眼窩底を侵襲し、眼症状を伴った術後性上顎嚢胞の1例

前田 憲昭・佐藤 光信・杉 政和・吉田 秀夫
綿谷 和也・梁川 哲雄・宮崎 正

A case report of postoperative maxillary cyst which invaded the orbital cavity

Noriaki MAEDA・Mitsunobu SATO・Masakazu SUGI・Hideo YOSHIDA
Kazuya WATATANI・Tetsuo YANAGAWA・Tadashi MIYAZAKI

緒 言

術後性上顎嚢胞は、慢性副鼻腔疾患の根治手術後、長い年月の間に、残存した洞粘膜あるいは粘液腺の一部が増殖し、嚢胞化する疾患である。本疾患は、頬部、口腔前庭部の腫脹ならびに同部の疼痛等を主訴とする場合が多く、そのため口腔外科を受診する頻度が非常に高い。しかし、術後性上顎嚢胞で眼球を圧迫するなど、眼窩に異常をきたした症例は非常に少ない。

最近われわれは、術後性上顎嚢胞で眼球が上転するという、きわめてまれな症例に遭遇したので報告する。

症 例

患 者： 38歳 男性。

初 診：昭和52年11月 日。

主 訴：左上顎臼歯部腫脹。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：約22年前に、両側上顎洞の慢性副鼻腔炎に罹患し、上顎洞根治術をうけている。術後より最近にいたるまで、同部に特別な自覚症状を認めていない。なお、幼少時よりアレルギー性鼻炎に罹患し成年期まで通院加療をうけ、現在でも時々水様性鼻汁の漏出を認めるという。

現病歴：昭和52年10月末に左上顎臼歯部に鈍痛を認め、某医を受診し、急性歯髄炎との診断で左上顎第1大臼歯の冠撤去および歯内療法処置をうけた。その急性症状は消退するも、数日後、左上顎犬歯窩に急速な腫脹をきたし、同医にて切開排膿の処置をうけたが軽快せず、

大阪大学歯学部口腔外科学第1講座(主任：宮崎 正教授)

The 1st Department of Oral and Maxillofacial Surgery Osaka University Dental School (Chief: Prof. Tadashi Miyazaki)

受付日：昭和54年2月15日

本学を紹介されて来院した。

初診時所見：左側頬部にびまん性の腫脹をきたしている以外、顔面には変化を認めない。口腔内所見として、左側第1、第2小臼歯の頬側根尖部に幅2cm、長さ3cm

写真 1

写真 2

表 1 臨床検査成績

	昭和52年 11月16日	昭和53年 6月20日	単 位
赤血球	502	542	$\times 10^4/\text{mm}^3$
白血球	8,700	7,000	/ mm^3
血色素量	14.8	16.0	g/dl
血球容積	43.7	46.8	%
百分率(%)			
好中球	55	62	
好塩基球	0	0	
好酸球	4	0	
リンパ球	37	32	
単 球	4	6	
出血時間			単 位
1 次	15分30秒	5分00秒	
2 次	1分10秒	出血せず	
血小板数	28.6	18.9	$\times 10^4/\text{mm}^3$
粘 着 率	99	77	%
凝 集 能			
ADP	65	96	%
コラーゲ ン	72	83	%
血餅収縮時間	60分以内	30分以内	
PTT	36	36	秒
プロトロンビ ン時間	100	87	%
線溶現象	51mm	(-)	
フィブリノー ゲン	286	N.D.	mg/dl
肝 機 能			
総蛋白量	6.83	7.74	g/dl
アルブミン	4.35	4.50	g/dl
GOT	17.42	18.35	Karmen U.
GPT	13.05	15.29	Karmen U.
ALP	9.10	10.89	K-A.U.

表 2 眼科所見

視力	RV=1.2×J.B	LV=0.6×J.B
眼球突出	R=15mm	L=18mm
(Hertel 眼球突出計)		
眼圧	RT=18mmHg	LT=18mmHg
中心 cff	R=35Hz	L=28Hz
cff; 臨界フリッカー光隔合頻度		
正常値は 50~35Hz		

部を底部として、上顎洞内に周囲組織と明瞭な境界を有する鶏卵大のX線透過像を認めた。外側壁は頬骨陥凹部に、内側壁は犬歯窩にいたり、上顎洞内をほぼ満たしていた。Waters 法による撮影では(写真2)、透過像の上縁は上顎骨眼窩下縁の直下まで及んでいたが、眼窩下孔周辺の吸収像は認めなかった。正中側では、中鼻甲がわずかに正中側に圧迫されていた。デンタル撮影では5.6の歯根周囲の白線は消失し、すべての根は病巣に穿孔していた。

