



การรักษาถุงน้ำปลายรากฟันขนาดใหญ่โดยสหวิทยาการศาสตร์ คลองรากฟันและศัลยกรรมใบหน้าขากรรไกร: รายงานผู้ป่วย

เกศรินทร์ เจริญแสงสุริยา*, สมเกียรติ อุดมไพบูลย์สุข
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10110

Treatment of a Large Radicular Cyst with Interdisciplinary of Endodontics and Maxillofacial Surgery: Case Report

Kaidsarin Charoensangsuriya*, Somkiat Udompaiboonsuk

Dental Department, Bangkok Metropolitan Administration General Hospital,
Bangkok, Thailand 10110

Received: 9 January 2023 / Revised: 8 April 2023/ Accepted: 10 April 2023

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ถุงน้ำปลายรากฟันมีต้นกำเนิดเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อจากฟันเป็นการขยายของเยื่อบุหล่งเหลือมาลาเซซท์ที่พบในเอ็นยึดปริทันต์ต่อสภาวะการอักเสบบริเวณรอบรากฟันส่งผลกระทบต่อขากรรไกร การรักษาถุงน้ำปลายรากฟันโดยการศัลยกรรมหรือไม่ทำศัลยกรรมขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของรอยโรค บทความนี้เป็นรายงานความสำเร็จสหวิทยาการศาสตร์คลองรากฟันและศัลยกรรมใบหน้าขากรรไกรในการรักษา ถุงน้ำปลายรากฟันขนาดใหญ่ 40x15 มิลลิเมตร บริเวณฟันตัดบนซี่ข้างด้านซ้ายที่มีปลายรากฟันเปิดกว้าง มีการติดตามผลการศึกษานี้เป็นระยะเวลานานถึง 10 ปี สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของรอยโรคดีขึ้นเป็นลำดับ

วิธีการศึกษา: การรักษาถุงน้ำปลายรากฟันขนาดใหญ่โดยการรักษาคคลองรากฟันแบบมาตรฐานฟันตัดบนด้านซ้ายร่วมกับการทำมาร์ซูเพียลไลเซชันเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภัยอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง ผู้ป่วยถูกติดตามผลการรักษาทางคลินิกและภาพรังสีทำการควักถุงน้ำออกทั้งก่อนร่วมกับการทำศัลยกรรมตัดปลายรากและอุดจากปลายรากด้วยวัสดุ Mineral trioxide aggregate (MTA®) ทำการส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาให้การระบุเป็นถุงน้ำปลายรากฟัน .

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยรายนี้มีการติดตามผลการรักษานานถึง 10 ปี ไม่มีอาการและอาการแสดงใดๆ ภาพรังสีแสดงรอยโรคกำลังหาย

สรุป: รายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่วินิจฉัยโรคเป็นโรคเนื้อเยื่อในตายและมีอาการอักเสบที่ปลายรากฟันร่วมกับการเกิดถุงน้ำปลายรากฟันขนาดใหญ่ ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยรายนี้เกิดจากการนำสหวิทยาการศาสตร์คลองรากฟันและศัลยกรรมใบหน้าขากรรไกรในการวางแผนการรักษา

คำสำคัญ : ถุงน้ำปลายรากฟัน, มาร์ซูเพียลไลเซชัน, การควักออกทั้งก้อน, ศัลยกรรมปลายรากฟัน

Abstract

Background and Objective: Radicular cysts are odontogenic infection in origin. They arise from epithelial cell rests of Malassez in the periodontal ligament as a result of periapical inflammation which affect the jaw. The treatment of radicular cysts can be managed surgically or non-surgically depending on the site and size of the lesion. This case report presents the successful treatment of a large radicular cyst size approximately 40x15 mm² with Interdisciplinary of endodontics and maxillofacial surgery which was associated with maxillary lateral incisor with open apex. Subsequently, the patient had follow up visit at 10 years and the pathology of lesion had progressed better.

Method: A large radicular cyst was decided to treat with conventional root canal therapy at left maxillary incisor and marsupialization in order to avoid damage to adjacent anatomical structures. Patients were followed routine with clinical and radiological examination. Enucleation and endodontic surgery were obtained by apicoectomy and retrograde filling with mineral trioxide aggregation. Histopathological examination was identified suggestive of radicular cyst.

Results: The patient was recalled during 10 years follow-up period, no symptoms or signs were noted. Radiograph showed the healing lesion.

Conclusion: Diagnosis of a case report is pulp necrosis with symptomatic apical periodontitis with a large radicular cyst. The success of treating this patient is due to the interdisciplinary planning of endodontic and maxillofacial surgery treatments.

