

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

รายงานผู้ป่วย การรักษาถุงน้ำปลายราก ในฟันแท่นซี่ตัดกลาง

A case report of radicular cyst of upper maxillary incisor

อภิญญา ศรีเลฆะรัตน์ ท.บ.

Apinya Srilekarat, D.D.S.

สถาบันราชประชาสมาสัย

Rajpracha Samasai Institute

Received: September 26, 2018

Revised: July 26, 2019

Accepted: August 1, 2019

บทคัดย่อ

ถุงน้ำปลายรากฟัน เป็นถุงน้ำที่พบบ่อยที่สุดของถุงน้ำที่มีสาเหตุมาจากฟัน ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดง และตรวจพบได้จากทางภาพถ่ายรังสี สาเหตุการเกิดถุงน้ำชนิดนี้เกิดจากการอักเสบบริเวณปลายรากฟัน ซึ่งมาจากการตายของเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน หรือการได้รับอุบัติเหตุ รายงานนี้เพื่อให้ทราบถึงการรักษาถุงน้ำปลายรากฟัน บทความนี้นำเสนอผู้ป่วยชายไทยอายุ 16 ปี ที่มาด้วยอาการสำคัญคือ ปวดบวมบริเวณฟันหน้า หลังได้รับอุบัติเหตุมาประมาณ 2 ปี จากภาพถ่ายรังสี พบเงาโปร่งรังสีรอบปลายรากฟัน ขนาดบริเวณปลายรากฟันซี่ #11, 12 พิจารณาให้การรักษารากฟันร่วมกับการผ่าตัดควักถุงน้ำออกทั้งหมด ติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการ และเงาโปร่งรังสีมีขนาดเล็กลง

Abstract

Radicular cysts are one of the most common odontogenic cysts. Radicular cysts are usually asymptomatic and are left unnoticed until detected by routine radiographic examination. They originate as a result of inflammation due to pulp necrosis or trauma. The purpose of this report was to study about the treatment of radicular cyst. In the case report presented, the 16-year-old male visited the dentist with chief complaint of pain and swelling gum at upper right anterior tooth, which he had been suffering for nearly two years as a result of an accident. Radiographic examination revealed radiolucency around an apex of tooth #11 and 12. The tooth was treated by endodontic treatment and enucleation. Subsequently, the patient had follow-up visits at 3 and 6 months and the success of the treatment was evident both clinically and radiographically during the follow-up period.

คำสำคัญ

ถุงน้ำปลายราก, การรักษาคลองรากฟัน,
การควักถุงน้ำออกทั้งหมด, อุบัติเหตุ

Keywords

radicular cyst, endodontic treatment,
enucleation, trauma

บทนำ

ถุงน้ำปลายรากฟัน (radicular cyst) หรือที่รู้จักว่า ถุงน้ำรอบรากฟัน (periapical cyst) มีจุดกำเนิดจาก เยื่อบุผิวตกค้างของมาลาสเซ (epithelial cell rests of Malassez) ซึ่งเป็นเซลล์ที่พบในเนื้อเยื่อปริทันต์ สาเหตุ การเกิดถุงน้ำชนิดนี้เกิดจากการอักเสบบริเวณปลาย รากฟัน โดยสาเหตุของการอักเสบนั้น มาจากการตายของ เนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน (pulp necrosis) หรือการได้รับ อุบัติเหตุ (trauma) ถุงน้ำปลายรากฟัน พบน้อยมาก ในฟันน้ำนม อุบัติการณ์เกิดถุงน้ำปลายรากฟันในฟันแท้ รวมทั้งฟันน้ำนมมีค่า 0.5-3.3%⁽¹⁾ โดยทั่วไปมักเกิดใน ช่วงอายุ 30-50 ปี โดยมากเกิดในเพศชายมากกว่า เพศหญิง และในช่องปากมักพบบริเวณขากรรไกรบนด้าน หน้า มากกว่าตำแหน่งอื่น⁽²⁾

ส่วนใหญ่ถุงน้ำปลายรากมักไม่มีการแสดง จนกระทั่งตรวจพบเจอจากภาพรังสี แต่บางครั้งเมื่อรอย โรคถุงน้ำดำเนินมาเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดอาการ เจ็บบวมได้ เช่น บวม ฟันโยก มีการดัน เคลื่อนฟันที่ ยังไม่ขึ้นได้⁽³⁾ ทางคลินิกจะแสดงให้เห็นว่า กระดูก ขากรรไกรบนมีการขยายทางด้านแก้มหรือเพดาน ส่วน ขากรรไกรล่าง มักขยายทางแก้ม พบน้อยมากที่ขยาย ทางด้านล่าง⁽⁴⁾

