

รายงานผู้ป่วย (Case Report)

คอมพาวด์ไอodonโทมาที่สัมพันธ์กับภาวะฟันดัดซี่กลางบนไม่ขึ้นในผู้ป่วยวัยรุ่น: รายงานผู้ป่วย

ชววิช ศรีพงษ์ (ท.บ.)

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย

บทคัดย่อ

บริบท ไอodonโทมาเป็นรอยโรคกำเนิดจากเนื้อเยื่อสร้างฟันที่พบได้บ่อย และมักมีความสัมพันธ์กับภาวะฟันแท้ไม่ขึ้นในวัยเด็กและวัยรุ่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของช่องปาก ความสวยงาม และคุณภาพชีวิต การตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอปีละ 1-2 ครั้ง เป็นแนวทางป้องกันความซับซ้อนและผลกระทบต่อพัฒนาการของฟัน

วัตถุประสงค์ เพื่อแสดงลักษณะอาการทางคลินิก ลักษณะทางภาพถ่ายรังสี การวินิจฉัย และแนวทางการรักษาของคอมพาวด์ไอodonโทมา

กรณีศึกษา เด็กหญิงไทยอายุ 13 ปี มาด้วยอาการฟันดัดซี่กลางบนขวาไม่ขึ้น ซึ่งปกติฟันแท้จะพัฒนาขึ้นในช่วงอายุ 7-8 ปี ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากแม้ในช่วงวัยเด็กที่มีการเปลี่ยนจากฟันน้ำนมเป็นฟันแท้ การตรวจทางคลินิก ใบหน้าปกติ ไม่พบอาการปวดหรือบวม การตรวจทางภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน ภาพถ่ายรังสีปริทัศน์ และภาพถ่ายรังสีเซฟฟาโลเมทริกด้านข้าง พบก้อนทึบรังสีที่มีโครงสร้างคล้ายฟันหลายซี่ ล้อมรอบด้วยขอบเขตโปร่งรังสีแคบ ร่วมกับฟันดัดซี่กลางบนขวาไม่ขึ้น วินิจฉัยเบื้องต้นเป็นคอมพาวด์ไอodonโทมาในขากรรไกรบนส่วนหน้า รักษาด้วยการผ่าตัดนำรอยโรคออกทั้งหมดร่วมกับการผ่าตัดฟันฝัง และส่งตรวจยืนยันทางจุลพยาธิวิทยา หลังผ่าตัดแนะนำให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ

สรุป เด็กหญิงไทยอายุ 13 ปี มาด้วยอาการฟันดัดซี่กลางบนขวาไม่ขึ้น ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ไม่พบความผิดปกติของใบหน้า ผลการตรวจเป็นคอมพาวด์ไอodonโทมาในขากรรไกรบนส่วนหน้า รักษาด้วยการผ่าตัด หลังผ่าตัดไม่พบอาการแทรกซ้อน

คำสำคัญ คอมพาวด์ไอodonโทมา ฟันดัดซี่กลางบนไม่ขึ้น วัยรุ่น

ผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบ

ชววิช ศรีพงษ์

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย

E-mail: chawat0071234@gmail.com

Compound odontoma associated with the delayed eruption of a maxillary central incisor in an adolescent patient: Case report

Chawat Sripong (D.D.S)

Dental Department, Bangrakam Hospital, Phitsanulok, Thailand

Abstract

Introduction: Odontoma is a common odontogenic lesion that originates from tooth-forming tissues and is frequently associated with delayed or failed eruption of permanent teeth in children and adolescents. Odontoma can affect oral function, esthetics, and quality of life; therefore, regular dental check-ups, ideally once or twice a year, particularly during childhood when the transition from primary to permanent dentition occurs, are important for preventing complications, and minimizing impacts on long-term dental and maxillofacial development.

Objective: To present the clinical features, radiographic characteristics, diagnosis, and management of compound odontoma, a common odontogenic lesion frequently associated with delayed eruption of permanent teeth in pediatric and adolescent patients.

Case Presentation: A 13-year-old Thai female presented with delayed eruption of the maxillary right central incisor, which should normally erupt at 7–8 years of age. Clinical examination revealed no pain or swelling. Periapical, panoramic and lateral cephalometric radiographs demonstrated multiple tooth-like radiopaque structures surrounded by a narrow radiolucent rim, associated with an impacted right maxillary central incisor. The diagnosis of compound odontoma in the anterior maxilla was made. Surgical enucleation of the lesion was performed, along with the extraction of the embedded tooth. The diagnosis was confirmed by histopathological examination.

Conclusion: A 13-year-old Thai girl presented with an unerupted maxillary right central incisor. She had no history of regular dental check-ups, and no facial abnormalities were observed. The diagnosis was a compound odontoma in the anterior maxilla. The lesion was treated surgically, and no postoperative complications were noted.

Keywords: Compound odontoma, Delayed eruption of a maxillary central incisor, Adolescent

Corresponding author: Chawat Sripong Dental Department,
Bangrakam Hospital, Phitsanulok Province Thailand
E-mail: chawat0071234@gmail.com

การอ้างอิง

ชวัช ศรีพงษ์. คอมพาวด์โอดอนโทมาที่สัมพันธ์กับภาวะฟันดัดซี่กลางบนไม่ขึ้นในผู้ป่วยวัยรุ่น: รายงานผู้ป่วย. บุรพาเวชสาร. 2569; 13: 81-92.

