化骨性線維腫の6症例

安住知彦・万羽晴一・中島民雄・常葉信雄
石木哲夫*

Ossifying Fibroma: Report of Six Cases

Tomohiko AZUMI・Seiichi MANBA・Tamio NAKAJIMA・Nobuo TOKIWA
Tetsuo ISHIKI*

I. 緒 言

顎骨に生ずる線維腫は比較的稀なものであり、その成因及び分類には諸説がある^{1-8, 10-14)}。今回、私達は昭和42年7月から昭和51年3月まで当教室で病理組織学的に化骨性線維腫と診断された、6症例をまとめたのでその概要を報告する。

II. 症 例

症例 1

患 者：48歳 女性

初 診：昭和43年5月

主 訴：左下顎角部の腫脹

家族歴及び既往歴：特記事項は認められなかった。

現病歴：2年ほどまえから左下顎角部の腫脹に気づいたが、疼痛がないので放置していた。しかし1カ月まえから左口唇部の知覚鈍麻を併発したため来院。

現 症

全身所見：体格、栄養ともに良好で眼瞼結膜に貧血を認めない。

口腔外所見：左下顎角部を中心に鶏卵大で慢性性の腫脹を認め、骨様硬を呈し、圧痛はないが同側左下口唇は健側に比べ知覚鈍麻を認めた。右顎下リンパ節は1個が触れ小豆大に腫脹していたが可動性で圧痛はなかった。

図 1 症例 1 レ線所見

左顎下リンパ節は、小指頭大に腫脹したもの1個をふれるが、可動性で圧痛はなかった。

口腔内所見：6遠心より臼後三角へ、歯槽頂から頬舌側にわたる慢性性の腫脹が認められるが、被覆粘膜には異常所見はなかった。

レントゲン所見：左顎角部から左下顎枝にかけて鶏卵大で単胞性、境界明瞭な透過像がみられた。筋突起、関節突起は罹患していない。また病変部の67相当骨体内に、小指頭大で比較的境界明瞭な塊状の不透過像が認められた(図1)。

臨床診断：化骨性線維腫

処置及び手術所見：6部前方と左筋突起前方で連続離断術及び即時腸骨片移植後に顎間固定を施行したが、腫瘍を被り骨膜は容易に剝離でき、骨は丘状に膨隆していて境界は明瞭であった。

摘出物所見：摘出物は3.5×4.5×4.2cmの大きさで骨皮質は膨隆していて菲薄であり、断面は境界明瞭で被膜がみられ、充実性で比較的滑沢な灰黄色を呈し、一隅に骨様の石灰化物がみられた。しかし、のう胞等の所見はなかった。下顎管は腫瘍によって下方に圧迫されていた。弾性硬で、表面はざらざらして、被膜は2～3mmくらいの厚さで比較的容易に剝離できた(図2、3)。

新潟大学歯学部第一口腔外科学教室(主任：常葉信雄教授)

* 新潟大学歯学部口腔病理学教室(主任：石木哲夫教授)

Department of Oral Surgery, Niigata University School of Dentistry (Director: Prof. Nobuo Tokiwa)

* Department of Oral Pathology, Niitata University School of Dentistry (Director: Prof. Tetsuo Ishiki)

受付日：昭和51年11月16日

図 2 症例 1 摘出物所見

図 3 症例 1 摘出物所見

図 4 症例 1 病理組織所見

病理組織学的所見：腫瘍組織は細胞性に乏しい線維性組織からなり、無構造な石灰化物からセメント質様までの硬組織が散在しており、大小不同で類円形のものが多くみられ、典型的な骨組織は認められない。

線維束は波状に走っている（図 4）。

病理組織学的診断：化骨性線維腫

症例 2

患 者：18歳 女性

初 診：昭和44年12月

主 訴：左下顎臼歯部の腫脹

家族歴及び既往歴：特記事項は認められなかった。

現病歴：2年まえにう蝕の治療のさいに某歯科医院で左下顎臼歯部の腫脹を指摘されたが疼痛もなく、その後も腫脹の増大傾向もなかったため放置していた。昭和44年12月、風邪のため内科を受診したとき、再度同部の腫脹を指摘され来院。