การให้การวินิจฉัยจะพิจารณาจากอาการทาง คลินิก ลักษณะภาพรังสี และลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา โดยลักษณะทางภาพรังสีจะปรากฏเป็นเงาโปร่งรังสี รูปกลมหรือรี ล้อมรอบไปด้วยขอบทึบรังสีบางๆ ขอบเขต ชัดเจนบริเวณปลายรากฟัน⁽⁵⁾

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของถุงน้ำปลายราก ส่วนใหญ่พบว่า ผนังถุงน้ำบุด้วยเยื่อบุผิวชนิดความมัน และมีความหนาประมาณ 1-50 ชั้น โดยร้อยละ 10.0 ของถุงน้ำปลายรากจะพบ Rushton's hyaline bodies ใน ชั้นเยื่อบุผิว นอกจากนี้ยังพบคอลเลสเตอรอลคริสตัล และพบเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบเฉียบพลัน ในชั้นเยื่อบุผิว ส่วนเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ อักเสบแบบเรื้อรัง พบในชั้นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน⁽⁶⁾

การรักษาฟันที่มีถุงน้ำปลายราก มักประเมิน จากลักษณะทางคลินิกของรอยโรค โดยถุงน้ำที่มี ขนาดเล็ก ใช้วิธีการรักษาลองรากฟันเพียงอย่างเดียว แต่ถ้า ถุงน้ำมีขนาดใหญ่ จะทำการรักษาลองรากฟัน ร่วมกับการ ใช้ศัลยกรรม เช่น การลดแรงดัน (decompression) การเปิดระบาย (marsupialization) และการควักออก (enucleation)⁽⁷⁾

บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยที่มีรอยโรคถุงน้ำ บริเวณฟันหน้า ซึ่งประสบความสำเร็จในการรักษา ด้วยการรักษาลองรากฟัน ร่วมกับการทำศัลยกรรมโดย การควักออก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 16 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว และปฏิเสธการแพ้ยา มาตรวจที่กลุ่มงานทันตกรรม สถาบันราชประชาสมาสัย ด้วยอาการปวดฟัน และบวม บริเวณฟันหน้าบนด้านขวา ให้ประวัติหกล้มฟันกระแทก มาเป็นเวลา 2 ปี จากการตรวจภายในช่องปากพบว่า บริเวณเหงือกฟันหน้าบนมีอาการบวม กดนิ่ม เจ็บ ไม่มี อาการชา บริเวณ #11, #12 ไม่พบรอยพุ รอยอุดและ รอยสี ฟัน #11 มีการโยกระดับ 1 ตอบสนองต่อการ เคาะ และไม่ตอบสนองต่อเครื่องทดสอบเนื้อเยื่อในด้วย ไฟฟ้า (electric pulp tester) ร่องลึกปริทันต์อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ส่วน #12 ไม่พบการโยก ไม่ตอบสนองต่อการเคาะ และตอบสนองต่อเครื่องทดสอบเนื้อเยื่อในด้วยไฟฟ้า ร่องลึกปริทันต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ

จากการตรวจทางภาพถ่ายรังสีแบบรอบปลาย รากพบว่า มีเงาโปร่งรังสีขนาด 1x1.5 เซนติเมตร ที่บริเวณปลายรากฟัน #11, #12 จากประวัติของผู้ป่วย ผลการตรวจทางคลินิก และผลการตรวจทางภาพถ่ายรังสี ให้การวินิจฉัยในผู้ป่วยรายนี้ว่า เป็นถุงน้ำปลายรากฟัน ซึ่งมีจุดกำเนิดของหนองที่ปลายรากฟัน จากการตายของ ฟันซี่ #11 แผนการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยครั้งแรกคือ เปิดระบายหนองผ่านทางรูเปิดโพรงประสาทฟันซี่ #11 ขณะทำการรักษามีของเหลวสีเหลืองขุ่นไหลจากคลองราก ล้างคลองรากด้วยน้ำยาคลอเฮกซีดิน 2% และให้ยา

