

รายงานผู้ป่วย

Case Report

การรักษาถุงน้ำเดนทิเจอร์สในกระดูกขากรรไกรล่าง : รายงานผู้ป่วย

Treatment of dentigerous cyst in mandible : case report

พรวิทย์ ประภาอนันตชัย, ท.พ.*

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ 33000

Pornwit Prapa-anantachai, D.D.S.*

*Department of Dentistry, Sisaket Hospital, Sisaket, Thailand, 33000

*Corresponding author. Email address: pornwitpp007@gmail.com

บทคัดย่อ

ถุงน้ำเดนทิเจอร์สเป็นถุงน้ำเหตุกำเนิดจากฟันซึ่งพบร่วมกับฟันที่ไม่ขึ้นในช่องปาก มักไม่แสดงอาการและอาจตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพรังสี พบมากในช่วงอายุ 10-20 ปี รายงานนี้เป็นกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่ต้องการรักษาทันตกรรมจัดฟัน พบถุงน้ำเดนทิเจอร์สจากฟันคุดตำแหน่งฟันกรามใหญ่ล่างซ้ายซี่ที่สามที่ไม่ขึ้นในช่องปากจากภาพรังสี ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ให้การรักษาโดยการผ่าตัดฟันคุดและควักถุงน้ำออกทั้งหมด หลังติดตามผลการรักษา 1 ปี พบว่ามีการหายของกระดูกเป็นปกติและไม่มีลักษณะแสดงการกลับเป็นซ้ำ

คำสำคัญ : ถุงน้ำเดนทิเจอร์ส ฟันคุด การควักออกทั้งก้อน

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562;34(2) : 181-193

ABSTRACT

Dentigerous cyst is an odontogenic cyst associated with the crown of the impacted or unerupted teeth. Typically, dentigerous cysts are asymptomatic and are discovered incidentally on routine radiographs. The most common age group is the second decade. In this article, the patient who wanted orthodontic treatment, revealed dentigerous cyst associated with unerupted mandibular left third molar on radiographs. The patient had no any symptoms. This case report presents the successful surgical management of dentigerous cyst by surgical removal impacted tooth and total enucleation. In the 1-year follow-up, normal bone healing was revealed with no any recurrence.

Keywords : dentigerous cyst, impacted tooth, enucleation

Med J Srisaket Surin Buriram Hosp 2019;34(2): 181-193

หลักการและเหตุผล

ถุงน้ำเดนทิเจอร์ส (Dentigerous cyst) เป็นถุงน้ำเหตุกำเนิดฟัน (odontogenic cyst) ชนิดหนึ่ง ซึ่งเกิดจากหน่อฟัน (tooth follicle) จึงถูกจำแนกเป็นถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดจากพัฒนาการของฟัน (developmental odontogenic cyst)⁽¹⁾ อุบัติการณ์เกิดของถุงน้ำเดนทิเจอร์สพบอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 11.4-44⁽²⁾ บางรายงานก็พบอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 12-15.7⁽³⁻⁵⁾ โดย Ioannidou⁽³⁾ พบถุงน้ำเดนทิเจอร์สมากเป็นอันดับ 3 รองจากถุงน้ำปลายรากฟัน (radicular cyst) และถุงน้ำหลงเหลือ (residual cyst) แต่ Marx⁽⁶⁾ พบเป็นอันดับสองรองจากถุงน้ำปลายรากฟัน ตำแหน่งที่พบถุงน้ำเดนทิเจอร์สมากที่สุดคือฟันกรามล่างซี่ที่สาม ฟันเขี้ยวบน ฟันกรามน้อยล่างซี่ที่สองตามลำดับ ส่วนฟันกรามบนซี่ที่สามพบได้น้อยมาก^(6,7) กลุ่มอายุที่พบมีรายงานตั้งแต่ 5-57 ปี⁽⁸⁾ แต่พบบ่อยที่สุดคือช่วงอายุ 10-20 ปี^(6,8) พบในเพศชายได้มากกว่าเพศหญิง อัตราส่วน 1.6:1 อย่างไรก็ตาม ถุงน้ำเดนทิเจอร์สสามารถพบได้เกี่ยวข้องกับฟันทุกซี่และทุกช่วงอายุได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะไม่มีอาการทางคลินิกใดๆ นอกจากถุงน้ำนั้นเป็นมานาน มีการขยายขนาดหรือมีการติดเชื้อขึ้นมา อาจมีอาการปวดเนื่องจากการขยายตัวของถุงน้ำ ถ้าเป็นถุงน้ำขนาดใหญ่จะมีการขยายของใบหน้าจนสังเกตเห็นได้ชัด ลักษณะภาพถ่ายรังสีของถุงน้ำเดนทิเจอร์สเป็นเงาดำขอบเขตชัดเจนร่วมกับมีฟันในรอยโรค พบว่าไม่สามารถให้การวินิจฉัยถุงน้ำเดนทิเจอร์สโดยใช้ภาพถ่ายรังสีเพียงอย่างเดียวได้ เนื่องจากมีรอยโรคบางอย่างเช่น อะเมโลบลาสโตมา (ameloblastoma) ถุงน้ำโอดอนโตเจนิคเคอราโทซิส (odontogenic keratocyst) ที่มีลักษณะ

