองค์ประกอบของฟัน โดยจะพบเคลือบฟัน (Enamel) เนื้อฟัน (Dentin) เนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน (Pulp tissue) และ อาจพบส่วนของ เคลือบรากฟัน (Cementum)

ร่วมด้วย ส่วนคอมเพล็กซ์ โอdontoma เนื้อเยื่อแข็งจะมีการจัดเรียงตัวที่ไม่เป็นระเบียบ อาจพบการสร้างเคลือบฟัน และเนื้อฟัน บางตำแหน่ง^{16,17,18}

การวินิจฉัยแยกโรค หากอ้างอิงเฉพาะข้อมูลทางจุลพยาธิวิทยา อาจไม่เพียงพอเนื่องจากลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา ระหว่าง โอdontoma และอะเมโลบลาสติกไฟโบรโอdontoma (Ameloblastic fibro odontoma) มีความคล้ายคลึงกัน⁵ ดังนั้นการวินิจฉัยคอมเพนด โอdontoma ควรใช้ข้อมูลจากลักษณะทางคลินิก เช่น อาการของผู้ป่วย อายุ ตำแหน่งรอยโรค ร่วมกับประเมินภาพถ่ายรังสีและการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ในการวินิจฉัยคอมเพนด โอdontoma¹⁹ รอยโรคที่นำมาใช้วินิจฉัยแยกโรคกับโอdontoma เป็นรอยโรคที่เกิดภายในกระดูก ได้แก่ ออสซิฟายอิงไฟโบรมา (Ossifying fibroma) โอdontoma อะเมโลบลาสโตมา (Odontoameloblastoma) อะเมโลบลาสติกไฟโบรโอdontoma (Ameloblastic fibroodontoma) และไฟบรัส ดิสเพลเซีย (Fibrous dysplasia)^{12,19}

การจัดการรอยโรคโอdontoma โดยทั่วไปจะผ่าตัดรอยโรคออกทั้งหมดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น สูญเสียฟันข้างเคียงกับรอยโรค การเกิดถุงน้ำ (Cyst) การขยายขนาดของกระดูก (Bone expansion) และการขึ้นซ้ำของฟันแท้ ทางเลือกหลักในการรักษา คือ การผ่าตัดและควักรอยโรคออกทั้งหมด (Enucleation) ร่วมกับการกำจัดเนื้อเยื่อโดยรอบรอยโรค (Curette) พบการพยากรณ์โรคดี อัตราการเกิดรอยโรคซ้ำค่อนข้างต่ำ แต่อย่างไรก็ตามควรนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง²⁰

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 16 ปี

อาการสำคัญ ถูกส่งต่อจากทันตแพทย์จัดฟันเพื่อผ่าตัดรอยโรคบริเวณขากรรไกรล่างซ้าย

ประวัติทางการแพทย์ ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ตรวจพบรอยโรคคล้ายฟันที่ตำแหน่งใกล้รากฟันกรามน้อยล่างซ้ายซี่ที่ 2 และฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่ 1 จากภาพรังสีพาโนรามิกก่อนจัดฟัน ไม่มีอาการใดๆ

การตรวจสภาพร่างกาย สภาพร่างกายทั่วไปปกติดี ความดันโลหิต 102/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที

การตรวจสภาพช่องปาก ภายนอกช่องปาก ใบหน้าสมมาตร (Facial symmetry) ไม่พบความผิดปกติของขากรรไกรและใบหน้า (รูปที่1) ภายในช่องปาก จากการตรวจโดยการคลำ ไม่พบการนูนของกระดูกบริเวณขากรรไกรล่างซ้ายทั้งด้านใกล้ลิ้น (Lingual) (รูปที่2ก.) และด้านใกล้แก้ม (Buccal) (รูปที่2ข.)