現 症

全身所見：体格、栄養ともに中程度

口腔外所見：左下顎小臼歯部から左下顎角部にかけて比較的境界明瞭な腫脹を認め、圧痛はなく骨様硬であった。所属リンパ節は、左顎下リンパ節に大豆大のものが1個触れるが、可動性で圧痛はない。右顎下リンパ節は触れなかった。

口腔内所見：「3」～「8」頬舌側歯肉より頬粘膜にかけて、境界明瞭で鶏卵大の腫脹を認め、被覆粘膜には異常所見はなかった。「5」は遠心側にやや転位していた。患部は骨様硬であり、圧痛はなかった。

レントゲン所見：左下顎小臼歯部から左下顎角部近心側にかけて、単胞性で薄い骨皮質の膨隆がみられる鶏卵大の透過像を認め、境界は明瞭である。その内部に小さな、大きさもほぼ同等な不透過像が比較的一様に全体にわたって散在している。「4」「5」の歯根の吸収所見はないが「5」は「C」の状態で白線の完全な消失がみられ、「4」の遠心側歯槽骨が漸慢性に吸収されているのがみられる（図5）。

臨床診断：化骨性線維腫

処置及び手術所見：「4」遠心から「8」相当部までの左下顎骨連続離断術と即時左腸骨片移植を施行した。腫瘍は骨様硬で境界明瞭であったが、両方の離断部下顎縁に浸潤を認めたため、一部削除した。

摘出物所見：2.7×4.1×4.1cmを有する灰白色の腫瘍

図 5 症例 2 レ線所見

図 6 症例 2 摘出物所見

図 7 症例 2 摘出物所見

図 8 症例 2 病理組織所見

で骨皮質は膨隆し、その間に比較的厚い被膜が認められた。腫瘍の実質は弾性硬で、下顎管は下方に圧迫されているが腫瘍外にあった(図 6, 7)。

病理組織学的所見：星状の細胞成分に富んだ線維の増殖と成熟線維組織の増殖からなり、特に前者の組織内には石灰化物を核としてきたと考えられる、比較的大形

の骨組織も多くみられた。周囲の皮質骨は吸収されて、わずかに残っているが肉眼的にみられた被膜は認め難かった(図 8)。

病理組織学的診断：化骨性線維腫

症例 3

患 者：11歳 男性

初 診：昭和46年11月■日

主 訴：左口蓋粘膜の腫脹

家族歴及び既往歴：特記事項は認められなかった。

現病歴：2カ月前から左口蓋粘膜の腫脹に気づいたが、痛みがないので放置していた。学校での歯科検診で同部の腫脹とう蝕を指摘されて、某歯科医院で DE を抜歯した。しかし、腫脹は変らず当科紹介され来院した。

現 症

全身所見：体格、栄養ともに中程度である。

口腔外所見：左眼窩下部全体から頬部にかけて緩慢性の腫脹を認め、骨様硬である。所属リンパ節は左顎下リンパ節にアズキ大のもの1個を触れ可動性で圧痛はない。他のリンパ節は触れなかった。

口腔内所見：左上顎小臼歯から左口蓋正中部までの卵卵大の腫脹がみられ、境界は比較的明瞭で被覆粘膜には異常はみられなかった。'126'にも転位等の異常所見は認めなかった。

レントゲン所見：左上顎骨の膨隆と'3457'の埋伏歯を含み、やや境界不明瞭であり、多胞性で内部に雲い状の不透過像が交錯している部分と透過像がみられる部分とが混在している。腫瘍は左上顎洞をほぼみだして、骨皮質の一部は欠損している所も認められた(図 9)。

臨床診断：エナメル上皮腫

処置及び手術所見：左上顎腫瘍摘出術を施行したが、上方は眼窩底と側方は鼻粘膜と薄い骨で隔てられ、後方は軟口蓋まで拡がり、左上顎洞粘膜と思われるものが左眼窩底部に近接して残っていた。しかし、被膜が認めら