ภาพถ่ายรังสีคล้ายกัน ต้องได้รับการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาเพื่อช่วยในการวินิจฉัย⁽⁹⁾

Marx⁽⁶⁾ ให้ทฤษฎีการเกิดถุงน้ำเดนทิเจอร์สไว้ 2 ทฤษฎี ดังนี้ ทฤษฎีแรกคือมีการสะสมของเหลวระหว่างชั้นเยื่อบุผิวรีติวซ์อีนาเมล (reduced enamel epithelium) กับตัวฟัน (crown) ซึ่งแรงดันจากของเหลวจะกระตุ้นการแบ่งเซลล์ของเยื่อบุผิวรีติวซ์อีนาเมลเข้าไปในถุงน้ำ โดยยึดกับรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน (cemento-enamel junction) รวมไปถึงส่วนตัวฟันด้วย อีกทฤษฎีหนึ่งกล่าวว่า เริ่มจากการเสื่อมสลายของสเตลเลทเรทิคูลัม (stellate reticulum) ซึ่งจะสร้างของเหลวระหว่างเซลล์ชั้นเยื่อบุผิวเคลือบฟันส่วนใน (inner enamel epithelium) และเยื่อบุผิวเคลือบฟันส่วนนอก (outer enamel epithelium) แรงดันของเหลวจะกระตุ้นการแบ่งเซลล์ของเยื่อบุผิวเคลือบฟันส่วนนอก ซึ่งยังมีส่วนเกาะกับฟันที่รอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน ด้านเยื่อบุผิวเคลือบฟันส่วนในบนผิวตัวฟัน ส่วนที่เหมือนกันของสองทฤษฎีคือความเข้มข้นแบบไฮเปอร์ออสโมลาร์ (hyperosmolar) ของของเหลวจะเกิดแรงดูดให้ของเหลวเข้าสู่ช่องว่างของถุงน้ำมากขึ้น ทำให้ถุงน้ำขยายขนาดใหญ่ขึ้น

โดยทั่วไปอาจให้การรักษาถุงน้ำเดนทิเจอร์สได้ 2 วิธีได้แก่

1) การควักออกทั้งก้อน (enucleation) คือใช้วิธีการควักผนังถุงน้ำออกทั้งหมดแล้วเย็บปิดแผล ภายหลังการควักออกบริเวณแผลผ่าตัดจะมีลิ่มเลือด (blood clot) สะสมอยู่ภายในช่องว่าง ซึ่งจะค่อยๆ มีการสร้างกระดูกขึ้นในภายหลัง วิธีการนี้มักใช้กับถุงน้ำที่มีขนาดไม่ใหญ่มาก

2) การทำมาร์ซูเพียไลเซชัน (marsupialization) คือการตัดผนังของถุงน้ำออกส่วนหนึ่งและเย็บขอบที่เหลือของผนังถุงน้ำกับเยื่อเมือกช่องปาก (oral mucosa) วิธีนี้จะเป็นการเปิดช่องให้ช่องว่างในถุงน้ำติดต่อกับภายนอกเพื่อลดความดันในถุงน้ำ การหายใจของแผลจะเป็นไปในลักษณะที่กันของโพรงจะค่อย ๆ ตื้นขึ้นจนกระทั่งเนื้อเยื่อ บุผิวของถุงน้ำเชื่อมไปกับเยื่อเมือกในช่องปากและเกิดการหายใจของกระดูกรอบๆ ถุงน้ำนั้น

