炎症性吸収をきたした下顎切痕部埋伏歯の1例

二宮 嘉昭・東川晃一郎・東 森 秀 年
信 森 剛・富士谷盛興*・鎌田 伸之

A case of inflammatory resorption of a tooth impacted in the mandibular notch

NINOMIYA Yoshiaki · HIGASHIKAWA Koichiro · TOHMORI Hidetoshi
NOBUMORI Takeshi · FUJITANI Morioki* · KAMATA Nobuyuki

Abstract: We report an ectopically impacted tooth at the mandibular notch accompanied by inflammatory resorption of the tooth and peripheral inflammation. A 73-year-old woman presented with a swelling in the right preauricular region, as well as trismus. Radiographic examination showed an impacted tooth in the mandibular notch with pericoronar resorption of the bone. The tooth, which had a defect in the cervical and crown region, was extracted under general anesthesia. A histological study revealed that the defect was not due to caries, but inflammatory resorption.

Key words: ectopically impacted tooth (異所性埋伏歯), mandibular notch (下顎切痕), inflammatory resorption (炎症性吸収)

緒 言

埋伏歯とその周囲の顎骨の吸収を伴う周囲炎はしばしば経験する病態であるが、下顎切痕部の埋伏歯はまれである¹⁾。今回われわれは、下顎切痕部の埋伏歯が感染による周囲の骨吸収とともに、歯も炎症性吸収を呈した1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

患 者：73歳、女性。

初 診：2004年11月

主 訴：右側耳前部から咬筋部に及ぶ腫脹と開口障害。

広島大学大学院医歯薬学総合研究科展開医科学専攻顎口腔頸部医科学講座口腔外科学教室
(主任：鎌田伸之教授)

* 広島大学大学院医歯薬学総合研究科展開医科学専攻顎口腔頸部医科学講座保存修復学研究室
(主任：富士谷盛興助教授)

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Division of Cervico-Gnathostomatology, Programs for Applied Biomedicine, Graduate School of Biomedical Sciences, Hiroshima University (Chief: Prof. KAMATA Nobuyuki)

* Department of Operative Dentistry and Dental Materials, Division of Cervico-Gnathostomatology, Programs for Applied Biomedicine, Graduate School of Biomedical Sciences, Hiroshima University (Chief: Assoc. P. FUJITANI Morioki)

受付日：2005年3月22日

採択日：2005年8月23日

現病歴：数年前より右側耳前部の腫脹を繰り返していたが、今回初診10日前に同部の腫脹と開口時痛を認め、さらに開口障害が出現した。近歯科を受診しX線撮影により下顎切痕部の埋伏歯を指摘され、紹介により当科を受診した。

既往歴：全身的にはラクナ梗塞症、高コレステロール血症の既往があり、歯科的には「7654」は歯周炎のため十数年前より後方から順次抜歯されていた。また「8」抜歯の既往はあるが「8」の萌出および抜歯の既往はなかった。

現 症：

全身所見：栄養状態良好、やや肥満傾向であった。

口腔外所見：顔貌は非対称で右側耳前部から咬筋部に腫脹を認め、耳前部には硬結を触知した。また、上顎切歯乳頭部から下顎前歯切縁までの開口量は18mmであり開口障害を示した(写真1)。