Keyword: radicular cysts, marsupialization, enucleations, endodontic surgery

บทนำ

การศึกษาของ Nair และคณะ¹ พบว่าร้อยละ 15 ของรอยโรคปลายรากฟัน เป็นถุงน้ำ โดยถุงน้ำปลายรากฟันจัดเป็นถุงน้ำรอบรากฟันที่พบมากที่สุดในกระดูกขากรรไกร ที่มีสาเหตุมาจากการตายของเนื้อเยื่อในฟัน การศึกษาของ Kiattavorncharoen และคณะ² พบอุบัติการณ์ถุงน้ำปลายรากฟันในประเทศไทย ร้อยละ 39.5 พบในช่วงอายุ 20-50 ปี เพศชายมากกว่าหญิง และในตำแหน่งขากรรไกรบนบริเวณฟันหน้าบนมากกว่าตำแหน่งอื่นๆ แต่ไม่ได้แยกรายละเอียดอุบัติการณ์การพบถุงน้ำปลายรากฟันขนาดใหญ่ในประเทศไทย Cohen และคณะ ปี ค.ศ. 2021³ พบอุบัติการณ์ของถุงน้ำปลายรากฟันที่มีขนาดใหญ่กว่า 15 มิลลิเมตร ร้อยละ 25.6 ของถุงน้ำที่เกิดจากการอักเสบ จากการชักประวัติผู้ป่วยมักได้รับอุบัติเหตุบริเวณฟันหน้าบนหรือมีฟันที่มีการติดเชื่อมบริเวณปลายรากฟันเรื้อรัง มักไม่มีอาการ ภาพรังสีที่พบเป็นภาพเงาโปร่งรังสีรูปร่างกลมหรือรี ล้อมรอบด้วยเส้นขอบที่บรัสสีเห็นขอบเขตชัดเจนบริเวณปลายรากฟัน ถ้าไม่ได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานานๆ มีการขยายขนาดของรอยโรค ทำลายกระดูกรอบรากฟันและทำอันตรายต่อฟันและอวัยวะข้างเคียงที่สำคัญ⁴ ทางเลือกการรักษาฟันที่มีรอยโรคขนาดใหญ่ซึ่งสัมพันธ์กับฟันตาย ได้แก่ การรักษาคลองรากฟัน⁵ การรักษาคลองรากฟันและการใช้วิธีทางศัลยกรรมร่วมด้วย⁶ เช่น การทำศัลยกรรมตัดปลายราก การทำมาร์ซูเพียลโลเซชัน^{7,8} การควักออกทั้งก้อน เป็นต้น กรณีที่ไม่สามารถเก็บรักษาฟันได้พิจารณาการถอนฟันและ/หรือการทำศัลยกรรม การทำมาร์ซูเพียลโลเซชัน⁷ เป็นการเปิดฝาของถุงน้ำออกเพื่อลดความดันภายในถุงน้ำ ต้องอาศัยความร่วมมือผู้ป่วยในการล้างทำความสะอาดเพื่อรอการซ่อมสร้างกระดูกเข้ามาทดแทนเพื่อลดขนาดถุงน้ำ ก่อนการควักออกทั้งก้อน ร่วมกับการทำศัลยกรรมตัดและอุดปลายรากฟัน

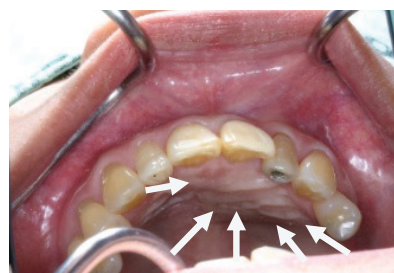
หรือ ถอนฟันออก เป็นต้น ซึ่งการเลือกวิธีการรักษานั้นขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ตำแหน่ง ขนาด และ ความใกล้ชิดของถุงน้ำกับโครงสร้างทางกายวิภาคของอวัยวะข้างเคียง เช่น โพรงอากาศขากรรไกรบน รวมถึงการคงอยู่ของรอยโรคปลายรากฟัน และการเกิดอันตรายกับอวัยวะข้างเคียงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การชา เป็นต้น ถึงแม้ถุงน้ำปลายรากฟันเกิดจากการอักเสบ จากการศึกษาของ Tek และคณะ ในปี ค.ศ. 2013⁹ พบแบคทีเรียในถุงน้ำปลายรากฟันหลายชนิด ทั้งฟังกอกซิเจน ไม่ฟังกอกซิเจน และไม่ชอบออกซิเจน บางรายไม่พบเชื้อแบคทีเรียในถุงน้ำ ดังนั้นไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาถุงน้ำปลายรากฟันทุกราย

