

ฟันเกินหลายซี่ตำแหน่งฟันกรามน้อยในผู้ป่วยที่ไม่มีกลุ่มอาการของโรค: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ครองพร คงครองทอง*

บทคัดย่อ

ภาวะฟันเกิน (supernumerary teeth) เป็นภาวะที่มีการสร้างจำนวนฟันมากกว่าปกติ ฟันเกินพบได้บ่อยในชุดฟันแท้มากกว่าฟันน้ำนม กรณีฟันเกินหลายซี่ตำแหน่งฟันกรามน้อยในผู้ป่วยที่ไม่มีกลุ่มอาการของโรคนั้นพบได้น้อยมาก มักพบในขากรรไกรล่างมากกว่าขากรรไกรบน โดยทั่วไปจะมีรูปร่างและขนาดเหมือนหรือใกล้เคียงกับฟันปกติ ฟันเกินส่งผลกระทบให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางทันตกรรม เช่น ฟันเกินงอกขึ้นมาในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถงอกขึ้นได้ รวมทั้งสามารถพัฒนาเป็นถุงน้ำได้ ฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยมักไม่มีอาการทางคลินิก ตรวจพบได้จากการถ่ายภาพรังสี ทางเลือกในการรักษาวิธีหนึ่งคือ การถอนฟันหรือการผ่าตัดนำฟันเกินออก โดยระยะเวลาที่เหมาะสมในการรักษา คือ เมื่อฟันแท้ซี่ข้างเคียงเกิดการสร้างรากฟันที่สมบูรณ์แล้ว เพื่อลดการทำอันตรายต่อรากฟันแท้จากการทำหัตถการ รายงานฉบับนี้เป็นการรายงานผู้ป่วยที่มีฟันเกินหลายซี่ตำแหน่งฟันกรามน้อยในผู้ป่วยที่ไม่มีกลุ่มอาการของโรคจำนวน 1 ราย พบฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยในขากรรไกรบนจำนวน 1 ซี่ และในขากรรไกรล่างจำนวน 3 ซี่ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนำฟันเกินที่ฝังในกระดูกขากรรไกรออก การติดตามผลการรักษาไม่พบภาวะแทรกซ้อนกับฟันปกติและอวัยวะใกล้เคียง

คำสำคัญ : ฟันเกิน, ฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อย

* ท.บ., ป. บัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล) ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลกันตัง 39 ถนนควนทองสี่ ตำบลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 92110 อีเมล: krongphon.ko@gmail.com

Nonsyndromic Multiple Supernumerary Premolars: a Case Report

| *Krongphon Kongkrongtong**

Abstract

Supernumerary teeth are those which occur in excess of the usual number of teeth. Although the prevalence is rare, multiple supernumerary teeth frequently develop in mandibular region. The presence of supernumerary premolars may associate with various complications such as cystic lesion formation. Most of them are usually asymptomatic, but may be incidentally detected through clinical or radiographic examinations. Early diagnosis and appropriate treatment time by tooth extraction or surgical removal are important to prevent subsequent complications. In this case report, four supernumerary premolars were diagnosed in both maxilla and mandible. Treatment planning and surgical removal were performed. At follow-up visit, there were no any complications found.

Keywords : supernumerary teeth, supernumerary premolars

* D.D.S., Higher Grad. Dip. In Clin. Sc. (Oral and Maxillofacial Surgery) Kantang hospital, 39 Kuantongsri Road, Kantang District, Trang Province 92110 E-mail: krongphon.ko@gmail.com

บทนำ

ภาวะฟันเกิน (supernumerary teeth) เป็นภาวะที่มีการสร้างจำนวนฟันมากกว่าปกติ ซึ่งสามารถพบได้ทั้งใน ระยะฟันน้ำนมและฟันแท้ คิดเป็นร้อยละ 0.3-0.8 และ 0.1-3.8 ตามลำดับ¹ ตำแหน่งที่พบฟันเกินได้บ่อยที่สุดคือ บริเวณฟันหน้าในขากรรไกรบน ส่วนฟันเกินตำแหน่งฟันกราม น้อยพบอุบัติการณ์ได้น้อยเพียงแค่ร้อยละ 9 ของฟันเกิน ทั้งหมด² และพบได้บ่อยในชุดฟันแท้ ฟันเกินสามารถ พบข้างเดียวหรือพบทั้งสองข้างของขากรรไกร ส่วนใหญ่ พบเพียงซี่เดียวหรือสองซี่ภายในช่องปากและมักจะพบใน บริเวณฟันหน้าของขากรรไกรบน ในขณะที่ฟันเกินหลายซี่ใน ช่องปากนั้นพบได้น้อยมากคือ น้อยกว่าร้อยละ 1 ของฟันเกิน ทั้งหมด³ จากรายงานการศึกษาของ Yusuf⁴ พบว่าอุบัติการณ์ ของการเกิดฟันเกินหลายซี่ในขากรรไกรล่างนั้นมีสูงกว่า ในขากรรไกรบน 8-10 เท่า โดยที่ร้อยละ 44.8 เกิดในตำแหน่ง ฟันกรามน้อยของขากรรไกรล่าง⁵ ซึ่งเมื่อเทียบกับการเกิด ซี่ฟันเกินทั้งหมดภายในช่องปาก โอกาสที่จะพบฟันเกิน ในตำแหน่งฟันกรามน้อยนั้นมีต่ำมากเพียงแค่ร้อยละ 0.075-0.266

สาเหตุของการเกิดฟันเกินยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียาหลายทฤษฎีที่ได้ถูก กล่าวถึง ได้แก่ 1) ทฤษฎีวิวัฒนาการชาติพันธุ์ (atavism) ได้มีการตั้งข้อสันนิษฐานว่า เนื่องจากในอดีตบรรพบุรุษ ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมมีฟันจำนวน 44 ซี่ ดังนั้นซี่ฟันเกินจึง อาจจะเป็นการเจริญของฟันซึ่งได้สูญพันธุ์ไปแล้วแต่กลับมา ปรากฏในมนุษย์ปัจจุบัน 2) ทฤษฎีการแบ่งเนื้อเยื่อต้นกำเนิด ฟัน (tooth germ dichotomy) กล่าวว่าในระยะแรกของการ เจริญฟัน หากแถบเยื่อผิวต้นกำเนิดฟัน (dental lamina) มีการแบ่งตัวออกเป็น 2 ส่วนที่เท่ากัน จะทำให้เกิดฟันปกติ และฟันเกินที่มีขนาดเท่ากัน แต่ในกรณีที่แถบเยื่อผิว ต้นกำเนิดฟันมีการแบ่งตัวออกเป็น 2 ส่วนที่ไม่เท่ากัน จะทำให้ เกิดฟันปกติ 1 ซี่และฟันเกินที่มีขนาดเล็กกว่าปกติหรือมี รูปร่างผิดปกติ (dysmorphic tooth) และ 3) ทฤษฎีภาวะ ทำงานมากเกินไปของแถบเยื่อผิวต้นกำเนิดฟัน (dental lamina hyperactivity) โดยปกติแล้วแถบเยื่อผิวต้นกำเนิดฟัน จะมีการสลายตัวเมื่อฟันแท้มีการสร้างตัวฟันเสร็จสมบูรณ์ แต่ในกรณีที่แถบเยื่อผิวต้นกำเนิดฟันไม่มีการสลายตัวและได้

รับการกระตุ้นจากการอักเสบเฉพาะที่หรือเกิดแรงดัน ที่ผิดปกติจากการขยายตัวของขากรรไกร จะสามารถ เหนี่ยวนำให้เกิดการแบ่งตัวที่มากเกินไปของแถบเยื่อ ิวดั้งเดิมทำให้เกิดการพัฒนาเป็นซี่ฟันเกินได้ ซึ่งทฤษฎีนี้ ได้รับความเชื่อถือมากที่สุดในปัจจุบัน^{2,3,7,8}

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดฟันเกินเชื่อว่าเกิดจากปัจจัยทาง สิ่งแวดล้อมร่วมกับปัจจัยทางพันธุกรรม¹ ปัจจัยทางพันธุกรรม ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากมีหลายการ ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีฟันเกินหลายซี่ในช่องปาก ส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการของโรค (syndrome) บางประเภท ได้แก่ ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (cleft lip and palate) กลุ่มอาการการ์เดนเนอร์ (Gardner syndrome) และ โรคไคลโดเครเนียลดิสออสโตซิส (cleidocranial dysostosis) ซึ่งล้วนแต่เป็นโรคที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม^{1-3,9} นอกจากนี้ยังพบว่าฟันเกินในชุดฟันแท้จะพบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า จึงเชื่อว่ามี ความเกี่ยวข้องกับทาง พันธุกรรมที่ผูกพันกับเพศ (sex-linked genes)^{2, 10}

การแบ่งชนิดของฟันเกินนั้นสามารถแบ่งได้หลายวิธี เช่น 1) แบ่งตามลักษณะรูปร่างของซี่ฟันเกิน ได้แก่ รูปรูท (conical shape) รูปแท่ง (tubercular shape) รูปเหมือนฟัน ปกติ (supplemental shape) และรูปแบบผิดปกติไม่แน่นอน (odontoma) 2) แบ่งตามตำแหน่งที่พบในขากรรไกร ได้แก่ ฟันเกินบริเวณตรงกลางระหว่างฟันตัดกลาง (mesiodens) ฟันเกินบริเวณรอบข้างของฟันกราม (paramolar) และ ฟันเกินที่ขึ้นด้านหลังของฟันกรามซี่สุดท้าย (distomolar) 3) แบ่งตามทิศทางการวางตัวของฟัน ได้แก่ แนวปกติ (vertical หรือ normal) แนวย้อนกลับ (inverted) และ แนวขวาง (horizontal)^{1,3,11}