Citation

Sripong C. Compound odontoma associated with the delayed eruption of a maxillary central incisor in an adolescent patient: Case report. Bu J Med. 2026; 13: 81-92.

บทนำ

โอดอนโตมา (odontoma) เป็นรอยโรคที่มีต้นกำเนิดจากเนื้อเยื่อสร้างฟัน จัดอยู่ในกลุ่มเนื้องอกที่มีองค์ประกอบของเยื่อบุผิวและเนื้อเยื่อมีเซนไคม์ร่วมกัน (benign mixed epithelial and mesenchymal odontogenic tumors) ตามการจัดจำแนกเนื้องอกและรอยโรคของศิริราช และล่าคอขององค์การอนามัยโลก¹ ได้ระบุว่าในเชิงพยาธิกำเนิด โอดอนโตมาไม่ใช่เนื้องอกที่แท้จริง แต่เป็นรอยโรคชนิดแฮมาร์โตมา (hamartomatous odontogenic lesion) เป็นความผิดปกติของการพัฒนาของเนื้อเยื่อที่มีองค์ประกอบของเนื้อเยื่อปกติในบริเวณนั้น แต่มีการจัดเรียงตัวที่ไม่เป็นระเบียบ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของกระบวนการพัฒนาการของฟัน โดยโอดอนโตมาสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ 1) คอมพาวด์โอดอนโตมา (compound odontoma) ซึ่งมีลักษณะภาพถ่ายรังสีเป็นโครงสร้างคล้ายฟันขนาดเล็กหลายซี่ ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาประกอบด้วย เคลือบฟัน เนื้อฟัน ซีเมนตัม และโพรงประสาทฟัน และ 2) คอมเพล็กซ์ โอดอนโตมา (complex odontoma) ซึ่งมีลักษณะภาพถ่ายรังสีเป็นก้อนทึบรังสี รูปร่างไม่เป็นระเบียบและและไม่สามารถรูปร่างคล้ายฟันอย่างชัดเจน ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาประกอบด้วย เคลือบฟัน เนื้อฟัน ซีเมนตัม และโพรงประสาทฟันที่รวมตัวกันอย่างไม่เป็นระเบียบ โอดอนโตมามักตรวจพบในผู้ป่วยช่วงอายุ 10-29 ปี โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศอย่างชัดเจน ตำแหน่งที่พบบ่อยแตกต่างกันตามชนิดของรอยโรค โดยคอมพาวด์โอดอนโตมาพบได้บ่อยบริเวณขากรรไกรบนส่วนหน้า ขณะที่คอมเพล็กซ์โอดอนโตมาพบได้บ่อยในบริเวณขากรรไกรล่างส่วนหลัง¹

สาเหตุของการเกิดโอดอนโตมายังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด โดยมีรายงานความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ ความผิดปกติทางพันธุกรรม ภาวะการทำงานมากเกินไปของเซลล์สร้างเนื้อฟันและการบาดเจ็บ² เนื่องจากรอย

โรคมักไม่แสดงอาการ โดยมักตรวจพบว่าการขึ้นของฟันแท้ล่าช้า มีการพัฒนาเป็นถุงน้ำหรือเนื้องอก และอาจส่งผลกระทบต่อความสวยงาม การพูด การบดเคี้ยวอาหาร คอมพาวด์โอดอนโตมาสามารถวินิจฉัยได้ค่อนข้างชัดเจนจากภาพถ่ายรังสี ลักษณะเป็นกลุ่มของโครงสร้างคล้ายฟันขนาดเล็กที่มีรูปร่างผิดปกติหลายซี่ ล้อมรอบด้วยบริเวณโปร่งแสงต่อรังสี ในทางตรงกันข้าม คอมเพล็กซ์โอดอนโตมาจะปรากฏเป็นก้อนของวัสดุที่มีการสะสมของแคลเซียม ลักษณะไม่เป็นระเบียบ โดยมีขอบโปร่งแสงต่อรังสีแคบล้อมรอบ³ โอดอนโตมาเป็นเนื้องอกที่มีต้นกำเนิดจากฟันซึ่งพบบ่อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.10 รองลงมาคือ อมีโลบลาสโตมาแบบคอนเวนชันแนล (conventional ameloblastoma) คิดเป็นร้อยละ 17.60⁴ ในประเทศไทย มีรายงานการศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลการตรวจชิ้นเนื้อของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 0-15 ปี โดยผลการศึกษาพบโอดอนโตมา ร้อยละ 16.20 ของถุงน้ำและเนื้องอกที่มีต้นกำเนิดจากฟัน⁵ โอดอนโตมามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะฟันผุ โดยฟันผุที่พบร่วมกับโอดอนโตมาบ่อยที่สุด ได้แก่ ฟันเขี้ยวล่าง รองลงมาคือฟันตัดซี่กลางบน และฟันเขี้ยวบน⁶

การวินิจฉัยแยกโรคของโอดอนโตมาควรพิจารณาจากทั้งข้อมูลทางคลินิก ลักษณะทางภาพถ่ายรังสีและผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา รอยโรคที่สำคัญในการวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่ โอดอนโตมาระยะกำลังพัฒนา (developing odontoma) และ อมีโลบลาสติกไฟโบรโอดอนโตมา (ameloblastic fibro-odontoma) ซึ่งอาจมีลักษณะทางพยาธิวิทยาคลายคลึงกัน โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นที่มีองค์ประกอบของเนื้อเยื่อสร้างฟันร่วมกัน นอกจากนี้ โอดอนโตมาชนิดคอมพาวด์ที่ปรากฏ เป็นโครงสร้างคล้ายฟันเพียงซี่เดียว (single denticle) อาจถูกวินิจฉัยแยกจากฟันเกิน (supernumerary tooth) ได้ใน

