

モーニングセミナーから

下顎骨に発生した良性歯原性腫瘍および 悪性腫瘍の鑑別

内橋俊大 中原寛和 榎本明史 内橋隆行 栗本聖之
泉本貴子 濱田 傑

近畿大学医学部附属病院歯科口腔外科

抄 録

歯原性腫瘍は歯を形成する組織由来の腫瘍で、一般に顎骨内に発生する。大部分が良性腫瘍であり、無痛性の膨隆をきたし発見されたり、レントゲン撮影にて偶然発見される場合も多い。歯原性腫瘍は良性腫瘍が多いものの、局所再発傾向の強い腫瘍があることや、頻度は低いものの悪性腫瘍も存在するため、正確な診断と適切な処置が必要とされる。今回、当科で経験した良性歯原性腫瘍と顎骨内に発生した悪性腫瘍を提示し、その鑑別診断について検討する。

緒 言

歯原性腫瘍とは歯を形成する組織、すなわち外胚葉由来のエナメル質を作る細胞、中胚葉由来の象牙質、歯髄またはセメント質を形成する細胞を発生母地とする腫瘍で、その多くが良性腫瘍である。良性腫瘍が大部分を占めるが、その代表的な腫瘍であるエナメル上皮腫は良性腫瘍に分類されているものの、局所再発傾向の強い腫瘍として知られている。一方、顎骨に発生する腫瘍には頻度は高くはないものの悪性腫瘍が存在する。言うまでもなく、悪性腫瘍の場合は迅速な診断、処置を要する。今回、当科にて経験したエナメル上皮腫と顎骨中心性の扁平上皮癌症例の初診時の症状、パノラマX線所見より鑑別診断について検討し、その診断・治療について考察する。

症 例 1

患者：61歳，男性

主訴：左側下顎部の腫脹

現病歴：平成20年12月頃より左側下顎部の腫脹を自覚するも放置していた。平成21年3月近歯科医院を受診し、パノラマX線にて左側下顎部の透過像を指摘され、精査目的で当科へ紹介となった。

現症：左側下顎部に腫脹を認めるものの、疼痛等の著明な症状は認めなかった（図1A）。

画像所見：パノラマX線所見では下顎左側第1大白

歯遠心から筋突起前縁にかけて境界明瞭な透過像を認めた（図1B）。CT所見（冠状断）では下顎左側第1大白歯遠心から下顎枝にかけて頬舌的に膨隆した透過像を認めた（図2A）。CT所見（軸位断）頬舌側の骨は非薄化しており、下顎管は下方に圧平さ



図1 A：症例1口腔内写真，左側下顎臼歯部に腫脹が認められた（白矢印）。 B：症例1パノラマX線：下顎左側第1大白歯遠心から筋突起前縁にかけて境界明瞭な透過像を認めた（白矢頭）。

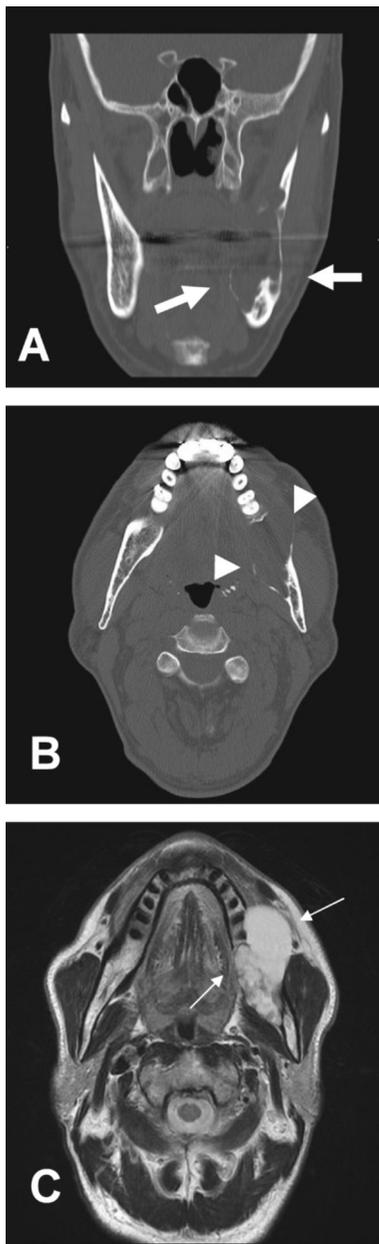


図2 A：症例1 CT 冠状断，頬舌側の骨は非薄化しており，下顎管は下方に圧平されていた（白矢印）。B：症例1 CT 軸位断，下顎左側第1大臼歯遠心から下顎枝にかけて頬舌的に膨隆した透過像を認めた（白矢印）。C：症例1 MRI 軸位断，T2 強調像にて下顎左側第1大臼歯遠心に多房性の高信号を認め，病変は左側咬筋とは境界明瞭であった（細白矢印）。

