

過剰歯と歯牙腫を有し咬合誘導した1例

正村 正仁^{1,2}, 山田 美保³, 中野 潤三郎⁴, 谷田 幸代¹, 上嶋 博美⁵,
松田 紗衣佳¹, 森山 敬太¹, 竹尾 健吾⁶, 山田 一尋^{6,7}, 大須賀 直人^{1,2}

¹松本歯科大学 小児歯科学講座

²松本歯科大学 大学院歯学独立研究科 健康増進口腔科学講座

³さつきやま歯科クリニック

⁴ちゃいんど歯科医院

⁵松本歯科大学病院 歯科衛生士室

⁶松本歯科大学 歯科矯正学講座

⁷松本歯科大学 大学院歯学独立研究科 硬組織疾患制御再建学講座

A case of occlusal guidance with supernumerary tooth and odontoma

MASAHITO SHOUMURA^{1,2}, MIHO YAMADA³, JUNZABURO NAKANO⁴,

SACHIYO TANIDA¹, HIROMI KAMIJIMA⁵, SAEKA MATSUDA¹,

KEITA MORIYAMA¹, KENGO TAKEO⁶, KAZUHIRO YAMADA^{6,7} and NAOTO OSUGA^{1,2}

¹*Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Matsumoto Dental University*

²*Department of Oral Health Promotion, Graduate School of Oral Medicine,
Matsumoto Dental University*

³*Satsukiyama Dental Clinic*

⁴*Child Dental Clinic*

⁵*Section of Dental Hygienist, Matsumoto Dental University Hospital*

⁶*Department of Orthodontics, School of Dentistry, Matsumoto Dental University*

⁷*Department of Hard Tissue Research, Graduate School of Oral Medicine,
Matsumoto Dental University*

Summary

Supernumerary teeth and odontoma are frequently noted in clinical pedodontic cases, and it is necessary to treat them at an early stage. In this study, we encountered a patient in whom occlusal abnormalities occurred due to the existence of a supernumerary tooth and odontoma in an adjacent area.

Regarding treatment, we extracted the supernumerary tooth and excised the odontoma under general anesthesia. Thereafter, in the following year, we initiated a dynamic approach to resolve the malocclusion using the multi-bracket method. We will continue treatment, while carefully observing the patient's dentition and occlusal growth.

Because there have been few clinical reports on such cases, treatment may be difficult; therefore, it is expected that other similar cases will be reported in the future.

緒 言

過剰歯と歯牙腫は小児歯科臨床において、しばしば遭遇する疾患である。これらの疾患を放置することで、捻転、正中離開、周囲の歯の晩期残存ならびに萌出遅延など、二次的な障害としての歯列不正、咬合異常などが、成長・発育期の小児に引き起こされることが広く知られている¹⁻⁴⁾。不正咬合は小児の心身の健全な成長・発育に対する阻害要因となることから、小児歯科診療に従事するにあたっては、これらの疾患を発見した場合、早期に適切な対応をとることが必要になる^{1,5,6)}。

今回、われわれは過剰歯と歯牙腫が比較的近接した位置に併在し、それに伴い咬合異常が惹起された1例に遭遇したので報告する。

症 例

初診：平成22年10月

主訴：形態異常歯の精査

患児：9歳1か月 男児

既往歴：特記事項なし

家族歴：特記事項なし

現病歴：当院受診の2週間前に、近医にて上顎前歯部の形態異常歯について専門機関での精査を勧められた。

全身所見：発育状態良好であり特記事項なし

口腔内所見：咬合発育段階は Hellman の歯齢のⅢ A 期にあたり、齲歯は認められなかった。上顎左側中切歯の口蓋側に、順生過剰歯と推察される独特の形態をした歯が萌出しており、軽度の上唇小帯の高位付着も認められた(図1)。

エックス線所見：デンタルエックス線写真およびパノラマエックス線写真より、上顎左側中切歯部に順生過剰歯が認められ、未萌出の上顎左側側切歯歯冠部付近にはエックス線透過帯によって囲まれた、塊状のエックス線不透過像が認められた(図2, 3)。

歯科用 CT 所見：上顎左側中切歯と過剰歯は極めて近い位置関係にあり、過剰歯の全長は22mm程度であった(図4)。また、上顎左側側切歯歯冠部の唇側に塊状の不透過像が認められたが、その周囲には一層の透過像も認められ、塊状の構造物と周囲骨との癒着は認められなかった(図5)。