ฟันเกินที่เกิดขึ้นในตำแหน่งฟันกรามน้อยสามารถ ส่งผลให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนในช่องปากต่อฟันปกติ หรืออวัยวะข้างเคียงได้ เช่น ฟันเกินงอกขึ้นมาในตำแหน่ง ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถงอกขึ้นได้ ทำให้ฟันเกิดการซ้อนเก ฟันห่าง ฟันบิดหมุน ฟันแท้เคลื่อนที่จากตำแหน่งเดิม การสบฟันผิดปกติ ฟันน้ำนมไม่หลุดออกตามเวลา ฟันแท้ขึ้น ช้ากว่าปกติ เกิดการโค้งงอหรือการละลายของรากฟันแท้ที่ ข้างเคียง อาจส่งผลต่อความมีชีวิตของฟัน รวมทั้งสามารถ พัฒนาเป็นถุงน้ำได้^{1-3, 9, 12}

การวินิจฉัยฟันเกินจะอาศัยอาการทางคลินิก ร่วมกับภาพถ่ายรังสี ซึ่งการตรวจทางคลินิกจะสามารถวินิจฉัยได้ก็ต่อเมื่อซี่ฟันเกินนั้นมีการขึ้นมาภายในช่องปากแล้ว แต่พบว่าฟันเกินมากกว่าร้อยละ 75 ไม่มีอาการทางคลินิกและไม่สามารถงอกขึ้นมาจากช่องปากได้¹¹ ฟันเกินจึงมักถูกพบโดยบังเอิญโดยทันตแพทย์หรือพบในภาพถ่ายรังสี สำหรับภาพถ่ายรังสีที่นิยมใช้ในการตรวจฟันเกิน ได้แก่ ภาพรังสีรอบปลายรากฟัน (periapical radiograph) และภาพรังสีปริทัศน์ (panoramic radiograph)⁷ นอกจากนี้มีการถ่ายภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ (computed tomography) หรือการถ่ายภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ชนิดโคนบีม (cone-beam computed tomography) ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้มองเห็นภาพเป็น 3 มิติ ช่วยลดปัญหาเรื่องการซ้อนทับของอวัยวะที่อยู่ในแนวรังสี รวมทั้งยังช่วยให้ทันตแพทย์สามารถระบุตำแหน่งและประเมินความเกี่ยวข้องกับอวัยวะข้างเคียงก่อนทำการรักษาโดยการผ่าตัดนำฟันเกินออก¹



ก



ข

รูปที่ 1 ลักษณะภายในช่องปากของผู้ป่วยก่อนการรักษา

ก) ขากรรไกรบน ข) ขากรรไกรล่าง พบฟันเกินบริเวณด้านลิ้นของฟันซี่ 34-35 (ลูกศร)

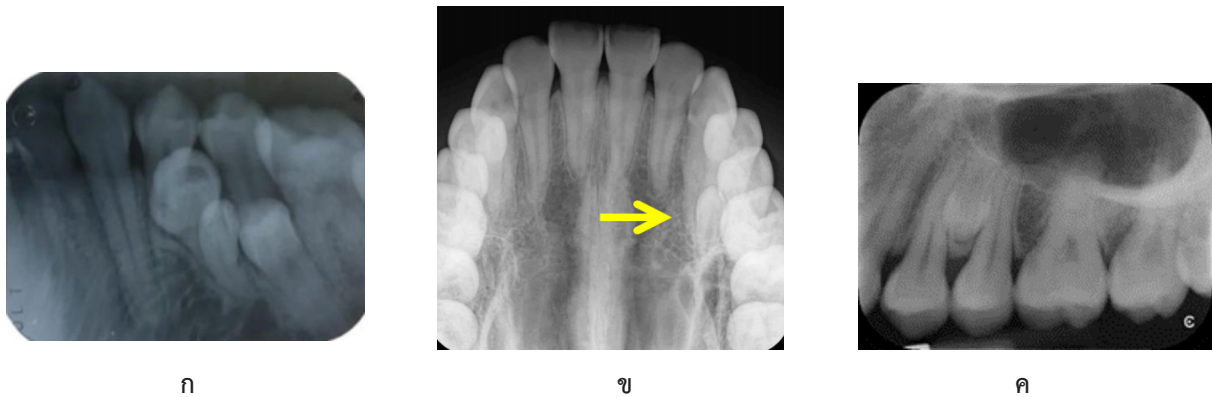
การตรวจภายนอกช่องปาก พบใบหน้าสมมาตร ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต อ้าปากได้ปกติ การตรวจภายในช่องปาก มีลักษณะปกติ ในขากรรไกรบนไม่พบฟันเกินขึ้นมาจากช่องปาก ในขากรรไกรล่างพบฟันเกิน 1 ซี่ ขึ้นมาจากช่องปากบางส่วน บริเวณด้านลิ้นระหว่างฟันกรามน้อยล่างด้านซ้ายซี่ 34 และ 35 และคลำพบรอยบุ๋มแข็ง (bony hard consistency) ทางด้านลิ้น (รูปที่ 1) ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันบริเวณฟันกรามน้อยล่างด้านซ้าย พบฟันเกินจำนวน 3 ซี่ บริเวณระหว่างฟันกรามล่างด้านซ้ายซี่ 34 และ 36 มีรูปร่างเหมือนฟันปกติจำนวน 2 ซี่ และรูปร่างกรวยจำนวน 1 ซี่ ทิศทางการ

