

<臨床>下顎に発生したFollicular keratocystの1例

著者名(日)	柴田 敏之, 窪田 正樹, 佐藤 仁, 大森 一幸, 小田 浩範, 有末 眞, 村瀬 博文, 安彦 善裕, 賀来 亨
雑誌名	東日本歯学雑誌
巻	14
号	1
ページ	87-91
発行年	1995-06-30
URL	http://id.nii.ac.jp/1145/00008030/

〔臨床〕

下顎に発生したFollicular keratocystの1例

柴田 敏之, 窪田 正樹, 佐藤 仁*,
大森 一幸, 小田 浩範, 有末 眞,
村瀬 博文, 安彦 善裕**, 賀来 亨**

北海道医療大学歯学部口腔外科第II講座
*佐藤歯科医院
**北海道医療大学歯学部口腔病理学講座

(主任：村瀬博文教授)
* (主任：佐藤 仁院長)
** (主任：賀来 亨教授)

A case of follicular keratocyst in the mandible

Toshiyuki SHIBATA, Masaki KUBOTA, Hitoshi SATOH*,
Kazuyuki OHMORI, Hironori ODA, Makoto ARISUE,
Hirofumi MURASE, Yoshihiro ABIKO**, Tohru KAKU**

Second Department of Oral Surgery, School of Dentistry,
Health Sciences University of Hokkaido
*Satoh Dental Clinic
**Department of Oral Pathology, School of Dentistry,
Health Sciences University of Hokkaido

(Chief Prof Hirofumi MURASE)
* (Chief Hitoshi SATOH)
** (Chief Prof Tohru KAKU)

Abstract

A case of follicular keratocyst occurring in the mandible is reported. A 43-year-old male was referred to our hospital by his dentist for an investigation of a radiolucent lesion affecting the right mandible. Radiographically, the lesion showed a multilocular appearance in association with the unerupted wisdom tooth in the ramus. At a biopsy from the retromolar region, the crown of the right wisdom tooth erupted into the cyst cavity containing large amounts of keratin debris. Histopathologically, the cyst wall was lined by stratified squamous epithelium with ortho hyperkeratotic layer. As a result of these findings, we diagnosed this case as follicular keratocyst according to the 1992 WHO classification. Four months after fenestra-

受付：平成7年3月31日

本論文の要旨の一部は、第20回日本口腔外科学会北日本地方会（1994年7月、旭川市）に於て発表した。

tion, the cyst was removed. Routine follow-up, one year after removal, showed uneventful postoperative course.

Key word odontogenic keratocyst, keratocyst, follicular keratocyst

緒 言

歯原性嚢胞の分類において、1992年、WHOは、嚢胞上皮に角化が認められる歯原性角化嚢胞のうち、嚢胞腔内に歯冠が萌出しているものを新たにFollicular keratocystと分類することを提唱した¹⁾。

今回、我々は、下顎埋伏智歯歯冠を嚢胞腔内に含み、嚢胞上皮の角化と著しい粘土状の角質物を内容にもつFollicular keratocystの概念に一致する1例を経験し、歯原性角化嚢胞の分類について考察を行ったので報告する。

症 例

患 者：43歳男性。

既往歴・家族歴：特記事項なし。

現病歴：1993年9月初旬にう蝕治療を目的に近医歯科を受診し、オルソパントモグラムを撮影したところ、右側下顎枝部を中心としたX線透過像および透過像内の右側下顎智歯の埋伏を指摘され、紹介により1993年9月8日当科受診した。

現 症：

口腔外所見：顔貌左右対称性、顔面部に腫脹、圧痛等の異常は認められなかった。

口腔内所見：右下顎臼歯部に腫脹等の異常は認められず、7]、6]は打診痛、動揺もなく電気歯髓診にて陽性反応を示した。

X線所見：X線写真では、右側下顎骨体部から下顎枝にかけて境界明瞭な多房性のX線透過像を認め、透過像内に右側下顎智歯が含まれていた。下顎管は下顎骨体部の下方に位置していた(写真1, 2)。また、CT写真では、右側下顎



