



ฟันคุดในฟันกรามแท้ล่างซี่ที่สอง : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

นิรมล ใจชื่อ ท.บ. (เกียรตินิยม), ป.บัณฑิต (ทันตกรรมสำหรับเด็ก), อนุมัติบัตร
(ทันตกรรมสำหรับเด็ก)

โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

ฟันคุดในฟันกรามแท้ล่างซี่ที่สองพบได้ไม่บ่อยแต่เมื่อตรวจพบมักมีปัญหายุ่งยากในการรักษาซึ่งสิ่งสำคัญคือ การวินิจฉัยและการรักษาให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะการรักษาในระยะที่ช้าเกินไปมักจะมีความยุ่งยากจากการ สบฟันที่ผิดปกติทำให้ต้องใช้เวลานานในการรักษา ทั้งยังอาจทำให้ฟันที่เหลือนอยู่มีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวลดลง รายงานนี้กล่าวถึงผู้ป่วยหนึ่งรายที่มีฟันคุดในฟันกรามแท้ล่างซี่ที่สองซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนำฟันคุดออก เพื่อให้ฟันกรามแท้ล่างซี่ที่สามขึ้นมาแทนที่และได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

(ว ทันต จุฬาฯ 2550;30:51-60)

คำสำคัญ: ฟันคุด; ฟันกรามแท้ล่างซี่ที่สอง; ฟันกรามแท้ล่างซี่ที่สาม

บทนำ

ฟันคุด (impacted tooth) คือ ฟันที่ไม่สามารถขึ้นได้ตามปกติในช่องปาก อาจจะไม่ขึ้นมาได้เพียงบางส่วนหรือฝังอยู่ในกระดูกขากรรไกรทั้งซี่¹⁻³ และฟันซี่ที่พบว่าเป็นฟันคุดบ่อยที่สุดคือ ฟันกรามล่างซี่ที่สาม ฟันกรามบนซี่ที่สาม และฟันเขี้ยวบน ตามลำดับ ส่วนฟันกรามล่างซี่ที่สองพบได้น้อย^{4,5} สาเหตุของการที่ฟันกรามขึ้นสู่ช่องปากไม่ได้ที่พบบ่อย มักเกิดจากการมีขนาดของขากรรไกรไม่สมดุลกับขนาดของฟัน ทำให้เกิดฟันซ้อนเก¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในฟันกรามล่างซี่ที่สอง⁶ ส่วนในฟันกรามบนมักเกิดจากฟันอยู่ผิดตำแหน่ง (ectopic eruption) หรืออาจเกิดจากสิ่งกีดขวางทางกายภาพในแนวที่ฟันจะขึ้น เช่น ฟันเกิน เนื้ออก ถุงน้ำ และปัจจัยอื่น ๆ ที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน³ ซึ่งมีหลายการศึกษาที่เชื่อว่าน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการขึ้นของฟันซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความซับซ้อนและมักมีพันธุกรรมเป็นตัวควบคุม ดังนั้นเมื่อมีปัญหากระทบต่อขบวนการขึ้นของฟันเพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดการหยุดชะงักหรือหยุดขึ้นของฟัน⁷ ในปัจจุบันสมมุติฐานที่ได้รับความนิยมคือ ทฤษฎีของถุงหุ้มหน่อฟัน (dental follicle theory) ซึ่งถุงหุ้มหน่อฟันนี้เป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมการละลายของกระดูกในบริเวณที่ฟันจะขึ้นสู่ช่องปากและควบคุมให้มีการสร้างกระดูกขึ้นมาทดแทนได้รากฟัน^{3,8} ในอดีตเคยเชื่อในทฤษฎีเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของรากฟันและเอ็นยึดปริทันต์ แต่ในปัจจุบันเราพบว่าฟันบางซี่สามารถขึ้นสู่ช่องปากได้โดยยังไม่มีรากฟันและเอ็นยึดปริทันต์^{3,8} ทฤษฎีนี้จึงได้รับความนิยมน้อยลง แต่ก็ยังมีความสำคัญอยู่เนื่องจากเราพบความสัมพันธ์ระหว่างการขึ้นของฟันเข้าสู่ช่องปากกับระยะในการพัฒนาของรากฟันในขณะนั้นคือ ฟันส่วนมากที่ขึ้นสู่ช่องปากมักจะมีการสร้างรากประมาณ 3 ใน 4 ของความยาวรากทั้งหมด ส่วนฟันกรามล่างซี่ที่หนึ่งและฟันหน้าตัดกลางมักมีการสร้างรากประมาณ 1 ใน 2 ของความยาวรากฟัน⁹ อุบัติการณ์ของฟันกรามซี่ที่สองที่ไม่สามารถขึ้นสู่ช่องปากพบได้ไม่บ่อย⁷ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹⁰ พบในฟันล่างมากกว่าฟันบน³ และมีความชุกในการขึ้นสู่ช่องปากไม่ได้ของฟันกรามซี่ที่สองเพียงร้อยละ 0.06 ของประชากร⁵

