

รายงานผู้ป่วย

Case Report

การจัดการช่องทางติดต่อระหว่างช่องปากและผิวหนัง ที่มีแหล่งกำเนิดจากฟัน : รายงานผู้ป่วย

Management of Orocutaneous Fistula from Dental Origin : A Case Report

พัชรินทร์ วีระรักษ์เดชา, ท.บ.*

Patcharin Veerarakdacha, D.D.S.*

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

*Department of Dental, Buri Ram Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000

Corresponding author, E-mail address : dr.sungdent@hotmail.com

Received: 27 Oct 2021. Revised: 08 Nov 2021. Accepted: 13 Dec 2021

บทคัดย่อ

ช่องทางติดต่อระหว่างช่องปากและผิวหนังที่มีแหล่งกำเนิดจากฟัน (orocutaneous fistula from dental origin) เป็นรอยโรคที่พบได้ไม่บ่อยนัก ด้วยลักษณะและอาการทางคลินิกของรอยโรคทำให้มักพบการวินิจฉัยในขั้นต้นเป็นรอยโรคของผิวหนัง การตรวจในช่องปาก การซักประวัติโดยละเอียด ร่วมกับการหาสาเหตุทางทันตกรรมที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง เป็นการยืนยันถึงสาเหตุของการเกิดโรค และนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถกำจัดสาเหตุของโรค ลดการได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็น ลดระยะเวลาของการรักษาลดการลุกลามของการเป็นโรคและแผลเป็นที่อาจเกิดขึ้นได้ รอยโรคสามารถหายได้เป็นอย่างดี รายงานนี้รายงานผู้ป่วยที่มีแผลอักเสบเรื้อรังที่บริเวณคางนานหลายปี เมื่อตรวจในช่องปากเพิ่มจึงพบว่าสาเหตุของการติดเชื้อมาจากฟัน 41 มีเนื้อเยื่อในโพรงฟันตายจากอุบัติเหตุกระแทกที่บริเวณฟันหน้าล่างเมื่อประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา จึงให้การรักษาด้วยการรักษาคอนโรกฟัน หลังติดตามผลการรักษาพบการหายของแผลอักเสบและรอยโรคที่ปลายรากฟัน ไม่พบอาการทางคลินิกใดๆ

คำสำคัญ : ช่องทางติดต่อระหว่างช่องปากและผิวหนัง การจัดการรอยโรคฟิสตุลา

ABSTRACT

Orocutaneous fistula from dental origin is the pathologic of facial region that communicate between oral cavity and facial skin. Misdiagnosis of this condition may result in healing failure or unnecessary treatment. Intraoral examinations and radiographs are critical for making the diagnosis. Correct diagnosis will lead to appropriate treatment results in predictable and rapid healing. This is a report of patient with orocutaneous fistula from dental origin. The lesion was initially diagnosed as a skin infection and treated in several years. After the correct diagnosis confirmed by oral examination, founded history of accidental trauma on lower anterior teeth about 10 years with 41 pulp necrosis. The case was successfully treated by endodontic treatment and lead to healing of lesion on the skin face and periapical area, no clinical sign and symptom was detect after follow up.

Keywords : Fistula, Cutaneous fistula, Odontogenic fistula, Oral diagnosis, Case management

หลักการและเหตุผล

Orocutaneous fistula (OCF) เป็นพยาธิสภาพชนิดหนึ่งที่พบได้ไม่บ่อย ลักษณะของรอยโรค OCF จะพบมีช่องทางของการเชื่อมต่อระหว่างภายในช่องปากกับผิวหนังบริเวณใบหน้า การใช้คำเรียก “ฟิสตุลา” (Fistula) มักจะใช้เรียกรอยโรคที่เป็นรอยทะลุเป็นทางเชื่อมต่อระหว่างช่องทาง 2 ช่องทาง เพื่อเป็นการระบายหนองหรือของเหลวที่เกิดจากการติดเชื้อ มักจะเป็นช่องจากภายในร่างกายมายังบริเวณผิวหนัง หรือภายนอก ร่างกาย ส่วนคำเรียก “ไซนัส” (sinus) มักจะใช้เมื่อมีรูเปิดเพื่อระบายหนอง หรือของเหลวในบริเวณช่องทางเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม รอยโรคทั้ง 2 นี้ จะมีลักษณะคล้ายกันคือเป็นช่องทางระบายเหมือนกัน ทั้ง 2 คำจึงมักใช้แทนกันได้^(1,2,3)