図 9 症例 3 レ線所見

図 10 症例 3 摘出物所見

図 11 症例 3 摘出物所見

図 12 症例 3 病理組織所見

れ摘出は比較的容易であった。

摘出物所見：ほぼ鶏卵大のもので、内部に 3, 4, 5, 7, 8 を埋伏しているのが認められた。腫瘍は被膜を有し、弾性硬であり、割面では一部に血夜を含んだ嚢胞状のものが認められた。6 に根の吸収が認められ、4, 5, 7 は年齢相応の未完成歯と考えられた（図 10, 11）。

病理組織学的所見：比較的細胞成分に富んだ線維の増殖からなり、類円形状の小石灰化物が散在性にみられた。石灰化物は無構造のものもあるが封入細胞をもった線維骨もみられた（図 12）。

病理組織学的診断：化骨性線維腫

症例 4

患者：38歳 男性

初診：昭和46年9月

主訴：右下顎臼歯部の腫脹

家族歴及び既往歴：特記事項なし

現病歴：1年ほど前より右下顎臼歯部の腫脹に気づいたが、痛みがないのでそのまま放置していた。しかし、2カ月前より食事時に同部に痛みがみられるようになったため、食べられなくなった。

現 症

全身所見：体格、栄養ともに良好で眼瞼結膜に貧血を認めない。

口腔外所見：右頬部～右口角部にかけて鳩卵大で慢性性の腫脹が認められた。骨様硬であるが圧痛はなかった。所属リンパ節では左右顎下リンパ節がともに大豆大のもの1個を触れ、可動性であり右側に圧痛がみられた。

口腔内所見：3|～6|にかけて比較的境界明瞭な腫脹で、被覆粘膜には右上顎歯牙による圧痕がみられた。腫瘍に近接する歯牙には、転位等の異常所見はなかった。

レントゲン所見：右下顎前歯部から右下顎大臼歯部までの多胞性の透過像を認め、境界は明瞭であった。内部には隔壁像や雲い状の不透過像が混在していた。下顎下縁の骨皮質は一部膨隆してはいるが破壊はない。しかし同歯槽骨はほとんど吸収されていて、7, 2, 1|の白線が一部消失していた（図 13）。

臨床診断：エナメル上皮腫

処置及び手術所見：1| 近心側から7| 遠心側までの、下顎骨連続離断術及び右腸骨片移植術を施行した。同部の歯槽骨は著明に吸収されて、同部歯肉と腫瘍は癒着し

図 13 症例 4 レ線所見

図 14 症例 4 摘出物所見

図 15 症例 4 摘出物所見

図 16 症例 4 病理組織所見

ていた。

摘出物所見：2.3×5.8×4.4cmの大きさを有する摘出物で、割面では線維性の被膜を認め、灰白色を呈する腫瘍である。下顎骨の頬側皮質骨と歯槽突起が吸収されていて、とくに臼歯部が著明である。下顎管は下方に圧迫されていて、腫瘍外にみられた(図 14, 15)。

病理組織学的所見：細胞成分に富んだ部分と乏しい部分が入り混じっている線維の増殖からなり、比較的小さい類円形の無構造な石灰化球が散在しており、その間に不定形で小さな新生線維骨もみられた(図 16)。

病理組織学的診断：化骨性線維腫

症例 5

患 者：48歳 女性

初 診：昭和48年11月■日

主 訴：左下顎臼歯部の腫脹

家族歴及び既往歴：特記すべき事項なし

現病歴：4～5年前より左下顎臼歯部の腫脹に気づいたが、痛みがないので放置していた。昭和48年10月、76|治療のため某歯科医院を受診し、左下顎臼歯部の腫脹を指摘されて当科に紹介された。

