

ถุงน้ำปลายรากฟันในกระดูกขากรรไกรบนด้านหน้า (Radicular cyst of the anterior maxilla)

ศิริโสภา ทงมี
โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : ถุงน้ำปลายรากฟันเป็นถุงน้ำที่พบบ่อยที่สุดในขากรรไกร เป็นถุงน้ำที่เกิดจากการอักเสบ ส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการ ถูกพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี แต่เมื่อมีอาการอักเสบร่วมด้วยจะก่อให้เกิดความเจ็บปวด ในกรณีนี้รอยโรคถุงน้ำดำเนินมาเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดอาการบวม ฟันโยก กระดูกรอบรากฟันและรากฟันซี่ข้างเคียงมีการละลายได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและรักษาผู้ป่วยที่มีถุงน้ำปลายรากฟันในกระดูกขากรรไกรบนด้านหน้า 1 ราย

รูปแบบการศึกษา : ผ่าตัดเลาะถุงน้ำปลายรากฟันออกภายใต้ยาชาเฉพาะที่

ผลการศึกษา : สามารถเลาะถุงน้ำปลายรากฟันออกได้หมด ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาคงรากฟันต่อได้ และมีการสร้างกระดูกเข้ามาในตำแหน่งที่เคยเป็นถุงน้ำ

สรุป : ถุงน้ำปลายรากฟันเป็นถุงน้ำที่พบบ่อยที่สุดของถุงน้ำที่เกิดในขากรรไกร มักสัมพันธ์กับฟันไม่มีชีวิต มีสาเหตุจากการอักเสบบริเวณปลายรากทำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่ออักเสบแล้วไปกระตุ้นเยื่อปริทันต์ข้างของมาลาเซให้สร้างถุงน้ำ รายงานกรณีศึกษาฉบับนี้แสดงการรักษาและผลการรักษาผู้ป่วยหญิงอายุ 46 ปี ที่มีอาการปวดและบวมบริเวณเพดานปากด้านหน้าตรงตำแหน่งฟันตัดกลางบนขวา และฟันตัดกลางบนขวา ไม่ตอบสนองต่อการมีชีวิตของฟัน ทันตแพทย์ได้รักษาคงรากฟัน และได้เปลี่ยนยาในคลองราก 4 ครั้ง แต่ยังมีอาการบวมบริเวณเพดานปากเท่าเดิม ทันตแพทย์ศัลยกรรมช่องปากจึงได้ทำการผ่าตัดเลาะถุงน้ำปลายรากฟันออก ติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 11 เดือน พบมีการสร้างกระดูกเข้ามาในบริเวณที่เคยเป็นถุงน้ำ และอวัยวะปริทันต์รอบรากฟันมีลักษณะดีขึ้น

คำสำคัญ : ถุงน้ำปลายรากฟัน ฟันไม่มีชีวิต การผ่าตัดเลาะถุงน้ำ

บทนำ

ถุงน้ำปลายรากฟัน (radicular cyst) หรือถุงน้ำรอบรากฟัน (periapical cyst) เป็นถุงน้ำที่พบบ่อยที่สุดที่เกิดในขากรรไกร เป็นถุงน้ำที่เกิดจากการอักเสบ (inflammatory cyst)⁽¹⁾ พบได้ร้อยละ 52⁽²⁾ พบมาก

ในช่วงอายุ 30 - 60 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽³⁾ มักพบที่ขากรรไกรบนโดยเฉพาะบริเวณด้านหน้า ตามมาด้วยขากรรไกรบนด้านหลัง ขากรรไกรล่างด้านหลัง และขากรรไกรล่างด้านหน้า มักสัมพันธ์กับฟันไม่มีชีวิต⁽¹⁾