การเกิดรอยโรค OCF ที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อจากฟันหรือเนื้อเยื่อในช่องปาก อาจเกิดได้จากการติดเชื้อเรื้อรังที่ปลายรากฟัน (chronic periapical infection) มักจะเกิดจากการมีฟันผุ รองลงมาคือ ฟันที่ได้รับอุบัติเหตุและโรคปริทันต์⁽⁴⁾ เริ่มต้นจากการมีฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน การมีเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันตายจากการเกิดอุบัติเหตุต่อฟัน การอักเสบของเนื้อเยื่อปริทันต์ หรือสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อกลายเป็นหนองที่บริเวณรอบๆ ปลายรากฟัน (periapical abscess) หากไม่ได้รับการรักษาในเบื้องต้น กระบวนการอักเสบจากการติดเชื้อจะนำไปสู่การเกิดการละลายของกระดูกรอบๆ ลูกกลามไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง จนทะลุถึงผิวนอกของกระดูกขากรรไกร เป็นรูเปิดของรอยโรคที่กระดูก (osseous opening) และทะลุออกมาเป็นรูเปิดที่ผิวหนัง กลายเป็นแผลบริเวณใบหน้า การแพร่กระจายของการติดเชื้อ ส่วนมากจะแพร่ไปในทิศทางที่มีการต้านทานต่ำ และขึ้นกับตำแหน่งของปลายรากฟัน (dental root) และรูเปิดของรอยโรคที่กระดูกต่อกัล้ามเนื้อในแต่ละบริเวณ ถ้ารูเปิดที่กระดูกเกิดในขากรรไกรล่างและอยู่สูงกว่าตำแหน่งยึดเกาะของกล้ามเนื้อ (muscular attachment) จะพบรูเปิดของทางระบาย (sinus tract) ในช่องปาก ถ้ารูเปิดที่กระดูกอยู่ต่ำกว่าตำแหน่งยึดเกาะของกล้ามเนื้อ ก็มักจะพบรูเปิดที่ผิวหนัง กลายเป็น OCF การพบลักษณะของรอยโรคที่เป็นรูเปิดในช่องปาก ที่บริเวณผิวหนัง หรือพบการติดเชื้อที่บริเวณช่องพังผืดของศีรษะ จึงขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายวิภาคด้วย^(5,6,7,8)

สิ่งที่มักเป็นปัญหาในการจัดการรอยโรค OCF คือการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง เมื่อพบรอยโรคที่ผิวหนัง ผู้ป่วยมักไปพบแพทย์ผิวหนังเป็นอันดับแรก โดยอาจได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้น เป็นการเป็นสิ่วอักเสบ หรือแผลติดเชื้อที่ผิวหนัง การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องทำให้ไม่มีการจัดการกับต้นเหตุของการติดเชื้อ เชื้อโรคจึงไม่ได้ถูกกำจัดออกไป รอยโรคก็ไม่หาย กลายเป็นแผลเป็นเรื้อรัง การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็น เช่น การได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะเป็นเบื้องต้น การได้รับการผ่าตัดระบายหนอง หรือผ่าตัดเพื่อส่งตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy)^(9,10) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่ฟันหรือเนื้อเยื่อในช่องปากมานานเรื้อรัง มักไม่ค่อยมีอาการทางคลินิก โดยเฉพาะฟันที่ได้รับอุบัติเหตุมานาน อาจมีอาการทางคลินิกที่ไม่ชัดเจน ทำให้ไม่ได้คำนึงถึงปัญหาที่อาจเกิดจากในช่องปาก⁽⁷⁾ ในรายที่มีรอยโรคเรื้อรังจึงควรมีการซักประวัติที่ดีและมากพอ รวมทั้งการตรวจบริเวณรอบๆ รอยโรคจึงจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการวินิจฉัยแยกโรค การตรวจประสาทฟันด้วยกระแสไฟฟ้า (electric pulp test) จะบอกถึงความผิดปกติของเนื้อเยื่อในโพรงฟัน การถ่ายภาพรังสีบริเวณรอยโรค จะทำให้เห็นลักษณะของการละลายของกระดูก และการใช้แท่งยางกัตตาเปอร์ชา (gutta per cha point) สอดไปในรูเปิดของรอยโรค ร่วมกับการถ่ายภาพรังสี ก็จะเป็นการช่วยให้สามารถวินิจฉัยถึงฟัน หรือบริเวณที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้ดีขึ้นด้วย^(4,7)