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาเป็นรายงานผู้ป่วย 1 ราย ให้ประวัติหญิงไทยอายุ 49 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยเหงือกบวมบริเวณเพดานของฟันหน้าบนด้านซ้ายนาน 4 เดือน ประสบอุบัติเหตุลิ้นล้ม บริเวณฟันตัดบนซี่กลางและฟันตัดบนซี่ข้างด้านซ้าย กระแทกฟันมากกว่า 20 ปี ผู้ป่วยปฏิเสธการมีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา การตรวจจนช่องปากไม่พบความผิดปกติใดๆ แต่การตรวจภายในช่องปากพบปลายฟันตัดบนซี่กลางด้านซ้าย (#21) ยื่นยาวกว่าฟันข้างเคียงประมาณ 3 มิลลิเมตร (รูป 1A) ฟันตัดบนซี่ข้างด้านซ้าย (#22) มีวัสดุอุด Amalgam ที่บริเวณหลุมด้านเพดาน ตัวฟันสีคล้ำกว่าฟันข้างเคียง เหงือกด้านเพดานบวมแข็ง กดคล้ายเปลือกไข่ (egg shell) ขอบเขตชัดเจนตั้งแต่ฟันตัดบนซี่กลางถึงด้านไกลกลางของฟันกรามน้อยบนซ้ายซี่ที่หนึ่ง (#24) กว้างประมาณ 40 มิลลิเมตร (รูป 1B) #21 และ #22 เคาะเจ็บ คลำเจ็บ ฟันโยกระดับที่หนึ่ง ไม่ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟันด้วยกระแสไฟฟ้า ส่วนความลึกของร่องเหงือกของฟันทุกซี่ปกติ



1A

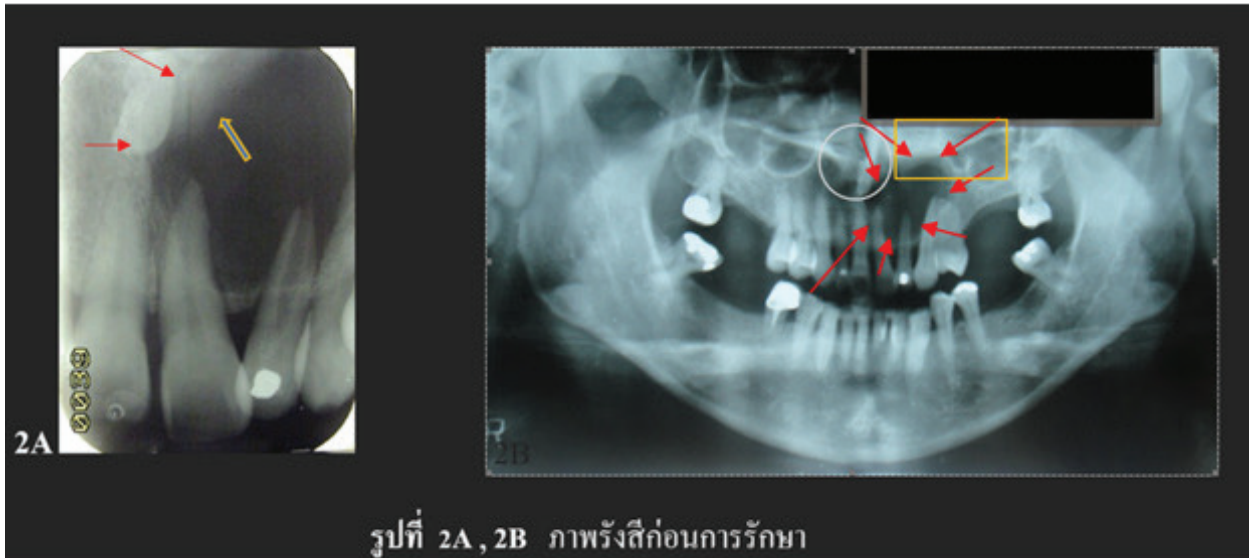


1B

รูปที่ 1 ภาพถ่ายในช่องปาก

1A) มุมมองด้านริมฝีปาก ปลายฟัน #21 ยาวกว่าฟันข้างเคียง

1B) มุมมองด้านเพดาน เหงือกด้านเพดานบวมแข็งขอบเขตชัดเจนตั้งแต่ฟัน #11 ถึง #24



รูปที่ 2A, 2B ภาพรังสีก่อนการรักษา

รูปที่ 2 ภาพรังสีก่อนการรักษา(2A) # 22 พบเงาโปร่งรังสีของโพรงในฟันที่ต่อเนื่องกับผนังคลองรากฟันที่ขนานและปลายรากฟันเปิด แนวของรากฟันเอียงไปทางด้านไกลกลาง บริเวณปลายราก#21-#23พบรอยโรคโปร่งรังสีขนาดใหญ่ ไม่สามารถเห็นในภาพรังสีได้ครอบคลุม พบเงาที่บรั้งสีคล้ายฟันเกินบริเวณปลายราก#11และ#21

