รายงานผู้ป่วย

การวินิจฉัยและการรักษาเมสิโอเดนท์ในระยะฟันชุดผสมและระยะฟันแท้ ในผู้ป่วยที่ไม่มีกลุ่มอาการของโรค

สุภร ตันตินิรามัย, ท.บ.*

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

บทคัดย่อ

ภาวะฟันเกิน เป็นภาวะที่มีการสร้างตัวฟันมากเกินกว่าปกติในระหว่างที่มีการพัฒนาการขึ้นของฟัน ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ เมสิโอเดนท์ซึ่งอยู่ระหว่างฟันหน้าตัดกลาง 2 ซี่ ลักษณะรูปร่างที่พบมีทั้งรูปกรวย รูปแท่ง และรูปคล้ายฟันกราม พบอุบัติการณ์ในระยะฟันชุดผสมและระยะฟันแท้มากกว่าฟันน้ำนม โดยพบลักษณะผิดปกติที่ฟันเพียงอย่างเดียวหรือพบร่วมกับกลุ่มอาการของโรค ซึ่งการเกิดเมสิโอเดนท์มีผลต่อปัญหาภายในช่องปากคือ พบภาวะฟันเกซ้อน มีช่องว่างระหว่างฟันหน้าตัดบน และการเกิดถุงน้ำได้ การตรวจวินิจฉัยพบได้เร็วจะช่วยลดความยุ่งยากในการรักษาทั้งด้านศัลยกรรมและการจัดฟัน การรักษาความผิดปกติดังกล่าวคือ ถอนฟันเมสิโอเดนท์ออกเพื่อให้ฟันหน้าตัดแท้ซี่กลางขึ้นได้ปกติ วัตถุประสงค์ของรายงานฉบับนี้เพื่อรายงานการแก้ไขความผิดปกติอันเกิดจากเมสิโอเดนท์ ซึ่งกล่าวถึงผู้ป่วย 2 ราย รายแรกเมสิโอเดนท์ที่ขึ้นมาแล้วขัดขวางการขึ้นของฟันหน้าตัดแท้ซี่กลาง ส่วนอีก 1 ราย เมสิโอเดนท์ที่ฝังอยู่ในกระดูกขากรรไกรขึ้นไม่ได้

คำสำคัญ : เมสิโอเดนท์ ฟันเกิน

Case report

Diagnosis and Treatment Erupted Mesiodens in Mixed Dentition & Impacted Mesiodens in Permanent Dentition in a Non–syndromic Patient

Suporn Thuntiniramai, D.D.S.*

* Department of Dentistry, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.

Abstract

Supernumerary teeth are a relatively frequent disorder of odontogenesis characterized by an excess number of teeth which is one of the developmental problems in children. Infact mesiodens is the most common type of supernumerary tooth present in the midline between the two central incisors and can be supplemental (resembling natural tooth) conical, tuberculate or molariform. It may occur as an isolated dental anomalous condition or may be associated with a syndrome. Moreover it is the most significant dental anomaly affecting mixed and permanent dentition mainly but rarely on primary dentition. Consequently it usually results in oral problems such as malocclusion, food impaction, poor aesthetics and cyst formation.

Early diagnosis allows the most appropriated treatment because it reduce the extent of surgery, orthodontic treatment and possible complications. The extraction of the supernumerary teeth is the standard treatment for allowing the permanent incisors to erupt properly. The objective of two-case report is to describe the corrective treatment of erupted mesiodens and impacted mesiodens.

Keywords : mesiodens, supernumerary teeth

บทนำ

ภาวะฟันเกิน (supernumerary teeth) เป็นภาวะที่มีการสร้างตัวฟันมากเกินกว่าปกติในระหว่างที่มีการพัฒนาการของฟัน พบได้ทั้งในระยะฟันน้ำนมและฟันแท้ (the deciduous and permanent detition)[1] มีรายงานพบภาวะฟันเกินเป็นครั้งแรกระหว่างคริสตศักราช 23 ถึง 79 ซึ่งตรงกับรายงานของ Bennazzi และคณะ[2] ว่าพบภาวะฟันเกินในมนุษย์ยุคโบราณ (ancient human) พบได้ประมาณร้อยละ 0.1 ถึง 3.8 พบได้บ่อยในเพศชาย โดยพบ ชาย : หญิง 1.8 : 1 พบได้ในระยะฟันแท้ ร้อยละ 0.5 ถึง 3.8 ในระยะฟันน้ำนม ร้อยละ 0.3 ถึง 0.6