การขึ้นสู่ช่องปากไม่ได้ของฟันกราม

การขึ้นสู่ช่องปากไม่ได้ของฟันกรามมี 3 ลักษณะคือ

1. การคุด (impaction) คือ การหยุดขึ้นของฟันเนื่องจากมีสิ่งกีดขวางทางกายภาพในบริเวณที่ฟันจะขึ้นซึ่งเห็นได้จากการตรวจทางคลินิกและจากภาพรังสี หรืออาจเกิดจากฟันมีทิศทางในการขึ้นที่ผิดปกติ^{3,7,11} ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการจัดเรียงตัวของหน่อฟันที่ผิดปกติ^{2,12,13} ถ้าการคุดเกิดขึ้นก่อนที่ฟันจะขึ้นสู่ช่องปากจะเห็นจากภาพรังสีว่าฟันคุดมีแนวแกนฟัน (long axis) ทำมุมกับฟันข้างเคียงและไม่ขนานกับแนวการขึ้นของฟันปกติ^{3,5} การเกิดฟันคุดในฟันกรามซี่ที่สองมักเกี่ยวข้องกับการมีความยาวของขากรรไกรไม่เพียงพอต่อการขึ้นของฟัน³ ซึ่งพบได้ในขากรรไกรล่างมากกว่าขากรรไกรบน⁶ ลักษณะทางคลินิกที่พบบ่อยคือ ฝาเหือกฟันอักเสบ (pericoronitis) เกิดจากถุงหุ้มฟันคุดที่เข้าสู่ช่องปากเกิดการติดเชื้อ ในรายที่ร้ายแรงอาจมีการเปลี่ยนแปลงของถุงหุ้มฟันไปเป็นถุงน้ำหรือเนื้องอก นอกจากนี้ยังอาจพบฟันคุดไปเบียดฟันข้างเคียงจนเกิดการละลายของรากฟัน หรือไปทำให้ฟันข้างเคียงผุเนื่องจากบริเวณฟันคุดมักมีเศษอาหารไปติดและทำความสะอาดได้ยาก^{1,12}

2. การยึดติดแบบปฐมภูมิ (primary retention) เป็นการหยุดขึ้นของฟันก่อนที่จะขึ้นสู่ช่องปากโดยปราศจากสิ่งกีดขวางทางกายภาพในบริเวณที่ฟันจะขึ้นและไม่ได้เกิดจากการอยู่ผิดตำแหน่งของฟัน³ มักมีความหมายใกล้เคียงกับ “การขึ้นไม่ได้ (unerupted)” และ “การฝัง (embedded)”^{1,14} ลักษณะทางคลินิกที่พบบ่อยคือ การที่ฟันขึ้นสู่ช่องปากช้ากว่ากำหนดอย่างน้อย 2 ปี และเมื่อตรวจทางภาพรังสีเพื่อติดตามผล อย่างน้อยทุก 6 เดือนพบว่าฟันไม่มีการเปลี่ยนตำแหน่งไปจากเดิม^{6,11} ซึ่งสาเหตุมักเกิดจากความบกพร่องของขบวนการขึ้นของหน่อฟัน หรืออาจพบได้ในโรคทางระบบที่มีความผิดปกติของการเจริญเติบโต เช่น โรคไคลโดเครเนียล ดิสเพลเซีย (cleidocranial dysplasia) ซึ่งการเกิดการยึดติดแบบปฐมภูมิในโรคนี้เกิดจากการถูกรบกวนในขบวนการละลายของกระดูกรอบ ๆ ฟันโดยไม่มีความผิดปกติของเอ็นยึดปริทันต์^{15,16} ดังนั้นสาเหตุที่แท้จริงของการยึดติดแบบปฐมภูมิน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับถุงหุ้มหน่อฟันถูกรบกวนจนไม่สามารถเริ่มขบวนการในการละลายกระดูกที่คลุมอยู่บนฟัน^{14,17} ฟันชนิดนี้มักมองไม่เห็นทางคลินิกดังนั้นการใช้ภาพรังสีช่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อตรวจแนวการขึ้นของฟันและพิจารณาตำแหน่งของฟันว่าอยู่ในระดับความลึกของขากรรไกรสอดคล้องกับระยะ