บางกรณี³ การวินิจฉัยโอดอนโทมา มักอาศัยการตรวจทางคลินิก ร่วมกับการตรวจภาพถ่ายรังสี ซึ่งมักแสดงลักษณะเป็นก้อนที่บ่งชี้ที่มีโครงสร้างคล้ายฟันหลายชิ้นล้อมรอบด้วยขอบเขตโปร่งรังสีแคบในกรณีของคอมพาวด์โอดอนโทมา อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยที่แน่ชัดจำเป็นต้องอาศัยการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ภายหลังการผ่าตัดนำรอยโรคออก โดยพบองค์ประกอบของเนื้อเยื่อฟัน ได้แก่ เคลือบฟัน เนื้อฟัน ซีเมนต์ และเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน ซึ่งมีการจัดเรียงตัวคล้ายโครงสร้างของฟันในกรณีของคอมพาวด์โอดอนโทมา หรือรวมตัวกันเป็นมวลเนื้อเยื่อฟันที่ไม่เป็นระเบียบในกรณีของคอมเพล็กซ์โอดอนโทมา⁷

การรักษาที่เหมาะสมสำหรับโอดอนโทมา คือ การผ่าตัดนำรอยโรคออก (surgical excision) โดยมุ่งเน้นการตัดรอยโรคออกให้หมด เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของรอยโรค วิธีการรักษาดังกล่าวมีอัตราความสำเร็จสูง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของรอยโรคต่ำ เมื่อสามารถนำรอยโรคออกได้อย่างสมบูรณ์⁸ และเทคนิคที่นิยมใช้คือ การผ่าตัดเลาะรอยโรคออกทั้งก้อน (enucleation) ร่วมกับการขูดรอยโรค (curettage) เพื่อให้สามารถตัดรอยโรคออกได้อย่างสมบูรณ์ พร้อมทั้งลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ⁹

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ นำเสนอความสำคัญของโอดอนโทมาชนิดคอมพาวด์ ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะฟันตัดซี่กลางบนไม่ขึ้นในผู้ป่วยวัยรุ่น

พร้อมทั้งแสดงแนวทางการวินิจฉัยและการรักษา โดยการผ่าตัดเลาะรอยโรคออกทั้งก้อน ร่วมกับการขูดรอยโรค อันเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาผู้ป่วยในลักษณะเดียวกัน

นำเสนอรายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป หญิงไทย อายุ 13 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดพิษณุโลก มารับบริการที่คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลบางระกำ ในเดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2568

อาการสำคัญ ฟันหน้าบนไม่ขึ้น

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน หญิงไทย มาด้วยอาการฟันตัดซี่กลางบนขวาไม่ขึ้น ภายหลังจากถอนฟันน้ำนมบริเวณดังกล่าวก่อนหน้า 9 เดือน ซึ่งถือว่าล่าช้ากว่าพัฒนาการปกติของฟันแท้ โดยฟันดังกล่าวควรขึ้นในช่วงอายุ 7-8 ปี ตำแหน่งดังกล่าวไม่มีอาการปวด บวม หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ ผู้ป่วยและผู้ปกครองสังเกตว่าฟันยังไม่ขึ้น แต่ไม่ได้เข้ารับการตรวจทางทันตกรรมอย่างต่อเนื่องในช่วงก่อนหน้านี้

ประวัติทางการแพทย์ ปฏิเสธโรคประจำตัว และการแพ้ยา

การตรวจภายนอกช่องปาก ใบหน้าผู้ป่วย สมมาตร ไม่บวม ไม่พบการเบี่ยงเบนของขาปาก ไม่พบเสียงขณะเคลื่อนไหวขากรรไกร ไม่พบอาการบวมหรือกดเจ็บบริเวณหน้าหู ไม่พบการโตของต่อมน้ำเหลืองใต้ขากรรไกรล่าง การทำงานของกล้ามเนื้อรอบริมฝีปากปกติ และผู้ป่วยอ้าปากได้กว้างปกติ

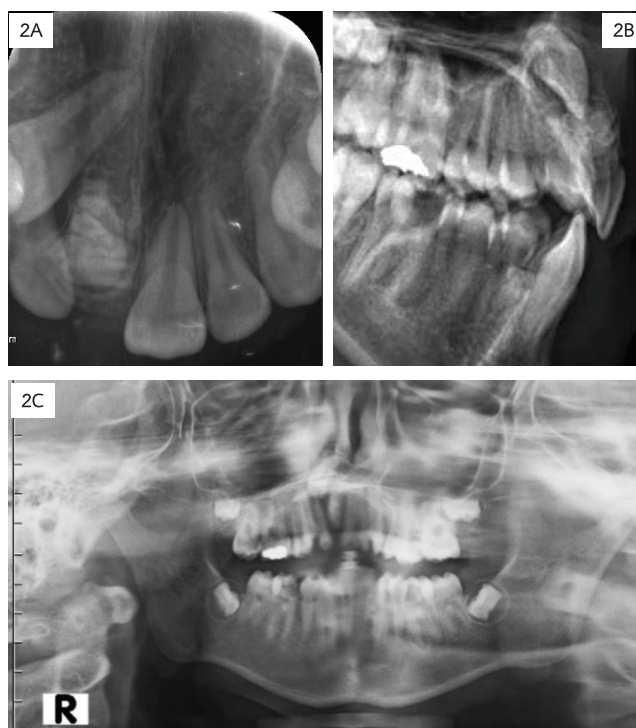
การตรวจภายในช่องปาก (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ภายในช่องปากก่อนการรักษา ไม่พบฟันดัดซี่กลางบนขวาและพบภาวะฟันซ้อนเก