写真1 初診時、オルソパントモグラム



写真2 初診時、顔面P-A撮影像



写真3 初診時、CT撮影像

枝部に智歯歯冠を含んだ境界明瞭なCT値約30の骨透過像を認めた。また、下顎枝部には骨の膨隆、皮質骨の欠損は認められなかった(写真3)。

臨床診断：右側下顎含歯性嚢胞の疑い。

処置および経過：上記臨床診断のもと、9月28日、右側下顎嚢胞開窓術および、右側下顎埋伏智歯抜歯術を施行した。嚢胞壁は暗赤色を呈し、嚢胞腔は単一空洞で、右側下顎智歯歯冠は嚢胞腔内に認められ、歯頸部で嚢胞壁と連続していた。また、智歯は、舌側に圧排される様に存在していた。内容は乳白色を呈する膿汁様の内容物を少量と、粘土状の白色固形物が多量に認められた(写真4)。開窓術を施行時、嚢胞壁の一部を生検材料とした。術後、開窓部より洗浄を行い、開窓4カ月後に、嚢胞摘出術を施行した。術後、約1年経過した現在、再発、創の治癒異常も認められず、経過良好である。

病理検査所見：嚢胞壁は表層で過角化を伴った、重層扁平上皮で被覆され、結合組織との境

界は平坦であった(写真5)。また、白色の内容物は角質物より成っていた。以上より、組織学的には歯原性角化嚢胞の像を呈し、嚢胞腔内に埋伏智歯歯冠を含んでいたため、1992年にWHOが提唱した分類に従い、Follicular keratocystと診断した。

病理組織診断：Follicular keratocyst

考 察

歯原性角化嚢胞 (odontogenic keratocyst) の取り扱い、主として、歯原性角化嚢胞と原始性嚢胞および含歯性嚢胞を、それぞれ独立した嚢胞とするか、同じ範疇のものとするかによって異なり、この点が分類上の大きな論点となっている。この歯原性角化嚢胞は、元々顎骨内に発生する歯原性嚢胞のうち、嚢胞腔を被覆する上皮に角化のみられるもの全てに対し、1956年、Philipsen²⁾により提唱された名称で、その後、Pindborgら³⁾により形態のおよび臨床的特徴等が示され、角化した嚢胞壁上皮を持つ嚢胞の一般的な呼称となっていった。

一方、これより以前の1945年、組織発生学的な面より、歯胚形成期の上皮を原基とした歯原性嚢胞で、歯の硬組織が全く認められない嚢胞に対し、Robinson⁴⁾は原始性嚢胞 (primordial cyst) の名称を提唱している。原始性嚢胞は、無歯性濾胞性嚢胞とも呼ばれ、歯堤もしくは、歯牙硬組織形成前のエナメル器等に由来する嚢胞と考えられており、非常に高い頻度で嚢胞上皮に角化が認められることが知られている。このため、原始性嚢胞が歯原性角化嚢胞と同義に解釈される場合が多い^{5,6)}。しかし、原始性嚢胞の全てが角化している訳ではなく、非角化性の原始性嚢胞の存在も認められるため⁷⁾、解釈に混乱が生じている。さらに、歯原性嚢胞で埋伏歯歯冠を嚢胞腔内に含むものがあり、この場合、含歯性嚢胞 (dentigerous cyst)、または濾胞性嚢胞 (follicular cyst) と呼ばれている。この

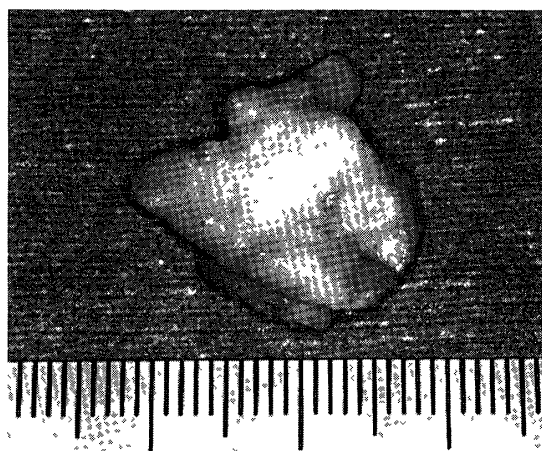


写真4 摘出された内容物

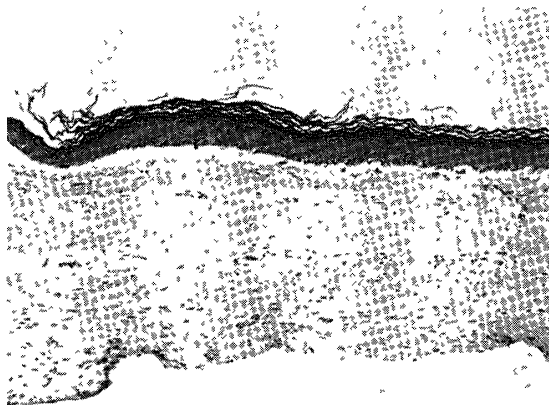


写真5 病理組織像

嚢胞は、歯牙硬組織形成後の歯冠を覆う退縮エナメル上皮に由来して生じる嚢胞と考えられ、このため組織学的には、嚢胞上皮の角化は認められず、稀に角化の認められる場合でも部分的にしか認められない特徴を示すとされている⁸⁾。