พบในขากรรไกรบน (maxilla) มากกว่าขากรรไกรล่าง (mandible) 8.2 ถึง 10 เท่า โดยเฉพาะในบริเวณขากรรไกรบนด้านหน้า (premaxilla) มีหลายการศึกษาที่รายงานตรงกันว่าพบในขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่าง[3] ประมาณครึ่งหนึ่งพบบริเวณฟันหน้า รองลงไปพบได้ที่บริเวณฟันกรามน้อยล่าง (the mandibular premolar region) 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเป็นเมสิโอเดนท์ (mesiodens) นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายยังพบร่วมกับการหายไปของฟันหรือพบได้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกะโหลกศีรษะและใบหน้า (craniofacial anomalies) รวมถึงผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (cleft lip & cleft palate) การ์ดเนอร์ ซินโดรม (Gardner's syndrome) และไคลโดเครเนียลดิสออสโตซิส (cleidocranialdys-ostosis)[4]

การแบ่งชนิดของฟันเกินได้ตามระยะเวลาที่ปรากฏ ตามตำแหน่งที่พบในขากรรไกร และตามรูปร่างของฟัน[5] ได้แก่ ชนิด 1 ซี่ (single) หลายซี่ (multiple) พบ 1 ข้าง (unilateral) พบ 2 ข้าง (bilateral) งอกขึ้นมาในขากรรไกรได้ (erupted) และงอกขึ้นมาไม่ได้ (impacted) พบเฉพาะในขากรรไกรบน หรือทั้งขากรรไกรบนและล่าง

mesiodens เป็นหนึ่งในภาวะฟันเกินที่พบได้บ่อยที่สุด[5] ในตำแหน่งของขากรรไกรบนระหว่างฟันหน้าตัดกลาง 2 ซี่ (two maxillay central incisors) และเป็นสาเหตุสำคัญทำให้รบกวนการขึ้นของฟันหน้าตัดดังกล่าว อุบัติการณ์การเกิด mesiodens ส่วนใหญ่พบในระยะฟันแท้มากกว่าระยะฟันน้ำนม[6] มีรายงานว่า พบในระยะฟันน้ำนมร้อยละ 0 ถึง 1.9 และในระยะฟันแท้ร้อยละ 0.15 ถึง 3.8 ชาย : หญิง 2 : 1 จากการศึกษาของ Ersin NK และคณะ[7] พบชาย : หญิง 3 : 1 ทิศทางการขึ้นของเมสิโอเดนท์แบ่งได้ 3 กลุ่ม ได้แก่

1. แนวปกติ (normal)
2. แนวย้อนกลับ (inverted)
3. แนวขวาง (horizontal) ที่พบได้บ่อยที่สุด คือขึ้นในลักษณะกลับหัว (inverted type) และขัดขวางการขึ้นของฟันหน้าตัดบน[8]

ลักษณะรูปร่างที่พบ ได้แก่ [9, 10]

1. รูปกรวย (cone-shaped tooth) พบได้บ่อยที่สุด
2. ลักษณะรูปแท่ง (tuberculate) คล้ายกลอง มีหลายยอด (cusps) ชนิดนี้การสร้างรากฟัน ไม่สมบูรณ์และผิดปกติ
3. ลักษณะรูปฟันกราม (molariform) ชนิดนี้คล้ายฟันกรามน้อย (premolar) มีการสร้างรากฟันที่สมบูรณ์

สาเหตุการเกิด ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่เชื่อว่าสัมพันธ์กับสภาวะแวดล้อม (environmental factors) และร่วมกับปัจจัยทางพันธุกรรม (hereditary factors) มีรายงานกล่าวอ้างถึง 3

ทฤษฎี [4] แต่ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด ได้แก่

1. ทฤษฎีนี้อ้างถึงพันธุกรรม (phylogenetic ว่า mesiodens เป็นส่วนหนึ่งของฟันหน้าตัดบนซี่กลาง ซึ่งมี 3 ซี่ และมักพบในคู่แฝด พี่น้องกันในครอบครัวเดียวกัน โดยถ่ายทอดทางพันธุกรรม ทฤษฎีนี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับของนักชีววิทยาเอ็มบริโอ (embryologist)

2. ทฤษฎีที่ 2 กล่าวถึงการแบ่งตัวของหน่อฟัน (tooth bud) ออกเป็น 2 ส่วน (dichotomy) เพื่อเป็นการสร้างฟัน 2 ซี่ หนึ่งในสองซี่ ก็คือฟันเมสิโอเดนท์มีผู้สนับสนุนทฤษฎีนี้ โดยเชื่อว่าเป็นการแบ่งตัวที่สมบูรณ์และมักเกิดขึ้นบริเวณขากรรไกรด้านหน้า