全身所見：体格、栄養ともに中程度。

口腔外所見：右頬部に鶏卵大で瀰慢性の腫脹がみられ、骨様硬を呈していた。所属リンパ節では左顎下リンパ節のみ大豆大に腫脹して、可動性で圧痛はなかった。

口腔内所見：4|近心側から7|遠心側にかけて、また頬舌側にも中程度の比較的境界明瞭な腫脹を認め、被覆粘膜には異常は認めなかった。患部は骨様硬であり、圧痛はなかった。35はC₃の状態、2|～7|までは、それぞれ歯間空隙がみられたが転位はなかった。

レントゲン所見：2|～7|までやや境界不明瞭な多胞性の透過像で、内部に隔壁や濃淡のある雲い状の不透過像が認められた。下顎下縁はほとんど膨隆ないが、頬舌的に骨皮質が膨隆しているのが認められた(図 17)。

臨床診断：化骨性線維腫

処置及び手術所見：1|近心部、及び8|相当部で下顎骨離断術を施行し、同時に左腸骨片移植を施行した。骨膜は容易に剝離でき、骨は頬舌側に膨隆していて、とくに頬側は拇指頭大で境界明瞭な半球状のもので骨はかなり薄く、一部に血夜を含み暗赤色を呈していた。

摘出物所見：2.4×4.5×3.3cmの大きさの腫瘍で下顎骨頬側に拇指頭大に骨が膨隆していて境界明瞭だが、舌側は瀰慢性に骨が膨隆していた。腫瘍は浸潤性に入りこんでいて骨の吸収は様でない。しかし、頬側には被膜

図 17 症例 5 レ線所見

図 18 症例 5 摘出物所見

図 19 症例 5 摘出物所見

図 20 症例 5 病理組織所見

が一部認められる所もみられた。頬側の骨膨隆内には、血夜を含んだ嚢胞がみられた。これは症例3と同様な所見である。腫瘍は弾性硬であり灰白色であった(図 18, 19)。

病理組織学的所見：紡錘形または星状の核を有する細胞成分が比較的多く、線維束の走向はあまり特徴的ではない。石灰化物は、同心円状に发育している像を示して

いるものが主であるが、骨様のもの、セメント質様のものなどもあり形態も多種多様である。なお、嚢胞腔の壁に上皮は認められず、特別な組織や反応もみられなかった(図 20)。

病理組織学的診断：化骨性線維腫

症例 6

患者：53歳 女性

初診：昭和51年・2月

主訴：右上顎 4| 部頬側歯肉の腫脹

家族歴及び既往歴：2～3年前より高血圧にて薬物服用中である。他に特記すべき事項はない。

現病歴：1カ月前より 5 4| の動揺と頬側歯肉の腫脹に気づいたが、他に症状がないので放置していた。しかし、腫脹が軽減しないため県立病院歯科を受診し、腫瘍の疑いにて手術が必要といわれて当科へ受診した。

現症：体格、栄養ともに良好であるが、眼瞼結膜にやや貧血を認めた。

口腔外所見：顔貌は左右対称性で腫脹、発赤は認められない。所属リンパ節では左顎下リンパ節のみ小豆大に腫脹していて、可動性で圧痛はなかった。

口腔内所見 4| 頬側歯肉を中心に 比較的境界明瞭な小指頭大の腫脹がみられ、被覆粘膜には異常所見はなかった。触診では骨様硬であり、圧痛はなかった。口蓋側にはとくに異常は認められなかった。歯牙所見では 3| の歯冠部が遠心側に、4| の歯冠部が近心側に傾斜していた。

レントゲン所見：腫瘍は 3| 遠心側から 5| 近心側にかけて単胞性で境界明瞭な線状の硬化像でかこまれ、内部には点状で一様な不透過像と透過像とが混在しているのが認められた。歯牙には吸収所見はないが、4| 歯根部

図 21 症例 6 レ線所見

図 22 症例 6 摘出物所見

図 23 症例 6 摘出物所見

図 24 症例 6 病理組織所見

は遠心側に圧迫されているのが認められる (図 21)。

臨床診断：歯源性石灰化上皮腫または化骨性線維腫

処置及び手術所見：3| 近心側から 5| 遠心側までの歯槽部を腫瘍を含めて、顎骨部分切除術を施行した。4| を中心に膨隆した皮質骨は、薄い破壊なく、骨膜は容易に剝離できた。口蓋側の骨はほとんど膨隆していなかった。歯牙には吸収所見はないが、4| 歯根部は遠心側に