การพิจารณาตัดสินใจให้การรักษาแบบใดนั้นขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ ความร่วมมือของผู้ป่วย ขนาดและตำแหน่งของรอยโรค รวมทั้งพิจารณาถึงโอกาสในการเกิดซ้ำหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคด้วย เนื่องจากถุงน้ำเดนทิเจอร่าสมักพบในเด็ก จึงมีหลายรายงานที่แนะนำการทำมาร์ซูเพียไลเซชันเพื่อลดความดันในถุงน้ำเป็นการลดขนาดของถุงน้ำและทำให้ฟันมีการเคลื่อนที่ลงมาในบางครั้งอาจใช้การจัดฟันช่วยดึงฟันที่อยู่ในรอยโรคให้ออกมาอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยยังมีฟันใช้งานได้ตามปกติเมื่อศึกษาถึงอัตราการกลับเป็นซ้ำในการรักษาถุงน้ำเดนทิเจอร่าด้วยวิธีการควักออกทั้งก่อนพบว่ามีอัตราต่ำมากส่วนการรักษาด้วยวิธีมาร์ซูเพียไลเซชันมีโอกาสที่จะเกิดถุงน้ำซ้ำได้อีกภายหลังการรักษาโดยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำประมาณร้อยละ 6⁽¹⁰⁾

ในบทความนี้ได้รายงานผู้ป่วยที่พบถุงน้ำเดนทิเจอร่าบริเวณขากรรไกรล่างซ้ายโดยไม่มีอาการแสดงใดๆ พบจากภาพถ่ายรังสีเนื่องจากผู้ป่วยไปติดต่อเพื่อจัดฟัน ได้รับการรักษาโดยควักถุงน้ำออกทั้งก่อนร่วมกับผ่าฟันคุดซึ่งที่เป็นสาเหตุถุงน้ำ ติดตามการรักษา 1 ปี ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำของถุงน้ำ

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 18 ปี อาชีพนักศึกษา มาพบทันตแพทย์เนื่องจากทราบว่ามีย่อยโรคที่กระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้ายเมื่อ 1 เดือนก่อน โดยผู้ป่วยได้ไปติดต่อจัดฟันที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ทันตแพทย์ส่งถ่ายภาพรังสีแล้วพบรอยโรคที่กระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้าย ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงใดๆ ทันตแพทย์ที่คลินิกจึงส่งตัวมาตรวจและรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา

ตรวจร่างกายพบค่าสัญญาณชีพปกติ การตรวจอวัยวะอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยใบหน้าสมมาตร ไม่พบการบวมภายนอกช่องปาก ไม่มีอาการชาหรือเจ็บปวด (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดงภายนอกช่องปากก่อนการผ่าตัด

ตรวจภายในช่องปากพบว่าผู้ป่วยมีอาการที่คลุมบริเวณแอ่งสามเหลี่ยมหลังฟันกรามล่าง กว้างปกติ คล้ำไม่พบส่วนบวมหรือมีกระดูกนูน (retromolar triangle) ด้านซ้ายปกติ (ภาพที่ 2) ไม่พบฟันโยก ไม่พบฟันซี่ 38 ในช่องปาก เหงือก



ภาพที่ 2 แสดงภายในช่องปากผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ภาพถ่ายรังสีแพโนรามา (panoramic radiograph) พบเงาโปร่งรังสีเดี่ยวขนาดใหญ่ ขอบเขตชัดเจน อยู่ที่บริเวณมุมขากรรไกรล่าง ด้านซ้าย ขอบเขตรอยโรคตั้งแต่ด้านไกลกลางซี่ฟัน 37 ถึงขากรรไกรล่างส่วนท้ายฟันกราม (ramus of mandible) และจากขอบล่างของขากรรไกร

ล่างถึงส่วนต้นของส่วนยื่นคอโรนอยด์ (coronoid process) พบฟันซี่ 38 ในรอยโรค โดยเงาโปร่งรังสีคลุมฟันซี่ 38 ทั้งซี่ วัดขนาดรอยโรคจากภาพถ่ายรังสีนี้ได้ 5 เซนติเมตร ฟันซี่ 28 ยื่นยาวลงมาเล็กน้อย (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 แสดงภาพถ่ายรังสีแพโนรามา ก่อนการผ่าตัด

