

รายงานผู้ป่วย

Case Report

คอมเพล็กซ์โอdontomaขนาดใหญ่ในเด็ก : รายงานผู้ป่วย 1 ราย  
Giant Complex Odontoma in Childhood : a Case Report

พรวิทย์ ประภาอนันตชัย, ทพ.\*  
Pornwit Prapa-anantachai, DDS.\*

\*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย 33000  
\*Department of Dentistry, Sisaket Hospital, Sisaket Province, Thailand, 33000  
Corresponding author; Email address: pornwitpp007@gmail.com

Received: 07 Oct 2022. Revised : 20 Oct 2022. Accepted : 18 Nov 2022

บทคัดย่อ

โอdontoma เป็นเนื้องอกต้นกำเนิดสาเหตุจากฟัน ชนิดไม่ร้ายแรงที่พบบมากที่สุด พบมากในผู้ป่วยอายุ 10-20 ปี โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่แสดงอาการ อาจพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี แบ่งเป็น 2 ชนิดคือคอมพาวนด์โอdontoma และคอมเพล็กซ์โอdontoma ส่วนใหญ่จะพบคอมพาวนด์โอdontoma มากกว่าและมีขนาดเล็ก พบร่วมกับฟันแท้มากกว่าฟันน้ำนม รายงานนี้เป็นกรณีศึกษาของผู้ป่วยเด็กชายอายุ 5 ปี มีคอมเพล็กซ์โอdontoma ขนาดใหญ่ที่กระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้ายร่วมกับฟันน้ำนมและฟันแท้คู่ธรรมสองซี่ให้การรักษาโดยการผ่าตัดควักออกทั้งหมดจากภายในช่องปาก หลังติดตามผลการรักษา 7 เดือน พบว่ามีการหายของกระดูกเป็นปกติ ไม่พบลักษณะการกลับเป็นซ้ำ ฟันคู่ทั้งสองซี่เคลื่อนเข้าใกล้สันกระดูกเบ้าฟันมากขึ้น ผู้ป่วยมีรูปหน้าสมมาตรดีขึ้น

คำสำคัญ : โอdontoma คอมเพล็กซ์โอdontoma ขนาดใหญ่ การควักออกทั้งก้อน

ABSTRACT

Odontomas are the most common benign odontogenic tumors. Most of them are diagnosed in the second decade of life. In general, odontomas are asymptomatic and are discovered by routine radiographic examination. Odontomas are divided into two types, compound odontoma and complex odontoma. Odontomas occur frequently are compound odontoma, small size in permanent dentition and are seldom associated with deciduous dentition. This report presents the case of a 5-year-old boy with a giant complex odontoma in the left mandibular with two impacted deciduous and permanent teeth. The patient was treated by total enucleation using an intraoral approach. In the 7-months follow-up, normal bone healing was revealed with no any recurrence. Both impacted teeth moved closer to the alveolar ridge. The patient had better symmetrical face shape.

Keywords : odontoma, giant complex odontoma, enucleation.

หลักการและเหตุผล

โอdontoma (odontoma) เป็นเนื้องอกต้นกำเนิดสาเหตุจากฟันชนิดไม่ร้ายแรง (benign odontogenic tumor) ที่พบบมากที่สุด ถูกกล่าวถึงครั้งแรกโดย Paul Broca ในปี ค.ศ.1867<sup>(1,2)</sup> องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้จัดโอdontoma เป็นกลุ่มเนื้องอกสาเหตุจากฟันชนิดไม่ร้ายแรงจากเซลล์เยื่อบุผิวและเซลล์มีเซนไคม์ (mixed epithelial and mesenchymal odontogenic tumor) อย่างไรก็ตาม

โอdontoma ไม่จัดเป็นเนื้องอกอย่างแท้จริง เป็นกลุ่มฮาร์มาโทมา (hamartoma) มีการเพิ่มจำนวนของเซลล์หรือเนื้อเยื่อซึ่งพบได้ปกติในอวัยวะดังกล่าว จนเกิดเป็นเนื้องอกขึ้นมา ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวจัดเป็นการเจริญที่ผิดปกติ (developmental abnormality) โอdontoma แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ คอมพาวนด์โอdontoma (compound odontoma) จะพบลักษณะโครงสร้างคล้ายฟันซี่เล็กๆ มีส่วนเคลือบฟัน (enamel) เนื้อฟัน (dentin)

เคลือบรากฟัน (cementum) และโพรงประสาทฟัน (pulp) อาจพบซี่เดี่ยวหรือเป็นกลุ่มก็ได้ และคอมเพล็กซ์โอdontoma (complex odontoma) จะพบก้อนที่ประกอบด้วยเคลือบฟันและเนื้อฟันที่ไม่มีลักษณะรูปร่างของฟัน<sup>(3-6)</sup> กรณีพบทั้งคอมพาวนด์โอdontoma และคอมเพล็กซ์โอdontoma จะเรียกว่า มิกซ์โอdontoma<sup>(7)</sup>