สาเหตุของการเกิดถุงน้ำปลายรากฟันเกิดจากการอักเสบบริเวณปลายรากที่มีการแพร่กระจายการติดเชื้อจากโพรงประสาทฟัน โดยสาเหตุการอักเสบดังกล่าวเกิดจากการตายของเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน (pulp necrosis) ซึ่งอาจเกิดจากฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน หรือเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันได้รับการกระทบอย่างรุนแรง (trauma) การอักเสบบริเวณปลายรากจะทำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่ออักเสบ โดยไปกระตุ้นเยื่อบุผิวตกค้างของมาลาเซ (epithelial cell rests of Malassez) ซึ่งเป็นเซลล์ที่พบในเนื้อเยื่อปริทันต์ ทำให้เกิดการสร้างถุงน้ำ⁽⁴⁾

ถุงน้ำปลายรากฟันส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการ ถูกพบโดยบังเอิญจากการถ่ายภาพรังสี แต่เมื่อมีการอักเสบร่วมด้วยจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดในผู้ป่วยรายนั้นๆ ในกรณีที่รอยโรคถุงน้ำมีการดำเนินมาเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดอาการบวม ฟันโยก กระดูกรอบรากฟันและรากฟันซี่ข้างเคียงมีการละลาย⁽⁵⁾ โดยทั่วไปจะไม่ทำให้กระดูกมีการขยายตัว⁽¹⁾

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและรักษาผู้ป่วยที่มีถุงน้ำปลายรากฟันในกระดูขากรรไกรบนด้านหน้า 1 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา

1. รับผู้ป่วยและตรวจสุขภาพช่องปาก
2. ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อจัดทำรายงานกรณีศึกษา
3. ถ่ายภาพรังสี อธิบายทางเลือกในการรักษา และวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย
4. ทำการรักษาผู้ป่วยโดยการผ่าตัดเลาะถุงน้ำออกภายใต้ยาชาเฉพาะที่
5. ติดตามผลการรักษา

พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

การวินิจฉัยจะพิจารณาจากอาการทางคลินิก ลักษณะภาพรังสี และลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา โดยลักษณะทางภาพรังสีจะพบเงาโปร่งรังสี (radiolucent area) ที่มีลักษณะกลมหรือรี ล้อมรอบด้วยขอบทึบรังสี มีขอบเขตชัดเจนบริเวณปลายรากฟัน อาจพบการละลายของรากฟันร่วมด้วย⁽⁵⁾

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบผนังถุงน้ำบุด้วยเยื่อบุผิวชนิดความสับสนแบบไม่มีเคอราติน สามารถพบการสะสมของแคลเซียมในชั้นเยื่อบุผิว ซึ่งเรียกว่า Rushton bodies นอกจากนี้ยังพบคลอเลสเตอร์ออลเคลฟท์ที่อยู่กับเซลล์ขนาดใหญ่หลายนิวเคลียส (cholesterol clefts with multinucleated giant cells) และพบเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบเฉียบพลันในชั้นเยื่อบุผิว ส่วนเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบแบบเรื้อรังพบในชั้นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน⁽⁶⁾

การรักษาถุงน้ำปลายรากฟัน ในกรณีที่ถุงน้ำมีขนาดเล็กสามารถรักษาได้โดยการถอนฟันซี่ที่เป็นสาเหตุออกพร้อมกับการใช้เครื่องมือเข้าไปทำความสะอาดบริเวณปลายราก หรือถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการถอนฟันและฟันถูกประเมินแล้วว่าสามารถเก็บไว้ได้ อาจพิจารณารักษาคลองรากฟัน และถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาผ่าตัดปลายรากฟันร่วมกับทำความสะอาดบริเวณปลายรากร่วมด้วย (apicoectomy) ในกรณีที่ถุงน้ำมีขนาดใหญ่ จำเป็นต้องมีการผ่าตัดร่วมด้วย ได้แก่ การผ่าตัดเลาะรอยโรคออกครั้งเดียว (enucleation) หรือผ่าตัดเปิดระบายของเหลวภายในถุงน้ำ (marsupialization) ร่วมกับการเลาะรอยโรคออก^(5,7)