ภาพถ่ายรังสีขากรรไกรล่างชนิดหลัง-หน้า (postero-anterior mandible radiograph)

พบเงาโปร่งรังสีที่กระดูกขากรรไกรล่างซ้าย ไม่พบการขยายขนาดของกระดูก (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 แสดงภาพถ่ายรังสีขากรรไกรล่างชนิดหลัง-หน้า

ให้การวินิจฉัยแยกโรคดังนี้

1. ถุงน้ำเดนทิเจอรัส (dentigerous cyst) จากฟันคุดซี่ 38 ที่ขากรรไกรล่างด้านซ้าย
2. ถุงน้ำโอดอนโตเจนิคเคอราโทซิส (odontogenic keratocyst) ที่ขากรรไกรล่างด้านซ้าย
3. อะเมลอบลาสโตมาชนิดถุงน้ำเดี่ยว (unicystic ameloblastoma) ที่ขากรรไกรล่างด้านซ้าย และวินิจฉัยโรคของฟันที่เกี่ยวข้องดังนี้
 1. ซี่ฟัน 38 ฟันคุด (impacted tooth)
 2. ซี่ฟัน 28 ฟันไม่มีคู่สบ (non-occluded tooth)

จึงวางแผนการรักษาโดยผ่าตัดควักรอยโรคที่กระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้ายเพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ร่วมกับผ่าฟันคุดซี่ 38 และถอนฟันซี่ 28

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบโดยใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกฉีดยาปฏิชีวนะเพนนิซิลลินจีโซเดียม (Penicillin G Sodium) 2 ล้านยูนิตทางหลอดเลือดดำก่อนผ่าตัดแก้คอกอชชุบน้ำเกลือในคอ และล้างช่องปากด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโพวิดีน (povidine) และน้ำเกลือตามลำดับเปิดแผลผ่าตัดในปากโดยลงมีดกรีดจากสันกระดูกแนวเฉียงด้านนอก (external oblique ridge)

ด้านซ้ายมาที่ด้านไกลกลางซี่ 37 และกรีดร่องเหงือก (sulcular incision) มาถึงซี่ 36 แล้วเลาะชั้นใต้เยื่อหุ้มกระดูกพบผิวกระดูกปกติ จึงใช้หัวกรงทำการกรอกระดูกด้านแก้มตั้งแต่ด้านไกลกลางซี่ 37 ถึงขอบหน้าของขากรรไกรล่างส่วนท้ายฟันกราม (ramus) พบรอยโรคลักษณะเป็นถุงน้ำข้างในกระดูก ลักษณะของเหลวภายในเป็นสีน้ำตาลใส ไม่มีกลิ่น ปริมาณ 7 มิลลิลิตร จากนั้นทำการควักออกทั้งก้อน (enucleation) นำถุงน้ำออกมาจากกระดูก และผ่าฟันคุดซี่ 38 ออก โดยแบ่งออกเป็นทั้งหมด 4 ส่วน

หลังนำรอยโรคและฟันคุดซี่ 38 ออกแล้วพบกลุ่มเส้นเลือดและเส้นประสาททอนฟีเรียร์ อัลวีโอลาร์ (inferior alveolar bundle) ในโพรงไม่พบการบาดเจ็บของเส้นเลือด (ภาพที่ 5) จึงใช้วัสดุห้ามเลือดเจลโฟม (gel foam) ใส่ในโพรงจนเต็มและเย็บปิดแผลด้วย vicryl 3-0 วัดขนาดชิ้นเนื้อถุงน้ำได้ 2 เซนติเมตร พบผนังถุงน้ำติดกับส่วนตัวฟันซี่ 38 บริเวณรอยต่อเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน (ภาพที่ 6) จากนั้นได้ถอนฟันซี่ 28 ออกผู้ป่วยพ้นจากยาดมสลบปกติและได้รับการถอดท่อช่วยหายใจในห้องผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ



ภาพที่ 5 แสดงภาพการผ่าตัดในช่องปาก ภายหลังจากฉีกถุงน้ำออกหมดแล้ว พบกลุ่มเส้นเลือดและเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ (inferior alveolar bundle) ในโพรงกระดูก

