片側咬筋肥大症の1例

小林正治・永瀬 守・浜本宜興
上條 毅・中島民雄

Unilateral hypertrophy of the masseter muscle: Report of a case

Tadaharu KOBAYASHI・Mamoru NAGASE・Yoshioki HAMAMOTO
Takeshi KAMJYOU・Tamio NAKAJIMA

Abstract: An 18-year-old man with unilateral hypertrophy of the masseter muscle is reported. The patient complained of a painless swelling on the left side of the face. On palpation, there was an evident asymmetry of the masseter muscles and remarkable hypertrophy of the left masseter muscle associated with deformity, and lateral deviation of the mandible was revealed by CT scans.

The lower and inner portion of the left masseter muscle was resected and the expanded portion of the lateral cortical plate was trimmed away by an intraoral approach. There was no complication except slight paresthesia of the left cheek skin. Postoperative CT scans showed that the asymmetry of the face and the mandible was greatly improved. The patient was satisfied with the result of surgical correction.

Key words: hypertrophy of masseter muscle (咬筋肥大症), surgical treatment (外科的療法)

緒 言

咬筋肥大症は、咬筋の片側性または両側性の慢性良性肥大を主症状とする疾患で、審美性の改善を目的として形成外科的な治療の対象となる。しかし、本症は比較的多い疾患とされており、本邦でも、まだその手術的治療の報告は少ない。

最近われわれは、片側咬筋肥大症に対して、口内法による咬筋部分切除と下顎骨外側皮質骨の削除を行い、審美的に良好な結果を得たので報告する。

症 例

患 者：18歳 男性。
主 訴：左側顎角部の腫脹。
初 診：平成元年6月■。

家族歴および既往歴：特記事項なし。

現病歴：初診の2年程前に左側顎角部の突出感に気付くも、疼痛などの症状がなかったため放置していた。しかし、その後、同部の突出感が次第に目立つようになったため、平成元年5月に某病院歯科を受診し、同医の紹介により当科を受診した。

現 症：体格、栄養は中等度で特に異常は認めなかった。左側顎角部に境界不明瞭な弾性軟の膨隆を認め、顔貌は非対称を呈していた(写真1)。触診にて咬筋の左右差を認めたが、皮膚との癒着や圧痛はなかった。また、かみしめると膨隆はやや著明となった。顎関節には症状はなく、咬合状態は左右ともAngle分類のⅠ級で著しい異常はなかったが、下顎正中のわずかな左方偏位を認めた(写真2)。歯ぎしりや頬杖の習慣はなかったが、以前より左側の片側咀嚼の習慣があった。

臨床検査所見：特に異常は認められなかった。

X線所見：正貌頭部X線規格写真では、下顎骨全体の左方偏位を認め、非対称を呈していた(写真3)。CT像では、左側咬筋の厚みが右側に比べて増大しており、同様の所見は外側および内側翼突筋にも認めた。また、下顎骨は、下顎枝から骨体にかけて左側がしっかりとした凹凸をもっているのに対し、右側は直線的で、全体に左方に偏位していた(写真4)。

新潟大学歯学部第一口腔外科学教室
(主任：中島民雄教授)
First Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Niigata University
(Chief: Prof. Tamio Nakajima)
受付日：平成2年10月18日

写真 1 術前顔貌写真

写真 3 術前正貌頭部X線規格写真

写真 2 口腔内写真

A: 軟組織表示

B: 骨表示

写真 4 術前 CT 像

処置および経過 左側咬筋肥大症と診断し、治療は下顎骨全体の変形を認めるものの著しい咬合異常がなく、患者自身も早期の治療を希望したため外科的に行うこととし、平成元年9月[]にGOE麻酔下で口内法による左側咬筋内側部の切除を行った。また、咬筋切除のみでは十分な顔面の対称性を得ることが困難と考え、下顎角部外側皮質骨の削除を同時に行った(図1)。咬筋の切除量は約3gであった(写真5)。術後血腫予防のため、持続吸引ドレーンを3日間留置した。術直後より軽度の開口障害が出現したが、術後7日目より開口訓練を開始したところ、2か月ほどで消失した。また、左側頬部皮膚に軽度の知覚異常が出現したが、軽減傾向にある。咀嚼や発語などについての機能障害は、全く認めなかった。

