

Submandibular approach により摘出した 下顎含歯性嚢胞の1例

豊留 宗一郎 松 永和秀 鈴木 晴也 岩本 展子 長田 哲次

近畿大学奈良病院歯科口腔外科

A case of dentigerous cyst requiring submandibular approach

Soichiro Toyodome, Kazuhide Matsunaga, Seiya Suzuki,
Noriko Iwamoto, Tetsuji Nagata

Department of Oral and Maxillofacial Surgery Kindai University Nara Hospital

抄 録

含歯性嚢胞とそれに伴う埋伏歯は口腔外科臨床においてしばしば遭遇する良性病変であるが、通常の摘出は病変の大きさに合わせて、口腔内からの粘膜切開や骨削除で行われる。しかし、病変の位置や大きさによっては口腔内から十分な視野が得られず、下顎管損傷をきたす可能性もあるため、口腔外からのアプローチにより確実な視野を得て、病変を遺残させずに摘出する必要がある。今回われわれは埋伏第3大臼歯の歯根が下顎骨舌側面から突出し、さらに下顎管との強い接触を伴った含歯性嚢胞に対して、submandibular approach で摘出を行い良好な経過を得たため、その概要を報告する。患者は63歳男性で、左側下顎歯肉腫脹を主訴に来院した。左側下顎臼歯部に軽度の腫脹を認め、画像所見にて下顎管下方に埋伏歯を伴う境界明瞭な類円形X線透過像を認めた。全身麻酔下にて顎下部から下顎左側第3大臼歯抜歯術および左側下顎骨良性腫瘍摘出術を施行し、現在は再発なく経過良好である。過去の文献検索により、含歯性嚢胞への感染や埋伏歯の形態などの要因が複合して、深部埋伏歯を伴う含歯性嚢胞が形成し得ることが示唆された。

Key words : 含歯性嚢胞, submandibular approach, 埋伏歯, 智歯

緒 言

顎口腔領域において、含歯性嚢胞は歯根嚢胞に次いで頻度の高い歯原性嚢胞である。一方、下顎第3大臼歯を始めとする埋伏歯が深部に埋伏し、治療に難渋する症例も日常臨床において度々経験する¹⁻⁴。しかしこれらの症例において、含歯性嚢胞の拡大と、埋伏した下顎第3大臼歯の位置異常により、病変の一部が下顎骨下縁付近から突出した症例は稀である^{5,6}。このような症例では、手術で病変を摘出するにあたり、近接する神経の損傷や確実な病変摘出の可否など、治療に際して苦慮する点が多い。

今回われわれは、埋伏した下顎第3大臼歯の歯根が下顎骨舌側面から一部突出し、下顎管との強い接触を伴った含歯性嚢胞に対し、submandibular approach により病変を摘出したことで良好な経過を得たため、その概要について報告する。

症 例

患者：63歳、男性。
初診：2016年7月。
主訴：左側下顎骨の腫脹。
既往歴：特記事項なし。
家族歴：特記事項なし。

現病歴：初診数年前より左側下顎骨の腫脹を自覚していたが、疼痛なく放置していた。初診2ヶ月前、頸部まで至る腫脹を認め、精査加療目的に当科紹介受診となった。

現症：

口腔外所見：顔貌左右対称、下唇オトガイ部に知覚鈍麻は認めなかった。

口腔内所見：下顎左側第2大臼歯頬側歯肉に軽度の腫脹を認めたものの、下顎左側第3大臼歯は完全埋伏しており、口腔内から目視できなかった。（写真1）

画像所見：

初診時パノラマX線所見：下顎左側第3大臼歯は第2大臼歯根尖部より低位に埋伏し、歯冠周囲に境

界明瞭な嚢胞様透過像を認め、周囲骨のX線不透過性の亢進を認めた。下顎管は病変中央部で強く接触し、病変内部での走行は不明瞭であった。また、下顎角部において下顎骨下縁の膨隆を認めた。（写真2）

CT 所見：埋伏した下顎左側第3大臼歯の歯根は舌側方向へ傾斜し、根尖は下顎骨舌側面への突出を認めた。また、歯冠周囲に境界明瞭な透過像を認め、下顎管は透過像の頬側に位置し、強い接触を伴って走行していた。下顎骨下縁は膨隆を伴い、周囲下顎骨はX線不透過性の亢進を認めた。（写真3）

