

ถุงน้ำปลายรากบริเวณขากรรไกรบน

ญาวิตา ตั้งปอง *

บทคัดย่อ

ถุงน้ำปลายรากเป็นถุงน้ำในกระดูกขากรรไกรที่พบมากที่สุด โดยถูกจัดอยู่ในประเภทถุงน้ำอักเสบในการวินิจฉัยถุงน้ำปลายราก จากภาพถ่ายรังสีนั้นต้องมีความสัมพันธ์กับฟันที่ไม่มีชีวิตเสมอ การรักษาถุงน้ำปลายรากมีตั้งแต่การรักษาคลองรากฟันโดยไม่ผ่าตัด ไปจนถึง การผ่าตัดควักถุงน้ำออก รายงานผู้ป่วยนี้นำเสนอการผ่าตัดควักถุงน้ำปลายรากร่วมกับการถอนฟันในผู้ป่วยชายไทยอายุ 26 ปี มาพบ ทันตแพทย์ด้วยอาการบวมเพดานปากด้านขวาและเหงือกบนขวา มา 3 วัน มีอาการปวดเล็กน้อย ฟันซี่ 12 และ 13 ไม่ตอบสนองต่อการทดสอบด้วยเครื่องทดสอบการตอบสนองของเนื้อเยื่อในโพรงฟันต่อการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการควักถุงน้ำออก ทั้งหมดและส่งตรวจชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นถุงน้ำปลายราก ทั้งนี้ผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้มาตามนัดหลังการผ่าตัด ควักถุงน้ำ และกลับมาพบทันตแพทย์อีกครั้งหลังผ่าตัดควักถุงน้ำเป็นเวลา 1 ปี 8 เดือน จากภาพถ่ายรังสีบริเวณที่มีการควักถุงน้ำออก พบว่ามีการสร้างกระดูกใหม่ทดแทนบริเวณโพรงกระดูกเดิม จากนั้นได้ให้การรักษาต่อโดยการถอนฟันซี่ 12 และ 13 ร่วมกับการใส่ฟันเทียม หลังนัดดูอาการ 2 ปีหลังผ่าตัดควักถุงน้ำ ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำอีก

คำสำคัญ : ถุงน้ำปลายราก (radicular cyst), การผ่าตัดควักถุงน้ำ, การตรวจทางพยาธิวิทยา

* ท.บ. ประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก, (ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล)

Email : aom_yawita@hotmail.com

Maxillary radicular cyst

Yawita Tangpong*

Radicular cysts are the most common cystic lesions of the jaws related with non-vital tooth . The treatment of radicular cyst is root canal treatment or extraction with or without surgical removal periapical lesion . In the presenting case report, the 26-year-old man visited the dentist with pain and swelling at the maxillary anterior region for 3 days. Oral examination showed tooth #12 and 13 not response to EPT .Complete enucleation and biopsy was done. The definitive diagnosis with histopathology was radicular cyst. After cyst enucleation,patient was miss an appointment and the non-vital tooth were not been treaed. 1 year and 8 months later, patient came back with no sign and symptom, the radiographic shown bone regeneration of the defeced area. Tooth #12 and 13 was extracted and the denture was done . 2 year after radicular cyst was removed, no sigh of recurrence was observed.

Key words : Clinical Nursing Practice Guideline, Prevent Venous Thromboembolism, Orthopedic Patients

* D.D.S. /Higher Graduate Diploma Program in Clinical sciences, Email : aom_yawita@hotmail.com

บทนำ

ถุงน้ำหรือซิสต์ (cyst) มีรากศัพท์มาจากคำว่าไคซิส (kysis) ในภาษากรีกที่แปลว่าถุง (sac or bladder) ถุงน้ำคือช่องว่างทางพยาธิสภาพที่ถูกล้อมรอบด้วยเยื่อบุผิว^{1, 2} ถุงน้ำบริเวณขากรรไกรและใบหน้าแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือถุงน้ำที่มีสาเหตุจากเนื้อเยื่อสร้างฟัน (odontogenic cyst) ซึ่งเป็นถุงน้ำที่พบได้มากที่สุดบริเวณขากรรไกรและใบหน้า (maxillofacial) และถุงน้ำที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากเนื้อเยื่อสร้างฟัน (non-odontogenic cyst) ถุงน้ำที่มีสาเหตุจากเนื้อเยื่อสร้างฟัน ได้ถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือคือ กลุ่มถุงน้ำที่เกิดจากการเจริญผิดปกติ (developmental group) และกลุ่มถุงน้ำที่เกิดจากการอักเสบ (inflammatory group)

ถุงน้ำปลายรากฟัน (radicular หรือ periapical หรือ apical periodontal cyst) จัดอยู่ในกลุ่มถุงน้ำที่มีสาเหตุจากเนื้อเยื่อสร้างฟันที่เกิดจากการอักเสบ (odontogenic inflammatory cyst) นี้ เป็นถุงน้ำชนิดที่พบได้บ่อยในกระดูกขากรรไกร โดยพบประมาณร้อยละ 52-68 ของถุงน้ำในกระดูกขากรรไกรทั้งหมด³⁻⁶ พบในกระดูกขากรรไกรบนมากกว่ากระดูกขากรรไกรล่าง โดยเฉพาะส่วนหน้าของกระดูกขากรรไกรบนจะเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด^{5, 6} พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง^{3,4,6} ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี^{3, 6} และพบน้อยมากในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 10 ปี^{2, 5, 6}