臨床診断：順生過剰歯および歯牙腫

なお、患児および保護者からは、本論文の公表



図1：初診時口腔内写真（患児9歳1か月）

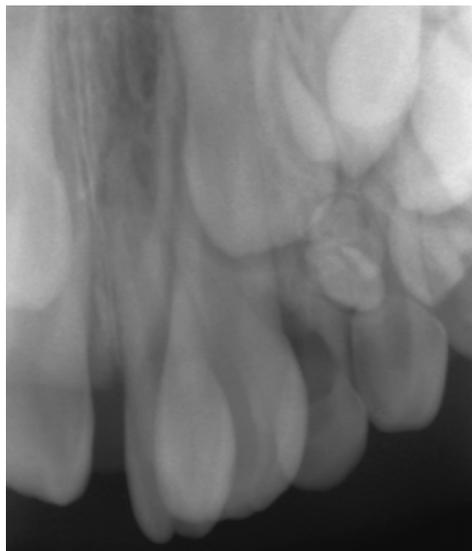


図2: 初診時デンタルエックス線写真
(患児9歳1か月)



図3: 初診時パノラマエックス線写真 (患児9歳1か月)

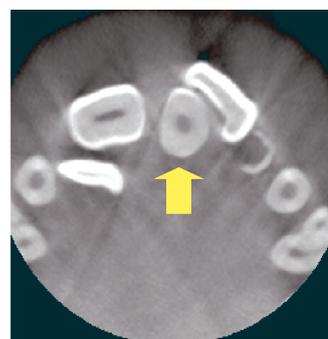
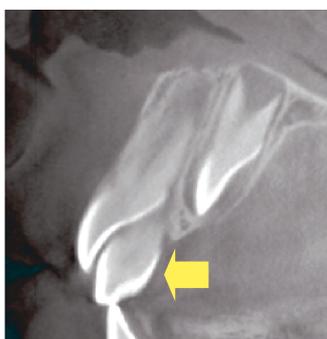
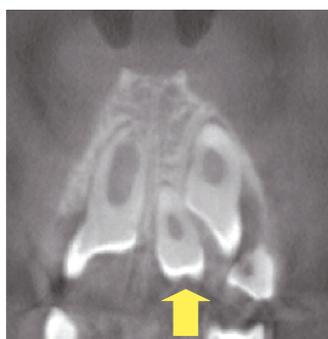


図4: 歯科用CT画像 (患児9歳2か月, 矢印は過剰歯)

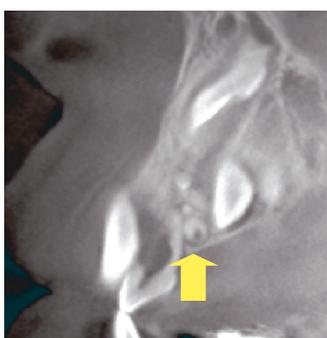
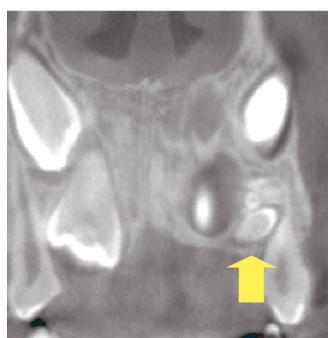


図5: 歯科用CT画像 (患児9歳2か月, 矢印は歯牙腫)

に対する同意を得ていることを付記する。

治療および経過

患児は治療に対して非常に強い恐怖心を抱いている様子であること、また保護者の希望も勘案した上で、平成22年12月(患児9歳3か月)に全身麻酔下にて過剰歯の抜歯術と歯牙腫の摘出術を行った(図6)。歯牙腫としての摘出物は、種々

の大きさとしを多数の歯様の硬固物であった。これより、この摘出物は集合性歯牙腫であると考えられた。その後、抜歯部と摘出部の治癒経過は順調であり、10日後に抜糸を行った。また、術後に撮影したデンタルエックス線写真ならびにパノラマエックス線写真から、過剰歯と歯牙腫の抜歯術および摘出術がそれぞれ瑕疵なく行われていることが確認された(図7, 8)。しかしなが