3. ทฤษฎีที่ 3 กล่าวถึงบทบาทของเดนทอลลามินา (dental lamina) ซึ่งเป็นส่วนที่จะมีการสร้างหน่อฟัน (tooth bud) และเจริญพัฒนาเป็นตัวฟันขึ้นมาในขากรรไกรบนและล่าง ทฤษฎีนี้ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด โดยอธิบายถึงเดนทอลลามินา มีการเหนี่ยวนำให้เกิดหน่อฟันพิเศษทำให้เกิดเป็นฟันเกินขึ้นมา

เนื่องจาก mesiodens มีผลต่อการงอกและทิศทางการขึ้นของฟันหน้าตัดบน ทำให้มีรากละลาย (root resorption) ฟันตาย (pulp necrosis) ฟันหน้าห่าง (diastema) และมักพบได้บ่อยในเพศชาย จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา 25 ปี พบในเพศชายมากกว่าร้อยละ 95 เมื่อพบความผิดปกติเกิดขึ้นในเพศหญิงและทำให้ทิศทางการงอกของฟันแท้ผิดปกติ ซึ่งควรได้รับการแก้ไข จึงนำไปสู่รายงานฉบับนี้ที่ได้กล่าวถึงผู้ป่วย 2 ราย รายแรกมีฟัน mesiodens งอกขึ้นมาในช่องปาก ส่วนรายที่ 2 งอกขึ้นมาไม่ได้ ได้ทำการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย และติดตามผลหลังการรักษา

รายงานผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 7 ปี ได้มารับการรักษาที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

อาการสำคัญ ฟันหน้าตัดแท้ซี่บนซ้ายยังไม่ขึ้น

การตรวจสภาพร่างกาย ผู้ป่วยเด็กไม่มีโรคประจำตัว และไม่แพ้ยาใดๆ น้ำหนัก 27 กิโลกรัม

การตรวจสภาพช่องปาก

- ภายนอกช่องปากไม่พบความผิดปกติใดๆ

- จากการตรวจภายในช่องปากพบฟันหน้าตัดแท้ซี่บนซ้าย (maxillary left permanent central Incisor หรือซี่ 21) ของเด็กยังไม่ขึ้น มีเหงือกบวม แต่ฟันหน้าตัดซี่บนขวา (maxillary right permanent central Incisor หรือซี่ 11) ขึ้นมาแล้ว และพบฟันรูปร่างผิดปกติ (conical shape) อยู่ระหว่างฟันซี่ 11 และเหงือกอูมบวมบริเวณด้านหน้าบนซ้ายที่ฟันซี่ 21 ยังไม่ขึ้น (รูปที่ 1, 2)

การถ่ายภาพรังสี ถ่ายภาพรังสีชนิดเพอริแอปริคอล (periapical film) พบฟันซี่ 21 ขึ้นไม่ได้ เนื่องจากมีฟันรูปร่างผิดปกติที่ขึ้นมาเบียดขวางการขึ้นของฟันซี่ 21 และปลายรากฟันยังสร้างไม่สมบูรณ์ (รูปที่ 3)



รูปที่ 1



รูปที่ 2



รูปที่ 3

การวินิจฉัย เมสิโอเดนท์รูปกรวย (conicial mesiodens) สร้างสมบูรณ์ทั้งตัวฟันและรากทิศทางการขึ้นปกติ

การรักษา เนื่องจาก mesiodens ขึ้นมาในช่องปากและขัดขวางการขึ้นของฟันตัดแท้ข้างเคียง (ซี่ 21) จึงได้อธิบายให้ผู้ปกครองเด็กทราบถึงความจำเป็นในการถอนฟัน mesiodens ออก เพื่อให้ฟันซี่ 21 สามารถงอกขึ้นมาในช่องปากได้ตามปกติ ผู้ป่วยเด็กได้รับการถอนฟันโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่ (2 percent scandonest 1:100,000 epinephrine) 1.8 ml ที่ร่องเหงือกด้านริมฝีปากและเพดานตรงบริเวณตำแหน่งฟันที่จะถอน (mesiodens ที่ถูกถอนออกมา รูปที่ 4) ภายในช่องปากผู้ป่วยหลังจากถูกถอนฟัน mesiodens (รูปที่ 5)

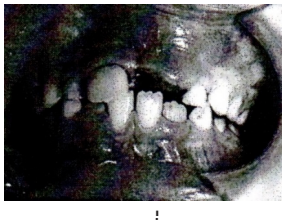
การติดตามผลการรักษา เพื่อตรวจดูการขึ้นของฟันซี่ 21 ว่าสามารถงอกขึ้นมาได้ตามปกติหรือผิดทิศทางหรือจำเป็นต้องอาศัยการรักษาทางทันต กรรมจัดฟันร่วมด้วยหรือไม่ หลังจาก 6 เดือนผ่านไป ฟันซี่ 21 สามารถงอกขึ้นมาได้เต็มซี่ตามปกติ (รูปที่ 6) ผู้ปกครองมีความพึงพอใจเป็นอย่างมาก