ถุงน้ำปลายรากเกิดจากเยื่อบุผิวตกค้างของมาลาเซซ (epithelial cell rests of Malassez) ซึ่งเป็นเซลล์ที่พบได้ในเนื้อเยื่อยึดปริทันต์ โดยถูกกระตุ้นจากกระบวนการอักเสบบริเวณรอบปลายรากฟันหลังการตายของเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันจากโรคฟันผุหรือการกระแทกอย่างรุนแรง¹ ลักษณะทางภาพถ่ายรังสีของถุงน้ำปลายรากโดยมากจะปรากฏเป็นรอยดำรูปวงกลมหรือวงรี ขอบเขตชัดเจนและมีเส้นขอบขาวที่บ่งชี้อันเนื่องมาจากการยึดขยายมาจากผิวกระดูกเข้าฟัน (lamina dura) ของฟันที่เป็นสาเหตุ แต่ในรายที่มีการติดเชื้อหรือมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วของถุงน้ำอาจทำให้ไม่ปรากฏลักษณะของเส้นขอบขาวที่บ่งชี้การทำให้เกิดการละลายของรากฟันข้างเคียงหรือการเปื่อยรากฟันจนรากฟันเคลื่อนไปจากตำแหน่งเดิมจากถุงน้ำปลายรากนั้นพบได้ไม่บ่อย^{6,8} ปกติถุงน้ำปลายรากจะมีขนาดได้ตั้งแต่เส้นผ่านศูนย์กลางเล็กกว่า 1 เซนติเมตร จนไปถึงมีขนาดใหญ่

มากได้หากไม่ได้รับการรักษา แต่การวินิจฉัยเบื้องต้นจากอาการทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีว่าเป็นถุงน้ำปลายรากนั้นจะทำต่อเมื่อขนาดของรอยโรคปลายรากจากภาพถ่ายรังสีมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางตั้งแต่ 2 เซนติเมตรขึ้นไป⁷

โดยส่วนใหญ่ถุงน้ำปลายรากฟันจะไม่มีอาการและมักพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสีชนิดรอบปลายรากจากการถ่ายภาพที่ไม่ชัดชีวิต อย่างไรก็ตามถุงน้ำปลายรากอาจทำให้เกิดการบวมของกระดูกขากรรไกรได้โดยการบวมนี้จะเป็นไปอย่างช้าๆและในช่วงแรกของการบวมยังมีลักษณะแข็งของกระดูก (bony hard) แต่หลังจากที่ถุงน้ำมีขนาดใหญ่ขึ้น กระดูกที่ปกคลุมจะบางลงทำให้เมื่อคลำบริเวณที่บวมจะมีลักษณะเหมือนเปลือกไข่ จนกระทั่งถุงน้ำใหญ่ขึ้นและทำลายกระดูกจะทำให้มีลักษณะบวมและกดนิ่ม (fluctuant) ในกระดูกขากรรไกรบนอาจมีการบวมได้ทั้งด้านแก้มและด้านเพดานปาก แต่ในกระดูกขากรรไกรล่างมักจะบวมด้านแก้มและพบน้อยมากที่จะบวมด้านล่าง อาการอื่นๆที่อาจพบได้นอกจากการบวมคืออาการปวดและติดเชื้อซึ่งบางครั้งอาจพบมีรูเปิดของหนองจากโพรงถุงน้ำมาในช่องปากได้ด้วย ในการวินิจฉัยถุงน้ำปลายรากจากภาพถ่ายรังสีนั้นต้องมีความสัมพันธ์กับฟันที่ไม่มีชีวิตเสมอ⁶

การวินิจฉัยแยกโรคถุงน้ำปลายรากต้องแยกออกจากการอักเสบเรื้อรังที่ปลายรากฟัน (periapical granuloma) และแยกจากโรคถุงน้ำในกระดูกขากรรไกรชนิดอื่นๆด้วย ได้แก่ ถุงน้ำเรสิดิว (residual cyst) ซึ่งเป็นถุงน้ำที่มีลักษณะทางภาพถ่ายรังสีและลักษณะทางพยาธิวิทยาที่เหมือนกันกับถุงน้ำปลายราก เพียงแต่จะแตกต่างกันจากการที่ถุงน้ำชนิดนี้จะเกิดหลังจากถอนฟันที่เป็นสาเหตุออกไปแล้ว อีกกรณีคือหากถุงน้ำปลายรากเกิดจากคลองรากฟันเล็ก (accessory root canal) ทำให้ลักษณะของรอยโรคถุงน้ำปลายรากไม่ได้อยู่บริเวณปลายรากฟันเหมือนปกติทำให้ต้องวินิจฉัยแยกจากถุงน้ำข้างรากฟัน (lateral periodontal cyst)^{7, 8} กรณีพบเงาดำอยู่บริเวณกึ่งกลางเพดานปาก ต้องวินิจฉัยแยกจากถุงน้ำท่อนาโซพาลาทีน (nasopalatine duct cyst) หากพบมีเงาดำที่ปลายรากฟันหน้าล่างต้องวินิจฉัยแยกโรคจากกลุ่มถุงน้ำที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากเนื้อเยื่อสร้างฟันหรือวินิจฉัยแยกจากเนื้องอกซึ่งเนื้องอกที่อาจเกิดในตำแหน่งนี้ได้แก่กลุ่มรอยโรคไฟโบรอสเซียส (fibro-osseous lesion) อาทิเช่น เพอริเอพิคัล ซีเมนโต ออสเซียส ดิสเพลเซีย (periapical cemento osseous

dysplasia) กรณีพบเงาที่ด้านหลังของกระดูกขากรรไกรบนหรือล่าง ต้องวินิจฉัยแยกจากถุงน้ำทรมมาติกโบนซิสต์ (traumatic bone cyst) เป็นต้น นอกจากนี้รอยโรคเนื้อออกโอดอนโตเจนิค (odontogenic tumor) รอยโรคไจแอนท์เซลล์ (giant cell lesion) และ โรคกระดูกชนิดปฐมภูมิ (primary osseous tumor) อาจปรากฏลักษณะทางภาพรังสีที่คล้ายกับรอยโรคถุงน้ำปลายรากเช่นกัน อย่างไรก็ตามอาจวินิจฉัยแยกโรคโดยดูอาการทางคลินิกร่วมด้วยเนื่องจากฟันที่อยู่บริเวณรอยโรคดังกล่าวจะเป็นฟันที่มีชีวิต²

