



รายงานผู้ป่วย

Case Report

การรักษาคลองรากฟันในฟันกรามบนซ้ายซี่ที่สองที่มีลักษณะ ทอโรดอนทิสซิม : รายงานผู้ป่วย

จิตติมา เอื้อรัตนวงศ์ ท.บ.*

*ฝ่ายทันตกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บทคัดย่อ

วันรับบทความ : 6 ตุลาคม 2566

วันแก้ไขบทความ : 16 พฤศจิกายน 2566

วันตอบรับบทความ : 20 พฤศจิกายน 2566

ทอโรดอนทิสซิม เป็นฟันที่มีความแปรปรวนทางกายวิภาค และสัณฐานวิทยาของรูปร่างฟันที่ตัวฟันยาว และรากฟันสั้นลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่เยื่อผิวหุ้มรากเฮิร์ตวิกไม่หว่าตัวเข้าไปในระดับที่เหมาะสมในกระบวนการสร้างฟัน ส่งผลให้โพรงเนื้อเยื่อในมีขนาดใหญ่ และง่ามรากฟันอยู่ก่อนไปทางปลายราก การรักษาคลองรากฟันในฟันทอโรดอนทิสซิมเป็นความท้าทาย เนื่องจากรูเปิดคลองรากฟันอยู่ต่ำไปทางปลายรากฟัน ต้องใช้เครื่องมือเทคโนโลยีมาช่วยระบุตำแหน่งรูเปิดคลองรากฟันได้ครบ โดยการใช้อัลตราโซนิกสกายด์ กล้องจุลทรรศน์ และมีการจัดการพิเศษในการขยายคลองรากฟัน และอุดคลองรากฟัน รายงานผู้ป่วยนี้แสดงถึง การรักษาคลองรากฟันในฟันกรามบนซ้ายซี่ที่สองที่มีลักษณะทอโรดอนทิสซิม

คำสำคัญ: ทอโรดอนทิสซิม การรักษาคลองรากฟัน ฟันกรามบนซ้ายซี่ที่สอง



รายงานผู้ป่วย

Case Report

Endodontic treatment of the taurodontic maxillary left second molar : A case report

Jitima Uearattanavong DDS*

*Dental department, Faculty of medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

Abstract

Received : October 6, 2023

Revised : November 16, 2023

Accepted : November 20, 2023

Taurodontism is a dental anatomical and morphologic variation in the body of the tooth is enlarged and the roots are shorter, which is caused by the failure of the epithelial diaphragm to invaginate at the proper horizontal level. As a result, the tooth has an enlarged pulp chamber and apically positioned furcation. Endodontic treatment of the taurodontic tooth is challenging because of the deeply apical displacement of root canal orifices. It requires a technological instrument to locate all root canal orifices, an ultrasonic instrument under a dental microscope, and special handling for instrumentation and obturation. This case report presents endodontic treatment of the taurodontic maxillary left second molar.

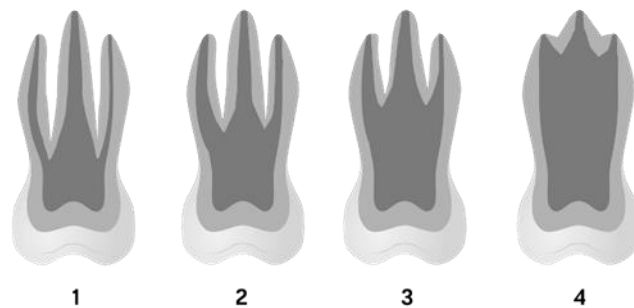
Keywords : taurodontism, endodontic treatment, maxillary left second molar

