

1995-01-01

Dentigerous cyst: Report of 2 cases (ถุงน้ำเดนติเจอริส)

Puangpetch Itharatana

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



Part of the [Dentistry Commons](#)

Recommended Citation

Itharatana, Puangpetch (1995) "Dentigerous cyst: Report of 2 cases (ถุงน้ำเดนติเจอริส)," *Chulalongkorn University Dental Journal*: Vol. 18: Iss. 1, Article 5.

DOI: 10.58837/CHULA.CUDJ.18.1.5

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj/vol18/iss1/5>

This Original article 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.

บทวิทยากร

ถุงน้ำเดนติเจอร์ส

บทคัดย่อ

ถุงน้ำเดนติเจอร์สเป็นถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดที่เกี่ยวกับการเกิดของฟันโดยลักษณะของถุงน้ำจะคลุมอยู่รอบตัวฟันที่ยังไม่ขึ้น หรือในฟันที่กำลังจะโผล่ขึ้นมาในช่องปาก โดยที่ตัวฟันนั้นเจริญเติบโตเต็มที่เรียบร้อยแล้ว บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วย 2 ราย ที่มีถุงน้ำขนาดใหญ่ โดยผู้ป่วยรายแรกมีถุงน้ำเดนติเจอร์สที่เกิดจากฟันเกินเบียดลึกเข้าไปในโพรงอากาศแมกซิลล่า ข้างขวาบริเวณฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งทำให้ใบหน้า 2 ข้างไม่เท่ากัน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีถุงน้ำเดนติเจอร์สขนาดใหญ่ที่เกิดจากฟันคุดกรามล่างซี่สุดท้ายในกระดูกขากรรไกรล่างข้างขวาทำให้มีอาการขาบริเวณริมฝีปากล่างข้างขวา นอกจากนั้นยังได้รายงานถึงลักษณะอาการทางคลินิก ลักษณะภาพถ่ายรังสี ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา การรักษาและการพยากรณ์ของถุงน้ำชนิดนี้ด้วย

พวงเพชร อธิรัตน์
กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทนำ

ถุงน้ำเดนติเจอร์ซิส (Dentigerous cyst) เป็นถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดเกี่ยวกับการเกิดฟัน ลักษณะถุงน้ำจะปกคลุมรอบตัวฟันเฉพาะฟันที่ยังไม่ขึ้น หรือฟันที่กำลังโผล่ขึ้นมาในช่องปาก สมมติฐานการเกิดถุงน้ำจากการเปลี่ยนแปลงของเยื่อปริเวณที่เหลือ หลังจากสร้างเคลือบฟัน^(1,2) ภายหลังที่ตัวฟันเจริญเติบโตเต็มที่แล้ว โดยจะมีของเหลวสะสมอยู่ในระหว่างชั้นของเนื้อเยื่อปริเวณที่เหลือ หรือเกิดจากกลุ่มเซลล์ของเยื่อปริเวณที่อยู่ในผนังของฟอลลิเคิลของฟันหรืออยู่นอกฟอลลิเคิลซึ่งจะเปลี่ยนไปเป็นถุงน้ำล้อมรอบส่วนตัวฟันไว้ ถุงน้ำนี้มักเกิดตัวที่ปกติดกับฟันแท้ ฟันเกินส่วนในฟันน้ำนมไม่ค่อยพบ^(3,4)

ถุงน้ำเดนติเจอร์ซิสแบ่งเป็น 3 ชนิดคือ

1. ถุงน้ำล้อมรอบเฉพาะส่วนของตัวฟันทั้งหมด (Central type)
2. ถุงน้ำชนิดล้อมรอบด้านข้างของฟันด้านใดด้านหนึ่ง (Lateral type) พบในฟันกรามคุดล่างซึ่งที่สาม
3. ถุงน้ำชนิดล้อมรอบฟันทั้งซี่ (Circumferential type) พบเนื่องจากถุงน้ำขยายตัวและเป็นมานาน

ถุงน้ำเดนติเจอร์ซิสพบมากเป็นอันดับสองรองจากถุงน้ำปลายรากฟัน⁽⁵⁾ เท่าที่รายงาน พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศและช่วงอายุที่พบจะอยู่ในช่วงอายุประมาณ 20-30 ปี⁽⁶⁾ เกิดในกระดูกขากรรไกรล่างมากกว่ากระดูกขากรรไกรบน ตำแหน่งที่พบมากคือ ฟันกรามล่างซี่สุดท้าย ฟันเขี้ยวบน ฟันกรามน้อยล่าง ยังพบได้บริเวณมุมขากรรไกรล่าง โพรงอากาศแม็กซิลล่าและฟันกระบอกตา