臨床診断：下顎左側第3大臼歯深部埋伏、左側下顎骨良性腫瘍。

処置および経過：

初診時：初診時に腫脹を認めたため、抗生剤にて



写真1 初診時口腔内所見
下顎左側第3大臼歯は完全埋伏し、周囲歯肉に腫脹を認めた。



写真2 初診時パノラマX線所見
下顎骨下縁まで至る下顎左側第3大臼歯の深部埋伏と周囲の透過像を認めた。

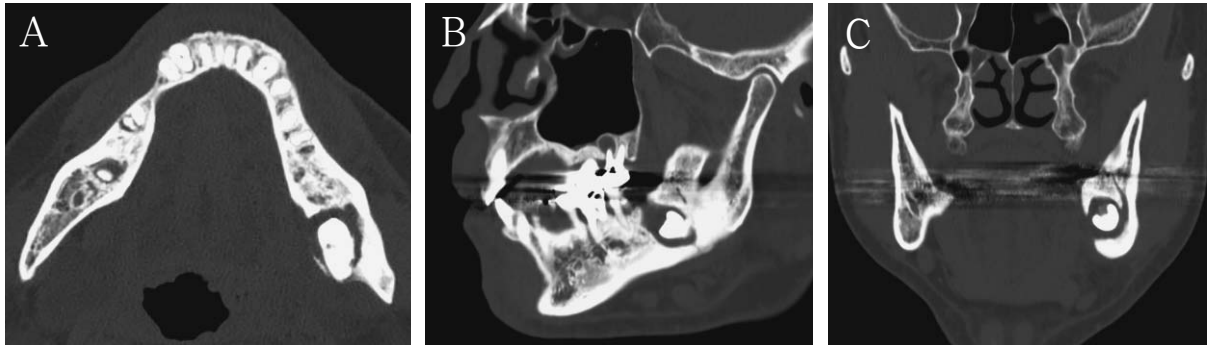


写真3 初診時 CT 所見

下顎左側第3大臼歯の根尖は下顎骨から突出を認めた。下顎管は病変の頰側にて強い接触を認めた。

消炎を行い、腫脹の改善を認めた。

手術：術野確保と確実な病変摘出を行うにあたり、口腔内からのアプローチでは、下顎管を損傷する可能性が高く、埋伏第3大臼歯までの距離が遠いため、困難であると判断し、submandibular approach による摘出術を計画した。2016年9月入院全身麻酔下にて下顎左側第3大臼歯抜歯術および左側下顎骨良性腫瘍摘出術を施行した。切開線は顔面神経の損傷を防ぐ目的で、下顎骨下縁より2横指程度下方の顎下部皮膚に設定した。皮膚および広頸筋を切開し、露出した小血管を適宜結紮切断して剥離を進め、顔面神経下顎縁枝、顔面動静脈、下顎角を明示した。下顎骨下縁まで到達したところ、左側下顎角のやや舌側寄りに骨の膨隆と菲薄化を認めたため、ラウンドバーを用いて骨削を行い、病変軟組織と下顎左側第3大臼歯の歯根を明示させた。鋭匙を用いて病変

軟組織を周囲骨より丁寧に剥離し、埋伏歯を適宜分割して抜去した。このとき、病変の頰側寄りに下顎管の露出を認めたため、下顎管周囲を避けて適宜掻爬を行い、洗浄閉創した。(写真4)

病理組織学的所見：嚢胞壁の上皮成分はわずかであったが、毛細血管の増生と強いリンパ球浸潤を伴う肉芽組織を認めた。(写真5)

最終診断：含歯性嚢胞。

術後経過：術後明らかな感染所見は認めず、現在まで再発も認めていない。また、下顎管の露出を認めたものの、術直後より下唇オトガイ部の知覚異常は認めず、術後経過は良好である。(写真6)

考 察

下顎第3大臼歯部における含歯性嚢胞は、口腔外科の日常診療において頻繁に遭遇する嚢胞性病変で



写真4 術中写真

口腔外よりアプローチし、下顎骨を削除して埋伏歯を抜去。下顎管の露出を認めた。(点線)