ทางเลือกแรกในการรักษารอยโรคปลายรากฟัน คือการรักษาคลองรากฟันโดยไม่มีการผ่าตัดร่วมด้วยเนื่องจาก รอยโรคปลายรากฟันนั้น มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นถุงน้ำปลายรากแท้ (true radicular cyst) ซึ่งไม่อาจหายได้จากการรักษาคลองรากฟัน⁹ แต่ในกรณีที่รอยโรคมีขนาดใหญ่มากกว่า 2 เซนติเมตร จะมีโอกาสที่รอยโรคปลายรากนั้นจะเป็นถุงน้ำปลายรากแท้ได้มาก ซึ่งกรณีนี้หลังจากรักษาคอนกรีตฟันจะต้องนัดผู้ป่วยติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะต้องรักษาเพิ่มเติมโดยการผ่าตัดร่วมด้วยการรักษารอยโรคปลายรากฟันโดยการผ่าตัด ได้แก่การผ่าตัดควักถุงน้ำออก ซึ่งมักจะทำพร้อมกับการทำศัลยกรรมตัดปลายรากฟัน (apicoectomy) หรือควักออกพร้อมกับการถอนฟัน ในรอยโรคขนาดใหญ่อาจทำการรักษาโดยการผ่าระบายโพรงให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอก (marsupialization) หรือการลดแรงดัน (decompression) ก่อน แล้วจึงควักออกทั้งหมด เพื่อให้การควักถุงน้ำออกในภายหลังนั้นทำได้ง่ายขึ้นและลดความเสี่ยงต่อการทำอันตรายต่ออวัยวะสำคัญได้เนื่องจากถุงน้ำจะมีขนาดเล็กลง การรักษาโดยการผ่าระบายโพรงให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกทำได้โดยการผ่าตัดเปิดผนังของถุงน้ำให้เป็นโพรงแล้วเย็บผนังถุงน้ำรอบๆโพรงดังกล่าวไว้กับเนื้อเยื่อช่องปาก ส่วนการลดแรงดันทำได้โดยการเปิดทางเชื่อมระหว่างถุงน้ำกับช่องปากโดยใช้อุปกรณ์เช่นท่อยางยึดไว้ ทั้งนี้การรักษาทั้งสองวิธีนี้จะต้องมีการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องและต้องดูแลรักษาความสะอาดบริเวณทางเปิดของถุงน้ำเป็นอย่างดีแล้วค่อยทำการผ่าตัดนำเอาถุงน้ำออกในภายหลัง¹⁰ หลังจากการผ่าตัดควักถุงน้ำออกจะต้องส่งชิ้นเนื้อตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิวิทยาเสมอ เพื่อการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายอันจะเป็นประโยชน์ต่อการพยากรณ์โรคและแนวทางการติดตามผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 26 ปี สถานภาพโสด อาชีพรับจ้าง มาโรงพยาบาลด้วยอาการบวมเพดานปากด้านขวาและเหงือกบนขวา 3 วัน ร่วมกับมีอาการปวดเล็กน้อย รับประทานยาแก้ปวดแก้แสบที่ซื้อจากร้านขายยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ก่อนหน้านั้นประมาณ 6 เดือนก่อนเคยมีอาการบวมและได้ซื้อยากินเองทำให้ยุบบวมไป หลังจากนั้นอาการบวมเป็นๆหายๆ

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว/แพ้ยาและสารอื่นๆ ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจสภาพร่างกายผู้ป่วยมีลักษณะทั่วไปปกติ ความดันโลหิต 121/86 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 81 ครั้งต่อนาที

การตรวจสภาพภายนอกช่องปากพบว่ามีอาการบวมบริเวณแก้มและร่องแก้ม (nasolabial fold) ด้านบนขวา กดเจ็บเล็กน้อย สีผิวหนังบริเวณที่บวมปกติ ไม่มีต่อมน้ำเหลืองบวมโต อ้าปากได้ปกติ (ดังภาพที่ 1-3)

การตรวจสภาพภายในช่องปาก อนามัยช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี สภาวะปริทันต์พบลักษณะเหงือกอักเสบเล็กน้อย มีคราบจุลินทรีย์และมีหินน้ำลายเหนียวเหงือกโดยทั่วไป (supracalculus) ร่องลึกปริทันต์ (Probing depth) โดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 2-3 มิลลิเมตร (ดังภาพที่ 4-6) พบมีเหงือกบวมด้านแก้ม ขอบเขตชัดเจนตั้งแต่บริเวณปลายรากของฟันซี่ 15 ถึง 16 กดนิ่ม (fluctuant) และบวมที่เพดานปากบริเวณด้านหน้าค่อนไปด้านขวา ขอบเขตชัดเจน กดนิ่มและมีบางตำแหน่งกดยึด มีลักษณะเหมือนผิวเปลือกไข่ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บเมื่อกดตำแหน่งที่บวม ฟันหน้าบนทั้ง 4 ซี่ มีการอุดฟันด้วยวัสดุคอมโพสิตเรซิน โดยรอยอุดด้านใกล้กลางของฟันซี่ 12 มีขนาดใหญ่ ซี่ 12 และ 13 เคาะเจ็บเล็กน้อย และไม่ตอบสนองของเนื้อเยื่อในโพรงฟันต่อการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (electric pulp tester: EPT test) (ดังภาพที่ 4-6)