ลักษณะอาการทางคลินิก

ถุงน้ำชนิดนี้ถ้ามีขนาดเล็กจะไม่มีอาการ และจะตรวจพบโดยบังเอิญจากการถ่ายภาพรังสี ถ้าถุงน้ำมีขนาดใหญ่จะทำให้กระดูกแอลวีโอล่าโตขึ้นและมีการทำลายกระดูกทำให้ผู้ป่วยมีรูปหน้าผิดปกติ แรงดันจากถุงน้ำสามารถดันให้ฟันที่ยังไม่ขึ้น ที่บรรจุอยู่ในถุงน้ำคือ หนอง หรือเยื่อตะเภาได้ บางรายมีการละลายของรากฟันข้างเคียง⁽⁷⁾ การขยายตัวของถุงน้ำโดยเฉพาะบริเวณฟันกรามฟันล่างซี่สุดท้ายจะขยายขอบเขตมากล่งล้ำไปถึงบริเวณกระดูกเรมัสทั้งหมด และลุกลามไปถึงกระดูกโคโรนอยด์ (Coronoid) และกระดูกคอนไดล์ (Condyle) ของกระดูกขา

กรรไกรล่าง ในกรณีนี้ถุงน้ำเกิดจากฟันเขี้ยวบนจะมีอาการบวมบริเวณปีกจมูกและริมฝีปากบน ใบหน้าจะดูคล้ายกับผู้ป่วยโพรงอากาศแม็กซิลล่าอีกเสบ หรือเซลลูไลติส การเจริญเติบโตของถุงน้ำเป็นไปอย่างช้า ๆ ไม่มีอาการเจ็บปวด บางครั้งพบฟันข้างเคียงโยก และคลำเจ็บ อาจมีการอักเสบในกรณีมีการติดเชื้อจากฟัน

ลักษณะภาพรังสี

จะพบฟันที่ยังไม่ขึ้นหรือฟันเกินจำนวนที่ขึ้นไม่ได้ มีเงาโปร่งรังสีล้อมรอบฟันและรอบตัวฟัน ถุงน้ำเดี่ยวจะเป็นรูปกลมหรือรูปไข่ ถัดจากเงาโปร่งรังสีจะเป็นเส้นสีขาว ๆ ขอบบาง ๆ ของกระดูกที่บอบ ๆ อีกทีหนึ่ง⁽⁵⁾ จะเห็นขอบถุงน้ำชัดเจนมักจะไม่ค่อยทะลุเปลือกกระดูก (Cortex) ออกมาภายนอก ถุงน้ำเดนติเจอร์ซิสบางรายจะเป็นเงาโปร่งรังสีหลาย ๆ วงได้ เงาโปร่งรังสีนี้ส่วนขอบจะมีเงาขาวทั้งนี้เนื่องจากมีสันกระดูกยื่นขึ้นมาเล็กน้อยที่ผนังของถุงน้ำมองดูเสมือนมีแผงกันอยู่ภายใน ทำให้เข้าใจว่าเป็นถุงน้ำหลายถุงซึ่งแตกต่างจากอะมีโลบลาสโตมา (Ameloblastoma) บางรายมีการติดเชื้อทำให้เห็นขอบไม่เรียบไม่ชัดเจน ลักษณะเหล่านี้พบบ่อย ๆ ว่าเป็นตัวชี้ของการเปลี่ยนแปลงไปเป็นเนื้องอก⁽⁸⁾

ลักษณะพยาธิวิทยา

ลักษณะพยาธิสภาพ เมื่อดูด้วยตาเปล่า ถุงน้ำจะหุ้มส่วนตัวฟันเอาไว้

ลักษณะจุลพยาธิวิทยา ภายในถุงน้ำบรรจุด้วยของเหลวใสสีเหลือง บางรายอาจมีสีแดงคล้ายเลือด ซึ่งอาจพบมีผลึกคลอเรสเตอร์โรล (Chlorestorol crystal) บ้าง ในกรณีที่มีการติดเชื้อร่วมด้วยจะพบมีหนองปะปน ผนังถุงน้ำประกอบด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อบาง ๆ บุด้วยผิวมีเซลล์เป็นรูปแบบเรียงตัวอยู่บาง ๆ ไม่กี่ชั้น เรตเพก (rete peg) ไม่ค่อยพบ นอกจากในรายที่มีการติดเชื้อ บางรายส่วนบนของเยื่อปริเวณจะเป็นพาราเคราติน (Parakeratin) หรือออธเคราติน (Orthokeratin)⁽³⁾

การวินิจฉัยแยกโรค

เนื่องจากลักษณะทางภาพรังสีของถุงน้ำชนิดนี้ จะคล้ายคลึงกับโรคหรือพยาธิสภาพอื่น ๆ เช่น เนื้องอกที่มีจุดกำเนิดเกี่ยวกับการเกิดของฟัน ได้แก่ อะมีโลบลาสโตมา อะมีโลบลาสติกไฟโบรมา (Ameloblastic fibroma) ซึ่ง

