嚥下困難をきたした過長茎状突起の1例

宮手 浩 樹・土井尻康浩*・横 田 光 正
田 村 潔・武田 泰 典**・工 藤 啓 吾

A case of extremely elongated styloid processes causing difficulty in swallowing

Hiroki MIYATE・Yasuhiro DOJIRI*・Mitsumasa YOKOTA
Kiyoshi TAMURA・Yasunori TAKEDA**・Keigo KUDO

Abstract: A case of bilateral extremely elongated styloid processes that caused difficulty in swallowing is reported. The patient was a 44-year-old man who presented to the Department of Dentistry of Kawakubo Hospital because of spontaneous pain around the left mandibular angle and intensive swallowing pain. Radiographic examination bilaterally showed extremely elongated bony rods from the styloid process to the lesser horn of the hyoid bone. Both bony rods were shortened surgically via an extraoral approach. The length of the left excised process was 82 mm and its maximum thickness was 10 mm, while the length of the right one was 48 mm and its maximum thickness was 15 mm.

Key words: extremely elongated styloid process (過長茎状突起), difficulty in swallowing (嚥下困難), extraoral approach (口外法)

緒 言

茎状突起過長症は必ずしもまれな疾患ではなく、その臨床症状は35mm 前後の過長茎状突起により引き起こされており、ほとんどは口腔内からの突起の摘出により加療されている¹⁻³⁾。今回われわれは、両側の茎状突起が舌骨大角を越えて前方まで過剰に発育し、嚥下困難をも生じて、その摘出に口腔外切開を必要とした1例を経験したので報告する。

症 例

患 者：44歳、男性。

初 診：平成6年11月■日。

主 訴：左下顎角部付近の放散性疼痛および嚥下痛
家族歴：特記事項なし。

既往歴：昭和51年に右側顔面神経麻痺で薬物療法を、昭和54年に左側舌咽神経痛で神経ブロックを受けた。

現病歴：平成6年11月初旬より、左側顎関節部に放散痛と軽度な嚥下痛が生じたため、近医歯科を受診し、顎関節症の診断のもと鎮痛剤の投与を受け、症状は一時軽減した。しかし11月■日からは、咀嚼時や開口時に下顎後窩付近に神経痛様の放散痛を生じ、嚥下痛も増強してきたため同医からの紹介で川久保病院歯科を、11月■日に受診した。

現 症：体格中等度、栄養状態はやや不良、顔貌は左右対称で、顔面頸部の皮膚に異常はなかった。左側の顎角部、耳介後方部と頸部に圧痛を認め、頭部回旋時には神経痛様疼痛を訴えた。顎運動時にも疼痛を訴え、また嚥下痛が著明であり、摂食障害も認めた。開口時痛のため開口障害があり、開口量は12mm だった。顎下リンパ節には異常を認めなかった。

口腔内所見：左側の扁桃窩に骨様の硬固物を触知し

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座

(主任：工藤啓吾教授)

*川久保病院歯科

(主任：土井尻康浩科長)

**岩手医科大学歯学部口腔病理学講座

(主任：佐藤方信教授)

First Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Iwate Medical University (Chief: Prof. Keigo Kudo)

*Department of Dentistry, Kawakubo Hospital (Chief: Yasuhiro Doijiri)

**Department of Oral Pathology, School of Dentistry, Iwate Medical University (Chief: Prof. Masanobu Satoh)

受付日：平成9年3月19日

写真1-1 術前のパノラマX線写真

矢印：茎状突起

写真1-2 術前のCT写真

A：乳様突起付近。骨桿の直径は左側18mm，右側12mm.