จากภาพรังสีชนิดรอบปลายรากบริเวณฟันหน้าบนพบพยาธิสภาพเงาดำ ขอบเขตชัดเจน บริเวณปลายรากฟันขอบเขตตั้งแต่ด้านใกล้กลางของปลายรากฟันซี่ 21 จนถึงด้านใกล้กลางของรากฟันซี่ 16 (ดังภาพที่ 7) จากภาพรังสีกัดสบแนวตัดขวาง พบพยาธิสภาพเงาดำ ขอบเขตชัดเจนบริเวณส่วนหน้าของกระดูกขากรรไกรบนด้านขวา ขนาดประมาณ 2 เซนติเมตร ในแนวใกล้กลาง-ไกลกลาง (mesio-distal) และ 2.5 เซนติเมตรในแนวหน้า-หลัง (antero-posterior) (ดังภาพที่ 8)

ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นถุงน้ำปลายรากของกระดูกขากรรไกรบน (Radicular cyst of the maxilla) แผนการรักษาคือการผ่าตัดควักถุงน้ำปลายรากออกทั้งหมดภายในครั้งเดียว

ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ร่วมกับการถอนฟันซี่ 12,13 (Enucleation of radicular cyst in maxilla with 12,13 tooth extraction) และส่งตรวจชิ้นเนื้อที่เลาะออกมาไปตรวจทางพยาธิวิทยา



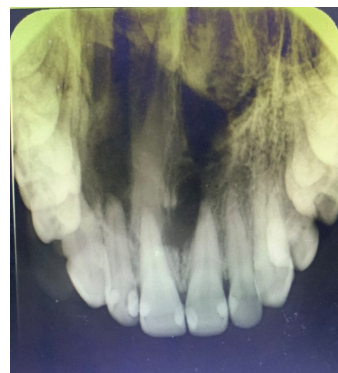
ภาพที่ 1-3 แสดงมุมมองด้านหน้า (frontal view) ด้านข้าง (Lateral view) ขวาและซ้ายของผู้ป่วยตามลำดับ



ภาพที่ 4 ภายในช่องปากหน้าตรง

ภาพที่ 5 ภายในช่องปาก บริเวณขากรรไกรบน

ภาพที่ 6 ภายในช่องปาก บริเวณขากรรไกรล่าง



ภาพที่ 7 แสดงพยาธิสภาพเงาดำจากภาพรังสีรอบปลายราก (periapical radiograph)

ภาพที่ 8 แสดงพยาธิสภาพเงาดำจากภาพรังสีกัดสบแนวตัดขวาง (occlusal cross sectional radiograph)

การรักษา

ก่อนการรักษาได้พบทบทวนแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยรวมทั้งอธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังทำการหัตถการ ทั้งนี้ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ขอผ่าตัดควักถุงน้ำเพียงอย่างเดียวก่อนเนื่องจากยังไม่พร้อมถอนฟัน และจะนัดมาถอนฟันพร้อมกับทำฟันเทียมถอดได้ชนิดใส่ทันทีในภายหลัง การผ่าตัดเริ่มด้วยการใส่ยาชาเฉพาะที่สกัดเส้นประสาททิวโซพาลาทีน (nasopalatine nerveblock) และฉีดยาชาเฉพาะที่ (local infiltration) ทั้งด้านแก้มและด้านเพดาน ตามด้วยเปิดแผ่นเหงือกด้านเพดานตามแนวร่องเหงือกจากด้านใกล้กลางของซี่ 11 ถึงด้านใกล้กลางของซี่ 17 จากนั้นใช้เพอริออสเทียลอีเลเวเตอร์ (periosteal elevator) แยกแผ่นเหงือกออกจากกระดูก เปิดแผ่นเยื่อเมือกเยื่อหุ้มกระดูกออก (full thickness flap) จะเห็นผนังของถุงน้ำบางส่วนทะลุกระดูกเข้าฟันด้านแก้มตำแหน่งซี่ 14-15 และกระดูกบริเวณเพดานปาก (ดังภาพที่ 9) ทำการขยายแผ่นเหงือกด้านหน้าเพิ่มไปจนถึงด้านใกล้กลางของซี่ 23 เพื่อให้เข้าทำการผ่าตัดได้สะดวก

ขึ้นและลดความตึงของแผ่นเหงือกป้องกันแผ่นเหงือกฉีกขาด ทั้งนี้พบว่ารอยโรคเชื่อมติดกับปลายรากฟันซี่ 12 และ 13 ด้วยขนาดของถุงน้ำที่นำออกมาประมาณ $2.5 \times 1.8 \times 0.3$ เซนติเมตร นำถุงน้ำออกแช่ในสารละลายฟอร์มาลินเตรียมส่งตรวจชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัยแยกโรคทางพยาธิวิทยาต่อไป (ดังภาพที่ 9-12) จากนั้นใช้ตะไบกระดูกเพื่อลบคมขอบของโพรงกระดูกและขูดทำความสะอาดในโพรงกระดูกแล้วล้างด้วยสารละลายน้ำเกลือ 0.9% โดยในขณะทำความสะอาดแผลได้ตรวจดูในโพรงกระดูกซึ่งไม่พบว่ามีรูทะลุระหว่างโพรงอากาศแม็กซิลลาและช่องปาก (Oro-Antral Communication, OAC) ขูดทำความสะอาดปลายรากฟัน จากนั้นเย็บปิดแผลแบบปฐมภูมิ (primary closure) โดยเทคนิคการเย็บแบบธรรมดาชนิดปล้อง (simple interrupted suture) ด้วยไหมละลายไวคริลขนาด 3-0 (Vicryl 3-0) (ดังภาพที่ 13-14) ให้คำแนะนำหลังผ่าตัด จ่ายยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด และนัดตัดไหม 2 สัปดาห์



