

〔臨 床〕

下顎埋伏第三大臼歯歯冠部に発生した歯原性線維腫の一例

越智 眞理, 蔵口 潤, 齊藤 正人, 大内 知之, 安彦 善裕, 賀来 亨,
後藤 邦彦*, 松澤耕介*

北海道医療大学歯学部口腔病理学講座

*北海道形成歯科研究会

(主任: 賀来 亨教授)

* (主任: 松澤耕介会長)

A Case of Odontogenic Fibroma around the Crown
of Impacted Mandibular Third Molar

Makoto OCHI, Jun KURAGUCHI, Masato SAITOH,
Tomoyuki OHUCHI, Yoshihiro ABIKO, Tohru KAKU, Kunihiko GOTOH*,
Kohsuke MATSUZAWA*

Department of Oral Pathology, School of Dentistry
HEALTH SCIENCES UNIVERSITY OF HOKKAIDO

*Association of Hokkaido Plastic Dentistry

(Chief: Prof. Tohru KAKU)

*(Chief: Dr. Kohsuke MATSUZAWA)

Abstract

A case of odontogenic fibroma of the right mandible in a 15-year-old male patient is reported. The patient came to a dental clinic because of pain at the right mandibular first molar, and X-ray radiography showed a cystic lesion around the crown of the impacted third molar, which implied a dentigerous cyst. Histopathologically, the lesion consisted of fibrous tissue with proliferation of fibroblasts and collagen fibers in which foci of odontogenic epithelial-like cells were observed.

The lesion was diagnosed as a central odontogenic fibroma.

Key words: Odontogenic fibroma, Mandible, Third molar, Impacted tooth

緒 言

歯原性線維腫は歯胚組織中の歯乳頭、歯小囊あるいは歯根膜などの中胚葉性組織に由来する比較的稀な腫瘍であり、その発生部位により顎骨内部（中心性線維腫）あるいは、顎骨周辺性（周辺性線維腫）に生じるものとがある¹⁾。組織学的に細胞成分に富む線維性組織よりなり、歯原性上皮の小塊がみられることを特徴としており、臨床的に発育は一般的に緩慢で、顎骨を無痛性に膨隆させるとの報告もある²⁾。また、エックス線的には境界明瞭な単胞性もしくは多胞性の透過像を呈し、嚢胞あるいはエナメル上皮腫との鑑別がしばしば困難であるとされている³⁾。

今回われわれは、右側下顎埋伏第三大臼歯の歯冠部に生じた中心性歯原性線維腫の一例を経験したのでその概要を報告する。

症 例

患者：15歳 男性

初診日：平成5年7月27日

家族歴および既往歴：特記事項なし

現病歴：初診日の約2週間前より右側下顎第一大臼歯部付近に自発痛を生じ、その処置と口腔

内精査希望にて平成5年7月某歯科医院を受診した。

現症：初診時の口腔内所見は右側下顎第二大臼歯が未萌出状態であり、その周囲軟組織には軽度の膨隆が認められ、弾性硬であった。右側第一大臼歯にはC₂程度のう蝕が認められた以外に著変はみられなかった。

エックス線所見：右側下顎第二大臼歯は近心に傾斜しており、隣接した第一大臼歯遠心根を圧迫した状態で埋伏していた。また同側下顎第三大臼歯は、第二大臼歯同様に近心に傾斜して埋伏しており、歯冠周囲を取り囲む様に境界明瞭なエックス線透過像が認められた（写真1）。

臨床診断：下顎第三大臼歯部含歯性嚢胞

処置および経過：下顎第三大臼歯歯冠部周囲に発生した含歯性嚢胞の臨床診断のもとに、下顎第三大臼歯とその周囲軟組織の摘出を行った。その手術の概要は以下の通りである。2%キシロカイン局所麻酔下にて第一大臼歯遠心部から切開し歯肉骨膜弁を形成して、第三大臼歯を歯冠部軟組織とともに抜去した。また下顎第二大臼歯の萌出を促進させるため同部の開窓術も同時におこなった。軟組織は充実性で周囲の歯槽骨との癒着は認められず、一塊として摘出することができた。その後歯肉骨膜弁の縫合を行い、