รายงานฉบับนี้นำเสนอรายงานผู้ป่วยที่มีฟันเกินหลายซี่ตำแหน่งฟันกรามน้อยในผู้ป่วยที่ไม่มีกลุ่มอาการของโรคจำนวน 1 ราย ผู้ป่วยรายนี้มีฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยจำนวน 4 ซี่ อยู่ในกระดูขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง เป็นฟันเกินที่ฝังในกระดูขากรรไกรไม่สามารถงอกออกมาในช่องปาก ซึ่งทำการรักษาโดยการผ่าตัดเอาซี่ฟันเกินที่ฝังในกระดูขากรรไกรออกและติดตามผลหลังการรักษา

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 26 ปี สถานภาพโสด ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและสารใด ๆ ผู้ป่วยเข้ามารับบริการทางทันตกรรมที่โรงพยาบาลกันตัง ด้วยอาการสำคัญคือ รู้สึกว่ามีฟันคุดในช่องปาก ต้องการตรวจดู ไม่เคยมีอาการปวดฟันหรือผิบบกใด ๆ ในช่องปาก จากการตรวจสภาพร่างกายโดยทั่วไป ไม่พบความผิดปกติใด ๆ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 103/56 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที

วางตัวของฟันเป็นแนวปกติ (รูปที่ 2 ก) นอกจากนี้มีการส่งภาพถ่ายรังสีภาพรังสีกั๊ดสแปโทโปกราฟี (occlusal topographic radiograph) เพื่อตรวจฟันเกินในตำแหน่งอื่น ๆ ในช่องปาก พบฟันเกินจำนวน 1 ซี่ บริเวณด้านเพดานระหว่างฟันกรามน้อยบนด้านซ้ายซี่ 24 และ 25 และจากภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันบริเวณฟันกรามน้อยบนด้านซ้าย พบว่าฟันเกินซี่ดังกล่าวมีรูปร่างเป็นรูปกรวย ทิศทางการวางตัวของฟันเป็นแนวปกติ (รูปที่ 2 ข และ ค) ให้การวินิจฉัยเป็น multiple supernumerary premolars



ก

ข

ค

รูปที่ 2 ก) ภาพถ่ายรังสีรอบปลายราก พบฟันเกิน 3 ซี่
ข) ภาพถ่ายรังสีภาพรังสีกัดสบโทโปกราฟฟิก พบฟันเกิน 1 ซี่ (ลูกศร)
ค) ภาพถ่ายรังสีรอบปลายราก พบฟันเกิน 1 ซี่

แผนการรักษาของผู้ป่วยรายนี้คือ การผ่าตัดนำฟันเกินในขากรรไกรบนและขากรรไกรล่างด้านซ้ายออก โดยแบ่งการรักษาออกเป็น 2 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งแรกทำการผ่าตัดนำฟันเกินในขากรรไกรล่างด้านซ้ายออกก่อนการรักษาได้อธิบายขั้นตอนการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการทำหัตถการแก่ผู้ป่วย เริ่มต้นหัตถการด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ โดยทำการฉีดยาชาสกัดเส้นประสาทอินฟีเรียร์ อัลวิโอลาร์ (inferior alveolar nerve) เส้นประสาทลิ้น (lingual nerve) และฉีดยาชาเฉพาะที่ด้านแก้มบริเวณฟันกรามน้อยล่างด้านซ้าย (buccal infiltration) ในการทำหัตถการครั้งนี้ทำการเปิดแผ่นเหงือกทางด้านลิ้น เนื่องจากมองเห็นฟันเกินได้ในทางคลินิกและมีรอยบุ๋ม ทางด้านลิ้น โดยลงรอยกรีดตามร่องเหงือก (sulcular incision) จากด้านใกล้กลางของฟันซี่ 31 ถึงด้านใกล้กลางด้านของฟันซี่ 36 ใช้วิธีการเปิดแผ่นเหงือกแบบของจดหมาย (envelop flap) ชนิดเต็มความหนา (full thickness mucoperiosteal flap) เพื่อป้องกันอันตรายต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทลิ้น เมื่อเปิดแผ่นเหงือกพบฟันเกินซี่แรกและซี่ที่สองซึ่งมีกระดูกปกคลุมอยู่บางส่วน นำฟันเกินซี่แรกออกและกรอกระดูกรอบ ๆ ฟันเกินออกเพื่อให้พื้นที่ทำการรักษามองเห็นฟันเกินซี่ที่สองและ สามได้ชัดเจน จากนั้นนำฟันเกินที่เหลือออก หลังการทำหัตถการได้ฟันเกินจำนวน 3 ซี่ มีรูปร่างเหมือนฟันปกติจำนวน 2 ซี่ รูปร่างกรวยจำนวน 1 ซี่ มีรูปร่างเช่นเดียวกับที่มองเห็นในภาพรังสี (รูปที่ 3) ทำความสะอาดแผลบริเวณที่ผ่าตัด พบว่ามีกระดูกงอกเข้าฟันปกคลุมบาง ๆ