อุบัติการณ์เกิดโอdontoma พบร้อยละ 20-67 ของเนื้องอกต้นกำเนิดสาเหตุจากฟันชนิดไม่ร้ายแรง มักพบในช่วงอายุ 10-20 ปี อายุที่พบสูงสุดคือ 14 ปี พบในทั้งชายและหญิงเท่าๆ กัน<sup>(1,3-5)</sup> โดยคอมพาวนด์โอdontoma มักตรวจพบวินิจฉัยได้เร็วกว่าคอมเพล็กซ์โอdontoma จึงมีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยคอมพาวนด์โอdontoma น้อยกว่าคอมเพล็กซ์โอdontoma โอdontoma พบได้ทั้งกระดูกขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง หรืออาจพบร่วมกับฟันคุดแท้หรือฟันน้ำนมที่ยังไม่ขึ้นในช่องปาก<sup>(8)</sup> มีรายงานพบว่าโอdontoma เกี่ยวข้องกับฟันตัดบนซี่กลางมากที่สุด<sup>(9)</sup> ส่วนใหญ่จะพบโอdontoma เกี่ยวข้องกับฟันแท้ โดยเกิดร่วมกับฟันน้ำนมเล็กน้อย<sup>(10-12)</sup> ตำแหน่งที่พบคอมพาวนด์โอdontoma มากที่สุดคือขากรรไกรบนส่วนหน้า (ร้อยละ 81.8) ส่วนคอมเพล็กซ์โอdontoma พบมากที่สุดที่ขากรรไกรล่างส่วนหลัง (ร้อยละ 63) รองลงมาคือขากรรไกรบนส่วนหน้า (ร้อยละ 16) มักพบคอมพาวนด์โอdontoma มากกว่าคอมเพล็กซ์โอdontoma ในอัตราส่วน 2:1<sup>(1)</sup> โดยคอมเพล็กซ์โอdontoma ที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 30 มิลลิเมตร จะเรียกว่า ไจแอนท์คอมเพล็กซ์โอdontoma (giant complex odontoma)<sup>(13,14)</sup> สาเหตุการเกิดโอdontoma ยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บเฉพาะที่ การอักเสบ การติดเชื้อระหว่างกระบวนการสร้างฟัน การขาดสารอาหาร การได้รับสารเคมีก่อมะเร็ง หรือสาเหตุทางพันธุกรรม เช่น กลุ่มอาการการ์เดนเนอร์ (Gardner's syndrome) และกลุ่มอาการเฮร์แมน (Herman's syndrome)<sup>(3,8,15)</sup>

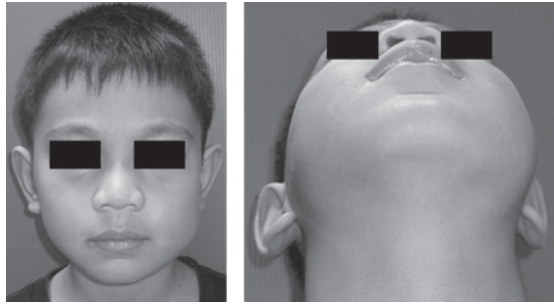
ในบทความนี้ได้รับรายงานผู้ป่วยเด็กชายอายุ 5 ปี ที่พบคอมเพล็กซ์โอdontoma ขนาดใหญ่ในกระดูกขากรรไกรล่าง ทำให้กระดูกขยายขนาดออกด้านใกล้แก้มและใกล้ลิ้น ใบหน้าผู้ป่วยบวมไม่สมมาตรกัน ได้รับการรักษาโดยผ่าตัดควักออกทั้งหมด (enucleation) ติดตามผลการรักษา 7 เดือน พบการหายของกระดูกเป็นปกติ ไม่พบการกลับเป็นซ้ำ งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก

คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย 060/65 ลงวันที่ 21 กันยายน พ.ศ.2565

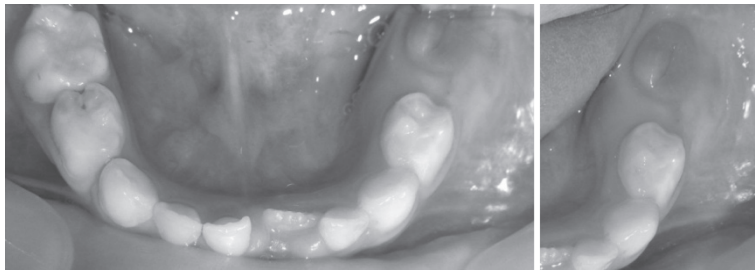
## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 5 ปี มาพบทันตแพทย์ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ด้วยอาการแก้มด้านซ้ายบวมมา 2 ปี มารดาของผู้ป่วยให้ประวัติว่าเมื่อ 2 ปีก่อนสังเกตเห็นว่าบุตรมีแก้มด้านซ้ายบวม เคยพาไปตรวจฟันแต่ไม่ได้ส่งถ่ายภาพรังสีในเวลานั้น จากนั้นแก้มซ้ายบวมโตช้าๆ ไม่มีอาการปวด ครั้งนี้ดูว่าบวมโตขึ้นมาก จึงพาไปตรวจกับทันตแพทย์ที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ทันตแพทย์ส่งถ่ายภาพรังสีปริทัศน์ศพรอยโรคขนาดใหญ่ในกระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้าย จึงส่งตัวมาตรวจและรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยมีสุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา ตรวจร่างกายพบค่าสัญญาณชีพปกติ การตรวจอวัยวะอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจภายนอกช่องปากพบผู้ป่วยมีใบหน้าไม่สมมาตร แก้มด้านซ้ายบวม ผิวหนังปกติ ไม่มีอาการชาหรือเจ็บปวด อ้าปากกว้างปกติ (ภาพที่ 1) ตรวจภายในช่องปากคลำพบส่วนกระดูกขากรรไกรล่างซ้ายด้านใกล้แก้มและด้านใกล้ลิ้นขยายออกตั้งแต่บริเวณฟันซี่ 74 ถึงขากรรไกรล่างส่วนท้ายฟันกราม (ramus of mandible) คลำแข็งเป็นกระดูก ไม่พบฟันซี่ 75 ในช่องปาก เหงือกบนสันกระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้ายบวมแดงเล็กน้อย ไม่พบหนองไหลจากเหงือก (ภาพที่ 2)

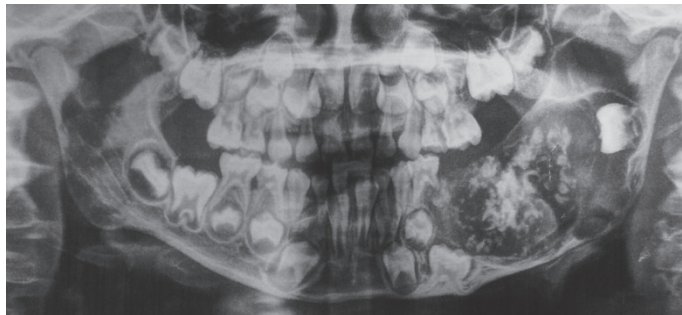
จากภาพถ่ายรังสีปริทัศน์ (panoramic radiograph) พบเงาโปร่งรังสีขนาดใหญ่และเงาที่บรัสสีภายใน (mixed radiolucent-radiopaque) ขอบเขตชัดเจน อยู่ที่บริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้ายตั้งแต่ด้านใกล้กลางฟันซี่ 74 ถึงขากรรไกรล่างส่วนท้ายฟันกราม (ramus of mandible) กับส่วนเว้าซิกมอยด์ (sigmoid notch) และจากส่วนกระดูกเข้าฟันถึงขอบล่างของขากรรไกรล่างด้านซ้าย พบเงาที่บรัสสีคล้ายส่วนประกอบของฟันภายในรอยโรค ไม่พบลักษณะของตัวฟันพบฟันซี่ 75 และหนองฟันแท้ซี่ 36 ถูกดันไปอยู่ขอบล่างและขอบหลังของขากรรไกรล่างตามลำดับ ไม่พบหนองฟันแท้ซี่ 35 (ภาพที่ 3)