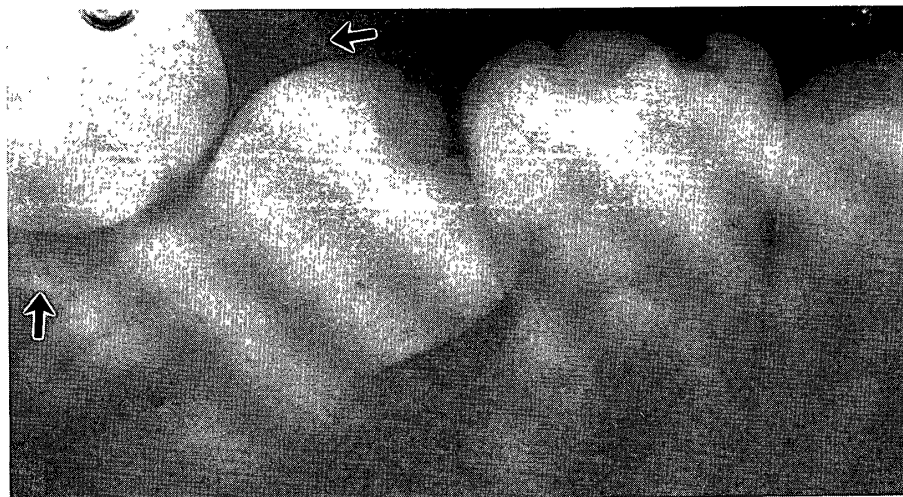


写真1 デンタルエックス線写真 右側下顎第三大臼歯歯冠部を含む境界明瞭なエックス線透過像が認められる（矢印）。

術後1週間目に抜糸を行った。現在術後7ヶ月を経過したが、再発などの異常所見は認められず、下顎第二大臼歯の萌出状態も良好である。

摘出物所見：摘出された軟組織は $20 \times 15 \times 10$ mm大、色は灰白色、表面は平滑で、硬さは弾性硬であった。

病理組織学的所見：摘出物は比較的線維成分に富んだ結合組織の増生を主体としており、強拡大で観察すると膠原線維束と、歯原性上皮様細胞の小塊が多数確認された。周囲には軽度の出血とリンパ球、形質細胞主体の軽度の炎症性細胞浸潤がみられたが、明らかな石灰物は認められなかった。

大で観察すると膠原線維束と、歯原性上皮様細胞の小塊が多数確認された。周囲には軽度の出血とリンパ球、形質細胞主体の軽度の炎症性細胞浸潤がみられたが、明らかな石灰物は認められなかった。