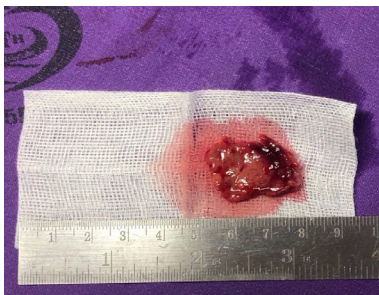
ภาพที่ 9 ภาพแสดงการเปิดแผ่นเหงือกด้านเพดาน



ภาพที่ 10 ภาพแสดงรอยโรคถุงน้ำที่ถูกเลาะออกจากผนังโดยรอบ



ภาพที่ 11 ภาพแสดงโพรงกระดูกหลังนำรอยโรคถุงน้ำออก



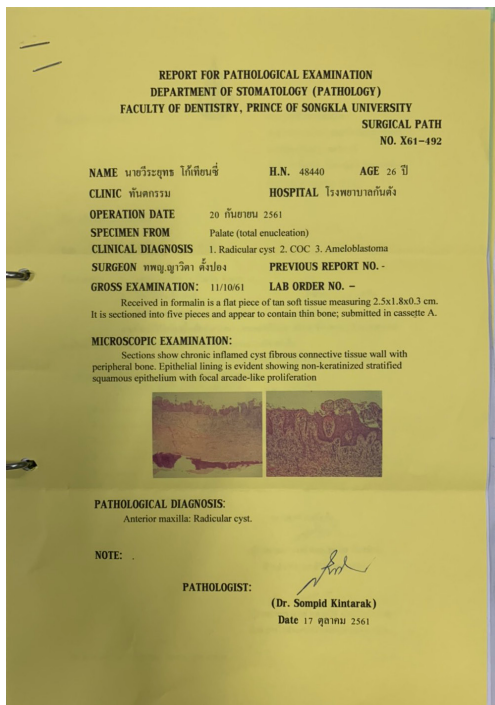
ภาพที่ 12 ภาพแสดงรอยโรคถุงน้ำที่นำออกมา เตรียมส่งตรวจชิ้นเนื้อ



ภาพที่ 13-14 ภาพแสดงบริเวณแผลผ่าตัดหลังจากเย็บแผล

ติดตามผลการรักษา

หลังจากทำการผ่าตัด 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บแผลเล็กน้อย ไม่มีอาการชาหลังผ่าตัด ตรวจในช่องปากพบว่ามีการหายของแผลผ่าตัดดี เหงือกบริเวณซี่ 11-17 ยุบบวม จึงได้ทำการตัดไหมออกหมด และนัดติดตามอาการ 1 เดือน ภายหลังผ่าตัด 1 เดือน ได้นัดผู้ป่วยมาเพื่อฟังผลชิ้นเนื้อ และพิมพ์ปากสำหรับทำฟันเทียมชนิดถอดได้แบบชั่วคราว ใส่ทันที แต่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดเนื่องจากย้ายไปทำงานต่างจังหวัด ทั้งนี้ผลชิ้นเนื้อแสงแดงความเข้ากันได้กับถุงน้ำปลายรากฟัน ดังภาพที่ 15



ภาพที่ 15 แสดงผลชิ้นเนื้อจากการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

ต่อมาผู้ป่วยได้กลับมาติดตามอาการภายหลังผ่าตัด 1 ปี 8 เดือน ซึ่งผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ตรวจในช่องปากไม่พบมีการบวมบริเวณเหงือกและเพดานปาก ฟันซี่ 12 และ 13 ไม่ตอบสนองต่อเครื่องทดสอบการตอบสนองของเนื้อเยื่อในโพรงฟันต่อการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า ผู้ป่วยได้ทำการถ่ายภาพรังสี ซึ่งจากภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากและภาพรังสีกัดสบแนวตัดขวางพบว่ามีการสร้างใหม่ของกระดูกบริเวณโพรงกระดูกหลังคักงู่น้ำออก (ดังภาพที่ 16-23) จากนั้นได้ทำการ

พิมพ์ปากเพื่อทำฟันเทียมแบบชั่วคราวใส่ทันทีซี่ 12 และ 13



ภาพที่ 16 แสดงภาพในช่องปากหลังการผ่าตัดคักงู่น้ำปลายรากเป็นเวลา 1 ปี 8 เดือน



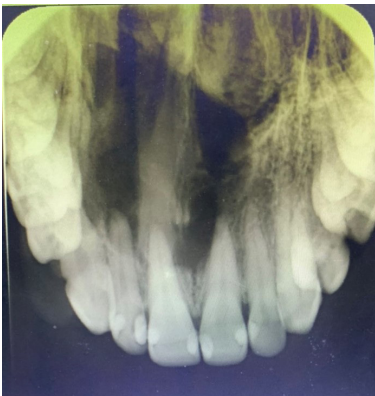
ภาพที่ 17 แสดงภาพในช่องปากหลังการผ่าตัดคักงู่น้ำปลายรากเป็นเวลา 1 ปี 8 เดือน



ภาพที่ 18-19 แสดงภาพภายนอกช่องปาก เปรียบเทียบก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดคักงู่น้ำออกเป็นเวลา 1 ปี 8 เดือน



ภาพที่ 20-21 แสดงภาพรังสีรอบปลายราก เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัดควักถุงน้ำปลายราก ออกเป็นเวลา 1 ปี 8 เดือน



ภาพที่ 22-23 แสดงภาพรังสีสกัดสบแนวตัดขวาง เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัดควักถุงน้ำปลายรากออกเป็นเวลา 1 ปี 8 เดือน

