上顎エナメル上皮腫の臨床統計的観察

森田章介・有家 巧・上月 清・中嶋正博
堀井活子・野阪泰弘・角熊雅彦・廣田克征
赤根昌樹・岡野博郎

A clinicostatistical study of ameloblastomas of the maxilla

Shosuke MORITA・Takumi ARIKA・Kiyoshi JOGETSU・Masahiro NAKAJIMA
Katsuko HORII・Yasuhiro NOSAKA・Masayuki TSUNOKUMA・Katsuyuki HIROTA
Masaki AKANE・Hakuro OKANO

Abstract: We analyzed 10 maxillary ameloblastomas clinicostatistically for the past 23 years from 1970 to 1992. The incidence of maxillary ameloblastoma was 6.5% of all ameloblastomas in the jaw bones. Age at the initial visit was the fifth decade or over in eight patients. Many tumors extended from the anterior or premolar to molar region and 6 cases involved the maxillary antrum. There was no case with an embedded tooth in the tumor. Radiographically, unilocular and multilocular radiolucency was seen in the majority of cases. Histologically, follicular type was seen in six cases, basal cell ameloblastoma in 3, and desmoplastic ameloblastoma in 1. Two cases of follicular type and 1 of basal cell ameloblastoma were malignant ameloblastomas. Recurrence was noted in 2 of the cases; both of these 2 cases were malignant ameloblastomas.

Key words: ameloblastoma (エナメル上皮腫), maxilla (上顎), clinicostatistics (臨床統計)

緒 言

上顎のエナメル上皮腫の発生頻度は、本邦では下顎に比べて著しく低い。このため上顎エナメル上皮腫の多数例での検討はほとんどみられない。そこで今回当科での10例について臨床統計的観察を行ったので報告する。

対 象

1970年から1992年までの23年間に当科で組織学的にエナメル上皮腫と診断された上顎症例10例を対象とした。症例の内訳は1次症例9例、再発症例1例であった。

研 究 方 法

1. 臨床的観察

1) 上顎症例の発生頻度, 2) 初診時年齢および性

大阪歯科大学口腔外科学第2講座

(主任: 岡野博郎教授)

Second Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Osaka Dental University (Chief: Prof. Hakuro Okano)

受付日: 平成5年4月12日

別, 3) 主訴, 4) 発現部位, 5) 臨床診断。

2. X線学的観察

1) 骨吸収像の分類, 2) 上顎洞および上顎骨後壁への拡大, 3) 埋伏歯の有無, 4) 歯根の吸収状態: 4症例, 15根を対象として伊賀¹⁾による分類を用い吸収状態を検討した。

3. 組織学的観察

1) WHO 分類²⁾による組織型, 2) 組織型と発現部位, 3) 組織型とX線像, 4) 悪性エナメル上皮腫。

4. 治療法と予後

結 果

1. 臨床的観察

1) 発生頻度

対象期間の下顎症例は143例であり、全エナメル上皮腫における上顎症例の発生頻度は6.5%であった。

2) 初診時年齢および性別

11~80歳で、60代が3例で最も多く、40および50代とつづき、平均50.8歳であった(表)。性別は男6名、女4名であった。

3) 主 訴

表 上顎エナメル上皮腫症例一覧

症例	年齢	性	部位	主訴	臨床診断	X線像	組織型	治療
1	11	男	7~C (洞)	E 抜歯窩 治癒不全	良性腫瘍	単房性	濾胞型 (棘細胞腫型)	摘出搔爬
2	34	男	5~1 (洞)	2 抜歯窩 治癒不全	良性腫瘍	多房性	濾胞型 (棘細胞腫型)	摘出搔爬
3	41	男	1~4	歯肉腫脹	良性腫瘍	蜂巣状	Desmoplastic Ameloblastoma	部分切除
4	46	女	7~3 (洞)	5 部疼痛	慢性骨髓炎	硬化状	基底細胞エナメル上皮腫 (悪性エナメル上皮腫)	片側切除
5	51	女	8~4	7 抜歯窩 治癒不全	良性腫瘍	単房性	濾胞型 (悪性エナメル上皮腫)	部分切除
* 6	51	女	3~8 (洞)	歯肉腫脹	良性腫瘍	多房性	基底細胞エナメル上皮腫	(転院)
7	61	男	2~6	歯肉腫脹	良性腫瘍	単房性	基底細胞エナメル上皮腫	摘出搔爬
8	65	男	8~1 (洞)	歯肉腫脹	良性腫瘍	多房性	濾胞型 (棘細胞腫型)	(転院)
9	68	女	8~5 (洞)	6 部疼痛	悪性腫瘍	単房性	濾胞型	部分切除
10	80	男	8~4 (洞)	頬部腫脹	悪性腫瘍	多房性	濾胞型 (悪性エナメル上皮腫)	(手術拒否)