ในการสร้างรากฟันหรือไม่ ซึ่งในฟันเหล่านี้มักมีแนวการขึ้นของฟันปกติ แต่ฟันมักมีกระดูกและเยื่อเมือกปกคลุมอยู่ลึกในขากรรไกรโดยไม่สอดคล้องกับการสร้างรากฟันที่เกือบเสร็จสมบูรณ์^{18,19} ในกรณีของฟันกรามล่างถ้าเป็นฟันปกติระยะห่างของตัวฟันกับขอบบนของกระดูกขากรรไกรเมื่อเทียบกับระยะห่างจากปลายรากฟันถึงอินฟีเรีย อัลวิโอลา คาแนล (inferior alveolar canal) ควรจะใกล้เคียงกัน²⁰

3. การยึดติดแบบทุติยภูมิ (secondary retention) คือการหยุดการขึ้นของฟันภายหลังจากที่ฟันขึ้นสู่ช่องปากแล้วโดยปราศจากสิ่งกีดขวางทางกายภาพในบริเวณที่ฟันจะขึ้นและไม่ได้เกิดจากการขึ้นผิดตำแหน่งของฟัน^{21,22} มีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า “ฟันยึดติดกับกระดูก (ankylosis)”^{3,6} ส่วนสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัดแต่มีการศึกษาว่าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ฟันยึดติดกับกระดูก^{12,23} ซึ่งมีสาเหตุจากการได้รับการกระทบกระเทือน (trauma) การติดเชื้อ (infection) หรือเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรม^{3,23} ลักษณะทางคลินิกจะพบว่าฟันอยู่ต่ำกว่าระนาบการสบฟันปกติ (infraocclusion) ซึ่งทำให้เกิดการล้มเอียงของฟันข้างเคียงและฟันคู่สบยื่นเข้ามาในบริเวณดังกล่าว^{24,25} นอกจากนี้ยังพบมีบางกรณีที่ฟันขึ้นมากในช่องปากแล้วหยุดและมีเหงือกงอกกลับมากคลุมฟันอีกครั้งทำให้เราวินิจฉัยผิดเป็นการยึดติดแบบปฐมภูมิซึ่งมีผลให้การวางแผนการรักษาไม่ถูกต้อง เราสามารถวินิจฉัยแยกได้โดยพิจารณาจากรอยลึกของฟัน รอยบุบนตัวฟัน และวัสดุอุดบนตัวฟัน ซึ่งถ้าพบเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งก็แสดงว่าฟันขึ้นนี้เคยขึ้นมาอยู่ในช่องปากมาก่อนแล้วจึงหยุดขึ้น^{3,6} จากการตรวจโดยภาพรังสีจะพบการตีบตันของช่องเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligamental space) และอาจพบการละลายของผิวรากฟันร่วม¹⁷ แต่บางกรณีก็ไม่สามารถมองเห็นได้ถ้าการอุดตันนี้เกิดทางด้านแก้มและด้านหลังหรือด้านข้างของรากฟันเพียงเล็กน้อย²⁵ ดังนั้นการตรวจทางคลินิกหรือการตรวจทางภาพรังสีอาจใช้ไม่ได้เสมอไป แต่ในกรณีที่มีลักษณะทางคลินิกน่าสงสัยสามารถใช้ภาพรังสีช่วยประกอบการวินิจฉัยได้¹⁷

การวางแผนการรักษา

การวางแผนการรักษาขึ้นอยู่กับลักษณะที่ฟันขึ้นสู่ช่องปากไม่ได้ดังนี้¹⁷

1. กรณีฟันคุด การรักษาขึ้นกับสาเหตุ ได้แก่ ถ้ามีสิ่งกีดขวางในบริเวณที่ฟันจะขึ้นให้รีบกำจัดสิ่งกีดขวางออกให้เร็วที่สุดก็จะสามารถเพิ่มโอกาสในการขึ้นสู่ช่องปากของฟันได้เอง^{3,7,19} ถ้าฟันกรามซี่ที่สามกีดขวางการขึ้นของฟันกรามซี่ที่สองมีการศึกษาแนะนำให้นำฟันซี่ที่สามออกตอนอายุ 11-14 ปี และเฝ้าติดตามการขึ้นของฟันกรามซี่ที่สองซึ่งมีโอกาสจะขึ้นเองได้^{26,27} ถ้าเกิดจากการมีที่ว่างไม่เพียงพอที่จะให้ฟันขึ้นก็อาจจำเป็นต้องหาช่องว่างเพิ่มโดยการจัดฟันหรือถอนฟันร่วมกับการจัดฟัน⁷ แต่ถ้าฟันคุดเกิดจากการขึ้นผิดตำแหน่งของหน่อฟันอาจมีการรักษาได้หลายวิธี เช่น การผ่าตัดเปิดฟัน (surgical exposure) การผ่าตัดเพื่อจัดฟันเข้าคืนที่ (surgical reposition) การนำฟันของผู้ป่วยเองมาปลูกถ่าย (autotransplantation) และการผ่าตัดนำฟันออก (surgical removal)^{7,19}