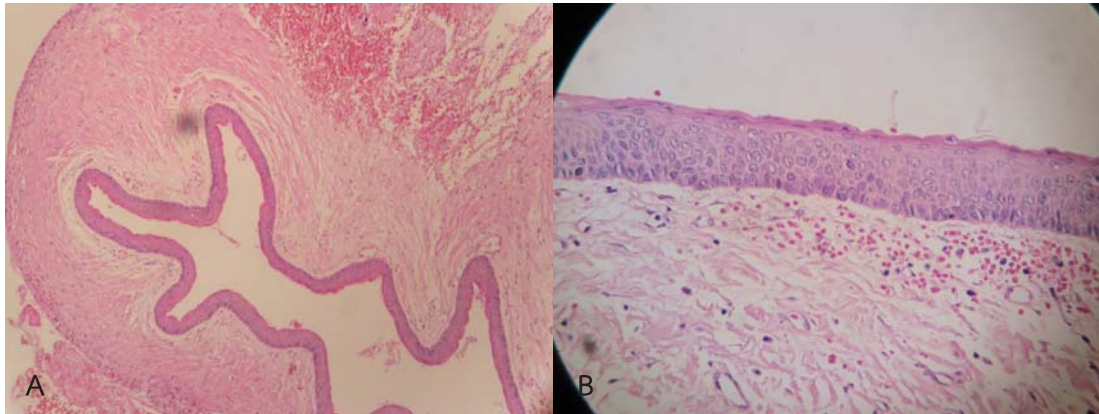


ภาพที่ 6 แสดงภาพถุงน้ำที่นำออกมา พบผนังถุงน้ำติดกับตัวฟันซี่ 38

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสัญญาณชีพปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาดมสลบ ผู้ป่วยได้ยาเพนนิซิลลินจีโซเดียม 2 ล้านยูนิตทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง มีอาการบวมที่แก้มซ้ายเล็กน้อย ไม่มีเลือดออกจากแผล ผู้ป่วยชาริมฝีปากล่างซ้าย จึงเพิ่มวิตามินบี 1-6-12 ให้รับประทานเพิ่มหลังอาหาร 3 เวลา ผู้ป่วยรับประทานอาหารและดูแลความสะอาดแผลผ่าตัดได้ดี ไม่พบการติดเชื้อ จึงให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ให้ยาปฏิชีวนะอะม็อกซิซิลลิน (amoxicillin) 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ

1 เม็ดหลังอาหาร เป็นเวลาอีก 5 วัน และวิตามินบี 1-6-12 รับประทานต่ออีก 1 เดือน

2 สัปดาห์หลังการรักษาใบหน้ายุบบวมลงยังมีการชาที่ริมฝีปากล่างซ้าย แผลผ่าตัดหายเป็นปกติ ไม่พบการติดเชื้อ จึงล้างน้ำเกลือและตัดไหมที่แผลผ่าตัดผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยาพบเยื่อบุผิวสความัสเรียงซ้อนทับกันหลายชั้น (stratified squamous epithelium) ชนิดไม่มีเคอราติน (non-keratinized) อยู่โดยรอบผนังถุงน้ำไม่พบการแบ่งเซลล์ผิดปกติ การวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาเป็นถุงน้ำเดนทิเจอร์รัส (ภาพที่ 7)



ภาพที่ 7 แสดงภาพลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา พบเยื่อปิวมีความสรีงซ้อนทับกันหลายชั้น
(A :ย้อมสีฮีมาทอกซิลินและอีโอซิน $\times 40$ และ B : $\times 100$)

3 เดือนหลังการรักษา ใบหน้าดูสมมาตร พบอาการชาริมฝีปากล่างซ้ายเท่าๆ เดิมแผลผ่าตัดใกล้ปิดสนิท ไม่พบการติดเชื้อภาพถ่ายรังสีพบการ

ที่บร้งสีเพิ่มขึ้นในตำแหน่งรอยโรคเดิม แสดงถึงการสร้างกระดูกใหม่ในโพรงกระดูก (ภาพที่ 8 9 และ 10)



ภาพที่ 8 แสดงภายนอกช่องปากหลังผ่าตัด 3 เดือน



ภาพที่ 9 แสดงภายในช่องปากหลังผ่าตัด 3 เดือน



ภาพที่ 10 แสดงภาพถ่ายรังสีแพโนรามาหลังการผ่าตัด 3 เดือน

1 ปีหลังการรักษา ใบหน้าดูสมมาตร ผู้ป่วยไม่มีอาการชาริมฝีปากล่างซ้ายแล้ว ให้ประวัติว่าอาการชาค่อยๆ ดีขึ้นจนกลับมารับรู้ความรู้สึกได้เหมือนข้างขวาประมาณเดือนที่ 9 หลังการรักษา แผลผ่าตัดปิดสนิท ภาพถ่ายรังสีพบการทับ

