

## รายงานผู้ป่วย

## Case Reports

### การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโอดอนโทมา : กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย Diagnosis and Treatment of Odontoma : Two Cases Studies

ธิดา รัตนวิไลศักดิ์, ท.บ.\*

Thida Ratanawilaisak, D.D.S.\*

\*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

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

Corresponding author, E-mail address: Thida0195@gmail.com

Received : 12 Oct 2023. Revised : 16 Oct 2023. Accepted: 17 Nov 2023

#### บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : โอดอนโทมา เป็นเนื้องอกต้นกำเนิดจากฟันชนิดไม่ร้ายแรงซึ่งพบมากทั่วโลก สัมพันธ์กับการมีฟันน้ำนมคงค้างและฟันถาวรที่ถูกขัดขวางการขึ้นมาในช่องปาก เนื่องจากไม่มีอาการ ผู้ป่วยจึงมักจะได้รับการวินิจฉัยในระหว่างการตรวจสุขภาพช่องปาก การตรวจพบเนื้องอกนี้แต่แรกเริ่มเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อหลีกเลี่ยงการรักษาแก้ไขความผิดปกติการสบฟันที่ยาวนานและยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น
- วิธีการศึกษา** : การศึกษาบรรยายกรณี (Case study) โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งเก็บข้อมูลอาการอาการแสดง ผลการตรวจทางรังสีวิทยาและการตรวจชิ้นเนื้อทางจุลพยาธิวิทยา การรักษาและการติดตามผล
- ผลการศึกษา** : กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทยอายุ 22 ปี ตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อจัดฟัน พบฟันตัดข้างและฟันเขี้ยว น้ำนมคงค้าง ร่วมกับเนื้องอกโอดอนโทมา ฟันตัดข้างและฟันเขี้ยวถาวรบนขาที่ยังไม่ขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 2 เด็กชายอายุเก้าขวบ รายงานว่าตรวจสุขภาพฟันพบโอดอนโทมาพร้อมกับฟันเขี้ยวถาวรล่างซ้ายและฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่ง ที่ยังไม่ขึ้น ลักษณะทางคลินิก ภาพถ่ายรังสี และจุลพยาธิวิทยาของรอยโรคในผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่เคยมีมาจากการทบทวนวรรณกรรม การรักษาทางศัลยกรรมได้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ โดยมีหนึ่งรายที่ต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อ เพื่อดัดฟันถาวรคุดขึ้นสู่ตำแหน่งในช่องปาก
- สรุป** : โอดอนโทมา เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่มีกำเนิดจากฟัน ซึ่งอาจไปมีผลรบกวนการขึ้นของฟัน ทำให้ฟันขึ้นช้า หรือไม่สามารรถขึ้นมาในช่องปากได้ตามปกติ การตรวจวินิจฉัยโอดอนโทมาได้อย่างรวดเร็วและรักษาในเวลาที่เหมาะสม จะช่วยลดความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษาและค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมจัดฟัน ช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น
- คำสำคัญ** : เนื้องอกที่มีกำเนิดจากฟัน โอดอนโทมา

## ABSTRACT

- Background** : Odontomas are the most common benign odontogenic tumors worldwide and are frequently associated with the retained deciduous teeth interfering with the eruption of permanent teeth. As these are asymptomatic, they are often diagnosed during the routine dental examination. Early detection of these tumors is necessary to avoid long and more complicated treatments.
- Methods** : Case study design was conducted. The medical record was reviewed for clinical information, radiological investigations, pathological results, treatment, and follow-up.
- Results** : The present case study of a 22-year-old female was a typical case of compound odontoma in the maxillary anterior region associated with retained deciduous teeth, which also resulted in failure of eruption of the permanent maxillary right lateral incisor and canine. The another case study of a 9-year-old male child reported for a routine dental check-up. Further investigations revealed compound odontoma and unerupted mandibular left canine and premolar. They were similar to previous study cases from the literatures, in clinical, radiological and histological features. The surgical excision of the lesions were performed. In one case, orthodontic treatment was adopted in order to move and impacted permanent tooth to its normal position.
- Conclusion** : Odontoma is a benign odontogenic tumor. The tumor is commonly associated with eruption disturbances and malocclusion. The early diagnosis and treatment of odontomas allows the adoption of a less complex and expensive treatment and ensures better prognosis.
- Keywords** : Odontogenic tumor, odontomas.