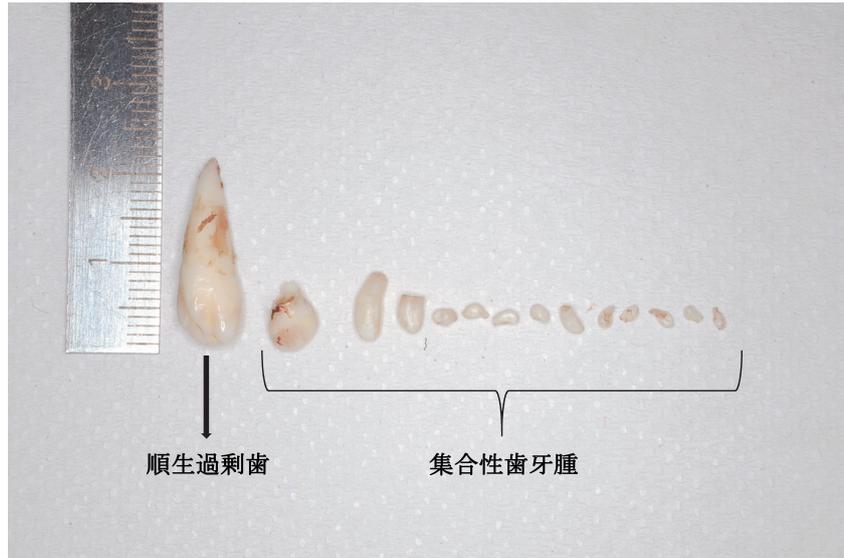


図6：抜去した過剰歯ならびに摘出した歯牙腫（患児9歳3か月）



図7：術後3か月のデンタルエックス線写真（患児9歳6か月）



図8：術後3か月のパノラマエックス線写真（患児9歳6か月）

ら，上顎の正中離開に関しては術後6か月を経過しても改善を認めなかったことから，平成23年6月（患児9歳9か月）に通常の外来診療にて上唇小帯伸展術を施術した．この施術で，歯列不正発現の主たる要因が除去されたことから，歯列模型分析，頭部エックス線規格写真分析などを行った後，平成23年9月（患児10歳0か月）にマルチブラケット装置を用いた歯列不正に対しての動的矯正治療を開始した（図9）．その後も，定期的な診察・診療ならびに歯科衛生士による口腔保健管理などを継続し，平成24年3月（患児10歳6か月）には正中離開と上顎左側中切歯の捻転による

審美不良が大きく改善された（図10）．

考 察

過剰歯は顎口腔領域において，比較的良好に認められる歯の発生の異常である．Hattabらはその発現率を0.15～3.8%と報告し⁷⁾，Brookは乳歯列において0.8%，永久歯列においては2.1%と報告している⁸⁾．また本邦において，渡辺は1.48%⁹⁾，荻田らは1.67%¹⁰⁾などと報告を寄せている．歯牙腫もまたエナメル上皮腫などと同様に，臨床の現場において遭遇することの多い歯原性腫瘍であり^{11,12)}，WHOの分類では，種々の大きさや形を



図9: 歯列不正への対応 (患児10歳0か月)



図10: 歯列不正への対応 (患児10歳6か月)

した多数の歯様の硬固物からなる集合性歯牙腫と、不規則な配列の歯の硬組織が塊状に増殖をした複雑性歯牙腫とに分類される。

これらはいずれも歯列不正と関連する疾患として知られている¹⁻⁴⁾。そして、今回の症例では、その両病変が併在し近接しているという状態であった。加えて、軽度の上唇小帯の高位付着も認められたため、抜歯や摘出といった外科的対応を行うだけではなく、歯列・咬合の管理が必須となった。

まず始めに、本症例の主訴である上顎前歯部の形態異常歯(順生過剰歯)の精査を行った。そして、この初診時における口腔内診査の段階では、歯牙腫の存在は把握できていなかった。各種診査、とりわけエックス線写真観察においては、非常に基本的な事項ではあるが、主訴の部位以外に関しても注意深く観察を行うことが重要である¹³⁾。そして本症例では、詳細なエックス線写真観察により、過剰歯以外にも未萌出の上顎左側側切歯歯冠部付近に歯牙腫と思われる塊状のエックス線不透過像が認められた。そのため、更に追加の検査として歯科用CTの撮影を行った。その結果、病変の三次元的な拡がりや、病変と周囲の解剖学的構造物との三次元的な位置関係を把握することが可能となり、治療上の非常に有益な情報を得るに至った。顎骨内病変の診査・診断における歯科用CTの有用性についてはこれまでも多くの報告があり¹⁴⁻¹⁶⁾、本症例でもそれは同様であった。

