

ถุงน้ำเนโซแพลาทีนดักท์ : รายงานผู้ป่วย 2 ราย Nasopalatine Duct Cyst : Report of 2 Cases

อนันต์ พงศ์สุวารีกุล¹, วัชรภรณ์ ทศพร²

¹ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก ²ภาควิชาทันตวิทยา-พยาธิวิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Anan Phongsuvareeyakul¹, Wacharaporn Thosaporn²

¹Department of Oral Surgery, ²Department of Odontology and Oral Pathology, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

ชม.ทันตสาร 2547; 25(1-2) : 65-72

CM Dent J 2004; 25(1-2) : 65-72

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยถุงน้ำเนโซแพลาทีนดักท์ จำนวน 2 ราย รายแรกเป็นชายไทยอายุ 38 ปี มีอาการปวดฟันติดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้าย ที่ตัวฟันหักจากอุบัติเหตุและพบถุงน้ำบริเวณเพดานด้านหน้าโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี รายที่สองเป็นหญิงไทยอายุ 36 ปี มาตรวจเนื่องจากเคยมีอาการปวด บวม ที่เหงือกด้านเพดานด้านหน้าเมื่อ 2 เดือนก่อน ภาพถ่ายรังสีทั้ง 2 ราย แสดงเงาโปร่งรังสี ขอบเขตชัดเจนล้อมรอบด้วยเส้นสีขาวอยู่บริเวณปลายรากฟันติดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายและขวา ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา เป็นถุงน้ำเนโซแพลาทีนดักท์ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาด้วยการควักถุงน้ำออกโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ ถุงน้ำไม่กลับเป็นขึ้นอีกหลังการรักษา นอกจากนี้บทความนี้ยังได้ทบทวนถึงสาเหตุการเกิด ลักษณะทางคลินิก ลักษณะทางภาพรังสี ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา และการรักษาถุงน้ำชนิดนี้

คำไชรหัส : ถุงน้ำเนโซแพลาทีนดักท์ อินไซสิฟคาแนล

Abstract

Two cases of nasopalatine duct cyst were presented in the report. The first patient had toothache from previous accidental fractured crown of 22, which was not associated with the cyst at the anterior palate accidentally found from radiography. The second patient came with the history of pain and swelling at the anterior hard palate 2 months ago. Radiographically, both cases showed a well-defined radiolucent lesion with white line border at the root apex of 11 and 21. The histopathologic diagnosis was nasopalatine duct cyst. Both patients were treated by enucleation under local anesthesia. The cysts did not recur after treatment. Furthermore, the causes, clinical features, radiographic features, histopathologic features, and treatment of the cysts were also reviewed.

Keywords : nasopalatine duct cyst, incisive canal

บทนำ

ถุงน้ำเนโซแพลาทีนดักท์ (nasopalatine duct cyst) หรือถุงน้ำอินไซลิฟคาแนล (incisive canal cyst) เป็นถุงน้ำที่เกิดอยู่ในอินไซลิฟคาแนล (incisive canal) จัดเป็นถุงน้ำที่ไม่ได้เกิดจากเนื้อเยื่อฟัน (non odontogenic cyst) ที่พบได้บ่อยที่สุด โดยพบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากร ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 40-60 ปี และมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽¹⁻³⁾ สาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากเยื่อบุผิว (epithelium) ที่ตกค้างของเนโซแพลาทีนดักท์ ถูกกระตุ้นให้มีการเพิ่มจำนวนจากการบาดเจ็บ (trauma) เช่น จากฟันปลอมหรือการบาดเจ็บ จากการติดเชื้อ หรืออาจเกิดจากการเสื่อมสภาพเป็นถุงน้ำเอง (spontaneous cystic degeneration)⁽³⁻⁵⁾

อินไซลิฟคาแนลเป็นช่องในกระดูกเพดานส่วนหน้าทอดลงมาด้านหน้าจากส่วนพื้นของช่องจมูกทั้ง 2 ข้างของเนซัลเซปตัม (nasal septum) มักเชื่อมเป็นช่องร่วมก่อนเปิดบนกระดูกเพดานที่อินไซลิฟ ฟอราเมน (incisive foramen) หรืออินไซลิฟ ฟอสซา (incisive fossa) ภายในอินไซลิฟคาแนล ประกอบด้วยแขนงของเส้นเลือดแดงเกรทเทอร์แพลาทีน (greater palatine artery) และเส้นเลือดแดงสฟีโนแพลาทีน หรือเนโซแพลาทีน [sphenopalatine or nasopalatine artery] เส้นประสาทเนโซแพลาทีน (nasopalatine nerve) เยื่อบุผิวตกค้างของเนโซแพลาทีนดักท์ [เนโซแพลาทีนดักท์ ร่วมกับจาคอบสัน ออแกน (Jacobson organ) ทำหน้าที่เป็นอวัยวะช่วยในการดมกลิ่นในสัตว์เลื้อยคลานด้วยนม ในมนุษย์มักเสื่อมสภาพ แต่อาจเหลือเยื่อบุผิวตกค้างอยู่]⁽¹⁾

