

1984-05-01

## Odontoma (Report of 3 cases) (โอดอนโตมา (รายงานผู้ป่วย 3 ราย))

Somporn Prapanpoch

Suradej Voraditee

Chuachite Hansasuta

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj>



Part of the [Dentistry Commons](#)

---

### Recommended Citation

Prapanpoch, Somporn; Voraditee, Suradej; and Hansasuta, Chuachite (1984) "Odontoma (Report of 3 cases) (โอดอนโตมา (รายงานผู้ป่วย 3 ราย))," *Chulalongkorn University Dental Journal*: Vol. 7: Iss. 2, Article 3. DOI: 10.58837/CHULA.CUDJ.7.2.3

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj/vol7/iss2/3>

This Case report is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Dental Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).



## โอคอนโตมา (รายงานผู้ป่วย 3 ราย)

สมพร ประพันธ์พจน์\*

สุรเดช วรดิถี\*\*

เชื้อโชติ หังสสุต\*\*\*



สมพร ประพันธ์พจน์

### บทคัดย่อ

*Complex Composite odontoma* ที่มีขนาดใหญ่มาก 3 ราย ที่กระดูกขากรรไกรล่างตรงบริเวณ *molar-retro molar* ในผู้ชายสองราย เป็นที่ข้างซ้ายหนึ่งราย และข้างขวาหนึ่งราย ส่วนผู้หญิงอีกหนึ่งรายเป็นที่ข้างขวา ทั้งหมดมีการบวมของใบหน้าอย่างเห็นได้ชัดและเป็นมานาน อายุ 25, 22 และ 20 ปี การรักษาในผู้ชายผ่าตัดเอากระดูกขากรรไกรออกร่วมไปกับการปลูกกระดูกซึ่งเอามาจาก *Iliac crest* ส่วนในผู้หญิงทำการผ่าตัดเอากระดูกขากรรไกรด้านที่เป็นออกไปบางส่วน

\* อาจารย์ภาควิชารังสีวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ร้อยโททันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

\*\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทนำ

Odontoma เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้าย มีกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อเกี่ยวกับการสร้างฟัน (odontogenic cells) ได้แก่ epithelial และ mesenchymal cells โดยที่เซลล์ทั้ง 2 ชนิดนี้ มีการเรียงตัวผิดปกติ ทำให้มีผลต่อการทำงานของ ameloblast และ odontoblast จึงทำให้ enamel และ dentin ที่สร้างขึ้นมานั้นมีการวางตัวอย่างผิดปกติ

## สาเหตุและการดำเนินของโรค (etiology and pathogenesis)

สาเหตุที่แท้จริงของเนื้องอกชนิดนี้ยังไม่ทราบแน่นอน มีผู้เสนอแนะว่าอาจเกิดขึ้นจากการได้รับภัยอันตราย (trauma) เฉพาะตำแหน่ง หรือจากการติดเชื้อ แต่มีผู้คัดค้านว่า สาเหตุดังกล่าวน่าจะทำให้เกิด hypoplasia ของฟันมากกว่า อย่างไรก็ตามอาจขึ้นอยู่กับระยะของการสร้างเนื้อฟัน (stage of odontogenesis) ด้วย

**Classification** Kurt H. Thoma<sup>(2)</sup> ได้จัดแบ่ง odontoma ออกเป็นหลายลักษณะ ดังนี้

**1. Geminated composite odontoma** มีลักษณะเป็นฟันตั้งแต่ 2 ซี่ หรือมากกว่ามาเชื่อมติดกัน เป็นผลจากการที่ enamel organ 1 หน่วยแบ่งตัวออกเป็นสอง ทำให้ได้ฟัน 2 ซี่ ซึ่งเชื่อมติดกันบางส่วนหรือทุกส่วน

**2. Compound composite odontoma** มีลักษณะเป็นฟันเล็ก ๆ จำนวนมารวมกันและยึดติดกันด้วย fibrous connective tissue ซึ่งจะแยกก่อนเนื้องอกนี้ออกจากกระดูกข้างเคียง Knapp (1946) รายงานว่าพบฟันซี่เล็ก ๆ ภายในก้อนเนื้องอกนี้ถึง 66 ซี่

**3. Complex composite odontoma** มีรูปร่างไม่เหมือนซี่ฟัน เกิดจากการสร้างตัวผิดปกติของหน่อฟัน (tooth-germ) ของฟันธรรมดา หรือของฟันเกิน เนื้องอกชนิดนี้มักพบร่วมกับการมีฟันคุด ดังนั้น อาจเป็นไปได้ว่าเนื้องอกนี้อาจเปลี่ยนแปลงมาจาก epithelium ของ enamel organ ของฟันซึ่งอยู่ในระยะกำลังเจริญ และเนื่องจากยังมีการจัดตัวของ cell อยู่ในระดับต่ำ จึงทำให้ได้เนื้อเยื่อที่อยู่ในลักษณะไม่เหมือนฟัน Tratman (1949)<sup>(3)</sup> กล่าวว่าเนื้องอกชนิดนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ internal enamel epithelium ในระยะ bell stage ของการสร้างหน่อฟัน

Complex composite odontoma มีขนาดต่าง ๆ กัน ตั้งแต่เล็กจนถึงขนาดใหญ่ จากรายงานผู้ป่วยของ Goldman (1944), และ Rotherham (1945) พบว่า complex type เกิดแบบสมดุลงทั้งสองข้าง (bilaterally) ในขากรรไกรบนได้