การตรวจสอบความมีชีวิตของฟัน (vitality test) : พบว่าปกติ

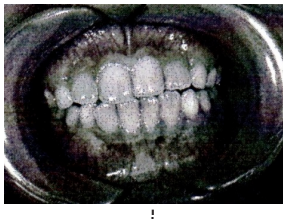
การถ่ายภาพรังสี ปลายรากฟันปกติ (รูปที่ 7)



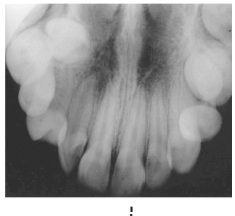
รูปที่ 4



รูปที่ 5



รูปที่ 6



รูปที่ 7

รายงานผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 11 ปี ได้มารับการรักษาที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี

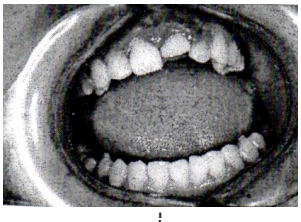
อาการสำคัญ คือ ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์เนื่องจากฟันหน้าตัดแท้ซี่กลางบนซ้าย (ซี่ 21) ขึ้นมาได้ไม่เต็มซี่

การตรวจสภาพร่างกาย ผู้ป่วยเด็กไม่มีโรคประจำตัว และไม่แพ้ยาใดๆ น้ำหนัก 38 กิโลกรัม

การตรวจสภาพช่องปาก

- ภายนอกช่องปากไม่พบความผิดปกติใดๆ
- ภายในช่องปาก พบฟันซี่ 11 ขึ้นปกติ ส่วนฟันซี่ 21 งอกออกมาประมาณ 2 ใน 3 ของฟันข้างเคียง ชี้ออกมาทางริมฝีปากเล็กน้อย (labioversion) (รูปที่ 8)

การถ่ายภาพรังสี ถ่ายภาพรังสี periapical film (รูปที่ 9) พบ mesiodens ระหว่างฟันซี่ 11 และซี่ 21 ตำแหน่งใกล้ ๆ ปลายรากฟันซี่ 11 ซึ่งทำให้ฟันซี่ 21 งอกออกมาได้ไม่เต็มซี่ ปลายรากฟันปิดแล้ว



รูปที่ 8

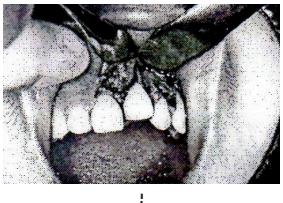


รูปที่ 9

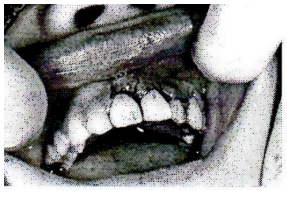
การตรวจสอบความมีชีวิตของฟัน (vitality test) : พบว่าปกติ

การวินิจฉัย Impacted mesiodens

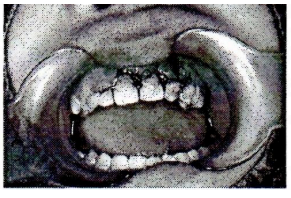
การรักษา ผู้ป่วยเด็กรายนี้จำเป็นต้องได้รับการถอนฟัน mesiodens ที่ขึ้นไม่ได้ ขวางอยู่บริเวณรากฟันซี่ 21 ซึ่งขึ้นได้ ประมาณ 2 ใน 3 ซี่ ภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ (2 percent scandonest 1:100,000 epinephrine) 3 ml ที่ร่องเหงือกบริเวณด้านริมฝีปากและเพดานตรงตำแหน่งฟันซี่ 21 ฉีดเลยมาถึงฟันซี่ 11 และฟันซี่ 22 เปิดแยกเหงือกด้านริมฝีปากและเพดาน พบฟัน mesiodens อยู่บริเวณรากฟันซี่ 21 ทำการถอนฟันซี่นี้ออก ในขณะที่นำฟัน mesiodens ออกมาพบว่ามีการทำอันตราย (trauma) ต่อฟันซี่ 21 ดังนั้นจึงเลือกวิธีทางศัลยกรรมคือดึงฟันที่ขึ้นได้ไม่เต็มซี่ ให้ลงมาอยู่ระดับเดียวกับฟันข้างเคียง (ซี่ 11) ทำการยึดฟันให้อยู่กับที่ด้วยลวดชนิดยืดหยุ่นได้ (a flexible splint) ร่วมกับวัสดุอุดชนิดฉายแสง (light cure composite resin) ถ่ายภาพรังสีชนิด periapical film เพื่อดูตำแหน่งของรากฟันในกระดูกขากรรไกร จ่ายยาปฏิชีวนะ (amoxicillin 250 mg 2 tabs PO tid pc) เป็นเวลา 7 วัน เนื่องจากฟันซี่ 21 เป็นฟันที่ปลายรากปิด และถูกดันออกมาในแนวริมฝีปากและเพดาน (labio-palatal) เพื่อให้เข้าที่จึงจำเป็นต้องยึดฟันไว้ประมาณ 2 สัปดาห์ ตามรูปขั้นตอนการรักษา (รูปที่ 10 ถึง 15)



