

ฟันกรามซี่ที่ 4 ฟันคุณบริเวณขากรรไกรล่างทั้งสองข้าง: รายงานผู้ป่วย

• ดนัย แก้วกำเนิด ท.บ.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน 190 ถนนสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

Fourth Molars – Bilateral Impaction in Mandible – A Case Report

• Kaewkumnerd D

Dental Department, Lerdsin Hospital, 190 Silom Rd., Bangrak, Bangkok, 10500

(E-mail:researchlerdsin@gmail.com)

(Received: April 5, 2019; Revised: May 16, 2019; Accepted: November 19, 2019)

บทนำ

ฟันเกิน (supernumerary teeth) หมายถึงฟันที่เพิ่มขึ้นกว่าฟันปกติซึ่งอาจเพิ่มขึ้นแบบเดี่ยวหรือคู่ เกิดขึ้นซี่เดี่ยวหรือหลายซี่ก็ได้ พบได้ทั้งขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง อาจพบบริเวณขากรรไกรข้างใดข้างหนึ่งอย่างเดี่ยวหรือทั้งสองข้างก็ได้ ปัจจุบันสาเหตุของการเกิดฟันเกินยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด อาจเกิดจากผลของการแยกตัวของหน่อฟัน (tooth bud) แบบ horizontal proliferation หรือ ทฤษฎีไฮเพอร์แอคทีฟของเดนทัลลามิनाของฟันแท้หรือฟันน้ำนม (Hyperactivity of the permanent or deciduous dental lamina)¹⁻⁴

ในกรณีที่พบฟันเกินจำนวนมากในขากรรไกรมักพบว่าเกี่ยวข้องกับสภาพของปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft lip and palate) หรือ กลุ่มอาการไคลโดเครเนียลดีสเพลเซีย (Cleidocranial dysplasia syndrome) และกลุ่มอาการการ์ดเนอร์ (Gardner's syndrome)²⁻³

บริเวณที่มักพบฟันเกินได้บ่อยคือบริเวณด้านหน้าของขากรรไกรบน (maxillary anterior regions) และบริเวณฟันกรามของขากรรไกรทั้งบนและล่าง (molar regions)⁵

ฟันเกินสามารถมีรูปร่างคล้ายฟันปกติเสมือนเป็นฟันสำรอง (supplementary teeth) ในทางกลับกันฟันเกินอาจมีรูปร่างเรียวยาวเล็กกว่าฟันปกติได้ เราพบว่าในรายที่มีฟันเกินรูปร่างและขนาดใกล้เคียงฟันปกติเป็นฟันเกินที่เกิดแบบ distomolar ในขากรรไกรล่าง⁶

ฟันเกินอาจทำให้เกิดปัญหาในการขึ้นและการเรียงตัวของฟันปกติ และพบบ่อยที่ไม่ขึ้นในช่องปากหรือขึ้นผิดตำแหน่งทำให้เกิดฟันซ้อนเก (crowding) อาจทำให้มีการละลายของรากฟันซี่ข้างเคียงจนถึงอาจเกิดเดนติเจอร์ซิส (dentigerous cyst) ร่วมด้วย⁷

Fourth molars เป็นฟันเกินชนิดหนึ่ง ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีการรายงานผู้ป่วยเกี่ยวกับ fourth molars น้อยมาก โดยพบว่าฟันเกินชนิดนี้สามารถเกิดได้ทั้งขากรรไกรบนและล่าง เกิดข้างเดียวหรือทั้งสองข้างก็ได้ ซึ่งบางรายงานเรียกฟันเกินชนิดนี้ว่า paramolar หรือ distomolar⁸

Stafne⁹ รายงานว่าพบอุบัติการณ์ของการเกิดฟันกรามเกินประมาณร้อยละ 1 ในขณะที่รายงานของ Shahzad¹⁰ รายงานว่าพบอุบัติการณ์ของการเกิดฟันกรามเกินประมาณร้อยละ 2, 1.9 และ 2.2 ตามลำดับ