2B) ภาพรังสีปริทัศน์แสดงเงาโปร่งรังสีรูปร่างรี ขนาด 40x15 มิลลิเมตร อยู่บริเวณปลายราก#11ถึง #24 ขอบเขตด้านบนของเงาโปร่งรังสีขยายตัวใกล้เคียงขอบเขตของโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้ายต่อเนื่องชัดเจน (ในกรอบสี่เหลี่ยม) ขีดกับเงาของเพดานแข็งด้านซ้ายเห็นสีจางกว่าด้านขวา และพื้นของโพรงงมกเฉียงขึ้น พบเงาที่บรั้งสีคล้ายฟันเกินบริเวณปลายราก#11และ #21

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น:

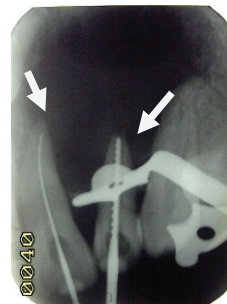
1. #21, #22 Pulp necrosis with symptomatic apical periodontitis with a large radicular cyst
2. dentigerous cyst

แผนการรักษา: หลังจากอภิปรายทางเลือกในการรักษา แผนการรักษา ขั้นตอน ระยะเวลา การพยากรณ์ของโรค รวมถึงค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษาคลองรากฟัน #21 และ #22 ร่วมกับการทำ มาร์ซูเพียลโลเซชัน และต่อมาทำการควักถุงน้ำออกทั้งก่อน ร่วมกับการถอนฟันเกิน จากนั้นทำศัลยกรรมตัดปลายรากและอุดจากปลายราก #21 และ #22 ด้วยวัสดุ Mineral trioxide aggregate (MTA[®]) และส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

วิธีการรักษา

1. ทันตแพทย์ทำการกรอเปิดช่องทางเข้าสู่โพรงเนื้อเยื่อในของฟัน #21 และ #22 ภายใต้ยาชาเฉพาะที่และแผ่นยางกันน้ำ พบว่าภายในโพรงเนื้อเยื่อในแห่งสนิท ทำการขยายคลองรากฟันโดยใช้หัว Ultrasonic ET 20 จากนั้นหาความยาวในการทำงานด้วยเครื่องหยั่งปลายราก (Apex locator) ร่วมกับการถ่ายภาพรังสี (รูปที่ 3) ขยายคลองรากฟัน #21 และ #22 ด้วย Protaper file ชนิดหมุนด้วยเครื่องและขยายเพิ่มด้วยไฟล์ชนิดหมุนด้วยมือจนได้ขนาดของ Master apical file ขนาด 35/0.02 และ 70/0.02 ตามลำดับ ล้างคลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรท์ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ด้วยวิธี Passive ultrasonic ตามด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ และล้างตามด้วยคลอเฮกซิดีนความเข้มข้นร้อยละ 0.12 ขับคลองรากฟันให้แห้ง

ใส่ส่วนผสมของสารแคลเซียมไฮดรอกไซด์ผสมน้ำกลั่นในคลองรากฟันอุดปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันด้วยวัสดุอุดชั่วคราว Cavit[®] และ IRM[®] ถ่ายภาพรังสี (รูปที่ 4)



