症例報告

歯を保存しえた比較的大きな骨形成性エプーリスの1例

森 紀美江¹⁾ 横 溝 一 郎¹⁾ 山 城 正 司²⁾

抄録：45歳の女性の右上顎歯肉（⑤4③）ブリッジに生じた比較的大きな骨形成エプーリスの治療を行った。骨形成エプーリスはエプーリスの中では稀である。通常、エプーリスの治療は関連部位の歯および歯槽骨を含めて腫瘍を除去する。本症に対しては、エプーリスの切除、歯槽骨部の十分な搔爬を行った。切除物の大きさは、頬側 32×31×24mm と口蓋側 28×20×12mm であった。術後には当該部の歯を重点的に歯周病の管理を行うことで歯の保存が可能であり、術後1年5か月において再発なく経過良好である。

キーワード：大きなエプーリス、骨形成性エプーリス、歯を保存

緒 言

エプーリスは歯肉部に生じた良性の限局性腫瘍を総括した臨床名で、多くは炎症性ないし反応性の増殖物であって真の腫瘍であることは少ない¹⁻³⁾。歯肉、歯槽骨膜、歯根膜などの結合組織から発生し、歯肉のいずれの部位にも生じるが、上顎前歯、唇側の歯間乳頭部が好発部位とされる。治療法は、原因歯の抜歯と一部歯槽骨を含めたエプーリスの切除を行うことが多いが、骨植状態が良い場合には歯の保存が可能なこともある。今回われわれは、⑤4③ブリッジの頬側～口蓋側に認められた比較的大きなエプーリスの切除において、歯の保存が可能であったことから報告する。

症 例

患者：45歳、女性。

初診：2008年10月初旬。

主訴：歯肉の腫脹。

既往歴：子宮外妊娠。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：2006年10月頃右側上顎ブリッジ装着部頬側歯肉の腫脹に気づく。疼痛および出血は認められなかったが近歯科医院を受診したところ、歯周炎と診断されブラッシング指導を受けた。しかし、歯科医院への通院および歯科治療に対し恐怖心が強く通院を中断した。その後、徐々に腫瘍の増大を自覚するもそのまま放置したところ、2007年5月頃口蓋側の腫瘍を自覚するようになった。疼痛および出血は認められず。同年9月頃、食事中に口蓋側の腫瘍に接触痛を認めたため、再度近歯科医院を受診したところ、

某大学病院歯科へ紹介され受診し、生検と衛生士によるTBIが行われた。生検の結果はエプーリスであった。その後、本院歯科口腔外科へ紹介され受診した。

現症：

全身状態：全身状態は良好。

口腔内所見：ほとんどの歯の歯頸部歯肉に発赤、歯垢の付着が認められ、歯周病を呈していた。⑤4③ブリッジの頬側に大きさ32×31×24mm、口蓋側に28×20×12mmの弾性軟、やや赤味を帯びた、表面凹凸不整、有茎性の腫瘍を認めた（写真1A, B）。自発痛はなかったが、口蓋側の腫瘍は食事時に接触痛を伴っていた。ブリッジの支台歯の③および⑤の計測可能な部位における歯周ポケットの深さは5mmであり、軽度の動揺がみられたが骨植は比較的良好であった。明らかな言語障害は認めなかったが、口唇閉鎖はやや不良であった。

X線所見：口蓋側に接触痛があり、デンタルX線ではフィルムの保持が困難であったため、パノラマX線写真の撮影を行った。上下顎の多数歯に歯槽骨の吸収を認め、ブリッジの両支台歯の歯槽硬線は消失し、欠損歯の④部には不均一な不透過像と圧迫吸収がみられた（写真2A, B）。