2. การรักษาฟันยึดติดแบบปฐมภูมิ มักมีความยุ่งยากและทำลายมาก ขึ้นกับว่ามีความผิดปกติของเอ็นยึดปริทันต์ร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าไม่มีความผิดปกติของเอ็นยึดปริทันต์ก็อาจใช้การผ่าตัดเปิดฟันร่วมกับการจัดฟันเพื่อดึงฟันเข้าสู่ช่องปาก^{23,28} แต่ในกรณีที่รากฟันยังสร้างไม่สมบูรณ์การผ่าตัดเปิดฟันร่วมกับการติดตามผลเป็นระยะๆ มักมีโอกาที่ฟันขึ้นจะขึ้นสู่ช่องปากได้เอง ส่วนในกรณีที่รากฟันโค้งงอหรือมีความผิดปกติของเอ็นยึดปริทันต์ ฟันเหล่านี้ไม่สามารถที่จะขึ้นเองได้เลยจึงอาจจำเป็นต้องใช้การทำให้ฟันเคลื่อน (luxation) ร่วมกับการผ่าตัดเปิดฟันเพื่อกระตุ้นให้ฟันขึ้นได้เอง^{11,25,29} ในฟันที่มีความผิดปกติของเอ็นยึดปริทันต์โดยเฉพาะฟันยึดติดกับกระดูก การจัดฟันเพื่อดึงฟันให้ขึ้นสู่ช่องปากไม่ควรทำเนื่องจากฟันชนิดนี้จะเป็นหลักยึด (anchorage) ที่ดีทำให้ฟันซี่อื่น ๆ ในช่องปากถูกกดจมลงไปในขากรรไกรแทน^{17,30} จึงอาจใช้การผ่าตัดเพื่อจัดฟันเข้าคืนที่ โดยในขณะที่ทำจะต้องระวังไม่ให้เอ็นปริทันต์ถูกรบกวน¹⁷ ถ้าวิธีเหล่านี้ไม่ได้ผลอาจจำเป็นต้องถอนฟันและใส่ฟันปลอมทดแทน^{7,19}

3. การรักษาฟันยึดติดแบบทุติยภูมิ การรักษาฟันชนิดนี้ขึ้นกับอายุของผู้ป่วย ความรุนแรงของการที่ฟันอยู่ต่ำกว่าระนาบการสบฟัน และการสบฟันที่ผิดปกติว่ามีเล็กน้อยเพียงใด การที่ฟันชนิดนี้จะขึ้นสู่ช่องปากได้เองมีโอกาสน้อยมาก²² อีกทั้งการจัดฟันเพื่อเคลื่อนฟันชนิดนี้ก็ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากความผิดปกติของเอ็นยึดปริทันต์³⁰ ดังนั้นถ้าฟันชนิดนี้เกิดขึ้นก่อนที่จะมีภาวะการเจริญอย่างรวดเร็ว (growth spurt)

ให้ถอนฟันที่ยึดติดร่วมกับการจัดฟันเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด แต่ถ้าฟันชนิดนี้เกิดในช่วงระหว่างภาวะการเจริญอย่างรวดเร็วจนให้ฟันงอกเป็นระยะทุก ๆ 6 เดือน ถ้าฟันนี้เกิดหลังภาวะการเจริญอย่างรวดเร็วและการรักษาวิธีอื่น ๆ ไม่ได้ผลจึงจำเป็นต้องถอนฟัน แล้วพิจารณาใส่ฟันหรือนำฟันกรามซี่ที่สามของผู้ป่วยเองมาปลูกแทน^{7,19,31,32}

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะนำเสนอการตรวจวินิจฉัยการขึ้นไม่ได้ของฟันกรามแท้ซี่ที่สองทั้งทางคลินิกและภาพรังสี รวมถึงวิธีการรักษาและการติดตามผลจนได้รับผลเป็นที่น่าพอใจ