以上の所見より歯原性線維腫と診断した（写真2，3）。

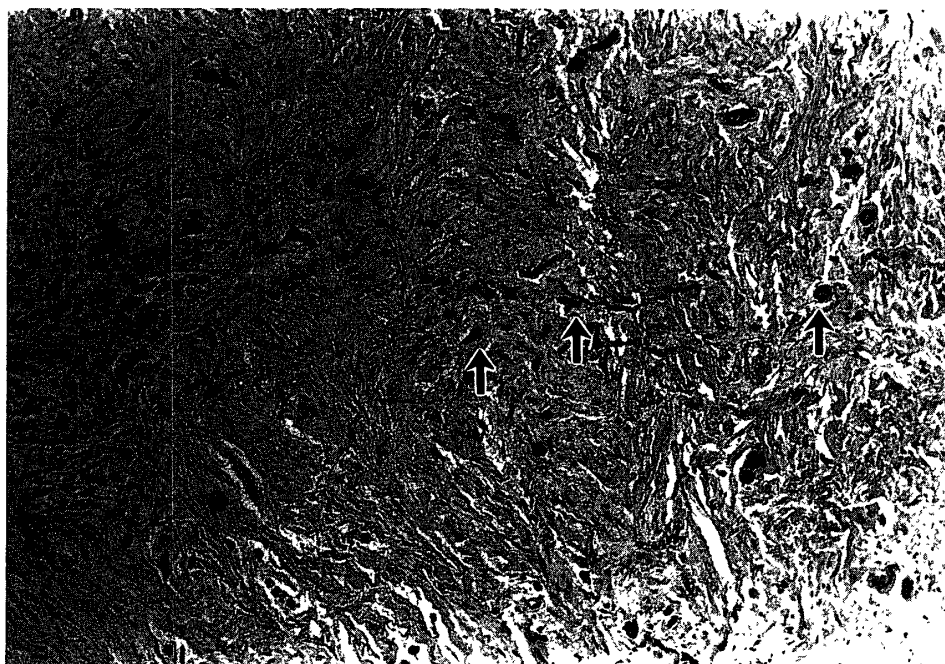


写真2 摘出物病理組織像 膠原線維束と歯原性上皮様細胞（矢印）の小塊を認める（ヘマトキシリン・エオジン染色，X40）。

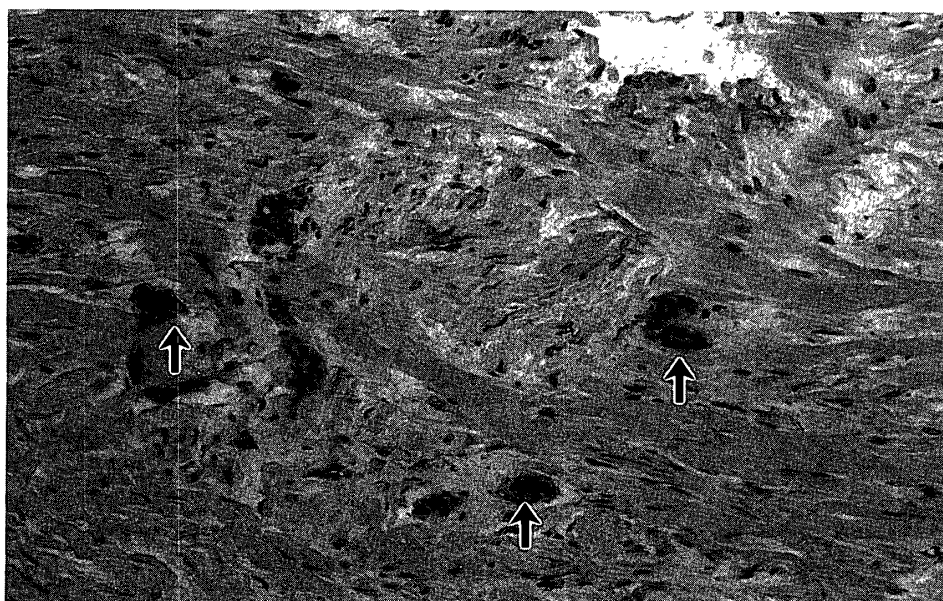


写真3 摘出物病理組織像 膠原線維束と歯原性上皮様細胞の小塊（矢印）を認める（ヘマトキシリン・エオジン染色，X200）。

考 察

WHOの分類では歯原性線維腫は歯原性上皮を含む結合組織性の腫瘍と定義され、腫瘍の存在部位により中心性と周辺性へと分類された⁴⁾。本腫瘍の発生頻度は歯原性腫瘍中約20%を占めるという報告もあるが⁵⁾、多くの報告では比較的稀なものと言われている^{6,7)}。一般に中心性のものは、20歳以下の若い人に多く見られ、発育は緩慢で顎骨に無痛性の膨隆をきたし、歯の欠如や埋伏、隣在歯の離開などを来すことがある^{2,8,9)}。エックス線学的には中心性歯原性線維腫は境界明瞭な単胞性もしくは多胞性の透過像を呈し、エナメル上皮腫や埋伏歯を伴う場合は、含歯性嚢胞との鑑別にしばしば困難を来すことがある¹⁰⁾。本症例の臨床所見は中心性歯原性線維腫として一般的なものであったが、エックス線学的に本腫瘍と鑑別が困難といわれる含歯性嚢胞を臨床診断としており、本腫瘍の臨床診断には注意を要するものと思われた。

