

〔臨床〕 松本歯学 17 : 79-83, 1991

key words : 木片異物 - 翼突下顎隙 - 開口障害

咬筋前縁部より翼突下顎隙に 木片が迷入した1症例

村田智明, 古澤清文, 藤本勝彦, 安田浩一

松本歯科大学 口腔外科学第2講座 (主任: 山岡 稔 教授)

Foreign Body of Wood Fragment in the Pterygomandibular Space

TOMOAKI MURATA, KIYOFUMI FURUSAWA,
KATSUHIKO FUJIMOTO and KOUICHI YASUDA

*Department of Oral and Maxillofacial Surgery II, Matsumoto Dental College
(Chief : Prof. M. Yamaoka)*

Summary

This case report is a rare example of a foreign body, a wood fragment, which persisted in the pterygomandibular space for three weeks.

The difficulty in locating the foreign body arose from the fact that radiographs of the jaws did not show a radiopaque object in the buccal and pterygomandibular spaces and trismus showed an opening of only about 0.2 cm. Curratage was indicated after trismus, and continuous drainage was slightly improved. A wood fragment lay in close lateral relationship to the mandibular nerve ; treatments were conducted successfully without any lingual and lip anesthesia.

On the CT scan, wood is usually visualized as a low-density band, caused by air trapped with in the wood. Howerer, over time the CT scan does not image wood as an area of decreased density because the air in the wood is gradually absorded. It was believed that computer tomography should also be provided for a diagnosis of foreign bodies such as wood fragments as soon as possible.

結 言

骨折などの外傷や歯牙迷入などにより開口障害を呈する症例は、日常臨床においてしばしば遭遇する。しかし組織内に迷入された歯牙以外の異物

が感染原因となり強度の開口障害を惹起することは比較的まれである。今回著者らは屋根より転落し、木の枝が左側頬部より口腔内に貫通し、さらに翼突下顎隙へ迷入し、強度の開口障害を呈していたため、木片摘出に苦慮した症例を経験したので、その概要を報告する。

(1991年2月8日受理)

症 例

患 者：43歳 男性.

初 診：平成元年9月28日.

主 訴：開口障害.

家族歴：特記事項なし.

既往歴：特記事項なし.

現病歴：平成元年9月15日、自宅の屋根より転落し、その際、木の枝が左側頬部より口腔内へ貫通した。患者自ら木の枝を除去した後、某脳神経外科医院を受診し、頭頸部の精査および頬部皮膚の縫合術を受けた。しかし、強度の開口障害と創部からの排膿が改善しなかったため、受傷13日後に当科を紹介され来院した。

現 症：

全身所見：体格は中等度で、栄養状態はやや不良であった。腋下体温は37.2°Cで全身の倦怠感を訴えていた。

口腔外所見：顔貌は左右非対称で左側頬部に腫脹と、触診により左側咬筋の肥大を認め、左側頬

部 45 相当部に前後的に約2 cmの穿創を認め、挫滅と周囲には硬結を認め、創より自然排膿がみられた。開口は不能であり、左側顎下リンパ節は示指頭大で軽度の圧痛を認めた(写真1)。

口腔内所見：45相当部頬粘膜および左側顎間皺襞付近にそれぞれ1個の裂創を認めた。頬粘膜の創部は挫滅や硬結はなく、周囲に軽度の発赤を認め、口腔外創部と交通していた(写真2)。また、顎間皺襞付近の創部からゾンデの挿入により上咽頭方向へ瘻孔様の組織欠損を確認できた。

パノラマX線所見：骨折等の異常は認められなかった(写真3)。

臨床検査所見：白血球数8200/ μ l、血沈84 mm/hr、CRP 2+などの急性炎症所見を認めた。

臨床診断：急性咀嚼筋炎。

処置ならびに経過：初診当日より入院下にてCeftriaxone 2 g/dayの静脈内投与を開始した。さらに入院当日に排膿を促す目的にて口腔外より創部を利用し切開を加え、ベンローズドレーンを挿入した。創内部を搔爬、洗浄した際、不良肉芽組