**4. Dilated odontoma** พบน้อยมาก ลักษณะเป็น crown หรือ root ของฟันนั้น ๆ ซึ่งมีการขยายตัวกว้างออกมากกว่าปกติ

**5. Cystic odontoma** เป็น odontoma ซึ่งมี fibrous connective tissue capsule หุ้มเป็นผนังของ cyst

## ลักษณะทางคลินิก (Clinical features)

มักไม่มีอาการทางคลินิก เป็นรอยโรค ซึ่งค่อย ๆ โตขึ้นอย่างช้า ๆ ตรวจพบได้ยากในเด็ก Riddette (1944) รายงานว่าพบเนื้องอกชนิดนี้ในเด็กอายุ 1 ปี 10 เดือน สามารถพบ odontoma ได้ในคนทุกอายุ<sup>(1,2)</sup> และทุกตำแหน่งของขากรรไกรบนและล่างโดยเฉพาะบริเวณฟันกราม ขนาดของ

odontoma มักไม่ใหญ่โต แต่อย่างไรก็ตาม เนื้องอกนี้อาจมีขนาดใหญ่จนทำให้เกิดการขยายตัวของกระดูกขากรรไกร และทำให้ไบหนามีขนาดผิดปกติได้ ก้อนเนื้องอกอาจขัดขวางการขึ้นของฟันข้างเคียง ทำให้บริเวณดังกล่าวมีฟันขาดหายไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดและสภาวะแวดล้อมของก้อนเนื้องอกนั้น odontoma ก็เหมือนฟันธรรมดาทั่วไป คือสามารถงอกขึ้นมาในช่องปากได้ถ้าฟันข้างเคียงนั้นถูกถอนไป และอาจเกิดการผุขยายกว้างออกไปจนมีการติดเชื้อมาก่อนเนื้องอก เป็นผลทำให้เกิด neuralgia ได้

### ลักษณะทางกล้องจุลทรรศน์

พบ enamel หรือ enamel matrix, dentin, cementum และ pulp tissue ซึ่งอาจเรียงตัวเป็นระเบียบหรือไม่ก็ได้ (odontoma ซึ่งประกอบด้วย dentin อย่างเดียวมีน้อยมาก มักพบว่ามีเนื้อเยื่อชนิดอื่นปะปนอยู่ด้วยเสมอ)<sup>(4)</sup> โดยจะมี fibrous connective tissue capsule หุ้มก้อนเนื้องอกอีกชั้นหนึ่ง

สำหรับ complex composite odontoma อาจมี mineralization แตกต่างกันไปในแต่ละตำแหน่งของก้อนเนื้องอก odontoma ที่พบในเด็กเล็ก ๆ มักมี calcification ไม่สมบูรณ์

### ลักษณะทางภาพรังสี

มีลักษณะทางภาพรังสีเฉพาะตัว มักพบก้อนเนื้องอกนี้โดยบังเอิญจากการถ่ายภาพรังสี เพื่อตรวจสอบสุขภาพตามปกติ ส่วนมากมักจะพบอยู่ระหว่างรากฟัน ปรากฏลักษณะเป็นก้อนขาวมีความทึบเท่ากับฟัน ขนาดต่าง ๆ กัน รูปร่างไม่แน่นอน ล้อมรอบด้วยเงาสีดำบาง ๆ อย่างสม่ำเสมอ และจะถูกล้อมรอบอีกชั้นหนึ่งด้วยขอบกระดูกขากรรไกรที่ผิดปกติ ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นผิวกระดูกเบ้าฟัน

(lamina dura)<sup>(3,4)</sup> ในกรณีของ complex composite odontoma จะไม่สามารถแยกออกได้ว่าส่วนไหนเป็นตัวฟันและส่วนไหนเป็นรากฟัน ถ้าเป็น compound composite odontoma จะสามารถเห็นซี่ฟันซึ่งมีขนาดเล็ก ๆ รวมกันอยู่ โดยมักเป็นฟันลักษณะรูปกรวยและมีรากเดียว<sup>(5)</sup> ถ้ามีจำนวนซี่มากขนาดของฟันมักจะเล็กและถ้ามีจำนวนซี่น้อยขนาดของฟันจะใหญ่ขึ้น odontoma ดังกล่าวอาจพบร่วมกับฟันคุด<sup>(1)</sup> หรือร่วมกับการหายไปของฟันได้<sup>(2,3,6)</sup> ถ้าพบ odontoma ในช่วงที่ยังไม่มีการ calcify อาจพิจารณาให้โรคได้ยาก

### การรักษา

ทำศัลยกรรมผ่าตัดเพื่อขจัดก้อนเนื้องอกออกไปให้หมด มักจะไม่กลับเป็นขึ้นอีก odontoma ที่ใหญ่มากการทำศัลยกรรมต้องเพิ่มความระมัดระวังเพื่อป้องกันการหักของกระดูกขากรรไกร ในกรณีเช่นนี้อาจต้องมีการปลูกกระดูกร่วมด้วย<sup>(6,7,8)</sup>