บทนำ

ภาวะโพรงในตัวฟันยื่นขยายสู่ปลายรากหรือ ทอโรดอนทิสซึม (taurodontism) มีสาเหตุมาจากการที่เยื่อผิวหุ้มรากเฮิร์ตวิก (Hertwig's epithelial root sheath) ไม่หว่าตัว (invaginate) เข้าไปในระดับที่เหมาะสมในกระบวนการสร้างฟัน¹ เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างฟัน ที่ตัวฟันยาว และรากฟันสั้นลง ส่งผลให้โพรงเนื้อเยื่อใน (pulp chamber) มีขนาดใหญ่ และง่ามรากฟัน (furcation) อยู่ก่อนไปทางปลายรากฟัน² ในปี ค.ศ.1913 Keith A³ เป็นคนแรกที่ตั้งชื่อ “ทอโรดอนทิสซึม” โดยเป็นการกล่าวถึงรูปร่างของฟันที่เหมือนฟันวัว (bull-like) ซึ่งคำว่า “ทอโรส” (tauros) มาจากภาษาละติน หมายถึง วัว และคำว่า “โอดอนต์” (odont) มาจากภาษากรีก หมายถึง ฟัน สามารถพบฟันที่มีลักษณะทอโรดอนทิสซึมได้ในคนปกติ และอาจพบในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ ไคลน์เฟลเตอร์ (Klinefelter's syndromes) ไตรโคเดนโต-ออสเซียส ซินโดรม (Trichodonto-osseous syndromes) ดาวน์ซินโดรม (Down's syndrome) และ ผู้ป่วยที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ (cleft lip and palate)⁴ มีอุบัติการณ์พบ

ทอโรดอนทิสซึม ได้ตั้งแต่ 0.1% - 60% แตกต่างกันตามเชื้อชาติ และเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย⁵ สามารถพบได้ทั้งฟันแท้และฟันน้ำนม ซึ่งพบมากในฟันกรามแท้บนซี่ที่สอง^{6,7} พบได้ทั้งซี่เดี่ยวหรือพบหลายซี่ และพบได้ข้างเดียวหรือสองข้าง^{8,9} โดยส่วนมากทันตแพทย์มักจะวินิจฉัยได้จากการตรวจทางภาพรังสี เนื่องจากฟันทอโรดอนทิสซึมมีลักษณะทางคลินิกที่คล้ายฟันปกติ^{9,10}

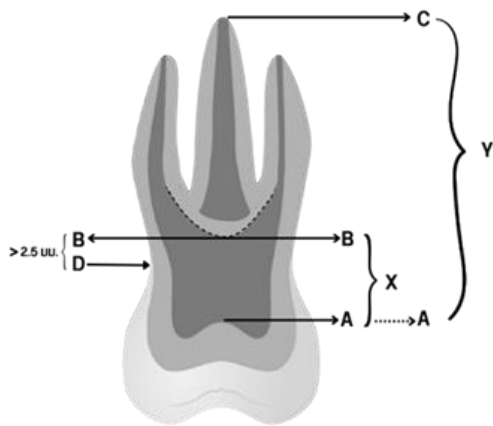
ในปี ค.ศ. 1928 Shaw JC¹¹ มีการจัดแบ่งฟันทอโรดอนทิสซึมเป็น 3 แบบ ได้แก่ แบบที่หนึ่งคือ ไฮโปทอโรดอนทิสซึม (hypotaurodontism) โพรงเนื้อเยื่อในใหญ่และยาวในแนวด้านบดเคี้ยวถึงปลายรากมากกว่าฟันปกติเล็กน้อย แบบที่สองคือ มีโซทอโรดอนทิสซึม (mesotaurodontism) โพรงเนื้อเยื่อในใหญ่และยาวในแนวด้านบดเคี้ยวถึงปลายรากมากขึ้น โดยที่รากฟันยังคงมีการแยกออกจากกัน แบบที่สามคือ ไฮเปอร์ทอโรดอนทิสซึม (hypertaurodontism) โพรงเนื้อเยื่อในใหญ่และยาวมากเกือบถึงปลายราก มีการแยกของปลายรากเล็กน้อย (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 : เกณฑ์การจัดแบ่งฟันทอโรดอนทิสซึมตาม Shaw ในปี ค.ศ. 1928