ฟันเกินโดยทั่วไปสามารถพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ตั้งแต่ 2:1 ถึง 5:1 แต่จากการศึกษาของ Shahzad¹⁰ พบใกล้เคียงกัน (1:1) และยิ่งพบอีกว่าคนผิวสีพบฟันเกินมากกว่าคนผิวขาวในอัตราส่วน 7:1 โดยฟันกรามซี่ที่ 4 เป็นฟันเกินชนิดที่พบบ่อยในคนผิวสี ส่วนคนผิวขาวมักพบฟันเกินชนิดฟันตัดซี่หน้าบ่อยที่สุด

Kokten¹¹ ได้ศึกษาการเกิดฟันกรามซี่ที่ 4 พบว่ามักพบในขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่าง และพบในขากรรไกรล่างน้อยมาก¹²⁻¹³ และจะพบได้น้อยในผู้ป่วยอายุน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในขากรรไกรล่าง¹⁴

รายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 19 ปี ถูกส่งตัวมาจากคลินิกเอกชนเพื่อทำการรักษาผ่าตัดฟันกรามล่างคุดเพื่อการจัดฟันที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

การตรวจร่างกายทั่วไป

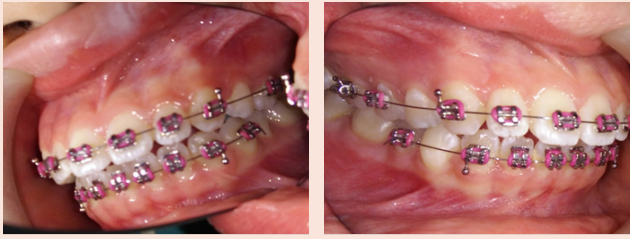
การตรวจร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยปฏิเสธการมีโรคประจำตัวและการแพ้ยา ความดันโลหิต 118/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที

การตรวจในช่องปาก

สภาพฟัน เหงือกและเยื่อช่องปากโดยรอบอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีฟันผุ มีฟันขึ้นในช่องปาก 28 ซี่ ไม่พบฟันกรามซี่ที่ 3 ทั้ง 4 ซี่ขึ้นในช่องปาก ผู้ป่วยใส่เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่นในตำแหน่งขากรรไกรบนตั้งแต่ฟันซี่ 16 ถึง 26 ยกเว้นฟันซี่ 14 และ 24 ขากรรไกรล่างตั้งแต่ฟันซี่ 34 ถึง 45 ยกเว้นฟันซี่ 44 ร่วมกับการทำ posterior raise bite ในขากรรไกรบนที่ตำแหน่งฟันซี่ 14 และ 24 (รูปที่ 1-3)



รูปที่ 1 ลักษณะในช่องปากบนและล่าง



รูปที่ 2 ลักษณะในช่องปากซ้ายและขวา ตามลำดับ



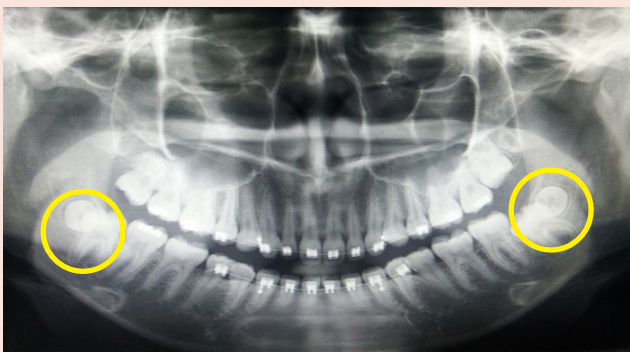
รูปที่ 3 posterior raise bite ในขากรรไกรบนที่ตำแหน่งซี่ฟัน 14 และ 24