処置および経過

臨床所見およびX線写真所見より、術後性上顎嚢胞と診断された。治療は再発する症状を軽減する目的で5の歯髓腔は開放され、排膿が行われた。内容は帯黄褐色の粘稠な液体であり感染が認められたため、セファロスポリン系の抗生物質であるケフレックス(塩野義製薬、大阪)が1日1gで投与された。その結果、3日後には全身および局所の症状は改善され、嚢胞の摘出が計画された。しかし、止血検査において、出血時間が14分30秒(表1)と延長していることが判明し、出血性素因の存在が疑われたため、外科的処置を延期した。病巣に対しては対症療法を行いつつ、止血機構の検査を継続した結果、表1に示すごとく、止血機構における器質的な病因は認められず、原因不明な一時的異常と考えられた。昭和53年3月、検査で出血時間が8分30秒と短縮され、手術が予定され待機の状態にあった。ところが同年5月24日になって、左頬部の急速な腫脹と左眼よりの流涙、視力低下、視野狭窄を訴えて来院した。

再診時臨床所見

左顔面はびまん性に腫脹しておりその上縁は左下眼瞼に、正中側は左鼻根部に及んでいた。特に鼻骨と涙骨の縫合部では圧痛を認めるとともに、小指頭大の骨欠損を思わせる部位が存在した。外側は外眼角より浮腫状に頬骨弓に及び、底部は口腔内の左上顎歯槽骨上、顴頬移行部にあった。さらに眼窩下縁の腫脹のために眼球下制筋の運動が制限され、眼球の下転が不能で上転したままとなっていた。さらに圧迫症状として視力が減退し、視野狭窄、流涙を認めた。同時期の眼科所見は表2に記したとおりであった。

の発赤を伴った粘膜の腫脹を認め、一部に波動を触知し、骨欠損の存在を認めた。左側上顎犬歯の根尖部付近には新鮮な切開創を認めたが、膿汁などの排泄はなかった。歯髓診断器によるテストでは3.4は生活歯であり、5.6は失活歯で、6の口蓋根は開放されていた。炎症症状を示す組織は5.6の顴頬移行部に限局しており、三叉神経第2枝領域での神経圧迫あるいは神経炎の症状は認められなかった。左側の鼻腔の閉鎖感は強いとのことであった。

初診時X線写真所見：問診および臨床経過より術後性上顎嚢胞を疑いX線撮影を行った。パノラマ写真(写真1)では、左側上顎第2小臼歯および第1大臼歯の根尖

写真 3

写真 4

a : 1.5cm, b : 2.5cm

写真 5

X線所見

後頭一前頭撮影像(写真3)では眼窩下縁の骨吸収は著明で、病巣が眼窩内に進展していることが認められた。そこで骨吸収および病巣の確認のため、矢状および側方の断層撮影を行った。病巣は矢状方向で著明で、顔面皮膚よりの深度が1.5cm, 2.5cmで眼窩下縁、眼窩底の上顎骨の吸収が認められた(写真4)が、深度が4cmになると眼窩底の骨は正常であった。一方、ハノラマ写真像(写真5), Waters法写真像(写真6)では病巣の上顎結節内への進展と眼窩底への侵襲は認められたが、翼口蓋窩への陥入は認められなかった。

以上のような症状で再診の翌日、5.6の根尖部より試験穿刺を行い、前回と同様の内容液を5ml吸引した。また、この処置により眼球の運動制限が緩和されることが明らかとなり、昭和53年6月 日になると、出血傾向も改善された(表1)ので、手術を施行した。ただし、断

写真 6

層X線所見および触診による骨欠損の存在は、単に嚢胞とのみ考えることはできず、むしろ上顎骨内に発生した悪性腫瘍を思わしめた。そこで、術前に嚢胞内の内容液を穿刺する際、一部嚢胞壁の組織を採取し、病理切片としたが、組織学的診断では感染上皮組織であった。

手術術式：昭和53年7月 日、手術は全身麻酔下で施行された。切開は1-6の顴頬移行部より5mm歯冠部側の歯槽骨上加えられ、次に鈍的に骨膜下の剥離が行われ、5.6の骨欠損部にいたった。同部の欠損は拇指頭大

写真 7

(H.E. 染色 ×100)