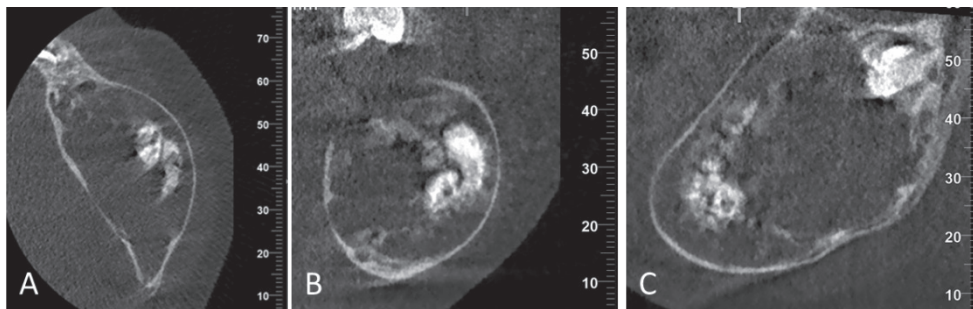
ภาพที่ 1 แสดงภายนอกช่องปากก่อนการผ่าตัด



ภาพที่ 2 แสดงภายในช่องปากก่อนการผ่าตัด



ภาพที่ 3 แสดงภาพถ่ายรังสีปริทัศน์ก่อนการผ่าตัด



ภาพที่ 4 แสดงภาพรังสีส่วนตัดอ้ายคอมพิวเตอร์ก่อนการผ่าตัด

[A: ระนาบตามแกน (axial plane), B: ระนาบแบ่งหน้าหลัง (coronal plane),  
C: ระนาบแบ่งซ้ายขวา (sagittal plane)]

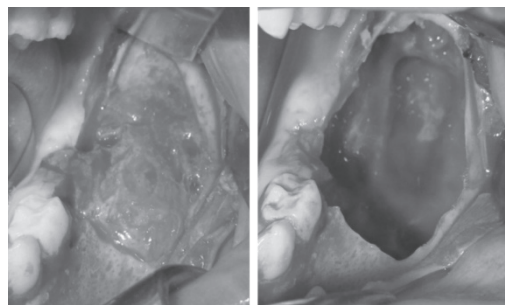
ภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์ (computed tomography, CT) แสดงลักษณะเงาโปร่งรังสีภายใน มีก้อนที่รังสีที่มีความทึบรังสีไม่สม่ำเสมอ (heterogenous) โดยความทึบรังสีใกล้เคียงกับฟัน ก้อนแผ่ขยายออกทั้งด้านใกล้แก้มและใกล้ลิ้น แต่ไม่ทะลุผิวนอกของกระดูกขากรรไกร วัดขนาดรอยโรคจากภาพได้ 47x30x25 มิลลิเมตร (ภาพที่ 4)

ให้การวินิจฉัยแยกโรคดังนี้

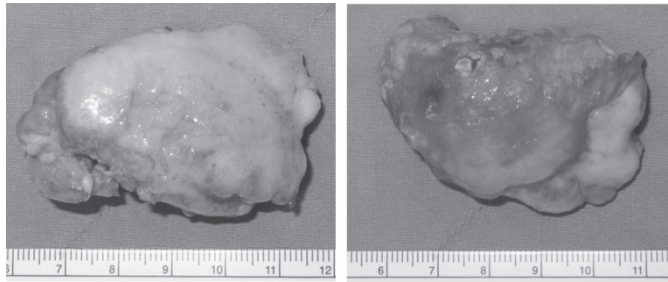
1. คอมเพล็กซ์โอdontoma (complex odontoma) ที่ขากรรไกรล่างด้านซ้าย
2. อะเมโลบลาสติกไฟโบรโอdontoma (ameloblastic fibro-odontoma) ที่ขากรรไกรล่างด้านซ้าย
3. ซีเมนโทออสซิฟายอิงไฟโบรมา (cemento-ossifying fibroma) ที่ขากรรไกรล่างด้านซ้ายร่วมกับฟันซี่ 75 และซี่ 36 เป็นฟันคุด

ตรวจเพิ่มเติมโดยผ่าตัดเก็บชิ้นเนื้อบางส่วน ภายใตยาสลบทั่วร่างกายเพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ผลตรวจพบกลุ่มเซลล์เยื่ออะเมโลบลาสต์ (ameloblastic epithelium) เซลล์รูปทรงลูกบาศก์และรูปแท่งกระจายทั่วไปในเนื้อเยื่อไฟโบรมิกซอยด์ (fibromyxoid stroma) พบการสร้างเคลือบฟันและเนื้อฟันบางตำแหน่ง ผลวินิจฉัยเป็นคอมเพล็กซ์โอdontoma จึงวางแผนการรักษาเลือกวิธีผ่าตัดควักเนื้อออกออกทั้งหมด และเก็บฟันซี่ 75 และซี่ 36 ไว้ก่อนเพื่อสังเกตการขึ้นมาใน