ลักษณะภาพรังสีพาโนรามิก

จากภาพรังสีพาโนรามิกพบโพรงอากาศใต้ปีกจมูก (maxillary sinus) มีสภาพปกติ ขากรรไกรล่างพบฟันคุด (Impacted teeth) และฟันฝังคุด (embedded teeth) ได้แก่ ฟันกรามล่างซี่ที่ 3 และ 4 ตามลำดับ โดยฟันกรามล่างซี่ที่ 3 อยู่หลังต่อฟันซี่ 37 เป็น 38 mesioangular impaction, class II, position B ส่วนฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 3 อยู่หลังต่อฟันซี่ 47 เป็น 48 distoangular impaction, class II, position A ฟันทั้งสองซี่มีการสร้างตัวฟันสมบูรณ์แล้ว ส่วนรากฟันมีการสร้างเกือบสมบูรณ์

ในส่วนของฟันกรามล่างซี่ที่ 4 ทั้ง 2 ซี่ ฝังคุดอยู่ในขากรรไกรล่างบริเวณหลังต่อฟันกรามซี่ที่ 3 (ซี่ฟัน 38 และ 48) จากภาพรังสีพาโนรามิกพบการสร้างตัวฟันกรามล่างซี่ที่ 4 เกือบสมบูรณ์ แต่ไม่เห็นส่วนของรากฟัน

ความสัมพันธ์ของฟันกรามล่างซี่ที่ 3 และ 4 ทั้ง 4 ซี่ต่อ inferior alveolar canal พบว่ารากฟันซี่ 38 48 และตัวฟันของฟันกรามล่างซี่ที่ 4 อยู่ในระยะที่ใกล้กันมาก (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ภาพรังสีพาโนรามิก

การวินิจฉัย

38 mesioangular impaction, class II, position B

48 distoangular impaction, class II, position A

39 embedded tooth (distomolar)

49 embedded tooth (distomolar)

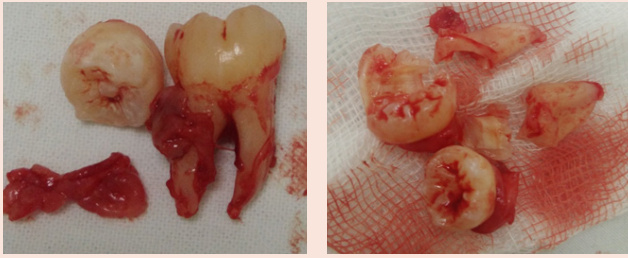
ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาจากคลินิกเอกชนโดยทันตแพทย์เฉพาะทางจัดฟัน เพื่อผ่าตัดฟันกรามล่างที่ฝังคุดอยู่ในขากรรไกรล่างทั้ง 4 ซี่ ก่อนทำการรักษาได้ทำการอธิบายถึงวิธีการรักษาและข้อแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองของผู้ป่วยรับทราบแล้ว และได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองให้ทำการผ่าตัดฟันกรามล่างที่ฝังคุดอยู่ทั้ง 4 ซี่ได้

การรักษา

ขั้นตอนในการรักษาใช้วิธีการผ่าตัดภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยใช้ 2% lidocaine HCl with 1:100,000 epinephrine (octacaine 2%) แบ่งการรักษาเป็น 2 ครั้ง ครั้งแรกผ่าตัดด้านขวา และครั้งที่ 2 ด้านซ้ายตามลำดับ วิธีการผ่าตัดใช้วิธีการผ่าตัดแบบมาตรฐานสำหรับการผ่าฟันคุดและการผ่าฟันฝังคุดโดยทั่วไป โดยผ่าตัดนำฟันคุดคือฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ออกมาก่อนแล้วจึงเปิดขยายแผ่นเหงือกไปทางด้านหลังต่อตำแหน่งฟันคุดอีก 3-4 มิลลิเมตร เพื่อทำการผ่าตัดนำฟันกรามล่างซี่ที่ 4 ออกต่อไป โดยควักถุงคลุมฟัน (dental sac) ออกหมด ปิดแผ่นเหงือกเข้าที่ด้วยไหมเย็บ 3/0 เย็บแบบอินเตอร์รัพต์เต็ดซูเจอร์ (interrupted suture) ข้างละ 4 จุด หลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยกักตัวกักข้อ 1 ชั่วโมงครึ่ง และนัดผู้ป่วยมาดูแลแผล ตัดไหม 7 วันหลังผ่าตัด (รูปที่ 5-9)