(洞)：上顎洞へ拡大 *：再発症例

歯肉または頬部腫脹が5例、抜歯窩の治癒不全3例、
そして疼痛2例であった。

4) 発現部位

前歯から大臼歯部が5例で最も多く、次いで臼歯部3
例、前歯から小臼歯部2例であった。

5) 臨床診断

良性腫瘍が7例、悪性腫瘍が2例、慢性骨髓炎が1例
であった。

2. X線学的観察

1) 骨吸収像の分類

単房性と多房性が各4例、蜂巣状および骨硬化像を示
したものが各1例であった。

2) 上顎洞および上顎骨後壁への拡大

腫瘍が上顎洞に拡大していたもの6例、また上顎骨後
壁が破壊されていたもの3例であった。

3) 埋伏歯の有無

腫瘍内に埋伏歯を認めた症例はなかった。

4) 歯根の吸収状態

Type A および D が各7根、Type C が1根であっ
た。なお症例別にみると、2例ではほとんどが Type A
で、他の2例ではすべて Type D であった。

3. 組織学的観察

1) 組織型

濾胞型6例(良性型4例、悪性型2例)、基底細胞エ
ナメル上皮腫3例(良性型2例、悪性型1例)および
Desmoplastic Ameloblastoma (以下 DA と略す) 1例
で、悪性エナメル上皮腫が3例認められた。なお濾胞型
の良性型4例のうち3例および DA は細胞亜型として
は棘細胞腫型に分類されるものであった。

2) 組織型と発現部位

DA および濾胞型の症例2はほぼ前歯部に限局し、濾
胞型の症例8は右側上顎全体に及んでいた。なお、これ
ら2例の濾胞型は棘細胞腫型を示していた。その他の症
例は主に臼歯部に発現していた。

3) 組織型とX線像

DA は蜂巣状を示し、症例4の悪性エナメル上皮腫は
骨形成を伴っていたため硬化状を呈していた。その他で
は組織型とX線像との間に相関はみられなかった。

4) 悪性エナメル上皮腫

症例5³⁾、10では腫瘍胞巣は濾胞状を示し、前者は多
発性の肺転移を生じていた。症例4⁴⁾は基底細胞エナメ
ル上皮腫の悪性型で、腫瘍内部に著明な骨新生がみられ
た。

4. 治療法と予後

転院および手術拒否などのため、手術を行った症例は
良性型5例と悪性型2例の計7例であった。手術法の内
訳は良性型に対しては摘出搔爬3例および上顎骨部分切
除2例であり、悪性型に対しては上顎骨片側切除および
部分切除各1例であった。再発は2例にみられ、いずれ
も悪性エナメル上皮腫で、1例は肺転移のため死亡、他
の1例には再度部分切除を行い経過良好である。

考 察

1. 臨床的事項

本邦でのエナメル上皮腫における上顎症例の頻度は約
5%といわれ、本研究でも6.5%であった。一方欧米で
は20%前後の報告が多く、人種により発生頻度が異なっ
ている。初診時年齢は下顎では10~30代に好発するのに
比べ、上顎は年齢が高いと報告され、今回の症例でも10
代は1例のみで、他はすべて30代以上であり、平均年齢

も50.8歳と高かった。主訴は無痛性腫脹が半数を占め、抜歯窩の治癒不全の3例は腫瘍により歯槽骨が吸収され、動揺を生じたため抜歯されたもので、抜歯窩壁には易出血性の腫瘍が認められた。疼痛の2例では、1例は悪性エナメル上皮腫で腫瘍性の疼痛と思われ、他の1例は義歯により腫瘍上の粘膜に潰瘍を形成したものであった。発現部位は臼歯部を中心としたものが多数を占め、前歯から小臼歯部のものは2例で、茅野⁵⁾の約半数は前歯部であったとの報告とは異なっていた。臨床診断の多くは良性腫瘍であったが、骨髓炎と診断した1例は持続性の疼痛があり、X線写真で骨硬化像を示した症例であった。臨床所見で悪性腫瘍と診断した2例はいずれもX線写真では吸収像の辺縁が帆立貝状を示していたことから、むしろ良性腫瘍と診断すべきであったと思われた。