臨床診断：右上顎エプーリス。

処置および経過：本症例に対し、腫瘍が大きく③と⑤には歯周病もみられたことから、抜歯とともにエプーリスを切除し、欠損部位には義歯が適応であることを説明したが、歯科治療に恐怖心が強くご本人から抜歯の回避を強く望まれたため、再発の可能性があることと再発後には抜歯を行うことを了承していただき、エプーリスの切除のみを治療方針とした。エプーリス切除予定日までに、歯科外来通院に慣れることおよび歯周病の改善を目的に、ブラッシング指導や除石を継続したところ、手術当日にはご本人の通院も慣れ、口腔内の歯垢は少なくなり歯肉の発赤も改善していた。

¹⁾ 有隣病院歯科口腔外科（主任：横溝一郎医長）

²⁾ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面外科分野（主任：天笠光雄教授）

〔受付：2010年10月15日、受理：2010年12月8日〕

写真 1 初診時口腔内写真

A：頬側 弾性軟、やや赤味を帯びた、表面凹凸不整、有茎性の32×31×24mm腫瘍を認めた。
B：口蓋側（ミラー像） 28×20×12mmの腫瘍および咬合面に菌垢を認めた。

写真 2 初診時パノラマX線写真

A：口腔内全体 ④欠損部に不均一な不透過像を認める。
B：拡大 ⑤・③の歯槽硬線の消失および④欠損部歯槽骨の圧迫吸収を認める。

2008年10月下旬、局所麻酔下にてエプーリス切除術を行った。⑤④③ブリッジ頬側のエプーリス基部に切開を入れた後、ポンテック下部の隙間が少なく腫瘍の一塊切除を断念し、同部にて頬・口蓋側に腫瘍を分割し、骨膜を含めて切除した。次いで口蓋側のエプーリス基部に切開を入れ、骨膜を含めてエプーリスを切除した（写真3）。③近心～⑤遠心の歯槽骨に吸収がみられ、歯槽骨の肉芽組織を十分に除去し、骨バーにて歯槽骨を一層削除した（写真4A, B）。歯槽骨の吸収は認められるものの歯の動揺は軽度であり、③、⑤を保存した。創部の止血を確認し、サージカルパックで創部を覆い、手術を終了した。術後2週間目にサージカルパックを除去したところ、歯槽骨上に肉芽組織の形成を認め、1か月後には上皮化した。術後1年目のパノラマX線写真所見では、⑤③の両支台歯の一部に歯槽硬線を認め、③遠心には骨形成も認められた（写真5A, B）。術後1年5か月経過した現在においてエプーリスの再発はなく、ブリッジの動揺もほとんど認められず

写真 3 摘出物（左側：口蓋側腫瘍、右側：頬側腫瘍）

経過良好（写真6A, B）と判断し、口腔清掃の施行を指示した上で治療を終了とした。

病理組織所見：腫瘍は重層扁平上皮で被覆され、上皮直

写真 4 術中写真

A：頬側 歯槽骨吸収を認める。

B：口蓋側（ミラー像）

写真 5 術後1年目 パノラマX線写真

A：口腔内全体

B：拡大 3| 遠心に骨形成を認める。

写真 6 術後1年5か月

A：頬側 再発は認めず。

B：口蓋側（ミラー像）

下に軽度の炎症性細胞浸潤がみられた。上皮下には密な線維性結合組織の増生がみられた（写真7A）。検体の中央部よりやや骨膜側に少量の骨組織が認められた。多くの骨

梁周表面には明らかな骨芽細胞はみられなかったが、一部に小型の立方形の骨芽細胞がみられた（写真7B白矢印）。また、骨吸収窩や破骨細胞の存在も目立たなかった。な

写真 7 病理組織像 (HE 染色)