1 = ฟันปกติ 2 = ไฮโปทอโรดอนทิสซึม 3 = มีโซทอโรดอนทิสซึม 4 = ไฮเปอร์ทอโรดอนทิสซึม

และใน ค.ศ. 1978 Shifman A, Chanannel I⁸ ได้เสนอเกณฑ์การบ่งชี้ฟันที่เป็นทอโรดอนทิสซึมตามดัชนีทอโรดอนติก (taurodontic index; TI) จากภาพรังสี โดยการวัดระยะห่าง X จากจุดที่อยู่ต่ำสุดของส่วนบนของโพรงเนื้อเยื่อใน (A) ถึงจุดสูงสุดของส่วนล่างของโพรงเนื้อเยื่อใน (B) แล้วนำมาหาร



ด้วยระยะห่าง Y จากจุด A ถึงปลายรากของรากฟันที่ยาวที่สุด (C) แล้วนำมาคูณ 100 ซึ่งฟันทอโรดอนทิสซึมจะมีค่า TI เท่ากับหรือมากกว่า 20 และมีระยะห่างจากจุด B ไปยังรอยต่อของเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน (cementoenamel junction; CEJ) (D) มากกว่า 2.5 มิลลิเมตร (รูปที่ 2)

รูปที่ 2 A จุดต่ำสุดของส่วนบนของโพรงเนื้อเยื่อใน
 B จุดสูงสุดของส่วนล่างของโพรงเนื้อเยื่อใน
 C ปลายรากของรากฟันที่ยาวที่สุด
 X ระยะห่างจาก A ถึง B
 Y ระยะห่างจาก A ถึง C
 D รอยต่อของเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน

การรักษาคลองรากฟันในฟันทอโรดอนทิสซึมมีความยากกว่าการรักษาคลองรากฟันในฟันปกติ เนื่องจากการมีความซับซ้อนของโพรงเนื้อเยื่อใน โดยพื้นของโพรงเนื้อเยื่อใน (floor of pulp chamber) มีระดับต่ำ อยู่ก่อนไปทางปลายราก ทำให้ยากต่อการมองเห็น อาจเกิดรากฟันทะลุ (perforation) ที่พื้นของโพรงเนื้อเยื่อใน ขณะทำการกรอเพื่อระบุตำแหน่งของคลองรากฟันได้⁴ รายงานผู้ป่วยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอกระบวนการรักษา และวิธีการจัดการปัญหาที่พบในการรักษาคลองรากฟันกรามบนซ้ายซี่ที่สองที่มีลักษณะเป็นฟันทอโรดอนทิสซึม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 34 ปี ได้รับการส่งต่อมาให้รับการรักษาคลองรากฟันกรามบนซ้ายซี่ที่สอง

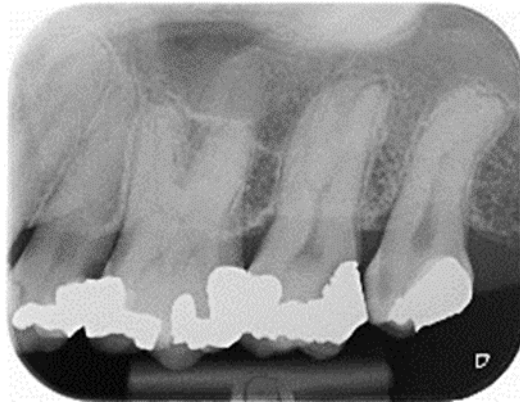
(ซี่ 27) เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติปวดฟันมากบริเวณฟันกรามบนซ้าย ปวดตลอดทั้งวัน และมีอาการปวดตอนกลางคืน ไม่เคยมีอาการบวม ปัจจุบันไม่มีอาการปวดใด ๆ