### Complex composite odontoma : Report of 3 cases.

### รายงานผู้ป่วย

#### รายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 25 ปี อาชีพรับจ้าง มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดสงขลา ให้ประวัติว่ามีอาการบวมและปวดที่มุมคางด้านซ้ายมาประมาณ 3 ปี และมีหนองไหลมาประมาณ 2 เดือน จึงไปหาทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้รับการถอนฟันกรามล่างซ้ายซี่แรกออก เนื่องจากฟันผุทะลุโพรงประสาท และคิดว่าเป็นสาเหตุของอาการบวมดังกล่าวโดยไม่ได้ถ่ายภาพรังสีเพื่อประกอบการถอน หลังถอนฟันไปอาการบวมก็ยังคงอยู่



ผู้ป่วยจึงกลับไปหาทันตแพทย์อีก ทันตแพทย์จึงรับตัวผู้ป่วยให้พักในโรงพยาบาลและทำการเจาะระบายหนองนอกปากที่บริเวณดังกล่าว ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะด้านการอักเสบโดยการฉีด ให้การรักษาในนานประมาณ 2 เดือน อาการก็ไม่ดีขึ้น จึงส่งตัวผู้ป่วยมาที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2523 ประวัติทางการแพทย์อื่น ๆ ระบบอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีประวัติของโรคที่ร้ายแรง หรือแพ้ยา

#### การตรวจร่างกาย

สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี บวมที่มุมคางด้านซ้ายขนาดเท่าผลมะนาว กดไม่เจ็บ มีรูหนองไหลหนองสีเหลืองข้น ต่อม้ำเหลืองข้างแมนดิบูลาร์ด้านซ้ายคลำได้

#### การตรวจในปาก

มีการบวมเล็กน้อยที่บริเวณเหงือกของฟันกรามล่างซ้าย ซึ่งถูกถอนฟันไปหมดแล้ว บริเวณแผลถอนฟันกรามซี่ที่หนึ่งล่างซ้าย มีหนองสีเหลืองใสเล็กน้อยและมีกระดูกโผล่ เหงือกบริเวณนั้นปกติ สุขภาพในช่องปากดีพอใช้

#### การตรวจทางภาพรังสี

ภาพรังสีบริเวณขากรรไกรล่างซ้ายพบเงาขาวซึ่งมีรูปร่างและความหนาแน่นไม่สม่ำเสมอที่บริเวณมุมขากรรไกรล่าง (ตรงตำแหน่งฟันกราม) ก้อนขาวนี้ถูกล้อมรอบด้วยเงาสีดำบาง ๆ กระดูกที่ล้อมรอบเงาขาวบางตำแหน่งถูกทำลายและขอบไม่ชัดเจน



**Fig. 1** Lateral oblique view of the first patient shows a large irregular radio-paque mass at left body of mandible. The tumor mass is equal in density to enamel.

#### การวินิจฉัยขั้นต้น

Infected complex composite odontoma

#### การรักษา

การทำผ่าตัดใช้การดมยาสลบ แล้วเตรียมกระดูกจาก right iliac crest เพื่อใช้สำหรับปลูกกระดูก หลังจากเย็บแผลที่ right iliac crest แล้วจึงทำผ่าตัด โดยเข้าทางนอกปากบริเวณมุมคางด้านซ้ายและเปิดแผลลึกเข้าหาบริเวณ lesion พบว่ากระดูกคอร์เท็กซ์ด้านกระพุ้งแก้มถูกเบียดโป่งออกตั้งแต่บริเวณฟันกรามน้อยล่างซ้ายถึงบริเวณมุมขากรรไกรล่างด้านซ้าย ใช้หัวกรอ ค้อนและสิ่ว ตัดบริเวณรอยโรคออก (partial mandibulectomy) ทำความสะอาดด้วยน้ำเกลือ 0.9% แล้วใช้กระดูกที่เตรียมไว้ไปใส่แทนบริเวณที่ถูกตัดกระดูกออกไป โดยยึดด้วยลวดที่ปลาย 2 ข้างของกระดูกที่นำมาใส่แทนกระดูกเดิม แล้วตรวจการสบของฟันให้เข้าที่ดี เย็บแผลในปาก มัดพันบนล่างให้ติดกัน ใส่ “extra-

oral pin fixation” โดยเจาะที่ขากรรไกรล่างข้างละ 2 จุด แล้วยึด pin แต่ละตัวด้วย acrylic bar จากนั้นล้างแผลนอกปากแล้วเย็บแผลปิด หลังทำผ่าตัดได้ให้ยาปฏิชีวนะด้านการอักเสบและยาแก้ปวดแก่คนไข้ (ยาปฏิชีวนะให้ Penicillin G Sodium 2 ล้านหน่วย เข้าเส้นทุก 6 ชม. เป็นเวลา 1 สัปดาห์ แล้วต่อยด้วย Penicillin V 500 mg. วันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ยาแก้ปวดให้ Paracetamol 500-1,000 mg. ทุก 4 ชม. เวลาปวด)