術後6か月の顔貌は、左側下顎角部の膨隆もとれ、対

図1 咬筋切除部位の模式図

写真5 切除咬筋

写真6 術後顔貌写真

A: 軟組織表示

B: 骨表示

写真7 術後CT像

称性はかなり改善された(写真6)。術後4か月に撮影したCT像でも、左側咬筋の厚さが薄くなり、下顎角部の皮質骨が削除されて、同部皮膚面の形態も突出感が消退し、オトガイ部から顎角部にかけて滑らかな曲線で描出されている(写真7)。

考 察

咬筋肥大症は、片側性または両側性の咬筋肥大を主徴とし、これに多くは下顎角部の骨性肥大を合併する慢性疾患とされている。片側性では顔貌の非対称を、両側性では角張った顔貌を呈し、審美的障害を主訴に来院することが多いが、咬筋部の疼痛や顎関節の異常感、開口障害などを訴える例もある。本症は青年期に多く初発するが、性別発生頻度には差がないといわれている¹⁾。また、本症は、その報告が比較的少ないことからまれな疾患とされているが、疾患の性格上放置されることが多く、潜在的にはもっと多く存在するともいわれている^{2,3)}。本邦でも1970年の池内ら⁴⁾の論文報告以来、しだいに本症の報告が散見されるようになってきた。

病因については諸説が唱えられている。一般には片側

咀嚼や歯ぎしり、歯の食いしばりなどによる作業性肥大説⁵⁾が支持されているが、そうした誘因の考えられない症例があることや、咬筋以外の咀嚼筋の肥大を認める症例が少ないことなどから、作業性肥大説に反論を唱える者もいる⁶⁾。また、その他の原因としては、顎関節障害⁷⁾、動静脈瘻⁸⁾、頬杖の習慣⁹⁾などが報告されているが、原因不明^{10~14)}のことも多いようであり、意見の一致をみていない。本症例は、以前より左側の片側咀嚼があり、CT 所見で左側咬筋の他に内側および外側翼突筋にも肥大を認めたことから、作業性肥大説を支持するものであった。また、本症例では下顎骨形態の非対称と左方偏位を認めたが、これは成長期における咀嚼筋のアンバランスが下顎骨の成長に影響を及ぼし、結果としてこのような下顎骨の変形を引き起こしたとも推察できる。

鑑別診断としては、耳下腺炎や腫瘍性疾患が重要であるが、本症の存在が念頭にあれば、病歴、触診所見より本症を疑うのは比較的容易であるとされている^{3,6)}。また、最近 CT 検査が有用であったという報告がみられる^{3,14)}が、本症例でも最終的には CT 所見が有力な診断の根拠となった。

治療法としては、開口障害などの機能障害を主訴とする場合には片側咀嚼や歯ぎしりの是正、咬合調整などの保存的療法が行われている¹⁾が、審美的障害を主訴とする場合には外科的療法が必要となる¹⁵⁾。手術法には、口外法^{5,16)}と口内法^{15,17~19)}、外側咬筋切除法^{5,17)}と内側咬筋切除法^{15,18,19)}が報告されているが、今回は口内法で内側咬筋の切除を行った。この方法は、顔面に瘢痕を残さないため審美性がよく、顔面神経や耳下腺管などの損傷の危険性が少ないという利点がある。一方、欠点として視野が狭く手術操作がしにくいとされているが、今回の症例では十分な視野が得られた。

咬筋の切除量については、非対称の程度や切除部位の違いもあり種々の報告があるが、本症例では筋の下部、特に下顎角部から下顎下縁付近で肥大が著明であったため、下顎角部周囲に局限して咬筋内側の切除を行った結果、筋切除量は約 3 g であった。また、本症例では明らかな下顎角部の骨性肥大は認めなかったが、下顎骨全体の左方偏位があり、CT 所見などから咬筋切除のみでは十分な審美的改善を得ることが困難と考え、同部の外側皮質骨の削除を行った。その結果、対称性はかなり改善し、審美的に十分満足いく顔貌となった。