圧迫されているのが認められる (図 21)。

臨床診断：歯源性石灰化上皮腫または化骨性線維腫

処置及び手術所見：3| 近心側から 5| 遠心側までの歯槽部を腫瘍を含めて、顎骨部分切除術を施行した。4| を中心に膨隆した皮質骨は、薄い破壊なく、骨膜は容易に剝離できた。口蓋側の骨はほとんど膨隆していなかった。

摘出物所見：剖面では骨と腫瘍組織とは境界明瞭で、腫瘍組織は灰白色の組織と褐色の組織が混在している充実性のものである。被膜は一部に認めることができた (図 22, 23)。

病理組織学的所見：紡錘形の核を有する細胞成分が中程度にみられる線維組織の密な増殖がみられ、比較的大い膠原線維束の走向は波状あるいは渦巻状である。中にみられる硬組織は、大小不同及び不整形で細胞を入れている骨様のものが少数ある他は、細胞のみられない石灰化物であった。これらは腫瘍周辺部に多く認められた (図 24)。

病理組織学的診断：化骨性線維腫

III. 小 括 (表 1)

性・年齢別では女性 4 名、男性 2 名であり、10代が 2 名、30代が 1 名、40代が 2 名、50代が 1 名であった。自覚時期は上顎に発生したもの 2 例が 1～2 カ月前で、下顎に発生したものは 2～5 年前であった。自覚症状は腫脹がほとんどであるが、なかには症例 1 のように下顎側の知覚異常、症例 4 のように咀嚼障害等の併発がみられた。疼痛は症例 4 のように腫瘍増大の結果、対合歯による咀嚼痛が生じた以外にはみられなかった。臨床検査では異常所見はなく、血清アルカリフォスファターゼ値も正常内であった。X線所見では単胞性が 2 例、多胞性が 4 例であり、境界はすべての症例で明瞭であった。骨皮質は、すべての症例で膨隆していたが、破壊はなかった。腫瘍内には点状、塊状、及び雲い状の骨形成像が認められたが範囲や部位によりさまざまな像を呈していた。歯牙所見では腫瘍に近接している歯牙に転位するものがみられ、歯根の吸収と思われる所見が症例 3 で認められた。白線の消失は歯牙のない症例 1 を除いてすべての症例に認められた。

臨床診断ではエナメル上皮腫を疑った症例が 2 例、歯源性石灰化上皮腫を疑った症例が 1 例みられたが、前者は骨形成像が明瞭でなかったためであろう。後者は骨形成像及び部位から上記診断となった。処置では上顎に発生したものでは腫瘍摘出術と顎骨部分切除術を施行し、下顎はすべての症例に連続離断術を施行し、同時に腸骨移植を施行した。

