顎放線菌症を併発した下顎切痕部の含歯性嚢胞の1例

飯島 響・栗田 浩・戸木田 怜子
西澤理史歩・倉科 憲治

A case of a dentigerous cyst in the mandibular notch associated with actinomycosis

IJIMA Kyou · KURITA Hiroshi · TOKITA Reiko
NISIZAWA Rishiho · KURASHINA Kenji

Abstract: A case of a dentigerous cyst in the mandibular notch associated with actinomycosis is described. The patient was an 87-year-old woman who presented with swelling of the left cheek and trismus. Panoramic radiography and computed tomographic imaging revealed an ectopic impacted tooth with a cystic lesion in the left mandibular notch. A slit-like radiolucent area was observed from the left retromolar region to the cystic lesion. The impacted tooth and cystic lesion were removed with the patient under general anesthesia. The histopathological diagnosis was a dentigerous cyst associated with actinomycetes. After surgery, the patient orally received 500 mg/day of ABPC for 3 weeks. There was no sign of recurrence after treatment.

Key words: ectopic impacted tooth (異所性埋伏歯), dentigerous cyst (含歯性嚢胞), mandibular notch (下顎切痕), actinomycosis (放線菌症)

緒 言

埋伏歯は臨床上比較的高頻度にみられる歯の位置異常、または萌出異常であるが¹⁾、下顎切痕部の埋伏歯はまれである^{2~4)}。一方、放線菌症は、*actinomyces israelii*などを原因菌とする特異性炎であり頭頸部領域を好発部とするが^{5~7)}、近年、抗菌薬の普及により腫瘍内菌塊、細菌の同定が困難になっているといわれている^{8,9)}。

今回われわれは顎放線菌症を併発した下顎切痕部の含歯性嚢胞の1例を経験したので報告する。

症 例

患 者：87歳、女性。

初 診：2006年11月7日。

主 訴：左側頬部の腫脹および開口障害。

既往歴：高血圧症。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：2003年に左側頬部の腫脹、開口障害が出現し、

近耳鼻咽喉科で左側頬部の経皮的膿瘍切開・排膿処置を受け症状は消失した。2006年9月頃から再度同部の腫脹、開口障害を自覚し、10月17日に近病院耳鼻咽喉科を受診した。穿刺吸引生検(FNAB)、CT等の結果より菌原性疾患の疑いと診断され、紹介により、11月7日当科を受診した。

現 症：

全身所見：身長153cm、体重40Kgでperformance statusはgrade 1であった。

口腔外所見：左側頬部にび慢性の腫脹を認めた。発赤、熱感、圧痛はなく、若干の硬結を触知し、開口量は2横指であった(写真1)。

口腔内所見：上下顎に複数の残根が存在し、残根上義歯を装着していた。口腔内には腫脹、発赤、瘻孔などは認めなかった。

パノラマX線所見：左側下顎切痕部に歯冠を下方に向けた歯牙様不透過像を認め、歯冠を囲むように17~18mm大、類円形、単房性の嚢胞様透過像を認めた(写真2)。また、左側下顎臼後部から病変部に向かって、筒状の透過像を認めた。431|456 84321は残根であった。

造影CT所見：左側下顎切痕部に歯牙様不透過像を認め、周囲に嚢胞様透過像を認めた。周囲の骨は頬舌側に膨隆しており、頬側では菲薄化し、一部欠損していた。外

信州大学医学部歯科口腔外科学教室

(主任：倉科憲治教授)

Department of Dentistry and Oral Surgery, Shinshu University
School of Medicine (Chief: Prof. KURASHINA Kenji)