れていた（図2 B）。MRI 所見においてはT2 強調画像にて下顎左側6番遠心に多房性の高信号を認め，病変は左側咬筋とは境界明瞭であった（図2 C）。
臨床診断：左側下顎骨歯原性腫瘍
生検：外来にて局所麻酔下で生検術を施行した。
病理組織所見：腫瘍実質は歯胚のエナメル器に類似する島状の胞巣よりなる（弱拡大，図3 A）。腫瘍細胞は内腔面では類円形核を持っており，囊胞内腔に

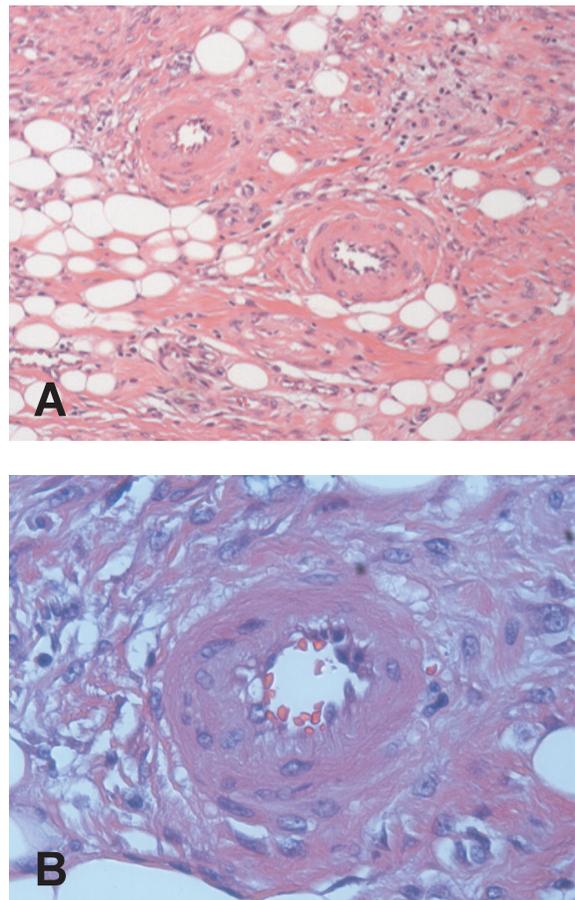


図3 A：症例1病理組織像（弱拡大）腫瘍実質は歯胚のエナメル器に類似する島状の胞巣よりなる。B：（強拡大）腫瘍細胞は内腔面では類円形核を持っており，囊胞内腔に微小な乳頭状構造をとっている。

微小な乳頭状構造をとっている（強拡大，図3 B）。
病理組織診断：乳頭状角化エナメル上皮腫（papilliferous keratoameloblastoma）
処置および経過：平成21年5月，全身麻酔下にて腫瘍摘出開窓術を施行した。手術から2年経過しているが，経過良好である。

症例 2

患者：68歳，男性

主訴：左側下唇麻痺

現病歴：平成22年7月頃より左側下唇の麻痺を認め，近耳鼻科を経て，本院耳鼻科を受診した。画像検査にて左側下顎部の透過像を認め，顎骨腫瘍疑いにて当科を紹介された。

既往歴：特記事項なし。

画像所見：パノラマX線所見では左側下顎第2大臼歯遠心に，下顎枝上方に至る智歯を含む辺縁不整な透過像を認めた（図4 A）。また，MRIT2 強調像にて左下顎角部に充実性信号を示した（図4 B）。

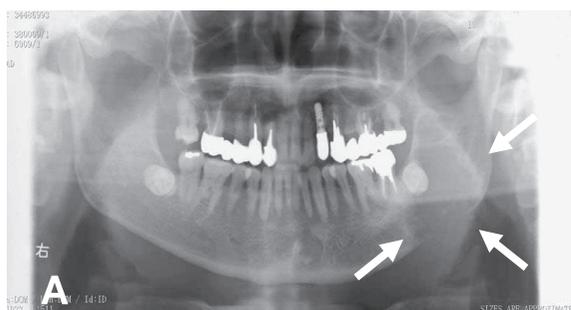


図4 A：症例2パノラマX線：左側下顎第2大臼歯遠心に、下顎枝上方に至る智歯を含む辺縁不整な透過像を認めた。B：症例2 MRI 軸位断 T2 強調像にて左下顎角部に充実性信号を示した。C：症例2 PET-CT 所見にて左側下顎骨および左頸部リンパ節に集積を認め、左側頸部リンパ節転移を疑った。