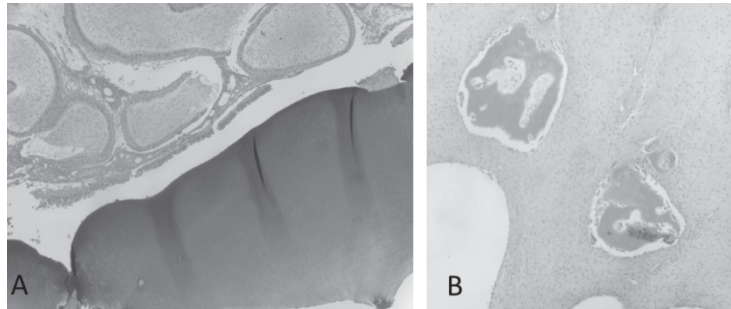
ช่องปากต่อไป ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใต้ยาสลบทั่วร่างกายโดยใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ฉีดยาปฏิชีวนะเพนนิซิลลินจีโซเดียม (Penicillin G Sodium) 500,000 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำก่อนผ่าตัด เปิดแผลผ่าตัดในปากโดยลงมีดกรีดจากสันกระดูกแนวเฉียงด้านนอก (external oblique ridge) ด้านซ้ายมาลงสันเหงือกบริเวณไร้วฟัน จนมาถึงด้านใกล้กลางของฟันซี่ 74 และกรีดร่องเหงือก (sulcular incision) ถึงซี่ 73 กลางด้านใกล้ริมฝีปาก แล้วกรีดแนวตั้ง (vertical incision) ถึงรอยต่อเยื่อเมือก-เหงือก (mucogingival junction) เลาะชั้นใต้เยื่อหุ้มกระดูกพบผิวกระดูกขยายออก ใช้หัวกรอทำการกรอกระดูกด้านใกล้แก้มตั้งแต่มัด้านใกล้กลางฟันซี่ 74 ถึงส่วนต้นส่วนท้ายฟันกราม ขนาด 4x2 เซนติเมตร พบรอยโรคลักษณะเป็นก้อนเนื้อในกระดูก ไม่พบของเหลวหรือสารคัดหลั่งภายใน จากนั้นทำการควักออกทั้งก้อน (enucleation) นำก้อนเนื้อออกทั้งหมดออกจากกระดูกพบฟันซี่ 36 ที่ขอบด้านหลังกระดูกขากรรไกรล่าง (ภาพที่ 5) ไม่พบกลุ่มเส้นเลือดและเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ (inferior alveolar bundle) ในโพรง ไม่พบการบาดเจ็บของเส้นเลือด จึงใช้วัสดุห้ามเลือดเจลโฟม (gel foam) ใส่ในโพรงและเย็บปิดแผลด้วยไหมละลายเบอร์ 4-0 วัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางก้อนเนื้อออกได้ 5.5 เซนติเมตร (ภาพที่ 6) ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบปกติ และได้รับการถอดท่อช่วยหายใจในห้องผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ



ภาพที่ 5 แสดงภาพผ่าตัดภายในช่องปาก ภายหลังจากกรอกระดูกด้านใกล้แก้มและควักเนื้อออกออกทั้งหมด



ภาพที่ 6 แสดงภาพเนื้องอกคอมเพล็กซ์ไอดอนโทมาที่ควักออกมา



ภาพที่ 7 แสดงภาพลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา พบกลุ่มเซลล์เยื่อบุอะเมโลблаสต์และพบการสร้างเคลือบฟัน และเนื้อฟันบางตำแหน่ง (ย้อมสีฮีมาท็อกซิลินและอีโอซิน A: x40 และ B: x100)

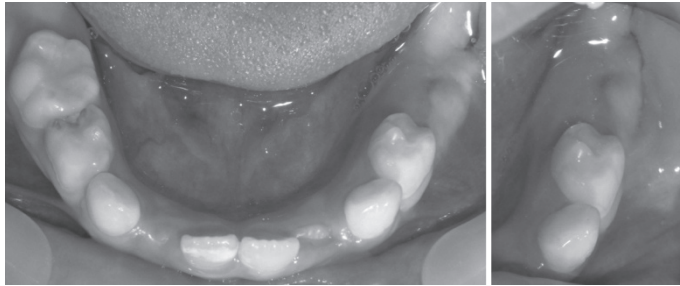
หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาดมสลบ ผู้ป่วยได้รับยาเพนนิซิลลินจีโซเดียม 500,000 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง มีอาการบวมที่แก้มซ้าย ไม่มีเลือดออกจากแผล ไม่พบอาการชาริมฝีปากล่างซ้าย ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้และผู้ป่วยครองช่วยดูแลความสะอาดแผลผ่าตัดได้ดี ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดจึงให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ ผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยาหลังผ่าตัดควักออกทั้งก้อน ยืนยันเป็นคอมเพล็กซ์

ไอดอนโทมา (ภาพที่ 7) ติดตามการรักษาที่ 2 สัปดาห์ 1 เดือนและ 3 เดือน ผู้ป่วยดูแลความสะอาดแผลดีขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

7 เดือนหลังการรักษา ใบหน้าผู้ป่วยดูสมมาตร ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดซ้ำภายหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดปิดสนิท ภาพถ่ายรังสีปริทัศน์พบการที่บรังสีเพิ่มขึ้นในตำแหน่งรอยโรคเดิม และฟันซี่ 75 และซี่ 36 เคลื่อนเข้าใกล้สันกระดูกขากรรไกรมากขึ้น (ภาพที่ 8 9 10)