で周囲骨の削除を行うことにより、上顎洞を明視下に確認した。骨欠損部には嚢胞壁が露出しており、手術は骨内壁と嚢胞壁を分離することにより、側方、上方、正中側に進められたが、一部で骨と癒着していたために、内容液が漏出した。上方部は眼窩下縁で指示頭大の骨欠損を認め、上顎洞と眼球は嚢胞壁でのみ境されていた。壁を摘出する際、眼球は容易に触診することができた。後方では固有の上顎洞壁の存在を認めたが、正中側では眼窩下縁の骨欠損部より篩骨蜂巣に連続して移行する肥厚した粘膜を認めた。一部涙骨と鼻骨の縫合部付近には、小指頭大の骨欠損を認め、粘膜下には膿汁が約5 ml 貯留していた。この液の粘稠度は他部のものより高かった。

手術は上顎洞根治術に準じて行われ、洞内の搔爬後、大量の生理食塩水で洗浄し、テラマイシン軟膏を塗布した長さ約50cmのガーゼをタンポンとして挿入し、左鼻腔底に穿孔を形成、タンポンの一端を取り出して顔面に固定した。その後、切開部を縫合し手術を終了した。

手術時の病理組織所見

手術時得られた嚢胞壁の病理所見は、感染した上皮組織であり、一部ガラス様変性を起こしているとともに、周囲結合組織内には小唾液腺が多数みられた(写真7)。

術後経過

術後、ただちに眼球の運動制限は解除され、頬部には一時的な反応性の腫脹をきたしたものの、経過は良好であった。3か月を経過した時点の観察においても、眼症状を認めず、病巣の瘢痕治癒もX線の観察で良好である。

考 察

慢性副鼻腔炎あるいは術後性上顎嚢胞の炎症が眼窩に

及び、眼球突出、視力障害、複視、眼痛、眼瞼腫脹、眼球運動障害、流涙などの症状を示す例は、Thoma¹⁾、山本²⁾、南波³⁾、山口^{4,5)}によって報告されている。一般に炎症が眼窩に波及する経路は篩骨洞を経るもの²⁾、血行あるいはリンパ行性、または先天性骨間隙³⁾と考えられているが、本症例では嚢胞が膨大して眼窩底の骨を吸収し、直接眼球を圧迫していた。したがって眼窩に及ぼす症状も上に述べたもののほか、視神経機能(中心c/f)の低下がみられた。しかし、すべての症状は、嚢胞による物理的な圧迫症状であったために、術後にはただちに正常に復した。また術前の上顎骨断層X線写真所見では、半月裂溝に開口する上顎洞自然孔付近より眼窩底にいたる著明な骨吸収を認め、悪性腫瘍の所見を思わせた。そこで、術前には上顎歯槽骨面の骨欠損部より、術後には骨吸収の著明な部分よりの病理組織片の採取を行ったが、結果は感染上皮の存在のみで悪性像は認められなかった。

今回の症例の発生の機序を考えると、15年前に行われた慢性副鼻腔炎の根治手術時に残存した上皮が、長い年月を経て嚢胞様に増大するとともに、生来罹患していたアレルギー性鼻炎で、自然孔周囲に炎症が繰り返され、術後の治癒が阻害され、感染が上顎洞内に拡大したと思われる。特に自然孔相当部より篩骨蜂巣を被覆する粘膜は肥厚し、一部には膿汁の貯留を認めたことは、同部および眼窩底部の骨吸収が著明であったことと一致する所見であった。すなわち、本症例は術後に発生した上顎嚢胞と従来からのアレルギー性鼻炎がなんらかの機作によって関連し、発生したものと考えられる。

なお本症例の加療にあたり、貴重な眼科所見とご助言をいただいた、大阪大学医学部眼科学教室森山穂積先生に深謝いたします。

引 用 文 献

- 1) Thoma, K.H.: Oral Surgery 2nd ed. Mosby Co, St Louis, 1952, p 759.
- 2) 山本美朗, 他: 眼球突出を来した両側術後頬部嚢胞の1例. 日口外誌 21: 66 1975.
- 3) 南波 正, 他: 眼球突出を来した歯性上顎洞炎の1例. 日口外誌 21: 69 1975.
- 4) 山口宏也: 最近経験した鼻副鼻腔及び眼窩合併疾患について. 耳鼻 18: 267 1972.
- 5) 木暮山人: 術後性上顎嚢胞の臨床的研究. 耳鼻 20: 301 1977.