จากรูปที่ 1 พบฟันผุในช่องปากหลายซี่ ฟันตกกระและฟันซ้อนเก มีเหงือกอักเสบเล็กน้อย ไม่พบฟันดัดซี่กลางบนขวาในช่องปาก

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 2A ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน; 2B ภาพถ่ายรังสีเซฟฟาโลเมทริกด้านข้าง และ 2C ภาพถ่ายรังสีปริทัศน์

จากรูปที่ 2 ในรูปที่ 2A แสดงภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันพบลักษณะเงาที่บรัสสิรูปร่างคล้ายฟัน (radiopaque mass tooth like structure) ซึ่งเล็ก ๆ ล้อมรอบด้วยเงาโปร่งรังสี และมีลักษณะของขอบที่ทึบแสง (sclerotic border) ขอบเขตชัดเจนขนาดประมาณ 12 x 9 มิลลิเมตร ร่วมกับมีฟันฝังฟันดัดซี่กลางบนขวา ภาพถ่ายรังสีเซเฟฟาโลเมทริกด้านข้าง (2B) และภาพถ่ายรังสีปริทัศน์ (2C) พบฟันดัดซี่กลางบนขวาอยู่ในตำแหน่งเหนือต่อลักษณะเงาที่บรัสสิรูปร่างคล้ายฟัน และอยู่หน้าต่อเพดานแข็งค่อนไปทางริมฝีปาก

การวินิจฉัยเบื้องต้น ผลจากการตรวจทางคลินิกและภาพถ่ายรังสี วินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นคอมพาวด์โอดอนโทมา ในกระดูกขากรรไกรบนร่วมกับฟันฝังของฟันดัดซี่กลางบนขวา

การรักษา

การทำศัลยกรรม (รูปที่ 3 และรูปที่ 4)

การวางแผนการรักษาและลำดับขั้นตอน

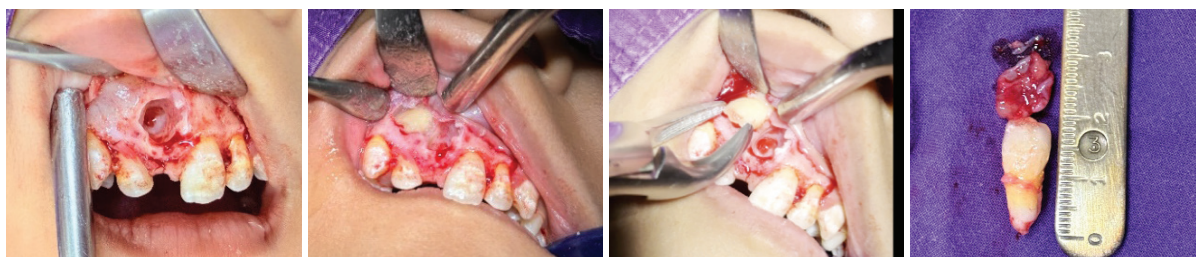
การรักษา ได้แนะนำผู้ปกครองและผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์จัดฟัน ณ ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลพุทธชินราช เพื่อพิจารณาการดัดฟันดัดซี่กลางบนขวา และอาจมีค่าใช้จ่าย รวมกับระยะเวลาการรักษาขึ้นกับแผนการรักษาของทันตแพทย์จัดฟัน ผู้ปกครองและผู้ป่วยไม่สะดวกไปรักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช และเลือกการรักษาต่อที่โรงพยาบาลบางระกำ โดยวางแผนการรักษา อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองทราบขั้นตอนการรักษา โดยการรักษาทางศัลยกรรมผ่าตัดคอมพาวด์โอดอนโทมาพร้อมกับผ่าตัดฟันฝังของฟันดัดซี่กลางบนขวาออก จ่ายยาบรรเทาอาการปวดและยาปฏิชีวนะ ภายหลังการรักษา ดัดใหม่หลังการผ่าตัด 7 วัน และนัดติดตามผลการรักษาในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน



รูปที่ 3 แสดงภาพผ่าตัดภายในช่องปากและเนื้องอกโอดอนโทมาที่ควักออกมา

จากรูปที่ 3 ภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ทำศัลยกรรมโดยใช้วิธีการเปิดแผ่นเหงือกแบบซองจดหมาย (envelop flap) ชนิดเต็มความหนา (full-thickness mucoperiosteal flap) ตั้งแต่ฟันดัดซี่ข้างบนซ้ายถึงฟันเขี้ยวบนขวา ระบุตำแหน่งเนื้องอก

จากภาพถ่ายรังสีโดยอยู่ในช่องว่างระหว่างฟันดัดซี่กลางบนซ้ายและฟันดัดซี่ข้างบนขวา ตามด้วยการกรอกกำจัดกระดูกบางส่วนจนพบเนื้องอกโอดอนโทมาและกรอกระดูกขยายขนาดประมาณ 10 x 10 มิลลิเมตรพอที่จะทำการควักกำจัดเนื้องอกโอดอนโทมาทั้งหมด