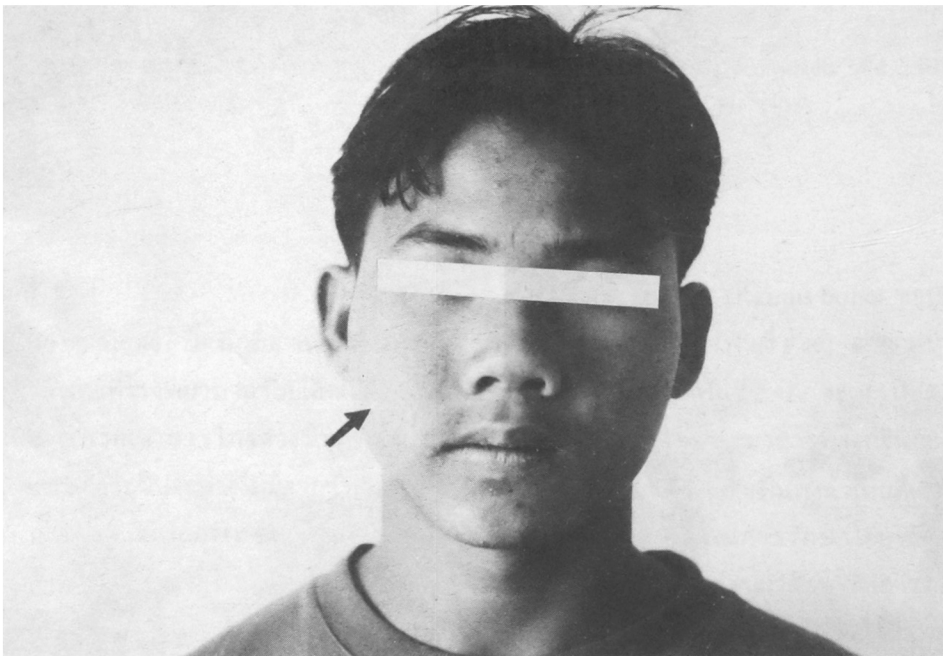
จะพบในเด็กมีลักษณะเป็นเงาโปร่งรังสีรอบตัวฟัน⁽⁸⁾ และ
โอdontอนโตเจนิคเคอราโตซิสท์ (Odontogenic kerato cyst)
ซึ่งจะพบเงาดำโปร่งรังสีล้อมรอบตัวฟัน แต่จะมีลักษณะ
เป็นรอยโรคโปร่งรังสีหลายช่อง (Multilocular) หรือ
ขอบเรียบ ๆ มีลักษณะเป็นสเกลลอป (Scalloped) มี
อินคลูชัน (Inclusion) ของรากฟันในสัดส่วนที่เห็นได้
ชัดเจนในเงาดำ⁽⁸⁾ ดังนั้นการตรวจดูลักษณะจุลพยาธิวิทยา
จึงจะให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนของถุงน้ำชนิดนี้ได้⁽⁹⁾

การรักษา

โดยทั่วไปมี 2 วิธี คือ การทำศัลยกรรมควักออก
หมด (Enucleation) และวิธีเปิดฝาให้น้ำออกบางส่วน
(Marsupialization) การย้อนกลับมาเป็นใหม่ของถุงน้ำ
ชนิดนี้ไม่ปรากฏ นอกจากจะควักผนังถุงน้ำออกไม่หมด

รายงานผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 17 ปี ภูมิลำเนาอำเภอเสลภูมิ
จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาล
ชุมชนโดยให้ประวัติว่า ถอนฟันซี่ #16 เนื่องจากฟันโยก
ปรากฏว่ามีของเหลวคล้ายหนองออกมา และพบเป็นโพรง
ใหญ่ที่เพดานจึงส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อ
การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไปโดยมีประวัติการเจ็บป่วย
คือประมาณ 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลมีการบวมบริเวณ
โบน้าข้างขวา ฟันซี่ #16 โยก จึงมาถอนฟันออก จาก
การซักประวัติพบโบน้าบวมเห็นชัด (ดังรูปที่ 1) ไม่มี
อาการปวดแต่อย่างใด ไม่มีประวัติการได้รับบาดเจ็บ
บริเวณนี้มาก่อน การตรวจร่างกายทั่วไป สุขภาพทั่วไป
แข็งแรงดี และไม่พบความผิดปกติใด ๆ ในโครงทางระบบ
ไม่มีอาการใดทางจุมูก