หลังพิมพ์ปากทำฟันเทียม 2 สัปดาห์ ได้นำผู้ป่วยมา เพื่อทำการถอนฟันซี่ 12 และ 13 ภายใต้การฉีดยาเฉพาะที่ และเย็บแผลด้วยไหมดำโดยเทคนิคการเย็บเป็นเลข 8 เพื่อช่วย

ในการห้ามเลือด จากนั้นใส่ฟันเทียมชั่วคราวใส่ทันทีให้ผู้ป่วย รวมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลแผลและการดูแลฟันเทียม (ดังภาพที่ 24-25)



ภาพที่ 24-25 แสดงภาพภายในช่องปากทำกีดด้านหน้า ก่อนและหลังใส่ฟันเทียมชั่วคราวใส่ทันที ซี่ 12 และ 13

หลังถอนฟันและใส่ฟันเทียม 1 สัปดาห์ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล สามารถใส่ฟันเทียมได้ ตรวจในช่องปากไม่มีร่องรอยฟันเทียมกดเจ็บ ตำแหน่งแผลถอนฟันอยู่ระหว่างการหายของแผล ผู้ป่วยได้รับการตัดไหมออกหมด การนัดติดตาม

บทวิจารณ์

ถุงน้ำปลายรากพบมากที่สุดในบรรดาถุงน้ำออดอนโตเจนิคทั้งหมด 3 ในส่วนของตำแหน่งที่สัมพันธ์กับการเกิดถุงน้ำปลายรากพบว่าตำแหน่งที่พบบ่อยคือบริเวณกระดูกขากรรไกรบนส่วนหน้า ซึ่งน่าจะเกิดมาจากฟันหน้าบนมีการเกิดฟันผุที่มากกว่าฟันซี่อื่น และมีอุบัติการณ์การเกิดการบุ๋มของผิวฟันด้านเพดานปาก (palatal invaginations) ที่สูงในฟันตัดข้างของขากรรไกรบนซึ่งส่งผลให้เกิดการตายของโพรงประสาทฟันตามมา อีกสาเหตุคืออุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บของฟันหน้าบนที่สูงกว่าฟันซี่อื่นๆส่งผลให้มีการตายของโพรงประสาทฟันนั่นเอง⁶ ในการศึกษาของนาแกมูระ ในปี 1995⁵ พบว่าถุงน้ำปลายรากจะพบสัมพันธ์กับฟันตัดข้างของขากรรไกรบนมากที่สุด รองลงมาคือฟันกรามล่างซี่ที่หนึ่งและฟันตัดหน้าบน (ร้อยละ 25.7 15.2 และ 14.2 ตามลำดับ) ในการตรวจทางคลินิกและภาพรังสีของผู้ป่วยในกรณีศึกษาเรื่องนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีวัสดุอุดฟันที่ฟันตัดทั้ง 4 ซี่บน โดยวัสดุอุดฟันซี่ 12 มีขนาดใหญ่ใกล้โพรงประสาทฟันมากที่สุด ฟันซี่ 12 และ 13 มีอาการปวดเมื่อทดสอบโดยการเคาะ และเมื่อทดสอบความมีชีวิตของฟันพบว่าฟันซี่ 12 และ 13 ไม่ตอบสนองต่อเครื่องทดสอบการตอบสนองของเนื้อเยื่อในโพรงฟันต่อการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า ฟันซี่ 12 จึงน่าจะเป็นสาเหตุของการเกิดถุงน้ำปลายรากของผู้ป่วยรายนี้ และเมื่อผู้ป่วยไม่ได้มาได้รับการรักษาใดๆเป็นระยะเวลานานรอยโรคจึงมีขนาดใหญ่ขึ้นและส่งผลให้มีการตายของฟันซี่ 13 ร่วมด้วย จนเกิดการบวมและปวดบริเวณเหงือกด้านแก้มและเพดานปากดังกล่าว

ภาพถ่ายรังสีมีสำคัญในการช่วยวินิจฉัยโรคในกระดูกขากรรไกรรวมทั้งถุงน้ำปลายราก โดยชนิดของภาพรังสีที่ใช้มากได้แก่ภาพรังสีรอบปลายรากฟัน (periapical radiograph) ซึ่งจะให้รายละเอียดในส่วนของรอยโรค ได้แก่ ตำแหน่ง ขอบเขต ความสัมพันธ์กับฟันและอวัยวะข้างเคียง และความสมบูรณ์ของกระดูกเป็นต้น ในกรณีของผู้ป่วยรายนี้ซึ่งรอย

1 เดือนหลังถอนฟัน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆและสามารถใช้ฟันเทียมเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ การติดตามผลหลังใส่ฟันเทียม 3 เดือน (2 ปีหลังผ่าตัดคั่งถุงน้ำปลายราก) ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ไม่พบลักษณะการกลับมาเป็นซ้ำของรอยโรคเดิม

โรคมีขนาดใหญ่ ซึ่งการใช้ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันเพียงอย่างเดียวไม่สามารถให้รายละเอียดครอบคลุมรอยโรคทั้งหมดได้ จึงได้ใช้ภาพรังสีตัดสบแนวตัดขวาง (occlusal cross sectional radiograph) ซึ่งช่วยให้เห็นรอยโรคที่ครอบคลุมมากขึ้นและเพียงพอสำหรับการวินิจฉัยเบื้องต้นและการวางแผนรักษา