B：下顎孔付近

たが，右側には異常を認めなかった。

臨床検査所見：γ-GTPがやや高値のほかは，血液一般，同化学，他の検査値に異常はなかった。

X線所見：パノラマX線写真では左側が104mm，右側が95mmの茎状突起を認め，両側とも舌骨大角の先端を越えて前方まで伸長していた。また，左側は下顎角付近，右側は下顎切痕付近で結節状を呈していた(写真1-1)。

CT所見：乳様突起付近での茎状突起の幅径は，左側が18mm，右側が12mmだった(写真1-2)。

臨床診断：両側茎状突起過長症。

処置および経過：初診の後，嚥下痛が急激に増強し摂食障害が生じ，またその神経痛様疼痛のために患者が飲水さえも忌避するようになったことから，早急な処置が必要と判断した。平成6年12月■日に■■■■病院歯科に入院し，12月7日，全麻下に口外法による両側茎状突起摘出術を施行した。皮切は両側ともに顎下腺摘出術の皮切に準じた。すなわち，下顎角のやや前方から舌骨体部付近まで，下顎下縁の約2cm下方に，下顎下縁とはほぼ平行な長さ約4cmの切開を行った。皮切の後，手指にて茎状突起を確認しつつ，突起に沿った骨膜および周囲軟組織を舌骨部から頭蓋底近くまで

写真2 摘出物

A：左側，82mm. B：右側，48mm.

注意深く剥離した。舌骨小角と茎状突起の間に骨性癒合は認めなかったものの，線維性に強固に付着しており剥離が容易ではなかった。突起の全摘出は困難であると考え，可及的に上方で骨折させ摘出した。左側は比較的上方から摘出できたが，右側は突起が太く，ほぼ中央部からの摘出となった。術直後より，放散性疼痛などの症状は完全に消失した。術後1か月間ほど，左側顔面に軽度の顔面神経麻痺を認めたが改善した。手術後2年1か月を経過した現在，症状の再発などなく，経過良好である。

摘出物：摘出物の長さは左側が82mm，右側が48mmであり，最大幅径は左側が10mm，右側が15mmだった。左側突起の先端近くに，結節状肥厚部を認めた。右側は，結節部よりも下方から摘出されていた(写真2)。

病理組織学的所見：摘出された骨桿は，成熟した皮質骨と海綿骨とからなり，骨髓組織のほとんどは脂肪化していた(写真3-A)。茎状突起の先端ならびに結節状を呈した部分には軟骨組織が認められた(図3-B)。

考 察

第2鰓弓のReichert軟骨は発生学上，tympanohyal, stylohyal, ceratohyal, hypohyalの4つの部分に区別され，正常な茎状突起はtympanohyalとstylohyalから形成される。通常ceratohyalは化骨せず茎突舌骨靱帯に分化するが，これが化骨機転の異常により化骨することにより，長大な茎状突起が発生すると言われている。そして，茎突舌骨靱帯中の2つの骨核が上方に化骨して茎状突起と癒合し，まれに下方にも化骨し舌骨小角と癒合し長大な骨桿が発生すると言われている⁴⁾。本例においても，骨桿の走行が

写真3 摘出物の病理標本

A: 成熟した皮質骨と海綿骨からなる。

(中拡大, H-E 染色)

B: 尖端ならびに結節部には軟骨組織が認められる。

(強拡大, H-E 染色)

茎突舌骨靭帯と一致しており、茎状突起基部から舌骨小角におよんでいることから、この説を支持すると思われた。また両側ともに結節状部をもち、分裂形態を呈していた。これが、骨折の治療過程を示すものか、あるいは二つの骨核の結合部位を示すのかは明らかでなかった。

茎状突起の平均的長さは17mm 前後と言われ⁵⁾、報告例の中ではパノラマ写真上で115mm、摘出物で75mm が最長例であった⁶⁾。本例ではパノラマ写真上の計測値は左側が104mm、右側が95mm であり、また摘出物の長さも左側が82mm、右側が48mm と長大であり、とくに左側は本邦でも最大級のものと思われた。