รูปที่ 1 ภาพถ่ายนอกช่องปาก



รูปที่ 2 ก. ภาพถ่ายในช่องปากด้านใกล้ลิ้น

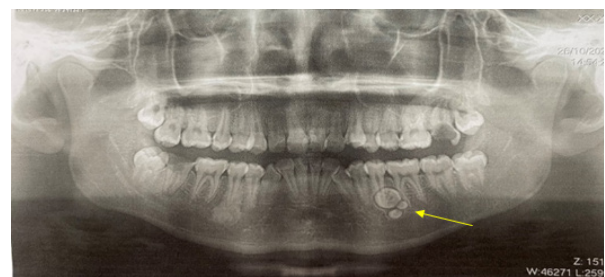


รูปที่ 2 ข. ภาพถ่ายในช่องปากด้านใกล้แก้ม

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี

ภาพถ่ายรังสีพาโนรามิก (Panoramic radiograph) พบรอยโรคลักษณะก้อนทึบสีขาว คล้ายฟันซี่เล็กๆ ล้อมรอบด้วยเงาสีดำขอบเขตชัดเจน อยู่บริเวณระหว่างปลายรากฟันซี่ 35 และซี่ 36 (ลูกศรสีเหลือง) (รูปที่3)

ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (Periapical radiograph) พบรอยโรคสีขาวทึบรังสี คล้ายฟันซี่เล็กๆ ล้อมรอบด้วยเงาโปร่งรังสี ซึ่งหุ้มรอบด้วยขอบทึบรังสี (Sclerotic border) (รูปที่4)



รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสีพาโนรามิก (Panoramic radiograph)



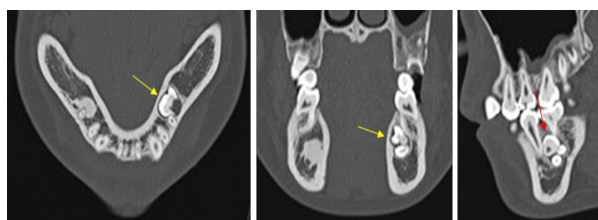
รูปที่ 4 ภาพถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากฟัน (Periapical film)

ภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography) บริเวณขากรรไกรล่าง ในระนาบตามแกน (Axial plane) พบรอยโรคลักษณะเป็นก้อนทึบรังสี อยู่ในส่วนด้านใกล้ลิ้นบริเวณด้านหลังของขากรรไกรล่างซ้าย (Posterior body of the left mandible) ลักษณะคล้ายฟันขนาดเล็กที่มีรูปล้อมรอบด้วยเงาสีดำขอบเขตชัดเจน กระดูกขากรรไกรมีขนาดปกติ ไม่พบการขยายขนาดและการทำลายกระดูกโดยรอบรอยโรค (รูปที่ 5ก.)

ในระนาบแบ่งหน้าหลัง (Coronal plane) รอยโรคอยู่ภายในกระดูกขากรรไกรล่างทั้งหมด มีขอบเขตอยู่ต่ำกว่าขอบสันกระดูก (Alveolar crest) และอยู่เหนือขอบล่างของขากรรไกรล่าง (Inferior border of mandible) ไม่พบการทำลายกระดูกขากรรไกรโดยรอบ (รูปที่ 5ข.)

ในระนาบแบ่งซ้ายขวา (Sagittal plane) พบรอยโรคลักษณะเป็นก้อนทึบรังสีหลายชิ้น ความทึบรังสีใกล้เคียงกับความหนาแน่นของเคลือบฟันและเนื้อฟันปกติ รอยโรคมีความสัมพันธ์ชิดกับรากฟันซี่ 35 และซี่ 36 ไม่พบมีการทำลายของกระดูกโดยรอบรากฟันซี่ข้างเคียง (รูปที่ 5ค.)

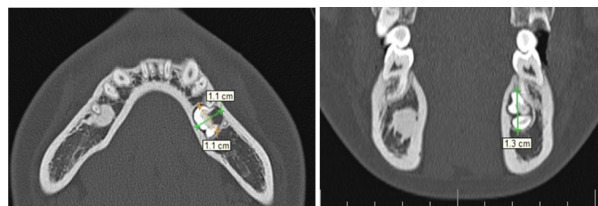
จากภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์วัดขนาดรอยโรคที่ใหญ่ที่สุดในระนาบตามแกนมีขนาดความกว้าง 1.1 เซนติเมตร ความลึก 1.1 เซนติเมตร (รูปที่ 5ง.) และในระนาบแบ่งหน้าหลังวัดความสูงได้ 1.3 เซนติเมตร (รูปที่ 5จ.)