รังสีเพิ่มขึ้นในตำแหน่งรอยโรคเดิมมากกว่าภาพเมื่อ 3 เดือนหลังผ่าตัด แสดงถึงการสร้างกระดูกใหม่ในโพรงกระดูก ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำของถุงน้ำ (ภาพที่ 11 12 และ 13)



ภาพที่ 11 แสดงภายนอกช่องปากหลังผ่าตัด 1 ปี



ภาพที่ 12 แสดงภายในช่องปากหลังผ่าตัด 1 ปี



ภาพที่ 13 แสดงภาพถ่ายรังสีแพโนรามาหลังการผ่าตัด 1 ปี

บทวิจารณ์

ถุงน้ำเดนทิเจอร์ซิส เป็นถุงน้ำเหตุกำเนิด ฟันที่สัมพันธ์กับฟันที่ยังไม่ขึ้นหรือขึ้นได้บางส่วน ตำแหน่งฟันที่พบได้บ่อยคือ ฟันกรามล่างซี่ที่สาม ฟันเขี้ยวบน และฟันกรามน้อยล่างซี่ที่สอง ตามลำดับ ส่วนฟันกรามบนซี่ที่สามพบได้น้อยมาก⁽⁷⁾ แต่มีบางรายงานพบบริเวณตำแหน่งฟันกรามล่าง ซี่ที่สามมากที่สุดตามด้วยฟันกรามบนซี่ที่สามและ ฟันเขี้ยวบนตามลำดับ⁽¹¹⁾ ลักษณะภาพรังสีของ ถุงน้ำเดนทิเจอร์ซิสเป็นเงาดำโปร่งรังสีวงเดียวล้อม รอบฟันที่ยังไม่ขึ้นแบ่งเป็น 3 ประเภทได้แก่ ชนิด central คือมีส่วนของตัวฟันอยู่กึ่งกลางถุงน้ำ

ชนิด lateral คือถุงน้ำล้อมรอบด้านข้างหรือส่วน ใดส่วนหนึ่งของตัวฟัน และชนิด circumferential คือถุงน้ำล้อมรอบฟันทั้งหมด ผู้ป่วยรายนี้จัดอยู่ใน ประเภท circumferential เนื่องจากถุงน้ำหุ้มฟัน กรามล่างซ้ายซี่ที่สามทั้งซี่

กรณีผู้ป่วยรายนี้ตรวจพบถุงน้ำโดย บังเอิญจากภาพถ่ายรังสีเพื่อที่จะจัดฟัน แม้ว่าถุง น้ำจะมีขนาดใหญ่แต่ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงใดๆ ซึ่งผู้รายงานคิดว่าเกิดจากถุงน้ำมีการขยายขนาด ไปตามช่องไขกระดูกในขากรรไกรล่าง (marrow space) หมายความว่ามีการขยายขนาดถุงน้ำใน แนวหน้า-หลัง (anterior-posterior) มากกว่าใน

แนวใกล้แก้ม-ใกล้ลิ้น (buccal-lingual) ซึ่งพบได้บ่อยในถุงน้ำเดนทิเจอร์ส จึงได้วินิจฉัยแยกโรคเพิ่ม ได้แก่ ถุงน้ำโอดอนโตเจนิคเคอราโทซิส (odontogenic keratocyst) ซึ่งมักจะมีการรุกรานไปตามช่องไขกระดูกมากกว่า และอะเมโลเบลลาสโตมาชนิดถุงน้ำเดียว (unicysticameloblastoma) ซึ่งมักจะพบในช่วงอายุ 10-20 ปี แต่ควรจะมีการบวมเป็นอาการนำร่วมด้วย จึงให้วินิจฉัยแยกโรคไว้เป็นลำดับท้าย