## หลักการและเหตุผล

โอดอนโทมา (odontoma) เป็นเนื้องอกที่มีเซลล์กำเนิดจากฟัน การจำแนกกลุ่มตามหลักเกณฑ์การจำแนกรอยโรคเนื้องอกบริเวณศีรษะและคอของ WHO ปี คศ.2017<sup>(1)</sup> โอดอนโทมา จัดเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่มีเซลล์ต้นกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับการสร้างฟันแบบผสมเซลล์เยื่อบุผิวและมีเส้นไคม์มอน เซลล์ (Benign mixed epithelial and mesenchymal odontogenic tumors) ถือเป็นความผิดปกติของการเจริญเติบโต (developmental anomalies) ซึ่งเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผิว (epithelial cell) และมีเส้นไคม์มอน เซลล์ (mesenchymal cell) ทำให้มีการสร้างเคลือบฟัน เนื้อฟันและอาจพบการสร้างเคลือบรากฟัน และเนื้อเยื่อ

โพรงประสาทฟันด้วย โอดอนโทมาแบ่งย่อยได้ 2 ชนิด คือ ชนิดคอมเพาต์ โอดอนโทมา (compound odontoma) และชนิดคอมเพล็กซ์ โอดอนโทมา (complex odontoma) โดยคอมเพาต์ โอดอนโทมาจะมีโครงสร้างหลายชนิดคล้ายฟันขนาดเล็ก ขณะที่คอมเพล็กซ์ โอดอนโทมาจะมีโครงสร้างองค์ประกอบของฟันที่ปะปนกันและรูปร่างไม่เหมือนฟัน<sup>(2)</sup>

โอดอนโทมา เป็นรอยโรคที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มเนื้องอกที่มีเซลล์ต้นกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้องกับการสร้างฟัน รองลงมาคือ อมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma)<sup>(3,4)</sup> ในประเทศไทย มีการรายงานศึกษาย้อนหลังของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เกี่ยวกับความชุกของรอยโรคในช่องปาก ขากรรไกร และใบหน้าของผู้ป่วยเด็กไทยมีการศึกษาผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี พบโอดอนโทมา ร้อยละ 16.23 ของถุงน้ำและเนื้องอกที่มีต้นกำเนิดจากฟัน<sup>(5)</sup> นอกจากนี้มีการรายงานพยาธิวิทยาช่องปากของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบโอดอนโทมา เพียง 1 ราย (<ร้อยละ 1) จากรอยโรคที่มีการส่งตรวจทั้งหมด 230 ราย<sup>(6)</sup> เนื้องอกโอดอนโทมาส่วนใหญ่สัมพันธ์กับฟันถาวรที่ยังไม่ขึ้น<sup>(7,8)</sup> อาจไปมีผลรบกวนการขึ้นของฟัน ทำให้ฟันขึ้นช้า หรือไม่สามารขึ้นมาในช่องปากได้ตามปกติ ส่งผลต่อความสวยงาม การพูด และการบดเคี้ยวอาหาร ทันตแพทย์ควรตรวจหาปัญหาและทำการรักษาโดยเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยมีฟันใช้งานได้ตามปกติ

รายงานฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงลักษณะอาการทางคลินิก ภาพรังสีวิทยา การวินิจฉัยและการรักษาเนื้องอกโอดอนโทมา เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป

## วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่ บร.0033.1021/42 ลงวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2565 แล้ว ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแบบการศึกษารายกรณี (Case study) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2564-กันยายน พ.ศ.2566 ทำการรวบรวมข้อมูลอาการ

อาการแสดง ผลการตรวจทางรังสีวิทยาและการตรวจชิ้นเนื้อทางจุลพยาธิวิทยา การรักษาและการติดตามผล

## กรณีศึกษาผู้ป่วย รายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 22 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดบุรีรัมย์ สถานภาพโสด มารับบริการที่คลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลบุรีรัมย์ในปี พ.ศ.2564 เนื่องจากฟันหน้าห่าง และมีฟันซ้อนเก ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร ไม่มีประวัติการบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและขากรรไกรมาก่อน

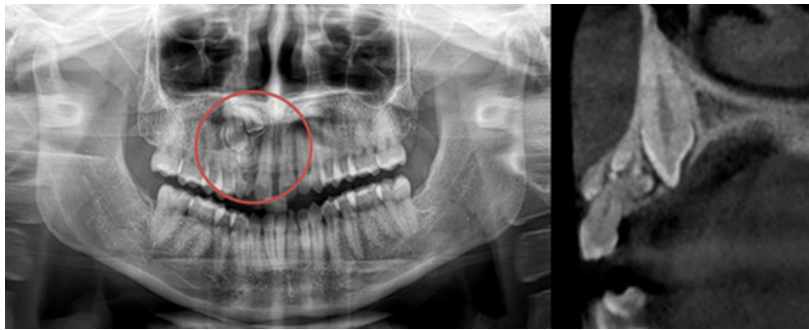
ตรวจภายนอกช่องปาก ใบหน้าผู้ป่วยสมมาตร ไม่มีการบวม ไม่พบการโตของต่อมน้ำเหลืองใต้ขากรรไกรล่าง การทำงานของกล้ามเนื้อรอบริมฝีปากปกติและผู้ป่วยอ้าปากได้กว้างปกติ