รูปที่ 4 ภาพผ่าตัดภายในช่องปากและการถอนฟันตัดซี่กลางบนขวาพร้อมถุงฟอลลิเคิล

จากรูปที่ 4 หลังจากกำจัดเนื้องอกออกทั้งหมดแล้ว ทำการผ่าตัดฟันฝังฟันตัดซี่กลางบนขวา ระบุตำแหน่งจากภาพถ่ายรังสีโดยอยู่ทางซ้ายมือและเหนือขึ้นไปจากเนื้องอก กรอกำจัดกระดูกบางส่วน

จนพบฟันตัดซี่กลางบนขวา กรอกระดูกจนพบส่วนบนสุดของตัวฟันและทำการถอนฟันตัดซี่กลางบนขวา โดยใช้ straight elevator และคีมถอนฟันบน และควักกำจัดถุงฟอลลิเคิลของฟันออกทั้งหมด นำตัวอย่างรอยโรคพร้อมกับเนื้อเยื่อแช่น้ำยาฟอร์มาลิน (10% Formaldehyde) ส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา



รูปที่ 5 ภาพภายในช่องปากระหว่างและหลังการผ่าตัด 5A แสดงโพรงกระดูกภายหลังการกำจัดรอยโรคโอดอนโทมาและการผ่าตัดฟันฝังฟันตัดซี่กลางบนขวา; 5B แสดงลักษณะแผลหลังการเย็บปิดแผ่นเหงือกด้วยไหมเย็บแผล

จากรูปที่ 5 ล้างแผลผ่าตัดด้วยน้ำเกลือ (0.90% NSS) ปิดแผ่นเหงือกกลับสู่ตำแหน่งเดิมและเย็บแผลแบบปมแยกชนิดธรรมดา (simple interrupted suture) ด้วยไหม 3-0 silk จำนวน 6 stitches ให้ยาปฏิชีวนะ amoxicillin 500 มิลลิกรัม จำนวน 20 เม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ Ibuprofen 200 มิลลิกรัม จำนวน 20 เม็ด รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

แนะนำผู้ป่วยกักตัวก๊อช 1-2 ชั่วโมง ประคบเย็น 24 ชั่วโมงแรก เพื่อลดอาการบวมตลอดจน

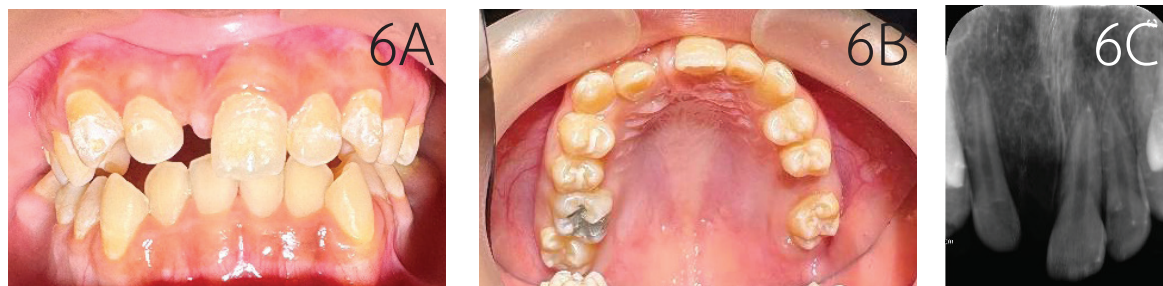
การดูแลแผล และการทำความสะอาดช่องปากต่อเนื่อง ตัดไหมภายหลังการรักษา 7 วัน นัดติดตามผลการรักษา ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยายืนยันเป็นคอมพาวด์โอดอนโทมา

ผลการรักษา

7 วัน หลังการรักษา ผู้ป่วยมาตามนัด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 129/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที และอุณหภูมิร่างกาย 36.30

องศาเซลเซียส ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด บริเวณแผล
ผ่าตัดไม่บวม แผลผ่าตัดหายดี พบคราบจุลินทรีย์
สะสมบริเวณฟันหน้าบนและล่างได้ทำการตัดไหม และ

แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก ระยะเวลา 1 เดือน
3 เดือน และ 6 เดือน หลังการรักษา ผู้ป่วยมาตามนัด
สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้ง 3 ครั้ง



รูปที่ 6 หลังการรักษา 6 เดือน 6A แสดงลักษณะช่องปากของผู้ป่วย; 6B ลักษณะช่องปาก ในขากรรไกรบน; 6C ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน

จากรูปที่ 6 พบฟันที่ได้รับการบูรณะด้วย
วัสดุอุดฟัน พบฟันตกกระในฟันบนและฟันซ้อนเก
เหงือกมีลักษณะปกติ บริเวณรอยโรคจากการผ่าตัด
พบว่า บาดแผลปิดสนิท ไม่พบอาการปวด บวม อาการ
อักเสบ หรือสัญญาณของการติดเชื้อของเนื้อเยื่อบริเวณ
แผลผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือรอยโรคเกิดซ้ำ
ภายหลังการผ่าตัด ใบหน้าสมมาตร ผู้ป่วยสามารถ
เคี้ยวอาหารได้ตามปกติ ภาพถ่ายรังสีรอบปลาย
รากฟันแสดงการหายของกระดูกบริเวณตำแหน่งผ่าตัด
โดยไม่พบร่องรอยของรอยโรคหรือความผิดปกติของ
กระดูกขากรรไกร