บริเวณรากฟันแท้ของฟันที่อยู่ในบริเวณผ่าตัด หลังจากนั้นทำการเย็บปิดแผลโดยใช้การเย็บแผลแบบรอยเย็บเดียว (simple interrupted suture)

การรักษาครั้งที่ 2 ทำการผ่าตัดนำฟันเกินในขากรรไกรบนด้านซ้ายออก เริ่มต้นหัตถการในช่องปากด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ โดยทำการฉีดยาชาสกัดเส้นประสาทเกรทเทอร์พาลาติน (greater palatine nerve) นาโซพาลาติน (nasopalatine nerve) และฉีดยาชาเฉพาะที่ด้านแก้มบริเวณฟันกรามน้อยบน ในการทำหัตถการครั้งนี้ทำการเปิดแผ่นเหงือกทางด้านเพดานปาก เนื่องจากฟันเกินซี่นี้มองไม่เห็นในทางคลินิกจึงต้องอาศัยการถ่ายภาพรังสีกัดสบโทโปกราฟฟิกเพื่อระบุตำแหน่งของฟันเกิน ลงรอยกรีดตามร่องเหงือกจากด้านใกล้กลางของฟันซี่ 22 ถึงด้านใกล้กลางด้านของซี่ 26 ใช้วิธีการเปิดแผ่นเหงือกแบบของจดหมายชนิดเต็มความหนา เพื่อป้องกันการทำอันตรายต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทเกรทเทอร์พาลาติน เมื่อเปิดแผ่นเหงือก พบกระดูกงอกเข้าฟันปกคลุมบาง ๆ โดยทำการระบุตำแหน่งของฟันเกินโดยอ้างอิงจากภาพถ่ายรังสี จากนั้นทำการกรอกระดูกงอกเข้าฟันออกจนมองเห็นตัวฟันเกินได้ชัดเจน นำฟันเกินออก หลังการทำหัตถการได้ฟันเกินจำนวน 1 ซี่ มีรูปร่างกรวย (รูปที่ 4) ทำความสะอาดแผลบริเวณที่ผ่าตัด พบว่ามีกระดูกปกคลุมบริเวณรากฟันแท้ของฟันที่อยู่ในบริเวณผ่าตัด หลังจากนั้นทำการเย็บปิดแผลโดยใช้การเย็บแผลแบบรอยเย็บเดียว ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการทำหัตถการทั้งสองครั้ง ประกอบด้วยการกักก๊อชเพื่อทำการ

ห้ามเลือด ประคบเย็นเพื่อลดอาการบวม จ่ายยาแก้ปวด เพื่อลดอาการปวดที่เกิดขึ้น และจ่ายยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

การติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์หลังการทำหัตถการทั้ง 2 ครั้ง เพื่อทำการตัดไหม ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ พบว่าการหายของแผลเป็นไปอย่างปกติ ไม่มีหนอง ไม่มีเลือดออกผิดปกติ ไม่มีอาการชาที่ริมฝีปากล่าง

ฟันบริเวณใกล้เคียงที่ทำให้หัตถการไม่มีอาการโยก ติดตามผลการรักษาเพิ่มเติมที่ 1.5 เดือนหลังการผ่าตัดนำฟันเกินบริเวณขากรรไกรบนด้านซ้ายออก และ 3 เดือนหลังการผ่าตัดนำฟันเกินบริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้ายออก (รูปที่ 5) ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และทำการตรวจความมีชีวิตของฟัน (vitality test) ในฟันแท้บริเวณที่ทำการผ่าตัด มีการตอบสนองปกติ สามารถใช้ฟันเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ



ก



ข

รูปที่ 3 ก) ฟันเกินที่มองเห็นหลังการเปิดแผ่นเหงือกและกรอกระดูกที่ปกคลุมออก
ข) ฟันเกินในขากรรไกรล่างด้านซ้าย



ก



ข

รูปที่ 4 ก) ฟันเกินที่มองเห็นหลังการเปิดแผ่นเหงือกและกรอกระดูกที่ปกคลุมออก
ข) ฟันเกินในขากรรไกรบนด้านซ้าย



ก



ข

รูปที่ 5 ก) ติดตามผลการรักษา 1.5 เดือนหลังการผ่าตัดฟันเกินบริเวณขากรรไกรบนด้านซ้าย
ข) ติดตามผลการรักษา 3 เดือนหลังการผ่าตัดฟันเกินบริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้าย