ปฏิชีวนะ อะม็อกซิซิลลิน 500 มิลลิกรัม ร่วมกับเมโทรนิดาโซล ขนาด 400 มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหาร 3 มื้อ เป็นเวลา 5 วัน เพื่อรักษาอาการอักเสบและติดเชื้อ และให้ยาแก้ปวดพาราเซตามอล ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานเมื่อมีอาการปวด และนัดผู้ป่วยมารักษารากฟัน

ภายหลังการให้การบำบัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดและมีอาการบวมลดลง แต่ยังตอบสนองต่อการเคาะ ฟัน #11 ไม่พบการโยก จึงทำการรักษารากฟัน #11



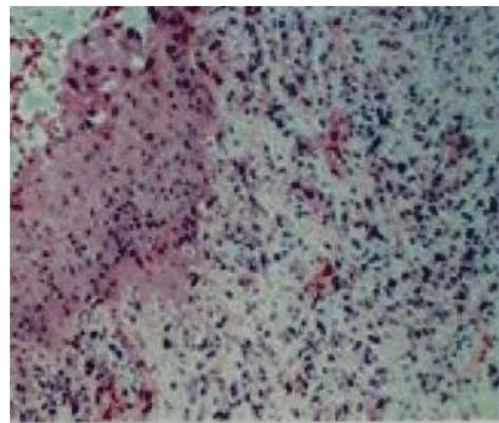
ภาพที่ 1 ภาพถ่ายรังสีก่อนการรักษา



ภาพที่ 2 ภาพถ่ายรังสีหลังการรักษาลงรากฟัน



ภาพที่ 3 การควักถุงน้ำบริเวณปลายรากฟันตัดกลาง
ด้านขวา



ภาพที่ 4 ลักษณะจุลพยาธิวิทยา แสดงให้เห็นว่า
บริเวณเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมีเซลล์อักเสบ

ภายหลังการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ผลการตรวจได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นถุงน้ำปลายราก นัดหมายผู้ป่วยมาติดตามการรักษา 3 เดือน และ 6 เดือน โดยภาพถ่ายรังสีพบว่า เงามดำโปร่งรังสีมีขนาดเล็กลง



ภาพที่ 5 ภาพถ่ายรังสี หลังการควักถุงน้ำ 6 เดือน



ภาพที่ 6 ภาพถ่ายในช่องปากหลังการควักถุงน้ำ 6 เดือน

วิจารณ์

ถุงน้ำปลายราก เป็นถุงน้ำที่พบมากที่สุดที่เกิดในขากรรไกร โดยพบร้อยละ 52.0 ถึง 68.0 ของถุงน้ำที่เกิดในขากรรไกร⁽⁸⁻⁹⁾ ถุงน้ำปลายรากทั่วไปมีจุดกำเนิดมาจากการได้รับอุบัติเหตุหรือจากเชื้อโรคฟันผุ โดยที่ฟันผุนั้นทำให้เกิดการอักเสบในโพรงประสาทฟัน แล้วนำไปสู่การตายของเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน การติดเชื้อบริเวณปลายรากเรื้อรัง จะนำไปสู่การเกิดถุงน้ำปลายราก⁽¹⁰⁾ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยให้ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดถุงน้ำปลายราก

พยาธิสภาพของถุงน้ำปลายราก แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะของการเริ่มต้น ระยะของการฟอร์มตัว และระยะของการขยายขนาด⁽¹¹⁾ ถุงน้ำปลายรากโดยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ และมักตรวจพบเจอจากการตรวจจากภาพถ่ายรังสี ดังนั้นการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ ควรมีการตรวจทางภาพรังสีเพื่อช่วยประเมิน ส่วนใหญ่พื้นที่เกี่ยวข้องมักเป็นพื้นที่ไม่มีชีวิต และมักมีอาการเปลี่ยนสี