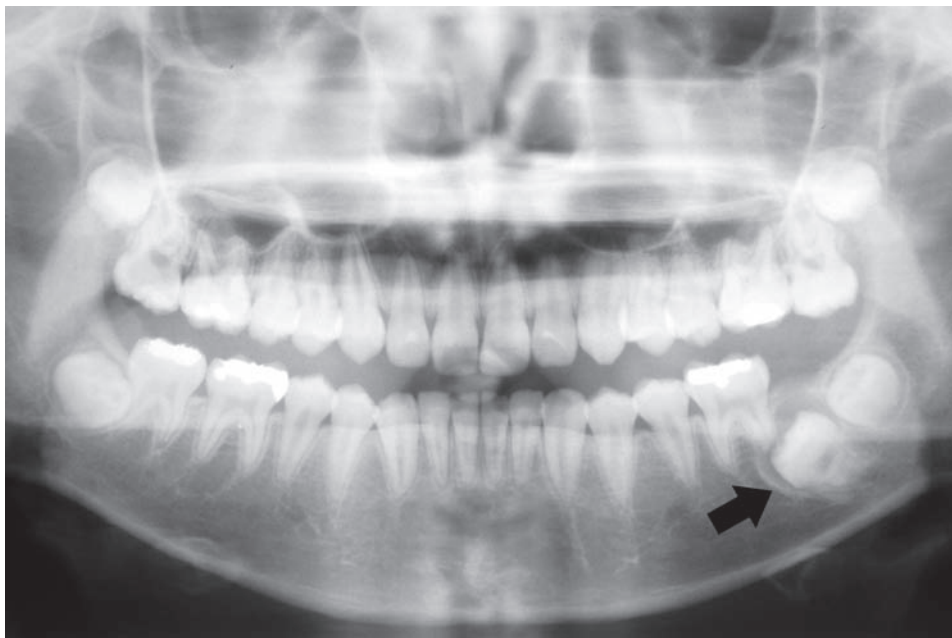
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 12 ปี สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และไม่พบประวัติการแพ้ยา มาที่คลินิกเพื่อตรวจสุขภาพฟันประจำปี และไม่มีปัญหาทางทันตกรรม

การตรวจทางคลินิกในช่องปาก : พบหินน้ำลายเล็กน้อย บริเวณฟันหน้าล่างด้านลิ้น ไม่พบฟันผุ ฟันกรามแท้ซี่ที่สอง

ขึ้นสู่ช่องปากอย่างเต็มที่ ยกเว้นฟัน #37 (ฟันกรามแท้ซี่ที่สอง) ตรวจไม่พบในช่องปาก และเหงือกในบริเวณนั้นมีลักษณะปกติไม่พบการอักเสบหรือลักษณะบ่งบอกว่าฟันกำลังจะขึ้น ทำการซักประวัติเพิ่มเติมจากผู้ปกครอง พบว่าไม่มีบุคคลใดในครอบครัวที่มีฟันขึ้นซ้ำ หรือมีฟันคุดนอกจากฟันคุดในฟันกรามซี่ที่สาม ผู้ป่วยมีฟันน้ำนมขึ้นและหลุดตามปกติ ทั้งยังไม่พบประวัติว่าได้รับการกระทบกระเทือนหรือติดเชื้อในบริเวณนี้มาก่อน

การตรวจทางรังสี : จากภาพรังสีไบทิง (bitewing) ตรวจไม่พบฟันผุทางด้านประชิดฟัน และไม่พบฟัน #37 จากถ่ายภาพรังสีพานอรามิก (panoramic radiograph) พบว่าฟัน #37 อยู่ลึกและมีแนวแกนฟันเอียงมาทางด้านใกล้กลาง (mesial inclination) และติดกับปลายรากด้านไกลกลาง (distal root) ของฟัน #36 (ฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่ง) การสร้างรากของฟัน #37 เกือบเสร็จสมบูรณ์ และพบว่าการสร้างตัวฟันของฟันกรามแท้ซี่ที่สามทั้ง 4 ซี่ อยู่ในระยะที่ตัวฟันสมบูรณ์ใกล้เคียงกัน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ภาพรังสีพานอรามิกแสดงให้เห็นฟัน #37 อยู่ผิดตำแหน่งและคุดอยู่ลึกใต้รากฟัน #36 (ลูกศร)

Fig. 1 Panoramic radiograph presents inferiorly displaced and impacted tooth #37 under the root of #36 (arrow).



รูปที่ 3 ฟัน #38 สามารถขึ้นมาแทนที่ฟัน #37 อย่างเหมาะสมภายในระยะเวลา 3 ปี

Fig. 3 Tooth #38 can replace #37 in proper position within three years.



รูปที่ 4 ฟัน #38 สามารถสบกับฟัน #27 ได้ในตำแหน่งที่เหมาะสม

Fig. 4 Tooth #38 occludes with #27 in the proper position.