写真1：初診時顔貌

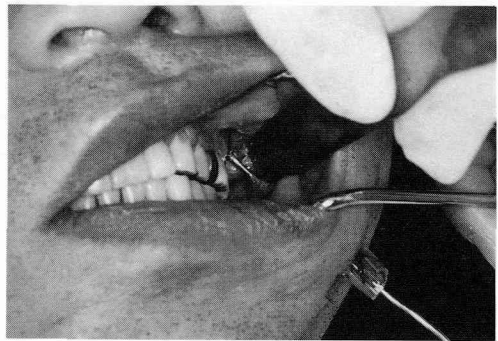


写真2：頬粘膜創部と口腔外創部との交通

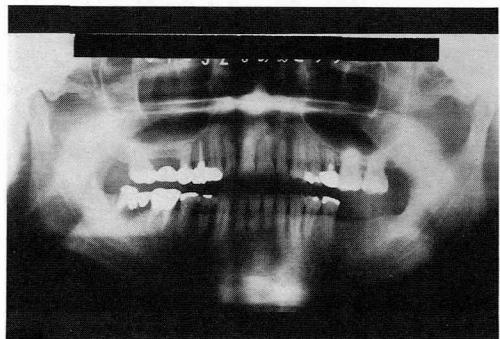


写真3：初診時パノラマX線写真

織とともに多数の細かい木片を認めた。なお顎間皺襞付近創部の処置は開口不能だったため行えなかった。その後も口腔外創部からの排膿が持続したため、10月9日に抗生剤を Aspoxicillin 2g/day に変更したところ、投与1週間後の10月17日、開口度は10mm程度になり顎間皺襞部分への器材の直達が可能になったため、同部より搔爬術を施行した。その際、翼突下顎隙に大きな木片を触知したため(図1)創部を拡大切開し、無出血下に木片の摘出を行った。木片は50×20×20mmの大きさ(写真4)で、内側翼突筋の一部に損傷を与えていた。3日後の10月20日には、開口度は20mm程度になり排膿もほとんど消失したが滲出液が続いて認められたため開放創としドレナージにより経過観察を続けたところ、その約2週間後に創部は自然閉鎖し、3ヶ月後の1月22日には開口度も30mm程度となり、左側頬部に認めていた瘢痕も緩和し顔貌の左右非対称性および顔面表情運動も回復し、下口唇、舌の知覚麻痺を認めていない(図2)。

考 察

顎顔面領域における異物の迷入は、抜歯時の歯牙や歯科用器具の組織内迷入に代表される治療中の偶発事故や外傷に伴って生ずる。このうち歯牙や歯科用器具の迷入に関する報告例は多数認められる。扁桃部や上顎洞への歯牙迷入例では、長

期間組織内に放置された結果、慢性あるいは急性炎症々状を呈し、CTや単純X線撮影により発見、摘出されることはしばしばみられる^{1,2)}。また美馬ら³⁾の内側翼突筋内への破折注射針迷入例では位置確認に苦慮したため、術中にX線TV装置を用いて口腔内より注射針を摘出している。外傷に付随してガラスの破片⁴⁾や木片⁵⁾などが迷入したり、小児が玩具や器具をくわえたまま転倒して、口腔軟組織にそれらが迷入した^{6,7)}報告も散見される。田島ら⁵⁾による頭蓋底に木片が迷入した報告例では、造影剤を使用し木片の位置確認を試みているが明確には確認されず、結局自然排出されている。このように異物の診査や摘出の困難に基づく問題点がみられる。ここでは歯牙以外の迷入の特殊性について過去の報告例を中心に部位とX線透過性の検討を加える。

部位について：顎口腔領域由来では食道部⁸⁾、上顎洞部^{9,10)}の異物症例が多い。このうち、食道部については内腔の停滞例がほとんどであり、組織内迷入例となると上顎洞内が多いようである。また、小児における外傷時の迷入および刺入例では口蓋部が多い¹¹⁾。一方、翼突下顎隙の歯牙以外の異物の報告は、著者らの渉猟しえた範囲ではSchow¹²⁾によるペンのキャップの迷入例のみにすぎない。しかし、この症例の刺入径路は翼突下顎隙付近の口腔内である上、異物がX線不透過性であったため迷入位置を確認するまでに比較的時間はかからなかったようである。

しかし今回のように異物が深部に達した場合、

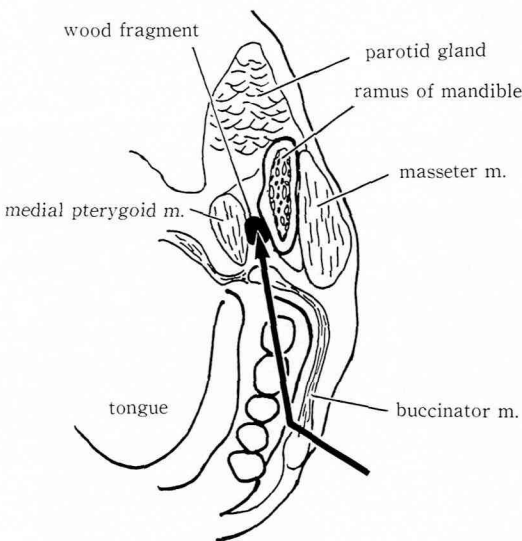


図1：木片の刺入方向および迷入位置

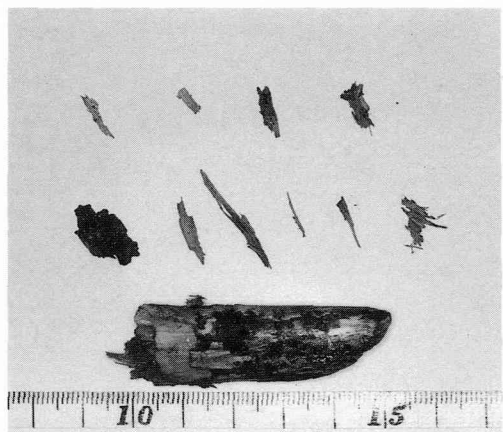


写真4：摘出物所見

顎顔面領域の解剖学的形態の複雑さに起因する異物の三次元的位置確認の難しさから、摘出に困難を伴う。特にX線透過性で血管神経束に隣在している場合、摘出に伴う偶発症に十分留意する必要がある。今回は下顎神経、下歯槽動静脈の損傷を来たすことなく摘出が行われた。