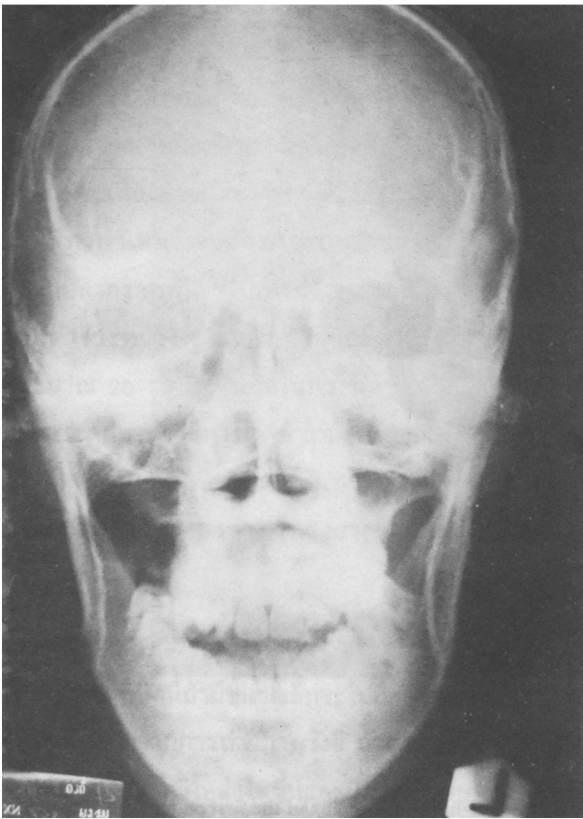
รูปที่ 1 ภาพผู้ป่วยก่อนการรักษา
แสดงการบวมบริเวณโบน้าข้างขวา

Fig. 1 Right facial swelling of the first patient was seen before operation.

การตรวจภายนอกช่องปาก โบน้าข้างขวาและซ้าย
ไม่เท่ากัน บริเวณโบน้าแก้มข้างขวาบวมโตอย่างเห็นได้ชัด
กดไม่เจ็บ ไม่มีการอักเสบของผิวหนังบริเวณโบน้า การ
ตรวจภายในช่องปาก พบลักษณะบวมที่กระพุ้งแก้มและ

เพดานข้างขวาบริเวณฟันซี่ #16 ไม่มีอาการเจ็บ แอลวี-
โอล่า มิวโคซ่า (alveolar mucosa) ปกติ ฟันซี่ #16 ถูกล
ถอนออก ส่วนฟันกรามน้อย 2 ซี่ปกติดี ไม่มีอาการโยก
สภาพเหงือกปกติ

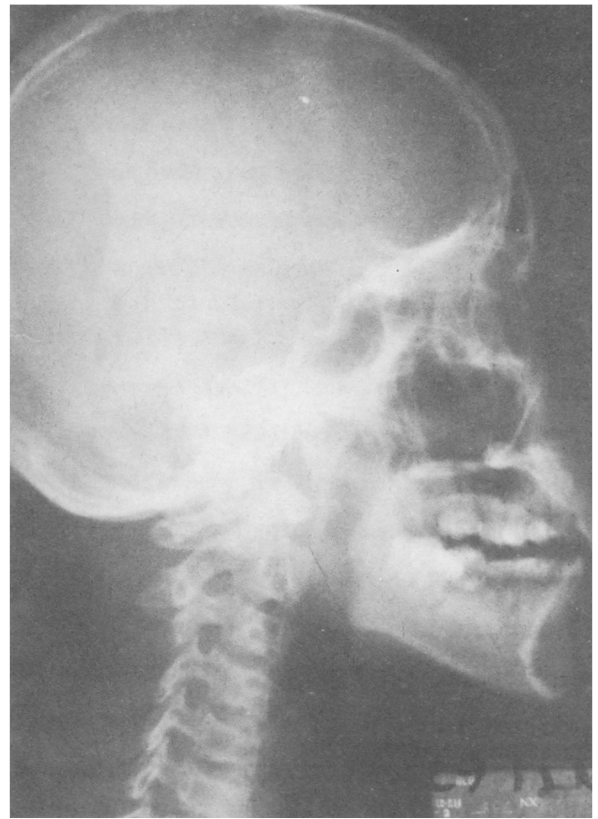
ลักษณะภาพรังสี จากภาพรังสีในแนวหน้า-หลัง (Antero-Posterior View) และด้านข้างของกะโหลกศีรษะ (Lateral Skull View) พบว่ามีลักษณะเงาโปร่งรังสี ซึ่งมีส่วนตัวฟันของฟันเกินคล้ายฟันกรามน้อยบรจอยู่ภายใน เงาโปร่งรังสีลุกล้ำเข้าไปในโพรงอากาศข้างขวา (รูป 2,3) มีขอบเขตชัดเจนจากลักษณะอาการทางคลินิกและภาพรังสีจึงให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่าเป็นถุงน้ำเดนติเจอร์ส ผู้ป่วยได้รับการรักษา ใช้วิธีศัลยกรรมควักออกหมดภายใต้การให้ยาชาเฉพาะที่ได้ถุงน้ำขนาด 8.6×4.3×0.8 เซนติเมตร ผั่งก่อนข้างหน้ายึดติดกับส่วนตัวฟันของฟันเกิน เมื่อเลาะถุงน้ำออกหมดแล้วใช้ผ้าก๊อชชุบทิงเจอร์เบนซอยน์ (Tincture Benzoin) อัดใส่ไว้ 1 สัปดาห์ ให้ยาปฏิชีวนะแอมพิซิลลินขนาด 500 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนนอน ยาแก้ปวดพาราเซตามอล ขนาด 500 มิลลิกรัม