ภาพที่ 8 แสดงภายนอกช่องปากหลังการผ่าตัด 7 เดือน



ภาพที่ 9 แสดงภายในช่องปากหลังการผ่าตัด 7 เดือน



ภาพที่ 10 แสดงภาพถ่ายรังสีปริทัศน์หลังการผ่าตัด 7 เดือน

## วิจารณ์

สาเหตุการเกิดโอdontomaที่ยังไม่ทราบแน่ชัด การศึกษาพบว่าเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การบาดเจ็บเฉียบพลันที่การอักเสบหรือติดเชื้อระหว่างกระบวนการสร้างฟัน ปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น กลุ่มอาการการ์ดเนอร์ และกลุ่มอาการเฮิร์แมน เนื่องจากโอdontomaอยู่ในกลุ่มเนื้องอกสาเหตุจากฟันที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผิวและเซลล์มีเซนไคม์ ในกลุ่มนี้ยังรวมถึงอะเมโลблаสติกไฟโบรมา (ameloblastic fibroma) และอะเมโลблаสติกไฟโบรโอdontoma (ameloblastic fibro-odontoma) จึงมีทฤษฎีหนึ่งกล่าวว่าขั้นตอนการเกิดโอdontomaคือ อะเมโลблаสติกไฟโบรมาเจริญต่อไปเป็นอะเมโลблаสติกไฟโบรเดนทิโนมา (ameloblastic fibro-dentinoma) แล้วเจริญไปเป็นอะเมโลблаสติกไฟโบรโอdontomaจนในที่สุดกลายเป็นโอdontoma หรือก็คืออะเมโลблаสติกไฟโบรโอdontomaที่จริงแล้วคือคอมเพล็กซ์โอdontomaที่ยังเจริญไม่เต็มที่<sup>(8)</sup> จากการซักประวัติผู้ปกครองและผู้ป่วย ปฏิเสธโรคประจำตัวหรืออุบัติเหตุบาดเจ็บบริเวณขากรรไกรกลางของผู้ป่วยมาก่อน และไม่พบโรคทางพันธุกรรมอื่นในครอบครัว จึงยังไม่พบสาเหตุหรือปัจจัย

ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการเกิดโอdontomaขนาดใหญ่ในผู้ป่วยรายนี้

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีอาการ อาจตรวจพบโอdontoma โดยบังเอิญจากภาพรังสี อาการนำคือ ฟันไม่ขึ้นหรือฟันขึ้นช้า หรือมีอาการบวมที่ใบหน้า<sup>(6,16)</sup> อาจแบ่งโอdontoma ตามลักษณะทางคลินิกคือ 1.โอdontomaในกระดูก (central odontoma) 2.โอdontomaนอกกระดูก (peripheral odontoma) 3.โอdontomaที่กำลังขึ้นในช่องปาก (erupted odontoma) มักจะพบร่วมกับอาการปวดหรืออักเสบติดเชื้อของเยื่อผิวนรอบๆ<sup>(1)</sup>

ภาพรังสีสามารถแยกคอมพาวนด์โอdontoma กับคอมเพล็กซ์โอdontomaได้ โดยขึ้นกับระดับความใกล้เคียงกับซี่ฟัน คอมพาวนด์โอdontomaพบก่อนที่รังสีลักษณะคล้ายซี่ฟันเล็กๆ ที่ยังไม่ขึ้น ล้อมรอบด้วยเงาโปร่งรังสี ซึ่งหุ้มรอบด้วยขอบที่รังสี (sclerotic border) มีส่วนประกอบของเคลือบฟัน เนื้อฟัน เคลือบรากฟัน และโพรงประสาทฟัน พบมากในบริเวณที่รองรับฟัน (tooth-bearing area) ด้านหน้า ขวางการขึ้นของฟันในส่วนคอมเพล็กซ์โอdontomaจะพบก่อนที่รังสีรูปร่างไม่

แน่นอนล้อมรอบด้วยเงาโปร่งรังสีบางๆ มักพบที่บริเวณ รongรับฟันของขากรรไกรล่างด้านหลัง สามารถใหญ่ขึ้น ได้เรื่อยๆ แต่ที่พบคอมเพล็กซ์ไอดอนโทมาส่วนมากจะมี ขนาดเล็กไม่กี่มิลลิเมตร น้อยมากๆ ที่จะมีขนาดใหญ่จน ทำให้กระดูกขากรรไกรผิดรูปได้ มีรายงานศึกษาผู้ป่วยที่ พบใจแอนท์คอมเพล็กซ์ไอดอนโทมาที่กระดูกขากรรไกร ล่าง พบว่าอายุผู้ป่วยเฉลี่ย  $23.13 \pm 12.25$  ปี อัตราส่วน ชายต่อหญิงประมาณ 1:1 ขนาดตั้งแต่ 29-60 มิลลิเมตร โดยมีเส้นผ่านศูนย์กลางเฉลี่ย  $41.08 \pm 9.94$  มิลลิเมตร ส่วนใหญ่พบที่ขากรรไกรล่างด้านหลัง ขนาดใหญ่ที่สุดคือ เส้นผ่านศูนย์กลาง 80 มิลลิเมตร โดยพบว่าผู้ป่วย ใจแอนท์คอมเพล็กซ์ไอดอนโทมาทุกรายจะมีกระดูกด้าน ไกล่แก้ม-ใกล้ลิ้นขยายออก พบใบหน้าไม่สมมาตรร้อยละ 80 และพบอาการปวดหรือกดเจ็บร้อยละ 50<sup>(17-19)</sup> ซึ่งใน รายงานฉบับนี้เข้าได้กับลักษณะของใจแอนท์คอมเพล็กซ์ ไอดอนโทมา เนื่องจากเส้นผ่านศูนย์กลางคอมเพล็กซ์ ไอดอนโทมาในผู้ป่วยรายนี้เท่ากับ 55 มิลลิเมตร และ พบใบหน้าไม่สมมาตรร่วมด้วย

การวินิจฉัยแยกโรค ในระยะแรกของ คอมเพล็กซ์ไอดอนโทมาซึ่งเป็นเงาโปร่งรังสีทั้งหมดต้อง วินิจฉัยแยกโรคจากถุงน้ำหรือเนื้องอกที่พบย่อยบริเวณ ฟันกรามและด้านหลังของขากรรไกรล่าง ได้แก่ ถุงน้ำ เคอราตินเคตพิน (odontogenic keratocyst) และ อะเมโลบลาสโตมา (ameloblastoma) ในระยะกลาง ของการพัฒนาจะมีภาพรังสีคล้ายกับหลายรอยโรค เช่น ถุงน้ำแคลซิฟายอิงไอดอนโทเจนิค (calcifying odontogenic cyst) เนื้องอกอะดีโนมาทอยด์ไอดอนโท เจนิค (adenomatoid odontogenic tumor) เนื้องอก แคลซิฟายอิงอิพิทีเลียมไอดอนโทเจนิค (calcifying epithelium odontogenic tumor) และเป็น อะเมโลบลาสโตไฟโบรไอดอนโทมา ในระยะสุดท้ายของการ พัฒนาที่จะพบเป็นเงาที่บรังสีทั้งหมดต้องวินิจฉัยแยก โรคจากรอยโรคไฟโบรอสเซียสชนิดซีเมนโทออสเซียส ดิสเพลเซีย (cemento-osseous dysplasia) ที่เกิด บริเวณปลายรากหรือเกิดเดี่ยว ซีเมนโทบลาสโตมา (cementoblastoma) และเนื้องอกของกระดูก เช่น ออสทีโอมา (osteoma) และออสทีโอบลาสโตมา