ถุงน้ำที่เกิดจากเยื่อบุผิวที่ตกค้างอยู่นี้หากอยู่นอกอินไซลิฟคาแนล คืออยู่ที่อินไซลิฟพาลิลลา (incisive papilla) จะเรียกว่าถุงน้ำของแพลาทีนพาลิลลา (cyst of the palatine papilla)⁽⁶⁾

ลักษณะทางคลินิก

ส่วนใหญ่จะพบการบวมที่เหงือกบริเวณอินไซลิฟพาลิลลา อาจพบมีของเหลว เหนียวๆ รสเค็มออกมาทางรูเปิดเล็กๆ บริเวณที่บวม บางรายมีอาการปวด หรือพบมีอาการร่วมกัน ผู้ป่วยบางรายอาจไม่พบความผิดปกติใดๆ

แต่พบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี^(2,5) ในรายที่ถุงน้ำมีขนาดใหญ่ อาจพบการบวมที่ส่วนพื้นของช่องจมูก หรือการบวมด้านนอกบริเวณสันเหงือกด้านหน้า⁽⁷⁾

ลักษณะทางภาพรังสี

แสดงเงาโปร่งรังสี (radiolucent lesion) ขอบเขตชัดเจน ล้อมรอบด้วยเส้นสีขาวบางส่วนหรือทั้งหมด บริเวณกึ่งกลางเพดานด้านหน้าหรือระหว่างรากฟันตัดบนซี่กลาง (upper central incisors) รูปร่างกลมหรือรี หากมีการซ้อนทับกับแอนทีเรีย เนซัลสไปน์ (anterior nasal spine) จะเห็นเป็นรูปหัวใจ แลมมินา ดูรา (lamina dura) ของฟันตัดบนซี่กลางมักปกติ บางรายถุงน้ำมีขนาดใหญ่มาก อาจทำให้รากฟันตัดบนซี่กลางถ่างออกหรือเกิดการละลายของรากได้⁽⁸⁾

ลักษณะของภาพรังสีดังกล่าวจะเห็นได้ชัดเจนจากภาพถ่ายรังสีชนิดกัดสบ (occlusal view)

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา

ถุงน้ำอาจบุด้วยเซลล์เยื่อบุผิวชนิดสเตรติไฟด์-สควอมาส์ (stratified squamous epithelium) เซลล์เยื่อบุผิวชนิดซิวโคสเตรติไฟด์ซิลิเอเตดคอลัมน์ (pseudostratified ciliated columnar epithelium) เซลล์เยื่อบุผิวชนิดซิมเพิล คอลัมน์ (simple columnar epithelium) เซลล์เยื่อบุผิวชนิดซิมเพิล คิวบอยด์ (simple cuboidal epithelium) หรือพบมากกว่า 1 ชนิด ชนิดของเซลล์เยื่อบุผิวยังขึ้นอยู่กับตำแหน่งของถุงน้ำ หากถุงน้ำอยู่ใกล้ช่องจมูกจะบุด้วยเซลล์เยื่อบุผิวทางเดินหายใจ คือ เซลล์เยื่อบุผิวชนิดซิวโคสเตรติไฟด์ซิลิเอเตดคอลัมน์ หากถุงน้ำอยู่ค่อนข้างมาทางช่องปากมักจะบุด้วยเซลล์เยื่อบุผิวชนิดซิมเพิล คิวบอยด์ หรือเซลล์เยื่อบุผิวชนิดสเตรติไฟด์สควอมาส์

เนื่องจากถุงน้ำเกิดขึ้นในอินไซลิฟคาแนลภายในผนังของถุงน้ำจะพบเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เส้นประสาท หลอดเลือด รวมทั้งต่อมเมือก (mucous gland) ได้ นอกจากนี้ยังพบเซลล์อักเสบชนิดต่างๆ ได้แก่ ลิมโฟไซต์ (lymphocyte) พลาสมาเซลล์ (plasma cell) ฮิสติโอไซต์ (histocyte) และนิวโทรฟิล (neutrophil) บางรายพบเนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) หรือ กระดูกอ่อน

โปร่งแสง (hyaline cartilage)^(1,5,6) ด้วย

การวินิจฉัยโรคอาศัยลักษณะทางคลินิก ร่วมกับลักษณะทางภาพรังสี และลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา

การรักษาและการพยากรณ์โรค

วิธีรักษาที่ได้ผลดีที่สุดคือการควักออก (enucleation) การพยากรณ์โรคหลังรักษา มีการงอกใหม่ของกระดูกสมบูรณ์ (complete bone regeneration) ภายใน 1-3 ปี บางรายมีการสร้างกระดูกเพียงบางส่วน การกลับเป็นขึ้นอีก (recurrence) พบได้น้อยประมาณ ร้อยละ 2⁽⁵⁾