รูปที่ 5-7 การผ่าตัดฟันกรามล่างซี่ที่ 3 และ 4 และเย็บแผล



รูปที่ 8-9 ฟันกรามล่างซี่ที่ 3 และ 4 ขวาและซ้าย ตามลำดับ

การติดตามผลการรักษาหลังการผ่าตัด 7 วัน

การผ่าตัดครั้งแรกทำการผ่าตัดฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 3 และ 4 แผลผ่าตัดปกติดี มีการอักเสบเหลืออยู่เล็กน้อย มีอาการปวดและบวมประมาณ 4 วันหลังผ่าตัดและอาการดีขึ้นตามลำดับ การหายของแผลเป็นไปตามลักษณะของการหายของแผลปกติ พบว่ายังคงมีอาการขาบริเวณริมฝีปากล่างขวาและแก้มขวาหลังผ่าตัด โดยอาการขาดังกล่าวรู้สึกขาน้อยลงเมื่อเทียบกับความรู้สึกขาระหว่างทำหัตถการ บริเวณที่ขามีพื้นที่ลดลงประมาณร้อยละ 50 ใน 7 วัน ผู้ป่วยรู้สึกขาลดลงตามลำดับ จึงจ่ายวิตามินบีรวม (รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เข้า-เย็นหลังอาหารเป็นเวลา 1 เดือน) และนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์ พบว่าอาการขาหายสนิทใน 1 เดือนหลังผ่าตัด

การผ่าตัดครั้งที่ 2 ทำการผ่าตัดฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่ 3 และ 4 หลังจากอาการขาจากการผ่าตัดครั้งแรกของผู้ป่วยหายสนิท พบว่าแผลผ่าตัดเป็นปกติ ไม่มีอาการขาหลังผ่าตัด 7 วัน

จากนั้นนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาในระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปีหลังการผ่าตัดครั้งที่ 2 ได้ทำการซักประวัติ ถ่ายภาพรังสีพาโนรามิกพบว่าอาการทุกอย่างปกติไม่พบปัญหาใดๆ ในตำแหน่งฟันทั้ง 4 ซี่ (รูปที่ 10-11)



รูปที่ 10-11 แสดงภาพรังสีพาโนรามิกหลังผ่าตัด 6 เดือนและ 1 ปี ตามลำดับ

ผลการรักษา

ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจและสัมฤทธิ์ผลตามที่วางแผนไว้ด้วยดี เป็นที่น่าสังเกตเมื่อนำภาพรังสีพาโนรามิกก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 1 ปีมาเปรียบเทียบกันพบว่าการเปลี่ยนแปลงของเงาที่รังสีบริเวณหลังต่อฟันกรามบนซี่ที่ 3 ทั้งสองข้างของขากรรไกรเล็กน้อย (ที่รังสีขึ้นเล็กน้อย) มีความเป็นไปได้ว่าอาจเกิดการสร้างหน่อฟันกรามบนซี่ที่ 4 ในบริเวณดังกล่าวแบบล่าช้า (delayed formation) ขึ้นได้จึงแนะนำให้ผู้ป่วยกลับมาติดตามผลและถ่ายภาพรังสีพาโนรามิกไว้ตรวจสอบทุกปีต่อไป