(osteoblastoma)<sup>(15)</sup> แต่บางรายงานแนะนำว่า ไอดอนโทมาจะวินิจฉัยแยกโรคเฉพาะกรณีคอมเพล็กซ์ ไอดอนโทมา เพราะคอมพาวนด์ไอดอนโทมามีลักษณะ เฉพาะของรอยโรคอยู่แล้ว โดยคอมเพล็กซ์ไอดอนโทมา ให้วินิจฉัยแยกโรคกับเนื้องอกกระดูก เช่น ออสทีออยด์ ออสทีโอมา (osteoid osteoma) ออสทีโอบลาสโตมา ซีเมนโทบลาสโตมา ซีเมนโทออสซิฟายอิงไฟโบรมา (cemento-ossifying fibroma) โดยกลุ่มโรคพวกนี้ มักไม่เจอฟันคู่ร่วมด้วย<sup>(20)</sup>

วิธีการรักษาคอมเพล็กซ์ไอดอนโทมาโดยทั่วไป คือ การผ่าตัดควักออกทั้งก้อน (total enucleation) แต่กรณีไอดอนโทมาขนาดใหญ่ การผ่าตัดควักออก ทั้งก้อนจะทำให้เสียกระดูกมาก เสี่ยงต่อการเกิด ขากรรไกรล่างหัก และอาจเกิดอันตรายต่อเส้นประสาท อินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ ดังนั้นจึงต้องพิจารณาวิธีการผ่าตัด เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว<sup>(6,8,15)</sup> โดย Bruno<sup>(8)</sup> ได้เสนอวิธีผ่าตัดเนื้องอกบริเวณมุมกระดูก ขากรรไกรล่าง (angle of mandible) ไว้ 4 วิธีดังนี้

1. วิธีผ่าตัดกระดูกออกเป็นส่วน (segmental osteotomy) โดยผ่านทางแผลภายนอกช่องปากใต้คาง (submandibular approach) โดยตัดกระดูกขากรรไกร ล่างรวมทั้งเส้นประสาท จากนั้นต้องยึดด้วยแผ่นเหล็ก ตามกระดูกกับการปลูกกระดูกร่วมด้วย วิธีนี้มีข้อเสียคือ แผลเป็นและวิธีการนี้รุนแรงเกินไปทั้งที่ไอดอนโทมาเป็น เนื้องอกไม่ร้ายแรง
2. วิธีผ่าตัดแบ่งกระดูกตามระนาบซ้ายขวาข้าง เดียว (unilateral sagittal split osteotomy) ผ่านแผล ภายในช่องปาก วิธีนี้มีข้อดีคือ ลดการเกิดความพิการที่ กระดูกทึบและสามารถเปิดเข้าหาทั้งหมดของเนื้องอกได้ดี แต่มีข้อเสียคือ มีความเสี่ยงเกิดการบาดเจ็บต่อ เส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์และเกิดกระดูกหักได้
3. วิธีผ่าตัดผ่านแผลผ่าตัดในช่องปากเข้าทาง กระดูกทึบด้านใกล้แก้ม โดยกรอกระดูกทึบใกล้แก้ม ที่หนา เหลือส่วนขอบล่างของขากรรไกรล่างไว้ แต่กระดูก ทึบด้านใกล้ลิ้นอาจบางจึงมีโอกาสหักได้
4. วิธีผ่าตัดผ่านแผลผ่าตัดในช่องปากเข้า ทางกระดูกทึบด้านใกล้ลิ้น วิธีนี้มีข้อดีคือ จะกรอกระดูกด้าน

ใกล้ลิ้นจึงยังเหลือกระดูกด้านใกล้แก้มที่หนา ลดความเสี่ยงเกิดการแตกหักได้ แต่มีข้อเสียคือ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทลิ้น (lingual nerve) ทำให้ลิ้นชาข้างนั้นได้

กรณีผ่าตัดโดยใช้เครื่องกรอกระดูกต้องควบคุมอุณหภูมิไม่ให้สูงกว่า 47 องศาเซลเซียส นานมากกว่า 1 นาที เพื่อหลีกเลี่ยงเซลล์กระดูกถูกทำลายจากความร้อน มีการแนะนำใช้ Er:Yag LASER 5 วัตต์ และความถี่ 20 เฮิร์ตซ์ เพื่อใช้ตัดฟันและกระดูกโดยใช้ระบบระบายความร้อนร่วมด้วย วิธีนี้สามารถช่วยกำจัดเชื้อได้ดีด้วย<sup>(7)</sup>

โอดอนโทมาเป็นการพยากรณ์โรคดี แต่มีรายงานการกลับเป็นซ้ำในรายที่ผ่าตัดเอาออกไม่หมดซึ่งพบในกรณีโอดอนโทมาระยะแรกๆ ที่ยังเจริญไม่เต็มที่<sup>(8,15)</sup> มีรายงานพบการกลับเป็นซ้ำของโอดอนโทมาได้อยู่ โดยเชื่อว่าที่กลับเป็นซ้ำนั้นเพราะรอยโรคแรกน่าจะเป็นอะเมโลบลาสติกไฟโบรโอดอนโทมามากกว่าโอดอนโทมา เพราะอะเมโลบลาสติกไฟโบรโอดอนโทมามีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าโอดอนโทมา<sup>(10)</sup> พบรายงานอัตราการกลับเป็นซ้ำของโอดอนโทมาที่ร้อยละ 3 จากการศึกษาผู้ป่วย 127 รายของแผนกศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล 8 แห่งในยุโรป<sup>(21)</sup>