รูป 5ก

รูป 5ข

รูป 5ค



รูป 5ง

รูป 5จ

รูปที่ 5 แสดงภาพรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ รูป 5ก. ระนาบตามแกน (Axial plane), รูป 5ข. ระนาบแบ่งหน้าหลัง (Coronal plane), รูป 5ค. ระนาบแบ่งซ้ายขวา (Sagittal plane), รูป 5ง. การวัดขนาดในระนาบตามแกน, รูป 5จ. การวัดขนาดในระนาบแบ่งหน้าหลัง

การวินิจฉัย

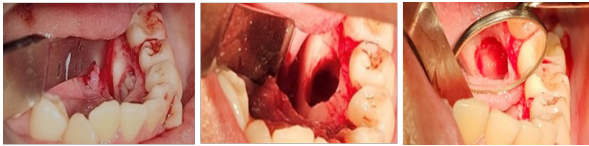
Compound odontomas

การวางแผนการรักษา

ผ่าตัดคอมเพานด์ โอdontoma ออกทั้งหมดและควักเนื้อเยื่อที่อยู่ล้อมรอบรอยโรค ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ก่อนเข้ารับการรักษาทันทีตามนัด

การรักษา

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคอมเพานด์ โอdontoma ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ 4% Articaine HCl มีส่วนผสม Epinephrine ความเข้มข้น 1:100,000 ปริมาณ 5.1 มิลลิลิตร โดยวิธีสกัดเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ (Inferior alveolar nerve) เส้นประสาทแก้ม (Long buccal nerve) เส้นประสาทลิ้น (Lingual nerve)
2. ผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกทางด้านลิ้น ลงรอยกรีดตามร่องเหงือก (Sulcular incision) จากด้านใกล้กลางของฟันซี่ 37 ไปจนถึงด้านใกล้กลางของซี่ 32 ใช้ Periosteal elevator (Molt No.9) เลาะเปิดแผ่นเหงือกแบบ Full thickness periosteal flap
3. ใช้ Minnesota retractor รั้งแผ่นเหงือก ตลอดแนวกระดูกใกล้ลิ้นยังไม่พบการนูนของรอยโรค ค่อยๆ กรอกระดูกด้านลิ้นออกจนพบส่วนของคอมเพานด์ โอdontoma (รูปที่ 6ก.)
4. ควักกำจัดโอdontoma และเนื้อเยื่อโดยรอบออกทั้งหมด ใช้ Curette ทำความสะอาดแผล ล้างน้ำเกลือ (0.9%NSS) เพื่อกำจัดเศษเนื้อเยื่อและเศษกระดูกที่อาจเหลือค้างในแผล (รูปที่ 6ข.) (รูปที่ 6ค.)
5. นำตัวอย่างรอยโรคพร้อมกับเนื้อเยื่อแช่น้ำยาฟอร์มาลิน 10% Formaldehyde ส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (รูปที่ 7)
6. ทำการเย็บปิดแผล ด้วยวิธี Simple interrupted suture ใช้ไหมละลาย Vicryl 4-0 จำนวน 5 Stitch พบมีการฉีกขาดของเหงือกด้านลิ้นเล็กน้อย สามารถใช้ไหมละลายเย็บปิดได้ ไม่พบการมีเลือดออกผิดปกติ
7. แนะนำผู้ป่วยกักตัวกัก 1-2 ชั่วโมง ประคบเย็น 24 ชั่วโมงแรกเพื่อลดอาการบวม และให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติหลังการผ่าตัด
8. จ่ายยาแก้ปวด Paracetamol 500 มิลลิกรัม จำนวน 10 เม็ด ทานครั้งละ 1 เม็ดเมื่อมีอาการปวด ยาต้านอักเสบ Ibuprofen 400 มิลลิกรัม จำนวน 10 เม็ด ทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น และยาปฏิชีวนะ Amoxicillin 500 มิลลิกรัม จำนวน 20 เม็ด ทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเข้า กลางวัน เย็น