### ภาพรังสีหลังการผ่าตัด

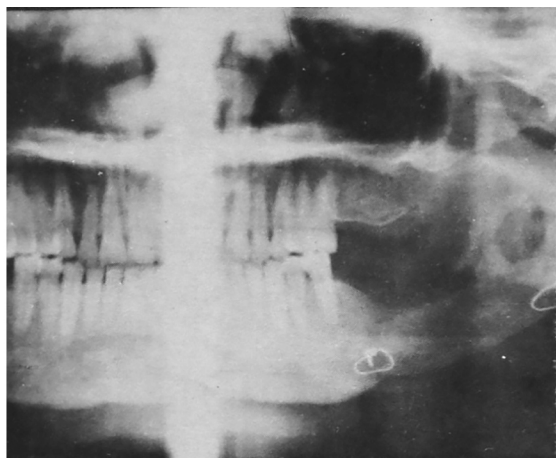


Fig. 2 Post-operative radiograph

### การติดตามผลการรักษา

หลังผ่าตัดให้คนไข้กลับมาล้างแผลในปากและเปลี่ยนผ้าปิดแผลนอกปากทุกวัน จนวันที่ 7 หลังผ่าตัดก็ตัดไหมออก แผลติดและหายดีแต่ยังมีบวมที่แก้มเล็กน้อย การสบฟันเข้าที่ดี คงให้ยาปฏิชีวนะต่อไป

หลังทำผ่าตัด 1 เดือน คนไข้กลับมามีอาการมีตุ่มหนองที่แผลนอกปาก จึงได้ทำการระบายหนองออกและเปลี่ยนให้ยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ รับผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาลและทำความสะอาดแผล

ทุกสองวัน เป็นเวลาอีกเกือบ 1 เดือน แผลจึงดีขึ้นและหายดี ไม่มีหนอง จึงเอาลวดในปากออกทั้งหมด และให้คนไข้กลับบ้าน

3 เดือนหลังผ่าตัด แผลทั้งในและนอกปากหายดีมาก การสบฟันปกติ สุขภาพในช่องปากค่อนข้างดี จึงเอา Acrylic bar with external pin fixation ออก นัดคนไข้มาตรวจทุก 3 เดือน จนครบ 1 ปี พบว่าแผลหายดี การสบฟันปกติ ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการชาที่ริมฝีปากล่างด้านซ้ายตั้งแต่หลังทำผ่าตัดจนถึง 4 เดือนหลังทำ ต่อมาหลังจากนั้นอาการก็ดีขึ้นเรื่อย ๆ ทุกอย่างอยู่ในขั้นน่าพอใจ หลังจากนั้นคนไข้ก็ขาดการติดต่อไป

### ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 22 ปี อาชีพรับราชการทหารอากาศ จังหวัดลพบุรี ได้มาที่ภาควิชา ศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2524 ด้วยอาการบวมที่แก้มขวามาประมาณ 3 เดือน อย่างช้า ๆ ไม่ปวด กัดเจ็บเล็กน้อย ไม่เคยถูกกระแทกหรือได้รับบาดเจ็บที่บริเวณดังกล่าวมาก่อน ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยที่รุนแรงในอดีต และการแพ้ยา

### การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยรูปร่างสันทนต์ สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี มีอาการบวมที่มุมขากรรไกรล่างด้านขวา ขนาดประมาณผลมะนาว ( $4 \times 4 \times 4$  ซม.) คล้ายแข็ง กัดเจ็บเล็กน้อย ไม่มีอาการของการอักเสบ

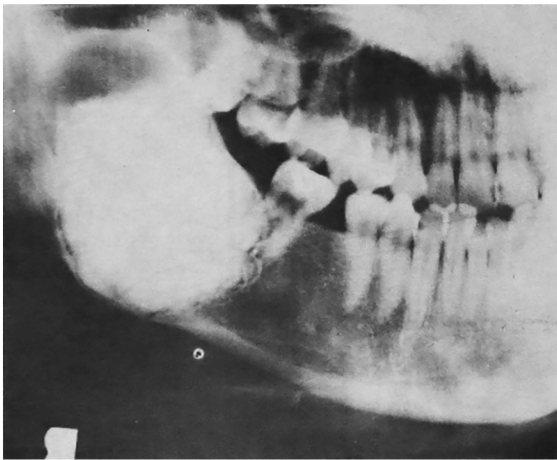
### การตรวจในปาก

ฟันกรามซี่แรกล่างขวาถูกถอนไป ส่วนซี่ข้างเคียงปกติดี มีการบวมของเหงือกด้านกระพุ้งแก้มตั้งแต่ฟันกรามซี่ที่สองล่างจนถึงกระดูกส่วนตั้งของขากรรไกรล่างข้างขวา เหงือกด้านลิ้นตรง

บริเวณดังกล่าวบวมเล็กน้อย สภาพเหงือกปกติ  
สุขภาพช่องปากดีพอใช้

### การตรวจทางภาพรังสี

ภาพรังสีบริเวณขากรรไกรล่างขวาของคนไข้พบเงาขาว ซึ่งมีความเข้มเท่า ๆ กับของเคลือบฟันก่อนขาขวามีรูปร่างไม่สม่ำเสมอ บริเวณส่วนหน้าของก้อนพาดทับอยู่บนรากฟันกรามซี่ที่สองล่างขวา และส่วนหลังขยายเลยไปจนถึง ascending ramus ส่วนท้ายของก้อนพบเงาสีดำซึ่งมีขอบขาวชัดเจนล้อมรอบไว้อีกชั้นหนึ่ง ขอบกระดูกที่มุมล่างของขากรรไกรถูกทำลายไป



**Fig. 3** Panoramic view of the second patient shows a large irregular radiopaque mass at right angle of mandible. Posterior part of the tumor mass extends up to the ramus and is bordered with thin radiolucent line.