口腔内所見：右側下顎枝前縁に硬結を触知した。また「87」相当部の頬粘膜に瘻孔を認めた。

パノラマX線写真所見：右側下顎切痕部に、周囲に骨透過像を伴った埋伏歯が認められた。埋伏歯には歯頸部から歯冠部にかけてう蝕様の透過像を認めた(写真2A)。

CT写真所見：埋伏歯は歯冠を下外側方、歯根を上内側方へ向けており、歯根は下顎枝内側から突出して同部に骨膨隆を認めた(写真2B, C, D)。

臨床検査所見：血液検査ではCRP 7.2mg/dlと高値を示したが、その他のルーティンの検査値は正常範囲内であった。

写真1 初診時顔貌写真

側貌：右側耳前部から咬筋部の腫脹を認め、点線の部位には硬結を触知した。

臨床診断：右側下顎切痕部埋伏歯を伴う下顎骨周囲炎。

処置および経過：抗菌薬（塩酸セフカペンピボキシル 300mg/日を8日間）の内服と点滴（フロモキシセフナトリウム 2g/日を5日間）による消炎を行い開口の回復を得た後、12月13日に全身麻酔下に埋伏歯を摘出した。口腔内より下顎枝前縁部に切開を加え骨膜下で剥離をすすめ、筋突起と下顎切痕部を明示した。下顎枝外側には骨欠損と、その内部に炎症性肉芽様組織を認め、瘢痕様組織を介して瘻孔相当部に連続していた。下顎枝内側の埋伏歯下方の骨膨隆を削除し、埋伏歯を摘出した（写真3A）。術後経過は良好で右側オトガイ部に軽度の知覚麻痺が残存したが徐々に改善し、開口量は術後6か月で40mmに回復した。

摘出歯の所見：歯頸部から歯冠部にかけて欠損を示し、同部には歯冠周囲から連続した肉芽様組織が充満していた。また、歯冠の長径は6.3mm、幅径は9.9mmであった（写真3B, C）。

埋伏歯周囲軟組織の病理組織学的所見：リンパ球と形質細胞を主体とする炎症細胞の浸潤と線維化を伴う肉芽組織

写真2 初診時X線写真

- A：パノラマ所見：右側下顎切痕部に歯頸部から歯冠部に透過像を伴った埋伏歯を認めた（矢印）。
- B：CT所見：下顎枝内側に骨膨隆（矢印）を認め、下顎枝外側に埋伏歯周囲皮質骨の欠損を認めた。
- C：3次元CT所見：外側の右側下顎切痕部下方に骨欠損（矢印）を認めた。
- D：3次元CT所見：右側下顎切痕部内側に埋伏歯の歯根を認めた（矢印）。

写真3 術中写真 (A), 摘出した埋伏歯 (B, C)

- A : 埋伏歯の歯根 (矢印) は下顎枝内側に認められた。
 B : 埋伏歯はう蝕様の組織欠損を示した。
 C : 埋伏歯の組織欠損部 (矢印) には白色の肉芽様組織が充満していた。

写真4 埋伏歯の脱灰標本

HE 染色 (A, B, D), グラム染色 (C)

- A : 炎症性肉芽組織 (矢印) と露髄 (点線矢印) を認めた。歯髄内には炎症性変化は認めなかった。
 B, C : 象牙質の表層の高次構造は消失しており、その表層にはグラム陽性菌が認められた。
 D : 象牙質の吸収像：破歯細胞 (矢印) が象牙質を吸収する像が認められた。

からなり、上皮細胞および嚢胞の所見は認められなかった。

埋伏歯脱灰標本所見；歯冠部歯髄には炎症性変化は認めなかった（写真 4A）。象牙質表層にはグラム陽性菌の付着を認めたが、象牙細管内には明らかな細菌の侵入は認めず、吸収を示した部位では象牙細管の高次構造は消失していた（写真 4B, C）。また多核の破歯細胞が直接象牙質を吸収する像が認められた（写真 4D）。

考 察

埋伏歯が位置異常を示すことはしばしばあるが、この原因として顎骨内の嚢胞や腫瘍による圧迫の他には、歯胚の位置異常^{1, 2)}や埋伏歯の移動^{3, 4)}が挙げられる。本症例においては下顎骨には嚢胞や腫瘍などは存在せず、下顎切痕部の埋伏歯は歯胚の位置異常によるものと考えられた。また、本症例における埋伏歯は単根で、歯冠の長径と幅径は上條⁵⁾の智歯の大きさの報告とほぼ一致しており、さらに「8」抜歯の既往がなかったことから智歯である可能性が高いと考えられた。