術後に多くみられる合併症は開口障害で、早期より積極的な開口訓練が必要といわれている^{12,15)}。本症例でも軽度の開口障害を認めたが、術後 7 日目から開口訓練を開始し約 2 か月で消失した。また、神経損傷は口内法では少ないとされているが、顔面神経下顎縁枝の損傷が報告されている¹⁵⁾。本症例では、顔面神経の損傷は認めなかったが、頬神経の支配領域に軽度の知覚異常を認めた。頬神経の知覚異常は、本手術と同様の切開を加える

下顎枝矢状分割術においてもまれに経験する合併症であるが、本神経が外側翼突筋を貫き、頬筋の外側を前方に走ることから、咬筋前縁部を剥離時に損傷したものと思われる。

再発についてはあまり論じられていないが、外科的療法は本症の原因療法とはならないので、片側咀嚼や不良補綴物などの誘因と思われるものがあれば、除去する必要があると思われる。また、内側咬筋は紡錘状筋線維を多く含むので、同部筋切除によって遠心性筋調節機構に変化が生じ、術後の再発を予防するのではないかとみられている¹⁵⁾。しかし、本症の原因がよくわかっていない以上、今後長期の経過観察が必要であると考えている。

結 語

今回われわれは、左側顎角部の腫脹を主訴に来院した片側咬筋肥大症患者に対し、口内法による咬筋切除術を施行したところ、審美的に良好な結果を得たので報告した。

本論文の要旨は、第24回日本形成外科学会新潟地方会（平成2年7月9日、新潟）において発表した。

引 用 文 献

- 1) 石橋利文、萩原敏之、他：片側性咬筋肥大症患者にみられた咀嚼障害の1治療例。日口外誌 33: 325-330 1987.
- 2) 高橋庄二郎、立川 潤、他：片側性咬筋肥大症の1手術例。日口外誌 18: 177-182 1972.
- 3) 窪田清己、田中信三、他：咬筋肥大症の形成手術。耳喉 57: 429-432 1985.
- 4) 池内孝彰、西 正勝、他：咬筋肥大症についての研究。口科誌 19: 206-212 1970.
- 5) Gurney, C.E.: Chronic bilateral benign hypertrophy of the masseter muscles. Am J Surg 73: 137-139 1947.
- 6) Bloem, J.J.A.M. and Van Hoof, R.F.: Hypertrophy of the masseter muscles. Plast Reconstr Surg 47: 138-144 1971.
- 7) Tempest, M.N.: Simple unilateral hypertrophy of the masseter muscle. Br J Plast Surg 4: 136-138 1951.
- 8) McKinnon, D.M.: Hypertrophy of masseter muscles following submandibular abscesses. Brit J Oral Surg 5: 181-185 1968.
- 9) Barton, R.T.: Benign masseteric hypertrophy; A syndrome of importance in the differential diagnosis of parotid tumor. JAMA 164: 1646-1647 1957.
- 10) 馬場駿吉、伊藤博隆：咬筋肥大症の1例。耳鼻

- 臨床 67: 575-579 1974.
- 11) 塚田貞夫, 柳下邦男, 他: 特発性咬筋肥大症について. 形成外科 19: 114-119 1976.
 - 12) 高橋庄二郎, 黄 国和, 他: 口内法による咬筋肥大症の手術について. 日口外誌 26: 1269-1275 1980.
 - 13) 三輪正人, 西村忠郎, 他: 咬筋肥大症の1例. 耳鼻臨床 80: 243-247 1987.
 - 14) 松本朝子, 白土雄司, 他: 咬筋肥大症の3例. 日口外誌 35: 884-892 1989.
 - 15) Beckers, H.L.: Masseteric muscle hypertrophy and its intraoral surgical correction. J Max-fac Surg 5: 28-35 1977.
 - 16) Adams, W.M.: Bilateral hypertrophy of the masseter muscle; An operation for correction. Br J Plast Surg 2: 78-81 1949.
 - 17) Ginestet, G., Frezieres, H., et al.: La correction chirurgicale de l'hypertrophie du masseter. Ann Chir Plast 4: 187 1959.
 - 18) Hankey, G.T.: Surgical reduction of bilateral hypertrophy of the masseter muscles. Br J Oral Surg 6: 123-124 1968.
 - 19) Chee, L.F., Fei, Y.J.: Surgical correction of masseter muscle hypertrophy by an intraoral approach. J Oral Maxillofac Surg 47: 883-885 1989.
-