### การวินิจฉัยขั้นต้น

Cystic complex composite odontoma

### การรักษา

ทำเช่นเดียวกับคนไข้รายแรก

### การติดตามผล

หลังผ่าตัด 3 สัปดาห์ แผลหายดี มีอาการบวมเล็กน้อย intermaxillary fixation แน่นดี มีอาการชาที่ริมฝีปากล่างขวา หลังทำ 5 สัปดาห์เอา intermaxillary fixation และ upper และ lower arch bars ออก พบว่าการสบฟันไม่เปลี่ยนแปลง แผลหายดี อาการบวมยุบลงมาก หลังทำผ่าตัด 5 เดือน แผลหายดีมาก อาการบวมยุบเกือบเท่าปกติ อาการชาที่ริมฝีปากล่างด้านขวายังมีอยู่เล็กน้อย

### ผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 20 ปี อาชีพค้าขาย ให้ประวัติว่า มีอาการบวมเป็นครั้งคราวที่มุมทางด้านขวาและมีหนองไหลในปากมาประมาณกว่า 1 ปี ได้ไปพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลเชียงราย ได้ยาปฏิชีวนะมารับประทานการอักเสบลดลง แต่ยังคงบวมและมีหนองไหลอยู่ ได้รับการถ่ายภาพรังสีและพบพยาธิสภาพ จึงส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ เมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2524

### การตรวจร่างกาย

สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี บวมที่มุมทางด้านขวาด้านขวา ผิวหนังที่บวมไม่มีการอักเสบ กดเจ็บเล็กน้อย คลำได้ก้อนแข็งแบบกระดูกขยายตัวที่บริเวณดังกล่าว ไม่มีอาการชาที่แก้มหรือริมฝีปากล่างของด้านที่บวม ต่อม้ำเหลืองข้างมนติบูลาร์ด้านขวาคลำได้

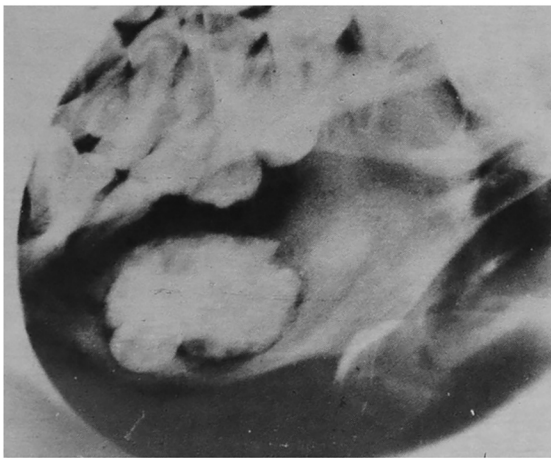
### การตรวจในปาก

มีการขยายตัวของกระดูกบริเวณฟันกรامل่างด้านขวา ทั้งทางด้านกระดูกงูแก้มและด้านลิ้น ขนาดประมาณฟองไข่ไก่ ฟันกรามซี่ที่สองและซี่ที่สามล่างขวาถูกถอนไป เหงือกและผนังกระดูกงูแก้มที่

บริเวณดังกล่าวอักเสบเล็กน้อย เวลาเคี้ยวมีหนอง  
สีขาวเหลืองใสไหลซึม พบฟันบนสบกระแทก  
เหงือกบริเวณดังกล่าวด้วย คนไข้มีสุขภาพปากดี  
ปานกลาง

### การตรวจทางภาพรังสี

ภาพรังสีบริเวณขากรรไกรล่างขวาพบเงาขาว  
รูปร่างไม่สม่ำเสมออยู่ตรงบริเวณตำแหน่งของ  
ฟันกราม ก้อนขาวนี้มีความขาวเข้มเท่าๆ กับความ  
ขาวของเคลือบฟัน ขยายบริเวณกว้างไปจนเกือบ  
ถึงขอบกระดูกส่วนล่างของขากรรไกร มีการขยาย  
ตัวของกระดูกขอบล่างของขากรรไกรเล็กน้อย ก้อน  
ขาวนี้ถูกล้อมรอบอีกชั้นหนึ่งด้วยขอบสีดำบาง ๆ  
อย่างไม่สม่ำเสมอ



**Fig. 4** Lateral oblique view of the third patient shows thin radiolucent space around calcified mass, at right body of mandible.

### การวินิจฉัยขั้นต้น

Complex composite odontoma

### การรักษา

ควักออกทั้งหมด โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับ

รายแรก แต่ไม่ต้องทำการปลูกกระดูก เนื่องจาก  
ยังมีกระดูกขอบล่างของขากรรไกรเหลืออยู่บ้าง

### การติดตามผลการรักษา

ทำเช่นเดียวกับคนไข้รายแรก พอสัปดาห์ที่ 5  
ผู้ป่วยเริ่มบ่นว่ามีอาการชาที่ริมฝีปากและกระพุ้งแก้ม  
ข้างล่างขวา ส่วนแผลผ่าตัดหายดี มีเนื้อมาคลุม  
กระดูก (bony expose) จนหมด จึงส่งถ่ายภาพ  
รังสีอีก พบว่ากระดูกพอกพูนขึ้นมาจากขอบล่าง  
ของกระดูกขากรรไกรล่าง จึงเฝ้าระวังที่เชื่อมระหว่าง  
ขากรรไกรบนและล่างออก พบว่าการสบฟันไม่  
เปลี่ยนแปลง