รูปที่ 5 ภาพรังสีฟันออรามิก แสดงการขึ้นแทนที่ของฟัน #38 ภายในระยะเวลา 3 ปี

Fig. 5 Panoramic radiograph presents the replacement of # 38 within three years.

วิจารณ์

การตรวจทางคลินิกในผู้ป่วยชายรายนี้ตรวจไม่พบฟัน #37 ในช่องปาก ในขณะที่ฟันกรามซี่ที่สองซี่อื่นๆ ขึ้นสู่ช่องปากอย่างสมบูรณ์และอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เมื่อตรวจเพิ่มทางรังสีโดยใช้ภาพรังสีพานอรามิกพบว่าฟัน #37 มีแนวแกนฟันเอียงมาทางด้านใกล้กลาง และติดอยู่ลึกใต้รากฟันด้านไกลของฟัน #36 ทำให้ไม่สามารถงอกขึ้นสู่ช่องปากได้ จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นฟันคุด³ ซึ่งการเกิดฟันคุดในฟันกรามแท้ล่างซี่ที่สองพบได้น้อย เมื่อเทียบกับฟันกรามแท้ซี่อื่นๆ และมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹⁰ โดยสาเหตุส่วนมากมักเกิดจากการมีความยาวของขากรรไกรไม่เพียงพอ (arch length deficiency) ซึ่งมักพบเป็นสาเหตุในขากรรไกรล่างมากกว่าขากรรไกรบน⁶ นอกจากนี้ยังอาจมีสาเหตุมาจากการที่หน่อฟันอยู่ผิดตำแหน่งซึ่งมักพบในขากรรไกรบนมากกว่า^{6,18} และเมื่อพิจารณาจากรากฟัน #37 พบว่ามีการสร้างรากเกือบเสร็จสมบูรณ์คือประมาณ 3 ใน 4 ของความยาวรากฟันซึ่งฟันปกติในขณะนี้ควรจะงอกขึ้นสู่ช่องปากแล้ว³³ จากการซักประวัติไม่พบว่าเคยได้รับการกระทบกระเทือนหรือติดเชื้อมาก่อนและไม่มีคนใดในครอบครัวที่มีฟันซี่นี้คุด ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้สาเหตุน่าจะเกิดจากหน่อฟัน #37 อยู่ผิดตำแหน่ง^{6,18} โดยไปอยู่ใต้รากฟัน #36 ทำให้ไม่สามารถงอกขึ้นสู่ช่องปากได้เอง ดังนั้นในการวางแผนการรักษาจำเป็นต้องมีการปรึกษาร่วมกันระหว่าง ทันตแพทย์สำหรับเด็ก ทันตแพทย์จัดฟัน และ ศัลยแพทย์ช่องปากเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด เนื่องจากการรักษาฟันคุดในฟันกรามซี่ที่สองมีทางเลือกในการรักษาได้หลายวิธีและอาจต้องใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกันได้แก่ การผ่าตัดเพื่อจัดฟันเข้าคืนที่ การถอนฟันกรามแท้ซี่ที่สองและให้ฟันกรามซี่ที่สามขึ้นมาแทนที่ และการปลูกถ่ายฟันกรามแท้ซี่ที่สามแทนที่ฟันกรามแท้ซี่ที่สอง⁶ เป็นต้น เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าระดับความลึกของฟันคุดในขากรรไกรและแนวแกนฟันของฟันคุดมีผลในการทำนายความสำเร็จในการรักษา น้อยกว่าระยะในการสร้างรากของฟันคุด^{6,19} กล่าวคือ ถ้าฟันคุดอยู่ในระยะต้นๆ ของการสร้างรากถึงจะมีแนวแกนฟันเอียงมากและอยู่ลึกในขากรรไกรก็ยังมีโอกาสเก็บฟันซี่ที่คุดไว้ได้มากกว่าฟันคุดที่มีการสร้างรากเกือบสมบูรณ์หรือสมบูรณ์แล้ว แต่ทั้งนี้ต้องไม่มีสิ่งกีดขวางในแนวที่ฟันจะขึ้น^{11,19} ส่วนในกรณีที่มีระยะการสร้างรากใกล้เคียงกัน Wellfelt และ Varpio