เป็นที่ทราบกันว่ารอยโรคอักเสบเรื้อรังที่ปลายรากฟันและถุงน้ำปลายรากชนิดที่มีเยื่อผิวเชื่อมต่อกับรูเปิดคลองรากฟันที่ติดเชื้อ (periapical pocket cyst หรืออีกชื่อว่า Bay cyst) มีแนวโน้มจะหายได้จากการรักษาคลองรากฟันเพียงอย่างเดียวโดยไม่ต้องผ่าตัดร่วมด้วย ในขณะที่ถุงน้ำปลายรากแท้ (true radicular cyst) จะเป็นพื้นที่ปิด ซึ่งสามารถคงอยู่ได้ด้วยตัวเองแม้จะมีการกำจัดสาเหตุไปแล้วก็ตาม จึงอาจจะไม่หายหากไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนำถุงน้ำออกมา ทั้งนี้พบว่ายิ่งขนาดของรอยโรคจากภาพถ่ายรังสีใหญ่ขึ้นก็มีโอกาสที่รอยโรคนั้นจะเป็นถุงน้ำปลายรากได้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากรอยโรคปลายรากมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 2 เซนติเมตร^{6, 11}

การรักษาถุงน้ำปลายรากโดยการผ่าตัดทำได้โดยการควักออกหมด (enucleation) หรืออาจทำการผ่าระบายโพรงให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกตลอดเวลา (Marsupialization) หรือการลดแรงดัน (decompression) ก่อน แล้วจึงทำการควักออกทั้งหมด ร่วมกับการรักษาคลองรากฟันหรือการถอนฟันที่เป็นสาเหตุออกด้วย⁹

ในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่าอาการทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีส่งผลให้นึกถึงถุงน้ำ เนื่องจากรอยโรคมีขนาดใหญ่ และเนื่องจากตำแหน่งที่พบคือด้านหน้าของกระดูกขากรรไกรบนและมีฟันตายร่วมด้วยทำให้นึกถึงถุงน้ำปลายรากเป็นอันดับแรก ทั้งนี้ผู้ป่วยเลือกการรักษาด้วยการถอนฟันร่วมกับการผ่าตัดเอารอยโรคออกทั้งหมด โดยไม่ประสงค์จะเก็บฟันไว้ด้วยการรักษาคลองรากฟันเนื่องจากปัญหาเรื่องระยะเวลา

ในการรักษาและค่าใช้จ่าย การผ่าระบายโพรงให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกตลอดเวลาจนจะควักถุงน้ำออกก็อาจจะไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้ที่ไม่สามารถมารับการรักษาต่อเนื่องหลายครั้งได้เนื่องจากผู้ป่วยให้ประวัติว่ากำลังจะย้ายไปทำงานต่างจังหวัด

เป้าหมายในการรักษาถุงน้ำในกระดูกขากรรไกร คือ การเอารอยโรคออกและกระตุ้นให้มีการสร้างกระดูกใหม่ เนื่องจากหลังการควักเอาถุงน้ำออกจะทำให้เกิดเป็นโพรงของกระดูก (bone defect) ที่มีรูปร่างและขนาดต่างๆ ถ้าโพรงดังกล่าวมีขนาดเล็กก็มักจะหายได้เองโดยกลไกของการสร้างกระดูกของร่างกายจากการที่มีลิ้มเลือดมาสะสมในโพรงกระดูกกลายเป็นโครงร่างสำหรับการสร้างกระดูกใหม่ ทั้งนี้จากการศึกษาของ Perjuci F. และคณะในปี 2018¹² ซึ่งเป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดถุงน้ำเรสิสดีวร์ขนาดใหญ่ (3.5 X 5.0 เซนติเมตร) ในกระดูกขากรรไกรบนด้านขวาตอนไปทางด้านหลังโดยไม่ได้ใส่สารทดแทนกระดูกและปล่อยให้มีการสร้างกระดูกใหม่เอง หลังผ่าตัดได้นัดดูอาการพร้อมถ่ายภาพรังสีปริทัศน์ในระยะ 6 เดือนและ 1 ปี พบว่าความหนาแน่นของกระดูกบริเวณที่ผ่าตัดมีมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษานี้สรุปว่าการผ่าตัดควักถุงน้ำออกและปล่อยให้มีการสร้างกระดูกใหม่มาทดแทนในรอยโรคหลังการผ่าตัดโดยไม่ใส่สารทดแทนกระดูกเป็นหนึ่งในทางเลือกในการรักษาแม้ว่าโพรงของถุงน้ำจะมีขนาดใหญ่และมีการทำลายของกระดูกไปมาก トラバโดที่โพรงกระดูกนั้นถูกล้อมรอบด้วยกระดูกที่เหลือโดยรอบอย่างเหมาะสม ซึ่งกรณีศึกษานี้สอดคล้องกับหลักการที่พบว่าแม้หลังการผ่าตัดควักถุงน้ำขนาดใหญ่ก็มีการสร้างกระดูกใหม่ได้เองโดยไม่ต้องปลูกกระดูก¹³⁻¹⁶

ในผู้ป่วยรายนี้หลังจากการผ่าตัดควักเอาถุงน้ำออกพบว่ายังมีกระดูกล้อมรอบโพรงกระดูกมากพอ และผู้ป่วยยังมีอายุไม่มาก ร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว จึงน่าจะมีการกระตุ้นให้เกิดการสร้างกระดูกใหม่ทดแทนขึ้นมาได้เอง จึงไม่ได้ทำการใส่สารทดแทนกระดูกหรือปลูกกระดูกแต่อย่างใด ซึ่งจากผลการติดตามหลังการผ่าตัด 1 ปี 8 เดือน พบมีความหนาแน่นของกระดูกเพิ่มขึ้นในบริเวณรอยโรคจากภาพถ่ายรังสีในช่องปาก ผู้จัดทำพบว่าการปล่อยให้มีการสร้างกระดูกทดแทนเอง หลังการผ่าตัดควักถุงน้ำโดยไม่ปลูกกระดูกเป็นวิธีการที่ได้ผลในกรณีที่รอยโรคไม่ได้ใหญ่มากและยังมีผนังรอบโพรงกระดูกมากพอ นอกจากนี้วิธีการนี้ยังมีข้อดีคือเป็นวิธีที่ง่าย