OCF มีการพยากรณ์โรคที่ดี เมื่อมีการวินิจฉัยที่ถูกต้องจะนำไปสู่การรักษาเพื่อกำจัดสาเหตุที่แท้จริงของการติดเชื้อ การรักษาจะขึ้นกับฟันที่เป็นสาเหตุหรือเนื้อเยื่อปริทันต์รอบๆ การรักษาคลองรากฟันในฟันที่มีการติดเชื้อในโพรงประสาทฟัน และปลายรากฟันเป็นทางเลือกที่มักจะทำให้เกิดการหายของรอยโรคได้อย่างดี^(9,11) แต่ต้องพิจารณาว่าสามารถที่จะบูรณะฟันชิ้นนั้นให้ใช้งานต่อไปได้ ถ้าเนื้อฟันเหลือน้อยจนบูรณะไม่ได้ ก็อาจจะต้องพิจารณาถอนฟันนั้นออก⁽⁴⁾ รวมทั้งอาจต้องพิจารณาการรักษาเนื้อเยื่อปริทันต์ หรือการทำศัลยกรรมช่องปากเพื่อกำจัดการติดเชื้อให้หมดไปร่วมด้วยถ้าจำเป็น การให้การรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วจะช่วยให้รอยโรคหายเร็ว และไม่เป็นแผลเป็น แต่ถ้าเกิดรอยแผลแล้ว อาจต้องแก้ไขโดยการทำศัลยกรรมตกแต่งหรือการใช้เลเซอร์^(7,12)

รายงานผู้ป่วยนี้เป็นการรายงานผู้ป่วยที่มี OCF ที่บริเวณคาง โดยมีสาเหตุจากการที่ฟันในช่องปากได้รับอุบัติเหตุมานาน ทำให้เนื้อเยื่อในโพรงฟันตาย (pulp necrosis) ได้ไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษามาหลายครั้งแต่ไม่หายขาด เมื่อได้รับการตรวจเพิ่ม และวินิจฉัยที่ถูกต้อง จึงได้รับการรักษาที่เหมาะสมเพื่อกำจัดสาเหตุของการติดเชื้อ จึงมีการหายของรอยโรคในที่สุด

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 26 ปี มาพบทันตแพทย์ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ด้วยมีรอยแผลเป็นที่บริเวณคาง ผู้ป่วยปฏิเสธการมีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา สุขภาพแข็งแรง ไม่ได้รับประทานยาใดๆ เป็นประจำ ให้ประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุถูกกระแทกที่บริเวณใบหน้าบริเวณฟันหน้าล่าง เมื่อประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา โดยพบว่าฟัน 41 มีปลายฟันบิ่น มีอาการเจ็บเล็กน้อย และหายไปเอง จึงไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาใดๆ หลังจากนั้นประมาณ 6 ปีที่ผ่านมา เริ่มพบตุ่มคล้ายเป็นสิ่วอักเสบที่ผิวบริเวณคาง จึงได้ไปพบแพทย์ผิวหนัง และได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเหมือนการรักษาสิ่วอักเสบทั่วไป ผู้ป่วยแจ้งว่าบางครั้งเมื่อมีการอักเสบก็จะสะกิดบริเวณแผลเองบ้าง ก็จะได้หนองไหลออกมา หรือบางครั้งจะเป็นก้อนเม็ดครีมขึ้นๆ เหมือนหัวสิว เมื่อระบายหนองหรือก้อนครีมขึ้นๆ นั้นออกไปแล้วแผลที่อักเสบบวมก็จะยุบลง ทำให้เข้าใจว่ารอยอักเสบนีเกิดจากการเป็นสิ่วติดเชื้อทั่วไป รอยแผลที่อักเสบนี้เป็นๆ หายๆ มาเป็นเวลานาน เมื่อมีอาการก็จะไปพบแพทย์เป็นครั้งคราว แต่ไม่หายขาด และเป็นอยู่ที่บริเวณเดิม จึงได้รับการรักษาเพิ่มเติมด้วยการผ่าตัด เพื่อกำจัดเนื้อเยื่ออักเสบร่วมกับเอาชิ้นเนื้อไปตรวจ 2 ครั้ง ซึ่งไม่พบผลของชิ้นเนื้อที่เป็นลักษณะของเนื้องอก หรือมะเร็ง โดยที่รอยแผลก็ไม่หายสนิท ยังเป็นเรื้อรังอยู่ มีการอักเสบ มีเลือดปนหนองซึมออกมาเป็นบางครั้ง และกลายเป็นแผลเป็นที่บริเวณคาง เนื่องจากผู้ป่วยมีการย้ายที่ทำงานข้ามจังหวัดหลายครั้ง ทำให้ได้รับการรักษาจากแพทย์หลายคน และไม่ต่อเนื่อง จนกระทั่ง 4 ปีที่ผ่านมา ได้รับคำแนะนำให้ไปตรวจฟันในช่องปากด้วย แต่ผู้ป่วยต้องเดินทางบ่อยๆ จึงยังไม่สะดวกที่จะได้รับการรักษา ระหว่างนี้ก็มีการอักเสบที่บริเวณแผลบ้างเป็นครั้งคราว