บทวิจารณ์

ฟันเกินในช่องปากมักพบโดยบังเอิญเนื่องจากผู้ป่วยมักไม่มีอาการทางคลินิก เช่นเดียวกับในรายงานผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งมาด้วยอาการสำคัญคือ รู้สึกว่ามีฟันคุดในช่องปาก ไม่เคยมีอาการผิดปกติใด ๆ จากการตรวจในช่องปากตรวจพบฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยหลายซี่ทั้งในขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ไม่มีกลุ่มอาการของโรค ในการศึกษาของ Acikgöz¹³ พบว่าฟันเกินหลายซี่ในผู้ป่วยที่ไม่มีกลุ่มอาการของโรคนั้นพบได้น้อยเพียงร้อยละ 0.06 เท่านั้น โดยฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยส่วนมากจะพบในตำแหน่งด้านลิ้น มีแนววางตัวของฟันตั้งตรง^{2,14} มีรูปร่างลักษณะและขนาดเหมือนหรือใกล้เคียงกับฟันปกติ อย่างไรก็ตามมีรายงานผู้ป่วยที่พบฟันเกินมีรูปร่างกรวยหรือรูปร่างลักษณะขนาดเล็กกว่าฟันปกติได้ในฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยในขากรรไกรบน⁷ สอดคล้องกับที่พบในรายงานผู้ป่วยรายนี้มีฟันเกินจำนวน 4 ซี่ พบในขากรรไกรล่างทางด้านลิ้น มีรูปร่างเหมือนกับฟันปกติ และในขากรรไกรบนทางด้านเพดานปากมีรูปร่างรูปกรวย แนววางตัวของฟันเกินในทั้งขากรรไกรบนและล่างแนวตั้งตรง

ในการศึกษาของ Solares² และ Hyun⁶ ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยที่มีฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยพบว่าฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยหลายซี่นั้น เกิดขึ้นได้ในจุดภาคใดจุดภาคหนึ่งหรือหลายจุดภาคของขากรรไกร ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการถ่ายภาพรังสีกัดสบโทโปกราฟฟิกและภาพรังสีกัดสบ

แนวตัดขวาง (occlusal cross-sectional radiograph) เพื่อช่วยในการค้นหาฟันเกินในตำแหน่งอื่นในช่องปาก พบฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อยจำนวน 1 ซี่ ในขากรรไกรบนด้านซ้าย นอกเหนือจากฟันเกินที่มองเห็นจากในช่องปากและไม่พบฟันเกินเพิ่มเติมในตำแหน่งอื่น

ภาพถ่ายรังสีถือว่ามีส่วนสำคัญในการช่วยวินิจฉัย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินขนาด รูปร่าง ตำแหน่ง การพัฒนาของรากฟันของฟันเกิน รอยโรคหรือพยาธิสภาพที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างฟันเกินกับรากฟันและอวัยวะข้างเคียง ซึ่งเทคนิคการถ่ายภาพรังสีภายนอกช่องปากด้วยวิธีถ่ายภาพรังสีปริทัศน์เป็นวิธีที่ได้รับการนิยมนำมาใช้ในการประเมินเบื้องต้น เนื่องจากสามารถแสดงลักษณะโดยรวมของซี่ฟันทั้งหมดในช่องปากและรายละเอียดของกระดูกขากรรไกรได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การถอนฟันหรือการผ่าตัดนำฟันเกินออกมีประสิทธิภาพ จึงมีการนำภาพถ่ายรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์หรือภาพถ่ายรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ชนิดโคนบีบมาใช้ เนื่องจากช่วยลดปัญหาเรื่องการซ้อนทับของอวัยวะที่อยู่ในแนวรังสี ภาพที่ได้มีความคมชัดและละเอียดกว่าภาพถ่ายรังสีทั่วไป ช่วยในการประเมินความเกี่ยวข้องกับอวัยวะข้างเคียงได้^{1,15,16} แต่ยังมีข้อด้อยคือ ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับภาพถ่ายรังสีในช่องปากหรือนอกช่องปากที่ใช้ทั่วไป และมีข้อจำกัดคือ มีค่าใช้จ่ายสูงและเครื่องมือมีความซับซ้อนต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ^{16, 17} ดังนั้น

จึงต้องพิจารณาถึงข้อดีและข้อด้อยของวิธีนี้ สำหรับการประเมินก่อนการทำหัตถการในผู้ป่วยรายนี้ จึงใช้ภาพถ่ายรังสีในช่องปากเป็นหลัก เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเครื่องถ่ายภาพรังสีนอกช่องปาก ซึ่งมีเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทาง โดยภาพถ่ายรังสีในช่องปากเพียงพอในการประเมินก่อนการผ่าตัด โดยใช้ภาพถ่ายรอบรากฟันช่วยในการประเมินจำนวน ขนาด รูปร่างของฟันเกินและความสัมพันธ์กับรากฟันและอวัยวะข้างเคียง และใช้การถ่ายภาพรังสีกั๊ดสปีโทโปกราฟีฟิ ช่วยในการระบุตำแหน่งของซี่ฟันเกินให้มีความแม่นยำมากขึ้น การถ่ายภาพรังสีทั้งสองวิธีนี้จะได้ภาพถ่ายภาพรังสีที่ตั้งฉากซึ่งกันและกัน เมื่อนำข้อมูลจากภาพถ่ายรังสีทั้งสองภาพมาประกอบกันจะได้ความสัมพันธ์ครบทั้ง 3 มิติ¹⁴ นอกจากนี้ยังมีอีกวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการระบุตำแหน่งฟันเกินคือ การถ่ายภาพรังสีรอบรากฟันมาฉายในระนาบแนวนอนหลายมุม ซึ่งทำได้โดยเคลื่อนแนวรังสีท่ามุม 15 องศาไปทางด้านใกล้กลาง (mesial shift) หรือด้านไกลกลาง (distal shift) จากแนวปกติ การแปลผลภาพรังสีใช้หลักการคือ หากฟันเกินเคลื่อนที่ไปในทิศทางเดียวกับกระดูกบังรังสี แสดงว่าฟันอยู่ด้านเพดานปากหรือด้านลิ้น (same lingual opposite buccal: SLOB)^{3, 18}