2. X線像

Mehlich⁶⁾は単房性が大多数であったと報告しているが、本研究では単房性と多房性が各4例と同数で、蜂巣状のものは1例のみであった。また埋伏歯を含んでいた症例はなく、初診時年齢が下顎に比べ高いことから、腫瘍の発生時期が下顎とは異なるものと思われる。上顎洞に拡大したり、上顎骨後壁が破壊されていたものが多数みられ、本腫瘍が臼歯部に発生すると容易に上方や後方へ拡大することを示している。これは治療法とも関連し、画像診断にて正確な腫瘍の範囲を把握しておかねばならない。歯根吸収は2例ではほとんどが著明に吸収され鋸歯状を示すType Aであったが、他の2例では歯根膜腔や歯槽硬線の消失を示すType Dであり、症例により吸収状態が異なっていた。

3. 組織像

上顎エナメル上皮腫は下顎とは異なった組織像を示すといわれ、茅野⁵⁾はI型、II型および両者の混在型が72%、また丹羽⁷⁾は棘細胞型7例、網状型2例、基底細胞型1例と報告している。今回の症例でも下顎では少ない棘細胞腫型を示す濾胞型や基底細胞エナメル上皮腫が6例、DA 1例で、さらに濾胞型の2例および基底細胞型の1例は悪性エナメル上皮腫であり、扁平上皮化生を伴わない定型的な濾胞型は1例のみであった。また石川分類ではI型4例、II型5例と両者で大多数を占めていた。茅野⁵⁾はこれらの差異について下顎骨との発生学的、解剖学的差異を考慮する必要があると述べている。組織型と発現部位およびX線像との明瞭な相関はみられなかったが、前歯部にはほぼ限局したものはDAと棘細胞腫型であった。下顎でも前歯部では棘細胞腫型が多く、

しかも比較的年齢が高いことから、腫瘍の発生時期や骨梁構造などが関与しているものと思われる。悪性エナメル上皮腫が3例みられたが、対象期間中の下顎症例143例では1例も認められなかった。

4. 治療法と予後

上顎エナメル上皮腫は上顎骨の骨皮質が薄いため、腫瘍は骨膜に拡大しやすく、また眼窩、翼口蓋窩、頭蓋底に浸潤することがある。このため上方や後方へ進展したものには健康組織を含めて en bloc に切除する根治的療法が望ましい。今回再発を生じた2例とも悪性エナメル上皮腫であり、さらに広範囲の切除が必要であった。

結 語

1970～1992年の23年間に当講座を受診した上顎エナメル上皮腫10例について、臨床統計的観察を行った。

顎骨のエナメル上皮腫における上顎症例の頻度は6.5%で、初診時年齢は40代以上が8例あった。発現部位は前歯から大臼歯部が最も多く、腫瘍が上顎洞へ進展していたものが半数以上を占め、腫瘍内に埋伏歯を認めた症例はなかった。X線像は単房性および多房性が多く、蜂巣状は1例のみであった。組織型は濾胞型6例、基底細胞エナメル上皮腫3例、DA 1例で、濾胞型の2例および基底細胞エナメル上皮腫の1例は悪性エナメル上皮腫であった。治療法は健康組織を含めた切除が望ましい。

引用文献

- 1) 伊賀成知：顎骨内疾患による歯根吸収に関する研究。日口外誌 32: 1121-1138 1986.
- 2) Kramer, I.R.P., Pindborg, J.J., et al.: Histological Typing of Odontogenic Tumors. 2nd Ed, Springer-Verlag, Berlin 1992.
- 3) 森田章介, 有家 巧, 他：肺転移を生じた上顎悪性エナメル上皮腫。日口外誌 33: 1529-1540 1987.
- 4) 有家 巧, 森田章介, 他：著明な骨新生を伴った上顎悪性エナメル上皮腫の病理組織学的検討。日口外誌 39: 469-474 1993.
- 5) 茅野照男：エナメル上皮腫の組織由来について一特に埋伏歯を伴う病変との関連から一。口病誌 49: 333-357 1982.
- 6) Mehlich, D.R., Dahlin, D.C., et al.: Ameloblastoma: a clinicopathologic report. J Oral Surg 30: 9-22 1972.
- 7) 丹羽大治, 長山 勝, 他：上顎エナメル上皮腫の診断と予後に関する検討。頭頸部腫瘍 11: 325 1984.