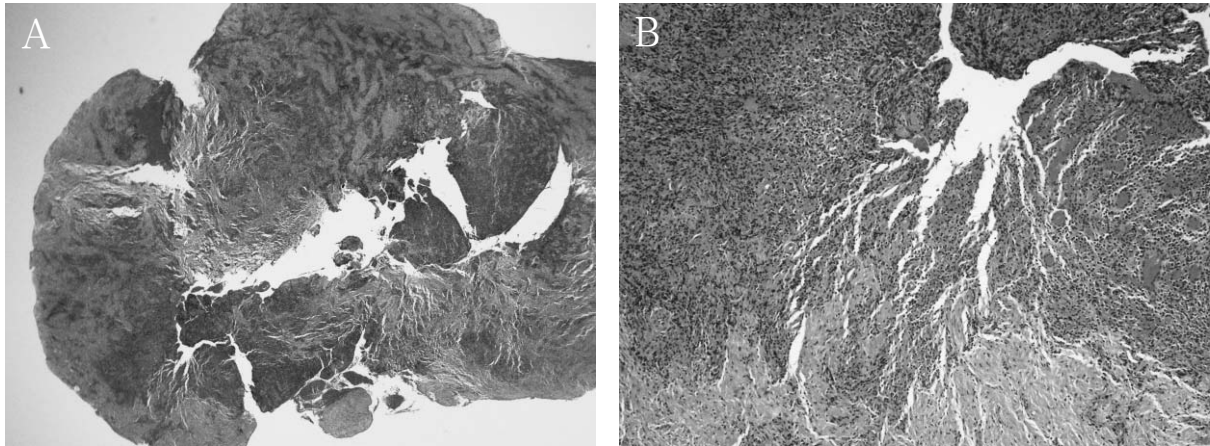


写真5 病理組織学的所見
 嚢胞壁に毛細血管の増生とリンパ球浸潤を認め、感染によるものと考えられた。(A弱拡大, B強拡大).



写真6 術後半年のパノラマX線所見
 病変の全摘が確認でき、病的骨折等の異常所見は認めない。

ある。しかし、時として埋伏歯の大幅な位置異常を伴うことがあり、治療に難渋することがある。これまでに、埋伏歯の位置異常に関する報告は多数散見され、遺伝や内分泌障害等の全身疾患が原因であるとする考察や^{1,2}、歯胚形成時における一次的な転位や歯根膜の牽引力等の局所的な要因によるとする考察など^{3,4}、症例に応じてさまざまである。

一方、含歯性嚢胞の増大により下顎埋伏第3大臼歯が深部へ誘導され、下顎骨下縁近くから突出したという報告が存在する。これらの報告では主に、①含歯性嚢胞の感染により内圧が亢進することで、埋伏歯歯根方向への慢性的な圧力が生じたこと、②埋伏歯の歯根形態が単根または根の離開が少ない「ずんどう型」であること、③下顎骨下縁の舌側面は骨が菲薄化しており、歯根の突出に障害が少ないといった点が原因として考察されている。自験例にお

いても、臨床的に病変への感染の既往があったこと、さらに摘出物の病理所見においてリンパ球浸潤や毛細血管の増生を認めたことから、感染に伴う内圧の亢進があった可能性が高いと考えられる。つまりパノラマX線画像では下顎左側第2大臼歯遠心部から埋伏第3大臼歯に至る一連の透過像を認め、下顎左側第3大臼歯が慢性的な圧力により顎骨内を後下方に移動したものと考えられた。さらに埋伏第3大臼歯の歯根は離開のない「ずんどう型」であり、下顎骨下縁付近の菲薄化した舌側面からの突出を認めていた。このように、自験例と過去の報告を踏まえると、これらの特徴が下顎骨下縁付近まで病変を拡大させた原因と考えられた。一方でこれまでの報告において、萌出過程にある埋伏永久歯は、萌出方向の骨内に形成される歯導帯によって誘導され、萌出することが知られている⁷。この歯導帯が外傷等により

断裂を生じた結果、永久歯の萌出方向へ異常を来したとする報告が散見される^{2,4,8-10}。自験例では歯冠部に嚢胞を有していたことや細菌感染による刺激によって歯導帯が断裂したことが、先の原因と合わせて深部埋伏を来す一因となった可能性が示唆された。