การวางแผนการรักษาฟันเกินมีข้อพิจารณาคือ ชนิด ตำแหน่งของฟันเกิน ระยะเวลาที่พบฟันเกิน ปัญหาแทรกซ้อนในช่องปากและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยที่ข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาโดยการถอนฟันและการผ่าตัดนำฟันเกินออกคือ 1) ฟันเกินไปขัดขวางการขึ้นของฟันแท้หรือทำให้ฟันแท้ขึ้นช้ากว่าปกติ ส่งผลให้ฟันปกติขึ้นผิดตำแหน่ง บิดหมุนหรือซ้อนเก ขึ้นมาในช่องปากแล้วเกิดขัดขวางการบดเคี้ยว 2) ฟันเกินนั้นขัดขวางการรักษาทางทันตกรรม เช่น การฝังรากฟันเทียม การจัดฟัน เป็นต้น และ 3) ฟันเกินนั้นก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนหรือมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพกับกระดูกขากรรไกรหรือซี่ฟันแท้ปกติข้างเคียง¹⁴ การศึกษาของ Bodin¹⁹ ได้รายงานว่ามีย่อยยะ 2 ของฟันเกิน ตำแหน่งฟันกรามน้อยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพโดยระยะเวลาที่เหมาะสมในการถอนฟันหรือการผ่าตัดนำฟันเกินออกนั้นยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ Rajab³ แนะนำให้นำฟันเกินออกเร็วที่สุดหลังตรวจพบ เพื่อป้องกันปัญหาแทรกซ้อนในช่องปาก โดยเฉพาะเมื่อฟันเกินขัดขวางการขึ้นของฟันปกติ

ขัดขวางการรักษาจัดฟันหรือมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น ในขณะที่บางการศึกษาได้แนะนำให้รอจนกว่ารากฟันแท้ของฟันซี่ข้างเคียงมีการพัฒนาขึ้นสมบูรณ์ก่อน เพื่อลดการทำอันตรายต่อรากฟันแท้จากการทำหัตถการ²⁰ อีกสิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาทางเลือกในการวางแผนการรักษาคือ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เนื่องจากตำแหน่งของฟันกรามน้อยอยู่ใกล้กับเส้นประสาทเมนทัล (mental nerve) เส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวิโอลาร์ และเส้นประสาทลิ้น การผ่าตัดนำฟันเกินออกอาจจะทำให้เกิดการชาของเส้นประสาทได้^{5, 12}

ส่วนอีกทางเลือกหนึ่งของแผนการรักษาคือการติดตามฟันเกินเป็นระยะ ๆ โดยไม่ต้องนำฟันเกินออกสามารถทำได้ ถ้าฟันเกินเรียงตัวอยู่ในแนวปกติของฟันแท้ ไม่มีปัญหาแทรกซ้อนในช่องปาก หรือการผ่าตัดมีความเสี่ยงในการทำอันตรายต่อฟันและอวัยวะข้างเคียง รวมทั้งกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาโรคทางระบบที่ไม่สามารถทำการถอนฟันหรือการผ่าตัดได้^{9, 12, 18} ในบางกรณีทันตแพทย์อาจจะพิจารณานำฟันเกินขึ้นมาในช่องปากแทนที่ฟันธรรมชาติ ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาจากทั้งศัลยแพทย์ช่องปากและทันตแพทย์จัดฟันร่วมกัน

การวางแผนการรักษาของผู้ป่วยรายนี้ขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ สุขภาพของผู้ป่วย จำนวน รูปร่าง ตำแหน่งของฟันเกิน ความสมบูรณ์ของรากฟันแท้บริเวณที่ทำการผ่าตัด ปัญหาแทรกซ้อนในช่องปากและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ในผู้ป่วยรายนี้มีฟันเกินที่ขึ้นมาในช่องปากอยู่นอกเหนือแนวการเรียงตัวของฟันปกติ อาจเกิดฟันผุหรือโรคปริทันต์ได้จากการที่มีซอกกักเก็บคราบจุลินทรีย์ และจากภาพถ่ายรังสีพบว่าตำแหน่งของฟันเกินอยู่ใกล้กับรากฟันปกติข้างเคียง มีความเสี่ยงที่ฟันเกินทำให้เกิดการละลายของรากฟันข้างเคียงในอนาคตได้ เมื่อพิจารณาถึงข้อดีและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้แล้ว การผ่าตัดนำฟันเกินออกถือเป็นทางเลือกที่เหมาะสม โดยสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการผ่าตัดนำฟันเกินออกคือ การทำอันตรายต่อรากฟันปกติบริเวณที่ทำการผ่าตัดและการทำอันตรายต่อเส้นเลือดหรือเส้นประสาทที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่การรักษาจึงต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว และจากการติดตามผลการรักษาหลังทำการผ่าตัด ไม่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนกับฟันและอวัยวะใกล้เคียง