จากการให้วินิจฉัยแยกโรคตามลำดับในผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ ถุงน้ำเดนทิเจอร์ส ถุงน้ำโอดอนโตเจนิคเคอราโทซิส และอะเมโลเบลลาสโตมาชนิดถุงน้ำเดียว ซึ่งทั้งหมดจัดเป็นกลุ่มถุงน้ำและเนื้องอกไม่ร้ายในขากระดูก เมื่อพิจารณาจากอายุของผู้ป่วย มีพื้นที่เกี่ยวข้องในรอยโรคเป็นพื้นที่ที่ต้องเอาออก ขนาดของรอยโรคใหญ่ประมาณ 5 เซนติเมตร แต่ผู้ป่วยมีความกลัวและกังวลไม่ต้องการผ่าตัดหลายครั้ง และผู้ป่วยสามารถเดินทางมาติดตามผลการรักษาได้ จึงเลือกรักษาด้วยวิธีผ่าตัดแบบอนุรักษ์ พิจารณาผ่าตัดด้วยวิธีควักออกทั้งก้อน (enucleation) และผ่าฟันคุดซี่ 38 ออกพร้อมกันภายใต้ยาสลบทั่วร่างกาย และติดตามผลการรักษาอยู่ตลอด ซึ่งผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการติดตามการรักษาเป็นอย่างดี ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำอีกในช่วง 1 ปีหลังผ่าตัด

Lee⁽¹²⁾ ได้ศึกษาภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ผ่าตัดถุงน้ำในกระดูกขากระดูกกรจำนวน 249 คนพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความรู้สึกสัมผัสเพี้ยน (paresthesia) 38 ราย ขากระดูกหักจากรอยโรค (pathologic fracture) 4 ราย และมีการติดเชื้อหลังผ่าตัด 59 ราย การติดเชื้อนี้จะพบมากในผู้ป่วยที่ได้ปลูกถ่ายกระดูกร่วมและพบติดเชื้อ

จากถุงน้ำที่เกิดบริเวณขากระดูกกรส่วนท้ายพ่นกระดูกมากที่สุด อัตราการเกิดซ้ำในกลุ่มถุงน้ำเดนทิเจอร์สน้อยมาก พบเพียง 1 รายจากจำนวน 135 ราย โดยขนาดของถุงน้ำที่ใหญ่จะสัมพันธ์กับอัตราการเกิดซ้ำมากกว่าถุงน้ำขนาดเล็ก ในรายงานนี้ยังแนะนำการรักษากรณีถุงน้ำที่ใหญ่กว่าหนึ่งในสามของขากระดูกกรบนหรือใหญ่กว่าครึ่งหนึ่งของขากระดูกกรล่าง (ความยาวถุงน้ำมากกว่า 5 เซนติเมตร) ควรรักษาแบบมาร์ซูเพียไลเซชันก่อนแล้วจึงผ่าตัดควักออกทั้งก้อนในภายหลัง

ขณะผ่าตัดควักถุงน้ำในผู้ป่วยรายนี้พบว่าผนังถุงน้ำอยู่ชิดเส้นประสาทอินฟีเรียลลิโอลาร์ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาริมฝีปากล่างซ้ายหลังผ่าตัด สาเหตุเกิดจากการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทนี้ ผู้นิพนธ์คิดว่าเป็นการบาดเจ็บของเส้นประสาทระดับ axonotmesis ตามการแบ่งประเภทการบาดเจ็บเส้นประสาทของ Seddon หรือเทียบได้กับการบาดเจ็บเส้นประสาทระดับที่สองถึงระดับสี่ของ Sunderland โดยเป็นการบาดเจ็บที่แกนประสาท (axon) ลึกถึงชั้นเอนโดเนวริยม (endoneurium) สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากการดึง (traction) การยืด (stretching) และการอัด (compression) ของเส้นประสาทระหว่างผ่าตัดถุงน้ำในผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งได้ติดตามผลการรักษาพบว่าอาการชาริมฝีปากล่างซ้ายหายอย่างสมบูรณ์ในเดือนที่ 9 หลังผ่าตัด มีรายงานพบว่าการบาดเจ็บระดับนี้จะหายสมบูรณ์ภายใน 12 เดือน⁽¹³⁾

ถุงน้ำเดนทิเจอร์สในผู้ป่วยรายนี้อยู่ชิดกับด้านใกล้กลางของฟันซี่ 37 หลังผ่าตัดพบว่าสูญเสียกระดูกเข้าฟันด้านใกล้กลางของฟันซี่นี้ไปจนถึงระดับกึ่งกลางรากใกล้กลาง เมื่อติดตามการ