การตรวจทางคลินิก พบฟันซี่ 27 ได้รับการบูรณะด้วยวัสดุอุดอะมัลกัมด้านใกล้กลาง-บดเคี้ยว-ไกลกลาง (mesio-occluso-distal) ขนาดใหญ่ ขอบแนบสนิททางด้านบดเคี้ยว ตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟันด้วยกระแสไฟฟ้า เคาะและคลำไม่มีอาการ ฟันไม่โยก พบร่องลึกปริทันต์ 2-3 มิลลิเมตรโดยรอบซี่ฟัน ยกเว้นตำแหน่งด้านใกล้กลาง-ใกล้แก้ม (mesio-buccal) 4 มิลลิเมตร

การตรวจทางภาพรังสี ฟันซี่ 27 (รูปที่ 3) มีตัวฟันยาว และรากสั้น พบเงาที่รังสีบริเวณตัวฟันด้านใกล้กลาง-บดเคี้ยว-ไกลกลาง สอดคล้องกับลักษณะทางคลินิก คือ วัสดุอุดอะมัลกัม และพบ

เงาโปร่งรังสีอยู่ใต้เงาที่บังสีของวัสดุอุดใกล้กับโพรงเนื้อเยื่อใน ลักษณะของโพรงเนื้อเยื่อในส่วนของตัวฟันมีความยาวในแนวด้านบดเคี้ยวถึงปลายรากมากกว่าปกติ ส่วนของง่ามรากฟันอยู่ก่อนไปทางปลายราก และแยกเป็นสามรากฟัน พื้นของโพรงเนื้อเยื่อในอยู่ต่ำก่อนไปทางปลายราก

ในส่วนของรากฟันพบว่ารากฟันทางด้านไกลกลาง (distal root) มีรอยโรคบริเวณปลายรากฟัน ขนาด 1.5×10 ตารางมิลลิเมตร รากฟันทางด้านใกล้กลาง (mesial root) และทางด้านเพดาน (palatal root) มีผิวของกระดูกเบ้าฟัน (lamina dura) ขาดหายบริเวณปลายราก



รูปที่ 3 ภาพรังสีแสดงฟันซี่ 27 ก่อนการรักษา

จากข้อมูลการตรวจทางคลินิก และภาพรังสี จึงให้คำวินิจฉัยทางเอ็นโดดอนติกส์ของฟันซี่ 27 เป็น asymptomatic irreversible pulpitis with asymptomatic apical periodontitis วางแผนการรักษาคลองรากฟัน และบูรณะด้วยแกนฟัน ร่วมกับการทำครอบฟัน

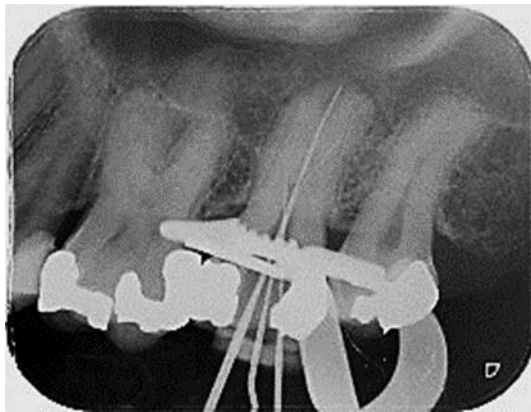
กระบวนการรักษา

การรักษาครั้งที่ 1 : ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย กรอวัสดุอุดอะมัลกัม และเนื้อฟันที่ผุ เพื่อเปิดทางเข้าสู่โพรงเนื้อเยื่อใน พบรูเปิดของคลองรากฟันด้านเพดาน (palatal) แต่คลองรากฟันด้านใกล้กลาง-ใกล้แก้ม (mesio-buccal) และไกลกลาง-ใกล้แก้ม (mesio-buccal) อยู่ต่ำและใกล้กันมาก ไม่สามารถมองเห็นได้ชัด จึงตรวจหารูเปิดคลองรากฟันภายใต้