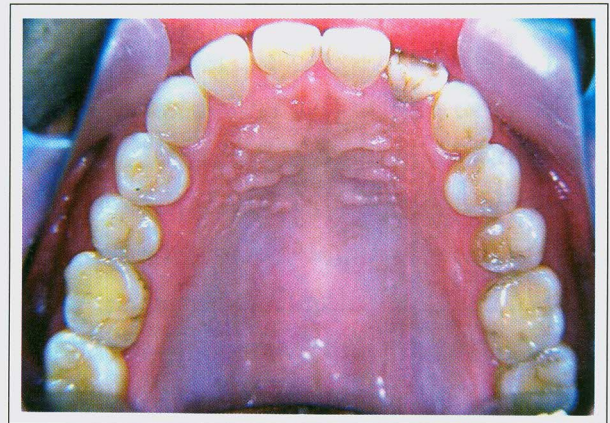
หากพบในผู้ป่วยไร้ฟัน (edentulous) ต้องควักออกก่อนทำฟันปลอมเพราะการระคายเคืองจากฟันปลอมอาจทำให้ถุงน้ำเกิดการติดเชื้อ เนื่องจากเป็นถุงน้ำที่โตช้า หากพบโดยบังเอิญจากการตรวจและผู้ป่วยไม่มีอาการใดหรือมีขนาดเล็กอาจไม่ต้องให้การรักษา แต่ในรายที่ถุงน้ำมีขนาดโตขึ้นเรื่อยๆ หรือมีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร หรือมีอาการ เช่น บวม มีหนองไหลไหลออกมา หรือปวดหรือเพื่อการวิเคราะห์โรคทางจุลพยาธิวิทยา ควรให้การรักษาโดยการควักออก⁽³⁾

รายงานผู้ป่วยรายที่หนึ่ง

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 38 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนา จังหวัดเชียงใหม่ มาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ด้วยอาการปวดฟันตัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้าย ให้ประวัติว่าถูกสายพานกระแทกที่ฟันเมื่อ 10 ปีที่แล้ว ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา

การตรวจทางคลินิก

จากการตรวจในช่องปาก พบว่าตัวฟันตัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้าย หักทะลุโพรงประสาท ฟันเปลี่ยนสี ปวดมาได้ 3 วัน เคาะปวด ฟันโยกเล็กน้อย เหงือกไม่บวม ฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายและขวา และฟันตัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้ายและขวา ไม่มีวัสดุอุด เหงือกปกติ มีหินปูนเล็กน้อย (รูปที่ 1) ผลทดสอบฟันด้วยกระแสไฟฟ้าพบว่าฟันตัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้าย ไม่ตอบสนองต่อการทดสอบ ฟันซี่อื่นตอบสนองปกติ



รูปที่ 1 แสดงเหงือกด้านเพดานลักษณะปกติ และตัวฟันซี่ 22 หัก

Figure 1 Intraoral appearance showing normal palatal tissue and fractured crown of 22.

ลักษณะทางภาพรังสี

จากภาพถ่ายรังสีชนิดรอบปลายรากฟัน (periapical view) พบเงาโปร่งรังสี ขอบเขตไม่ชัดเจน บริเวณปลายรากฟันตัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้าย และยังพบเงาโปร่งรังสีอีกเงาหนึ่งอยู่ระหว่างปลายรากฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายและขวา จึงได้ส่งถ่ายภาพรังสีชนิดกัดสบเพิ่มเติม พบเงาโปร่งรังสีรูปกลมที่มีขอบเขตชัดเจนและมีเส้นสีขาวล้อมรอบขนาด 1.7 x 2.0 เซนติเมตร บริเวณปลายรากฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายและขวาปกติ (รูปที่ 2) ให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่าเงาโปร่งรังสีปลายรากฟันตัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายและขวา เป็นถุงน้ำเนื้องอกที่ทันตแพทย์และเงาโปร่งรังสีปลายรากฟันตัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้ายเป็นแกรนูโลมารอบปลายรากฟัน (periapical granuloma)

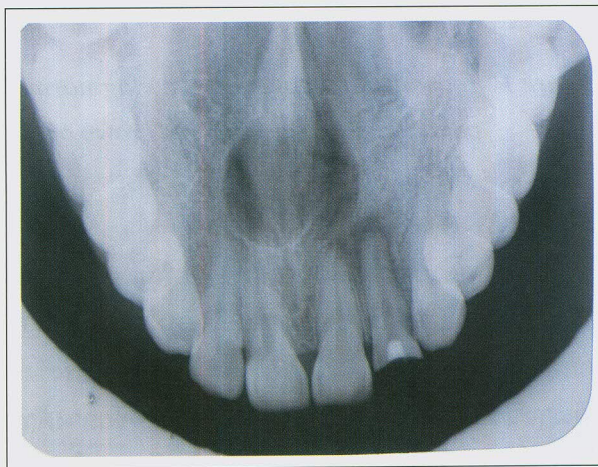
การวางแผนการรักษา

รักษาลงรากฟันตัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้ายก่อน ทำแผ่นอะคริลิกด้านเพดาน (acrylic palatal plate) เตรียมไว้ก่อนผ่าตัดแล้วจึงควักถุงน้ำออกโดยใช้ยาชาเฉพาะที่

การรักษา

ใช้ยาชาเฉพาะที่ฉีดสกัดเส้นประสาทอินไซสลิฟ (incisive nerve block) โดยฉีดเข้าไปในอินไซสลิฟ คาแนล และฉีดเพิ่มเติมบริเวณรอบๆ เปิดแผ่นเหงือก (flap) ตามคอฟัน จาก ฟันกรามน้อยบนแท้ซี่ที่สองด้านขวา ไปยัง