異物の性状とX線透過性について：異物の位置確認には一般にCT撮影は極めて有用である。しかしながら異物が木片の場合、迷入直後であればCTでは明瞭な低吸収域として描出され周囲の骨や軟組織との識別は容易である¹³⁾が、時間の経過とともに木片に含まれている空気が吸収される結果、CTでは描出されにくくなるといわれている⁵⁾。

今回著者らの経験した症例では初診時、X線撮影で木片はnegativeな像となり確認ができなかった。これに加えて当科初診時、強度の開口障害を伴っていたため、ある程度開口が可能になるまで口腔内の精査はほとんど不可能であったことが初診から異物摘出までに約3週間を要した原因である。

このことから木片の迷入が疑われた際には速やかなCT撮影が必要であり、たとえCT撮影により木片が確認されなかった症例でも長期に渡り創部からの排膿や開口障害が持続している場合、異物残存の疑いをもち、掻爬術等による徹底的な創部の処置が必要である。

結 語

左側頬部より口腔内へ木の枝が貫通し翼突下顎隙に木片が迷入したため、その迷入位置の確認に苦慮したものの神経麻痺等を生ずることなく摘出に成功した1例を報告した。

文 献

- 1) 日下雅裕, 秋山芳夫, 牧野真也 (1987) 扁桃部に歯牙が迷入し長期間放置された1症例. 愛院大歯誌, 25: 510-512.
- 2) 廻 俊一, 嶋村 寛 (1989) 長期経過後に炎症症状を示した外傷性上顎洞迷入歯の1例. 日口外誌, 35: 1876-1879.
- 3) 美馬孝至, 白砂兼光, 森岡成行, 杉山 勝, 松矢篤三 (1989) 破折注射針の組織内迷入症例. 阪大

月 日		9/28	10/1	4	10	15	17	21	11/4	1/22
処置および臨床所見		入院・切開排膿術		掻爬術 口腔外			再掻爬術 木片摘出 口腔内	退院		
	開口度 mm	開口不能	5			10			20	30
	血沈 mm/hr	84			43	54		59	23	
	WBC /μl	8200			8100	7200		6100	5100	
	CRP	2+				±		+	±	
投薬	抗生剤	Ceftriaxone			Aspoxicillin			Lenampicillin		
		2g/day			2 g/day			750mg/day		
		人免疫グロブリン								
		2.5g/day								

図2：経過

- 歯誌, 34 : 418—422.
- 4) Alexander, M. (1979) An unusual case of trismus. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 47 : 418—419.
 - 5) 田島和幸, 辻 純, 岸本誠司, 齋藤春雄 (1988) 頭蓋底に長期残存した木片異物の1症例. 耳鼻, 34 : 717—720.
 - 6) Flood, R. (1987) An unusual parotid foreign body presenting as recurrent trismus. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 25 : 341—347.
 - 7) 李 陽一, 阪本栄一, 小沼孝行, 山本美朗 (1989) 頬粘膜下組織に歯ブラシが刺入した1例. 日口外誌, 35 : 2121—2125.
 - 8) 鶴田至宏, 佐野光仁, 松永 享, 松永 喬 (1984) 当教室における異物症の変遷—過去51年間の統計的観察—. 日耳鼻, 87 : 1527—1537.
 - 9) 佐藤武男, 中島章雄 (1963) 上顎洞異物症例 附本邦文献の統計的考察. 耳鼻臨床, 56 : 1—6.
 - 10) 梶 隆一, 金子康親, 覚道健治, 連 利隆, 白数力也 (1981) 上顎洞異物症例2. 歯以外の異物迷入例について. 歯科医学, 44 : 510—513.
 - 11) 大戸武久, 遠藤朝彦, 大野昭彦, 滝口清徳, 内田豊 (1981) 当教室5年間における小児口腔外傷の臨床統計的観察. 耳展, 24 : 281—285.
 - 12) Schow, E. (1971) Trismus from unusual foreign body in pterygomandibular space: report of case. *J. Oral Surg.* 29 : 497—499.
 - 13) Enzmann, D. R., Britt, R. H., Lyons, B., Buxton, T. L. and Wilson, D. A. (1981) Experimental study of high-resolution ultrasound imaging of hemorrhage, bone fragments, and foreign bodies in head trauma. *J. Neurosurg.* 54 : 304—309.