รูปที่ 3 ภาพรังสีความยาวในการทำงาน

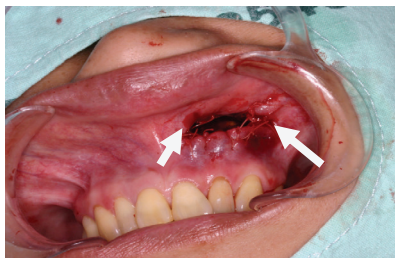


รูปที่ 4 ภาพรังสีหลังการใส่ยาในคลองรากฟัน

2. ทำมารุชูเพียลไลเซชันโดยตัดเอาส่วนของเนื้อเยื่อที่ปกคลุมพร้อมทั้งผนังของถุงน้ำที่อยู่บริเวณปลายราก #21 ถึง #23 พบลักษณะเป็นโพรงไม่มีกระดูกบรรจุของเหลวสีเหลืองปนเลือด (รูปที่ 5) ทำการเย็บขอบของเยื่อเมือกเข้ากับขอบผนังถุงน้ำ (รูปที่ 6) จ่ายยา Ibuprofen ขนาด 400 มิลลิกรัม ทานครั้งละ 1 เม็ดทุก 4-6 ชั่วโมงและ Amoxicillin ขนาด 500 มิลลิกรัม จำนวน 20 แคปซูล ทานครั้งละ 2 แคปซูล วันละ 2 เวลาหลังอาหารเช้าและเย็น บ้วนปากด้วยสารละลาย 0.12% Chlorhexidine หลังแปรงฟันนานหนึ่งสัปดาห์ เพื่อควบคุมการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เน้นย้ำการสอนวิธีล้างแผลด้วยตัวเองโดยใช้น้ำเกลือผ่านช่องเปิดไว้ทุกวัน วันละ 3 เวลาหลังรับประทานอาหาร นัดติดตามอาการภายหลังทำ 7 และ 14 วัน 1 และ 2 เดือน



รูปที่ 5 ของเหลวสีเหลืองปนเลือดจากรอยโรค



รูปที่ 6 แสดงผลหลังทำมารุชูเพียลไลเซชัน

3. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดบวม ไม่พบฟันโยก การตอบสนองต่อการเคาะและคลำปกติ วัสดุอุดชั่วคราวอยู่ในสภาพดี ใส่แผ่นยางกันน้ำและเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟัน พบว่า แคลเซียมไฮดรอกไซด์ที่อยู่ในคลองรากฟันมีสีขาว แห้งและไม่มีการเคลื่อนย้ายของวัสดุอุดชั่วคราวครั้งสุดท้ายด้วยสารละลายอีทีทีเอ ความเข้มข้นร้อยละ 17 ตามด้วย sodium hypochlorite ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ทำการอุดคลองรากฟันด้วยแท่ง gutta percha ชนิด standardized cone ด้วยเทคนิค lateral compaction technique อุดรอนพื้นด้วยเรซินโมดิฟายด์ กลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์หนา 2 มิลลิเมตร และบูรณะฟันด้วยวัสดุอุดฟันชนิด resin composite ตรวจสอบการสบฟัน (รูปที่ 7)

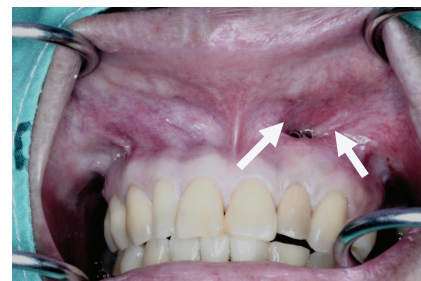


รูปที่ 7 แสดงภาพรังสีหลังการอุดคลองรากฟัน #21 และ #22

4. หลังทำมารุชูเพียลไลเซชัน 4 เดือน มีการหายของแผลบริเวณผ่าตัดเล็กน้อยชัดเจน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดบวม (รูปที่ 8) ทันตแพทย์เปิดแผ่นเหงือกเพื่อเข้าควักออกทั้งก้อนและเข้าทำศัลยกรรมตัดปลายรากภายใต้ยาเฉพาะที่ พบฟันเกินอยู่บริเวณปลายราก #11 และ #21 (รูปที่ 9) ถอนฟันเกินและควักถุงน้ำออกทั้งหมด (รูปที่ 10) เก็บชิ้นเนื้อที่เลาะออกมาได้แช่ในสารละลาย formalin ความเข้มข้นร้อยละ 10 ส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ขูดทำความสะอาดแอ่งกระดูกจนสะอาด ไม่พบรอยทะลุอวัยวะข้างเคียง ใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อล้างภายในแอ่งกระดูก ห้ามเลือดโดยใช้การแรงกดบนผ้าก๊อชชุบสารห้ามเลือด epinephrine

5. ทันตแพทย์ทำการตรวจดูรอยร้าวด้วยการย้อมสีสารละลายเมทิลีนบลูที่รากฟัน #21 และ #22 ล้างน้ำออกและส่องดูภายใต้กล้องจุลทรรศน์ ไม่พบรอยร้าว ใช้หัวกรอ lindemann bone cutting ตัดที่ปลายราก #21 และ #22 ออกประมาณ 3 มิลลิเมตร ตัดให้ตั้งฉากกับแนวแกนของฟันใช้หัว Ultrasonics KIS1 กรอแต่งโพรงปลายรากฟัน อุดจากปลายรากด้วย MTA® ภายใต้กล้องจุลทรรศน์