ตรวจในช่องปากโดยทั่วไป ผู้ป่วยมีสุขอนามัยในช่องปากที่ดี มีเหงือกอักเสบเล็กน้อย มีการสบฟันปกติ (Class I Molar relationship) ฟันตัดหน้าห่าง มีฟันตัดข้างและฟันเขี้ยวแน่นมนบนขาคว้าง ไม่พบฟันตัดข้างและฟันเขี้ยวบนขาในช่องปาก (ภาพที่ 1)

ลักษณะภาพถ่ายรังสีแพนอรามิก พบลักษณะเงาที่บ่งชี้รูปร่างคล้ายฟัน (radiopaque denticles) ซึ่งเล็กๆ ล้อมรอบด้วยเงาโปร่งรังสีและมีลักษณะของขอบที่ทึบแสง (sclerotic border) ขอบเขตชัดเจนขนาดประมาณ 2 x 2.5 เซนติเมตร ร่วมกับมีฟันตัดข้างและฟันเขี้ยวถาวรบนขาคว้าง อยู่ในตำแหน่งได้ต่อฟันตัดข้างและฟันเขี้ยวแน่นมนบนขา (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 1 แสดงลักษณะช่องปากผู้ป่วยรายที่ 1 ก่อนการรักษา



**ภาพที่ 2** ภาพถ่ายรังสีแพนอรามิกและภาพรังสีโคนบีมคอมพิวเตอร์โทโมกราฟี (CBCT) ระนาบแบ่งซ้ายขวา (sagittal plane) ของผู้ป่วยรายที่ 1 แสดงรอยโรคลักษณะก้อนที่บ่งชี้รูปร่างคล้ายฟันซี่เล็กๆ ร่วมกับมีฟันตัดข้างและฟันเขี้ยวถาวรบนขาคุด

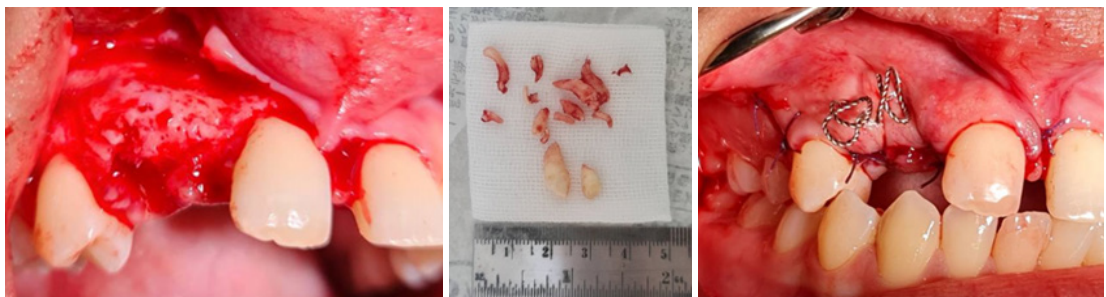
ผลจากการตรวจทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นเนื้องอกโอดอนโทมาในกระดูกขากรรไกรบนร่วมกับฟันคุดของฟันตัดข้างและฟันเขี้ยวบนขวา วางแผนการรักษาโดยการรักษาทางศัลยกรรมผ่าตัดเนื้องอกโอดอนโทมาพร้อมกับทันตกรรมจัดฟันวางแผนการรักษาโดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอนการรักษา ระยะเวลาโดยประมาณ และการยอมรับเครื่องมือจัดฟันเพื่อดึงฟันขึ้นมา

## การรักษา

ภายใต้การนิเทศยาเฉพาะที่ ทำศัลยกรรมเปิดเหงือกแบบเต็มความหนา (full thickness mucoperiosteal flap) ตามด้วยการกรอกำจัดกระดูกบางส่วนและทำการควักกำจัดเนื้องอกโอดอนโทมาทั้งหมด จากนั้นกรอกำจัดกระดูกบริเวณผิวฟันตัดข้างและฟันเขี้ยวบนขวาอย่างเพียงพอ ยึดติดลิเกเจอร์ไวร์