วิจารณ์

หญิงอายุ 13 ปี มีภาวะฟันตัดซี่กลางบนขา
ไม่ขึ้นร่วมกับรอยโรคโอดอนโทมา สอดคล้องกับ
รายงานก่อนหน้านี้ที่ระบุว่าโอดอนโทมา มักพบใน
ช่วงอายุ 10 - 29 ปี¹ และสอดคล้องกับการศึกษา
ก่อนหน้านี้ที่พบอุบัติการณ์ของโอดอนโทมาในกลุ่ม
ผู้ป่วย จำนวน 1,280 ราย อยู่ที่ร้อยละ 1.30 โดย
ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมีช่วงอายุระหว่าง 6- 17 ปี
ตำแหน่งที่พบรอยโรคบ่อยที่สุดคือบริเวณขากรรไกร
บนส่วนหน้า ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีความสัมพันธ์กับ
การรบกวนกระบวนการขึ้นของฟันแท้¹⁰ กรณีศึกษานี้มี

ภาวะฟันตัดซี่กลางบนไม่ขึ้นภายหลังการถอนฟันน้ำนม
ไปแล้วประมาณ 9 เดือน โดยไม่มีอาการปวดหรือบวม
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ da Silva VSA et al
ที่พบว่า โอดอนโทมา มีความสัมพันธ์กับภาวะฟันฝัง
โดยฟันฝังที่พบร่วมกับโอดอนโทมาบ่อยที่สุด ได้แก่
ฟันเขี้ยวล่าง ฟันตัดซี่กลางบน และฟันเขี้ยวบน ตาม
ลำดับ⁶

ลักษณะทางคลินิกดังกล่าวสอดคล้องกับ
รายงานก่อนหน้านี้ที่ระบุว่าโอดอนโทมา มักพบที่
ขากรรไกรบน โดยเฉพาะบริเวณด้านหน้า รอยโรค
ส่วนใหญ่ มักไม่มีอาการ และมักถูกตรวจพบโดยบังเอิญ
จากการตรวจภาพรังสีที่ทำด้วยเหตุผลอื่น โดยอาการ
ทางคลินิกที่พบบ่อยที่สุดคือการคงอยู่ของฟันแท้และ
การพบก้อนรอยโรค¹¹ ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นถึง
ความสำคัญของการตรวจทางรังสีในผู้ป่วยวัยเด็กและ
วัยรุ่นที่มีภาวะฟันไม่ขึ้น แม้จะไม่มีอาการทางคลินิกที่
ชัดเจน เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและวางแผนการรักษา
ได้อย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ในด้านลักษณะทางภาพถ่ายรังสี พบเป็นก้อน
ทึบรังสีที่ประกอบด้วยโครงสร้างแคลซิฟายด์ขนาดเล็ก
หลายชิ้น ซึ่งมีลักษณะคล้ายฟันปกติ และโดยรอบ
มักพบขอบเขตเป็นบริเวณโปร่งรังสีแคบ¹² รวมถึง
การศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า โอดอนโทมา มักไม่แสดง

อาการทางคลินิก และมักถูกตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจภาพถ่ายรังสีตามปกติ โอdontonโทมาชนิดคอมพาวด์ประกอบด้วยเนื้อเยื่อที่มีการแคลซิฟายด์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีลักษณะคล้ายฟัน หรืออาจปรากฏเป็นกลุ่มของฟันซี่เล็ก ๆ หลายซี่¹³ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโอdontonโทมาชนิดคอมพาวด์สามารถพบในภาพถ่ายรังสีในลักษณะเป็นมวลทึบรังสีที่มีขอบเขตไม่สม่ำเสมอและมีการจัดเรียงในรูปร่างคล้ายฟัน โดยรอบรอยโรคมักปรากฏขอบเขตเป็นบริเวณโปร่งรังสีล้อมรอบ² และการศึกษาที่พบหนึ่งในลักษณะทางภาพถ่ายรังสีเพื่อการวินิจฉัยแยกโรคของรอยโรคในขากรรไกรคือ ความทึบต่อรังสี (radiodensity) สำหรับรอยโรคชนิดทึบรังสี (radiopaque) สามารถจำแนกได้เป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ ชนิดทึบแน่น (densely sclerotic) ชนิดลักษณะคล้ายกระจกฝ้า (ground-glass) และชนิดผสมระหว่างการทำลายและการสร้างกระดูก (mixed lytic-sclerotic pattern) รอยโรคชนิดทึบแน่นส่วนใหญ่มักเป็นรอยโรคที่ไม่ร้ายแรง โดยพบได้ในภาวะต่าง ๆ เช่น โอdontonโทมา (odontoma) และซีเมนโตบลาสโตมา (cementoblastoma)¹⁴ ลักษณะดังกล่าวเป็นลักษณะเด่นที่พบได้บ่อยในโอdontonโทมาชนิดคอมพาวด์ ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะที่ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากรอยโรคชนิดอื่นในกระดูกขากรรไกร ลักษณะทางรังสีของผู้ป่วยรายนี้สอดคล้องกับลักษณะดังกล่าวอย่างชัดเจน จึงสนับสนุนการวินิจฉัยโอdontonโทมาชนิดคอมพาวด์ได้อย่างเหมาะสม