ถ่ายภาพรังสี (รูปที่ 11) เพื่อดูความแนบสนิทของวัสดุอุดปลายรากฟัน ล้างบริเวณแอ่งกระดูกด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ ตรวจสอบความสะอาด ทำการเย็บรอยกรีดตามแนวนอนด้วยไหมละลายเส้นใยสังเคราะห์ polyglactin (Vicryl®) ขนาด 3-0 จำนวน 8 จุด (รูปที่ 12) จ่ายยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะ เน้นย้ำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด หลังหนึ่งสัปดาห์ตัดไหมและผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อปลายรากพบว่า เป็นถุงน้ำปลายรากฟัน #11 และ #21



รูปที่ 8 ลักษณะทางคลินิกหลังทำมารุชูเพียลไลเซชัน



รูปที่ 9 บริเวณที่เข้าทำการควักออกทั้งก่อนและทำศัลยกรรมตัดปลายราก



รูปที่ 11 ภาพรังสี #21 และ 22 หลังการตัดปลายรากออกจากปลายรากด้วย MTA®



รูปที่ 10 ฟันเกินและผนังงูน้ำที่ถูกควักออก



รูปที่ 12 ลักษณะทางคลินิกหลังการผ่าตัดและเย็บแผล

ผลการศึกษา

ทันตแพทย์ทำการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยทุก 1 ปี จนครบ 10 ปี ผู้ป่วยไม่มีอาการ ฟัน #11 และ #21-24 ไม่โยก เคาะและคลำไม่เจ็บ ความลึกของร่องเหงือกทุกซี่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ลักษณะเหงือกด้านใกล้ริมฝีปากและเพดานเรียบ ไม่มีอาการบวม สีชมพู (รูปที่ 13A,13B)



13A



13B

รูปที่ 13 ภาพถ่ายในช่องปากบริเวณฟันหน้าบนด้านซ้ายและฟันกรามน้อยบนซี่ที่หนึ่งด้านซ้าย

13A มุมมองด้านริมฝีปาก แสดงการหายของแผลด้านริมฝีปาก

13B มุมมองด้านเพดาน เหงือกและเพดานปกติ



รูปที่ 14 ภาพรังสีหลังการติดตามผลการรักษา 10 ปี

ภาพรังสีแสดงบริเวณปลายราก #21 และ #22 แสดงเงาโปร่งรังสีขนาดเล็ก 2x3 มิลลิเมตร บริเวณปลายรากที่มีเงาที่บ่งชี้ลักษณะคล้ายเส้นใยกระดูกที่เข้ามาแทนที่บริเวณที่เคยเป็นรอยโรค แสดงการหายที่ไม่สมบูรณ์ของเนื้อเยื่อบริเวณรอบปลายรากฟัน (รูปที่ 14)

วิจารณ์

การตรวจพบรอยโรคเงาโปร่งรังสีปลายรากฟันขนาดใหญ่โดยเฉพาะเมื่อเงาโปร่งรังสีครอบคลุมปลายรากฟันหลายซี่ ทันตแพทย์ควรทำการวินิจฉัยแยกโรคที่มีสาเหตุมาจากฟัน เช่น อะเมโลบลาสโตมา ถุงน้ำปลายรากฟัน เป็นต้น ออกจากรอยโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากฟัน เช่น ถุงน้ำปริทันต์ ถุงน้ำคลองหลังฟันตัด เป็นต้น จากการซักประวัติผู้ป่วยรายนี้ประสบอุบัติเหตุลิ้นล้ม บริเวณฟันตัดบนซี่กลางด้านซ้ายและฟันตัดบนซี่ข้างด้านซ้ายกระดูกหักฟันมากกว่า 20 ปี มีอาการบวมบริเวณเพดานขอบเขตชัดเจน ตรวจพบฟันเปลี่ยนสีและไม่ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟันด้วยกระแสไฟฟ้า ภาพรังสีปริทัศน์แสดงเงาโปร่งรังสีรูปร่างรี ขอบเขตชัดเจน มีเงาที่บ่งชี้ล้อมรอบ ขนาดประมาณ 40x15 มิลลิเมตร² อยู่บริเวณรากฟันตัดบนซี่กลางถึงฟันกรามน้อยบนซี่หนึ่งใกล้กับโพรงอากาศขากรรไกรบนด้านซ้าย การวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยรายนี้เงาโปร่งรังสีน่าจะมีสาเหตุมาจากฟัน

เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ฟันที่มีพยาธิสภาพสามารถเก็บรักษาคงไว้ได้ในช่องปาก ทันตแพทย์ได้ประเมินผลความรู้พื้นฐานของสาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์ (endodontology) ในการรักษาคลองรากฟันตัดบนซี่กลางด้านซ้ายที่ตายและฟันตัดบนซี่ข้างด้านซ้ายที่มีการสร้างรากฟันไม่สมบูรณ์ มีความซับซ้อนในการรักษา เนื่องจากปลายรากฟันที่เปิดกว้าง ผนังรากฟันบาง ในผู้ป่วยรายนี้มีการรักษาด้วยวิธีเอเพกซิฟิเคชัน (apexification) ด้วย แคลเซียมไฮดรอกไซด์¹⁰ เพื่อสร้างจุดหยุดที่ปลายรากฟันเพื่อให้สามารถทำการอุดคลองรากฟันได้ แต่มีข้อด้อยของวิธีนี้คือไม่สามารถทำให้รากฟันยาวขึ้น ผนังคลองรากฟันบริเวณปลายรากยังคงบางและเสี่ยงต่อการแตกหักของรากฟันเมื่อได้รับแรงบดเคี้ยว แต่จากการศึกษาของ Diwan และคณะ ในปี ค.ศ. 2015¹¹ พบว่าการรักษาถุงน้ำปลายรากขนาดใหญ่ที่มีความสัมพันธ์ฟันตายซึ่งมีสาเหตุมาจากฟันผุขนาดใหญ่แตกต่างจากผู้ป่วยรายนี้ที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ การรักษาคอนกรอกฟันมีการใช้ยาปฏิชีวนะ 3 ชนิด ได้แก่ Minocycline Metronidazole และ Ciprofloxacin ใส่ในคลองรากฟันระยะเวลา 7 วัน เพื่อฆ่าเชื้อโรค แต่มีข้อเสียคือทำให้ฟันหน้าเปลี่ยนสี อีกทั้งมีนาคความรู้สาขาศัลยกรรมช่องปาก และแมกซิโลเฟเชียลในการทำศัลยกรรมผ่าตัดร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีการดำเนินโรคที่ปล่อยทิ้งไว้เป็นระยะเวลานานทำให้ถุงน้ำปลายรากฟันขนาดใหญ่ อีกทั้งรอยโรคอยู่ใกล้โพรงอากาศขากรรไกรบนซ้ายการควักออกทั้งหมดอาจจะก่อให้เกิดรูทะลุช่องปากเกิดการติดเชื้อในโพรงอากาศได้ จึงวางแผนการรักษาคลองรากฟันแบบมาตรฐาน

ร่วมกับการทำมารซูเพียลโลเซชัน เพื่อลดแรงดันภายในถุงน้ำ หลังจากนั้นรอให้มีการสร้างกระดูกให้หนาขึ้นโดยรอบ ถุงน้ำมีขนาดเล็กลง แล้วจึงทำการควักถุงน้ำออกทั้งก้อน^{12,13} ข้อดีของการทำมารซูเพียลโลเซชัน เป็นการลดการสูญเสียและอันตรายต่อฟัน อวัยวะข้างเคียง แต่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการล้างทำความสะอาดแผลอย่างถูกต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และมีโอกาสเกิด ณ ที่เดิม (in situ) ได้¹³ การรักษาโดยวิธีศัลยกรรมเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดใช้ในกรณี que เห็นเงาตาในภาพรังสีที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 20 มิลลิเมตร หรือ ฟันที่ตัดขวางมากกว่า 200 ตารางมิลลิเมตร¹ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Delibasi และคณะ¹⁴ พบว่าการทำมารซูเพียลโลเซชัน อย่างเดียวสามารถทำให้การหายของถุงน้ำปลายรากฟันสมบูรณ์ได้ และต่างจากการศึกษาของ Diwan และคณะ ในปี ค.ศ. 2015¹¹ หลังการรักษาคลองรากฟันเสร็จส่งทำศัลยกรรมการควักถุงน้ำออกทั้งก้อน ทำให้เกิดรอยทะลุของอวัยวะข้างเคียง ส่วนการทำศัลยกรรมตัดปลายรากฟัน อุดจากปลายรากฟันด้วยวัสดุ MTA[®] ซึ่งมีคุณสมบัติความแนบสนิทที่ดี มีความเข้ากันได้ทางชีวภาพ สามารถแข็งตัวในสภาวะที่มีความชื้น มีการเหนียวนาทำให้เกิดการซ่อมสร้างอวัยวะปริทันต์และเคลือบรากฟันสามารถสร้างขึ้นบนผิววัสดุเอ็มทีเอได้ แต่มีระยะเวลาการก่อตัวนานถึง 48-72 ชั่วโมง¹⁵