รูปที่ 10



รูปที่ 11



รูปที่ 12



รูปที่ 13



รูปที่ 14 ภาพถ่ายรังสี หลังจากยึดฟันไว้



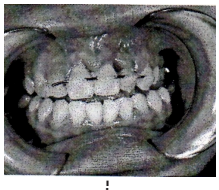
รูปที่ 15 ฟันเมสิโอเดนท์ที่ถูกถอนออกมา

การติดตามผลการรักษา นัดผู้ป่วยมาตรวจหลังการรักษา 1 สัปดาห์ สภาพฟันปกติไม่มีอาการเจ็บปวดใดๆ (รูปที่ 16 และ 17)

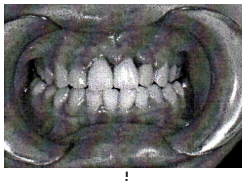
หลังการรักษา 2 สัปดาห์ผู้ป่วยได้รับการตรวจภายในช่องปากพบสภาพฟันปกติ ไม่มีอาการเจ็บปวดหรือผิดปกติใดๆ ทำการถอดลวดที่ยึดฟันออก (รูปที่ 18) พร้อมถ่ายภาพรังสี periapicalfilm (รูปที่ 19) พบมีการละลายที่ปลายรากฟัน (root resorption) เล็กน้อย

การตรวจสอบความมีชีวิตของฟัน (vitality test) : พบว่าไม่ตอบสนอง (no response)

ได้แนะนำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาคลองรากฟันที่ถูกจับยึดเข้าที่ (ฟันซี่ 21) ต่อให้เสร็จสมบูรณ์และมารับการตรวจฟันสม่ำเสมอทุก 6 เดือน


รูปที่ 16


รูปที่ 17


รูปที่ 18


รูปที่ 19

วิจารณ์

เมื่อตรวจพบฟันหน้าตัดซี่กลางขึ้นผิดปกติ ไม่สมมาตรกัน หรือขึ้นไม่ได้ให้พิจารณาถึง mesiodens ซึ่งตรงกับรายงานของ Leco Berrocal MI และคณะ[3] สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการของโรคหรือไม่มีกลุ่มอาการของโรค ส่วนการศึกษานี้ mesiodens มีผลทำให้ฟันหน้าตัดแท้ซี่กลางขึ้นผิดตำแหน่งได้ ดังในรายงานผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ซึ่งไม่มีกลุ่มอาการของโรค กล่าวคือรายแรกฟันแท้ขึ้นไม่ได้ เนื่องจากฟัน mesiodens ขวางอยู่ เมื่อถอนฟันเกินที่ขวางอยู่ออกไป ทำให้ฟันแท้ขึ้นมาได้ตามปกติ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ฟันขึ้นผิดปกติ ไม่เต็มซี่จากฟัน mesiodens ขวางอยู่บริเวณรากฟัน แต่เนื่องจากผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ช้าเกินไป ทำให้ฟันแท้ไม่สามารถงอกลงมาเองได้ ถึงแม้จะถอนฟันเกินออกไปแล้วก็ตามจึงจำเป็นต้องเคลื่อนตัวฟันลงมาและยึดฟันไว้ทำให้ฟันต้องถูกจัดเคลื่อนตำแหน่ง ซึ่งมีผลต่ออวัยวะปริทันต์ (the PDL) และทำให้เกิดการละลายของรากฟัน (root resorption) ดังที่ Andersson และคณะ[11] ได้เขียนเรื่องการปลูกฟันและการเคลื่อนย้ายฟัน รวมถึงผลตามที่เกิดขึ้นดังกล่าว และยังมีผลต่อแนวแกนกลางของฟันที่เคลื่อนที่ไปจากตำแหน่งปกติ (midline shift) จากฟันคู่สบล่างที่เกซ้อนเล็กน้อย (รูปที่ 18) ในบางรายที่ฟันผิดตำแหน่งมากจำเป็นต้องอาศัยการรักษาทันตกรรมจัดฟันร่วมด้วย ส่วนแนวทางการรักษาอีกรูปแบบหนึ่งคือการใช้วิธีการทางศัลยกรรมที่จะนำฟันเข้าสู่แนวปกติแทนการจัดฟัน คือการปลูกฟัน (transplantation) ซึ่งตรงกับรายงานการศึกษาของ Dharmani และคณะ[12]