現症：左側下顎部に知覚異常を認めるものの、その他の著明な症状は認めなかった。

生検：平成22年8月、外来にて局所麻酔下に生検を施行した。

病理組織検査：未分化な扁平上皮細胞の増殖を認めた（弱拡大、図5）。

診断：顎骨中心性扁平上皮癌

PET-CT 所見：左側下顎骨および左頸部リンパ節に集積を認め、左側頸部リンパ節転移を疑った（図4C）。

処置および経過：平成22年9月、全身麻酔下に下顎骨区域切除、左側頸部郭清術、ならびに下顎骨プレ

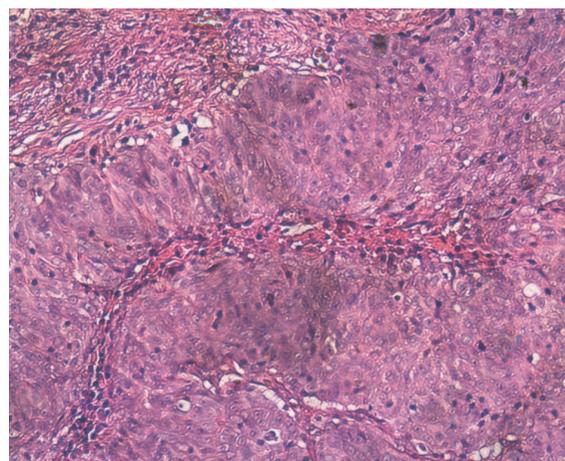


図5 症例2病理組織像（弱拡大）未分化な扁平上皮細胞の増殖を認めた。

ート再建術を施行した（図6A, B, C）。手術より1年経過しているが、再発もなく経過良好である（図7A, B）。

考 察

歯源性腫瘍とは歯胚を形成する組織、すなわち外胚葉由来のエナメル質を作る細胞、中胚葉由来の象牙質、歯髄またはセメント質を形成する細胞を発生母地とする腫瘍で、病理学的に複雑な組織像を示す¹⁾。歯源性腫瘍はその多くが良性腫瘍であり、その特徴として、初期に臨床症状が乏しく、無痛性に進行し顎骨の膨隆、変形を訴えて来院することが多く、パノラマX線撮影によって偶然発見されることも多い¹⁾。

歯源性腫瘍は良性腫瘍が大多数を占めるものの、局所浸潤性が高く、再発傾向が高いとされる。エナメル上皮腫や角化嚢胞性歯源性腫瘍の発生頻度が高い^{1,2)}。大阪大学歯学部附属病院検査部で歯源性腫瘍821例を検索した報告によると、角化嚢胞性歯源性腫瘍が293例（35.7%）、エナメル上皮腫が219例（26.7%）であった^{3,4)}。

エナメル上皮腫は歯源性腫瘍でありながら、局所浸潤・再発傾向の高い腫瘍とされている。一方、角化嚢胞性歯源性腫瘍は2005年のWHO 歯源性腫瘍の分類変更に伴い、腫瘍に再編された腫瘍で、以前は嚢胞に分類されながら、娘嚢胞が存在し、再発傾向の高い疾患である^{2,4,5)}。

原発性下顎骨中心性扁平上皮癌はWHOにより、顎骨内に生じ、初期には口腔粘膜と連続性がなく、歯源性上皮遺残から発生したと推定され、かつ他臓器からの転移でない扁平上皮癌と定義されている²⁾。その診断は初期では困難であり、発見時はすでに下顎骨内で広範囲に進展していることが多く、一

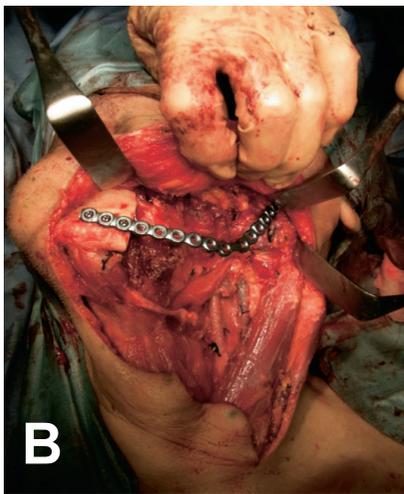


図6 A：症例2手術直前 B：左側頸部郭清および顎骨腫瘍切除後，チタンプレートにて再建。 C：左側頸部リンパ節組織と顎骨腫瘍を一塊に切除。

一般的に予後不良とされている^{1,2,6,7}。

今回、顎骨に発生した良性の歯原性腫瘍であるエナメル上皮腫と顎骨中心性扁平上皮癌のX線所見、



図7 A：症例2術後パノラマX線，B：症例2術後頭部正面像，顎骨腫瘍切除後チタンプレートにて再建されている。

表1 症例1，症例2のパノラマX線所見，臨床所見，病理組織診断，治療法の比較

	症例1	症例2
X-P 所見	顎骨の透過像	顎骨の透過像
多胞，単胞	多房性	多房性
歯の存在	なし	埋伏歯
辺縁	比較的明瞭	不明瞭
臨床症状	無痛性膨隆	下唇に麻痺
病理組織診断	エナメル上皮腫	扁平上皮癌
治療法	腫瘍摘出開窓術	顎骨区域切除 +プレート再建