เมื่อมาพบทันตแพทย์ที่กลุ่มงานฯ ลักษณะภายนอกของผู้ป่วย พบมีรอยแผลอักเสบ เป็นตุ่มกลมมน สีแดง นุ่มเล็กน้อย และมีการหดรั้งของผิวหนังเป็นรอยบุมรอบๆ ตุ่มนี้ที่บริเวณคาง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 มิลลิเมตร ไม่พบหนอง หรือของเหลวใดๆ ซึมมาจากรอยแผล (ภาพที่ 1) จากการตรวจในช่องปากพบว่าฟัน 41 มีรอยบิ่นที่บริเวณปลายฟัน สีเข้มกว่าฟันซี่ข้างเคียงเล็กน้อย (ภาพที่ 2) อวัยวะปริทันต์รอบๆ มีลักษณะปกติ ไม่มีการสร้างกระเปาะปริทันต์ (periodontal pocket) ไม่มีอาการปวดใดๆ ไม่ตอบสนองต่อการตรวจประสาทฟันด้วยกระแสไฟฟ้า (electric vitality pulp test) ขณะที่ฟันข้างเคียงได้แก่ฟัน 42 31 32 มีการตอบสนองเป็นปกติ มีการตอบสนองต่อการตรวจด้วยการเคาะ (percussion) ฟันโยกเล็กน้อย ระดับ 1 จากภาพรังสีพบเงาที่บริเวณปลายรากฟัน 41 ขนาดประมาณ 3×3 มิลลิเมตร บริเวณข้างเคียงอื่นๆ เป็นปกติ (ภาพที่ 3) ซึ่งแสดงถึงการมีการละลายของกระดูกบริเวณปลายรากฟัน เมื่อใส่แท่งยางกัตตาเปอร์ชา เข้าไปจากบริเวณแผลที่คาง (ภาพที่ 4) และถ่ายภาพรังสีในช่องปาก เพื่อเป็นการระบุตำแหน่งของสาเหตุของรูเปิดที่ผิวหนังพบว่าแท่งกัตตาเปอร์ชาชี้ไปที่ปลายรากฟัน 41 (ภาพที่ 5) จึงให้การวินิจฉัย ฟัน 41 เป็นฟันตายร่วมกับการอักเสบเรื้อรังที่ปลายราก (pulp necrosis with chronic periapical abscess) วางแผนให้การรักษาฟัน 41 ด้วยการรักษาลงรากฟัน (root canal treatment) ร่วมกับการบูรณะตัวฟันด้วยการทำเดือยฟันและครอบฟัน ในการรักษาลงรากฟันจะใช้ลวดตะไบเหล็กไร้สนิมชนิดเค (K file) ในการทำความสะอาดคลองรากฟัน ร่วมกับการล้างด้วยน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรด์ 2.5% ระหว่างการรักษาแต่ละครั้ง จะใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ในคลองรากฟัน (ภาพที่ 6) นัดผู้ป่วยมาดูอาการและเปลี่ยนแคลเซียมไฮดรอกไซด์ ห่างกันครั้งละประมาณ 2 สัปดาห์ หลังจากเริ่มให้การรักษาคลองรากฟัน ประมาณ 6 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ และแผลที่บริเวณคางหายดี ไม่พบลักษณะของการอักเสบ จึงทำการอุดคลองรากฟันด้วยกัตตาเปอร์ชา ด้วยวิธีเลทเทอร์ล คอนเดนเซชัน (lateral condensation) และนัดมาตรวจติดตามอีกครั้ง

หลังจากอุดคลองรากฟันประมาณ 3 เดือน ไม่พบการอักเสบเป็นหนอง ตุ่มเนื้อเยื่ออักเสบที่แผลที่ผิวหนังบริเวณคางหายไป แต่ยังมีลักษณะของแผลเป็นที่มีรอยบุ๋มตรงกลาง (ภาพที่ 7) ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดใดๆ ทั้งในและนอกช่องปาก ฟัน 41 ไม่โยก อวัยวะปริทันต์รอบๆ ปกติ จากภาพรังสี พบว่าเงาดำบริเวณปลายรากมีขนาดเล็กลง (ภาพที่ 8) ได้วางแผนการรักษาร่วมกับ