しかし、自験例の様に歯原性角化嚢胞の基準を満たし、かつ、明らかに埋伏歯歯冠が嚢胞腔内に含まれる例が稀ながらあり³⁾、含歯性嚢胞と歯原性角化嚢胞との区別に混乱が生じている。この様な例に対して、現在、大別して以下の2通りの考えが示されている。一つは、含歯性嚢胞を形成する退縮エナメル上皮からも角化した嚢胞上皮が形成され得るとする説⁹⁾。もう一つは、歯原性角化嚢胞が増大する過程において、未萌出歯もしくは埋伏歯の歯嚢を包含し、退縮エナメル上皮と癒合し生じるとする説^{10,11)}である。現在の所、これらの嚢胞上皮を、退縮エナメル上皮由来もしくはそれを取り込んだものなのかを判別することは、組織学的に両者の差が明らかでないことより困難となっている。自験例の場合、嚢胞と埋伏歯の位置関係を考えると、埋伏智歯の位置が、内上方に圧排される様に存在していたことより、後者の説の方が受け易いと考えられた。

1992年、WHOは、歯原性嚢胞の新分類を行い、歯原性角化嚢胞の中に埋伏歯歯冠が萌出しているものを新たに亜分類としてFollicular keratocystと称することを提唱した¹⁾。この分類により、自験例の様な場合の扱いは容易となった。しかし、このWHOの新分類は、歯原性角化嚢胞を原始性嚢胞と同義に扱い、かつ、Follicular keratocystを新たに提唱している。このため、埋伏歯を伴う原始性嚢胞が存在することとなり、先に述べた成因論的には不確定な部分を内在し、今後更に論議がなされる必要があると考えられた。

現在、歯原性角化嚢胞の病因、成因等につい

て不明な点が数多く残されている。また、歯原性角化嚢胞は、その発生頻度が歯原性嚢胞の3.3~10.5%程度と比較的少なく^{3,12)}、このうち、埋伏歯を伴うFollicular keratocystの場合は、更に少なくなり、多数の検体を用いた検討が困難な状況となっている。したがって、今回我々が報告した様な症例報告の積み重ねが、地道ながら、重要と考えられた。

結 語

今回、我々は、43歳男性の右側下顎枝部に生じた右側下顎埋伏智歯歯冠を含むFollicular keratocystの1例を報告した。

文 献

- 1) Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M Histological Typing of Odontogenic Tumours, WHO International Histological Classification of Tumours 2nd edition Springer Verlag, Heidelberg, 1992 PP34-36
- 2) Philipsen HP Om Keratocysten (Kolesteatoma) i Kaebern Tandlaegebladet, 60 963, 1956
- 3) Pindborg JJ, Hansen J Studies on odontogenic cyst epithelium, Acta Pathol Microbiol, 58 283-294, 1963
- 4) Robinson HBG Classification of cysts of the jaw Am J Orth Oral Surg, 31 370, 1945
- 5) Shear M Cysts of the jaw recent advances, J Oral Pathol, 14 43-59, 1985
- 6) Pindborg JJ, Kramer JRH International Histological Typing of Odontogenic Tumours, Jaw cysts, and Allied Lesions WHO, Geneva, 1971, PP-40
- 7) 横林敏夫・非角化性原始性嚢胞および類似顎骨嚢胞の臨床病理組織学的研究—非角化性原始性嚢胞の存在意義について—日口外誌 29・1090-1106, 1983.
- 8) 石川悟朗・口腔病理学II 改訂版, 永末書店, 京都, 1982, 371頁.
- 9) Brannon RB The odontogenic keratocyst A clinicopathologic study of 312 cases Part II Histologic features Oral Surg 43 233-255,

1977
10) Browne RM The odontogenic keratocyst
Histological features and their correlation with
clinical behaviour, Brit Dent J 133 249-259,
1971

11) Altini M, Cohen M Experimental extra-fol-
licular cysts J Oral Pathol 16 49-52, 1987
12) Brannon RB The odontogenic keratocyst A
climicopathologic study of 312 cases Part I
Clinical features Oral Surg 42 54-71, 1976