茎状突起過長症は過長となった茎状突起が、舌咽神経、顔面神経、内外頸動脈や交感神経などを刺激することにより、舌咽神経痛様症状や頭頸部痛などの臨床症状を引き起こすと言われている^{7, 8)}。茎状突起の長さ、症状の発現頻度や程度は必ずしも一致しないと言われており^{1~7)}、本例でも両側とも著しく過長な茎状突起であるにもかかわらず、今回は左側にのみ臨床症状が現れた。これは、左右で突起の走行する角度が異なっているために、周囲の神経や血管に対する刺激や圧迫の程度が異なったためであろう。以前、左側に舌咽神経痛が、また右側には顔面神経麻痺が発症したことも、過長茎状突起が原因であった可能性があり、また、左右の突起の走行の角度・方向がおのおの異なっていたことが、左右で異なった臨床症状を発症した原因かもしれない。また、本例はさきわめて経過が長期にわたるにもかかわらず、急激に臨床症状を呈し、著しい嚥下痛や顎運動時の神経痛様放散痛を生じた。これは原因不明であるが、無症状のまま平衡状態を保っていた茎状突起と周囲の脳神経、頸動脈や筋組織との関係が破綻を来とし、急激に発症したのと考えられた。現病歴で、最初に顎関節症様の関節痛があることから、

顎関節症により咀嚼筋群、開口筋群やその他の頸部筋群が異常スパスムを引き起こし、それが引き金となり、茎状突起過長症の臨床症状を惹起したのかもしれない。

茎状突起過長症の治療は、一般的に口内法による摘出術が用いられている^{1~8)}。しかし口内法による摘出術は、突起があまりにも長大な際には盲目的操作によるところが大きくなり、周囲の重要な神経血管を損傷する恐れがあると考え⁹⁾、本例では顎下部に皮切を加えた口外法により、突起を明視野において摘出を行った。

摘出された茎状突起の大部分は、成熟した皮質骨と海綿骨からなり、骨髄のほとんどは脂肪化していた。また、尖端および結節状を呈した部分には軟骨組織が認められ、このような部分は長幹骨骨端部の軟骨性骨化に類する所見を呈しており、突起の骨化が未だ進行中で、今後突起がさらに伸長する可能性を示していると思われた。

本疾患は、過長な突起を摘出すれば完治すると言われている。しかし本例は著しく長大な突起であり、通常の症例よりも、長期にわたり経過観察が必要と思われた。

結 語

われわれは、44歳男性の舌骨小角付近まで成長し、本邦でも最大級と思われる両側性過長茎状突起を経験したので、その臨床経過および治療の概要を報告した。

本論文の要旨は、第39回若手歯学会例会(1995年2月25日、盛岡市)にて発表した。

引 用 文 献

- 1) 竹内俊二, 岸本誠司, 他: 茎状突起長のパノラマ X 線撮影による検討—咽喉頭異常感症との関連—. 耳鼻臨床 80: 133-138 1987.
- 2) 大島 仁, 高野伸夫, 他: 茎状突起過長症の 2 例. 日口外誌 29: 707-714 1983.
- 3) 中込和雄, 伊藤信明, 他: 過長茎状突起症の 1 例. 日口外誌 29: 1273-1276 1983.
- 4) von Eicken, C.: Lange Processus styloidei als Ursache für Schlückbeschwerden. Zeitschr Ohrenhkl, 78: 63 1919.
- 5) 中田正之, 西尾順太郎, 他: 茎状突起の発育に関する X 線学的検討. 日口外誌 33: 2224-2229 1987.
- 6) 廣田阿佐緒, 橋川直浩, 他: 茎状突起過長症の 1 例. 日口外誌 38: 1327-1328 1992.
- 7) Graf, C.J.: Glossopharyngeal neuralgia and ossification of the styloid ligament. J Neurosurg 16: 448-453 1959.
- 8) Asherson, N.: Glossopharyngeal neuralgia and the elongated styloid process. J Lar Otol 71: 453-470 1957.
- 9) Chase, D.C.: Eagle's syndrome: A comparison of intraoral versus extraoral surgical approaches. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 62: 625-629 1986.