ผู้ป่วยเพื่อการรักษาเพื่อบูรณะตัวฟันต่อไป ด้วยการทำเดือยและครอบฟัน แต่เนื่องจากผู้ป่วยจะย้ายไปต่างจังหวัด จึงแนะนำให้รีบไปทำการรักษาต่อ เพื่อการรักษาที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ส่วนแผลเป็นบริเวณใต้คาง ผู้ป่วยได้ปรึกษากับแพทย์อาจพิจารณาทำศัลยกรรมเพื่อลดรอยแผลเป็นที่เกิดขึ้นต่อไป



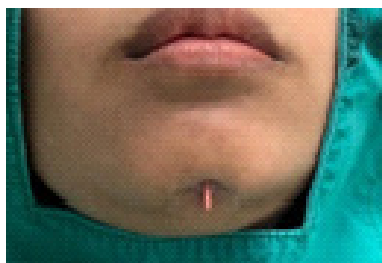
ภาพที่ 1 แสดงแผลอักเสบบริเวณคางของผู้ป่วยก่อนการรักษา เป็นตุ่มกลมรูสีแดง นูนเล็กน้อย และมีรอยบุ๋มของผิวหนังรอบๆ ตุ่มที่บริเวณคาง ขนาดประมาณ 3 มิลลิเมตร.



ภาพที่ 2 แสดงลักษณะของฟันในช่องปาก ฟันซี่ 41 ก่อนการรักษา มีปลายฟันบิ่น สีคล้ำกว่าฟันข้างเคียงเล็กน้อย อวัยวะปริทันต์รอบๆ เป็นปกติ



ภาพที่ 3 แสดงภาพรังสีของฟัน 41 ก่อนการรักษา มีเงาดำที่บริเวณปลายราก ขนาดประมาณ 3 x 3 มิลลิเมตร



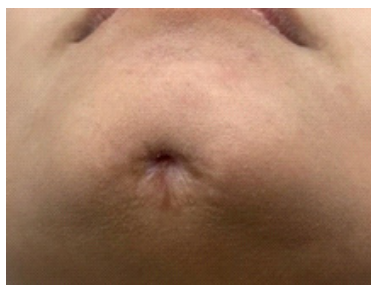
ภาพที่ 4 แสดงการใส่แท่งยางกัตตาเปอร์ชา (gutta per cha) เข้าไปจากบริเวณแผลที่ใต้คาง



ภาพที่ 5 แสดงถ่ายภาพรังสีในช่องปาก เมื่อใส่แท่งยางกัตตาเปอร์ชา (gutta per cha) เข้าไปจากบริเวณแผลที่ใต้คาง ปลายของแท่งยางเข้าไปที่รากฟัน 41



ภาพที่ 6 แสดงภาพรังสี ระหว่างการรักษาคลองรากฟัน ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ในคลองรากฟัน



ภาพที่ 7 แสดงแผลที่คางหลังการติดตามการรักษา หลังการอุดคลองรากฟัน รอยตุ่มนูนแดงหายไป มีการหายของแผลเป็นรอยบุ๋มตรงกลาง



ภาพที่ 8 แสดงภาพรังสีของฟัน 41 หลังอุดคลองรากฟัน ประมาณ 3 เดือน เจาดำบริเวณปลายรากฟัน 41 เล็กลง