อะมีโลบลาสติกไฟโบรโอdontonโทมา (ameloblastic fibro-odontoma) เป็นเนื้องอกกำเนิดจากเนื้อเยื่อสร้างฟันที่พบค่อนข้างได้น้อยและมีการเจริญเติบโตช้า โดยอาจก่อให้เกิดการขยายตัวของขากรรไกรร่วมกับอาการปวด และภาวะต่อมน้ำเหลืองโตได้¹⁵ ในด้านภาพถ่ายรังสี รายงานก่อนหน้าระบุว่ารอยโรคส่วนใหญ่มักมีลักษณะเป็นรอยโรคแบบโพรงเดียว (unilocular) และ

แสดงภาพแบบผสมระหว่างโปร่งรังสีและทึบรังสี (mixed radiolucent-radiopaque)¹⁶ แม้ว่าอะมีโลบลาสติกไฟโบรโอdontonโทมาจะเป็นหนึ่งในรอยโรคที่ต้องพิจารณาในการวินิจฉัยแยกโรคของรอยโรคที่มีความสัมพันธ์กับฟันฝังในผู้ป่วยวัยเด็กและวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม ลักษณะทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วยรายนี้ไม่สอดคล้องกับลักษณะดังกล่าว เนื่องจากผู้ป่วยไม่แสดงอาการทางคลินิก เช่น การขยายตัวของขากรรไกรหรืออาการปวด และภาพถ่ายรังสีแสดงลักษณะเป็นก้อนทึบรังสีที่มีโครงสร้างคล้ายฟันอย่างชัดเจน ล้อมรอบด้วยขอบเขตโปร่งรังสีแคบ ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะของโอdontonโทมาชนิดคอมพาวด์มากกว่า

แนวทางการรักษาที่เหมาะสมสำหรับโอdontonโทมาคือการผ่าตัดนำรอยโรคออก ในกรณีที่โอdontonโทมามีความสัมพันธ์กับฟันฝัง อาจพิจารณาการเก็บรักษาฟันฝังไว้เพื่อรอการขึ้นของฟันตามธรรมชาติ หรือการเปิดเหงือกร่วมกับการดึงฟันด้วยการจัดฟัน ทั้งนี้ การติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอมีความสำคัญในการประเมินพยากรณ์โรคของฟันดังกล่าว¹⁷ อย่างไรก็ตาม แนวทางการรักษาด้วยการจัดฟันร่วมกับการดึงฟันฝังมีข้อจำกัดด้านระยะเวลา ค่าใช้จ่าย และความร่วมมือของผู้ป่วยในระยะยาวในผู้ป่วยรายนี้ การตัดสินใจเลือกการผ่าตัดเอาโอdontonโทมาออกพร้อมกับการผ่าตัดฟันฝังฟันตัดซี่กลางบนขวา พิจารณาจากตำแหน่งของฟันฝัง ความสัมพันธ์กับรอยโรค รวมถึงข้อจำกัดด้านการส่งต่อและการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกแนวทางการรักษาในทางปฏิบัติจริง รายงานผู้ป่วยฉบับนี้สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการวินิจฉัยรอยโรคที่ไม่แสดงอาการทางคลินิก และความซับซ้อนในการเลือกแนวทางการรักษาในผู้ป่วยวัยรุ่น ซึ่งต้องพิจารณาร่วมกันระหว่างปัจจัยทางคลินิก ลักษณะรอยโรค ตำแหน่งของฟันฝัง ตลอดจนข้อจำกัดด้านระบบบริการและบริบท

ของผู้ป่วยการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและการเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม

ภายหลังการรักษาด้วยวิธีศัลยกรรม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการติดตามผลเพื่อตรวจประเมินการหายของกระดูกขากรรไกร การเกิดรอยโรคซ้ำ และการพัฒนาการของแนวสบฟันในอนาคต ในกรณีที่ไม่สามารถฟันฟุในธรรมชาติได้ แนวทางการรักษาทางทันตกรรมบูรณะ เช่น การใส่รากฟันเทียม อาจพิจารณาเป็นทางเลือกในระยะยาวเมื่อการเจริญเติบโตของขากรรไกรสิ้นสุดลง เพื่อฟื้นฟูการใช้งานและความสวยงามของช่องปากอย่างเหมาะสม มีรายงานก่อนหน้านี้ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นอายุ 15 ปีที่มีโอดอนโทมาชนิดคอมพาวด์ร่วมกับฟันฝังฟันเขี้ยวบนซึ่งภายหลังการผ่าตัด ฟันดังกล่าวไม่เกิดการขึ้นตามธรรมชาติ และจำเป็นต้องติดตามผลในระยะยาวก่อนพิจารณาการรักษาด้วยการใส่รากฟันเทียมหลังจากครบระยะเวลา 4 ปี เพื่อฟื้นฟูการใช้งานและความสวยงามของช่องปากได้อย่างเหมาะสม¹⁸