วิจารณ์

มีหลายสมมติฐานเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดฟันเกิน แต่ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด บ้างว่าฟันเกินเป็นผลจากกระบวนการเกิดย้อนกลับของช่วงการสร้างตัวอ่อน (embryological formation) 4 หรือฟันเกินอาจเกิดจากการแบ่งตัวช่วงเจริญเติบโตของหน่อฟัน (dichotomy) เพราะมีปัจจัยหลายชนิดที่สามารถแบ่งหน่อฟันปกติเพิ่มจำนวนฟันให้มากขึ้นได้¹⁵ พันธุกรรมอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดฟันเกินได้ เราพบว่าส่วนใหญ่ฟันเกินเกิดขึ้นในครอบครัวเดียวกัน¹⁶ ฉะนั้นเราสามารถสืบค้นประวัติตามสายพันธุ์กรรมของผู้ป่วยรายนี้ เพื่อนำมาวิเคราะห์สาเหตุการเกิดฟันเกิน โดยการตรวจวินิจฉัยในช่องปากร่วมกับการถ่ายภาพรังสีพาโนรามิกของบุคคลร่วมสายพันธุ์กรรมเดียวกันต่อไป

ในปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยในช่องปากร่วมกับการถ่ายภาพรังสีพาโนรามิกเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการรักษาทางทันตกรรม ทำให้เราสามารถพบลักษณะผิดปกติต่างๆ เช่น ฟันเกิน ได้เป็นอย่างดี เราจึงพบพบอุบัติการณ์ของการเกิดฟันกรามเกินเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 1-2.2⁹⁻¹⁰ Stafne⁹ รายงานว่าพบฟันเกินในขากรรไกรบนประมาณ 90% และครึ่งหนึ่งเป็นฟันเกินบริเวณฟันหน้า พบฟันเกินบริเวณฟันหลัง 38.9% โดยพบฟันเกินบริเวณฟันหลังของขากรรไกรล่างเพียง 2% เท่านั้น ด้านรูปร่างลักษณะของฟันเกินที่มีรูปร่างคล้ายคลึงกับฟันปกติเรียกว่า supplementary teeth แต่ส่วนใหญ่มักพบฟันเกินที่มีรูปร่างเรียวยาวและเล็กกว่าฟันปกติ¹⁶ และมีรายงานเกี่ยวกับฟันกรามซี่ที่ 4 น้อยมากโดยพบในคนผิวสีมากกว่าคนผิวขาวในอัตราส่วน 7:1 โดยฟันกรามซี่ที่ 4 เป็นฟันเกินชนิดที่พบบ่อยในคนผิวสี ส่วนคนผิวขาวมักพบฟันเกินชนิดฟันตัดซี่หน้าบ่อยที่สุด^{4,10}

รายงานผู้ป่วยนี้นับว่าเป็นรายงานผู้ป่วยที่พบได้ยากมากจากการเทียบสถิติข้างต้น ผู้ป่วยรายนี้เป็นคนผิวขาว พบอุบัติการณ์ของการเกิดฟันเกินบริเวณฟันหลังของขากรรไกรล่างทั้งสองข้างและรูปร่างลักษณะของฟันเกินมีรูปร่างคล้ายคลึงกับฟันปกติ

ฟันเกินอาจทำให้เกิดความผิดปกติในช่องปากได้เช่นทำให้การขึ้นของฟันล่าช้า เกิดฟันคุด และฟันฝังคุดในฟันปกติได้ บางการศึกษารายงานว่าเกิดฟันขึ้นผิดตำแหน่งเนื่องมาจากฟันเกิน การป้องกันการขึ้นของฟันล่าช้าทำได้โดยการตรวจวินิจฉัยฟันเกินแต่เนิ่นๆ เพื่อทำการรักษาที่ถูกต้องโดยการผ่าตัดนำฟันเกินดังกล่าวออกโดยเร็ว ในผู้ป่วยรายนี้ถูกส่งตัวมาตามใบส่งต่อผู้ป่วยจากคลินิกเอกชนโดยทันตแพทย์เฉพาะทางจัดฟัน เพื่อผ่าตัดฟันกรามล่างที่ฝังคุดอยู่ในขากรรไกรล่างทั้ง 4 ซี่ จึงพิจารณาทำการรักษาเฉพาะส่วนที่ทันตแพทย์เฉพาะทางจัดฟันต้องการเท่านั้น