วิจารณ์

OCF ที่มีสาเหตุมาจากฟันส่วนใหญ่จะมีการพยากรณ์โรคที่ดี แต่สิ่งที่พบบ่อยคือการให้การวินิจฉัยเบื้องต้นที่ไม่ถูกต้อง รอยโรคของโรคนี้มักจะเริ่มต้นพบด้วยการมีรอยแผลอักเสบที่ผิวหนังบริเวณใบหน้า ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายการเป็นสิว หรือการติดเชื้อเป็นฝีหนองที่ผิวหนัง ผู้ป่วยจึงมักไปพบแพทย์ผิวหนังเพื่อรับการรักษาเป็นอันดับแรก ดังผู้ป่วยที่รายงานนี้สาเหตุของการติดเชื้อเกิดจากการที่ฟันถูกกระแทกทำให้เนื้อเยื่อในตาย (dental pulp tissue necrosis) ปฏิกริยาของการอักเสบทำให้เกิดการทำลายของอวัยวะรอบๆ ปลายรากฟัน กลายเป็นหนองและทะลุออกที่ผิวหนังที่คาง การที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางคลินิกในช่องปาก ไม่มีอาการเจ็บปวดใดๆ มีเพียงปลายฟันที่บวม ร่วมกับฟันที่เปลี่ยนสีเล็กน้อย ประวัติการได้รับอุบัติเหตุกระแทกที่ใบหน้าที่ผ่านมา ทำให้ไม่คิดว่าจะเป็นสาเหตุของรอยโรคโรคได้^(4,9,12) จึงไม่ได้ให้ประวัติที่ครบถ้วนต่อแพทย์ผู้รักษา ทำให้การวินิจฉัยและการรักษามุ่งไปที่การติดเชื้อที่ผิวหนังเพียงอย่างเดียว สาเหตุของการติดเชื้อที่แท้จริงจึงไม่ถูกกำจัดออกไปกลายเป็นรอยโรคเรื้อรัง ดังนั้นหากพบรอยแผลที่ผิวหนังบริเวณใบหน้าและลำคอที่เป็นเรื้อรัง ควรจะต้องคิดถึงการติดเชื้อในช่องปากร่วมด้วย^(9,10) สำหรับผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากย้ายที่ทำงานหลายครั้งทำให้ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ประวัติการรักษาจึงยังไม่ชัดเจน และไม่ได้รับการตรวจที่ครอบคลุม การวินิจฉัยไม่ถูกต้อง จึงได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็นรอยโรคกลายเป็นแผลเรื้อรังที่รักษาไม่หาย

การตรวจเพื่อให้การวินิจฉัยแยกโรค OCF ที่มีสาเหตุมาจากฟัน มักจะต้องตรวจทั้งภายนอกและภายในช่องปาก ร่วมกับการถ่ายภาพรังสีบริเวณใกล้เคียง รอยโรคด้วย รอยโรคที่ผิวหนังที่มักจะมีลักษณะคล้ายกันได้แก่ การเป็นฝีหรือตุ่มหนอง (pustules, furuncles) มะเร็งเซลล์สความัส (squamous cell carcinoma) แกรนูโลมา (granulomas) ส่วนโรคในช่องปากที่อาจจะเป็นสาเหตุ เช่นเนื้อเยื่อในโพรงฟันตาย (pulp necrosis) การอักเสบของเนื้อเยื่อปริทันต์ (suppurative apical periodontitis) กระดูกอักเสบ (osteomyelitis) ถุงน้ำที่ติดเชื้อ (infected cyst) เป็นต้น^(13,14) รอยโรค OCF มักจะมีลักษณะเป็นตุ่มก้อน (nodule) บวมแดงที่บริเวณผิวหนัง เป็นหนอง เป็นถุงน้ำ รอยโรคที่เป็นเรื้อรัง มักจะมีการหดตัวรอบๆ รอยโรคเป็นรอยบุ๋ม (dimpling)⁽⁹⁾ มีลักษณะเป็นแผลเป็น (scar) อาจลำได้ลักษณะเป็นเส้น (cord-like tract)⁽¹⁵⁾ รอยแผลที่ผิวหนังมักอยู่ใกล้กับฟันที่เป็นสาเหตุ⁽⁹⁾ การตรวจในช่องปากอาจพบว่าฟันที่เกี่ยวข้องจะมีลักษณะปกติ แต่มักจะไม่ตอบสนองต่อการตรวจด้วยเครื่องตรวจความมีชีวิตของเนื้อเยื่อด้วยกระแสไฟฟ้า การตรวจในช่องปากร่วมกับการถ่ายภาพรังสีในช่องปากเป็นสิ่งที่ช่วยการวินิจฉัยที่ดี⁽¹¹⁾ ในภาพรังสีมักจะพบเงาดำที่บริเวณปลายรากของฟันที่เกี่ยวข้องร่วมด้วยถ้าใส่แท่งกัตาเปอร์ชา ลวดหรือวัสดุทึบแสงเข้าไปจากรูเปิดของรอยโรคที่ผิวหนังในภาพรังสีมักจะพบว่าปลายแท่งกัตาเปอร์ชาจะชี้ไปที่ปลายรากของฟันที่

เป็นโรคที่เป็นสาเหตุ ซึ่งเป็นวิธีที่วิธีหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถให้การวินิจฉัยรอยโรคและระบุตำแหน่งได้ถูกต้อง⁽⁴⁾ หากรอยโรครีมีขนาดใหญ่ซับซ้อนมากขึ้น อาจใช้การถ่ายภาพรังสีนอกช่องปาก เช่นการถ่ายภาพพาโนรามิค (orthopantomogram) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanning) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ชนิดลำรังสีรูปกรวย (Cone Beam Computed Tomogram: CBCT) หรือ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ร่วมด้วย เพื่อให้สามารถวินิจฉัยได้ถูกต้องมากขึ้น⁽⁶⁾