A: 弱拡大 上皮下に密な線維性結合組織の増生を認め、検体の中央部よりやや骨膜側に少量の骨組織を認めた。

B: 強拡大 骨組織は腫瘍基部には認めず、腫瘍内に局限していた。

お、検体の腫瘍基部には骨組織は認められず、骨組織は腫瘍内に局限していた。

病理組織診断：骨形成性エプーリス。

考 察

エプーリスは歯肉に生じた限局性の良性の腫瘍を総括した臨床名で、炎症性・反応性の増殖物と言われ、組織学的には石川¹⁾が、肉芽腫性エプーリス、線維性エプーリス、血管腫性エプーリス、線維腫性エプーリス、骨形成性エプーリス、巨細胞性エプーリスに、好士⁴⁾は、炎症性エプーリスと腫瘍性エプーリスに分類している。しかし、欧米では硬組織形成性エプーリスを腫瘍性病変として扱い^{5,6)}、その報告も以前より見られている⁷⁻⁹⁾。今回われわれは本症を石川の分類に従い、炎症性・反応性の増殖物として扱い、骨形成性エプーリスと診断した。

エプーリスの発生原因は局所的原因として機械的刺激や慢性炎症などが挙げられている^{1-4,10-14)}。本症の初診時の口腔内の清掃状態は不良で、多数歯の歯頸部には歯垢が認められ、歯肉の発赤・腫脹・触診による出血等の歯周病の症状を呈していた。昨今、歯肉炎、歯周病の予防など口腔衛生については広く浸透してきているため、歯周病が原因による巨大化するエプーリスは稀との報告もある¹²⁾が、本症はエプーリスを発症したブリッジの咬合面にもプラークを認めるほど口腔衛生状態が不良であり、発症原因は歯周病が最も考えられた。全身的要因については、先天性の体質的要因やホルモンの関与による発症を指摘する報告^{1-4,15-17)}がみられ、45歳の女性である本症例もエプーリス切除後にめまいや気分不快などの婦人科的症状を訴えたため、婦人科にて精査を受けたがホルモン異常や婦人科的

異常所見は認められなかった。以上のことを総合的に判断すると、手術に際し徹底した病的組織の除去と術前後のブラークコントロールで再発が認められないことから、局所的要因が本症例の主要要因であったと考えられる。

骨形成性エプーリスの発症頻度は、2.7%～22.8%^{1,4,18)}など報告者によって差があるが、全エプーリスの中では比較的稀な疾患と考えられる。発症年齢は11か月～90歳代^{4,12,16,17)}とどの年齢にもみられるが、好発年齢は中高年齢者に多い傾向として報告^{12,18,20)}されている。骨形成性エプーリスの性別発症頻度は性差なしとする報告¹²⁾も見られたが、女性に好発する報告が多く^{16,18)}本症も45歳の女性で、女性に好発する報告と矛盾のない結果であった。好発部位は、下顎より上顎が多く、上顎は臼歯部より前歯部が多いとされている¹⁻⁴⁾。本症の発症部位は上顎犬歯～第二小臼歯であり、好発部位よりやや後方であった。発症側は歯槽突起の外側である唇側(頬側)に多く見られる¹⁻⁴⁾と報告されている。本症の発症側は、頬側の腫瘍が口蓋側に比べ大きいこと、口蓋側の発症が後発であるとの訴えから、最初に頬側に発症したが、病変が大きくなりすぎて初診時には判断が困難であった。

骨形成性エプーリスの大きさは長径が60～100mm¹⁴⁾の報告など、他のエプーリスに比較して大きい傾向であった。本症はブリッジを中心に頬・口蓋側に認められたため一塊としての計測は不可能であったが、頬側腫瘍が32×31×24mm、口蓋側腫瘍が28×20×12mmと、全体では50mm以上でありかなり大きなエプーリスであった。

骨形成性エプーリスの骨形成やエプーリスの増大の原因については、非腫瘍性の病変であるが強い増殖能を有する可能性を示唆した組織学的研究¹⁸⁾、エプーリス内にみら

れる骨組織の石灰化にアルカリフォスファターゼとリン酸イオンが関与する可能性を示唆した生化学的研究¹⁹⁾ 腫瘍増大のため損傷した上皮の修復過程において骨形成を誘導する因子が作用した可能性²⁰⁾、などが報告されており、本エプーリスが他のエプーリスに比べ大きいことを考えると腫瘍という主張も否定しきれないがなお不明である。