受付日：2007年9月18日

採択日：2008年9月30日

写真1 初診時顔貌
左頬部にび漫性の腫脹を認めた。

写真3 造影CT像

A：水平断 B：冠状断

下顎切痕部に異所性埋伏歯を認める。周囲の骨は膨隆している。左側下顎枝外側に膿瘍が存在し（矢頭）、咬筋は肥厚している。

写真2 パノラマX線像

左側下顎切痕部に異所性埋伏歯を認めた。歯冠周囲に単房性の囊胞様透過像を認める。下顎臼後部から下顎切痕に向かって、筒状の骨透過像（矢頭）を認める。

側下顎枝外側に膿瘍腔が存在し、左側咬筋は肥厚していた。3D-CTでは左側下顎臼後部から下顎枝前縁にかけスリット状の骨欠損を認めた（写真3, 4）。

臨床検査所見：初診時の採血で白血球数、 $10,680/\mu\text{L}$ 、CRP 5.05mg/dl と軽度上昇していた。またアルブミン 4.1g/dl 、クレアチニン 0.82mg/dl とやや高値であった。

臨床診断：左側咬筋下膿瘍、下顎骨囊胞を伴う異所性埋伏歯。

処置および経過：2006年11月14日より入院下にCMZ（ 2.0g/day ）の静脈内投与を5日間行った。11月16日に

CTにて確認した左側下顎枝外側の膿瘍に対して経皮的に穿刺吸引を施行し黄白色の膿汁を得た。膿汁のグラム染色では *Streptococcus* 属などの通性嫌気性グラム陽性球菌が検出された。開口障害の改善および腫脹の縮小を確認後の11月30日、全身麻酔下に埋伏歯および囊胞様病変の摘出術を施行した。口腔内より下顎枝前縁部に切開を加え骨膜下で剥離を進め、下顎切痕部を明示した。下顎枝外側は膨隆しており一部に骨欠損を認め囊胞様病変が露出してい

写真4 3DCT写真

A：下顎切痕部には埋伏歯歯冠を含む類円形の骨吸収像が認められる。

B：左側下顎臼後部から下顎枝前縁にかけスリット状の骨欠損を認める（矢頭）。

た、また下顎枝前縁の一部にスリット状を呈する骨欠損を認めた。下顎枝外側の骨膨隆部を開削し嚢胞様病変および埋伏歯を摘出した。この際、黄褐色の内容液が流出した（写真5）。病変摘出後の骨腔は直径17～18mmの球形を呈しており、骨腔前下方の骨は粗造であったが下顎枝前縁の骨欠損部との交通は明らかでなかった。術後4日間CMZ（2 g/day）の静脈内投与を行った。摘出標本の病理組織検査にて顎放線菌症と診断した。年齢を考慮してABPC（500mg/day）の経口投与を開口障害、硬結などの臨床症状が消失するまで3週間行った。治療経過は良好であり再発などの異常を認めておらず、現在も経過観察中である。

写真5 術中写真

下顎枝外側の菲薄な骨を開削すると、嚢胞様組織（矢頭）が露出した。下顎枝前縁の一部にスリット状を呈する骨欠損を認めた（矢印）。

ある。

摘出標本所見：歯の全長17mm。歯冠長7.3mm，歯冠頬舌径6.8mm，歯冠近遠心径9.7mmで，解剖学的形態から左側下顎智歯と思われた。歯根部には肉芽様組織が付着していた。

病理組織学的所見：摘出した組織は強い慢性炎症細胞浸潤を伴う肉芽組織で，このなかにはヘマトキシリンに濃染した小塊の周縁にエオジン好性の菌糸棒体が存在する放線菌塊を多数認めた。嚢胞の内腔面に裏装上皮を確認できなかったが，炎症の加わった含菌性嚢胞として矛盾していなかった（写真6）。

最終診断：放線菌症を伴った含菌性嚢胞。

考 察

下顎智歯はそれが本来萌出すべき部位の近くにさまざまな状態で存在するのが一般的であるが¹⁾，ときに異所性に埋伏することがあり^{4, 10)}まれに下顎切痕部に認められることがある^{2, 4, 10)}。自験例の埋伏歯は単根で，歯冠の長径と幅径は一般的な智歯の大きさの報告¹⁾とほぼ一致しており，さらに「8」の抜歯の既往がないことから下顎智歯である可能性が高いと考えられた。われわれが渉猟し得た範囲では，1975年以降の本邦における下顎切痕部埋伏智歯の報告例は自験例を含めて13例が報告されている^{2, 4, 10～15)}。性別は男性6例，女性7例，左右差は左側6例，右側7例であり，自験例を含め7例は含菌性嚢胞（濾胞性菌嚢胞）