กล้องจุลทรรศน์ (dental microscope) ร่วมกับเครื่องมืออัลตราโซนิคส์ (ultrasonic instrument) โดยใช้หัวอัลตราโซนิคส์ ET18 (Endo Success™ KIT) กรอจนสามารถระบุตำแหน่งคลองรากฟันด้านใกล้กลาง-ใกล้แก้ม และไกลกลาง-ใกล้แก้มได้ครบ ทำการวัดความยาวทำงาน (working length) ด้วยเครื่องวัดความยาวรากฟันไฟฟ้า (electronic apex locator) โดยใช้เคไฟล์ (K-file) เบอร์ 8 สำหรับคลองรากฟันด้านใกล้กลาง-ใกล้แก้ม และไกลกลาง-ใกล้แก้ม เบอร์ 15 สำหรับคลองรากฟันด้านเพดาน ร่วมกับการถ่ายภาพรังสี (รูปที่ 4) พบความยาวรากฟันด้านใกล้กลาง-ใกล้แก้ม 18.5 มิลลิเมตร ด้านไกลกลาง-ใกล้แก้ม 19 มิลลิเมตร ด้านเพดาน 19.5 มิลลิเมตร และใช้หัวอัลตราโซนิคส์ ET20D (Endo Success™ KIT) กรอขยายรูเปิดคลองรากฟัน ให้ใส่

ไฟล์ได้ง่ายขึ้น ขยายคลองรากฟันส่วนต้นด้วย หัวกรอเกตกลิดเดนเบอร์ (gate glidden drill) 2 และ 3 ตามลำดับ แล้วขยายคลองรากฟันที่ความยาวทำงาน ทั้ง 3 คลองรากฟันถึงเบอร์ 15 ล้างคลองรากฟัน

ด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ ร้อยละ 2.5 ซับคลองรากฟัน ให้แห้ง ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์สำเร็จรูป (Ultracal[®]) ปิดตัวฟันด้วยวัสดุอุดชั่วคราวไออาร์เอ็ม (IRM[®])

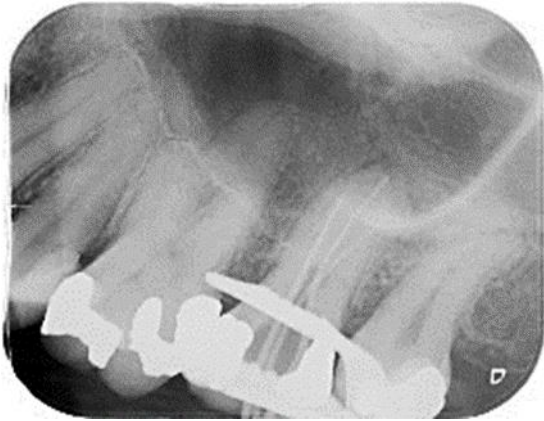


รูปที่ 4 ภาพรังสีวัดความยาวรากฟันของฟันซี่ 27

การรักษาครั้งที่ 2 : ภายหลัง 1 สัปดาห์ เริ่มให้ การรักษาต่อ โดยใส่แผ่นยางกันน้ำลาย รื้อวัสดุอุดชั่วคราวออก ทำการขยายคลองรากฟันด้วยเครื่องมือชนิดหมุน (rotary instrument) ร่วมกับตะไบนิกเกิลไทเทเนียม (nickel titanium file) ในระบบ ProTaper Next[™] ถึงเบอร์ 3 และขยายคลองรากฟันต่อด้วย เคาไฟล์ ถึงเบอร์ 35 สำหรับคลองรากฟันด้าน ไกลกลาง-ใกล้แก้ม และไกลกลาง-ใกล้แก้ม เบอร์ 40 สำหรับคลองรากฟันด้านเพดาน จากนั้นล้าง คลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ ร้อยละ 2.5 ซับคลองรากฟันให้แห้ง ใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ สำเร็จรูป ปิดตัวฟันด้วยวัสดุอุดชั่วคราวไออาร์เอ็ม

การรักษาครั้งที่ 3: ภายหลัง 3 สัปดาห์ ผู้ป่วย ไม่มีอาการผิดปกติ วัสดุอุดชั่วคราวอยู่ในสภาพดี เคาและค้ำไม่มีอาการ เริ่มให้การรักษาต่อ โดยใส่แผ่นยางกันน้ำลาย รื้อวัสดุอุดชั่วคราวออก