摘出物所見では灰白色及び淡黄色で充実性、一部血つべいの入った囊胞もみられた。被膜は一部欠如したもの

表 1 症例総覧表 化骨性線維腫の 6 症例

症 例		No. 1	No. 2	No. 3	No. 4	No. 5	No. 6
性 年 齢 初 診 日		♀・48	♀・18	♂・11	♂・38	♀・48	♀・53
		43・5・■	44・12・■	46・11・■	46・9・■	48・11・■	51・2・■
既往歴	自覚時期	2年前	2年前	2ヵ月前	1年前	5年前	1ヵ月前
	自覚症状	腫脹・知覚異常	腫脹	腫脹	腫脹・咀嚼しやく障害	腫脹	腫脹
現 症	腫 脹	8-上行枝	4-隅角部	小 白 歯 部 (左上顎)-正中部	3-6	4-7	4-5
	疼 痛	(-)	(-)	(-)	咀嚼しやく痛	(-)	(-)
	神 經 症 状	知覚異常	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	血液学的所見	正常	正常	正常	正常	正常	正常
	血清 アルカリフォスファターゼ	正常	正常	正常	正常	正常	正常
X線所見	輪 郭	単胞性	多胞性	多胞性	多胞性	多胞性	単胞性
	境 界	明瞭	明瞭	やや明瞭	明瞭	明瞭	明瞭
	骨 形 成 像	塊状	点状	雲えい状	雲えい状	雲えい状	点状
	骨 皮 質	膨隆・菲薄	膨隆・菲薄	膨隆・菲薄	膨隆・菲薄	膨隆・菲薄	膨隆・菲薄
	他 骨 格 変 化	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
歯牙所見	転 位		(+)	(-)	(-)	(+)	(+)
	動 揺		(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	白 線 の 消 失		(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
	根 の 吸 収		(-)	(+)	(-)	(-)	(-)
臨 床 診 断 処 置		化骨性線維腫	化骨性線維腫	エナメル上皮腫	エナメル上皮腫	化骨性線維腫	歯源性石灰化上皮腫
		連続離断術 腸骨移植術	連続離断術 腸骨移植術	腫瘍摘出術	連続離断術 腸骨移植術	連続離断術 腸骨移植術	部分切除術
摘出物見	骨 面	滑沢	滑沢	滑沢	滑沢	滑沢	滑沢
	被 膜	有	有	有	有	一部有	一部有
病理組織学的診断経過		化骨性線維腫 良好	化骨性線維腫 良好	化骨性線維腫 良好	化骨性線維腫 来院せず	化骨性線維腫 良好	化骨性線維腫 良好

も含め、すべての症例に認められた。経過は来院しない症例4を除いてすべて良好である。

IV. 考 察

顎骨における中心性線維性骨変化は Thoma¹⁸⁾, Waldron³⁶⁾ のように腫瘍性病変と異形成病変に分け、一方 Jaffe³⁶⁾, Lichtenstein³⁹⁾, Zimmerman²⁶⁾らはこれらを同一病変であるという見解をとっている^{29,34)}。臨床的にはレントゲン所見で境界の状態や骨形成像の違い³⁸⁾、また病理組織学的には硬組織の性状、結合繊維膜の有無、線維組織の走向等が鑑別の要点といわれているが、これらの点についてはあらためて報告するつもりである²⁵⁾。

一方、顎骨においては発生学的に歯胚組織を有しているため、中心性線維腫は骨原性と歯原性のものが当然考えられねばならない^{6,25,28)}。すなわちセメント質形成性線維腫との関係であるが、発生学的に骨組織とセメント質とは中胚葉から生じた間葉性組織であるので、病的な状態での鑑別は極めて困難な場合が多い。文献的には歯牙との関係、硬組織の性状、線維組織のなかにある上皮成分の有無が鑑別の要点となっているようである。とくに硬組織については封入細胞が無いか少ないか、基質が線維成分に富み染色状態が似ているかどうか、ハーバース管の欠如、吸収性の変化がないことが歯原性の特徴といわれている。しかし、臨床的には鑑別は極めて困難で私達が経験した症例3、5においても歯牙組織との関連

や硬組織の性状から、歯源性も十分に考慮しなければならないと思われる^{6,10,11,13,15,19,20,23,31,33}。

顎骨領域における、化骨性線維腫の臨床的統計的観察では、成蕾によれば一般に女性に多く、年齢別ではあらゆる層にみられるが、とくに青年期、壮年期に多いといわれている^{1,2,13,21}。

また化骨像の強度に従って年齢層も高くなる傾向があるようである^{2,18,20}。来院時期は文献上で自覚後1～5年が圧倒的に多い。自覚症状も腫脹がほとんどであり、腫瘍の増大により知覚異常や咀嚼障害の併発もみられるが^{8,10,13,24}、病的骨折は極めて稀であるといわれている。発生部位では下顎に多く、とくに臼歯部に好発する傾向が認められる^{1,2,10,13,22}。また片側性がほとんどであるが、時として両側性、とくに左右対称性にみられたという報告もみられる。