ฟันกรามน้อยบนแท้ซี่ที่สองด้านซ้าย ส่วนของถุงน้ำติดกับด้านในของแผ่นเหงือก เลาะถุงน้ำออกจากกระดูกโดยรอบได้ง่าย ตัดส่วนที่ติดกับแผ่นเหงือกออก ถุงน้ำมีผนังบางและไม่ติดต่อกับรากฟันใด ไม่มีภาวะเลือดออกง่าย หลังควักถุงน้ำออก จากนั้นเย็บแผ่นเหงือกกลับเข้าที่และใส่แผ่นอะคริลิกด้านเพดานที่เตรียมไว้เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดซังใต้แผ่นเหงือก (hematoma) หลังผ่า 1 สัปดาห์ เอาแผ่นอะคริลิกด้านเพดานออกพร้อมตัดไหม พบว่าแผลปกติ ไม่พบอาการผิดปกติใดๆ และไม่มีอาการชาของเหงือกด้านเพดาน

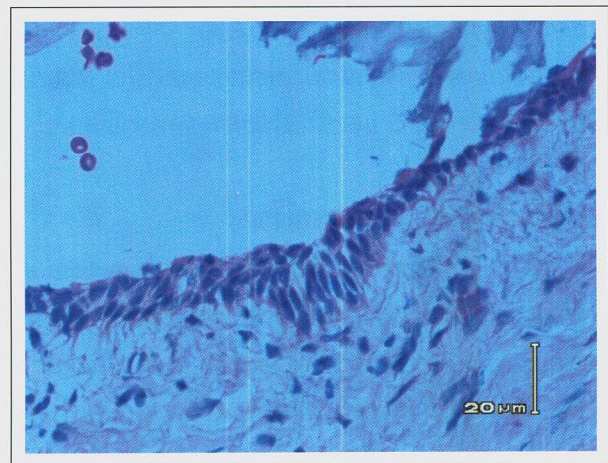


รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสีชนิดกัดสบ แสดงเงาโปร่งรังสีขอบเขตชัดเจนล้อมรอบด้วยเส้นขาวบริเวณปลายรากซี่ 11 และ 21 แลมนินาตุร่าของฟันซี่ 11 และ 21 ปกติ

Figure 2 Occlusal view radiograph showing well defined radiolucent lesion with white line border between root apex of 11 and 21. The lamina dura of 11 and 21 are intact.

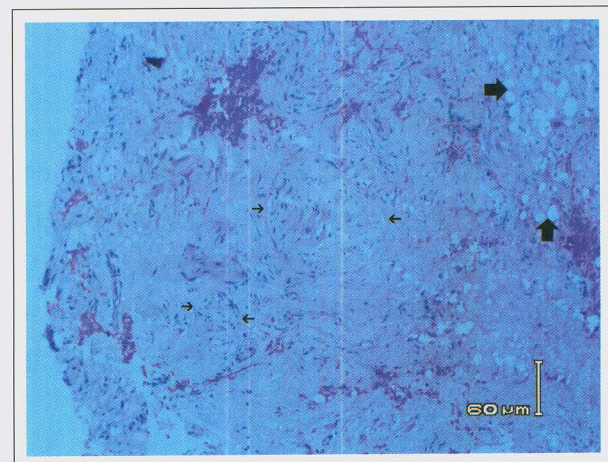
ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา

พบลักษณะถุงน้ำที่บุด้วยเซลล์เยื่อเมือกชนิดซิมเพิล คิวบอยดัล และเซลล์เยื่อเมือกชนิดสเตรติไฟด์สควอมาส (รูปที่ 3 A) ผนังของถุงน้ำประกอบด้วยเส้นใยคอลลาเจนแทรกด้วยเซลล์ไฟโบรบลาสท์ (fibroblast) เส้นประสาทขนาดกลาง หลอดเลือดขนาดเล็ก และเนื้อเยื่อไขมัน (รูปที่ 3 B) ให้การวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาเป็นถุงน้ำเนื้องอก



รูปที่ 3A แสดงลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของถุงน้ำซึ่งบุด้วยเซลล์เยื่อเมือกชนิดซิมเพิล คิวบอยดัล และสเตรติไฟด์สควอมาส (H & E x 400)

Figure 3A Illustrate the histopathological feature of the cyst which is lined by simple cuboidal and stratified squamous epithelium. (H & E x 400)