หกสัปดาห์หลังทำ พบว่าสุขภาพในช่องปาก  
ค่อนข้างดี อาการชาน้อยลง แผลนอกปากหายดี  
มีแผลเป็นเล็กน้อย แผลในปากมีเนื้อเยื่ออ่อนคลุม  
หนาขึ้น ไม่มีการอักเสบ จึงเฝ้าระวังทั้งหมดในปาก  
ออก ให้คนไข้กลับมาตรวจทุก 6 เดือน กับทันต-  
แพทย์ประจำโรงพยาบาลจังหวัดเชียงราย

### มหากายวิภาคศาสตร์ของเนื้องอก

ลักษณะชิ้นเนื้อที่ได้รับจากผู้ป่วยทั้ง 3 ราย  
นำมาเขียนรวมกันเพื่อเปรียบเทียบ ดังนี้

### ลักษณะของชิ้นเนื้อของผู้ป่วยรายที่ 1

เป็นส่วนหนึ่งของขากรรไกรล่าง ขนาด  $10 \times 7 \times 4$  ซม. ซึ่งเมื่อตัดออกพบก้อนเนื้องอกฝัง  
ตัวอยู่ในกระดูกก้อนเนื้องอกมีสีขาวปนเหลือง  
ลักษณะคล้ายกระดูก นอกจากนี้ยังมีส่วนของเนื้อ  
เยื่ออ่อนติดมาด้วย ขนาด  $2 \times 1 \times 0.2$  ซม.

### ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

เนื้อเยื่ออ่อนเป็น chronic nonspecific in-  
flammation ส่วนก้อนเนื้องอกเป็น Complex  
composite odontoma

### ลักษณะของชิ้นเนื้อจากผู้ป่วยรายที่ 2

ประกอบด้วยก้อนแข็งๆ หลายชิ้น รูปร่างไม่แน่นอน ขนาดแตกต่างกัน สีขาวปนเหลือง วัดขนาดรวมได้  $3 \times 2 \times 1$  ลบ.ซม. นอกจากนี้มีเนื้อเยื่ออ่อนลักษณะคล้ายผนังของถุงน้ำติดมากับก้อนแข็งเหล่านั้นด้วย

### ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

เป็น Cyst with complex composite odontoma

### ลักษณะของชิ้นเนื้อจากผู้ป่วยรายที่ 3

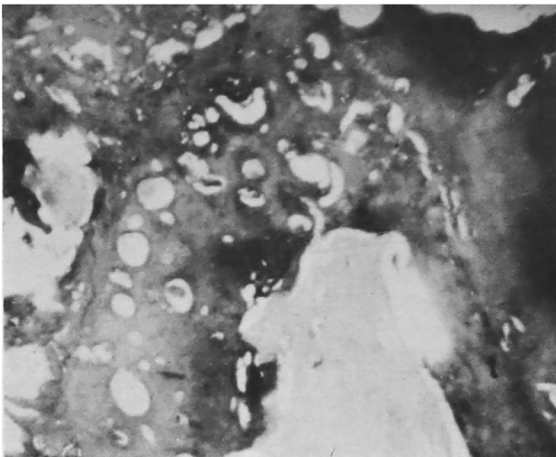
บรรจุมาใน 2 ขวด

ขวดที่ 1 เป็นเนื้อเยื่ออ่อน ลักษณะคล้ายผนังของถุงน้ำสีเลือดปนเทา นุ่ม ขนาด  $3 \times 2 \times 0.8$  ลบ.ซม.

ขวดที่ 2 ประกอบด้วยฟันหลายซี่ และก้อนเนื้อออกแข็งขนาดใหญ่ วัดขนาดได้  $4 \times 2 \times 2$  ลบ.ซม. ผิวขรุขระ

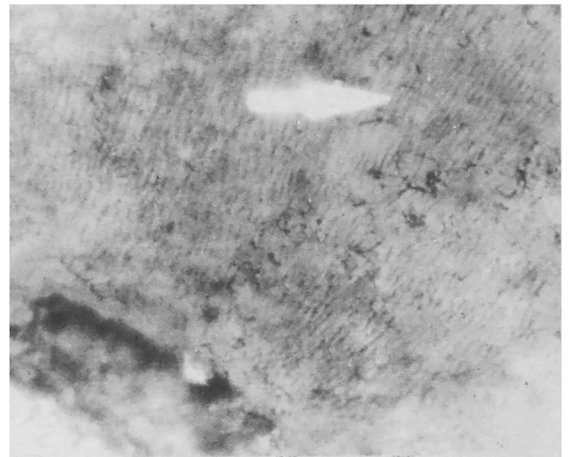
### ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

เนื้อเยื่ออ่อนเป็น chronic nonspecific inflammation ส่วนก้อนเนื้อออกเป็น Complex composite odontoma



รูปที่ 5 รูปถ่ายกำลังขยายต่ำ แสดงให้เห็นก้อนเนื้อออกซึ่งประกอบด้วย dentine, cementum, enamel และ pulp tissue เรียงตัวกระจัดกระจายไม่เป็นระเบียบ

**Fig. 5** Photomicrograph showing section through odontoma. The variable nature of the tumor is shown by the mixture of dentin, cementum, enamel and pulp tissue.