รูปที่ 2 ภาพรังสีท่าแอนทีโรโพสทีเรีย แสดงถุงน้ำขนาดใหญ่ที่โพรงอากาศแม็กซิลล่าข้างขวา

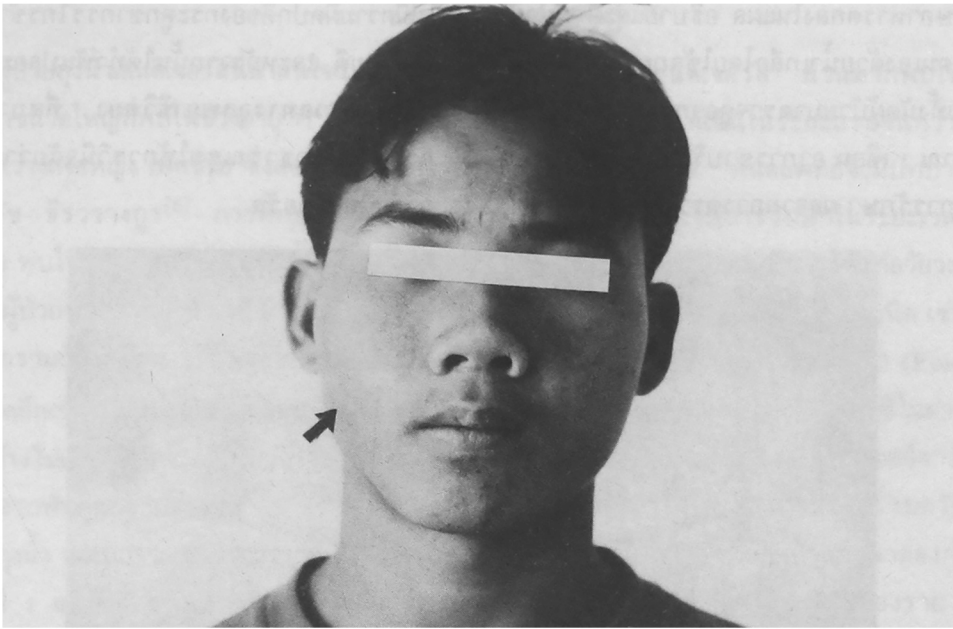
Fig. 2 A – P view demonstrated as dentigerous cyst in the right maxillary sinus.

ครั้งละ 2 เม็ด เวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 วัน ภายหลัง 1 สัปดาห์ เอาผ้าก๊อชชุบทิงเจอร์เบนซอยน์ออก ล้างแผลด้วยน้ำเกลือและทำอ็อปทูเลเตอร์ (Obturator) ให้ผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยล้างแผลเองด้วยน้ำเกลือโดยใช้ลูกยางดูดเสมหะ นัดผู้ป่วยมาตรวจดูเป็นระยะ 1 เดือน มีอาการติดเชื้อและทะลุเข้าโพรงอากาศแม็กซิลล่าโดยมีหนองไหลออกมาทางจมูกได้ให้ยาปฏิชีวนะแอมพิซิลลินขนาด 500 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนนอน 2 สัปดาห์ และแนะนำให้ล้างแผลให้สะอาด แผลหายปกติหลังทำการรักษา 4 เดือน ใบหน้ายุบลงเกือบปกติหลังทำการรักษา 1 ปี (ดังรูป 4) และได้ทำฟันปลอมให้ผู้ป่วย ผลของการตรวจทางพยาธิวิทยาจากสถาบันพยาธิวิทยากระทรวงสาธารณสุข ให้การวินิจฉัยว่าเป็นถุงน้ำเดนติเจอร์ส



รูปที่ 3 ภาพรังสีด้านข้างของกะโหลกศีรษะ แสดงถุงน้ำขนาดใหญ่เป็นเงาดำ มีฟันเกินส่วนตัวฟันอยู่ภายในโพรงอากาศแม็กซิลล่าด้านขวา

Fig. 3 Lateral – skull view: demonstrated as impacted supernumerary tooth in the right maxillary sinus at premolar region.



รูปที่ 4 ภายหลังทำการรักษา 1 ปี แสดงใบหน้าข้างขวา
ยุบลงเกือบปกติ

Fig. 4 Normal facial appearance of the first patient was seen after 1 year operation

รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

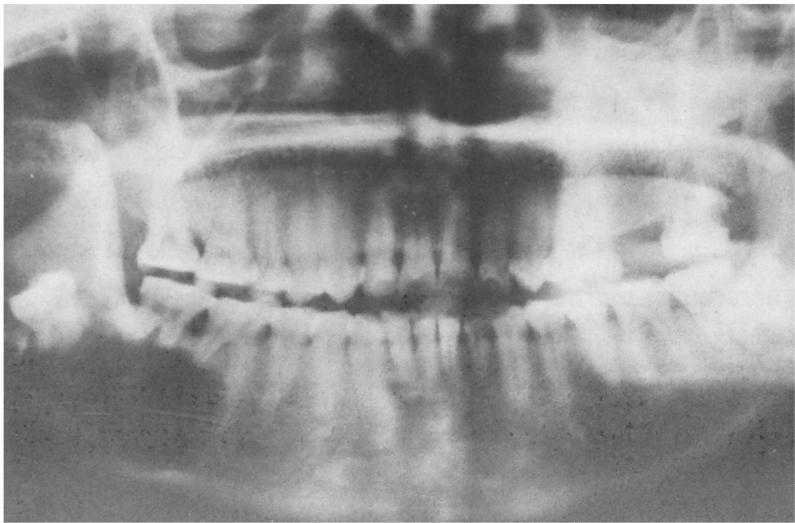
ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 46 ปี มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดร้อยเอ็ด มาพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเนื่องจากมีอาการบวมเล็กน้อยบริเวณขากรรไกรล่างข้างขวา มีอาการชาบริเวณที่บวมและริมฝีปากล่างไม่มีการเจ็บปวดเป็นมาประมาณ 2-3 เดือนจากการตรวจร่างกายทั่วไปพบว่าสุขภาพร่างกายทั่วไปแข็งแรงดี ไม่มีความผิดปกติหรือโรคทางระบบและจากการตรวจภายนอกช่องปาก พบบริเวณขากรรไกรล่างด้านขวาบวมเล็กน้อย กดไม่เจ็บ คลำดูพบก้อนแข็ง ไม่ขยับเขยื้อนอยู่ใต้ขากรรไกรขนาด 2-3 มิลลิเมตร ส่วนผลการตรวจภายในช่องปาก นั้นพบว่าการขยายตัวของกระดูกขากรรไกรล่างด้านขวาเล็กน้อยทั้งทางด้านกระดูกและด้านลิ้นที่บริเวณฟันซี่ #46, #47 ฟันซี่ #46, #47 โยก เหงือกปกติ คลำได้ก้อนตั้งแต่บริเวณฟันซี่ #47 จนถึงบริเวณรีโทรโมลาร์ (retromolar)

การตรวจภาพรังสี ด้วยวิธีพานอรามิกแบบออร์โท-แพนโซโมแกรม และการถ่ายภาพรังสีแนวหน้า-หลัง พบลักษณะเงาโปร่งรังสีขนาดใหญ่บริเวณฟันซี่ #46 ถึง

บริเวณกระดูกเรมัส (Ramus bone) ขอบเขตชัดเจนและมีฟันกรามซี่สุดท้าย (ฟันซี่ #48) ลอยอยู่ข้างใน พบมีการละลายตัวของรากฟันซี่ #47, 46 (รูป 5,6) การวินิจฉัยโรค ซึ่งจากลักษณะอาการทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่าเป็นถุงน้ำเดนติเจอร์รัส ส่วนการรักษา นั้น ได้วางแผนการรักษาโดยใช้วิธีศัลยกรรมควักออกหมด ภายใต้การดมยาสลบ ทำการถอนฟัน #46, #47 พบของเหลวสีเหลืองปนแดงข้น ทันตแพทย์ผู้รักษาได้ทำการกรอกระดูกทางด้านกระดูกงูแก้มให้กว้างแล้วเจาะถุงน้ำเอาฟันซี่ #48 ออกหมดได้ถุงน้ำขนาด 6.5×3.0×0.7 เซนติเมตร ใช้ผ้าก๊อชชุบทิงเจอร์เบนซอยน์ อัดใส่ไว้ประมาณ 1 สัปดาห์ ร่วมกับการรักษาโดยใช้ยาแก้ปวด (พาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง) ร่วมกับยาปฏิชีวนะ (พิจิเอส) 3 ล้านยูนิต ทุก 6 ชั่วโมงเข้ากลัมนเนื้อเป็นเวลา 10 วันรวมกับเจนด้ามัยซิน 70 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง เข้ากลัมนเนื้อเป็นเวลา 10 วัน ภายหลังจากนั้นเอาผ้าก๊อชที่ชุบทิงเจอร์เบนซอยน์ออก ล้างแผลด้วยน้ำเกลือ ทันตแพทย์ได้ทำอัลตราซาวด์รอยแผลให้ผู้ป่วย เพื่อ