รายงานว่ามีแนวแกนฟันเอียงทางด้านใกล้กลางจะมีโอกาสงอกขึ้นสู่ช่องปากได้เองมากกว่าฟันที่เอียงไปทางด้านไกลกลาง (distal inclination)³⁴ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การจะรักษาโดยพยายามเก็บฟัน #37 ที่มีการสร้างรากฟันเกือบสมบูรณ์ และในแนวการขึ้นของฟัน #37 ยังมีฟัน #36 กีดขวางอยู่จึงไม่เหมาะสมดังนั้นจึงเลือกที่จะผ่าตัดเพื่อถอนฟัน #37 และรอให้ฟัน #38 ขึ้นมาแทนที่ ซึ่งช่วงเวลานี้ก็เป็นช่วงที่เหมาะสมเนื่องจากฟัน #38 มีการสร้างตัวฟันเสร็จสมบูรณ์ มีโอกาสที่จะขึ้นมาแทนที่ฟัน #37 ได้ จากการศึกษาของ Nolla พบว่าถ้าถอนฟันกรามซี่ที่สองในช่วงตั้งแต่ฟันกรามซี่ที่สามมีการสร้างตัวฟันใกล้เสร็จสมบูรณ์จนถึงระยะที่มีการสร้างรากฟันประมาณ 1 ใน 3 ของความยาวราก ก็จะมีโอกาสทำให้ฟันกรามซี่ที่สามสามารถขึ้นมาแทนที่ฟันกรามซี่ที่สองได้อย่างเหมาะสม^{19,33} แต่ถ้าถอนฟันกรามซี่ที่สองก่อนระยะที่กำหนดการขึ้นของฟันกรามซี่ที่สามก็ต้องใช้เวลานานขึ้นทำให้มีความยุ่งยากเพิ่มขึ้นในการควบคุมไม่ให้ฟันคู่สบยื่นเข้ามาในช่องว่าง แต่ถ้าถอนฟันช้ากว่าระยะที่กำหนดก็มีโอกาสที่ฟันกรามซี่ที่สามจะไม่สามารถแทนที่ฟันกรามซี่ที่สองได้พอดีและอาจต้องใช้การจัดฟันร่วม^{19,32} ในผู้ป่วยรายนี้ภายหลังการทำกรผ่าตัดถอนฟันคุดไปแล้วได้มีการเฝ้าติดตามการขึ้นของฟันกรามซี่ที่สามเป็นระยะทุกๆ 6 เดือนจนกระทั่งฟันกรามซี่ที่สามขึ้นมาแทนที่ฟันกรามซี่ที่สองได้พอดี อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและสามารถสบกับฟันกรามแท้บนซี่ที่สองได้พอดีซึ่งถือว่าการรักษานี้ให้ผลเป็นที่น่าพอใจ

สรุป

การรักษาฟันคุดในฟันกรามแท้ล่างซี่ที่สองโดยวิธีผ่าตัดเพื่อถอนฟันคุดและรอให้ฟันกรามแท้ซี่ที่สามขึ้นมาแทนที่จะใช้เมื่อการผ่าตัดวิธีอื่นๆ รวมทั้งการรักษาโดยการจัดฟันเพื่อเก็บรักษาฟันกรามแท้ซี่ที่สองไว้ไม่สามารถทำได้หรือทำแล้วจะได้ผลไม่ดี โดยต้องคำนึงช่วงเวลาที่เหมาะสมในการถอนฟันกรามแท้ซี่ที่สองซึ่งต้องสอดคล้องกับระยะการสร้างฟันของฟันกรามซี่ที่สามที่อยู่ในช่วงตั้งแต่สร้างตัวฟันเกือบเสร็จสมบูรณ์จนถึงระยะที่มีการสร้างรากประมาณ 1 ใน 3 ของความยาวรากทั้งหมดจึงจะทำให้ฟันกรามแท้ซี่ที่สามมีโอกาสขึ้นมาแทนที่ในตำแหน่งที่เหมาะสมที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1983:66-9.
2. Regezi JA, Sciubba JJ. Oral pathology. Clinical pathology correlations. Philadelphia: WB Saunders, 1989:469-71.
3. Raghoobar GM, Boering G, Vissink A, Stegenga B. Eruption disturbances of permanent molars: a review. J Oral Pathol Med. 1991;20:159-66.
4. Baccetti T. Tooth anomalies associated with failure of eruption of first and second permanent molars. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2000;118:608-10.
5. Grover PS, Lorton L. The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1985;59:420-5.
6. Jonhson JV, Quirk GP. Surgical repositioning of impacted mandibular second molar teeth. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1987;91:242-51.
7. Andreasen JO, Petersen K, Laskin DM. Normal and disturbed tooth eruptions in humans. Textbook and color atlas of tooth impactions. Copenhagen: Munksgaard, 1997:49-64.
8. Ten Cate AR. Oral histology: development, structure, and function. 3rd ed. St Louis: CV Mosby, 1989:275-98.
9. Cahill DR, Marks SC Jr. Tooth eruption: evidence for the central role of the dental follicle. J Oral Pathol. 1980;9:189-200.
10. Varpio M, Wellfelt B. Disturbed eruption of the lower second molar: clinical appearance, prevalence, and etiology. ASDC J Dent Child. 1988;55:114-8.
11. Skolnick IM. Ankylosis of maxillary first permanent molar. J Am Dent Assoc. 1980;100:558-60.
12. Pindborg JJ. Pathology of the dental hard tissue. Copenhagen: Munksgaard, 1970:225-55.
13. Watkins JJ, Tucker GJ. An unusual form of impaction of two permanent molars: a case report. J Dent. 1977;5:215-8.
14. Farman AG, Eloff J, Nortje CJ, Joubert JJV. Clinical absence of the first and second permanent molars. Br J Orthod. 1978;5:93-7.
15. Jensen BL, Kreiborg S. Development of the dentition in cleidocranial dysplasia. J Oral Pathol Med. 1990;19:89-93.
16. Chapnick LA, Main JH. Cementum in cleidocranial dysostosis. Dent J. 1976;42:139-42.
17. Oliver RG, Richmond S, Hunter B. Submerged permanent molar: four case reports. Br Dent J. 1986;160:128-30.
18. Proffit WR, Vig KW. Primary failure of eruption: a possible cause of posterior open bite. Am J Orthod. 1981;80:173-90.
19. Valmaseda-Castellon E, De-la-Rosa-Gray C, Gay-Escoda C. Eruption disturbances of first and second permanent molars: results of treatment in 43 cases. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1999;116:651-8.
20. Darling AI, Levers BG. The pattern of eruption of some human teeth. Arch Oral Biol. 1975;20:89-96.
21. Raghoobar GM, Boering G, Jansen HW, Vissink A. Secondary retention of permanent molars: histologic study. J Oral Pathol Med. 1989;18:427-31.
22. Raghoobar GM, Van Koldam WA, Boering G. Spontaneous reeruption of secondarily retained permanent molar and an unusual migration of a lower third molar. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1990;97:82-4.
23. Kurol J. Impacted and ankylosed teeth: why, when and how to intervene. Am J Orthod Dentofacial Orthod. 2006;129:S86-90.