ภาพถ่ายรังสีที่ช่วยประกอบการวินิจฉัยเพื่อดูตำแหน่งของซี่ฟันที่หายไปหรือขึ้นผิดปกติ ได้แก่ ภาพถ่ายรังสีชนิด periapical film ภาพถ่ายรังสีชนิด occlusal film ภาพถ่ายรังสีชนิด panoramic film จากการศึกษาของ Asaumi JI และคณะ[13] ในผู้ป่วย 200 คน พบ mesiodens 256 ซี่ จากภาพถ่ายรังสีชนิด periapical film และ panoramic film โดยแบ่งเป็น mesiodens 1 ซี่ พบในผู้ป่วย 146 ราย (คิดเป็นร้อยละ 73) mesiodens 2 ซี่ พบในผู้ป่วย 52 ราย (คิดเป็นร้อยละ 26) mesiodens 3 ซี่ พบในผู้ป่วย 2 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1) ทิศทางการขึ้นของฟันแบบย้อนกลับ (inverted) 172 ซี่ (คิดเป็นร้อยละ 67) แบบปกติ (normal) 69 ซี่ (คิดเป็นร้อยละ 27) และขึ้นในแนวนอน (horizontal) 15 ซี่ (คิดเป็นร้อยละ 6) ส่วนการศึกษาของ Schmickli R. และคณะ[10] ในเด็กหญิง 1,391 คน เด็กชาย 1,613 คน พบฟันเกิน 44 ซี่ คิดเป็นอัตราชุกร้อยละ 1.5 ในเด็กชายพบมากกว่าเด็กหญิงคิดเป็นร้อยละ 1.1 และร้อยละ 0.4 ตามลำดับ และพบที่ตำแหน่งฟันหน้าบนถึงร้อยละ 86 (38 ซี่จากทั้งหมด 44 ซี่) ซึ่งพบเป็นเมสิโอเดนท์ถึง 33 ซี่ mesiodens ที่ขึ้นไม่ได้สัมพันธ์กับโครงสร้างพัฒนาการของฟันข้างเคียง ซึ่งมีผลต่อการวางแผนรักษาและมีผลแทรกซ้อนได้หลายประการ ที่พบมากที่สุดคือการชะลอ

ขัดขวางการขึ้นของฟันตัดซี่กลาง พบได้ร้อยละ 26 ถึง 52 ส่วนการศึกษาของ Bartolo A และคณะ[14] พบในผู้ป่วยร้อยละ 63 ที่ฟันตัดซี่กลางขึ้นไม่ได้ การทำให้ฟันตัดซี่กลางบนขึ้นผิดตำแหน่งหรือบิดหมุน (torsi version) พบได้ร้อยละ 28 - 63 ดังรายงานผู้ป่วย 2 รายข้างต้น ผลแทรกซ้อนอื่นๆ ที่พบได้แก่ ฟันหน้าตัดล่างสึก (attriton of manibular incisors) จากการบิดหมุดของฟันตัดซี่กลาง (torsi version) ทำให้รบกวนการสบฟัน (occlusal trauma) ซึ่งตรงกับรายงานการศึกษาของ Monga และคณะ[15] การเกิดฟันซ้อนเก (crowding) การมีช่องว่างระหว่างฟันตัดซี่กลางบน (diastema) การบิดงอของรากฟัน (dilaceration) มีการละลายของรากฟันข้างเคียง (root resopption) และการเกิดถุงน้ำบริเวณฟันเกิน (odontogenic cyst) พบได้ร้อยละ 4 - 9 หรือการขึ้นผิดตำแหน่งของฟันเกินเข้าไปในช่องจมูก[4] ร้อยละ 25 ของ mesiodens สามารถงอกขึ้นมาในช่องปากได้ตามปกติร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับการถอนฟัน mesiodens ทำให้ฟันตัดแท้งอกขึ้นมาได้

ดังนั้น การตรวจพบ mesiodens โดยเร็วเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนการรักษา เพราะจะช่วยให้มีโอกาสกำจัดหรือลดผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