ผลการศึกษา

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 46 ปี ถูกส่งตัวจากทันตแพทย์รักษาคลองรากฟันมาพบทันตแพทย์ศัลยกรรมช่องปากเพื่อปรึกษาเรื่องการผ่าตัดเลาะถุงน้ำบริเวณปลายรากฟันซี่ 11 ผู้ป่วยมีอาการปวดฟันมาประมาณ 1 ปี ปวดแบบเป็นๆหายๆ และมีเหงือกบวมด้านเพดาน โดยอาการค่อยๆ บวมขึ้น ไม่เคยยุบ ผู้ป่วยไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณใบหน้า ผู้ป่วยได้เริ่มการรักษาคลองรากฟันเมื่อ 6 เดือนก่อน เนื่องจากทันตแพทย์รักษาคลองรากฟันตรวจไม่พบการมีชีวิตของฟันซี่ 11 และฟันซี่ 11 ได้รับการเปลี่ยนยาในคลองรากฟัน 4 ครั้ง แต่ยังมีอาการปวดและบวมเหมือนเดิม ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัวและปฏิเสธการแพ้ยา ตรวจภายนอกช่องปากไม่พบความผิดปกติใดๆ ตรวจภายในช่องปากพบฟันซี่ 11 มีรอยร้าวบริเวณผิวฟันด้านริมฝีปาก (labial surface) ปลายฟันสึก ไม่มีรอยผุ มีวัสดุอุดชั่วคราวอุดเต็มขอบของรูเปิดรักษาคลองรากฟันทางด้านเพดานปาก ฟันโยก ระดับ 1 เคาะเจ็บ บวมบริเวณด้านเพดานขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 2.5 เซนติเมตร ดังรูปที่ 1 คลำเจ็บ คลำได้ลักษณะเหมือนมีของเหลวอยู่ภายใน (fluctuant) จากภาพรังสีเทคนิคบริเวณกว้าง (occlusal topography) พบเงาโปร่งรังสีวงเดียวที่มีขอบเขตชัดเจนที่บริเวณปลายรากฟันซี่ 12 ถึง 21 ดังรูปที่ 2 จากลักษณะทางคลินิก ให้การวินิจฉัยแยกโรคได้ดังนี้ ถุงน้ำปลายรากฟัน (radicular cyst) ถุงน้ำท่อนาโซพาลาทีน (nasopalatine duct cyst) และเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma) ชนิด unicystic ameloblastoma และควรส่งตรวจเพิ่มเติมโดยการตัดชิ้นเนื้อบางส่วนเพื่อการวินิจฉัย (incisional biopsy) เพื่อให้ทราบผลการวินิจฉัยที่แน่นอน แต่ทั้งนี้จากลักษณะทางคลินิก ตำแหน่งรอยโรคที่อยู่บริเวณปลายรากของฟันตาย และอายุของผู้ป่วยที่เกิดรอยโรค จึงมีความเป็นไปได้ที่จะเป็นถุงน้ำปลายรากฟัน

อธิบายวิธีการรักษาและภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยรับทราบ โดยวิธีแรกคือ การผ่าตัดเปิดระบายของเหลวภายในถุงน้ำ ให้ถุงน้ำมีขนาดเล็กลงแล้วค่อยเลาะถุงน้ำออก และวิธีที่ 2 คือการเลาะถุงน้ำออกโดยไม่มีการผ่าเปิดระบายถุงน้ำ ซึ่งผู้ป่วยได้เลือกวิธีที่ 2 โดยการผ่าตัดเลาะถุงน้ำออกทั้งก้อนภายใต้ยาชาเฉพาะที่ (surgical enucleation under local anesthesia) โดยการเปิดแผ่นเหงือกทางด้านเพดานแบบเลาะไปตามคอฟัน (envelop flap) จะพบถุงน้ำบริเวณที่นูนออกมาด้านเพดาน ไม่มีกระดูกหุ้ม ค่อยๆ เลาะถุงน้ำถึงด้านริมฝีปากพบว่าไม่มีกระดูกคลุมถุงน้ำเช่นกัน จึงทำการเปิดเหงือกทางด้านริมฝีปากด้วย เพื่อให้เห็นขอบเขตผนังถุงน้ำชัดเจน และการเลาะถุงน้ำทางด้านริมฝีปากสามารถเลาะได้ง่ายกว่าด้านเพดานปาก ขณะทำการเลาะถุงน้ำมีน้ำในถุงน้ำลักษณะเป็นหนองสีขาวขุ่นไหลออกมา และผนังถุงน้ำอยู่ติดกับเยื่อบุโพรงอากาศข้างจมูก