治療はまず、早期に対応すべき必要性が高い病変について行うこととした。すなわち過剰歯の抜去と歯牙腫の摘出である。歯科治療に対しての患

児の恐怖心は極めて大きかったため、本症例においてはこれらの処置を全身麻酔下にて行うこととした。小児の治療において、特に外科的処置に対しての協力を得ることは、ときに困難を伴う。そして、十分な協力が得られないまま処置に至ったがために満足な治療を行えず、後日に再処置をせざるを得ないといった状況は、小児歯科臨床においてしばしば起こり得ることである。これは患児にとって非常に不利益であり、治療時の安全性や保護者の希望も勘案し、全身麻酔下での対応という結論になった。また実際の処置にあたっては、病変と非常に近い位置関係にある中切歯や側切歯が形成途中であることから、これらの特に歯根部を損傷しないように細心の注意を払った。過剰歯の抜去と歯牙腫の摘出がそれぞれ瑕疵なく行われた後は、歯列の状態の変化を定期的に観察した。しかし、上顎の正中離開は術後6か月を経過しても改善を認めず、上顎右側側切歯の口蓋側転位も生じたため、若干の上唇小帯の高位付着に対し上唇小帯伸展術を施術した上で、歯列不正に対しての動的矯正治療を試みることにした。過剰歯や歯牙腫が小児の顎口腔領域に認められた場合、それらを抜歯、摘出するだけでは歯列不正が改善せず、歯の誘導処置が併せて必要になることが多いが^{1,4,17-19)}、本症例も外科的処置後の経過の推移よりその適応となると判断した。また、動的矯正治療の前処置としての上唇小帯伸展術は、患児の協力状態に著しい改善傾向が認められたことから通常の外来診療にて行った。小児歯科診療では、小児の心理面の成長に対する観察も重要であり、その変化に応じて適切な対応を選択する必要があるとされている^{20,21)}。全身麻酔下での治療後に経

過観察を繰り返す中で、患児のわれわれに対する信頼が強固なものとなり、当初の歯科治療への恐怖心も大きく薄らいでいくのを感じた。よって、今後の患児の肉体的成長に与える好影響も考慮し、上唇小帯伸展術の施術に関しては通常の外来診療にて行うこととなった。上唇小帯伸展術より3か月後には、歯列模型分析、頭部エックス線規格写真分析などの結果に基づきマルチブラケット装置による歯の移動を開始した。そして移動開始より6か月後には正中離開と上顎左側中切歯の捻転が改善され、この時点での審美性に対して患児および保護者からの満足感を得ることができた。現在は移動した歯の保定を行いながら定期的な診察を継続しており、今後適切と思われる時期に歯列叢生に対する第2期治療を開始する予定となっている。

繰り返しとなるが、本症例では過剰歯と歯牙腫が比較的近接した位置に併在していたため、単に抜歯や摘出を行うだけではなく、歯列・咬合の管理も含めた長期的な対応が必要となった。しかしながら、そもそも過剰歯と歯牙腫の併発症例に関しての臨床的報告は僅かしか寄せられておらず²²⁻²⁶⁾、今回われわれはその対応の難しさを痛感した。また、小児歯科治療においては、同様の過剰歯と歯牙腫の併発症例であっても、患児の年齢や協力状態、各々の成長発育の程度などにより、それぞれ個別に治療方針を検討しなければならない。以上より、今後もこのような症例に関しての新たな報告が多数寄せられることが強く期待され、本報告もその一助となれば幸いである。