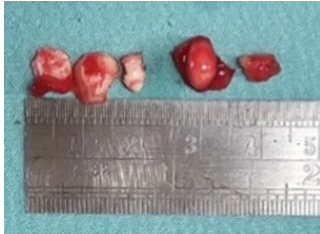


รูป 6ก

รูป 6ข

รูป 6ค

รูป 6 แสดงภาพผ่าตัดภายในช่องปาก



รูปที่ 7 แสดงเนื้องอกที่ควักออกมาทั้งหมด

การติดตามผลการรักษา

การติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์ จากการซักประวัติ ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังจากการผ่าตัดประมาณ 1-2 วัน หลังจากนั้นอาการค่อยๆ ดีขึ้นจนไม่มีอาการปวด วันที่ติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ไม่มีอาการบวม ไม่มีอาการชาบริเวณลิ้น ริมฝีปาก และใบหน้าผิวง่าย พบว่าแผลมีการฉีกขาดเนื้อเยื่อเหงือกด้านลิ้นและแดงจากการอักเสบเล็กน้อย และฟันข้างเคียงไม่มีอาการผิดปกติใดๆ (รูปที่ 8)

2 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ ติดตามผลการรักษา และตัดไหม พบบริเวณเหงือกด้านลิ้นแผลเริ่มปิดดี ไม่พบการติดเชื้อใดๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ทานอาหารได้ปกติ ผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยาพบก้อนแคลเซียม (Calcified mass) เนื้อเยื่อเกี่ยวพันไฟบรัส ร่วมกับเซลล์เยื่อบุผิวชนิดไม่ร้ายแรง

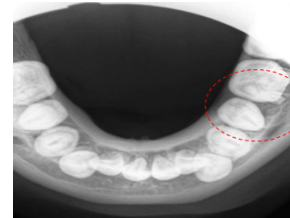


รูปที่ 8 ลักษณะทางคลินิกภายหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์

การติดตามผลการรักษา 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ แผลโดยทั่วไปปิดสนิท ไม่มีการติดเชื้อ จากภาพรังสีรอบปลายรากพบการหายของแผลปกติ เริ่มมีการสร้างของกระดูกเข้ามาบริเวณที่ผ่าตัดนำเนื้องอกออกไป บริเวณฟันซี่ 35 และซี่ 36 ไม่พบพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน (วงกลมสีแดง) (รูปที่ 9ก.) และจากภาพรังสีกัสดสบแนวตัดขวางตัดขวาง (Occlusal cross-sectional radiograph) (รูปที่ 9ข.) แสดงตำแหน่งบริเวณที่ผ่าตัดนำเนื้องอกออกไป (วงกลมสีแดง)



รูปที่ 9ก. แสดงลักษณะภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันหลังการผ่าตัด 3 เดือน



รูปที่ 9ข. แสดงลักษณะภาพถ่ายรังสีกัสดสบแนวตัดขวางตัดขวาง หลังการผ่าตัด 3 เดือน

การติดตามผลการรักษา 6 เดือน ใบหน้าสมมาตร ผู้ป่วยสามารถเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ฟันซี่ 35 และ ซี่ 36 ซึ่งเป็นฟันที่อยู่ข้างเคียงกับรอยโรคที่ผ่าตัดออกไปคลำ เคาะ ได้ปกติ ทดสอบความมีชีวิตของฟัน (Vitality test) พบว่าฟันข้างเคียงตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟัน จากภาพรังสีรอบปลายรากฟัน พบการหายของแผลปกติ มีการสร้างของกระดูกเข้ามาในบริเวณที่ผ่าตัดนำรอยโรคออกไปมากขึ้น บริเวณฟันซี่ 35 และซี่ 36 ไม่พบพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน (วงกลมสีแดง) (รูปที่ 10ก.) และจากภาพรังสีกัสดสบแนวตัดขวางตัดขวาง (รูปที่ 10ข.) พบการสร้างของกระดูกเข้ามาเต็มส่วนที่มีการผ่าตัดนำเนื้องอกออกไปมากขึ้น (วงกลมสีแดง)



รูปที่ 10ก. แสดงลักษณะภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันหลังการผ่าตัด 6 เดือน