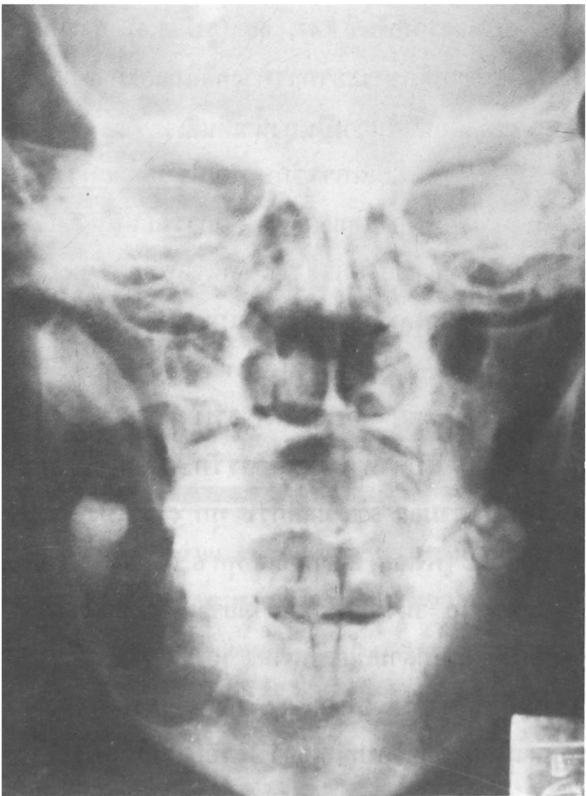
ป้องกันไม่ให้เศษอาหารตกลงในแผล อธิบายและฝึกผู้ป่วยให้ล้างแผลด้วยตนเองด้วยน้ำเกลือโดยใช้ลูกล้างดูดเสมหะเข้าเย้น พร้อมทั้งนัดผู้ป่วยมาตรวจดูอาการภายหลังการรักษาไปประมาณ 1 เดือน อาการชาบริเวณริมฝีปากหายไป 6 เดือนหลังการรักษา ผลจากการตรวจภาพรังสีพบว่า

ไม่มีความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรข้างขวาแต่อย่างใด ผลหายดี และหลังจากนั้นได้ทำฟันปลอมให้กับผู้ป่วย ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ที่สถาบันพยาธิวิทยา กระทรวงสาธารณสุขให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นถุงน้ำเดนติเจอร่าส



รูปที่ 5 ภาพถ่ายทางรังสีทำออร์โทแพนโทโมแกรม แสดงถุงน้ำ การละลายของรากฟันกรามซี่ที่ 1, ซี่ที่ 2 ฟันกรามซี่ที่ 3 ถูกดันลอยตัวสูงไปทาง กระดูกเรมีสของขากรรไกรล่าง

Fig 5 Large dentigerous cyst and impacted lower third molar causing root resorption of first and second molars are seen at the molars region seen at ascending ramus.



รูปที่ 6 ภาพถ่ายรังสีทำหน้า-หลัง แสดงถุงน้ำขนาดใหญ่ เป็นเงาดำขอบขาว ฟันกรามซี่สุดท้าย (#48) ลอยออกมาอยู่ด้านข้างกระดูกเพ็งแก้มบริเวณกระดูกขากรรไกรล่างด้านขวา

Fig. 6 Large dentigerous cyst with impacted lower third molar is situated at buccal position of the mandible.

บทวิจารณ์

รายงานผู้ป่วยถุงน้ำเดนติเจอร์สนี้ที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นถุงน้ำขนาดใหญ่ที่พบในช่วงอายุ 17 ปี ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิง เพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพรัช ธีรวรารการ⁽⁶⁾ การศึกษาถุงน้ำเดนติเจอร์ส 91 ราย พบในช่วงอายุ 10-29 ปี ทั้งเพศหญิงเพศชายในรายงานผู้ป่วยรายที่ 1 ถุงน้ำเดนติเจอร์สเกิดจากฟันเกินบริเวณฟันกรามน้อย ซึ่งพบได้น้อยมาก ลักษณะถุงน้ำค่อนข้างโตเบียดลึกเข้าไปใต้โพรงอากาศข้างแก้ม ทำให้รูปใบหน้า 2 ข้างไม่เท่ากัน รายงานผู้ป่วยรายที่ 2 ถุงน้ำขนาดใหญ่เกิดจากฟันคุดกรามล่างซี่ที่ 3 (#48) ฟันซี่ #48 ลอยอยู่ในถุงน้ำ และมีการละลายของรากฟันข้างเคียง⁽⁷⁾ คือฟันกรามซี่ที่ 1 และซี่ที่ 2 ในบริเวณขากรรไกรล่าง ข้างขวามีอาการชาบริเวณริมฝีปากล่างข้างขวา ทั้งนี้เนื่องจากถุงน้ำขยายใหญ่ไปกดทับเส้นประสาท ในผู้ป่วยทั้งสองรายนี้จะไม่มีอาการปวดนำมาก่อนเลย ผู้ป่วยจึงไม่ทราบถึงพยาธิสภาพของตนเอง จนกว่าจะสังเกตพบว่ามีอาการบวมของใบหน้า หรือมีฟันโยก มีอาการชาที่ใบหน้าและริมฝีปาก เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์แล้วสังเกตพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่องปากหรือใบหน้าแม้เพียงเล็กน้อยก็ตาม ควรจะถ่ายภาพรังสีฟันทุกซี่ หรือถ้าเป็นไปได้ควรจะถ่ายภาพรังสีแบบพานอรามิก แล้วทำการสำรวจลักษณะทั่วไปของกระดูกขากรรไกร ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัย และสามารถป้องกันเหตุที่จะทำให้เกิดการทำลายอวัยวะข้างเคียงได้อย่างมากมาย ส่วนการรักษาด้วยวิธีการควักถุงน้ำเดนติเจอร์สขนาดใหญ่จะต้องทำการระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง เพราะถ้าถุงน้ำเกิดในกระดูกขากรรไกรบนเบียดลึกเข้าไปใต้พื้นกระบอกตา หรือบริเวณโพรงอากาศแมกซิลล่า อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดอันตรายต่อเส้นประสาท หลอดเลือดตลอดจนลูกนัยน์ตาของผู้ป่วยหรือเป็นสาเหตุให้เกิดโพรงอากาศแมกซิลล่าอักเสบได้ ถ้าถุงน้ำเกิดกับกระดูกขากรรไกรล่าง อาจทำให้เกิดกระดูกขากรรไกรล่างหักจากพยาธิสภาพได้ (Pathological fracture) นอกจากนี้ยังพบว่าถุงน้ำเดนติเจอร์สจะเป็นตัวชักนำทำให้เกิดอะมีโลบลาสโตมา หรือเนื้องอกชนิดอื่นรวมทั้งสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา (Squamous cell carcinoma) การรักษาอย่างทันที่ทั้งที่ จะช่วยลดความพิการของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า