การให้การรักษาคือเป็นสาเหตุของรอยโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดสาเหตุของการติดเชื้อของฟันขึ้นนั้น อาจทำได้ด้วยการรักษาคอนโรกฟัน ร่วมกับการบูรณะตัวฟันที่เหมาะสมเช่นอุดฟัน หรือการทำครอบฟัน แต่ถ้าไม่สามารถบูรณะฟันขึ้นนั้นๆ ไว้ได้ ก็สามารถพิจารณาถอนฟัน เพื่อกำจัดแหล่งของเชื้อโรคที่ทำให้เกิดการติดเชื้อได้เช่นกัน ในการรักษาคอนโรกฟัน ยาที่มักจะใช้ในการใส่ในคลองรากฟันระหว่างการรักษาได้แก่ แคลเซียมไฮดรอกไซด์⁽¹⁶⁾ ซึ่งมีคุณสมบัติในการกำจัดเชื้อโรคจะช่วยให้รอยโรคหายเร็ว ให้ผลการรักษาที่ดี การพิจารณาให้การรักษาดูด้วยยาปฏิชีวนะอาจไม่จำเป็น⁽¹⁷⁾ มักจะให้อาหารที่ผู้ป่วยมีโรคทางระบบบางโรคร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน (immunosuppressive drug) หรือมีอาการและลักษณะทางคลินิกแบบฉับพลันเท่านั้น การให้ยาปฏิชีวนะในการรักษาเพียงอย่างเดียว เป็นการช่วยลดการเป็นฝีหนอง การอักเสบที่แผลเพียงชั่วคราว จะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นเพียงระยะที่ได้รับยาเท่านั้น แต่เมื่อได้รับการกำจัดสาเหตุของการติดเชื้อที่แท้จริงแล้ว พบว่ารอยโรคมักจะหายได้อย่างรวดเร็ว ส่วนรอยแผลเป็นที่บริเวณผิวหนัง อาจต้องได้รับการทำศัลยกรรมเพื่อความสวยงามต่อไป จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หลังการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และการรักษาที่เหมาะสม แหล่งกำเนิดของการติดเชื้อถูกกำจัดออกไปแล้ว รอยทะลุของแผลจะหายภายใน 7-14 วัน^(2,13,15) การที่ผู้ป่วยรายนี้ไม่สามารถไปรับการรักษาต่อเนื่องได้ นอกจากจะทำให้ไม่ได้ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดรอยโรค ยังทำให้เกิดเป็นแผลเป็นเรื้อรังที่ผิวหนัง แต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และได้รับการรักษาด้วยการรักษาคอนโรกฟัน ซึ่งเป็นต้นเหตุ เพื่อกำจัดสาเหตุที่แท้จริง ก็ทำให้รอยโรคหายได้ในเวลาไม่นาน

สรุป

รอยโรคของ OCF ที่มีสาเหตุมาจากฟัน มักได้รับการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์หรือแพทย์ผิวหนังเป็นอันดับแรกด้วยอาการของรอยโรคที่ผิวหนัง การวินิจฉัยแยกโรคอาจไม่นำปัญหาในช่องปากมาพิจารณาด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่มีอาการปวดรุนแรงของฟันหรืออวัยวะในช่องปาก การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็นและรอยโรคอาจกลายเป็นแผลเรื้อรัง มีผลกับความสวยงามบนใบหน้า ในรายที่มีการรักษามาระยะหนึ่งแล้วไม่หาย จึงควรจะต้องมีการซักประวัติ การตรวจทั้งนอกช่องปากและในช่องปากเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม และการปรึกษาร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ทั่วไป ทันตแพทย์ ศัลยแพทย์ และแพทย์ผิวหนังเพื่อให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง เมื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสมรอยโรคจะสามารถหายได้อย่างรวดเร็ว การตรวจในช่องปาก นอกจากจะเป็นการหาสาเหตุของการติดเชื้อแล้ว จะต้องประเมินฟันหรืออวัยวะที่ติดเชื้อนั้นๆ ให้ดี เพื่อสามารถให้การรักษาและบูรณะฟันได้อย่างสมบูรณ์ การให้การรักษาคอนโรกฟันเพียงอย่างเดียวในฟันที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อสามารถทำให้มีการหายของรอยโรคที่ปลายรากได้เป็นอย่างดีโดยไม่ต้องทำศัลยกรรมอื่นๆ ร่วมด้วย และรอยโรคที่ผิวหนังก็จะหายตามมา แต่ถ้ารอยทะลุที่บริเวณผิวหนังมีการหดรั้งกลายเป็นแผลเป็น อาจต้องใช้การทำศัลยกรรมตกแต่งร่วมด้วย เพื่อแก้ปัญหาเรื่องความสวยงามต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Pandey R, Gupta R, Bhagat N, Islam JI. Orocutaneous fistula of a periodontal origin. Indian J Dent Adv 2017;9(1):69-72.
2. Samir N, Al-Mahrezi A, Al-Sudairy S. Odontogenic Cutaneous Fistula: Report of two cases. Sultan Qaboos Univ Med J 2011; 11(1):115-8.
3. Chouk C, Litaie N. Oral Cutaneous Fistula. [Internet]. [Cited 2021 Jul 15]. Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539822/> Last update: May 7, 2021.