写真6 病理組織像 (H-E 染色)

A : $\times 10$ B : $\times 20$

肉芽組織内に放線菌塊の形成を認める。ヘマトキシリンに青染した小塊の周縁にエオジン好性の棍棒体が認められる。

を併発していた。13例中、12例で開口障害、腫脹、疼痛、麻痺などの症状が発現しており、無症状の1例を除く12例で口内からのアプローチによる抜歯術が施行されている。

一般に異所性埋伏歯の原因として埋伏歯の歯胚の一次的転移(位置異常)と埋伏歯の移動があげられる^{1, 4, 15)}。移動のメカニズムについては歯根膜線維の牽引力¹⁶⁾、歯導帯の断裂¹⁷⁾などが報告されているが、Thoma¹⁸⁾は未萌出歯に嚢胞が伴う場合には歯の位置異常を引き起こす場合があり、この位置異常は嚢胞腔内圧により引き起こされ、その結果歯は歯根方向に移動すると述べている。GehrigとFreedman¹⁹⁾は嚢胞を伴う左側下顎埋伏智歯が「7」に隣接していた状態から、5年後ではわずかに歯冠の一部がみえ

る程度に後上方へ移動し、16年後に下顎関節突起頸部にまで移動した症例を報告している。自験例においても、X線写真上で左側下顎臼後部から下顎切痕に向かってX線透過性の線条痕を認めており、歯胚の先天的な位置異常の可能性と共に、GehrigとFreedman¹⁹⁾の報告と同様の経過で、当初「7」に近接していた「8」が下顎枝上方に押し上げられ下顎切痕に至った可能性も考えられる。

自験例は、異所性埋伏歯の周囲組織に顎放線菌症を併発していた。放線菌症は、嫌気性グラム陽性菌である*Actinomyces israelii*などを原因菌とする特異性炎であり、板状硬の腫脹を伴う慢性炎症像を呈し、発生部位は頸部顎顔面領域が最も多いとされている^{5~7)}。顎放線菌症には顎骨周囲の軟組織に皮下膿瘍を伴う硬結として発現するものと顎骨中心性にひろがる型があるとされるが^{5, 9)}、自験例は顎骨中心性であり中川ら⁹⁾の分類では顎嚢胞感染型である。顎嚢胞感染型放線菌症の報告はまれではないが²⁰⁾、本症例のように下顎切痕部の病変から放線菌塊を検出したものは、渉猟し得た範囲では本邦での報告はなく、海外にて前述のGehrigとFreedman¹⁹⁾の報告などわずかである。

顎放線菌症は局所病変の割に全身症状は軽度で、血液検査にも変化は少ないとされている^{5~7)}。自験例でも頬部の著明な腫脹と強度の開口障害を呈していたが、疼痛はなく、発熱は37℃台前半であり、血液検査上も白血球数 $10,680/\mu\text{l}$ 、CRP 5.05mg/dlまでの上昇にとどまり、同程度の頬部腫脹、開口障害を生じさせる非特異性炎と比べて全身症状は軽度であった。また、顎嚢胞感染型など顎骨中心性放線菌症の場合、重篤な炎症症状を呈することは少なく、外科的処置時に偶然菌塊が証明されることも多いとされる⁹⁾。自験例においても、臨床症状および術前検査からは顎放線菌症を特定できず、術後の病理組織学的検査にて放線菌塊を認め、顎放線菌症との確定診断を得た。

顎放線菌症が発生する場合はほとんど常に化膿性炎が先行していて、放線菌は2次的に感染することが知られている^{6, 7)}。また放線菌病巣には嫌気性レンサ球菌、紡錘菌、好気性化膿球菌群などによる混合感染が認められている^{6, 7, 21)}。自験例でも膿瘍に対する穿刺吸引にて膿汁中より*Streptococcus*属などの通性嫌気性グラム陽性球菌が検出された。顎放線菌症は抜歯窩、手術創、外傷からの感染例が多く、歯周炎、歯根膜炎などより継発するとされている^{5~7)}。自験例においては、4年前に左側頬部の腫脹に対して行われた経皮的切開、あるいは今回、前医にて施行されたFNABの際の感染の可能性が否定し得ない。