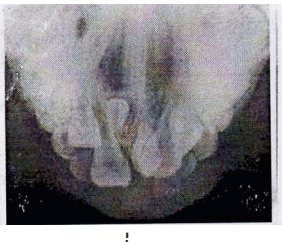
ข้อพิจารณาในการวางแผนการรักษา มีดังนี้ คือ

1. กรณี mesiodens รูปกรวย มีตำแหน่งอยู่กึ่งกลางระหว่างฟันตัดซี่กลางบน และมีทิศทางการขึ้นปกติ แนะนำให้เฝ้าระวัง จนกระทั่งฟันเกินนั้นขึ้นมาในช่องปากแล้วจึงค่อยถอนออก (รูปที่ 20)

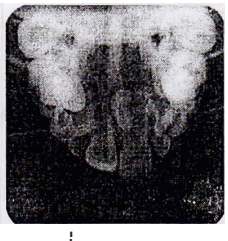
2. กรณี mesiodens รูปกรวย มีตำแหน่งอยู่กึ่งกลางระหว่างฟันตัดซี่กลางบนและมีทิศทางหัวกลับ แนะนำให้เฝ้าระวังและติดตามผลเป็นระยะ หากพบว่ามีผลแทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้นจึงค่อยผ่าตัดเอาฟันเกินออกหรืออาจผ่าตัดเอาฟันเกินออกเลย เพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนที่เกิดตามมา (รูปที่ 21)



รูปที่ 20



รูปที่ 21



รูปที่ 22

3. กรณี mesiodens มีรูปร่าง ตำแหน่ง และทิศทางที่ไม่สามารถขึ้นมาได้เอง และก่อให้เกิดผลแทรกซ้อนต่อฟันตัดซี่ข้างเคียง แนะนำให้ทำศัลยกรรม กำจัดฟันเกินดังกล่าวออก (รูปที่ 22)

4. กรณีที่ฟันตัดซี่กลางบนถูก mesiodens ขวางอยู่นาน จนแม้เมื่อกำจัด mesiodens ออกไปแล้ว ฟันตัดซี่กลางบนก็ไม่สามารถขึ้นมาได้เอง จำเป็นต้องทำการผ่าตัดกรอกระดูกที่คลุมตัวฟันออกร่วมกับใช้วิธีการทางทันตกรรมจัดฟันดึงฟันซี่ดังกล่าวขึ้นมา

5. กรณี mesiodens อยู่ลึกและอยู่ใกล้หน่อฟันแท้มาก และการทำศัลยกรรมเพื่อกำจัดฟันเกินดังกล่าวมีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อหน่อฟันแท้ มีข้อแนะนำให้ติดตามผลเป็นระยะ เพื่อรอให้มีการสร้างรากฟันตัดซี่ข้างเคียงเสร็จสมบูรณ์ก่อนแล้วจึงค่อยทำศัลยกรรมกำจัดฟันเกินออก

จะเห็นได้ว่า การรักษาที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือการกำจัดฟันเกินออกซึ่งส่วนใหญ่แล้วแนะนำให้กำจัดฟันเกินออกโดยเร็วหลังจากตรวจพบ โดยมักทำในช่วงที่เด็กมีอายุประมาณ 5-7 ปี เนื่องจากสามารถป้องกันผลแทรกซ้อนที่จะเกิดกับฟันข้างเคียง และช่วยให้มีการแก้ไขความผิดปกติได้ (self correction) แต่ในกรณีที่เริ่มเกิดผลแทรกซ้อนแล้ว จำเป็นต้องใช้การทำศัลยกรรมและทันตกรรมจัดฟันที่ซับซ้อน ดังในรายงานการศึกษาของ Hegde และคณะ[16]

หลังถอนฟัน mesiodens ไปแล้ว ต้องนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาประมาณ 6 เดือน หลังการรักษาโดยตรวจทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีเพื่อดูการขึ้นของฟันแท้ ซึ่งในกรณีที่มีช่องว่างไม่เพียงพอต่อการขึ้นของฟันแท้ จำเป็นต้องใช้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันร่วมด้วย

สรุป

ฟันตัดแท้ซี่กลาง 2 ซี่ ขึ้นช้า ขึ้นผิดตำแหน่งหรือไม่สมมาตรกัน เป็นสิ่งที่ควรระมัดระวัง พิจารณาให้ดีถึงภาวะการเกิดฟัน mesiodens ทันตแพทย์ควรส่งตรวจทางภาพถ่ายรังสีทั้งชนิด panoramic film occlusal film และ periapical film การถอนฟัน mesiodens ในระยะเริ่มต้นฟันชุดผสม ทำให้ง่ายต่อการขึ้นและการเรียงตัวของฟัน หลีกเลี่ยงปัญหาการสูญเสียช่องว่าง (space loss) และแนวแกนกลางเคลื่อนที่ไปจากตำแหน่งปกติ (midline shift) แต่ในกรณีฟันตัดซี่กลางไม่สามารถงอกขึ้นมาได้ตามปกติ ควรได้รับการรักษาทางศัลยกรรมร่วมกับทันตกรรมจัดฟัน (orthognatic surgery)