骨形成性エプーリスのX線所見については神部ら²¹⁾がデンタルX線所見で、隣接歯の歯根膜腔の拡大、歯槽骨の吸収、腫瘍内部の境界明瞭な不整形・類円形の不透過像、内部構造が骨様像・骨梁様構造、エプーリスの中心部にエックス線不透過像が見られ、不透過像は歯槽骨から遊離していると詳細に報告している。本症はパノラマX線写真を用い、3・5歯の歯槽硬線の消失、歯槽骨の吸収、骨形成像がみられ、神部らの報告と同様であったものの、歯槽骨からの遊離については診断できなかった。

エプーリス切除時の歯の処置については、関連部位の歯および歯槽骨を含めて腫瘍を除去するのが原則とされ¹⁻⁴⁾、本症例と同様の部位にみられた骨形成エプーリスの報告ではエプーリスの切除とともに抜歯が選択されているが^{22, 23)}、歯の動揺が少なく骨植状態が良い場合には腫瘍を除去して基底部の骨の表層を削除するだけで良い結果が得られる症例もある³⁾ ことや、X線学的に変化を認めない場合は歯を保存する²³⁾との報告から歯の保存は可能と考えられる。しかし、原因歯を保存したところ不十分な術式により再発を認めた報告²⁴⁾や、抜歯を併用しても再発した報告¹³⁾もみられることから、歯を保存する場合は歯槽骨部の肉芽組織の削除を十分に行う²⁵⁾ことが重要と考えられた。本症例はパノラマX線写真で歯槽骨吸収を認めたものの歯の動揺が軽度であったため、腫瘍の切除後に歯槽骨の肉芽組織を十分に除去し、歯槽骨の一層削除を行うことで歯を保存することが可能であった。また、エプーリス発症の原因が歯周病と考えられる場合、術後の歯周病の管理は重要であり、本症に対してはTBIやスケーリングなど歯周病の治療と経過観察を継続的に行った結果、術後1年5か月後もエプーリスの再発は認められず、経過は良好である。

謝辞 病理組織所見に関するご指導をいただいた東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科口腔病理学分野の山口 朗教授に感謝いたします。

引用文献

- 1) 石川 悟朗監修：口腔病理学Ⅱ，改訂版，永末書店，京都，1982，229-240頁。
- 2) 道 健一監修：口腔顎顔面疾患カラーアトラス，永末書店，京都，2000，20-22頁。
- 3) 塩田重利，富田喜内監修：最新口腔外科学，第4版，医歯薬出版，東京，2000，467-473頁。