การรักษาถุงน้ำปลายราก หากมีขนาดเล็ก การรักษาคลองรากฟัน อาจจะสามารถรักษาถุงน้ำปลายรากให้หายได้ แต่หากถุงน้ำปลายรากนั้นมีขนาดใหญ่ อาจต้องทำการรักษา ร่วมกับการผ่าตัด เช่น การควักออกทั้งหมด การผ่าระบายหนองให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกตลอดเวลา หรือการลดแรงดันก่อน แล้วจึงทำการควักออกทั้งหมด⁽¹²⁾ วิธีการผ่าตัดจะขึ้นอยู่กับขนาด และตำแหน่งของรอยโรค โดยพิจารณาการขยายขนาดเข้าไปในกระดูก และตำแหน่งที่ใกล้เคียงกับอวัยวะสำคัญ ข้อบ่งชี้ในการผ่าระบายหนองให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกตลอดเวลา คือ ถุงน้ำขนาดใหญ่ในตำแหน่งฟันล่าง ซึ่งอยู่ในตำแหน่งที่ใกล้กับคลองประสาทขากรรไกรล่าง (mandibular canal) หรือรูเปิดข้างคาง (mental foramen)⁽¹³⁾ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ถุงน้ำปลายรากมีขนาดใหญ่ จึงวางแผนการรักษาโดยการรักษาคคลองรากฟัน ร่วมกับการทำศัลยกรรม โดยเลือกวิธีควักออกทั้งหมด เนื่องจากถุงน้ำไม่ใกล้เคียงกับอวัยวะสำคัญ

ในผู้ป่วยรายนี้ มีรอยโรคที่ปลายรากฟัน #11, #12 เนื่องด้วยฟัน #12 ไม่พบการโยก ไม่ตอบสนองต่อการเคาะ และตอบสนองต่อเครื่องทดสอบเนื้อเยื่อในด้วยไฟฟ้า ร่องลึกปริทันต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงพิจารณาผ่าตัดติดตามอาการ แม้การติดตามผลพบขนาดรอยโรคเล็กลงแล้ว ยังต้องติดตามผลการรักษาต่อ ซึ่งอาจพบว่า ฟันซี่ข้างเคียงแสดงอาการผิดปกติ ทำให้ต้องการรักษาคคลองรากฟันเพิ่มได้

สรุป

การตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอในฟันที่ได้รับอุบัติเหตุเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากในระยะแรกผู้ป่วยมักไม่แสดงอาการ แต่หากมีการติดเชื้อเป็นระยะเวลานานสามารถทำให้เกิดถุงน้ำปลายรากขึ้นได้ ดังนั้นการตรวจคัดกรองจากภาพรังสีอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถตรวจพบรอยโรคในระยะแรกได้ โดยหากพบพยาธิสภาพในระยะแรก การรักษาสามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน ซึ่งการรักษาถุงน้ำปลายราก ปัจจุบันมักใช้วิธีการที่ไม่ผ่าตัด อย่างไรก็ตาม ขึ้นอยู่กับขนาดและขอบเขตของรอยโรคด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Shear M. Cysts of the oral regions. 2nd ed. Bristol: John Wright and Sons; 1983.
2. Joshi NS, Sujana SG, Rachappa MM. An unusual case report of bilateral mandibular radicular cysts. Contemp Clin Dent 2011;2:59-62.
3. 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.
4. Shear M. Cysts of the oral regions. 3rd ed. Boston: Wright; 1992.
5. Cawson RA, Odell EW, Porter S. Cawson's essentials of oral pathology and oral Medicine. 7th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2002.
6. Nrupal P. Histopathological features of radicular cyst [Internet]. [cited 2019 Jul 31]. Available from: <http://radicularcyst.tripod.com/id5.html>
7. Ribeiro Paulo Domingos, Gonçalves Eduardo S, Neto Eduardo S. Surgical approaches of extensive periapical cyst. Considerations about surgical technique. Salusvita Bauru 2004;23:317-28.
8. Riachi F, Tabarani C. Effective management of large radicular cysts using surgical enucleation vs. marsupialization. Int Arab J Dent 2010;1:44-51.
9. Latoo S, Shah AA, Jan SM, Qadir S, Ahmed I, Purra AR, et al. Radicular cyst. JK Science 2009;11:187-9.
10. Weber AL, Kaneda T, Scrivani SJ, Aziz S. Jaw: cysts, tumors and nontumorous lesions. In: Som PM, Curtin HD, editors. Head and neck imaging. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2003. p. 930-4.
11. Jansson L, Ehnevid H, Lindskog S, Blomlöf L. Development of periapical lesion. Swed Dent J 1993;17:85-93.
12. Bodner L. Cystic lesions of the jaws in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2002;62:25-9.
13. Delilbasi C, Yuzbasioglu E, Aydin K. Complete healing of radicular cysts only by marsupialization. J Clin Case Rep 2012;2:199.