

# Cementoblastoma ในฟันกรามน้อยบนซี่ที่ 2 : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ไพรัช ตั้งยิ่งยง

**Abstract :** Generally, cementoblastoma is more common in patients aged 20 year and over (mean 39 year) females and mandible especially lower anterior teeth and premolars. Most cases have no symptom. The aim of this study was to report a case of cementoblastoma in a maxillary premolar. A 25 year old Thai male visited a dentist with chief complaint of gingival enlargement and pain when pressure was applied on edentulous area of upper right first molar (#16) which had been extracted for 2 years. Results of biopsy and radiographs revealed that it was because of cementoblastoma. The lesion was on periapical of upper right second premolar (#15) and involved edentulous area of upper right first molar (#16). The given treatment was enucleation of the lesion and extraction of upper right second premolar (#15) under local anesthesia. One month after surgery the result was satisfactory. This study suggested that cementoblastoma be one of periapical lesions taken into account in order to give precise diagnosis and proper treatment.

## **Cementoblastoma in Maxillary Premolar.**

**Pirat Tungyingyong.**

**\* Dental Department, Potharam Hospital, Ratchaburi.**

Region 7 Medical Journal 1993 ; 4 : 233-237

**บทคัดย่อ** ผู้ป่วยชายไทยอายุ 25 ปี 1 ราย มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการเหงือกขยายโตและกดเจ็บในตำแหน่งฟันที่ถูกถอนไปแล้วประมาณ 2 ปี จากการทำ biopsy พบว่าเป็น cementoblastoma และจากภาพถ่ายรังสีพบลักษณะของเนื้องอกเคลือบรากฟันปลายราก โดยตำแหน่งที่พบเป็นบริเวณปลายรากฟันกรามน้อยบนซี่ที่ 2 ต่อไปยังบริเวณ edentulous area ของฟัน #16 ที่ได้รับการถอนไปเมื่อ 2 ปีที่แล้ว ซึ่งโดยปกติมักจะพบเนื้องอกเคลือบรากฟันประเภทนี้ในผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 39 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายและพบในขากรรไกรล่างมากกว่าขากรรไกรบน โดยเฉพาะบริเวณฟันหน้าล่างรวมไปถึงฟันกรามน้อยซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ จึงเป็นข้อพึงสังวรในกรณีพบผู้ป่วยดังรายงานผู้ป่วยรายนี้ ควรพิจารณาถึงรอยโรคประเภทนี้ เพื่อที่จะได้ทำการวินิจฉัยและให้การรักษาได้ถูกต้อง

## **บทนำ**

เนื้องอกเคลือบรากฟัน (cementomas) เป็นลักษณะของการเกิดเคลือบรากฟันจำนวนมากเกาะติดอยู่รอบ ๆ ปลายรากฟันโดยไม่ไปเกี่ยวข้องกับชั้นของเคลือบราก

ฟันในตัวฟันปกติ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิดคือ เนื้องอกเคลือบรากฟันปลายราก (periapical cemental dysplasia, cementoblastoma) เนื้องอกเคลือบรากฟันแบบแท้ (true cementoblastoma) และเนื้องอกเคลือบรากฟัน

ขนาดใหญ่ (gigantiform cementoma, familial multiple cementoma) ซึ่งส่วนใหญ่จะพบชนิดเนื้องอกเคลือบรากฟัน ปลายรากได้มากที่สุดในกลุ่มของเนื้องอกเคลือบรากฟัน<sup>1</sup> โดยส่วนมากเกิดในผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไปอายุเฉลี่ย 39 ปีพบในเพศหญิงมากกว่าชายประมาณ 70 - 91% จะเกิดกับปลายรากฟันหลายซี่โดยเฉพาะฟันหน้าล่างทั้งหมดรวมไปถึงฟันกรามน้อย (60-70 %) ขนาดของรอยโรควัดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตรหรือน้อยกว่า และจากการศึกษาภาพถ่ายภาพรังสีของผู้ป่วย 20,500 ราย จะพบเนื้องอกชนิดนี้ได้ประมาณ 2-3 % ลักษณะภาพถ่ายภาพรังสีปรากฏได้เป็น 3 ระยะคือระยะแรก (osteolytic stage) จะพบเป็นเงาดำวงเล็ก ๆ อยู่รอบปลายรากฟันติดต่อกับเอ็นยึดปริทันต์ไม่สามารถติดตาม lamina dura ได้ จึงอาจทำให้วินิจฉัยผิดพลาดเป็นก้อนเนื้องอกแกรนูโลมาหรือถุงน้ำปลายรากฟันได้ แต่มีข้อที่น่าสังเกตคือเนื้องอกเคลือบรากฟันปลายรากนี้ฟันที่เกี่ยวข้องจะยังมีชีวิตอยู่ ระยะที่สองเป็นระยะสร้างเคลือบรากฟัน (cementoblastic stage) จะมีการเพิ่มขึ้นของเคลือบรากฟันแทนที่เนื้อเยื่อยึดต่อ ในภาพถ่ายภาพรังสีพบเป็นก้อนแคลเซียมสีขาวปนอยู่กับเงาดำ ส่วนระยะที่สามเป็นระยะแก่ตัว (mature stage) ซึ่งจะปรากฏเป็นเงาขาวที่บอบอยู่ปลายรากฟันล้อมรอบด้วยเงาดำบาง ๆ โดยรอบ ซึ่งต้องพิจารณาแยกโรคจากรอยโรคของการอักเสบของกระดูกขากรรไกร เช่น คอนเดนซิงออสติไอดีติส (condensing osteitis, chronic focal sclerosing osteomyelitis) ฯลฯ ลักษณะพยาธิวิทยาเมื่อดูด้วยตาเปล่าเป็นก้อนแข็งสีขาวหรือเหลืองขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตรหรือน้อยกว่า ผิวค่อนข้างขรุขระเล็กน้อย<sup>1-5</sup> การรักษาเนื้องอกชนิดนี้ถ้าไม่มีอาการก็ไม่ต้องทำการรักษา แต่ถ้ามีอาการให้พิจารณาถอนออกพร้อมก้อนเนื้องอกหรือ เอาแต่เฉพาะก้อนเนื้องอกออกและรักษาคลองรากฟันร่วมด้วย

### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 25 ปี อาชีพรับราชการเป็นตำรวจ มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดนครปฐม มารับการรักษาที่

โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ด้วยอาการเจ็บเหงือกและเหงือกโตบริเวณสันเหงือกของฟัน #16 ที่ถูกถอนไปแล้ว ประมาณ 2 ปี จากโรงพยาบาลเดียวกัน ประวัติเดิม ของฟัน #16 เป็นฟันที่ผุมากและมีอาการปวด วินิจฉัยไว้เป็น chronic dentoalveolar abscess และได้ให้การรักษาด้วยการถอนฟันซึ่งดังกล่าว หลังจากถอนฟันไปแล้วแผลหายดี แต่ผู้ป่วยเริ่มสังเกตพบว่ามีอาการบวมของเหงือกบริเวณที่ถอนฟัน โดยไม่มีอาการเจ็บเมื่อประมาณ 6 เดือนที่แล้วและเพิ่งจะเริ่มรู้สึกเจ็บเหงือกบริเวณดังกล่าวแต่ไม่มีอาการชา ผู้ป่วยจึงกลับมาพบทันตแพทย์คนเดิมอีก เนื่องจากเกรงว่าจะเนื้องอกชนิดร้ายแรง

การตรวจร่างกายทั่วไป สุขภาพร่างกายทั่วไปแข็งแรงดี ตรวจไม่พบความผิดปกติใด ๆ

การตรวจภายนอกช่องปาก ลักษณะใบหน้าผู้ป่วยปกติทุกอย่าง ไม่มีอาการบวมปรากฏให้เห็นภายนอกช่องปาก



รูปที่ 1

การตรวจภายในช่องปาก สุขภาพภายในช่องปากโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดีและบริเวณที่ถอนฟัน #16 ไปแผลปิดสนิทแต่สันเหงือกของฟัน #15 ถึง edentulous area ของฟัน #16 มีการขยายตัวโป่งนูนออกมาทั้งทางด้านใกล้แก้มและด้านเพดาน ลักษณะของเหงือกที่ปกคลุมมีการอักเสบเล็กน้อย จากการคลำเหงือกบริเวณดังกล่าว เป็นลักษณะ

แข็งนูนเหมือนการขยายตัวของกระดูก (bony expansion) และกดเจ็บ แต่ไม่มีอาการชา ฟัน #15 ไม่มีรอยโรคฟันผุแต่โยกระดับ 2 (second degree) และเคาะเจ็บโดยไม่มีกระเป๋าปริทันต์ (periodontal pocket) ที่ลึกผิดปกติไม่พบการสบฟันผิดปกติที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บ (traumatic occlusion) ต่อฟันซี่นี้ และมีการตอบสนองปกติ เมื่อทดสอบด้วยเครื่องมือตรวจสอบการมีชีวิตของฟัน (vitality-pulp tester) ส่วนฟัน #14 และ #17 ปกติ (sound) ไม่โยกและเคาะไม่เจ็บ (ดังรูป 1)