初診時の症状，診断，治療法を比較し，表1に示した。

症例1，2を比較すると，顎骨内に腫瘍が存在することから両者ともパノラマ写真にてX線透過像が認められた。パノラマX線写真は歯科で高頻度に撮影され，顎骨病変の描写には極めて有効である。透過像と顎骨との境界に関して，良性のものが比較的明瞭であったのに対し，悪性のものは境界不明瞭であった。境界不明瞭な像を呈するのは，浸潤性の強い悪性腫瘍の特徴であるといえる。臨床症状も鑑別の指標となり，良性のものが無症状であることが多いのに対し，悪性のものは知覚異常などの神経症状

を伴うことがある。実際、症例2は下唇の麻痺という臨床症状での来院であった。

治療法に関して、エナメル上皮腫は再発傾向の高さから、顎骨の辺縁切除のみではなく、区域切除を選択される場合もあるが、今回は、摘出・開窓術を選択した。この場合は、再摘出をせねばならない場合もあるので、十分な経過観察が必要である。顎骨中心性扁平上皮癌では術前のPET-CT検査にて頸部リンパ節転移が疑われたので、左側頸部郭清術を行い、顎骨の腫瘍と一塊に切除し、チタンプレートにて顎骨を再建した。現時点では両症例とも、経過良好である。

結 語

歯原性腫瘍の発見にはパノラマX線撮影は極めて有効であり、顎骨の透過像の解析により腫瘍の範囲の特定、良性または悪性の判断の参考になり得る。さらに顎骨の透過像を認めた際は、CTやMRIなどの追加の画像検査で精査する必要があり、臨床症状として神経症状が現れている時やパノラマX線所見で境界不明瞭な顎骨透過像を認める際は、悪性腫瘍の可能性を考慮し、早急な治療が必要となる。

文 献

1. 白砂兼光, 古郷幹彦編 口腔外科学 東京: 医歯薬出版, 2010, 歯原性腫瘍 199-226
2. Barnes L, Eveson JW Reichart P, Sidransky D (2005) Pathology and Genetics Head and Neck Tumours, World Health Organization Classification of Tumors,
3. 中原寛和, 永田雅英, 石田久枝, 松岡裕大, 福田康夫, 岸野万伸, 中川幹也, 豊澤 悟, 伊藤千聡, 下山玲子, 田中千寿美, 古郷幹彦, 由良義明 (2006) 阪大学歯学部附属病院検査部における過去30年間の病理組織検査の臨床統計的観察. 阪大歯学誌51: 11-17
4. 中原寛和, 永田雅英, 松岡裕大, 石田久枝, 福田康夫, 中川幹也, 岸野万伸, 豊澤 悟, 伊藤千聡, 下山玲子, 田中千寿美, 古郷幹彦, 由良義明 (2007) 大阪大学歯学部附属病院検査部における歯原性腫瘍の臨床統計的観察. 阪大歯学誌 52: 59-64
5. 永田雅英, 中原寛和, 松岡裕大, 石田久枝, 石橋美樹, 青田桂子, 松本章子, 福田康夫, 下山玲子, 伊藤千聡, 鈴木侑子, 由良義明, 古郷幹彦 (2008) 角化嚢胞性歯原性腫瘍 (Keratocystic Odontogenic Tumor) の臨床統計学的検討と WHO 歯原性腫瘍分類変更の妥当性の検討. 阪大歯学誌 53: 59-64
6. 白井康裕, 戸塚靖則, 北田秀昭, 鄭 漢忠, 野谷健一, 福田 博, 進藤正信, 飯塚 正, 向後隆男, 雨宮 璋 (1993) 原発性下顎骨中心性扁平上皮癌の6例. 口科誌 42: 192-198
7. 生田 稔, 原田浩之, 中島雄介, 茂木世紀, 島本裕彰, 石畝 亘, 有川稔多加, 小村 健 (2003) 原発性下顎骨中心性扁平上皮癌の臨床病理学的検討. 頭頸部腫瘍 29: 46-50

1. 白砂兼光, 古郷幹彦編 口腔外科学 東京: 医歯薬出版,