腫瘍の大きさでは、文献上圧倒的に鶏卵大が多く認められる^{1,9,10,13,24,28}。経過も一般に緩慢であって、腫瘍の増大は発育期間とはほぼ一致しているようである。臨床検査では一部に血清アルカリフォスファターゼの異常について記載があるが、腫瘍性病変では正常値が多いようである^{23,24}。

X線所見では文献上、透過像を示すもの、あるいは透過像と不透過像の混合した像を示すものが多く境界も明瞭なものが圧倒的に多い^{1,13,18,28}。不透過像として点状から雲えい状等の所見が多く、スリガラス状の所見は少ない。骨皮質は膨隆するものが多いが、破壊されることはあまりない。腫瘍に近接している歯牙は、腫瘍の増大に伴い転位するものもあり、歯根の吸収がみられる症例もあるようである²⁸。摘出物所見では、充実性のもので一部に血夜を含むのう胞の所見もみられ、また被膜がみられるのが一般的である^{13,17,28,30,32}。

処置別では顎骨部分切除術及び摘出術が多いが、これは大きさ、部位とも関連するものであり、Thomaは掻爬は好ましくないと述べている^{13,18}。病理組織学的診断では、線維性骨異形成症や歯源性線維腫との鑑別は前述のような点を含めて、総合的な見地から診断しなければならないと思われる^{1,13,16,27,35,37}。

化骨性線維腫は本症例にもみられるごとく、発育が緩慢で良性の経過をとるが、平川らの報告のように2歳3カ月の女児で、2次的に肉腫化を起し死の転機をとった症例もみられる⁹。私達も今後十分な経過観察が必要と考える。

V. ま と め

1) 化骨性線維腫と診断した6症例について、レントゲン像及び病理組織学的所見を主とした臨床報告をした。

2) 6症例のうち来院しない1症例をのぞいてすべて経過良好であった。

本論文の要旨は昭和50年6月14日第1回口腔外科学会北日本地方部会において発表した。稿を終るにあたり、一部病理組織学診断をいただいた本学歯学部口腔病理学教室、福島祥弘助教授に感謝を表します。

文 献

- 1) 石川相朗, 秋吉正豊: 口腔病理学Ⅱ, 永末書店, 東京, 1969, 968頁。
- 2) 藤岡幸雄: 中心性顎骨線維腫の種々相について, 口科誌, 9: 323, 1960。
- 3) 石川相朗: 歯源性腫瘍について, とくにその病理学的方面から(その2), 口病誌, 27: 307, 1960。
- 4) 北村貴保, 他: 下顎骨に発生した化骨性線維腫の1例, 口外誌, 5: 59, 1959。
- 5) 小野克己, 他: 下顎骨化骨性線維腫の1例, 口外誌, 3: 160, 1957。
- 6) 鈴木 進: 顎骨内部に発生する線維性腫瘍についての病理学的研究, 口病誌, 26: 296, 1959。
- 7) 横須賀淳一, 他: 下顎骨に発生せる中心性線維腫の1例, 口外誌, 5: 68, 1959。
- 8) 坂井 裕, 他: 上顎に発生する巨大な中心性線維腫の1例, 口外誌, 6: 179, 1960。
- 9) 平川正輝, 梶谷寛大: 肉腫化を起し死の転機を取った下顎対照性 Osteofibroma に就いて, 九州歯会誌, 6: 11, 1952。
- 10) 藤野 博, 他: 下顎骨に見られた Ossifying fibroma の1例, 口外誌, 18: 482, 1969。
- 11) 堀越達郎, 他: 線維性骨異形成症と類似疾患の6例, 口外誌, 18: 785, 1969。
- 12) 宮崎 正, 他: 広範な facial fibrous dysplasia の1症例, 口外誌, 17: 101, 1971。
- 13) 茂呂 允: 顎骨に生ずる中心性線維性腫瘍ならびに線維性骨異形成症に関する臨床病理学的研究, 日大歯学, 41: 389, 1967。
- 14) 滝川富雄, 他: 上顎化骨性線維腫の1例, 口外誌, 6: 235, 1960。
- 15) 西村典三, 他: 下顎骨内に生じた石灰化組織を伴う線維腫 "Odontogenic fibroma"? の剖検例とこれが石灰化機転の知見補遺, 歯科医学, 17: 85, 1955。
- 16) 前川 巖: 線維性良性腫瘍について, Fibrous Dysplasia とその類似疾患, 臨床放射線, 5: 32, 1960。
- 17) 内田 稔, 他: 化骨性線維腫の1例, 日大歯学, 63: 213, 1975。
- 18) Thoma, K. H., Goldman, H. M.: Oral Pathology. ed. 5, Mosby Co., St. Louis, 1960, p 1264。
- 19) Pindborg, J. J., Hjorting, H. E.: Atlas of Diseases of the Jaws, ed. 1, Munksgaard Co., Copenhagen, 1974, p 66。
- 20) Martis, C., et al.: Central Fibroma of the