**การตรวจภาพถ่ายทางรังสี** จากภาพถ่ายรังสีชนิด periapical พบรอยโรคเป็นก้อนกลมสีขาวทึบ ขนาดประมาณ 0.7 ซม. ล้อมรอบด้วยเงาดำบาง ๆ ทำให้สามารถแยกขอบเขตได้ชัดเจนจากกระดูกโดยรอบปรากฏอยู่บริเวณใต้กระดูกเบ้าฟัน #16 ที่ถูกถอนไปแล้ว และบริเวณปลายรากฟัน #15 มีเงาดำเป็นวงขนาดเล็กล้อมรอบ โดยมีเงาขาวปนอยู่ด้วยเล็กน้อย (ดังรูป 2)

**การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น** จากอาการทางคลินิก การตรวจสภาพช่องปากของผู้ป่วย และภาพถ่ายรังสี ได้ให้การวินิจฉัยแยกโรคในเบื้องต้นเป็น

- chronic focal sclerosing osteitis (condensing osteitis)
- ossifying fibroma with secondary infection



รูปที่ 2

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** โดยการตัดชิ้นเนื้อเหงือก และกระดูกที่ขยายนูนออกมาบริเวณรอบฟัน #15 และบริเวณสันเหงือกในตำแหน่งฟัน #16 ไปส่งตรวจที่คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าเป็นก้อนที่มีการสะสมแร่ธาตุ (calcified masses) คล้ายเคลือบรากฟัน (cementum) และ cementoid เป็นส่วนใหญ่มี cementoblasts และ cementoclasts จำนวนมาก โดยพบ inflammatory cells เพียงเล็กน้อย

**การวินิจฉัยโรค** จากผลการตรวจชิ้นเนื้อทางจุลพยาธิวิทยาให้การวินิจฉัยเป็น cementoblastoma

**การรักษา** เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ มีอาการกดเจ็บเล็กน้อยที่เหงือกและกระดูกที่บวมนูนออกมา ทั้งทางด้านเพดานและด้านใกล้แก้ม จึงวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัด



รูปที่ 3



รูปที่ 4

ควักเอาก้อนรอยโรคในกระดูกบริเวณนี้ออกแบบ enucleation ภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ และถอนฟัน #15 พร้อมทั้งควักรอยโรคที่บริเวณปลายรากฟันซี่นี้ออกด้วย เนื่องจากผู้ป่วยยืนยันที่จะให้ถอนเพราะฟันโยกมาก และผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะรับการรักษาคดองรากฟัน ซึ่งทันตแพทย์ได้แนะนำแล้วว่าควรจะรักษาคดองรากฟัน #15 และติดตามผลเป็นระยะ ๆ เพื่อจะเก็บรักษาฟันซี่นี้ได้

การผ่าตัดเริ่มจากการเปิดแผ่นเหงือกแบบ muco-periosteal flap ออกทั้งทางด้านใกล้แก้มและด้านเพดานโดยเปิดโค้งหยัก (scallop) ตามคอฟัน ตั้งแต่ฟัน #14 ถึง #17 แล้วควักเอาก้อนรอยโรคในกระดูกที่บวมหนองออก ซึ่งมีขนาด 0.5 x 0.5 x 0.5 ซม. 1 ซี่น และขนาด 0.2 x 0.2 x 0.2 ซม. อีก 1 ซี่น (ดังรูป 3,4)

เมื่อควักเอาก้อนรอยโรคดังกล่าวออกแล้ว จึงกรอแต่งกระดูกโดยรอบให้เรียบ ล้างแผลให้สะอาด หยุดเลือดและเย็บแผลแบบ interrupted suture จำนวน 6 stitches แล้วจ่ายยาปฏิชีวนะคือ Ampicillin (500 mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 เวลา ก่อนอาหารครึ่งชั่วโมงและก่อนนอน เป็นเวลา 5 วัน พร้อมยาแก้ปวด Paracetamol และยาลดบวม Danzen (200 mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา เป็นเวลา 3 วัน และแนะนำผู้ป่วยให้รักษาสุขภาพของปากให้สะอาดด้วยการแปรงฟันให้ถูกวิธี นัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำเป็นระยะ ๆ เป็นเวลา 1 เดือนหลังผ่าตัด ซึ่งปรากฏว่าแผลหายดีและมีสภาพเหงือกปกติไม่มีการเจ็บบริเวณดังกล่าวอีกเลย