顎骨中心性放線菌症の治療に際しては病巣の搔爬や原因歯の抜歯などの外科的処置を積極的に行うことが必要とされ^{5~7)}、併せてペニシリン系抗菌薬の投与が有効とされ

ている^{5, 7, 22)}。自験例では術後 ABPC (500mg/day) の経口投与を 3 週間行い、現在まで経過良好である。

結 語

顎放線菌症を併発した下顎切痕部含菌性嚢胞の 1 例を経験したのでその概要を報告した。

本論文の要旨は、第 32 回 (社) 日本口腔外科学会中部地方会 (2007 年 5 月, 金沢市) にて口頭発表した。

引 用 文 献

- 1) 上修雍彦：日本人永久歯の解剖学 I. 第 1 版, アナトーム社, 東京, 1970, 178-179 頁.
- 2) 中谷義幸, 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.
- 3) 宮下英高, 矢郷 香, 他：三叉神経痛の原因として疑われた下顎切痕部の異所性埋伏歯の 1 例. 日口外誌 52: 207-210 2006.
- 4) 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.
- 5) 常葉信雄：顎部放線菌症, その診断と治療, 歯界展望 44: 557-563 1974.
- 6) 伊藤秀夫, 塩田重利, 他編集：口腔病変診断アトラス. 第 1 版, 医歯薬出版株式会社, 東京, 1980, 92-93 頁.
- 7) 新藤潤一：口腔領域における放線菌症の現況 — 全国 45 施設・140 症例の分析 —. 日口外誌 29: 1879-1889 1983.
- 8) 長谷川泰章, 浅田洸一, 他：いわゆる口腔内放線菌症の臨床的検討. 日口外誌 41: 797-801 1995.
- 9) 中川洋一, 浅田洸一, 他：顎顔面放線菌症 13 例の臨

床的検討. 日口外誌 31: 110-115 1985.

- 10) 越宗研作, 長畠駿一郎, 他：下顎切痕部に異所性埋伏のみられた 4 例. 口科誌 32: 242-250 1983.
- 11) 西嶋克巳, 岸 幹二, 他：下顎切痕部下方にみられた濾胞性歯嚢胞の 1 例. 日口外誌 22: 391-395 1995.
- 12) 角野博俊, 小泉 博, 他：第 3 大臼歯の稀なる埋伏の 2 症例. 京大口科紀要 16: 24-28 1976.
- 13) 平林吉彦：下顎上行枝に発生した濾胞性歯嚢胞の 2 例. 通信医学 30: 135-140 1978.
- 14) 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.
- 15) 二宮嘉昭, 東川晃一郎, 他：炎症性吸収をきたした下顎切痕部埋伏歯の 1 例. 日口外誌 51: 559-562 2005.
- 16) Okada, H., Miyake, S., et al.: Intraosseous tooth migration of impacted mandibular premolar: Computed tomography observation of 2 cases of migration into the mandibular neck and the coronoid process. J Oral Maxillofac Surg 60: 686-689 2002.
- 17) 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.
- 18) Thoma, K.H.: Oral surgery. 4th Ed, Mosby, St Louis, 1963, p251-252.
- 19) Gehrig, J.D. and Freedman, G.L.: Impacted third molar and dentigerous cyst of the condylar neck of the mandible: report of case. J Oral Surg 26: 609-611 1968.
- 20) 又賀 泉, 土持 真, 他：放線菌塊を多数伴った顎嚢胞の 1 例. 日口外誌 26: 190-194 1980.
- 21) Shafer, W.G.: Textbook of Oral Pathology. 3rd Ed, WB Saunders, Philadelphia, 1974 p63-64.
- 22) 大平明範, 杉山芳樹, 他：関節突起に骨吸収を伴った顎放線菌症の 1 例. 口科誌 47: 141-146 1998.