รูปที่ 10ข. แสดงลักษณะภาพถ่ายรังสีกัสดสบแนวตัดขวางตัดขวาง หลังการผ่าตัด 6 เดือน

วิจารณ์

คอมเพาน์ โอdontoma รอยโรคส่วนใหญ่อยู่ภายในขากรรไกร พบในผู้ป่วยอายุน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการแสดงทางคลินิก มักพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ตำแหน่งที่พบรอยโรคแม้ว่าจะอยู่บริเวณฟันหลังในขากรรไกรล่าง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มักพบคอมเพล็กซ์ โอdontoma มากกว่า แต่เนื่องจากลักษณะทางภาพถ่ายรังสีและลักษณะทางคลินิกคล้ายฟันซี่เล็กที่ชัดเจน โดยเป็นลักษณะที่ค่อนข้างจำเพาะของคอมเพาน์ โอdontoma รอยโรคมักสัมพันธ์กับการขัดขวางการขึ้นของฟันแท้ ทำให้ฟันแท้ไม่สามารถขึ้นในช่องปากได้ กรณีที่รอยโรคมีขนาดใหญ่อาจทำให้เบียดกระดูกขากรรไกรและเห็นการบวมนอกช่องปากได้^{3,4,21}

ในกรณีศึกษาที่ผู้ป่วยหญิงอายุ 16 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว ไม่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุบริเวณใบหน้าและขากรรไกร ตรวจสภาพช่องปากไม่พบพยาธิสภาพใดๆ สันเหงือกมีลักษณะปกติไม่พบการขยายของกระดูกจำนวนฟันแท้ขึ้นครบทุกซี่ จากภาพถ่ายรังสีพบเงาที่บ่งชี้รูปร่างคล้ายฟัน ล้อมรอบด้วยเงาโปร่งรังสี ขอบเขตชัดเจนอยู่ในบริเวณฟันหลังในขากรรไกรล่างและไม่ขัดขวางการขึ้นของฟันแท้ในตำแหน่งใกล้เคียงสามารถขึ้นมาในขากรรไกรได้ปกติ จากภาพรังสีไม่พบการละลายของรากฟันข้างเคียง รอยโรคถูกพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสีนอกช่องปาก ทันตแพทย์จัดฟันส่งต่อมาเพื่อนำรอยโรคออก เนื่องจากมีผลต่อการเคลื่อนของฟันขณะจัดฟัน เมื่อทำการผ่าตัดนำรอยโรคออกมาพบก้อนแข็งลักษณะทางคลินิกคล้ายฟันที่สร้างไม่สมบูรณ์ ล้อมรอบด้วยเนื้อเยื่อที่ไม่ได้ติดแน่นเชื่อมกับกระดูกโดยรอบ สามารถควักออกมาได้ทั้งชิ้น

จากการศึกษาของ Mousinho และคณะ ในปี ค.ศ. 2020 แบ่งโอdontomaตามลักษณะทางคลินิก ดังนี้ 1. โอdontoma ในกระดูก (Central odontoma) 2. โอdontoma นอกกระดูก (Peripheral odontoma) 3. โอdontoma ที่ขึ้นในช่องปาก (Erupted odontoma) โดยโอdontoma ในกระดูกเป็นชนิดที่พบได้มากที่สุด รองลงมาคือโอdontoma ที่ขึ้นในช่องปาก ในรายงานผู้ป่วยนี้พบว่ารอยโรคอยู่ในกระดูกขากรรไกรล่างด้านหลัง บริเวณที่รองรับฟัน (Tooth bearing area) ไม่พบการขยายตัวของกระดูก ตรวจไม่พบในช่องปาก จึงจัดเป็นชนิดคอมเพาน์ โอdontoma ในกระดูก¹⁶

คอมเพาน์ โอdontoma สามารถวินิจฉัยจากภาพถ่ายรังสีแยกจากรอยโรคชนิดอื่นได้อย่างชัดเจน เนื่องจากมีลักษณะค่อนข้างจำเพาะ โดยมีลักษณะที่บ่งชี้คล้ายฟันซี่เล็ก ทำให้วินิจฉัยได้ง่ายกว่า คอมเพล็กซ์ โอdontoma ที่ลักษณะที่บ่งชี้รูปร่างไม่ชัดเจน อาจมีความคล้ายคลึงกับรอยโรคเนื้องอกกระดูก (Osteoma) หรือรอยโรคอื่นที่สาเหตุมาจากการสะสมของ