(maxillary sinus membrane) กระจกน้ำและได้ออกมาเป็นชั้นเดียวขนาด 2.5x1.5x1 เซนติเมตร ดังรูปที่ 3
ทำความสะอาดบริเวณที่ผ่าตัดด้วยน้ำเกลือ และเย็บปิดแผล

ติดตามอาการหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตัดไหมบริเวณแผลผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ปวดแผล แต่มีอาการคัดจมูกข้างขวา รู้สึกจมูกรู้สึกเหม็น ไม่มีอาการปวดจมูก มีอาการชาบริเวณเพดานปากด้านหน้าเล็กน้อย บริเวณแผลผ่าตัดไม่มีหนอง จึงได้ทำการตัดไหม พร้อมทั้งถ่ายภาพรังสีหลังการผ่าตัด ดังรูปที่ 4
จ่ายยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาภาวะไซนัสอักเสบ ซึ่งอาจเกิดจากการระคายเคืองของเยื่อโพรงอากาศข้างจมูกในระหว่างการเจาะกระจกน้ำ หรือกระจกน้ำมีการอักเสบตั้งแต่น้ำในกระจกน้ำมีลักษณะเป็นหนองสีขาวขุ่น ซึ่งอาจทำให้เยื่อโพรงอากาศข้างจมูกอักเสบได้ และจ่ายวิตามินบีรวมเพื่อบรรเทาอาการชา

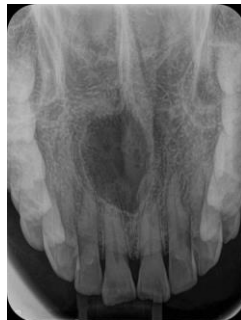
2 สัปดาห์หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่รู้สึกมีกลิ่นเหม็นในจมูก มีอาการชาบริเวณเพดานปากด้านหน้าลดลง การตรวจติดตามผลการรักษา ดังรูปที่ 5 และผลทางพยาธิวิทยาให้การวินิจฉัยว่าเป็นกระจกน้ำปลายรากฟัน (ภาพทางจุลพยาธิวิทยาแสดงลักษณะเยื่อผิวสความัสแบบไม่มีเคราติน ผนังของกระจกน้ำเต็มไปด้วยเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบ มีคลอเลสเทอรอลเคลฟท์ เซลล์ขนาดใหญ่หลายนิวเคลียส และเซลล์เม็ดเลือดแดง ไม่มีลักษณะของเซลล์ที่มีรูปร่างผิดปกติ หรือไม่พบลักษณะของเซลล์มะเร็ง)

3 เดือนหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ไม่รู้สึกชา ตรวจในช่องปากไม่พบลักษณะผิดปกติ คลำแข็งคล้ายลักษณะกระดูกตรงบริเวณที่เคยเป็นกระจกน้ำ ภาพรังสีพบมีการสร้างกระดูกเข้ามาในบริเวณที่เคยเป็นกระจกน้ำ แต่ความหนาแน่นของกระดูกยังมีปริมาณน้อย กระดูกสร้างเข้ามาถึงปลายรากซี่ 11 และ 21 ดังรูปที่ 6

11 เดือนหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ตรวจในช่องปากไม่พบลักษณะผิดปกติ ภาพรังสีพบความหนาแน่นของกระดูกเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างน้อยกว่าความหนาแน่นของกระดูกปกติ ดังรูปที่ 7



รูปที่ 1 การตรวจภายในช่องปาก (1) ภาพด้านหน้า (2) ขากรรไกรบน (3) การสบฟันด้านขวา (4) การสบฟันด้านซ้าย (5) ขากรรไกรล่าง