ความสำเร็จในการวางแผนการรักษา mesiodens ในเด็ก มีพื้นฐานจากความรู้ ความเข้าใจในการวางแผนการรักษาฟันเกินโดยรวม สิ่งสำคัญคือการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับฟันเกินให้ได้มากที่สุดเพื่อประเมิน ความเป็นไปได้และความเสี่ยงของการทำศัลยกรรมเพื่อกำจัดฟันเกิน การประเมินพฤติกรรมของเด็ก จากนั้นอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจและเห็นความสำคัญของปัญหา การนำเสนอทางเลือกในการรักษาและวางแผนการรักษาร่วมกัน ทันตแพทย์พึงระลึกไว้ว่าการตรวจพบฟันเกินให้ได้โดยเร็ว ทำให้สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมและช่วยลดผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้นและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Shafer WG, Hine MK, Levy BM, editors. Shafer's A textbook of oral pathology. 7thed. Philadelphia: W B Saunders 2012.
2. Benazzi S, Buti L,Franazo L,Kullmer O, Win-zen O,Gruppioni G. Report of three fused primary human teeth in an archaeological material. Int J Osteoarchaeol 2010;20:481-5.
3. Leco Berrocal MI, Martin Morales JF, Martinez Gonzalez JM. An observational study of the frequency of supernumerary teeth in a population of 2000 patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12: E134-8.
4. Singaraju GS, Reddy BR, Supraja G, Reddy KN. Floral double mesiodentes: A rare case report. J Nat Sci Biol Med 2015; 6:229-31.
5. Byatnal AA, Byatnal A, Singh A, Naraya-

naswamy V, Radhakrishnan R. Bilateral impacted inverted mesiodens associated with dentigerous cyst. J Calif Dent Assoc 2013; 41:753-7.

6. Indira M, Dhull KS, R S, Kumar Ps P, Devi Bm G. MolariformMesiodens in Primary Dentition: A Case Report. J Clin Diagn Res 2014;8:ZD33-5.
7. Ersin NK, Candan U, Alpoz AR, Akay C. Mesiodens in primary, mixed and permanent dentition: a clinical and radiographic study. J Clin Pediatr Dent 2004;28:295-8.
8. Sharma D, Garg S, Singh G, Swami S. Trauma-induced dentigerous cyst involving an inverted impacted mesiodens: case report. Dent Traumatol 2010;26:289-91.
9. Anegundi RT, Tegginmani VS, Battepati P,Tavargeri A, Patil S,Trassd V, et al. Prevalence and characteristics of supemumerary teeth in a non-syndromic South Indian pediatric population. J Indian SocPedodPerv Dent.2014;32:9-12.
10. Schmuckli R, Lipowsky C, Peltomaki T. Prevalence and morphology of supernumerary teeth in the population of a Swiss community. Short communication. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2010;120:987-93.
11. Andersson L, Tsukboshi M, Andreasen JO (2010) Autotransplantation of teeth. In: Andersson L, Kahnberg KE, Pogrel MA. Oral and Maxillofacial Surgery, lst edn. Oxford, UK: Wiley Blackwell, pp.289-90.
12. Dharmani U, Rajput A., Kamal C, Talwar S & Verma M. Successful autotransplantation of a mature mesiodes to replace a traumatized maxillary central incisor. Int Endodc J 2015;48:619-26.
13. Asaumi JI, Shibata Y, Yanagi Y, Hisatomi M, Matsuzaki H, Knonouchi H, at al. Radiographic examination of mesiodens and their associated complications. Dentomaxillofac Radiol 2004;33:125-7.
14. Bartolo A, Camilleri A, Camilleri S. Unerupted incisors-characteristic features and associated anomalies. Eur J Orthod 2010;32:297-301.
15. Monga N, Kharbanda OP, Duggal R. Innovative biomechanics for orthodontic correction of torsiversion of maxillary central incisor caused by twinmesiodens. Contemp Clin Dent 2014;5:275-7.
16. Hegde S, Jain M, Shubha AB. A Rare Bilateral Presentation of Multiple Dens Invaginatus Shovel-Shaped Incisor and Talon Cusp WithMesiodens. Kathmandu Univ Med J (KUMJ) 2014 ;12:292-5.