## วิจารณ์

จากผลการตรวจชิ้นเนื้อให้การวินิจฉัยเป็น cementoblastoma ลักษณะอาการทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีแสดงว่าผู้ป่วยรายนี้มีรอยโรคชนิดนี้ออกเคลือบรากฟันบริเวณปลายราก ซึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับฟัน #16 ที่ถูกถอนไปประมาณ 2 ปีที่แล้วจากโรคฟันผุ ส่วนฟัน #15 ซึ่งยังมีชีวิตอยู่ พบว่ามีรอยโรคชนิดนี้อยู่ในระยะที่สอง (cementoblastic stage) สามารถแยกจากอาการของกระดูกอักเสบได้เนื่องจากฟัน #15 เป็นฟันปกติที่ไม่มีการติดเชื้อแต่อย่างใด ซึ่งอาจพิจารณาให้การรักษารากฟันซี่นี้และติดตามผลการรักษาต่อไปเป็นระยะ แต่ผู้ป่วยไม่ประสงค์จะเก็บฟันซี่นี้ได้เนื่องจากปัญหาเรื่องเวลา จึงได้พิจารณาถอนออกไปให้ด้วย ผู้ป่วยรายนี้มีการขยายตัวของสันเหงือก (bony expansion) โตขึ้นอย่างช้า ๆ และกดเจ็บในบริเวณที่ถูกถอนฟันไปทำให้ผู้ป่วยเกรงว่าจะเป็นมะเร็ง ซึ่งกรณีเช่นนี้น่าจะเกิดจาก cementoblastoma บริเวณ edentulous area #16 โดยน่าจะเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ฟันซี่นี้ยังปกติอยู่ ซึ่งขณะที่มาถอนฟันก็ไม่มีอาการที่บ่งชี้เกี่ยวกับโรคนี้ ออกเคลือบรากฟัน แต่มีอาการของโรคฟันผุมากและมีอาการปวดไม่สามารถบรูณะได้จึงทำการถอนฟันธรรมดาโดยไม่ได้ถ่ายภาพรังสีไว้ หลังจากนั้นก่อนนี้ออกนี้มีการเจริญและโตขึ้นอย่างช้า ๆ จนกระทั่งเกิดการขยายตัวของกระดูกสันเหงือกขึ้น การตรวจในภายหลังได้ตรวจพบความผิดปกติทางคลินิก และภาพถ่ายรังสีของฟัน #15 ด้วย ซึ่งถ้าไม่เข้าใจสาเหตุ หรือให้การวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้วางแผนการรักษาผิดพลาดได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งในกรณีที่พบความผิดปกติ ที่จะต้องทำการตรวจวิเคราะห์โรคอย่างละเอียดทั้งลักษณะทางคลินิก ภาพถ่ายรังสีและการตรวจทางพยาธิวิทยานำมาประกอบกัน เพื่อวางแผนการรักษาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะภาพถ่ายรังสีเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้การวินิจฉัยรอยโรคนี้ ซึ่งมักจะพบโดยบังเอิญเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีอาการจึงอาจไม่ต้องทำการรักษา เพียงแต่จะต้องติดตามเป็นระยะ ๆ แต่ถ้ามีอาการหรือขนาดโตขึ้นก็ให้ทำการผ่าตัดเอาก้อนนี้ออกออกโดยไม่ต้องขยายขอบเขต ซึ่งไม่ค่อยพบการกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้นในผู้ป่วยราย

นี้เมื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องแล้ว หลังจากการติดตามผลแล้วจึงพบว่าหายเป็นปกติ จึงเป็นข้อเสนอนี้ว่า ควรจะได้ทำการถ่ายภาพรังสีในผู้ป่วยทุกรายที่มาขอรับบริการโรคฟันถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการวินิจฉัยเบื้องต้น

## สรุป

Cementoblastoma ชนิดเนื้องอกเคลือบรากฟัน ปลายรากพบในขากรรไกรล่างมากกว่าขากรรไกรบน พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการจึงไม่จำเป็นต้องรักษา แต่ผู้ป่วยรายนี้พบในขากรรไกรบนและพบในเพศชาย และมีอาการเจ็บจึงเป็นข้อพึงสังวรสำหรับทันตแพทย์ว่าโรคชนิดนี้สามารถมี variation ได้ และจะต้องทำการตรวจวิเคราะห์โรคอย่างละเอียดทั้งลักษณะทางคลินิก ภาพถ่ายภาพรังสี และการตรวจทางพยาธิสภาพ

เพื่อที่จะได้ทำการวินิจฉัยโรคและรักษาโรคได้ถูกต้อง

## เอกสารอ้างอิง

1. วินัย ศิริจิตร. การวิเคราะห์โรคในช่องปากจากผลการตรวจชิ้นเนื้อในภาควิชาทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วารสารทันตแพทยศาสตร์ 1979 ; 3 : 133-146.
2. Regeri JA, Seizebba JJ. Oral pathology clinical pathologic correlation : W.D. Saunders. 1989.
3. จิรพันธ์ พันธุ์วุฒิการ. Gigantiform cementoma. วารสารทันตแพทยศาสตร์ 1982 ; 32 : 52-61.
4. Letarelli, FV et al. The cementoma of 230 Pali with 435 cementomas. J Oral Surg 1964 ; 17 : 219-224.
5. ใจนุช จงรักษ์. ทันตรังสีวินิจฉัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : บริษัท เยียร์บุ๊กพับลิชเชอร์ จำกัด, 2532.