รูปที่ 2 การตรวจทางภาพรังสีเทคนิคบริเวณกว้าง พบเงาโปร่งรังสีวงเดี่ยวขอบเขตชัดเจน มีขอบสีขาวบางๆ ล้อมรอบ (unilocular radiolucent area with corticated border) อยู่บริเวณปลายรากฟันซี่ 12 – 21



รูปที่ 3 การผ่าตัดเลาะถุงน้ำปลายรากฟัน (1) การเปิดเหงือกทางด้านเพดานปาก (2) การเปิดเหงือกทางด้านริมฝีปาก (3) ถุงน้ำปลายรากฟัน



รูปที่ 4 ภาพรังสีเทคนิคบริเวณกว้างหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ พบเงาโปร่งรังสีขอบเขตไม่ชัดเจนบริเวณปลายรากฟันซี่ 13 – 21



รูปที่ 5 ติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์ (1) ภาพด้านหน้า (2) ภาพซากกรโกรบน (3) ภาพพยาธิวิทยา กำลังขยาย 0.5 เท่า แสดงลักษณะเยื่อหุ้มผิวสความัสแบบไม่มีเคอราติน ผนังของถุงน้ำเต็มไปด้วยเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบ มีคอแลสเตอร์ออลเซลล์ เซลล์ขนาดใหญ่หลายนิวเคลียส และเซลล์เม็ดเลือดแดง ไม่มีลักษณะของเซลล์ที่มีรูปร่างผิดปกติ หรือไม่พบลักษณะของเซลล์มะเร็ง



รูปที่ 6 ติดตามผลการรักษา 3 เดือน: ภาพถ่ายรังสีเทคนิคบริเวณกว้าง พบมีการสร้างกระดูกรอบๆ บริเวณที่เคยเป็นถุงน้ำ



รูปที่ 7 ติดตามผลการรักษา 11 เดือน: ภาพถ่ายรังสีเทคนิคบริเวณกว้าง พบมีการสร้างกระดูกเข้ามาในบริเวณที่เคยเป็นถุงน้ำมากขึ้น เมื่อเทียบกับภาพรังสีการติดตามผลการรักษาที่ 3 เดือน

สรุปและข้อเสนอแนะ

ถุงน้ำปลายรากฟันเป็นถุงน้ำที่พบมากที่สุดของถุงน้ำที่เกิดในขากรรไกร พบได้ร้อยละ 52 – 68^(8,9) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.6 เท่า อาจเนื่องมาจากผู้หญิงจะกังวลสุขภาพช่องปากมากกว่า⁽³⁾ ถุงน้ำปลายรากฟันเกิดจากพยาธิสภาพที่โพรงประสาทฟัน เช่น ฟันผุทะลุโพรงประสาทฟัน หรือฟันที่ได้รับอุบัติเหตุ ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบต่อไปยังเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน ในระยะแรกอาจไม่แสดงอาการใดๆ มักตรวจพบจากภาพถ่ายรังสี จนรอยโรคมีขนาดใหญ่มากขึ้น หรือมีการติดเชื้อร่วมด้วย ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์⁽¹⁾