ปล่อยยอเป็นรูปตะขอ ซึ่งทำด้วยลวดไร้สนิมขนาด 24 G ที่ผิวหน้าฟันด้วยวัสดุอุดฟันชนิดแข็งด้วยการฉายแสง ปิดแผ่นเหงือกกลับเข้าสู่ตำแหน่งเดิมและทำการเย็บแผล ปล่อยให้ส่วนปลายของลวดลิเกเจอร์โผล่ออกมาในช่องปาก (ภาพที่ 3) ให้ยาฆ่าเชื้อ อม็อกซิซิลิน 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง และยาแก้ปวดพาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง แนะนำการดูแลแผลและการทำความสะอาดช่องปาก ติดตามการรักษาที่ 1 สัปดาห์ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยายืนยันเป็นคอมเพนด โอดอนโทมา

ส่งต่อเพื่อรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันต่อ ใช้เครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันชนิดติดแน่นในการดึงฟันซี่ตัดข้างและฟันเขี้ยวบนขวาขึ้นสู่ช่องปาก โดยใช้ยางดึงจากลวดลิเกเจอร์สู่ลวดหลักที่มีฟันซี่ที่เหลืออื่นในช่องปากเป็นหลักยึด



**ภาพที่ 3** แสดงภาพผ่าตัดภายในช่องปาก เนื้องอกที่ควักออกมาและและแผลในช่องปากหลังผ่าตัด

## ผลการรักษา

1 ปี 6 เดือน หลังการรักษา ฟันตัดข้างและ ฟันเขี้ยวถาวรบนขวา เคลื่อนสู่ช่องปาก ภาพถ่ายรังสี

มีการหายของกระดูกขากรรไกรปกติ ไม่พบการเกิด รอยโรคซ้ำ (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 4 แสดงลักษณะช่องปากผู้ป่วยรายที่ หลังการรักษา 1 ปี 6 เดือน



ภาพที่ 5 ภาพถ่ายรังสีแพนอรามิกแสดงลักษณะฟันและกระดูกเบ้าฟันทั้งปาก หลังการรักษา 1 ปี 6 เดือน

## กรณีศึกษาผู้ป่วย รายที่ 2

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 9 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดบุรีรัมย์ มารับบริการที่คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ในปี พ.ศ.2564 ตรวจสุขภาพช่องปาก และพบรอยโรคโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสีบริเวณฟันเขี้ยวล่างซ้ายและฟันกรามน้อยล่างซ้ายซี่ที่หนึ่ง ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร ไม่มีประวัติการบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและขากรรไกรมาก่อน ตรวจภายนอกช่องปาก ใบหน้าผู้ป่วยสมมาตร ไม่มีการบวม ไม่พบการโตของต่อมน้ำเหลืองใต้ขากรรไกรล่าง การทำงานของกล้ามเนื้อรอบริมฝีปากปกติและผู้ป่วยอ้าปากได้กว้างปกติ

ตรวจในช่องปากโดยทั่วไป ผู้ป่วยมีสุขอนามัย ในช่องปากที่ดี มีเหงือกอักเสบเล็กน้อย ฟันเขี้ยวและ ฟันกรามน้อยล่างซ้ายยังไม่ขึ้นมาในช่องปาก (ภาพที่ 6)

ลักษณะภาพถ่ายรังสีแพนอรามิก พบลักษณะ เงามที่บั้งสีรูปร่างคล้ายฟัน (radiopaque denticles) จำนวนมาก ล้อมรอบด้วยเงาโปร่งรังสี มีขอบเขตชัดเจน ขนาดประมาณ 1x1.2 เซนติเมตร ร่วมกับมีฟันเขี้ยวและ ฟันกรามน้อยล่างซ้ายยังไม่ขึ้นมาในช่องปาก โดยฟันเขี้ยว ล่างซ้ายอยู่ในตำแหน่งใต้ต่อรอยโรค (ภาพที่ 7)



ภาพที่ 6 ลักษณะช่องปากผู้ป่วยรายที่ 2 ก่อนการรักษา



ภาพที่ 7 ภาพถ่ายรังสีแพนอรามิก ผู้ป่วยรายที่ 2 แสดงลักษณะเงาที่บ่งชี้รูปร่างคล้ายฟันขนาดเล็ก ร่วมกับมีฟันเขี้ยวและฟันกรามน้อยล่างซ้ายยังไม่ขึ้นมาในช่องปาก

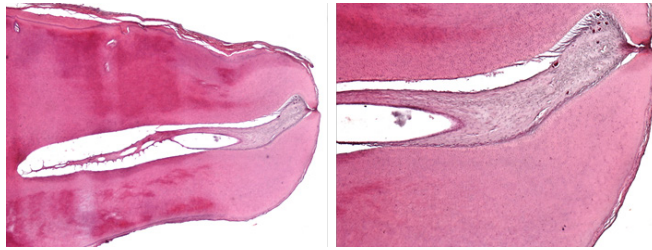
## การรักษา

ภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ ทำศัลยกรรมเปิดเหงือกแบบเต็มความหนา กรอกำจัดกระดูกบางส่วนและทำการกำจัดฟันตัดเนื้องอกโอดอนโทมาทั้งหมด จากนั้นทำการกรอกำจัดกระดูกบางส่วนที่คลุมผิวฟันเขี้ยวล่างซ้ายและฟันกรามน้อยซี่ที่ 1 ปิดแผ่นเหงือกกลับเข้าสู่ตำแหน่งเดิมและทำการเย็บแผล (ภาพที่ 8) ให้ยาฆ่าเชื้ออม็อกซิซิลิน 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด

วันละ 2 ครั้ง และยาแก้ปวดพาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง แนะนำการดูแลแผลและการทำความสะอาดช่องปาก ติดตามการรักษาที่ 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยายืนยันเป็นคอมเพนด์ โอดอนโทมา (ภาพที่ 9)



ภาพที่ 8 แสดงภาพผ่าตัดภายในช่องปาก เนื้องอกที่ควักออกมาและและแผลในช่องปากหลังผ่าตัด



ภาพที่ 9 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา แสดงเนื้อเยื่ออ่อนอีกเสบเรื้อรังปกคลุมด้วยเยื่อบุผิวความมัน  
ฟันขนาดเล็กโครงสร้างประกอบด้วย เนื้อฟัน ซีเมนต์ัม เนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันและเคลือบฟันบางส่วน

## ผลการรักษา

6 เดือน หลังการรักษา ไม่พบภาวะแทรกซ้อน  
หรือรอยโรคเกิดซ้ำภายหลังผ่าตัด ฟันกรามน้อยล่างซ้าย  
เคลื่อนสู่ช่องปาก และ 1 ปี หลังการรักษา ฟันเขี้ยว

เคลื่อนสู่ช่องปาก ภาพถ่ายรังสีมีการหายของกระดูก  
ขากรรไกรปกติ (ภาพที่ 11)



ภาพที่ 10 ลักษณะช่องปากผู้ป่วยรายที่ 2 หลังการรักษา หลังการรักษา 1 ปี



ภาพที่ 11 ภาพถ่ายรังสีแพนอรามิกแสดงลักษณะฟันและกระดูกขากรรไกรทั้งปาก หลังการรักษา 1 ปี

## อภิปรายผล

โอดอนโทมา เป็นเนื้องอกที่มีกำเนิดจากฟันที่  
พบได้มากที่สุด คอมเพนด์ โอดอนโทพบได้มากกว่า  
คอมเพล็กซ์ โอดอนโทมา พบได้ทั้งเพศชายและ  
หญิงจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับฟันถาวร  
ที่ยังไม่ขึ้น อาจไปมีผลรบกวนการขึ้นของฟัน ทำให้ฟัน  
ขึ้นช้า หรือไม่สามารถขึ้นมาในช่องปากได้ตามปกติ<sup>(7,8)</sup>  
การศึกษานี้ผู้ป่วยทั้งสองรายพบการเกิดคอมเพนด์  
โอดอนโทมาที่สัมพันธ์กับฟันถาวรที่ยังไม่ขึ้น ไม่มีอาการ

รายที่ 1 เพศหญิงอายุ 22 ปี ตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อ  
จัดฟัน พบฟันตัดข้างและฟันเขี้ยวแน่นมดค้ำ ร่วมกับ  
โอดอนโทมา และฟันตัดข้างกับฟันเขี้ยวถาวรบนขวาที่ยัง  
ไม่ขึ้นรายที่ 2 เด็กชายอายุ 9 ปี พบโอดอนโทมา ร่วมกับ  
ฟันซี่ฟันเขี้ยวและฟันกรามน้อยล่างซ้ายยังไม่ขึ้น ลักษณะ  
ทางคลินิก ภาพถ่ายรังสี และจุลพยาธิวิทยาของรอยโรค  
ในผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา  
ซึ่งพบว่ารอยโรคชนิดนี้พบได้บ่อยในวัยเด็กและ