สิ่งสำคัญในการผ่าตัดฟันคุดหรือฟันเกินจำเป็นต้องทำการ

ผ่าตัดร่วมกับการมีภาพถ่ายรังสีพาโนรามิกเป็นอย่างน้อย ในปัจจุบันหากทำการผ่าตัดร่วมกับภาพถ่ายรังสีสามมิติยิ่งทำให้ การผ่าตัดนั้นประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น สามารถช่วยลดเวลาในการ ผ่าตัด ช่วยลดความรุนแรงในการผ่าตัดและช่วยลดความเสี่ยงจาก การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้เป็น อย่างดี ฉะนั้นทันตแพทย์ผู้ผ่าตัดจึงควรศึกษาด้านการอ่านและ วิเคราะห์ภาพถ่ายสามมิติให้ชำนาญและนำมาเป็นประโยชน์ ในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

วิธีการผ่าตัดในรายงานนี้ใช้วิธีการผ่าตัดแบบมาตรฐาน สำหรับการผ่าฟันคุดและการผ่าฟันฝังคุดโดยทั่วไป โดยวางแผน ผ่าตัดนำฟันกรามล่างซี่ที่ 3 ออกมาก่อนซึ่งเป็นการผ่าตัดฟันคุด ทั่วไปอาจทำการกรอกระดูกแบ่งฟันตามปกติจากนั้นจึงเปิดขยาย แฉกเหงือกไปทางด้านหลังต่อตำแหน่งฟันคุดอีก 3-4 มิลลิเมตร เพื่อทำการผ่าตัดนำฟันกรามล่างซี่ที่ 4 ออกซึ่งวิธีผ่าตัดตามลำดับนี้ เป็นวิธีผ่าตัดที่ง่ายไม่ต้องใช้เทคนิคพิเศษมาก ทันตแพทย์ผู้ชำนาญ การผ่าตัดฟันคุดสามารถทำการผ่าตัดโดยใช้วิธีนี้เพียงเพิ่มความ ระมัดระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดซึ่งต้องศึกษา ลักษณะกายวิภาคศาสตร์ของขากรรไกรล่างในตำแหน่งดังกล่าวให้ เข้าใจดีก่อนการผ่าตัด

หลังการผ่าตัดครั้งแรกในผู้ป่วยนี้พบภาวะแทรกซ้อนหลัง การผ่าตัดโดยมีอาการชาต่อเนื้อบริเวณริมฝีปากล่างขวาและแก้ม ขวาแต่ความรู้สึกชาอ่อนกว่าเมื่อเทียบกับความรู้สึกชาระหว่างทำ หัตถการ บริเวณที่ชามีพื้นที่ลดลงประมาณร้อยละ 50 ใน 7 วัน ผู้ป่วยรู้สึกชาลดลงตามลำดับและติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์

ลักษณะภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเกิดในระหว่างการผ่าตัดเอา ฟันคุดหรือฟันฝังคุดออกโดยการผ่าตัดได้รับกวนทำให้เส้น ประสาทอินฟีเรีย อัลวีโอလာบริเวณผ่าตัดเกิดการบาดเจ็บเล็กน้อย ทำให้มีอาการชาบริเวณริมฝีปากล่างขวาและแก้มขวาซึ่งเป็นพื้นที่ รับความรู้สึกของเส้นประสาทดังกล่าวและเนื่องจากสาเหตุเกิด จากการบาดเจ็บของเส้นประสาทจึงจ่ายวิตามินบีรวม (รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด เข้า-เย็นหลังอาหารเป็นเวลา 1 เดือน) เพื่อบำรุงเส้น ประสาทให้ฟื้นกลับสู่สภาพเดิมโดยเร็วทำให้อาการชาค่อยลดลง และหายสนิทใน 1 เดือนหลังผ่าตัดซึ่งสนับสนุนว่าเส้นประสาท อินฟีเรีย อัลวีโอလာบริเวณผ่าตัดเกิดการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย หากเกิดการบาดเจ็บมากอาจทำให้อาการชาต่อเนื่องนานมากกว่านี้ ถึง 6 เดือนหรือเป็นปีได้¹⁷