แคลเซียม⁵

จากการศึกษาของ Althobaiti และคณะ ในปี ค.ศ. 2025 เทคโนโลยีการถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ 3 มิติ มีบทบาทสำคัญในการตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำ รวมไปถึงช่วยวางแผนการรักษาผ่าตัดโอdontoma ซึ่งสามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับขนาด ตำแหน่ง และความสัมพันธ์ของรอยโรคกับอวัยวะใกล้เคียง ได้ดีกว่าภาพถ่ายรังสีแบบดั้งเดิม (Conventional radiography)²⁰ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อฟันข้างเคียงและกระดูกโดยรอบรอยโรค แต่ทั้งนี้ภาพถ่ายรังสีแบบดั้งเดิมยังเป็นมาตรฐานสำหรับใช้เพื่อติดตามอาการหลังการรักษาโอdontoma²²

เพื่อให้ได้การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย ได้นำตัวอย่างรอยโรคของผู้ป่วยส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา เนื่องด้วยทางห้องปฏิบัติการทันตพยาธิวิทยา (Oral pathologist) ทำให้ไม่สามารถอ่านผล คอมเพาน์ โอdontoma ได้ ผลตรวจพบชิ้นเนื้อเยื่อที่ส่งตรวจเป็นก้อนแคลเซียม เซลล์เยื่อปิวชนิดไม่ร้ายแรง ร่วมกับเนื้อเยื่อไฟบรัส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oliveira และคณะ ในปี ค.ศ. 2023 และ Mousinho และคณะ ในปี ค.ศ. 2020 รายงานผลตรวจที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น คอมเพาน์ โอdontoma เนื้อเยื่อที่ส่งตรวจพบเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันแบบไฟบรัส ร่วมกับเซลล์เยื่อปิวชนิดไม่ร้ายแรง¹³ เนื่องจากรอยโรคคอมเพาน์ โอdontoma มีลักษณะภาพถ่ายรังสีที่ค่อนข้างจำเพาะที่มักจะแยกได้ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่ออ่านผลจากภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์นำมาประกอบกับลักษณะทางคลินิก จึงสามารถใช้ข้อมูลทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีข้างต้น ให้การวินิจฉัยคอมเพาน์ โอdontoma ได้^{13,17,22} บางกรณีของคอมเพาน์ โอdontoma ตัวอย่างของรอยโรคไม่ถูกส่งเพื่อวิเคราะห์ผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยาเพิ่มเติมเนื่องจากทันตแพทย์ผู้ให้การรักษามีความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยจากลักษณะทางคลินิก และภาพถ่ายรังสี⁵

จากภาพถ่ายรังสีเนื่องจากรอยโรคคอมเพาน์ โอdontoma มีลักษณะที่บ่งชี้ ล้อมรอบด้วยเงาดำจึงนำไปวินิจฉัยแยกโรคกับรอยโรคหรือเนื้องอกในกระดูกขากรรไกรที่ภาพถ่ายรังสีเป็นเงาขาวที่บ่งชี้ไปด้วยเงาดำ (Mixed radiolucent radiopaque) ดังนี้ อะเมโลบลาสติก ไฟโบรโอdontoma จัดเป็นเนื้องอกที่แท้จริง มีศักยภาพในการเจริญเติบโต อาจส่งผลให้เกิดการขยายหรือทำลายกระดูกขากรรไกรทำให้ผิดรูปได้ ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 10 ปี⁵ อย่างไรก็ตามส่วนที่บ่งชี้จะไม่มีความคล้ายฟันเหมือนกับ คอมเพาน์ โอdontoma¹⁶

ซีเมนโท ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา (Cemento ossifying fibroma) มักจะวินิจฉัยแยกโรคกับ คอมเพล็กซ์ โอdontoma มากกว่า¹⁷

ซีเมนทัล ดิสพลาเซีย รอบปลายรากฟัน (Periapical cemental dysplasia) พบว่ารอยโรคนี้ส่วนใหญ่จะเป็นรอยโรค