บทสรุป

ผู้ป่วยรายนี้มาพบทันตแพทย์ด้วยมีฟันเกินตำแหน่ง ฟันกรามน้อยขึ้นมาในช่องปาก แต่จากการถ่ายภาพรังสี ทำให้พบฟันเกินเพิ่มเติมที่อยู่ในขากรรไกรไม่สามารถงอกออกมาในช่องปาก แม้ว่าฟันเกินหลายซี่ตำแหน่งฟันกรามน้อย ในผู้ป่วยที่ไม่มีกลุ่มอาการของโรคพบได้น้อยมาก ผู้ป่วย มักไม่มีอาการทางคลินิก แต่สามารถส่งผลให้เกิดข้อแทรกซ้อน ทางทันตกรรมได้หลายประการ การใช้ภาพถ่ายรังสีเพิ่มเติม นอกเหนือจากการตรวจในคลินิกเป็นส่วนสำคัญช่วยในการ วินิจฉัยและประเมินทางเลือกในการรักษา ระยะเวลาที่ทำการ รักษา เพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม การถอน ฟันหรือการผ่าตัดนำฟันเกินออกเป็นทางเลือกหนึ่งในการ รักษาฟันเกินตำแหน่งฟันกรามน้อย ต้องทำในช่วงเวลาที่ เหมาะสมและทำอันตรายต่อฟันและอวัยวะข้างเคียงให้ น้อยที่สุดเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด

บรรณานุกรม

1. Shah A, Gill DS, Tredwin C, Naini FB. Diagnosis and management of supernumerary teeth. Dent Update. 2008;35:510-20.
2. Solares R, Romero MI. Supernumerary premolars: a literature review. Pediatr Dent. 2004;26:450-8.
3. Rajab LD, Hamdan MA. Supernumerary teeth: review of the literature and a survey of 152 cases. Int J Pediatr Dent. 2002;12:244-54.
4. Yusof WZ. Non-syndrome multiple supernumerary teeth: literature review. J Can Dent Assoc. 1990;56:147-9.
5. Ramakrishna A, Rajashekarappa K. Multiple Supplemental Supernumerary Premolars: Unusual Presentation in a Nonsyndrome Patient. Case Rep Dent. 2013;2013:614807.
6. Hyun HK, Lee SJ, Ahn BD, Lee ZH, Heo MS, Seo BM, et al. Nonsyndromic Multiple Mandibular Supernumerary Premolars. J Oral Maxillofac Surg. 2008;66:1366-9.
7. Khalaf K, Al Shehadat S, Murray CA. A Review of Supernumerary Teeth in the Premolar Region. Int J Dent. 2018;6289047.
8. Khalaf K. Supernumerary teeth-review of aetiology, sequelae, diagnosis and management: part II. Int J Adv Res. 2016;4:1363-75.
9. Al-Zuriqat S GT, Markovitsi E. Supernumerary Premolars - A Case Report. Balk J Stom. 2009;13:172-6.
10. Wang XP, Fan J. Molecular genetics of supernumerary tooth formation. Genesis. 2011;49:261-77.
11. Khalaf K. Supernumerary teeth-review of prevalence and characteristics: part I. Int J Adv Res. 2016;4:1356-62.
12. Amaral D, Muthu MS. Supernumerary teeth: review of literature and decision support system. Indian J Dent Res. 2013;24:117-22.
13. Açikgöz A, Açikgöz G, Tunga U, Otan F. Characteristics and prevalence of non-syndrome multiple supernumerary teeth: a retrospective study. Dentomaxillofac Radiol. 2006;35:185-90.
14. Andreasen JO, Sewerin IP. Impacted supernumerary teeth. In: Andreasen JO, Peterson JK, Laskin DM, editors. Textbook and color atlas of tooth impactions: diagnosis, treatment, prevention. 1st ed. Copenhagen: Munksgaard; 1997. p. 93-110.
15. Liu DG, Zhang WL, Zhang ZY, Wu YT, Ma XC. Three-dimensional evaluations of supernumerary teeth using cone-beam computed tomography for 487 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007;103:403-11.
16. Katheria BC, Kau CH, Tate R, Chen JW, English J, Bouquot J. Effectiveness of impacted and supernumerary tooth diagnosis from traditional radiography versus cone beam computed tomography. Pediatr Dent. 2010;32:304-9.

17. Kim KD, Ruprecht A, Jeon KJ, Park CS. Personal computer-based three-dimensional computed tomographic images of the teeth for evaluating supernumerary or ectopically impacted teeth. *Angle Orthod.* 2003;73:614-21.

18. Garvey MT, Barry HJ, Blake M. Supernumerary teeth-an overview of classification, diagnosis and management. *J Can Dent Assoc.* 1999;65:612-6.

19. Bodin I, Julin P, Thomsson M. Hyperodontia. I. Frequency and distribution of supernumerary teeth among 21,609 patients. *Dentomaxillofac Radiol.* 1978;7:15-7.

20. Kaya GŞ, Yapıcı G, Ömezli MM, Dayı E. Non-syndromic supernumerary premolars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011;16:522-5.