สรุป

รายงานนี้เป็นรายงานผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 19 ปี ที่พบฟัน เกินบริเวณฟันหลังของขากรรไกรล่าง จากการวางแผนการรักษา ทางทันตกรรมจัดฟันโดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ทำการรักษาโดย การผ่าตัดฟันคุดและฟันเกินที่ละข้างภายใต้ยาชาเฉพาะที่ร่วมกับการ ใช้ภาพถ่ายรังสีพาโนรามิก การผ่าตัดฟันเกินดังกล่าวมีความ ยากกว่าการผ่าตัดฟันคุดทั่วไปแต่การผ่าตัดทั้งสองครั้งมีความ ง่ายในระดับที่ใกล้เคียงกัน ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ การตรวจ วินิจฉัยฟันเกินได้ตั้งแต่เนิ่นๆ นำไปสู่การรักษาฟันเกินที่ดีและการ ผ่าตัดควรทำโดยทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ช่องปาก

References

1. Gündüz K, Muglali M. Non-syndrome multiple supernumerary teeth: A case report. J Contemp Dent Pract 2007; 8: 81-8.
2. Regezi JA, Sciubba J. Oral Pathology: Clinical-Pathologic Correlations. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1993.
3. Spaage JD. Oral Pathology. St Louis: Mosby Co; 1973.
4. Arathi R, Ashwini R. Supernumerary Teeth: A case report. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2005; 23: 103-5.
5. Pindborg J. J. Pathology of the dental hard tissues. Munksgaard: Copenhagen; 1970.
6. Qaradaghi IF. Supernumerary tooth: Report of a rare case of a fourth mandibular molar. Rev Clin Pesq Odontol Curitiba 2009; 5: 157-60.
7. Das S, Suri RK, Kapur V. Supernumerary maxillary tooth: its topographical anatomy and its clinical implications. Folia Morphol 2004; 63: 507-9.
8. Clementini M, Ottria L, Pandolfi C, Agrestini C, Barlattani A. Four Impacted Fourth Molars in a Young Patient: A Case Report. Oral Implantol 2012; 5: 100-3.
9. Stafne EC. Supernumerary Teeth. Dent Cosmos. 1935; 74: 653-9.
10. Shahzad KM, Roth LE. Prevalence and management of fourth molars: a retrospective study and literature review. J Oral Maxillofac Surg 2012; 70: 272-5.
11. Kokten G, Balcioglu H, Buyukertan M. Supernumerary fourth and fifth molar: a report of two cases. J Contemp Dent Pract 2003; 4: 67-76.
12. Sykaras SN. Mesiodens in primary and permanent dentitions: Report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1975; 39 : 870-4.
13. Timocin N, Yalacin S, Ozgen M, Tanyeri H. Supernumerary molars and paramolars. J Nihon Univ Sch Dent 1994; 36: 145-50.
14. Tochichara Y. Studies of supernumerary teeth in Japanese I-IV. J Tokyo Dent Coll Soc 1990; 40: 651-64.
15. Yusuf WZ. Multiple impacted supernumerary teeth. Literature review. J Can Dent Assoc 1990; 56: 147-9.
16. Christopher SD, Savitha AN, Lazarus F, Sankar P. Fourth Molars – Bilateral Impaction - A Case Report. J Dent Res Updates 2014; 1: 79-81.
17. Baratollah S, Sara Kh. Incidence of Inferior Alveolar Nerve Damage and Recovery Following Mandibular Third Molar Surgery: Two Year Prospective Study. JDMS 2015;14: 82-4.