小倉⁶⁾は下顎切痕部の埋伏歯はきわめてまれであると述べているが、われわれが渉猟し得た範囲では、同部の埋伏歯は自験例を含めて 11 例 12 歯が報告されている^{1, 6, 7)}。その内訳は、性別は男性 4 例、女性 6 例、不明 1 例、左右差は右側 7 例、左側 5 例と両者ともほぼ同数であった。このうち 10 例が腫脹や疼痛、瘻孔形成などの炎症症状をきっかけとして見いだされていた。本症例は数年前より右側耳前部の腫脹と消退を繰り返しており、埋伏歯周囲の骨吸収と瘻孔の形成がみられたことから、埋伏歯周囲炎が慢性炎症として長期に存在していたと考えられた。しかしこの炎症と感染の原因は明らかではなく、これまでの報告^{1, 6, 7)}においても同部位の埋伏歯周囲炎の原因について明確に言及しているものはない。顎関節部では、外界と遮断されているにもかかわらず細菌感染を伴った炎症がしばしば発生する。その感染経路としては中耳炎、耳下腺炎、下顎骨周囲炎などの隣接組織からの伝達性感染や、菌血症、敗血症などの血行性感染および同部の外傷、関節腔内の穿刺による直接性感染などが指摘されている^{8~10)}。本症例においても周囲炎の原因は明らかではないが、耳前部の腫脹などの症状から、歯冠周囲の炎症が下顎枝外側に進展し、頬粘膜部への瘻孔形成とともに慢性化したものと推察された。

また、本症例における埋伏歯には、比較的大きなう蝕様

欠損が認められた。深部組織内におけるう蝕の発生と周囲炎症の関係を知る目的で、脱灰切片を作成し組織学的に検討した結果、歯の表面にグラム陽性菌の付着は認めたものの、歯髄炎や象牙細管内への細菌の侵入を示す歯の組織学的所見¹¹⁾は認めず、象牙質表層の高次構造の消失と破歯細胞による直接的な吸収像がみられた。すなわち周囲の骨吸収と同様な機序による炎症性吸収を介した組織欠損であることが示された。

埋伏歯とその周囲の顎骨の吸収を伴う周囲炎はしばしば経験する病態であるが、本症例のように埋伏歯が下顎切痕部に存在し、その周囲炎とともに歯の吸収像を示したものはこれまでに報告がなく、まれな症例だと思われた。

結 語

73 歳、女性の右側下顎切痕部における炎症性吸収をともなった埋伏歯の 1 例を経験したのでその概要を報告した。

引 用 文 献

- 1) 中谷善幸, 小林明男, 他: 下顎切痕部付近にみられた稀な位置異常埋伏歯の 2 例. 日口外誌 27: 1430-1434 1981.
- 2) 石川梧朗, 秋吉正豊: 口腔病理学 I. 第二改訂版, 永末書店, 京都, 1989, 45-50 頁.
- 3) 桜井 徹, 楊 栄展, 他: 左右下顎第 2 小臼歯が遠心に移動した 1 例. 口科誌 33: 440-444 1982.
- 4) 竹村日登美, 平野吉子, 他: 未萌出下顎小臼歯が筋突起下方まで移動した 1 例. 日口外誌 43: 103-105 1997.
- 5) 上條雍彦: 日本人永久歯の解剖学. 第 1 版, アナトーム社, 東京, 1962, 178-179 頁.
- 6) 小倉 基, 田村英俊, 他: 下顎切痕部から歯冠が突出している異所性埋伏歯の 1 例. 日口外誌 51: 27-30 2005.
- 7) 関 睦弘, 鯨岡裕晃, 他: 下顎切痕部に認められた異所性埋伏歯の 1 例. 日大口腔科学 22: 188-191 1996.
- 8) 川上哲司, 匠原悦雄, 他: 急性化膿性顎関節炎の 3 症例. 日口外誌 40: 296-298 1994.
- 9) 臼井弘幸, 浅田洸一, 他: 急性化膿性顎関節炎の 1 例. 日口外誌 41: 887-889 1995.
- 10) 福与晋邦, 三木裕香子, 他: 急性化膿性顎関節炎の 3 症例. 日口外誌 43: 209-211 1997.
- 11) Sturdevant, C.M., Barton, R.E., et al.: The art and science of operative dentistry. Second Ed, Mosby Co, St Louis, 1985, p35-63.