ล้างคลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ ร้อยละ 2.5 ลองกัตตาเปอร์ชาแท่งหลัก (try main cone) ร่วมกับการถ่ายภาพรังสี (รูปที่ 5) ล้างคลองรากฟัน ด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรต์ ร้อยละ 2.5 และน้ำยา อีดีทีเอ (ethylenediaminetetraacetic acid; EDTA) ความเข้มข้นร้อยละ 17 ซับคลองรากฟันให้แห้ง จากนั้นทำการอุดคลองรากฟันที่ละรากด้วย วิธีผสม ประกอบด้วยวิธีแลทเทอร์ล คอมแพคชัน (lateral compaction) โดยใช้กัตตาเปอร์ชาพร้อมกับ ซีลเลอร์ เอเอชพลัส (AH- plus sealer) และวอร์ม เวททิคัลคอมแพคชัน (warm vertical compaction) ตัดให้ระดับของกัตตาเปอร์ชาอยู่ตำแหน่งรูเปิด คลองรากฟัน เพื่อเตรียมช่องสำหรับใส่แกนฟัน ปิดตัวฟันด้วยวัสดุอุดชั่วคราวไออาร์เอ็ม ถ่ายภาพ รังสีตรวจสอบ (รูปที่ 6) ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อใส่แกนฟัน และครอบฟัน



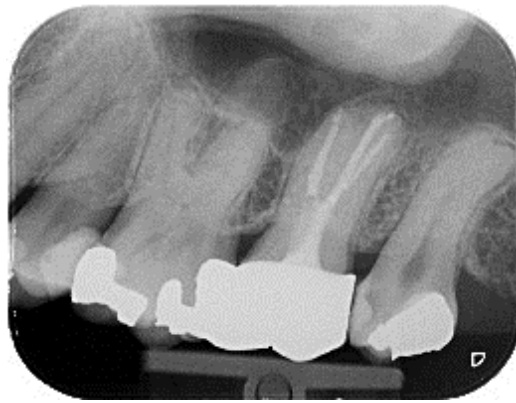
รูปที่ 5 ภาพรังสีลองกั้ดตาเปอร์ซาแท่งหลักของฟันซี่ 27



รูปที่ 6 ภาพรังสีการอุดคลองรากฟันของฟันซี่ 27

การติดตามผลการรักษา 3 เดือนหลังจากอุดคลองรากฟัน ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ เคาะและคลำไม่มีอาการสภาพเหงือกปกติ สามารถใช้ฟันเคี้ยวอาหารได้ดี จากการตรวจทางคลินิกพบว่า ฟันซี่ 27 ได้รับการใส่แกนฟันและครอบฟันแล้ว และจาก

ภาพรังสี (รูปที่ 7) พบว่า ปลายรากทางด้านไกลกลางและทางด้านเพดาน มีผิวของกระดูกเบ้าฟันต่อเนื่องปกติ ปลายรากฟันทางด้านใกล้กลาง ยังคงมีผิวของกระดูกเบ้าฟันขาดหาย



รูปที่ 7 ภาพรังสีติดตามผลการรักษา 3 เดือนของฟันซี่ 27

บทวิจารณ์

ฟันทอโรคอนทิสซิม จัดว่าเป็นฟันที่มีความยากในการรักษาคลองรากฟัน โดยจากการศึกษาของ Durr DP, et al.¹⁰ แสดงให้เห็นว่าฟันทอโรคอนทิสซิม มีรูเปิดคลองรากฟันอยู่ต่ำกว่าปกติ ทำให้ยากต่อการระบุตำแหน่งรูเปิด

คลองรากฟัน การใส่เครื่องมือเพื่อขยายคลองรากฟันและการอุดคลองรากฟัน โดยมีความท้าทายมากในการระบุตำแหน่งของรูเปิดคลองรากฟัน ด้านใกล้กลางและด้านไกลกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bharti R, et al.¹² พบว่า รูเปิดคลองรากฟันด้านใกล้กลาง-ใกล้แก้ม และด้านไกลกลาง-ใกล้แก้ม