การรักษาถุงน้ำปลายรากฟันในกรณีถุงน้ำปลายรากฟันมีขนาดเล็ก การรักษาคลองรากฟันหรือถอนฟันอย่างเดียวอาจจะสามารถรักษาถุงน้ำปลายรากฟันให้หายได้ แต่ถ้าถุงน้ำปลายรากฟันมีขนาดใหญ่อาจต้องทำการรักษาคลองรากฟันหรือถอนฟันร่วมกับการผ่าตัด⁽¹⁰⁾ ซึ่งทำได้ทั้งการเลาะถุงน้ำออกครั้งเดียว หรือทำการผ่าตัดเปิดระบายของเหลวภายในถุงน้ำ เพื่อลดขนาดรอยโรคก่อนผ่าตัดเลาะถุงน้ำ⁽⁵⁾ ซึ่งข้อดีของการผ่าตัดเลาะถุงน้ำออกครั้งเดียวคือ สามารถนำรอยโรคออกทั้งหมดได้ในครั้งเดียว และนำรอยโรคทั้งหมดนั้นส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัย ใช้ระยะเวลาในการรักษาน้อยกว่า ไม่ต้องมีการผ่าตัดซ้ำ และไม่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยมากนัก ส่วนการผ่าตัดเปิดระบายของเหลวภายในถุงน้ำเป็นการผ่าตัดเพื่อลดความดันภายในถุงน้ำ และทำให้ถุงน้ำมีขนาดเล็กลงก่อนทำการผ่าตัดควักถุงน้ำออก เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัดรอยโรคขนาดใหญ่ครั้งเดียว เช่น อาการชา ภาวะเลือดออกมาก การผ่าตัดทะลุโพรงอากาศบริเวณใบหน้าที่อยู่ข้างเคียงรอยโรค หรืออาจเกิดภาวะกระดูกขากรรไกรหักได้ แต่การรักษาวิธีนี้จำเป็นต้องผ่าตัดซ้ำ และอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการฉีดยาเกลือล้างทำความสะอาดทุกวันหลังจากผ่าตัดเปิดระบายของเหลวรอบปลายรากแล้วใส่ท่อระบายค้างไว้ และความร่วมมือของผู้ป่วยในการกลับมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง^(11,12)

ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณใบหน้า ฟันซี่ 11 มีรอยร้าวบริเวณผิวฟันด้านริมฝีปากปลายฟันสึก ไม่มีรอยผุ ฟันโยกระดับ 1 นอกจากนี้ภายในช่องปากยังพบฟันสึกหลายซี่ อาจพิจารณาได้ว่าคนไข้ชอบกัดหรือเคี้ยวอาหารที่มีลักษณะแข็ง จนทำให้ฟันซี่ 11 มีรอยร้าว และถุงน้ำรอบรากฟันอาจเกิดจาก

การบาดเจ็บเหตุสบฟัน (trauma occlusion) เนื่องจากถุงน้ำมีขนาดใหญ่ทำให้การรักษาคลองรากฟันอย่างเดียวไม่เพียงพอ ดังเห็นได้จากผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนยาในคลองราก 4 ครั้ง แต่อาการบวมก็ไม่ได้ลดลง ก่อนการผ่าตัดและถุงน้ำในผู้ป่วยรายนี้ควรทำการวินิจฉัยแยกโรคก่อน โดยรอยโรคที่เป็นไปได้มากที่สุดคือ

1. ถุงน้ำปลายรากฟัน เป็นรอยโรคที่มีสาเหตุจากฟัน (odontogenic lesion) มีลักษณะทางคลินิกที่รอยโรคค่อยๆ โต มักไม่ค่อยมีอาการ รอยโรคเกี่ยวข้องกับฟันตาย มักพบถุงน้ำปลายรากฟันในช่วงอายุ 30 – 60 ปี ตำแหน่งของรอยโรคอยู่บริเวณปลายรากฟัน มักพบบริเวณขากรรไกรบนด้านหน้ามากที่สุด และถุงน้ำปลายรากฟันเป็นถุงน้ำที่พบมากที่สุดเ็นในขากรรไกร⁽¹⁾
2. ถุงน้ำท่อนาโซพาลาทีน เป็นถุงน้ำที่พบมากที่สุดเ็นในรอยโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุจากฟัน (non – odontogenic lesion) มักพบในช่วงอายุ 40 – 60 ปี มักไม่ค่อยมีอาการ หรืออาจบวมบริเวณเพดานปากด้านหน้า มักไม่ทำให้เกิดการละลายของรากฟัน (root resorption)⁽¹⁾ ซึ่งผู้ป่วยอาจเป็นถุงน้ำท่อนาโซพาลาทีนได้ เพราะถุงน้ำมีขนาดใหญ่อาจกดเบียดปลายรากฟันทำให้เกิดฟันตายได้
3. อะมีโลบลาสโตมา ประเภท unicystic ameloblastoma เป็นรอยโรคที่มีสาเหตุจากฟัน รอยโรคจะค่อยๆโต มักพบในผู้ป่วยเด็ก หรือช่วงอายุประมาณ 20 ปี ไม่ค่อยมีอาการ หรือมีอาการบวมแต่ไม่ปวด มักพบในขากรรไกรล่างมากกว่าร้อยละ 90⁽¹⁾