今回われわれは、下顎骨下縁付近まで拡大した病変に対して、十分な術野を確保し、下歯槽神経損傷を避けながら確実に病変を摘出するために口腔外からのアプローチを選択した。この利点として、視野を十分に確保することができ、下顎管を避けた抜歯が可能である他、病変までの距離が短いために少ない骨削除量での摘出が可能となり、手術侵襲を少なく抑えられることや、術後の病的骨折の危険性を軽減できることが挙げられる^{2,5,6}。欠点としては、顔面神経損傷の可能性と皮膚切開による審美的障害が挙げられる¹¹。これらの欠点に対しては、submandibular approach による切開線を設定し、顔面神経損傷に留意した剥離操作と、術後瘢痕を抑制するための丁寧な閉創処置・術後管理が重要である¹²。一方で、口腔内からのアプローチの場合、病変までの距離が遠く十分な術野確保の為に多くの骨削除を要することや、無理な操作による埋伏歯迷入の可能性も考えられる。これまでに下顎枝に生じた含歯性嚢胞に対して、口腔内より内視鏡を用いて術野を確保し、嚢胞摘出と埋伏第3大臼歯抜歯を行ったとする報告¹³が存在するものの、自験例のごとく下顎管と接触する形で病変が存在する場合は、必然的に下顎管の下方まで内視鏡を挿入する必要があるため適応は難しいと考えられる。山本ら⁵と鈴木ら⁶の報告ではそれぞれ口腔内・外からアプローチしているが、口腔内アプローチを選択した症例では、保存不可な同側の下顎第2大臼歯を同時に抜歯することで良好な視野を得ていた。すなわち、これらの様な症例では病変が深部にあることから、十分な視野確保と侵襲を抑えた手術が可能となるアプローチを計画し、盲目的な操作を避けて手術を行うことが良好な結果に繋がるものと示唆された。自験例においても、術後経過は良好で現在までの再発も無く、顔面神経および下歯槽神経麻痺や創部瘢痕も認めていないことから、submandibular approach によりこれらの欠点は克服できたものと考えている。

以上より、下顎第3大臼歯部における含歯性嚢胞ではその内圧や感染等により、病変の拡大や深部への進展の可能性があることから、発見されたら可及的に早期の摘出が必要であると考えられる。また、これらの手術においては病変の位置や大きさ・感染の有無などを画像診断や臨床所見から総合的に判断し、術野確保と安全な病変摘出、および術後経過を

考慮した手術方法を選択することが重要であると考えられた。

結 語

今回われわれは、下顎左側第3大臼歯が下顎骨下縁付近から突出し、下顎管と接触した含歯性嚢胞に対して、submandibular approach で摘出することで良好な結果を得たため、その概要について若干の考察を交えて報告した。

本論文の要旨は平成30年6月、第49回日本口腔外科学会近畿支部学術集会で発表した。また、本論文における開示すべき利益相反状態はない。

謝 辞

本論文を発表するにあたりご協力いただきました近畿大学奈良病院病理診断科 太田善夫教授、若狭朋子准教授に深謝いたします。

引用文献

1. 中谷善幸ら (1981) 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.
2. 徳宮元富ら (2017) 下顎骨下縁より抜歯が必要となった埋伏智歯の一例. 阪大歯学誌. 61巻2号 17-20頁.
3. 松矢篤三, 前田憲昭, 杉山勝, 古郷幹彦, 宮崎正 (1983) 奇妙な歯牙マイグレーションの1例. 日口外誌. 29: 1685-1691.
4. 小倉基ら (2005) 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.
5. 山本悦秀ら (1985) 埋伏大臼歯の歯根が下歯槽神経血管束とともに下顎骨下縁より露出した1例. 日口外誌. 31: 838-843.
6. 鈴木真幸ら (2000) 下顎骨下縁に歯根が突出した埋伏下顎第3大臼歯の1例. 日口外誌. 46: 381-383.
7. 五嶋秀男, 濱本義人, 上羽民子, 飯塚合子 (1975) 歯穿孔の年代的推移による大きさの変化について. 小児歯誌. 13: 121-128.
8. 宮下英高ら (2006) 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.
9. 竹村日登美, 平野吉子, 小原浩, 西尾順太郎 (1997) 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.
10. 森厚行, 美馬孝至, 岡内豊美, 山西由紀子 (2003) 歯冠が下顎下縁より突出していた逆性埋伏下顎小臼歯の1例. 日口外誌. 49: 230-232.
11. Maria JT, Leonard BK (2001) Endoscopic approach to the Ramus/Condyle unit: clinical applications. J Oral Maxillofac Surg 59: 503-509.
12. CA Righini, J Petrossi, E Reyt, I Atallah (2014) An original submandibular approach technique sparing the cervical branch of the facial nerve. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 131: 143-146.
13. 岩井俊憲ら (2009) 内視鏡支援下に下顎骨嚢胞性病変を摘出した1例. 日口外誌. 55: 203-207.