4. Brown RS, Jones R, Feimster T, Sam FE. Cutaneous sinus tracts (or emerging sinus tracts) of odontogenic origin: a report of 3 cases. *Clin Cosmet Investig Dent* 2010;2: 63-7. doi: 10.2147/ccide.s6472.
5. Kaban LB. Draining skin lesions of dental origin: the path of spread of chronic odontogenic infection. *Plast Reconstr Surg* 1980;66(5):711-7. doi: 10.1097/00006534-198011000-00006.
6. Vermani M, Kalia V, Singh S, Garg S, Aggarwal S, Khurana R, et al. Orocutaneous Fistula or Traumatic Infectious Skin Lesion: A Diagnostic Dilemma. *Case Rep Dent* 2015;2015:353069. doi: 10.1155/2015/353069.
7. Qazi SS, Manzoor MA, Qureshi R, Arjumand B, Hussain SM, Afridi Z. Nonsurgical endodontic management of cutaneously draining odontogenic sinus. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2006;18(2):88-9.
8. Bouguezzi A, Hentati H, Chokri A, Selmi J. Cutaneous Draining Sinus Tract of Odontogenic Origin. *Glob J of Sur* 2014;2(2): 21-4. DOI:10.12691/js-2-2-1
9. Lee EY, Kang JY, Kim KW, Choi KH, Yoon TY, Lee JY. Clinical Characteristics of Odontogenic Cutaneous Fistulas. *Ann Dermatol* 2016;28(4):417-21. doi: 10.5021/ad.2016.28.4.417.
10. Chowdri NA, Sheikh S, Gagloo MA, Parray FQ, Sheikh MA, Khan FA. Clinicopathological profile and surgical results of nonhealing sinuses and fistulous tracts of the head and neck region. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67(11):2332-6. doi: 10.1016/j.joms.2008.06.084.
11. Spear KL, Sheridan PJ, Perry HO. Sinus tracts to the chin and jaw of dental origin. *J Am Acad Dermatol* 1983;8(4):486-92. doi: 10.1016/s0190-9622(83)70053-8.
12. Kim SH, Park SJ, Oh JJ, Lee ES. A case of cutaneous sinus tract of dental origin. *Ann Dermatol* 2002;14:235-8. <https://doi.org/10.5021/ad.2002.14.4.235>
13. Dincol ME, Yilmaz B, Ersev H, Mert Gunduz V, Arslanoglu B, Yalcin TY, et al. Treatment of extraoral cutaneous sinus tracts with non-surgical endodontic intervention: report of six cases. *J Istanbul Univ Fac Dent*. 2015 Apr 29;49(2):35-40. doi: 10.17096/jiufd.73461
14. Gupta M, Das D, Kapur R, Sibal N. A clinical predicament--diagnosis and differential diagnosis of cutaneous facial sinus tracts of dental origin: a series of case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112(6):e132-6. doi: 10.1016/j.tripleo.2011.05.037.
15. Cantatore JL, Klein PA, Lieblisch LM. Cutaneous dental sinus tract, a common misdiagnosis: a case report and review of the literature. *Cutis* 2002;70(5):264-7..
16. Siqueira JF Jr, Rôças IN, Santos SR, Lima KC, Magalhães FA, de Uzeda M. Efficacy of instrumentation techniques and irrigation regimens in reducing the bacterial population within root canals. *J Endod* 2002;28(3):181-4. doi: 10.1097/00004770-200203000-00009.
17. Mittal N, Gupta P. Management of extra oral sinus cases: a clinical dilemma. *J Endod* 2004;30(7):541-7. doi: 10.1097/00004770-200407000-00019.