รูปที่ 6 ภาพขยายแสดงให้เห็นส่วนที่เป็น dentine ของก้อนเนื้อออกเป็นเส้นขนานกันของ dentinal tubules

**Fig. 6** The high power photomicrograph reveals dentinal tubules in dentin portion of the tumor mass.

## วิจารณ์และสรุป

จากรายงานผู้ป่วยทั้ง 3 รายที่กล่าวมา พบสิ่งที่เหมือนกันคือ

1. เนื้องอกนี้เกิดในขากรรไกรล่างของผู้ป่วย
2. ช่วงอายุของผู้ป่วยทั้ง 3 รายอยู่ระหว่าง 20-30 ปี
3. บริเวณที่พบก้อนเนื้องอกคือ molar-ramus
4. มีการบวมอย่างผิดปกติของใบหน้าด้านที่มีพยาธิสภาพเช่นเดียวกัน และเป็นมานาน
5. เมื่อต้องทำศัลยกรรมผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกซึ่งมีขนาดใหญ่นี้ออกทั้งหมด ต้องระวังและป้องกันการหักของขากรรไกร โดยการใส่ฝือกฟันไว้ก่อน (intermaxillary fixation)
6. หลังผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายมีอาการชาที่ริมฝีปากล่าง จากนั้นสักระยะหนึ่งอาการชานั้นก็ค่อยๆ ลดลง
7. ก้อนเนื้องอกที่พบล้วนเป็นชนิด Complex composite odontoma

ผลที่ได้ทั้งหมดนี้ตรงกับรายงานของ Morning<sup>(10)</sup> (1980), Goldberg<sup>(11)</sup> (1981) และ Fisscher<sup>(12)</sup> (1982) ซึ่งกล่าวไว้ว่า Complex composite odontoma มักพบในผู้ป่วยซึ่งมีอายุระหว่างสองและสามทศวรรษ โดยมักเกิดในขากรรไกรล่างมากกว่าขากรรไกรบนประมาณ 60%<sup>(12)</sup> และ 80%<sup>(11)</sup> และบริเวณที่พบบ่อยคือ molar-ramus

เดิมเราเคยรู้จักกันแต่เพียงว่า odontoma เป็นเนื้องอกของฟันก้อนเล็ก ๆ ซึ่งพบได้โดยบังเอิญ<sup>(1,2,10,11,12)</sup> ไม่ทำให้เกิดอันตรายหรือความผิดปกติต่อใบหน้าของคนไข้ และสามารถกำจัดออกโดยง่าย ดังนั้นเมื่อทันตแพทย์พบกับ

ผู้ป่วยที่มีใบหน้าบวมผิดปกติอาจทำให้วินิจฉัยโรคผิดได้ (และให้การรักษาที่ผิดวิธีไป) ถึงอย่างไรก็ตาม เนื่องจากเนื้องอกนี้เป็นชนิดไม่ร้าย ฉะนั้นอันตรายที่เกิดขึ้นแม้รักษาผิดวิธีในขั้นแรกก็ไม่มาก และสามารถกลับมาพิจารณาวินิจฉัยใหม่ได้ หลังจากการรักษาขั้นแรกไม่ได้ผล

การถ่ายภาพรังสีประกอบการวินิจฉัยขั้นแรกเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมาก ทั้งนี้เพื่อจะได้พิจารณาโรคขั้นต้นแยกออกจากโรคอื่น ๆ ซึ่งให้ลักษณะอาการหน้าบวมโตได้เช่นกัน ลักษณะทางภาพรังสีของเนื้องอกชนิดนี้ต้องพิจารณาแยกออกให้ได้จากรอยโรคชนิดอื่น ซึ่งให้ลักษณะทางภาพรังสีคล้ายคลึงกัน คือ

1. Cementoma ระดับสุดท้าย ซึ่งคล้ายกับ odontoma มาก แต่มีข้อแตกต่าง ซึ่งทำให้เราสามารถพิจารณาแยกได้ คือ

1.1 cementoma มีความขาวเข้มน้อยกว่า (คือจัดเป็น radiopaque mass of calcified material<sup>(9)</sup>) ส่วน odontoma จะขาวเข้มเท่ากับตัวฟันหรือเคลือบฟัน (enamel) อนึ่ง odontoma อาจมีลักษณะขาวเข้มกว่าฟันข้างเคียงได้ในกรณีที่มีขนาดใหญ่มาก เช่นรายงานผู้ป่วยทั้ง 3 รายนี้

1.2 cementoma จะมีขอบสีดำหนา<sup>(5)</sup> (radio-lucent zone) เป็นแคปซูลหุ้มรอบก้อนเนื้องอกไว้ ส่วน odontoma จะมีขอบสีดำที่ค่อนข้างบางกว่าหรือบางเทียบเท่ากับช่องเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal membrane space)<sup>(5,10,11,12)</sup> และช่องว่างสีดำนี้อาจใหญ่ขึ้นได้ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงไปเป็น cystic odontoma หรือ infected odontoma.