เนื่องจากไม่ต้องเพิ่มขั้นตอนการผ่าตัด หลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่เกิดจากการปลูกกระดูกหรือการใส่สารทดแทนกระดูก และประหยัดค่าใช้จ่าย

การติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัดควักถุงน้ำออกนั้นควรติดตามจนกระทั่งมีการเกิดการสร้างกระดูกใหม่ (reossification) บริเวณโพรงถุงน้ำ (ประมาณ 2 ปี) และอาจต้องติดตามอาการนานขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโอดอนโตเจนิก เคอราโตซิสต์เนื่องจากมีโอกาสเกิดซ้ำได้สูง กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ที่มีปัญหาเรื่องการติดตามอาการหลังการผ่าตัด โดยหลังจากผ่าตัดเอาถุงน้ำออกแล้วผู้ป่วยย้ายไปทำงานต่างจังหวัดทำให้ไม่ได้มาตามนัดและขาดการติดต่อไปนานถึง 1 ปี 8 เดือน ทั้งนี้ผู้จัดทำคิดว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้มาติดตามอาการตามนัดน่าจะมาจากหลังผ่าตัดควักเอาถุงน้ำออกผู้ป่วยไม่มีการปวดหรืออาการบวมใดๆ และผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการติดตามอาการเพื่อเฝ้าระวังการเกิดรอยโรคซ้ำ ทั้งนี้หลังจากที่ทันตแพทย์ได้ติดต่อไปยังผู้ป่วยและชี้แจงถึงความสำคัญของการรักษาให้ครบถ้วนและการนัดดูอาการต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงได้กลับมาทำการรักษาต่อด้วยการถอนฟันและใส่ฟันเทียมต่อไป

บทสรุป

เมื่อพบรอยโรคในกระดูกขากรรไกร การวินิจฉัยแยกโรคเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะนำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ทั้งนี้ทางเลือกในการรักษาถุงน้ำปลายรากขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ขนาดของรอยโรค ความสัมพันธ์กับอวัยวะรอบๆ และสภาวะร่างกายรวมถึงโรคประจำตัวของผู้ป่วย เป็นต้น หากรอยโรคมีขนาดเล็กการรักษาโดยการผ่าตัดอาจไม่จำเป็น แต่ในทางตรงกันข้ามถ้ารอยโรคมีขนาดใหญ่อาจต้องรักษาโดยการผ่าตัดควักถุงน้ำออก ภายหลังการรักษาขึ้นกับการนัดติดตามอาการผู้ป่วยเพื่อดูการเกิดซ้ำของรอยโรคเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบตั้งแต่ก่อนการรักษา

เอกสารอ้างอิง

- 1.Nair PN. New perspectives on radicular cysts : do they heal? *Int Endod J.* 1998;31(3):155-60.
- 2.Regezi JA SJ, Jordan RCK. *oralpathology : clinical pathologic correaltions* 2008:237-40.
- 3.Meningaud JP, Oprean N, Pitak-Arnnop P, Bertrand JC. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. *J Oral Sci.* 2006;48(2):59-62.
- 4.Koseoglu BG, Atalay B, Erdem MA. Odontogenic cysts: a clinical study of 90 cases. *J Oral Sci.* 2004;46(4):253-7.
- 5.Nakamura T, Ishida J, Nakano Y, Ishii T, Fukumoto M, Izumi H, et al. A study of cysts in the oral region. Cysts of the jaw. *J Nihon Univ Sch Dent.* 1995;37(1):33-40.
- 6.Shear M SP. Cyst of the oral and maxillofacial regions. 2007.
- 7.Bilodeau EA, Collins BM. Odontogenic Cysts and Neoplasms. *Surg Pathol Clin.* 2017;10(1):177-222.
- 8.Mupparapu M, Shi KJ, Ko E. Differential Diagnosis of Periapical Radiopacities and Radiolucencies. *Dent Clin North Am.* 2020;64(1):163-89.
- 9.Ramachandran Nair PN, Pajarola G, Schroeder HE. Types and incidence of human periapical lesions obtained with extracted teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996;81(1):93-102.
- 10.Bodner L, Bar-Ziv J. Characteristics of bone formation following marsupialization of jaw cysts. *Dentomaxillofac Radiol.* 1998;27(3):166-71.
- 11.Natkin E, Oswald RJ, Carnes LI. The relationship of lesion size to diagnosis, incidence, and treatment of periapical cysts and granulomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1984;57(1):82-94.
- 12.Perjuci F, Ademi-Abdyli R, Abdyli Y, Morina E, Gashi A, Agani Z, et al. Evaluation of Spontaneous Bone Healing After Enucleation of Large Residual Cyst in Maxilla without Graft Material Utilization: Case Report. *Acta Stomatol Croat.* 2018;52(1):53-60.
- 13.Zhao Y, Liu B, Wang SP, Wang YN. Computed densitometry of panoramic radiographs in evaluation of bone healing after enucleation of mandibular odontogenic keratocysts. *Chin J Dent Res.* 2010;13(2):123-6.
- 14.Chacko R, Kumar S, Paul A, Arvind. Spontaneous Bone Regeneration After Enucleation of Large Jaw Cysts: A Digital Radiographic Analysis of 44 Consecutive Cases. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(9):ZC84-9.
- 15.Ihan Hren N, Miljavec M. Spontaneous bone healing of the large bone defects in the mandible. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008;37(12) : 1111-6.
- 16.Rubio ED, Mombru CM. Spontaneous Bone Healing after Cysts Enucleation without Bone Grafting Materials: A Randomized Clinical Study. *Craniofac Trauma Reconstr.* 2015;8(1):14-22.