中心性歯原性線維腫の病理組織学的特徴として、(a) 線維成分あるいは粘液腫様成分の増生を主体とすること、(b) 歯原性上皮が存在すること、(c) しばしば石灰化物がみられること、などがあげられている^{11,12)}。この病理組織学特徴から、鑑別診断には歯原性粘液腫、エナメル上皮腫、エナメル上皮線維腫があげられる¹³⁾。歯原性粘液腫は膠原線維、細胞成分に乏しく、エナメル上皮腫は様々な形態を呈する歯原性類似上皮の増殖からなっており、エナメル上皮線維腫においては、特徴ある上皮成分の増殖に加えて結合組織が歯乳頭類似の幼若線維芽細胞様細胞の増殖を主体とする点において鑑別できる^{14,15)}。本症例においては膠原線維の増生を伴った線維成分に富んだ線維腫様組織に少量の上皮塊を認め、その上皮塊を形成する細胞核に異型性を認めず幼若な歯原性上皮に類似していることから歯原性線維腫と診断した。

本腫瘍の組織由来に関しては歯乳頭や歯小嚢のような胎生期の結合組織から生じ、その後においては歯根膜から生じると言われている^{16,17)}。本症例は、欠如歯はなく、第三大臼歯歯冠に接し、線維腫様組織内に散在する上皮成分がMalassezの上皮遺残に類似していることから、歯根膜に由来していたものと考えられた。

結 語

右側下顎第三大臼歯の歯冠部に生じた歯原性線維腫の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) Shafer W G, Hine M K, Levy B M, Tomich C E: A Textbook of Oral Pathology 4th edition, W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1983, pp.294-295.
- 2) 石川 梧朗 監修: 歯原性線維腫 口腔病理学II, 第2版, 永末書店, 京都, 1982, pp.489-491.
- 3) 東 与光, 青山 亘, 鈴木信一郎, 鹿島 勇: Oral Radiology 第8版, 日本医事新報社, 東京, 1990, pp.323-332.
- 4) Kramer I R H, Pindborg JJ, Shear M: Histological Typing of Odontogenic Tumours. World Health Organization 2nd edition, Geneva, 1992, pp.20-21.
- 5) Bhaskar S N: Synopsis of Oral Pathology, 7th edition, C.V.Mosby, St.Louis, 1986, pp.282-284.
- 6) 藤村義秀, 林 升, 長谷川 健: 幼児の下顎前歯部にみられた周辺性歯原性線維腫の1例. 児口外 2:69-73, 1992.
- 7) 松山順子, 富沢美恵子, 野田 忠, 鈴木 誠: 下顎第一大臼歯の萌出遅延をきたした歯原性腫瘍の4例. 小児歯誌 29:447-458, 1991.
- 8) Barnes L: Surgical Pathology of the Head and Neck, Vol.2, Marcel Dekker, Inc, New York, 1990, pp.1381-1409.
- 9) 神田 登, 今井正人: 矯正治療中に発見されたodontogenic fibromaの1例. 福岡歯大誌, 14:273-277, 1987.
- 10) 岡田典久, 増田 屯: 歯原性線維腫. Dent Diam 15:

- 62-65, 1990.
- 11) 岡田敏弘, 一瀬正治: 下顎骨に生じた中心性歯原性線維腫の1例. 日形会誌, 11:329-334, 1991.
- 12) Wesley R K, Wysocki G P, Minz S M: The central odontogenic fibroma-clinical and morphologic studies. Oral Surg 40:235-245, 1975.
- 13) Doyle J L, Lamster I B and Burden E: Odontogenic fibroma of the complex(WHO) type:report of six cases. J Oral Maxillofac Surg 43:666-674, 1985.
- 14) Zachariades N: Odontogenic fibroma. Int J Oral Maxillofac Surg 15:102-104, 1988.
- 15) Thoma K H: Oral Pathology 4 edition, Mosby Co, St Louis, 1954, pp.1196-1201.
- 16) Gorlin R T, Chaudhry A P, Pindborg J J: Odontogenic tumors: Classification, histopathology and clinical behavior in man and domesticated animals. Cancer 14:73-101, 1961.
- 17) 佐々木 優, 大家 清: 歯根膜由来の周辺性歯原性線維腫の1例. 口科誌, 42:102-106, 1993.