ที่ตำแหน่งอยู่ก่อนไปทางปลายรากแล้ว ยังมีความแคบและอยู่ใกล้กันมาก ทำให้ยากต่อการระบุตำแหน่งของรูเปิดคลองรากฟัน

ภาพรังสีรอบปลายรากของผู้ป่วยรายนี้ พบว่าฟันซี่ 27 มีโพรงเนื้อเยื่อในใหญ่และยาวมากกว่าปกติ งามรากฟันอยู่ก่อนไปทางปลายรากฟัน แต่รากฟันยังมีการแยกออกจากกัน เมื่อวัดค่า TI คุณ 100 ได้เท่ากับ 34 และมีระยะห่างจากจุดสูงสุดของส่วนล่างของโพรงเนื้อเยื่อใน ไปยังรอยต่อของเคลือบฟันกับเคลือบรากฟัน เท่ากับ 3.5 มิลลิเมตร แสดงให้เห็นว่าฟันซี่นี้มีลักษณะเป็นฟันมีโสตอโรดอนทิสซิม⁸ ซึ่งจากภาพรังสีนี้สามารถประเมินตำแหน่งระดับของรูเปิดคลองรากฟัน และจำนวนของคลองรากฟัน ในเบื้องต้นก่อนการรักษาคลองรากฟันได้ อย่างไรก็ตาม ภาพรังสีรอบปลายรากฟัน เป็นภาพรังสี 2 มิติ ทำให้ในปัจจุบันได้มีการแนะนำให้ใช้ภาพรังสีซีบีซีที (CBCT, cone beam computed tomography ; CBCT) ถ่ายภาพรังสี 3 มิติ ในฟันทอโรดอนทิสซิม โดยเฉพาะฟันกลุ่มไฮเปอร์ทอโรดอนทิสซิมเพื่อประเมินความหนาของเนื้อฟันบริเวณพื้นของโพรงเนื้อเยื่อในรอบรูเปิดคลองรากฟัน และจำนวนของคลองรากฟัน ป้องกันไม่เกิดรากฟันทะลุ และรักษาคลองรากฟันไม่ครบถ้วน (missed root canal)¹³

เนื่องจากรูเปิดของคลองรากฟันอยู่ต่ำกว่าระดับคอฟัน ก่อนไปทางปลายรากฟัน ทำให้ยากต่อการมองเห็นและระบุตำแหน่ง ในการรักษาคลองรากฟันซี่นี้จำเป็นต้องมีเครื่องมือเทคโนโลยีช่วยในการทำงาน โดยใช้เครื่องอัลตราโซนิคส์ร่วมกับการทำงานภายใต้กล้องจุลทรรศน์⁴ ช่วยในการรอกาตำแหน่งรูเปิดคลองรากฟันที่แคบ และอยู่ใกล้กันได้ครบ และทำการกรอผายุรูเปิดคลองรากฟัน

เพื่อให้เห็นรูเปิดคลองรากฟันได้ชัดเจน ใส่เคฟไฟล์เพื่อขยายคลองรากฟันได้สะดวกมากขึ้น ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Azzaldeen A, et al.¹⁴ ที่มีสองรูเปิดคลองรากฟันแยกออกจากกัน ไม่ได้อยู่ใกล้กันมากสามารถใช้เคฟไฟล์เบอร์ 10 และ 15 ใส่ในคลองรากฟันได้เลย ไม่ต้องกรอกาตำแหน่งรูเปิดคลองรากฟันสำหรับการอุดคลองรากฟัน ใช้วิธีแลทเทอร์อัลคอมแพกชัน ร่วมกับวอร์ม เวทีกัลคอมแพกชัน⁹ อย่างไรก็ตามเนื่องจากรูเปิดคลองรากฟันอยู่ต่ำกว่าปกติ และอยู่ใกล้กัน จึงทำการอุดคลองรากฟันที่ละราก¹² เพื่อให้สะดวกในการใส่กั๊ดตาเปอร์ชาลงไปในคลองรากฟัน และไม่ได้มีการฉีดกั๊ดตาเปอร์ชาเหลวขึ้นมาจนถึงระดับคอฟัน เนื่องจากมีการวางแผนให้เป็นพื้นที่สำหรับใส่แกนฟัน จากนั้นส่งต่อผู้ป่วยบูรณะฟันซี่นี้โดยการใส่แกนฟันด้วยวัสดุยึดติดร่วมกับครอบฟัน ซึ่งการบูรณะฟันทอโรดอนทิสซิมให้หลีกเลี่ยงการใส่เดือยฟัน เนื่องจากความยาวรากสั้น และเนื้อฟันบริเวณส่วนต้นของคลองรากฟันบางอาจมีความเสี่ยงในการเกิดรากฟันทะลุได้¹³