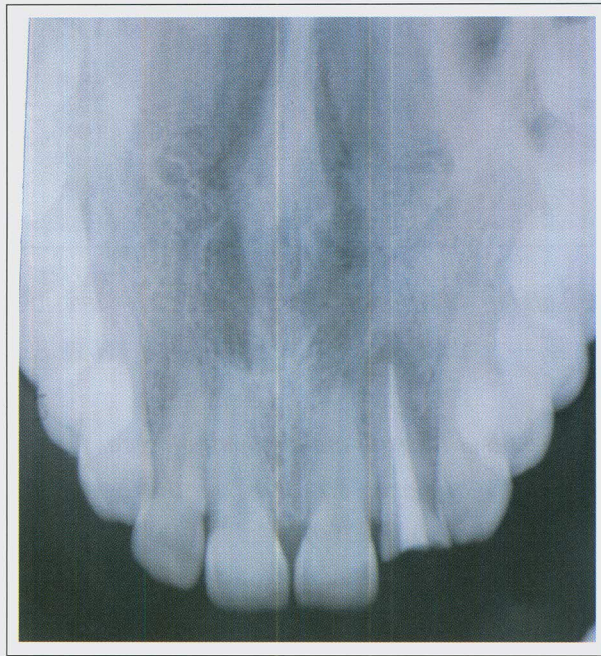


รูปที่ 3B แสดงลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของถุงน้ำซึ่งประกอบด้วยเส้นใยคอลลาเจนแทรกด้วยเซลล์ไฟโบรบลาสท์ เส้นประสาท (ลูกศรเล็ก) และเนื้อเยื่อไขมัน (ลูกศรใหญ่) (H & E x 100)

Figure 3B Illustrate the histopathological feature of the cyst wall which is composed of collagen fiber intermingled by fibroblasts, nerves (small arrow) and adipose tissue. (large arrow) (H & E x 100)

การติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยมาตรวจหลังการรักษา 1 ปี ไม่พบความผิดปกติใด ยังไม่ปรากฏการกลับเป็นขึ้นอีก จากภาพถ่ายรังสีพบมีการงอกใหม่ของกระดูกปกติ (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ภาพถ่ายรังสีชนิดกึ่งสทหลังการรักษาแสดงการงอกใหม่ของกระดูกปกติ

Figure 4 Postoperative occlusal view radiograph showing normal bone regeneration.

รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 36 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดเชียงใหม่ มาตรวจที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เนื่องจากเคยมีอาการปวดและบวมบริเวณเหงือกด้านเพดานด้านหน้าเมื่อ 2 เดือนก่อน ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยาไม่เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณใบหน้าและขากรรไกร

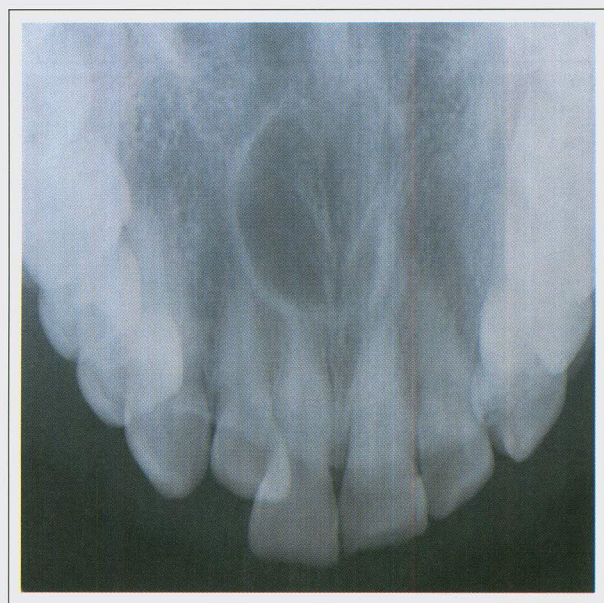
การตรวจทางคลินิก

จากการตรวจในช่องปาก ไม่พบความผิดปกติใดๆ เหงือกด้านเพดานปกติ ไม่บวม ไม่ปวด มีหินปูนเล็กน้อยโดยทั่วไป เหงือกปกติ ฟันดัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายและขวา และฟันดัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้ายและขวาปกติ ไม่มีอาการใด ไม่โยก ไม่ผุ เคาะไม่เจ็บ ไม่มีวัสดุอุด และตอบ

สนองปกติต่อการทดสอบด้วยกระแสไฟฟ้าทุกซี่

ลักษณะทางภาพรังสี

ภาพรังสีชนิดกึ่งสทแสดงเงาโปร่งรังสีรูปไข่ขนาด 1.5 x 2.0 เซนติเมตร บริเวณปลายรากฟันดัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายและขวา ขอบเขตชัดเจน ล้อมรอบด้วยเส้นสีขาวโดยรอบ มีการซ้อนทับกับแอนทีเรีย เนซัลสไปน์และเนซัลเซปต์บางส่วน แลมมินา ดูราของฟันดัดบนแท้ซี่กลางด้านซ้ายและขวา และฟันดัดบนแท้ซี่ข้างด้านซ้ายและขวาปกติ (รูปที่ 5) ให้การวินิจฉัยขั้นต้นเป็นถุงน้ำเนโซพลาซึนดักท์



รูปที่ 5 ภาพถ่ายรังสีชนิดกึ่งสทแสดงเงาโปร่งรังสีขอบเขตชัดเจน ล้อมรอบด้วยเส้นสีขาวบริเวณปลายรากซี่ 11, 21 ซ้อนทับกับแอนทีเรีย เนซัลสไปน์และเนซัลเซปต์บางส่วน แลมมินา ดูราของฟันดัดบนทุกซี่ปกติ