ส่วนฟันคุดที่พบร่วมกับโอดอนโทมามีหลักพิจารณาโดยทั่วไปว่า ถ้าปลายรากยังสร้างไม่สมบูรณ์ จะมีโอกาสที่ฟันขึ้นเองได้ จึงควรวินิจฉัยโอดอนโทมาให้เร็วจะเพิ่มโอกาสเก็บฟันคุดที่เกี่ยวข้องได้มากขึ้น และในระหว่างการผ่าตัดต้องระมัดระวังไม่ให้ทำอันตรายต่อฟันคุด ฟันข้างเคียง และโครงสร้างอื่นๆ ของขากรรไกร ดังนั้นการหาตำแหน่งของโอดอนโทมาจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อดูความสัมพันธ์กับอวัยวะข้างเคียง ซึ่งภาพรังสีส่วนตัดอาศัยคอมพิวเตอร์จะให้รายละเอียดเหล่านี้ได้ดีกว่า<sup>(11)</sup> การตรวจพบวินิจฉัยและรักษาโอดอนโทมาได้เร็วจะช่วยให้ฟันคุดที่เกี่ยวข้องมีการพยากรณ์โรคที่ดีว่าอาจจะขึ้นมาในช่องปากได้ โดยอาจต้องใช้การจัดฟันช่วยปรับตำแหน่งฟันร่วมด้วย ซึ่งต้องมีการประเมินรากฟันคุดจากภาพรังสี ถ้าปลายรากยังสร้างไม่สมบูรณ์ ฟันขึ้นนั้นยังมีโอกาสขึ้นมาเองได้ จึงควรพิจารณาเก็บฟันคุดไว้ก่อน<sup>(11)</sup>

มีหลักพิจารณาการรักษาโอดอนโทมาที่ขวางการขึ้นของฟันน้ำนม โดยถ้าฟันน้ำนมมีที่ให้ขึ้นได้ในขากรรไกรให้ผ่าตัดสิ่งกีดขวางการขึ้นของฟันออกไป เช่น โอดอนโทมาหรือเหงือก แล้วสังเกตฟันคุดหลังผ่า 3 เดือน ถ้าฟันคุดขึ้นไม่ได้ให้ใช้การจัดฟันช่วยดึง กรณีไม่มีที่ให้ฟันน้ำนมขึ้นจำเป็นต้องเพิ่มพื้นที่เพื่อให้ฟันคุดขึ้นได้เช่น จัดฟันช่วยตั้งฟันข้างเคียง และกรณีประเมินแล้วว่าฟันคุดขึ้นไม่ได้แน่ๆ ให้ผ่าฟันคุดออก<sup>(22)</sup> การวินิจฉัยและรักษาโอดอนโทมาได้เร็วจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้ เช่น ฟันน้ำนมไม่หลุดตามวัย พบฟันแท้คุด และการสบฟันผิดปกติ<sup>(12,22)</sup>

ในผู้ป่วยรายนี้อายุ 5 ปี และมีโอดอนโทมาขนาดใหญ่ ทำให้ฟันซี่ 75 และซี่ 36 เป็นฟันคุดอยู่ติดกับขอบล่างและขอบหลังของขากรรไกรล่างตามลำดับ ได้เลือกวิธีการผ่าตัดควักออกทั้งก้อน โดยผ่านแผลผ่าตัดภายในช่องปากเพื่อหลีกเลี่ยงแผลเป็นบริเวณใบหน้า และยังรักษาความต่อเนื่องของกระดูกขากรรไกรไว้ได้ โดยกรอกระดูกที่บิด้านใกล้แก้มที่เล็กสุดที่เพียงพอต่อการควักออกทั้งหมดได้ ระมัดระวังการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวิโอลาร์และฟันคุดทั้งสองซี่ อีกทั้งยังสามารถเก็บกระดูกขากรรไกรล่างไว้ได้มากที่สุด มีความหนาเพียงพอเพื่อป้องกันการแตกหักในภายหลัง เมื่อติดตามการรักษา 7 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการชา ไม่พบการเกิดซ้ำ กระดูกหายเป็นปกติ และฟันคุดทั้งสองซี่มีการเคลื่อนเข้าใกล้สันกระดูกเบ้าฟันมากขึ้น มีโอกาสสูงที่ฟันคุดทั้งสองซี่จะสามารถขึ้นมาในช่องปากได้ สำหรับหน่อฟันแท้ซี่ 35 ที่ไม่พบในภาพรังสีของผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากไม่มีการสร้างตัวฟันซี่ 35 เมื่อเปรียบเทียบกับฟันล่างขวาที่พบหน่อฟันแท้ซี่ 45 แล้ว จึงจำเป็นต้องติดตามการขึ้นของฟันซี่ 75 และซี่ 36 ต่อไป เพื่อพิจารณาตำแหน่งของฟันที่ขึ้นร่วมกับการสบฟันของผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

การตรวจรักษาโอดอนโทมาตั้งแต่ระยะแรกๆ จะช่วยลดผลกระทบต่อฟันที่เกี่ยวข้อง การรักษาสามารถทำได้ง่าย เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย ในกรณีผู้ป่วยรายนี้มีอาการใบหน้าบวมมา 2 ปี ร่วมกับฟันน้ำนมซี่ 75 ที่ไม่ขึ้นตามวัย การตรวจพบค่อนข้างช้าทำให้โอดอนโทมา

มีขนาดใหญ่และการรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นผู้ปกครองควรหมั่นสังเกตฟันและกระดูกขากรรไกรของเด็ก และพาไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือนเพื่อตรวจโรคในช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ หรือรอยโรคในกระดูกขากรรไกร เด็กมีความคุ้นเคยกับการรักษาทางทันตกรรมมากขึ้น หากพบสิ่งผิดปกติจะสามารถรักษาได้ง่ายและเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อย