- 4) 好士和夫：エプーリス（歯肉腫）の臨床的ならびに組織学的研究，口腔病会誌 22：1666-1682，1959。
- 5) Shafer WG, Hine MK, Levig BM, et al: A textbook of Oral Pathology. Fourth ed, W.B. Saunders Company USA, 1995, pp. 141-142.
- 6) Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al: Oral & Maxillofacial Pathology. W.B. Saunders Company USA, 1995, pp. 374-376.
- 7) Gardner DG: The peripheral odontogenic fibroma: an attempt at clarification. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 54：40-48, 1982.
- 8) Kumar SK, Ram S, Jorgensen MG, et al: Multicentric peripheral ossifying fibroma. J Oral Sci 48：239-243, 2006.
- 9) Yadav R and Gulati A: Peripheral ossifying fibroma: a case report. J Oral Sci 51：151-154, 2009.
- 10) 川崎五郎，空閑祥浩，近藤裕子，他：エプーリスの臨床統計的観察及びいわゆる骨形成性エプーリスについて，口科誌 45：80-85，1996。
- 11) Southam JC and Venkataraman BK: Calcification and ossification in epulides in man (Excluding giant cell epulides). Arch Oral Biol 18：1243-1253, 1973.
- 12) 今井 裕，藤本幸久，木村時子，他：比較的大きなエプーリスの4例，栃木県歯科医学会誌 57：45-50，2005。
- 13) 上原浩之，本田雅彦，内田憲治，他：骨形成性エプーリスの3例，日大歯学 68：172-176，1994。
- 14) 江田 哲，重松久夫，馬越誠之，他：骨形成性エプーリスの2例，日口診誌 13：491-497，2000。
- 15) 梶山 稔，黒川英雄，林 嘉仁，他：当科におけるエプーリスの臨床的観察，九州歯会誌 43：310-319，1989。
- 16) 楠本俊司，鴨川卓也，宮本奉和，他：骨形成性エプーリスの1例，日口外誌 35：2143-2148，1989。
- 17) 森山万紀子，大橋 靖，鈴木 誠：エプーリスの臨床病理組織学的検討，新潟歯学会誌 25：17-25，1995。
- 18) Suzuki S and Okada Y: A Study of the Histopathological Features and Proliferative Activity of Epulis Osteoplastica. Nihon Univ J Oral Sci 28：247-254, 2002.
- 19) 徳岡敏一，角田左武郎，南雲正男：骨形成性エプーリスの石灰化について，日口外誌 38：114-118，1992。
- 20) 下山哲夫，金子貴広，清水慎二郎，他：堀江憲夫巨大な骨形成性エプーリスの1例，日大歯学 74：229-232，2000。
- 21) 神部芳則，生田裕之，河原絵美子，他：骨形成性エプーリスのエックス線所見について，神奈川歯学 27：115-119，1992。
- 22) 戸高勝之，水城春美，河村哲夫：骨形成性エプーリスの1例，日口外誌 31：2158-2162，1985。
- 23) 道念正樹，村上有二，笠原和恵，他：顔貌変形をきたした巨大なセメント質骨形成性エプーリスの1例，北海道歯誌 22：50-54，2001。
- 24) 三沢知裕，原 英之，大野 敬，他：骨線維性エプーリスの4症例，東北歯大誌 10：40-50，1983。
- 25) 大谷隆俊監修：図説口腔外科手術学（中巻）第22章良性腫瘍およびエプーリスの手術，医歯薬出版，東京，2004，472-478頁。

別冊請求先：森 紀美江 〒156-0055 東京都世田谷区船橋
2-15-38
有隣病院歯科口腔外科

Preservation of the Tooth in a Patient with a Large Epulis Osteoplastica

Kimie MORI¹⁾, Ichiro YOKOMIZO¹⁾, and Masashi YAMASHIRO²⁾

¹⁾ *Yurin Hospital Oral Surgery*

(Chief: Dr. Ichiro YOKOMIZO)

²⁾ *Maxillofacial Surgery, Graduate School,*

Tokyo Medical and Dental University

(Chief: Prof. Teruo AMAGASA)

J. Jpn. Oral Muco. Membr., 16 : 63 ~ 68, 2010

Abstract : The patient was a 45-year-old woman with a large epulis osteoplastica at the dental bridge (⑤4③). Epulis osteoplastica is a rare form of epulis. Usually, the treatment of a large epulis involves the extraction of teeth and surgical excision of the tumor. We avoided tooth extraction and the mass was excised down to the granulation tissue by curetting the alveolar bone. The excised specimen measured 32×31×24 mm (buccal epulis) and 28×20×12 mm (palatal epulis). The epulis caused periodontitis, which was clinically treated after the operation. Herein, we report that the tooth can be preserved for 1 year 5 months after surgery without recurrence.

Key words : large epulis, epulis osteoplastica, preservation of the tooth

Reprint requests to Kimie MORI, Yurin Hospital Oral Surgery, 2-15-38, Funabashi, Setagaya-ku, Tokyo 156-0055, Japan.

[Received October 15, 2010 : Accepted December 8, 2010]