สรุป

การรักษาคลองรากฟันในฟันทอโรดอนทิสซิมสามารถประสบความสำเร็จได้ โดยการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และมีการประเมินลักษณะทางกายวิภาคของคลองรากฟันจากภาพรังสีก่อนการรักษา เพื่อจัดการวางแผนการรักษาคลองรากฟันได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ และสามารถใส่ฟันซี่นี้บดเคี้ยวได้ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงลัสกร สงวนดีกุล หัวหน้าฝ่ายทันตกรรม ที่อนุญาตให้เผยแพร่รายงานผู้ป่วยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Hamner JE, Witkop CJ, Metro PS. Taurodontism; report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1964;18:409-18.
2. McClanahan SB, Crepps JT, Maranga MC, Worrell DE, Behnia A. Glossary of endodontic terms. Chicago: American Association of Endodontists [Internet]. 2020[cited 2023 Mar 9]. Available from: <https://www.aae.org/specialty/clinical-resources/glossary-endodontic-terms/>
3. Keith A. Problems relating to the teeth of the earlier forms of prehistoric man. *Proc R Soc Med* 1913;6:103-24.
4. Pach J, Regulski PA, Tomczyk J, Struzycka I. Clinical implications of a diagnosis of taurodontism: a literature review. *Adv Clin Exp Med* 2022;31:1385-9.
5. Hasan M. Taurodontism part 1: history, aetiology and molecular signalling, epidemiology and classification. *Dent Update* 2019;46:158-6.
6. Toure B, Kane AW, Sarr M, Wone MM, Fall F. [Prevalence of taurodontism at the level of the molar in the black Senegalese population 15 to 19 years of age]. *Odontostomatol Trop* 2000; 23:36-9.
7. Jamshidi D, Tofangchiha M, Pozve NJ, Mohammadpour M, Nouri B, Hosseinzadeh K. Prevalence of taurodont molars in a selected Iranian adult population. *Iran Endod J* 2017; 12:282-7.
8. Shifman A, Chanannel I. Prevalence of taurodontism found in radiographic dental examination of 1,200 young adult Israeli patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1978;6:200-3.
9. Jafarzadeh H, Azarpazhooh A, Mayhall JT. Taurodontism: a review of the condition and endodontic treatment challenges. *Int Endod J* 2008;41:375-88.
10. Durr DP, Campos CA, Ayers CS. Clinical significance of taurodontism. *J Am Dent Assoc* 1980;100:378-81.
11. Shaw JC. Taurodont teeth in South African races. *J Anat* 1928;62:476-98.
12. Bharti R, Chandra A, Tikku AP, Wadhvani KK. "Taurodontism" an endodontic challenge: a case report. *J Oral Sci* 2009;51:471-4.
13. Hasan M. Taurodontism part 2: biomechanics, differential diagnosis, clinical implications and management. *Dent Update* 2019;46:266-78.
14. Azzaldeen A, Mai A, Muhamad AH, Watted N. Taurodontism an endodontic enigma: a case report. *Indo Eur J Dent Ther Res* 2017;6:377-9.