บทสรุป

ถุงน้ำเดนติเจอร์ส ส่วนมากพบในผู้ใหญ่ซึ่งจะไม่ปรากฏอาการให้เห็นในระยะแรกจนกว่าถุงน้ำจะโตมาก หรือมีการติดเชื้อ ทันตแพทย์จึงมีบทบาทสูงในการที่จะตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมทันที่ ก่อนจะทำความพิการให้แก่อวัยวะข้างเคียง หรือแปรเปลี่ยนสภาพเป็นเนื้องอกบางชนิด เช่น อะมีโลบลาสโตมา เอพิไเดอร์มอยด์ คาร์ซิโนมา (Epidermoid carcinoma) มิวโคเอพิไเดอร์มอยด์ คาร์ซิโนมา (Mucoepidermoid Carcinoma) และสความัสเซลล์คาร์ซิโนมา เป็นต้น การรักษาทำได้โดยการทำศัลยกรรมควักออกหมด และศัลยกรรมเปิดแผลเพื่อให้ถุงน้ำลดขนาดลงก่อนเพื่อควักออกหมดในภายหลังสำหรับผู้ป่วยทั้งสองราย จึงนับได้ว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยทั้งสองราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์วิจิตร อัดถากร (นายแพทย์ 9) รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด นายแพทย์สมเกียรติ วิชญะพงษ์ กลุ่มงานหู คอ จมูก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทันตแพทย์หญิงเรวดี สุรัสวดี หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิงสุภา นันทวิโรจน์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำในการเขียนบทความในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Shear M. Cyst of the Jaws:Recent Advances. J Oral Pathol. 1985;14:43
2. Shafer WG, Hine HK, Levy BM, eds. A Text book of Oral Pathology, Philadelphia: WB Saunders, 1983.
3. วินัย ศิริจิตร. ทันตพยาธิวิทยาของกระดูกขากรรไกร กรุงเทพมหานคร : บริษัท เยาว์บุคพับลิชเชอร์ จำกัด, 2528:89-92
4. ไพรัช ธีรวรารการ. การศึกษาถุงน้ำเดนติเจอร์ส 91 ราย, วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 2536;43:197-210
5. Goaz PW, White SC, eds. Oral Radiology Principle and Interpretation; St. Louis: Mosby Year Book, Inc; 1994.
6. Shear M. ed. Cyst of the Oral Region. Massachusetta: Stonebridge Press: 1983.

-
7. Struther PJ, Shear M. Root Resorption Produced by the Enlargement of Ameloblastoma and Cyst of the Jaws. *Int J Oral Surg* 1976;5:128–32
 8. Coleman GC. Differential Diagnosis of Radiographic Abnormalities. In Coleman GC Nelson JF eds. *Principle of Oral Diagnosis* St. Louis: Mosby Year Book, 1993:401–3
 9. Eversole LR. Clinical out line of oral pathology diagnosis and treatment. Philadelphia: Lea and Febiger, 1992:254–5
-
-

Original Article

Dentigerous cyst:Report of 2 cases

Abstract

Dentigerous cyst is recognized as one of odontogenic cysts of the jaws. Two cases of the large dentigerous cysts are reported. The first case expressed as a dentigerous cyst associated with supernumerary tooth involving right maxillary sinus at premolars region and cortex expansion was seen. The second case expressed as dentigerous cyst associated with impacted lower third molar at lower right molars region and paresthesia at right side of lower lip was also reported. The clinical, radiographic histological findings and the methods of treatment of these two cases were reported and discussed.

Puangpetch Itharatana

Dental Department, Roiet Hospital