หลังจากนั้นควรส่งตรวจเพิ่มเติมโดยการตัดชิ้นเนื้อบางส่วนเพื่อการวินิจฉัย (incisional biopsy) เพื่อให้ทราบผลการวินิจฉัยที่แน่นอน ซึ่งทันตแพทย์ทั่วไปสามารถทำการวินิจฉัยแยกโรคและทำการตัดชิ้นเนื้อบางส่วนก่อนทำการส่งต่อผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์เฉพาะทางได้

จากการวินิจฉัยแยกโรค ซึ่งรอยโรคทั้ง 3 รอยโรคมีวิธีการรักษาที่เหมือนกันคือการเลาะถุงน้ำออกทั้งก้อน (enucleation) การรักษาผู้ป่วยรายนี้ควรทำการผ่าตัดเปิดระบายของเหลวภายในถุงน้ำก่อน เพื่อลดขนาดถุงน้ำ และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดรอยโรคขนาดใหญ่ครั้งเดียว แต่การผ่าตัดระบายของเหลวภายในถุงหรือการใส่ท่อช่วยระบายทางด้านเพดานมักทำให้ผู้ป่วยรำคาญ และลิ้นของผู้ป่วยอาจดันหรือตะโตนท่อระบายตลอดเวลา เช่น เวลาพูด หรือเวลาทานอาหาร และนอกจากนี้การผ่าตัดระบายของเหลวทางด้านเพดานปาก มักติดเชื้อได้ง่ายกว่าด้านริมฝีปาก และปัจจัยทางด้านระยะทางจากบ้านของผู้ป่วยมาโรงพยาบาลค่อนข้างไกล ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) รวมทั้งผู้ป่วยไม่ต้องการผ่าตัดหลายครั้ง ผู้ป่วยจึงตัดสินใจผ่าตัดและถุงน้ำขนาดใหญ่ครั้งเดียว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาคือ ภาวะไซนัสอักเสบ และมีอาการชาบริเวณเพดานปาก แต่ภาวะแทรกซ้อนนั้นก็ได้ได้รับการรักษาและหายไปในภายหลัง

เอกสารอ้างอิง

1. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology: clinical pathologic correlations. 6th ed. Elsevier Inc.; 2012. 246–249 p.
2. Nair PNR, Sundqvist G, Sjogren U. Experimental evidence supports the abscess theory of development of radicular cysts. 2008;106(2):294–303.
3. Nair PNR. New perspectives on radicular cysts : do they heal ? 1998;179:155–60.
4. Shear M, Speight PM. Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions. 4th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2007. 123–142 p.
5. Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. Neville Oral and Maxillofacial Pathology, 4ed. Elsevier. 2016.
6. Mass E, Kaplan I. A clinical and histopathological study of radicular cysts associated with primary molars. 1995;(November 2018).
7. Domingos P, Jr R, Gonçalves ES, Neto ES. Surgical approaches of extensive periapical cyst. Considerations about surgical technique. Salusvita, Bauru. 2004;23(2):317–28.
8. Killey HC, Kay L w., Seward GR. Benign cystic lesions of the jaws: Their diagnosis and treatment. 3rd ed. Churchill Livingstone; 1979.
9. Latoo S, Shah AA, Jan SM, Qadir S, Ahmed I, Purra AR, et al. Radicular cyst: Review article. JK Sci. 2009;11(11):2143–6.
10. Caliskan MK. Prognosis of large cyst-like periapical lesion following nonsurgical root canal treatment: a clinical review. Int Endod J. 2004;(6):408–16.
11. Hupp JR, Ellis E, Tucker M. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2018.
12. Joshi NS, Sujana SG, Rachappa MM. An unusual case report of bilateral mandibular radicular cyst. Contemp Clin Dent. 2011;2(1):59–62.