รักษาพบว่าฟันซี่ 37 ไม่โยก ไม่มีอาการเสียฟัน ตรวจทางปริทันต์หลังผ่าตัดในช่วง 3 เดือนแรกพบ ร่องลึกปริทันต์ด้านไกลกลางฟันซี่ 37 ลึก 7 มิลลิเมตร และลดลงเหลือ 4 มิลลิเมตรใน 1 ปี หลังผ่าตัด

บทสรุป

ถุงน้ำเดนทิเจอร์สเป็นถุงน้ำเหตุกำเนิดจากฟันซึ่งพบร่วมกับฟันที่ไม่ขึ้นในช่องปาก มักไม่แสดงอาการและอาจตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพรังสี พบมากในช่วงอายุ 10-20 ปี รายงานนี้เป็นกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่ต้องการรักษาทันตกรรมจัดฟัน พบถุงน้ำเดนทิเจอร์สจากฟันคุดตำแหน่งฟันกรามใหญ่ล่างซ้ายซี่ที่สามที่ไม่ขึ้นในช่องปาก จากภาพรังสี ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ให้การรักษาโดยการผ่าตัดฟันคุดและควักถุงน้ำออกทั้งหมด หลังติดตามผลการรักษา 1 ปี พบว่ามีการหายของกระดูกเป็นปกติและไม่มีลักษณะที่แสดงว่ามีการกลับเป็นซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. Philadelphia : WB Saunders; 2009 : 679-82.
2. Lima ENA, Maia CADM, Gurgel AC, Oliveira PT, Medeiros AMC. Conservative management of dentigerous cyst in a child. Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra 2013; 8 : e1-4.
3. Ioannidou F, Mustafa B, Seferiadou-Mavropoulou T. Odontogenic cysts of the jaws. A clinicostatistical study. Stomatologia (Athenai) 1989; 46 : 81-90.
4. Koseoglu BG, Atalay B, Erdem MA. Odontogenic cysts : a clinical study of 90 cases. J Oral Sci 2004; 46 : 253-7.
5. Tortorici S, Amodio E, Massenti MF, Buzzanca ML, Burruano F, Vitale F. Prevalence and distribution of odontogenic cysts in Sicily : 1986-2005. J Oral Sci 2008; 50 : 15-8.
6. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology : a rationale for diagnosis and treatment. 2nd ed. Illinois : Quintessence; 2012.
7. Guruprasad Y, Chauhan DS, Kura U. Infected dentigerous cyst of maxillary sinus arising from an ectopic third molar. J Clin Imaging Sci 2013; 31 : 3(Suppl 1) : 7.
8. Mohan KR, Natarajan B, Mani S, Sahuthullah YA, Kannan AV, Doraiswamy H. An infected dentigerous cyst associated with an impacted permanent maxillary canine, inverted mesiodens and impacted supernumerary teeth. J Pharm Bioallied Sci 2013 ; 5(Suppl 2) : S135-8.
9. Murad AH. Dentigerous cyst : a review of 37 cases. [Internet]. 2006 [Cited 2018 Nov 4]. Available from:URL: <http://www.priory.com/den/dentigerous.htm>

10. สุภาพร วิริยะจิรกกุล. การกลับเป็นซ้ำของถุงน้ำเดนต์ิเจอร์ส 9 ปี ภายหลังการรักษาด้วยวิธีมาร์ซูเฟียไลเซชันและการจัดฟัน : รายงานผู้ป่วย 1 ราย. ศัลยช่องปาก-แม็กซิลโลเฟเชียล 2552 ; 23(2) : 101-8.
11. Zhang LL, Yang R, Zhang L, Li W, MacDonald-Jankowski D, Poh CF. Dentigerous cyst: a retrospective clinic opathological analysis of 2082 dentigerous cysts in British Columbia, Canada. Int J Oral Maxillofac Surg 2010; 39(9) : 878-82.
12. Lee H, Lee SJ, Seo BM. Investigation of Postoperative Complications of Intrabony Cystic Lesions in the Oral and Maxillofacial Region. J Oral Maxillofac Surg 2019; pii: S0278-2391 (19)30347-7.
13. Resnik RR. Neurosensory deficit complications in implant dentistry. In: Resnik RR, Misch CE, editors. Misch's avoiding commplicstions in oral implantology. St Louis: Mosby; 2018: 329-63.