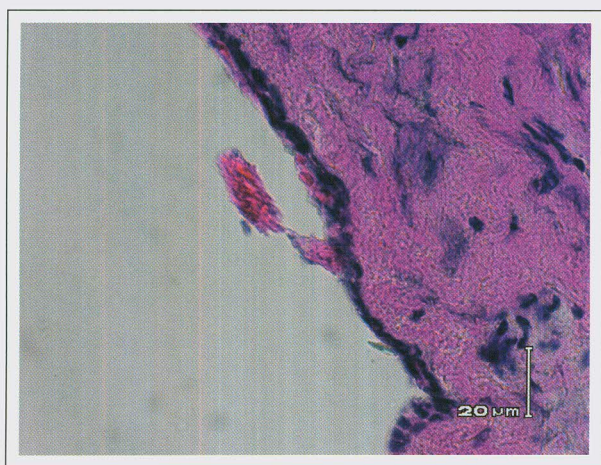
Figure 5 Occlusal view radiograph showing well defined radiolucent lesion with white line border at root apex of 11 and 21, superimposed with anterior nasal spine and nasal septum. The lamina dura of all upper incisors are intact.

การรักษา

ทำการรักษาโดยการควักถุงน้ำออกโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายที่หนึ่ง ถุงน้ำมีผนังบาง ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ไม่มีอาการชาของเหงือกด้านเพดานหลังการรักษา

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา

พบลักษณะถุงน้ำที่บุด้วยเซลล์เยื่อบุผิวชนิดคิวบอยดัล (รูปที่ 6A) ผนังถุงน้ำประกอบด้วยเส้นใยคอลลาเจนแทรกด้วยเส้นประสาทและเซลล์อักเสบเรื้อรัง ซึ่งมีจำนวนไม่มาก (รูปที่ 6B) ให้การวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาเป็นถุงน้ำเนื้องอกที่เนื้องอกที่เนื้องอก

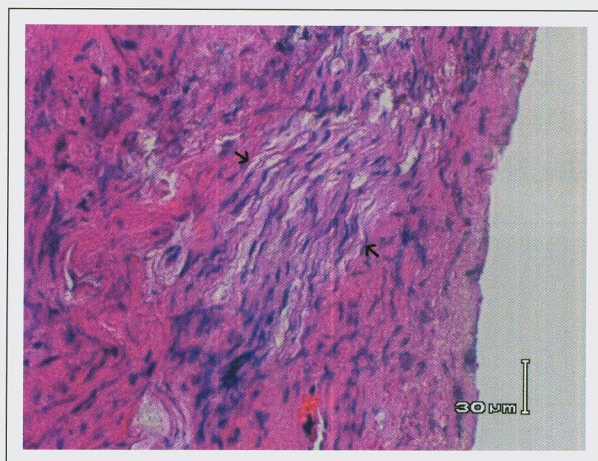


รูปที่ 6A แสดงลักษณะจุลพยาธิวิทยาของถุงน้ำซึ่งบุด้วยเซลล์เยื่อบุผิวชนิดคิวบอยดัล (H & E x 400)

Figure 6A Illustrate the histopathological feature of the cyst which is lined by cuboidal epithelium. (H & E x 400)

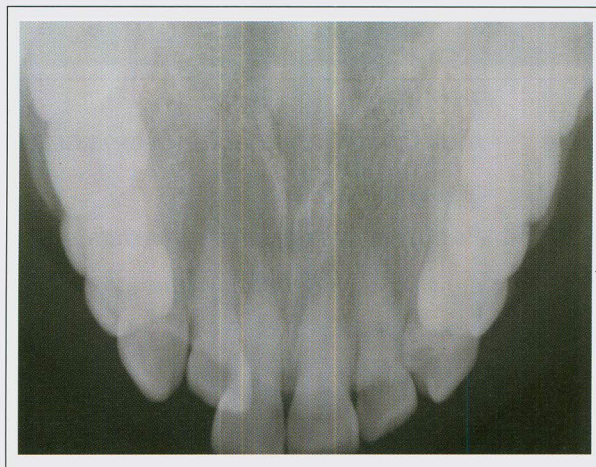
การติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยมาตรวจเป็นระยะทุก 6 เดือน ครั้งหลังสุดหลังการรักษา 2 ปี 4 เดือน ไม่พบความผิดปกติใดๆ ยังไม่ปรากฏการกลับเป็นขึ้นอีก จากภาพถ่ายรังสีพบมีการงอกใหม่ของกระดูกอย่างสมบูรณ์ (รูปที่ 7)



รูปที่ 6B แสดงลักษณะจุลพยาธิวิทยาของโครงสร้างเส้นประสาทที่แทรกในส่วนผนังถุงน้ำ (H & E x 200)

Figure 6B Illustrate the histopathological feature of nerve structure in the cyst wall. (H & E x 200)



รูปที่ 7 ภาพถ่ายรังสีชนิดกัดสบหลังการรักษา แสดงการงอกใหม่ของกระดูกอย่างสมบูรณ์

Figure 7 Postoperative occlusal view radiograph showing complete bone regeneration.