ฟันตัดซี่กลางบนเป็นฟันที่มีความสำคัญด้านความสวยงามและการทำหน้าที่ โดยปกติจะขึ้นในช่วงอายุประมาณ 7 - 8 ปี แต่ผู้ป่วยรายนี้ อายุ 13 ปี มีภาวะฟันตัดซี่กลางบนขาไม่ขึ้นร่วมกับรอยโรคโอดอนโทมา ดังนั้นการที่ฟันไม่ขึ้นตามช่วงอายุดังกล่าว ควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุในกรณีนี้ หากผู้ป่วยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ช่วงที่ฟันควรขึ้น อาจสามารถตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่วัยแรก และวินิจฉัยรอยโรคได้เร็วขึ้น กรณีนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอปีละ 1-2 ครั้ง โดยเฉพาะในช่วงวัยเด็กที่มีการเปลี่ยนจากฟันน้ำนมเป็นฟันแท้ เนื่องจากหากผู้ป่วยได้รับการตรวจตั้งแต่ช่วงที่ฟันควรขึ้น อาจสามารถตรวจพบความผิดปกติและวินิจฉัยรอยโรคได้ตั้งแต่วัยแรก จะเอื้อต่อการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและอาจช่วยลดความซับซ้อนของการรักษา

สรุป

รายงานผู้ป่วยหญิงอายุ 13 ปี ที่มีภาวะฟันตัดซี่กลางบนขาไม่ขึ้น โดยมีสาเหตุจากรอยโรคโอดอนโทมาชนิดคอมพาวด์ในบริเวณขากรรไกรบนส่วนหน้า ซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบได้บ่อยและมีความสัมพันธ์กับการรบกวนกระบวนการขึ้นของฟันแท้ การตรวจทางภาพถ่ายรังสีพบลักษณะก้อนที่รังสีที่มีโครงสร้างคล้ายฟันหลายซี่ ล้อมรอบด้วยขอบเขตโปร่งรังสีแคบ ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะของคอมพาวด์โอดอนโทมา และช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากรอยโรคอื่นในกระดูกขากรรไกร เนื่องจากข้อจำกัดบางประการของครอบครัวที่ไม่สามารถไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ตติยภูมิตามที่ทันตแพทย์แนะนำได้ ผู้ปกครองและครอบครัวจึงตัดสินใจรับการรักษาผ่าตัดนำรอยโรคออกพร้อมกับการผ่าตัดฟันฝังของฟันตัดซี่กลางบนขาออก ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

References

1. Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A summary of the changes of the 2022 (5th) edition. *Turk Patoloji Derg.* 2022; 38: 168-84.
2. Barba LT, Campos DM, Rascón MMN, Barrera VAR, Rascón AN. Descriptive aspects of odontoma: literature review. *Rev Odont Mex.* 2016; 20: e265-9.
3. Chi AC, Neville BW. Odontogenic cysts and tumors. *Surg Pathol Clin.* 2011; 4: 1027-91.
4. Rees V, Klare M, Samaniego V, Leiva F, Jara R, Martínez Rondanelli B, et al. Epidemiological features of 4777 cysts and odontogenic tumors based on the 2022 WHO classification. *Oral Dis.* 2025; 31: 532-40.

5. Lapthanasupkul P, Juengsomjit R, Klanrit P, Taweechaisupapong S, Poomsawat S. Oral and maxillofacial lesions in a Thai pediatric population: a retrospective review from two dental schools. *J Med Assoc Thai.* 2015; 98: 291–7.
6. da Silva VSA, Pedreira RPG, Sperandio FF, Nogueira DA, de Carli ML, Hanemann JA. Odontomas are associated with impacted permanent teeth in orthodontic patients. *J Clin Exp Dent.* 2019; 11: e790–4.
7. 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: 1509.
8. Vered M, Wright JM. Update from the 5th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumors: odontogenic and maxillofacial bone tumours. *Head Neck Pathol.* 2022; 16: 63–75.
9. Machado C de V, Knop LAH, da Rocha MCBS, Telles PDS. Impacted permanent incisors associated with compound odontoma. *BMJ Case Rep.* 2015; 2015: bcr2014208201.
10. Cheng FC, Chang JYF, Chen MH, Chen YC, Chen HY, Wang YL, et al. Radiographic characteristics of odontomas in patients in the National Taiwan University Children's Hospital. *J Dent Sci.* 2023; 18: 392–9.
11. Hidalgo-Sánchez O, Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008; 13: E730–4.
12. de Oliveira BH, Campos V, Marçal S. Compound odontoma—diagnosis and treatment: three case reports. *Pediatr Dent.* 2001; 23: 151–7.
13. Gedik R, Müftüoğlu S. Compound odontoma: differential diagnosis and review of the literature. *West Indian Med J.* 2014; 63: 793–5.
14. Choi WJ, Lee P, Thomas PC, Rath TJ, Mogensen MA, Dalley RW, et al. Imaging approach for jaw and maxillofacial bone tumors with updates from the 2022 World Health Organization classification. *World J Radiol.* 2024; 16: 294–316.
15. Gogri AA, Kadam SG, Umarji HR, Jain PN. Ameloblastic fibro-odontoma differentiating into odontoma: an old concept revised. *J Indian Acad Oral Med Radiol.* 2014; 26: 310–4.
16. Buchner A, Kaffe I, Vered M. Clinical and radiological profile of ameloblastic fibro-odontoma: an update on an uncommon odontogenic tumor based on a critical analysis of 114 cases. *Head Neck Pathol.* 2013; 7: 54–63.
17. Bereket C, Çakır-Özkan N, Şener İ, Bulut E, Tek M. Complex and compound odontomas: analysis of 69 cases and a rare case of erupted compound odontoma. *Niger J Clin Pract.* 2015; 18: 726–30.
18. Cerci Akcay H, Sir E, Tas C, Akcay C, Aktoren O. The long-term management of a compound odontoma: successful implant rehabilitation after a four-year follow-up. *Cureus.* 2025; 17: e82960.