เดี่ยว (Solitary) และขอบที่บั้งสีที่ล้อมรอบรอยโรคไม่ชัดเจน (Irregular sclerotic border)¹⁷

ซึ่งในกรณีศึกษา นี้ จากการตรวจในช่องปากและภาพถ่ายรังสี พบจำนวนฟันแท้ขึ้นครบทุกซี่ และคอมเพานด์ โอdontoma รูปร่างคล้ายฟันซี่เล็กอาจนำไปวินิจฉัยแยกโรคกับภาวะฟันเกิน (Supernumerary teeth) ทั้งนี้ รอยโรคฟันเกินพบว่าการไม่มีการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อโดยรอบ¹⁶

ทางเลือกหลักในการรักษาคอมเพานด์ โอdontoma คือ การผ่าตัดควักรอยโรคออกมาทั้งหมด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากเหลือเนื้อเยื่อโดยรอบรอยโรคทิ้งไว้ อาจส่งผลให้เกิดการอักเสบติดเชื้อการพัฒนาเป็นถุงน้ำในอนาคต การพยากรณ์โรค คอมเพานด์ โอdontoma ค่อนข้างดีพบการกลับเป็นซ้ำต่ำ มักพบการกลับเป็นซ้ำเมื่อทำการผ่าตัดควักรอยโรคออกในระยะแรกของการดำเนินโรค¹⁸ ทั้งนี้การนัดผู้ป่วยกลับมาติดตามอาการซ้ำยังเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะกรณีที่มีรอยโรคขัดขวางการขึ้นของฟันแท้ จะนัดกลับมาประเมินว่าฟันแท้สามารถขึ้นได้เอง หรือควรทำการรักษาเพิ่มเติมเพื่อใช้อุปกรณ์จัดฟันเพื่อช่วยดึงฟันแท้ขึ้นมาในตำแหน่งที่เหมาะสมในช่องปาก^{4,11,23}

ในรายงานนี้ รอยโรคคอมเพานด์ โอdontoma บริเวณปลายรากฟัน การผ่าตัดนำรอยโรคออก ต้องระมัดระวังไม่ให้ทำอันตรายต่อรากฟันซี่ 35 และซี่ 36 อวัยวะข้างเคียง และการกรอกระดูกออกที่มากเกินไป การใช้ภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ 3 มิติ เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยประเมิน ระยะของรากฟันกับรอยโรคและขอบของกระดูก¹⁰

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดของรายงานผู้ป่วยนี้ คือ การขาดข้อมูลการวินิจฉัยที่ชัดเจนจากผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยา เนื่องจากในช่วงเวลาที่ทำการรักษา ห้องปฏิบัติการขาดนักทันตพยาธิวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัยรอยโรคในช่องปากโดยเฉพาะ ส่งผลให้ไม่สามารถให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายของรอยโรคได้อย่างสมบูรณ์ การวินิจฉัยจึงอาศัยข้อมูลจากลักษณะทางคลินิกและภาพถ่ายทางรังสีเป็นหลัก ในอนาคตหากมีการส่งชิ้นเนื้อรอยโรคภายในช่องปาก ส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ควรประสานงานไปยังห้องปฏิบัติการที่มีนักทันตพยาธิวิทยา เพื่อให้ทราบข้อมูลที่ครบถ้วนและการวินิจฉัยโรคที่แน่ชัดซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและการติดตามผลของโรคอย่างเหมาะสมต่อไป