## สรุป

รายงานผู้ป่วยเด็กชายอายุ 5 ปี มีคอมเพล็กซ์โอโดตอนโทมาขนาดใหญ่ที่กระดูกขากรรไกรล่างด้านหลังร่วมกับฟันน้ำนมและฟันแท้คุด ทำให้ใบหน้าบวมไม่สมมาตรกัน ได้รับการรักษาโดยผ่าตัดควักออกทั้งหมดจากภายในช่องปาก ติดตามผลการรักษา 7 เดือนพบการหายของกระดูกเป็นปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยมีรูปหน้าสมมาตรดีขึ้น และจากภาพรังสีพบตัวฟันคุดทั้งสองซี่เคลื่อนเข้าใกล้กระดูกเบ้าฟันมากขึ้น ซึ่งจะมีการติดตามการขึ้นของฟันทั้งสองซี่ต่อไป หากฟันไม่สามารถขึ้นเองได้อาจพิจารณาใช้การจัดฟันเพื่อดึงตัวฟันให้ขึ้นมาในช่องปากต่อไปในอนาคต

## เอกสารอ้างอิง

1. Ćabov T, Fuchs PN, Zulijani A, Ćabov Ercegović L, Marelić S. Odontomas : Pediatric case report and review of the literature. *Acta Clin Croat* 2021;60(1):146-52. doi: 10.20471/acc.2021.60.01.22.
2. Goswami M, Johar S. Surgical Removal of Odontoma: A Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent* 2020;13(Suppl 1):S122-S124. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1889.
3. Vered M, Fowler CB, Neville BW, Soluk TM. Odontoma. In : El-Nagger AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ, editors. WHO classification of Head and Neck tumors. 4<sup>th</sup> ed. Lyon: IARC; 2017: 224-6.

4. Waldron CA. Odontogenic cysts and tumors. In : Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 3<sup>rd</sup> ed. Missouri: Saunders Elsevier; 2009: 724-6.
5. Marx RE. Odontogenic tumors. In : Marx RE, Stern D. *Oral and maxillofacial pathology: a rational for diagnosis and treatment*. 2<sup>nd</sup> ed. Illinois: Quintessence; 2012: 712-4.
6. Lehman H, Lustmann J, Regev E. Removal of an extensive mandibular odontoma using an intraoral approach. *Quintessence Int* 2013;44(6):425-8. doi: 10.3290/j.qi.a29181.
7. Maltagliati A, Ugolini A, Crippa R, Farronato M, Paglia M, Blasi S, et al. Complex odontoma at the upper right maxilla: Surgical management and histomorphological profile. *Eur J Paediatr Dent* 2020;21(3):199-202. doi: 10.23804/ejpd.2020.21.03.08.
8. Chrcanovic BR, Jaeger F, Freire-Maia B. Two-stage surgical removal of large complex odontoma. *Oral Maxillofac Surg* 2010;14(4): 247-52. doi: 10.1007/s10006-010-0206-0.
9. Chang JY, Wang JT, Wang YP, Liu BY, Sun A, Chiang CP. Odontoma: a clinicopathologic study of 81 cases. *J Formos Med Assoc* 2003; 102(12):876-82.
10. Hisatomi M, Asaumi JI, Konouchi H, Honda Y, Wakasa T, Kishi K. A case of complex odontoma associated with an impacted lower deciduous second molar and analysis of the 107 odontomas. *Oral Dis* 2002;8(2): 100-5. doi: 10.1034/j.1601-0825.2002.1c778.x.
11. Isola G, Cicciù M, Fiorillo L, Matarese G. Association Between Odontoma and Impacted Teeth. *J Craniofac Surg* 2017; 28(3):755-8. doi: 10.1097/SCS.00000000000003433.

12. Kavitha M, Prathima GS, Kayalvizhi G, Vinothini V. Incidental Finding of an Odontome Attached with Primary Teeth: A Rare Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent* 2021;14(1):167-169. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1899.
13. Park JC, Yang JH, Jo SY, Kim BC, Lee J, Lee W. Giant complex odontoma in the posterior mandible: A case report and literature review. *Imaging Sci Dent* 2018;48(4):289-93. doi: 10.5624/isd.2018.48.4.289.
14. Akerzoul N, Chbicheb S, El Wady W. Giant Complex Odontoma of Mandible: A Spectacular Case Report. *Open Dent J* 2017; 11:413-9. doi:10.2174/1874210601711010413.
15. ขนิษฐา เจนวนิชสถาพร, สมพิศ คินทรักษ์. คอมเพล็กซ์โอdontomaขนาดใหญ่ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย. *วารสารศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล* 2551;22(2):125-33.
16. Ahammed H, Seema T, Cheranjeevi J. Complex Odontoma at an Unusual Site in a Child: A Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent* 2021;14(3):438-40. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1950.
17. Soliman N, Al-Khanati NM, Alkhen M. Rare giant complex composite odontoma of mandible in mixed dentition: Case report with 3-year follow-up and literature review. *Ann Med Surg (Lond)* 2022;74:103355. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103355.
18. Bueno NP, Bergamini ML, Elias FM, Braz-Silva PH, Ferraz EP. Unusual giant complex odontoma: A case report. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2020;121(5):604-7. doi: 10.1016/j.jormas.2019.12.009.
19. Widayanti R, Hardianto A, Priyanto W, Rizki KA. Hemimandibulectomy of an extensive complex odontoma in the mandible : a case report. *J Dentomaxillofac Sci* 2017;2(3):187-90.
20. Singer SR, Mupparapu M, Milles M, Rinaggio J, Pisano D, Quaranta P. Unusually large complex odontoma in maxillary sinus associated with unerupted tooth. Report of case and review of literature. *N Y State Dent J* 2007;73(4):51-3.
21. Boffano P, Cavarra F, Bruccoli M, Ruslin M, Forouzanfar T, Ridwan-Pramana A, et al. The epidemiology and management of odontomas: a European multicenter study. *Oral Maxillofac Surg* 2022. doi: 10.1007/s10006-022-01091-w. Online ahead of print.
22. Yildirim-Oz G, Tosun G, Kiziloglu D, Durmuş E, Sener Y. An unusual association of odontomas with primary teeth. *Eur J Dent* 2007;1(1):45-9.