文 献

- 野田 忠 (1985) 小児歯科臨床における歯の異常—こんな歯の小児はどうしますか— その3 過剰歯と歯牙腫. 新歯科時報 8 : 1-10.
- 兼子周代, 望月清志, 大多和由美, 薬師寺 仁, 町田幸雄 (1997) 萌出遅延歯に関する実態調査. 小児歯誌 35 : 643-8.
- 赤坂守人, 西野瑞穂, 佐々竜二 編 (1998) 小児歯科学, 第2版, 340-53, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 町田直樹 (2012) 乳歯列期から目指す永久歯列期正常咬合への道 第2回 正常咬合を乱す萌出障害. 日本歯科評論 72 : 99-109.
- 青柳陽子, 高見澤 豊, 守安克也, 朝田芳信 (2003) 上顎前歯部に4本の過剰歯がみられた1例の咬合管理. 小児歯誌 41 : 731-8.
- 守安克也, 篠原左知緒, 高野文夫, 青柳陽子, 朝田芳信 (2005) 上顎前歯部における埋伏過剰歯摘出後の歯列の発育に関する臨床統計的観察. 小児歯誌 43 : 504-11.
- Hattab FN, Yassin OM and Rawashden MA (1994) Supernumerary teeth Report of three cases and review of the literature. ASDC J Dent Child 61 : 382-93.
- Brook A H (1974) Dental Anomalies of number, form and size: their prevalence in British school children. J Int Assoc Dent Child 5 : 37-53.
- 渡辺英雄 (1985) 小児の上顎前歯部過剰歯に関する研究 第1報 過剰歯842歯の臨床的観察. 小児歯誌 23 : 1008-25.
- 荻田修二, 荻田美紗子, 山本妙子, 柳瀬 博, 近藤義郎, 横井勝美 (1995) 小児患者6299名における過剰歯および先天性欠如歯の発現状態. 愛院大歯誌 33 : 19-27.
- 西 裕美, 東川晃一郎, 島末 洋, 平岡美里, 宮内美和, 井上伸吾, 高田 隆, 鎌田伸之 (2006) 新分類 (WHO : 2005年) による歯原性腫瘍の臨床統計的検討. 口腔腫瘍 18 : 39-47.
- 柴原孝彦, 森田章介, 杉原一正, 箕輪和行, 山口 朗, 山田隆文 (2008) 2005年新WHO国際分類による歯原性腫瘍の発生状況に関する疫学的研究. 口腔腫瘍 20 : 245-54.
- 岡野友宏, 小林 馨, 有地榮一郎 編 (2013) 歯科放射線学, 第5版, 209-20, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 中川洋一, 石井久子, 渡邊宣之, 田中健雄, 小林 馨 (2003) 歯科用CTの臨床応用の現状. 歯界展望 102 : 586-91.
- 野村祐子, 尾崎正雄, 馬場篤子, 石川博文, 本川 渉 (2009) 歯科用コーンビームCTを用いた埋伏歯の検討. 小児口腔外科 19 : 122-8.
- 杉野紀幸, 塩島 勝 (2011) 歯科用コーンビームCTの特徴とその活用法. 小児歯科臨床 16 : 13-20.
- 高木裕三, 田村康夫, 井上美津子, 白川哲夫 編 (2011) 小児歯科学, 第4版, 320-32, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 高見澤 豊 (2014) 小児の萌出障害—発育段階ごとの対応法—. DENTAL DIAMOND 39 : 23-43.
- 辻野啓一郎, 新谷誠康 (2014) 小児の歯数異常・萌出異常への対応 3. 上顎正中過剰歯. 歯科学報 114 : 425-7.
- 笠原 浩 編・著 (2000) 臨床の目 臨床の手 ビギナーのための実践マニュアル, 第3版, 47-52, デンタルダイヤモンド社, 東京.

- 21) 祖父江鎮雄, 長坂信夫, 中田 稔 編 (2001) 新小児歯科学, 第1版, 425-60, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 22) 谷 健六 (1985) 下顎に歯牙腫と濾胞性歯嚢胞を併発し, 上顎に過剰歯のみられた1例. 日口外誌 **31**: 1450-6.
- 23) 橋本浩史 (1999) 矯正治療患者に発生した多発性の埋伏過剰歯, 歯牙腫および含歯性嚢胞の一例. 小児口腔外科 **9**: 66-70.
- 24) 今井裕一郎, 川上正良, 館林 茂, 玉置盛浩, 安本順一, 大儀和彦, 山本一彦, 桐田忠昭 (2003) 多数歯埋伏を伴う鎖骨頭蓋異骨症患者に生じた歯牙腫の1例. 日口診誌 **16**: 299-302.
- 25) 武石 宏 (2011) 萌出した過剰歯の歯根に連続して認められた複雑性歯牙腫の1例. 日口診誌 **24**: 423-7.
- 26) 永田 心, 野村城二, 清水香澄, 西浦美貴, 森田 寛, 田川俊郎 (2012) 歯牙腫を伴う異時性多発性埋伏過剰歯の1例. 日口外誌 **58**: 267-71.