- Mandible, J. Oral Surg., 30: 578, 1972.
- 21) Gardner, J. A., Hanft, R. J.: An Ossifying Fibroma of the Mandible, OS. OM. OP., 13: 1288, 1960.
 - 22) Bradley, E.S., Leake, D.: Ossifying Fibroma, OS. OM. OP., 26: 605, 1968.
 - 23) Pepler, W. J.: Ossifying Fibroma and Their Relation to Fibrous Dysplasia and Other Tumors, J. Path. Bact., 79: 409, 1960.
 - 24) Abras, A.M., et al.: Fibrous Osseous Lesion, J. Oral Pathology, 4: 158, 1975.
 - 25) Gorlin, R. J., Goldman, M.H.: Thoma's Pathology ed. 6, Mosby Co., St. Louis, L 920, p 503.
 - 26) Zimmerman, D.C., et al.: Fibrous Dysplasia of the Maxilla and Mandible, OS. OM. OP., 11: 55, 1958.
 - 27) Reed, R. J.: Fibrous Dysplasia of Bone, Arch. Path., 75: 480, 1963.
 - 28) Sherman, R. S.: The Roentgen Apperance of Ossifying Fibroma of Bone, Radiology, 50: 598, 1948.
 - 29) Schlumberger, H. G.: Fibrous Dysplasia of the Maxilla and Mandible., Am. J. Orthod., 32: 579, 1964.
 - 30) Hayes, R. L.: Ossifying Fibroma, OS. OM. OP., 19: 633, 1965.
 - 31) Schmaman, A.: Benign Fibro-Osseous Lesion of the Mandible and Maxilla, Cancer, 26: 303, 1970.
 - 32) Shapiro, R. D., et al.: Ossifying Fibroma of the Maxilla, J. Oral Surg., 23: 539, 1965.
 - 33) Kennett, S., et al.: Giant Cemento-Ossifying Fibroma, J. Oral Surg., 30: 513, 1972.
 - 34) Gold, L.: The Classification and Pathogenesis of Fibrous Dysplasia of the Jaw, OS. OM. OP., 8: 628, 1955.
 - 35) Waldron, C. A.: Fibro-Osseous Lesin of the Jaws, J. Oral Surg., 28: 58, 1970.
 - 36) Jaffe, H. L.: Tumors and Tumorous Conditions of the Bones and Joints. ed. 4, Lea and Febiger Co., Philadelphia, 1964, p 117.
 - 37) Hammer, J. E., et al.: Benign Fibro-Osseous Jaw Lesions of Periodontal Menbrane Origin, Analysis of 249 Cases, Cancer, 22: 861, 1968.
 - 38) Stafne, E. C.: Oral Oral Roentgenographic Dianosis. ed. 3, Saunders Co., Philadelphia, 1963, p 210.
 - 39) Lichtenstein, L., Jaffe, H. L.: Fibrous Dysplasia of Bone, Arch. Path., 33: 377, 1942.