วัยหนุ่มสาว ส่วนใหญ่เกิดร่วมกับฟันถาวร การเกิดร่วมกับฟันน้ำนมพบได้น้อย<sup>(9,10)</sup> โดยความเป็นจริงแล้วโอดอนโทมาเป็นพยาธิสภาพที่มีมาตั้งแต่มีการสร้างฟัน แต่เนื่องจากโตช้า ไม่มีอาการ ทำให้ตรวจพบล่าช้า มักพบในช่วง 20-30 ปี โดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี นอกจากบางรายที่มีขนาดใหญ่มากกว่า 3 เซนติเมตร ทำให้มีอาการบวม ความไม่สมมาตรใบหน้า และอาจมีอาการปวดได้หากบริเวณรอยโรคหรือฟันข้างเคียงมีการอักเสบติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง<sup>(11,12)</sup> โอดอนโทมาส่วนใหญ่แล้วจะพบฝังอยู่ในกระดูกขากรรไกรไม่ขึ้นสู่ช่องปาก แต่ก็มีบางรายงาน พบการขึ้นของโอดอนโทมาสู่ช่องปาก (Erupted odontoma)<sup>(13,14)</sup> ตำแหน่งที่พบคอมพาน์โอดอนโทมา มักพบในตำแหน่งฟันเขี้ยวบน ส่วนคอมเพล็กซ์โอดอนโทมา มักพบบริเวณฟันกรามขากรรไกรล่าง<sup>(7,13)</sup> การวินิจฉัยแยกโรค โดยทั่วไปคอมพาน์ โอดอนโทมาสามารถใช้ผลการตรวจทางรังสีวิทยาวินิจฉัยแยกจากรอยโรคอื่นได้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในระยะแรกของโอดอนโทมา อาจพบการก่อตัวของแคลเซียม (calcification) เพียงเล็กน้อยล้อมรอบด้วยเงาโปร่งรังสี โดยเฉพาะคอมเพล็กซ์ โอดอนโทมา ที่ลักษณะทางภาพรังสีอาจมีคล้ายคลึงกับรอยโรคเนื้องอกกระดูก (osteoma) และรอยโรคที่มีการก่อตัวของแคลเซียมอื่นๆ<sup>(2)</sup>

ผลกระทบที่สำคัญของโอดอนโทมาคือ ทำให้ฟันถาวรคุดไม่สามารถขึ้นมาในช่องปากได้ตามปกติ โดยปกติฟันจะขึ้นมาในช่องปากเมื่อมีการสร้างรากฟันได้ ครึ่งถึงสามในสี่ของความยาวราก ฟันคุดมักจะได้รับการวินิจฉัยหลังจากช่วงจากนี้และโดยทั่วไปจะไม่แสดงอาการ ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาช้ากว่าที่ช่วงเวลาที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ฟันที่อยู่ติดกันล้มเก เคลื่อนตำแหน่งแนวโค้งฟัน (dental arch) ที่ฟันเรียงตัวสั้นลง การละลาย (resorption) ของตัวฟันคุดและรากฟันข้างเคียง เกิดการยึดติดระหว่างรากฟันคุดกับกระดูก (ankylosis) เกิดความเจ็บปวดจากการติดเชื้อ และการพัฒนารอยโรคเนื้องอก ดังนั้นในการตรวจสุขภาพช่องปากทั่วไป ทันตแพทย์ควรตระหนักถึงความผิดปกติเมื่อ 1) ฟันไม่ขึ้นในช่วงระยะการขึ้นของฟันปกติ 2) มีพื้นที่ไม่เพียงพอสำหรับการขึ้นของฟัน 3) กรณีฟันข้างเคียงล้มเก อยู่ใน

ตำแหน่งผิดปกติหรือมีฟันหนูน 4) ในกรณีที่มีการคงค้างของฟันน้ำนมมานานเกินไป นอกจากนี้เราสามารถตรวจโดยการคลำที่สันเหงือก เช่น มีฟันเขี้ยวถาวรบนควรถือจะคลำพบในตำแหน่งสันเหงือกค่อนข้างด้านข้างแก้ม (buccal) หลังจากอายุ 10 ปี เป็นต้น<sup>(15)</sup>