บทวิจารณ์

เนื่องจากถุงน้ำเนื้องอกที่เนื้องอกที่เนื้องอก อาจมีตำแหน่งอาการ และอาการแสดงคล้ายกับถุงน้ำรอบปลายรากฟัน (periapical cyst) ที่เกิดจากฟันตบแน่นที่ซี่กลางด้านซ้ายและขวา จึงจำเป็นต้องให้การวินิจฉัยแยกโรคก่อนให้การ

รักษา เพื่อป้องกันการรักษาคดองรากฟันโดยผิดพลาด หากเป็นถุงน้ำปลายรากฟันจะพบว่าฟันดัดบนแท้ซึ่งกลาง ด้านซ้ายและขวา ไม่ตอบสนองต่อการทดสอบด้วยกระแส ไฟฟ้า ช่องเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament space) จะกว้าง และแลมมินา ดูว่าจะขาดหายไปบริเวณ ปลายราก ซึ่งจะไม่พบลักษณะดังกล่าวในกรณีถุงน้ำเน- โสแฟลาทีนดักท์ ถุงน้ำเนโซแฟลาทีนดักท์ยังอาจมีลักษณะ ทางคลินิกคล้ายถุงน้ำเด้นทิเจอร์ส (dentigerous cyst) ที่ เกิดจากฟันเกิน (mesiodent) ได้ด้วย

บางกรณีอาจแยกได้ยากในทางภาพรังสีระหว่างถุง น้ำเนโซแฟลาทีนดักท์กับอินไซลิฟ ฟอราเมนที่กว้าง โดยปกติอินไซลิฟ ฟอราเมนจะมีขนาดความกว้างไม่เกิน 6 มิลลิเมตร⁽¹⁰⁾ อาจใช้ลักษณะทางคลินิกของถุงน้ำเน- โสแฟลาทีนดักท์ที่พบ แยกได้ในบางกรณี เช่น อาการปวด บวม มีช่องเหลวไหลออกมา หรือพบมีการถ่างออกของ รากฟันเป็นต้น การดูดออก (aspiration) อาจช่วยแยก ได้ในบางราย⁽³⁾

ในกรณีที่ขนาดของอินไซลิฟ ฟอราเมนจากภาพถ่าย รังสีกว้างกว่าปกติโดยผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ และไม่พบ อาการบวม อาจทำให้ตัดสินใจยากว่าจะให้การรักษา หรือไม่ มีข้อพิจารณาคือหากอินไซลิฟ ฟอราเมนมีขนาด 6-10 มิลลิเมตร และผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ควร ติดตามผลจากภาพถ่ายรังสีเป็นระยะว่ามีขนาดโตขึ้น หรือไม่ แต่ในรายที่ขนาดของเงาโปร่งรังสีกว้างกว่า 10 มิลลิเมตร ให้เปิดแผ่นเหงือกแล้วทำการตรวจวินิจฉัย (surgical exploration) เนื่องจากเป็นขนาดที่พบว่า สัมพันธ์กับการพบถุงน้ำมากที่สุด^(2,5)

ข้อน่าสังเกตที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งในการรักษา ถุงน้ำเนโซแฟลาทีนดักท์ คือ แม้ส่วนหนึ่งของเส้นประสาท เนโซแฟลาทีนจะถูกตัดออกพร้อมถุงน้ำ แต่อาการชาของ เหงือกบริเวณเพดานด้านหน้ากลับพบได้น้อย โดยมีอุบัติ การณ์น้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยและอาการมักเป็น แบบชั่วคราว^(2,7) ทั้งนี้เนื่องจากบริเวณดังกล่าวเลี้ยงโดย เส้นประสาทเกรทเทอร์แฟลาทีนด้วย⁽¹¹⁾ ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 รายในรายงานนี้ ไม่พบมีอาการชาหลังการรักษาเช่น เดียวกัน ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นพบได้น้อย

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้มีลักษณะทางภาพรังสี ลักษณะ ทางจุลพยาธิวิทยา และการรักษาเช่นเดียวกับที่ได้จาก

การทบทวนวรรณกรรม^(3,5,9)

จากอดีตมาถึงปัจจุบันได้มีการรายงานเกี่ยวกับถุง น้ำเนโซแฟลาทีนดักท์ในวารสารต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง^(2,3,5,9,12-17) บ่งบอกถึงความสำคัญของถุงน้ำชนิดนี้ สำหรับในประเทศไทยกลับพบว่ารายงานเรื่องนี้มีน้อย มากและไม่สามารถค้นคว้ามาอ้างอิงได้ คณะผู้เขียนได้ รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคนี้จากแฟ้มข้อมูลของห้อง ปฏิบัติการเตรียมขึ้นเนื้อเพื่อการแปดผล คณะทันต- แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างปีพ.ศ.2539- พ.ศ.2549 พบมีผู้ป่วยถุงน้ำชนิดนี้จำนวน 7 ราย ประกอบด้วย เพศชาย 4 ราย (ร้อยละ 57.14) เพศหญิง 3 ราย (ร้อยละ 42.86) ค่าอายุเฉลี่ย 36.3 ปี ผู้ป่วย 5 ราย (ร้อย ละ 71.43) มีประวัติของการเคยบวมและมีหนองไหล บริเวณเพดานด้านหน้า โดย 3 ใน 5 ราย (ร้อยละ 42.86) นี้มีอาการปวดบวมที่บริเวณเพดานด้านหน้าขณะมาพบ ทันตแพทย์ อีก 2 ราย (ร้อยละ 28.57) ไม่มีอาการใดๆ และตรวจพบโดยบังเอิญ ลักษณะภาพรังสีแสดงเงาโปร่ง รังสี ขอบเขตชัดเจนล้อมรอบด้วยเส้นสีขาว ลักษณะจุล พยาธิวิทยาคคล้ายกับที่ได้กล่าวไว้ในบทนำ คือ มีหลาย ชนิดและส่วนใหญ่พบมากกว่า 1 ชนิดร่วมกันทุกรายได้ รับการรักษาโดยการควักถุงน้ำออก