24. Andersson L, Blomlof L, Lindskog S, Feiglin B, Hammarstrom L. Tooth ankylosis: clinical, radiographic and histological assessments. *Int J Oral Surg.* 1984;13:423-31.
25. Neville BW, Douglass D, Allen CM, Bouqot JE. Abnormalities of the teeth. *Oral and maxillofacial pathology.* 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 2002:49-106.
26. Nagpal A, Sharma G, Sarkar A, Pai KM. Eruption disturbances: an aetiological-cum-management perspective. *Dentomaxillofac Radiol.* 2005;34: 59-63.
27. Ranta R. Impacted maxillary second permanent molars. *ASDC J Dent Child.* 1985;52:48-51.
28. Goho C. Delay eruption due to overlying fibrous connective tissue. *ASDC J Dent Child.* 1987;54: 359-60.
29. Kaban LB, Needleman HL, Hertzberg J. Idiopathic failure of eruption of permanent teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976;42:155-63.
30. Pytlik W. Primary failure of eruption: a case report. *Int Dent J.* 1991;41:274 -8.
31. Raghoebar GM, Boering G, Booy K, Vissink A. Treatment of the retained permanent molar. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990;48:1033-8.
32. Van der linden FPGM. Problems and procedures in dentofacial orthopedics. Chicago: Quintessence, 1990:297-307.
33. Nolla CM. The development of permanent teeth. *ASDC J Dent Child.* 1960;27:254 -66.
34. Wellfelt B, Varpio M. Disturbed eruption of the permanent lower second molar: treatment and results. *ASDC J Dent Child.* 1988;55:183-9.

Impacted tooth in lower permanent second molar : a case report

Niramol Jaisue D.D.S. (Hons), Grad. Dip. in Clin. Sc (Pedodontics),
Thai Board (Pedodontics)

Department of Dental Hospital, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

Abstract

Impacted lower permanent second molars do not occur frequently. When they do occur, they can present a serious treatment problem. It is essential to diagnose and treat as early as possible because treatment at a later stage is usually more complicated as the longer time tends to increase malocclusion and subsequently reduces efficiency in occlusion of remaining dentition. This case mentions one patient who had impacted lower permanent second molar and was treated with surgical removal of the impacted tooth, thus allowing the lower permanent third molar to erupt. The result was satisfactory.

(CU Dent J. 2007;30:51-60)

Key words: *impacted tooth; lower permanent second molar; lower permanent third molar*