สรุป

รายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่วินิจฉัยเป็น Pulp necrosis with symptomatic apical periodontitis with a large radicular cyst ได้มีการนำสหวิทยาการสาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์ และสาขาศัลยกรรมช่องปากและแมกซิโลเฟเชียลในการรักษาผู้ป่วยที่มีถุงน้ำปลายรากฟันขนาดใหญ่ ซึ่งมีสาเหตุจากการตายของเนื้อเยื่อในของฟันจากการได้รับอุบัติเหตุ มีการติดเชื้อเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการตรวจติดตามตั้งแต่ระยะแรก ดังนั้นการตรวจติดตามผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่ฟันอย่างสม่ำเสมอ หากพบว่าฟันตายและเกิดถุงน้ำปลายรากในระยะแรก สามารถให้การรักษาคอนกรอกฟันเพียงอย่างเดียวไม่ยุ่งยากซับซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. Ramachandran Nair PN, Pajarola G, Schroeder HE. Type and incidence of maxillary periapical lesions obtained with extracted teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1996;81(1):93-102. doi:10.1016/s1079-2104(96)80156-9.
2. Kiattavorncharoen S, Boonsiriseth K, Tantangjaroenchai W, Wongsirichat N. The incidence of oro-maxillofacial lesions (10 years) in the department of oral and maxillofacial surgery, Mahidol University; odontogenic cysts. M Dent J 2015;35:1-10.

3. Cohen RS, Goldberger T, Merzlak I, Tsesis I, Chaushu G, Avishai G, et al. The development of large radicular cysts in endodontically versus non-endodontically treated maxillary teeth. *Medicina* 2021;57:991. doi: 10.3390/medicina57090991.
4. Mass E, Kaplan I, Hirshberg A. A clinical and histopathological study of radicular cysts associated with primary molars. *J Oral Pathol Med* 1995;24:458-61. doi.org/10.1111/j.1600-0714.1995.tb01134.x
5. Caliskan MK . Prognosis of large cyst-like periapical lesion following nonsurgical root canal treatment: a clinical review. *Int Endod J* 2004;37:408-16. doi.org/10.1111/j.1365-2591.2004.00809.x
6. Kadam NS, Ataide IN, Raghava P, Fernandes M, Hede R. Management of large radicular cyst by conservative surgical approach. *Journal of Clinical and Diagnostic Research [Internet]*. 2014 [cited Jan 01 2023];8:239-41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24701544/>
7. Ahmet A, Ibrahim D, Soydan K. Treatment of radicular and dentigerous cysts with marsupialization: a retrospective study. *J Int Dental Sci [Internet]*. 2018;1:21-25. [cited Jan 01, 2023]. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/941960>. doi.org/10.21306/jids.2018.1.38
8. Mahfuri A, Darwich K, Manadili AA. Marsupialization of a large dentigerous cyst in the mandible: a case report. *Cureus [Internet]*.2022; 14: e27340. [cited Jan 01, 2023]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9415736/>. doi.org/10.7759/cureus.27340
9. Tek M, Metin M, Sener I, Bereket C, Tokac M, Kazancioglu HO, Ezirganli S. The predominant bacteria isolated from radicular cysts. *Head Face Med* 2013;9:25. doi: 10.1186/1746-160X-9-25.
10. Gawthaman M, Vinodh S, Mathian VM, Vijayaraghavan R, Karunakaran R. Apexification with calcium hydroxide and mineral trioxide aggregate: report of two cases. *J Pharm Bioallied Sci* 2013;5(Suppl 2):131-4. doi:10.4103/0975-7406.114305.
11. Diwan A, Bhagavaldas MC, Bagga V, Shetty A. Multidisciplinary approach in management of a large cystic lesion in anterior maxilla - aa case report. *J Clin Diagn Res* 2015;9:ZD41-ZD43. Doi: 10.7860/JCDR/2015/13540.5992.
12. Riachi F, Tabarani C. Effective management of large radicular cysts using surgical enucleation v.s. marsupialization. *Int Arab Dent [Internet]*. 2010; 1:44-51. [cited Jan 01,2023]. Available from:https://applications.emro.who.int/imemrf/Int_Arab_J_Dent/Int_Arab_J_Dent_2010_1_1_44_51.Pdf
13. Tian FC, Bergeron BE, Kalathingal S, Morris M, Wang XY, Niu LN, Tay FR. Management of large radicular lesion using decompression : a case series and review of the literature. *J Endod* 2019;45(5):651-9. doi: 10.1016/j.joen.2018.12.014.

SMJ