ข้อมูลที่ได้รวบรวมนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา ของต่างประเทศพบว่า ค่าอายุเฉลี่ย คือ 36.3 ปี มีค่า น้อยกว่าบางการศึกษาที่สรุปว่าช่วงอายุเฉลี่ย 40-60 ปี^(2,3,5,17) แต่มีค่าใกล้เคียงกับบางการศึกษา^(12,15) แนว โนมการพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ลักษณะอาการ ที่พบในผู้ป่วย ลักษณะภาพรังสี ลักษณะจุลพยาธิ- วิทยา และการรักษามีความสอดคล้องกับการศึกษา อื่นๆ^(2,3, 5,14-17)

ถุงน้ำเนโซแฟลาทีนดักท์ เป็นถุงน้ำที่ไม่ได้เกิดจาก เนื้อเยื่อฟันที่พบได้บ่อยที่สุด รายงานผู้ป่วยและข้อมูลที่ ได้รวบรวมมาทั้งหมดนี้น่าจะเป็นประโยชน์กับทันตแพทย์ ทั่วไปและผู้ที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อ.ดร.ทพญ.อภิรุณ จันทน์หอม ภาควิชา ทันตรังสีวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ที่กรุณาถ่ายภาพจากต้นฉบับภาพรังสี คุณ

กิ่งแก้ว พิณสุวรรณ ที่กรุณาพิมพ์ต้นฉบับ หน่วยโสต-ทัศนศึกษา คณะทันตแพทยศาสตร์ ที่กรุณาถ่ายภาพและอัดขยายภาพที่ใช้ในรายงานนี้ และคุณวิมลวรรณ กิตติกำธร ผู้อำนวยการความสะดวกในการค้นคว้าข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลการแปลผลขึ้นเนื้อผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot TE. *Oral and Maxillofacial Pathology* 1st ed. WB Saunders; 1995 : 25-27.
2. Anneroth G, Hall G, Sturge U. Nasopalatine duct cyst. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986; 15 : 572-580.
3. Allard RHB, Van Der Karast WAM, Van Der Waal I. Nasopalatine duct cyst. Review of the literature and report of 22 cases. *Int J Oral Surg* 1981; 10 : 447-461.
4. Mealey BL, Braun JC, Rasch MS, Fowler CB. Incisive canal cysts related to periodontal osseous defects. *J Periodontol* 1993; 64 : 571-574.
5. Swanson KS, Kaugars GE, Gunsolley JC. Nasopalatine duct cyst. An analysis of 334 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49 : 268-271.
6. Kramer IRH, PindGorg JJ, Shear M. *Histological typing of Odontogenic Tumours*. WHO. Springer-Verlag; 1992.
7. Bodin I, Isacsson G, Julin P. Cysts of the nasopalatine duct. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986; 15 : 696-706.
8. White SC, Pharoah MJ. *Oral Radiology : Principles and Interpretation*. 4th ed. Mosby; 2000 : 369.
9. Hedin M, Klaemfeldt A, Persson G. Surgical treatment of nasopalatine duct cysts. A follow up study. *Int J Oral Surg* 1978; 7 : 427-433.
10. Roper- Hall HT. Cysts of developmental origin in the premaxillary region with special reference to the diagnosis. *J Br Dent Assoc* 1938; 65 : 29.
11. Langford RJ. The contribution of the nasopalatine nerve to sensation of the hard palate. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1989; 27 : 379-386.
12. Nortje CJ, Farman AG. Nasopalatine duct cyst. An aggressive condition in adolescent Negroes from South Africa?. *Int J Oral Surg* 1978; 7: 65-72.
13. Hertzanu Y, Cohen M, Mendelsohn DB. Nasopalatine duct cyst. *Clin Radiol* 1985; 36: 153-158.
14. Gnarrasekhan JD, Walvekar SV, al-Kandari AM, et al. Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80: 465-470.
15. Vasconcelos R, de Aguiar MF, Castro W, et al. Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatine duct cyst. *Oral Disease* 1999; 5: 325-328.
16. Elliott KA, Franzese CB, Pitman KT. Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cyst. *Laryngoscope* 2004; 114: 1336-1340.
17. Righini CA. Bettega G, Boubagra K, et al. Nasopalatine duct cyst (NPDC): one case report. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 2004; 58: 129-133.

ขอสำเนาบทความ:

ผศ.ทพ.อนันต์ พงศ์สุวารียกุล ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง
จ.เชียงใหม่ 50202

Reprint requests:

Assist.Prof. Anan Phongsuvareeyakul. Department
of Oral Surgery, Faculty of Dentistry, Chiang Mai
University, Maung Chiang Mai 50202