1.3 cementoma จะอยู่ที่ปลายรากฟันเป็นส่วนใหญ่ ส่วน odontoma จะอยู่ตรงตำแหน่งข้าง ๆ ฟัน ปลายรากฟัน หรือบนฟันคุดก็ได้<sup>(5, 10, 11, 12)</sup>

1.4 พบว่า odontoma จะมีการพอกตัวของก้อนเนื้ออกในเวลาเดียวกันกับการพอกตัวของซี่ฟันตรงตำแหน่งนั้น ๆ ส่วน cementoma มักพบในระยะหลัง ๆ ของชีวิตกว่า odontoma

2. Dentinoma ซึ่งมีลักษณะทางภาพรังสีคล้ายกับ cementoma แต่พบได้น้อยมาก<sup>(1, 2, 9)</sup>

สำหรับข้อที่ว่า หลังผ่าตัดคนไข้ทุกรายมีอาการชาที่ริมฝีปากล่างอยู่นานระยะหนึ่ง แล้วจึงค่อย ๆ ลดลงนั้นพออธิบายได้ว่า เนื่องจากก้อนเนื้ออกในคนไข้ทั้ง 3 รายดังกล่าวนี้มีขนาดใหญ่มาก ทำให้มีการเบียดเส้นประสาท inferior dental nerve และในการผ่าตัดต้องควักเอาก้อนเนื้อออกออกทั้งหมด<sup>(6, 7, 8, 10, 11, 12)</sup> ซึ่งย่อมต้องตัดเอาส่วนของเส้นประสาทนี้ออกมาด้วย ต่อมาสักระยะหนึ่งทั้งเส้นประสาทและเส้นเลือดจากบริเวณข้างเคียงจะมีการสร้างตัวเข้ามาทดแทนบริเวณที่ถูกทำลายไป (แต่ทั้งนี้จะเป็นเพียงในบางส่วนเท่านั้น) จึงทำให้มีอาการชาค่อย ๆ ลดลง (แต่ที่ว่าอาการชานี้จะค่อย ๆ ลดลงจนถึงหายไปหมดหรือไม่นั้นไม่อาจยืนยันได้ เนื่องจากไม่สามารถติดตามคนไข้ได้ตลอดถึงที่สุด)

การรักษาโดยการควักเอาก้อนเนื้ออกออกทั้งหมดจากรายงานของต่างประเทศ<sup>(10, 11, 12)</sup> และจากการติดตามผลการรักษาของภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำอีก ในกรณีที่ก้อนเนื้ออกชนิดนี้มีขนาดใหญ่มากและไม่สามารถควักออกได้หมด อาจ

พิจารณาใช้การผ่าตัดขากรรไกรออกบางส่วนร่วมกับการปลูกกระดูก เพื่อรักษาสภาพการบดเคี้ยวและรูปใบหน้า<sup>(6, 7, 8, 10, 11, 12)</sup>

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิงสมพร สวัสดิ์สรรพ และ อาจารย์ ทันตแพทย์สุรวิทย์ วิเชียรเนตร ที่กรุณาช่วยให้รายงานนี้สมบูรณ์

## References

1. Shafer, W.G., Hine, M.K. and Levy, B.M. : A Text Book of Oral Pathology. 2nd ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1963, p. 222-227, 229-232.
2. Thoma, K.H. : Oral Pathology. 4th ed., St. Louis, Henry Kimpton, 1954, p. 1305-1306, 1318-1328.
3. Wuehrman, A.H. and Manson-Hing, L.R. : Dental Radiology. 5th ed., St. Louis, The C.V. Mosby Company, 1981, p. 392-396.
4. Worth, H.M. : Principles and Practice of Oral Radiologic Interpretation, Chicago, year Book Medical Publishers Inc., 1963, p. 420-433.
5. ไพรัช ชีวรารังกูร ทันตรังสีวิทยา พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ โรงพิมพ์จุฬาฯ พ.ศ. 2522 หน้า 82-83, 85-86.
6. Goaz, P.W. and White. S.C. : Oral Radiology, principles and interpretation, St. Louis, The C.V. Mosby Company, 1982 p. 463-468.
7. Waite, D.E. : Text Book of Practical Oral Surgery. 2nd ed., Philadelphia, Lea & Febiger, 1978, p. 165-166, 245-246.
8. Archer, W.H. : Oral and Maxillofacial Surgery. 5th ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1975, p. 768-786.
9. Stafne, E.C. and Gibilisco, J.A. : Oral Roentgenographic diagnosis. 4th ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1975, p. 178-181, 183-186.

10. Morning, P. : Impacted Teeth in Relation to Odontomas. Int. J. Oral Surg. 9 : 81-91, 1980.
11. Goldberg, H., Popowich, L.D. and Wakeham, D. : Cystic Complex Composite Odontoma. Report of two cases. Oral Surg. 51 : 16-20, 1981.
12. Visscher, J.G., Güven, O. and Elias, A.G. : Complex Odontoma in the Maxillary Sinus. Report of 2 cases. Int. J. Oral Surg. 11 : 276-280, 1982.

(ได้รับเรื่องเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2527)



Chulalongkorn University  
Dental Journal

Vol. 7 No. 2 May. - Aug. 1984

## Odontoma

(Report of 3 cases)

### Abstract

*Odontoma is a benign tumor of odontogenic origin. Very large odontomas of maxilla and mandible are less common. This report described 3 patients who first came to see the dentists complaint of facial deformities. After radiographic check up, showed a large radiopaque mass which was irregular in shape at molar-ramus region of the mandible. The opaque mass was equal in density to enamel and was bordered with thin radiolucent zone. The microscopic examination noted the result that it was complex composite odontoma which needed total surgical removal.*

**Somporn Prapanpoch**Dept. of Radiology  
Faculty of Dentistry  
Chulalongkorn University