สรุป

จากผลการรักษาและติดตามผลการรักษาการผ่าตัดคอมเพานด์ โอdontoma ตามแผนการรักษา ก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน จากการผ่าตัด และการติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ และสามารถเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้ตามแผนการรักษา ซึ่งกรณีศึกษา นี้จะเป็นแนวทางในการประเมิน และวางแผนการรักษาผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดคอมเพานด์ โอdontoma ในกรณีอื่นๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Johar S. Surgical Removal of Odontoma: A Case Report [Internet]. Int J Clin Pediatr Dent; 2020 [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8359878/>
2. Salgado H, Mesquita P. Compound odontoma—Case report. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2013;54(3):161–5.
3. Hamada M, Okawa R, Nishiyama K, Nomura R, Uzawa N, Nakano K. Compound Odontoma Removed by Endoscopic Intraoral Approach: Case Report. Dent J. 2021;9(7):81.
4. Khan S, Patel R, Sharma M. Complex-Compound Odontoma: A Rare Clinical Presentation. J Oral Maxillofac Pathol. 2022;26(2):320–3.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 4th.ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2016. p. 674–5.
6. Preoteasa CT, Preoteasa E. Compound odontoma - morphology, clinical findings and treatment. Case report. Rom J Morphol Embryol. 2018;59(3):997–1000.
7. Sajesh S, Edsior E, Nandagopan S, Sindhuja Devi S, Praveen V, Chidambareswaran S. Compound and complex odontomes: Case series with surgical management and brief review of literature. J Pharm Bioallied Sci. 2021;13(6):1772–7.
8. Goswami M, Chauhan N, Johar S. A Rare Case Report of Unusual Number of Compound Odontomas in a Pediatric Patient [Internet]. Int J Clin Pediatr Dent; 2024 [cited 2025 Apr 9];17(4):497–500. Available from: <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2827>
9. Silva DR, Shahinian AL. Odontoma malformation and disturbances of eruption subsequent to traumatic dental injuries: A literature review and a case report. Dent Traumatol. 2022;38(2):98–104.
10. Yordanova-Kostova GR, Gurgurova GD. Compound Odontoma in Canine Region and its Radiological Evidence: Case Reports. The Open Dentistry Journal.

- 2023;17(1):1-6
11. Yaser Ali Alhazmi. The Enigma Unveiled: Expansile Compound-complex Odontoma in the Anterior Maxilla of a Teenager. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2024;17(1):82-5.
 12. Damayanti M, Tasyakuranti MN, Rani A, Pradopo S, Wahluyo S. Management of compound odontoma associated with unerupted maxillary permanent incisors: A case report. *World J Adv Res Rev.* 2024;22(2):1586-9.
 13. Oliveira E, Sao M, Vicente EC, Tempest LM. ODONTOMA - DIAGNOSTIC CRITERIA AND TREATMENT: LITERATURE REVIEW. *Rev Contemp.* 2023;3(11):24449-60.
 14. Rana V, Panthri P, Sharma V. Compound Odontome: A Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019;12(1):64-7.
 15. Park JC, Yang JH, Jo SY, Kim BC, Lee J, Lee W. Giant complex odontoma in the posterior mandible: A case report and literature review [Internet]. *Imaging Science in Dentistry*; 2018 [cited 2020 Mar 8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6305773/>
 16. Mousinho K, Barros S, Barbosa A, Freitas E, Henrique H, Cristina. Peripheral compound odontoma: A rare case report and literature review. *J Cutan Pathol.* 2020;47(8):720-4.
 17. Hatiwsh AA, Morawala A, AlMesallam MS. Compound Odontoma-A Rare Case Report in A 17 Month Old Child. *Eur J Dent Oral Health.* 2023;4(2):1-4.
 18. Barba LT, Campos DM, Rascon MMN, Barrera VAR, Rascon AN. Descriptive aspects of odontoma: literature review. *Rev Odontol Mex.* 2016;20(4):265-9.
 19. Mazur M, Di Giorgio G, Ndokaj A, Jedlinski M, Corridore D, Marasca B, et al. Characteristics, Diagnosis and Treatment of Compound Odontoma Associated with Impacted Teeth. *Children (Basel).* 2022;9(10):1509.
 20. Althobaiti FH, Almalki TA, Alharthi HI, Alzahrani MH, El OA. Management of Compound Odontoma in a Pediatric Patient. *Cureus.* 2025;17(1).e77241
 21. Uma E. Compound Odontoma in Anterior Mandible—A Case Report. *Malays J Med Sci.* 2017;24(3):92-5.
 22. Yusuf M, Indrawati SV. Multiple compound odontomas in various regions of the maxilla: a rare case report. *Odonto Dent J.* 2023;10(1):54-60.
 23. Trzcinka-Guzlinska J, Wozniak L, Szarmach J, Borys J, Antonowicz B. Compound odontoma current clinical problem. *J Surg.* 2022;2(2):1048.