การรักษาโอดอนโทมาที่เป็นทางเลือกหลักคือการผ่าตัดควรรอยโรคเนื้องอกโอดอนโทมา ออกทั้งหมด ในกรณีโอดอนโทมาที่เกี่ยวข้องกับฟันคุด การรักษาทำได้โดยการผ่าตัดนำฟันคุดออก หรือเก็บรักษาฟันไว้รอการขึ้นในช่องปากเอง หรือเก็บรักษาฟันไว้ร่วมกับการรักษาทันตกรรมจัดฟันช่วยในการดึงฟันให้ขึ้นมาในช่องปากได้ตามปกติ การนัดหมายติดตามผลการรักษาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญในการประเมินการพยากรณ์โรคของฟันเหล่านี้<sup>(13,16)</sup> โอดอนโทมา มีอัตราการกลับเป็นใหม่อีกน้อยมาก การศึกษาของ Tomizawa และคณะ<sup>(16)</sup> รายงานการกลับเป็นใหม่ในเด็กชายอายุ 6 ปี 5 เดือนซึ่งได้ทำการผ่าตัดโอดอนโทมา ครั้งแรกเมื่ออายุ 1 ปี 8 เดือน และได้เสนอว่าหากพบโอดอนโทมาในเด็กเล็กมาก การจะควรรอยโรคออกควรพิจารณาว่ามีส่วนที่ไม่เป็นแคลเซียมที่อาจคงค้าง กำจัดไม่หมดและพัฒนาต่อแล้ว ทำให้รอยโรคเกิดซ้ำภายหลังผ่าตัด ซึ่งการสังเกตเป็นระยะมีความสำคัญ จนกว่าฟันจะขึ้นมาในช่องปาก ในระยะฟันผสมนั้น ตามหลักการแล้วโอดอนโทมาควรถูกเอาออกเมื่อฟันถาวรที่อยู่ติดกับรอยโรคมีการสร้างรากฟันประมาณหนึ่งส่วนสามความยาวราก เพื่อให้มีความปลอดภัยของฟันและป้องกันรอยโรคขัดขวางการขึ้นของฟัน<sup>(17)</sup> การตรวจพบและรักษาโอดอนโทมา โดยเร็วเพิ่มความเป็นไปได้ในการเก็บรักษาฟันที่ได้รับผลกระทบในการศึกษานี้รายที่ 2 พบโอดอนโทมา ร่วมกับฟันเขี้ยวและฟันกรามน้อยล่างซ้ายที่ยังไม่ขึ้น เมื่อได้รับการรักษาผ่าตัดกำจัดรอยโรคและเก็บฟันถาวรไว้ ภายใต้การสังเกตติดตามการขึ้นของฟัน พบว่าฟันสามารถขึ้นมาเองได้ ขณะที่ รายที่ 1 ทำการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดควรรอยโรค ร่วมกับการใส่เครื่องมือจัดฟันเพื่อให้ฟันตัดข้างและฟันเขี้ยวบนขวาเคลื่อนสู่ช่องปาก ซึ่งโดยทั่วไปหากรากของฟันคุดยังมีการพัฒนาสร้างรากฟันอยู่ฟันอาจขึ้นได้ตามปกติ แต่เมื่อปลายรากปิดฟันก็สูญเสียศักยภาพ

ในการเคลื่อนขึ้นสู่ช่องปาก<sup>(17)</sup> กระบวนการการผ่าตัดเพื่อดึงฟันคุดให้ขึ้นมาในช่องปากและนำเข้าสู่ตำแหน่งการบดเคี้ยวที่เหมาะสม ต้องใช้วิธีการแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งต้องใช้การมีส่วนร่วมของศัลยแพทย์ช่องปาก ทันตแพทย์จัดฟัน และในบางกรณีอาจต้องมีการรักษา ด้านปริทันต์ร่วมด้วย แม้การจัดฟันจะช่วยนำฟันคุดเข้าสู่ตำแหน่งการบดเคี้ยวที่เหมาะสม แต่หลังการผ่าตัดเพื่อดึงฟันและการรักษาทันตกรรมจัดฟัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดรากฟันละลาย (root resorption) ได้<sup>(18)</sup> อายุและการที่จะสามารถเก็บรักษาฟันถาวรที่เกี่ยวข้องกับโอดอนโทมาได้อย่างปลอดภัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กที่อายุ 10-20 ปี ควรได้รับการตรวจทางภาพรังสีเพโนรามิกเพื่อที่สามารถตรวจพบรอยโรคแต่แรกเริ่มและการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น<sup>(19)</sup> ซึ่ง AAPD (สมาคมทันตแพทย์สำหรับเด็กแห่งอเมริกา)<sup>(20)</sup> แนะนำให้มีการส่งตรวจถ่ายภาพรังสีเพโนรามิกเพื่อประเมินโรคในช่องปากผู้ป่วยเด็กทุกรายใหม่ ตั้งแต่ระยะฟันผสมหรือหลังจากที่ฟันกรามถาวรซี่แรกขึ้นมาในช่องปาก

## สรุป

โอดอนโทมา เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่มีกำเนิดจากฟัน ซึ่งอาจไปมีผลรบกวนการขึ้นของฟัน ทำให้ฟันขึ้นช้า หรือไม่สามารถขึ้นมาในช่องปากได้ตามปกติ การตรวจวินิจฉัยโอดอนโทมาได้อย่างรวดเร็วและรักษาในเวลาที่เหมาะสมจะช่วยลดผลกระทบต่อนัยที่เกี่ยวข้อง การรักษาสามารถทำได้ง่าย เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย ลดโอกาสที่ผู้ป่วยต้องรักษาทันตกรรมจัดฟันในการช่วยดึงฟันคุดที่ถูกโอดอนโทมาขัดขวางการขึ้น ซึ่งเสียเวลาและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น รายงานกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 2 ราย พบเนื้องอกโอดอนโทมาในกระดูกขากรรไกรร่วมกับฟันถาวรที่ยังไม่ขึ้น ลักษณะทางคลินิก ภาพถ่ายรังสี และจุลพยาธิวิทยาของรอยโรคในผู้ป่วยรายนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่เคยมีมาจากการทบทวนวรรณกรรม การรักษาทางศัลยกรรม ได้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ทพญ.ปรมาภรณ์ กลั่นฤทธิ์ และคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้คำแนะนำและภาพทางจุลพยาธิวิทยาและขอขอบคุณ ดร.ทพญ.พรพุทธิ ภัทรวิมลพร สำหรับข้อมูลการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันของผู้ป่วย

## เอกสารอ้างอิง

1. Speight PM, Takata T. New tumour entities in the 4<sup>th</sup> edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. Virchows Arch 2018;472(3): 331-9. doi: 10.1007/s00428-017-2182-3.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 4<sup>th</sup>.ed. St. Louis, MO : Elsevier ; 2016 : 674-5.
3. Ebenezer V, Ramalingam B. A cross-sectional survey of prevalence of odontogenic tumours. J Maxillofac Oral Surg 2010;9(4): 369-74. doi: 10.1007/s12663-011-0170-8.
4. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1,088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. J Oral Maxillofac Surg 2006;64(9):1343-52.doi: 10.1016/j.joms.2006.05.019.
5. Lapthanasupkul P, Juengsomjit R, Klanrit P, Taweechaisupapong S, Poomsawat S. Oral and maxillofacial lesions in a Thai pediatric population: a retrospective review from two dental schools. J Med Assoc Thai 2015;98(3): 291-7. PMID: 25920300

6. Tawevisit M, Tantidolthanes W, Keelawat S, Thorner PS. Paediatric oral pathology in Thailand: a 15-year retrospective review from a medical teaching hospital. *Int Dent J* 2018;68(4):227-34. doi: 10.1111/idj.12380
7. An SY, An CH, Choi KS. Odontoma: a retrospective study of 73 cases. *Imaging Sci Dent* 2012;42(2):77-81. doi: 10.5624/isd.2012.42.2.77.
8. Hidalgo-Sánchez O, Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13(11):E730-4. PMID: 18978716
9. 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. PMID: 19212497
10. Teruhisa U, Murakami J, Hisatomi M, Yanagi Y, Asaumi J. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. *Open Dent J* 2009; 3:173-6. doi: 10.2174/1874210600903010173.
11. Saravanan R, Sathyasree V, Manikandhan R, Deepshika S, Muthu K. Sequential Removal of a Large Odontoma in the Angle of the Mandible. *Ann Maxillofac Surg* 2019;9(2): 429-33. doi: 10.4103/ams.ams\_102\_19.
12. Bagewadi SB, Kukreja R, Suma GN, Yadav B, Sharma H. Unusually large erupted complex odontoma: A rare case report. *Imaging Sci Dent* 2015;45(1):49-54. doi: 10.5624/isd.2015.45.1.49.
13. Bereket C, Çakır-Özkan N, Şener İ, Bulut E, Tek M. Complex and compound odontomas: Analysis of 69 cases and a rare case of erupted compound odontoma. *Niger J Clin Pract* 2015;18(6):726-30. doi: 10.4103/1119-3077.154209.
14. Marcarini KNO, Gabriela DE OB, Rodrigues BL, Bertollo RM Venancio, Martha AALS, et al. Erupted odontoma associated with impacted teeth-case report. *Oral Surg Oral Med Oral Radiol* 2020;129(1):e115. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2019.06.494>
15. Kaczor-Urbanowicz K, Zadurska M, Czochrowska E. Impacted Teeth: An Interdisciplinary Perspective. *Adv Clin Exp Med* 2016;25(3):575-85. doi: 10.17219/acem/37451.
16. Tomizawa M, Otsuka Y, Noda T. Clinical observations of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case. *Int J Paediatr Dent* 2005;15(1):37-43. doi: 10.1111/j.1365-263X.2005.00607.x.
17. Teruhisa U, Murakami J, Hisatomi M, Yanagi Y, Asaumi J. A case of unerupted lower primary second molar associated with compound odontoma. *Open Dent J* 2009; 3:173-6. doi: 10.2174/1874210600903010173.
18. Hatziemmanuil D, Zouloumis L, Topouzelis N. Surgical and orthodontic management of anterior impacted teeth. *Balk J Stom* 2006; 10(2):79-88.
19. de Oliveira BH, Campos V, Marçal S. Compound odontoma--diagnosis and treatment: three case reports. *Pediatr Dent* 2001;23(2):151-7. PMID: 11340730
20. American Academy of Pediatric Dentistry. Prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and individuals with special health care needs. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry ; 2022:273-6.