

〔臨床〕 松本歯学 2 : 45~50, 1976

中心結節破折により歯髓壞疽を起し、さらに Epulis 様腫瘍を形成した 1 症例について

枝 重夫, 林 俊子

松本歯科大学 口腔病理学教室 (主任 枝 重夫 教授)

龍方孝典, 亀山嘉光, 千野武広

松本歯科大学 口腔外科学教室第一講座 (主任 千野武広 教授)

A Case of Epulis-like Swelling Related to the Fracture of Central Tubercle

SHIGEO EDA and TOSHIKO HAYASHI

Department of Oral Pathology, Matsumoto Dental College

(Chief: Prof. S. Eda)

TAKANORI RYUKATA, YOSHIMITSU KAMEYAMA and TAKEHIRO CHINO

Department of Oral Surgery I, Matsumoto Dental College

(Chief: Prof. T. Chino)

Summary

A 10-year-old girl had a central tubercle at the occlusal surface of the left first premolar of the mandible. On some day it had been broken, then the pulp horn was exposed because it being extremely narrow but long(Figs. 8-10). After pulpitis the pulp became gangrene, and radicular abscess occurred(Figs. 8,11). On the opposite first premolar a central tubercle still remained even being occurred the attrition(Fig. 3).

It was supposed that during the course of fistula-formation the epulis-like swelling was appeared at the gingiva between canine and first premolar(Fig. 1).

はじめに

歯冠部の形態異常として各種の異常結節があるが、なかでも小臼歯にみられる中心結節は、古くから臨床的に重要な意義をもつものとして注目されている。すなわち、この中心結節は主として上

下顎小臼歯まれに大臼歯の咬合面中央に形成される円錐状の結節で、城島(1929)²⁾によって初めて記載されたものである。この結節は、咬合面に突出しているため破折しやすく、しかも髓角をもっているため破折すると象牙質が露出するばかりでなく、最悪の場合には露髓してしまうことさえあるのである。さらに、齶蝕もなく破折により一見正常の歯冠形態になるので、原因がわかりにくいことがある。

本論文の要旨は第2回松本歯科大学学会(1976年6月26日)において発表された。
(1976年4月16日受理)

今回、報告しようとするものは、主訴は、エプー

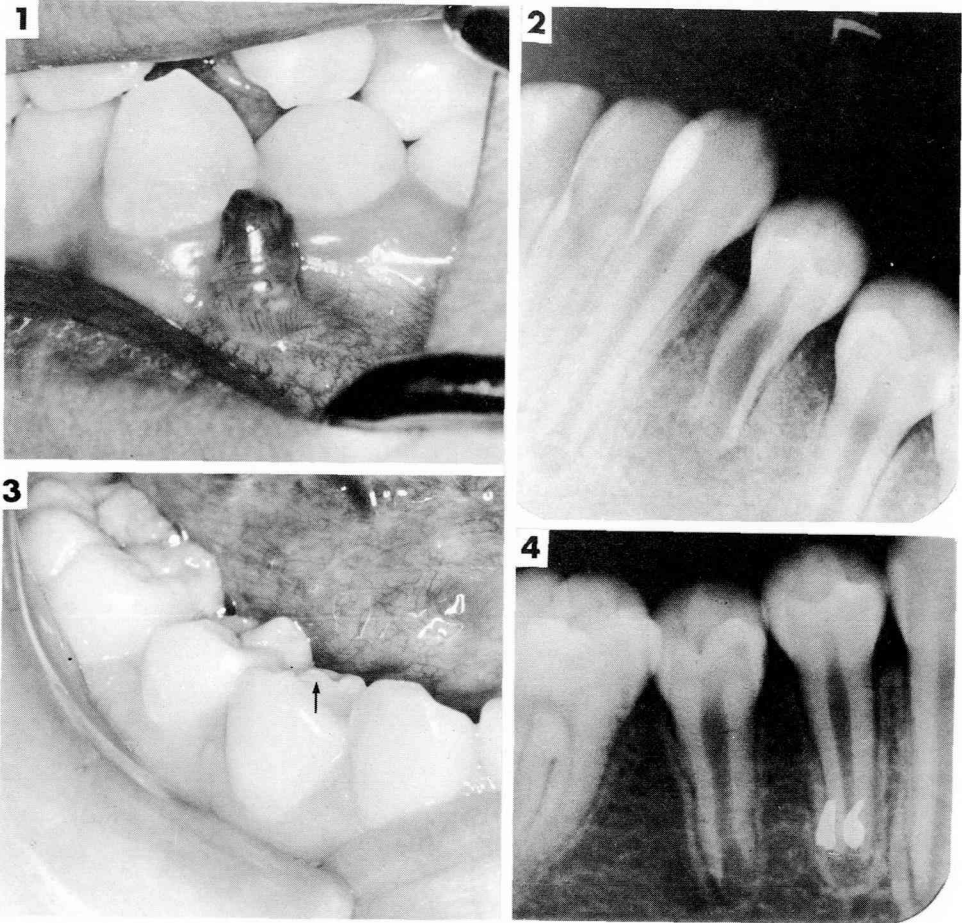


図1. 34間の頬側歯肉に高さ約10mmの腫瘍がある。
 図2. 2～5のレントゲン写真，4は根端未完成である。
 図3. 4の咬合面の中央に結節様異常隆起が認められる（矢印）。
 図4. 6～3のレントゲン写真。

リス様の腫瘍であるが、その原因が中心結節の破折であったきわめて興味ある症例である。さらに、本症例は教育的にも意義がある(矢ヶ崎, 1975)⁶⁾と考えられるので、あえてここに報告する次第である。

症 例

患者：小○礼○，10才，女兒。

初診：昭和50年9月29日。

主訴：34部頬側歯肉の腫瘍。

家族歴：特記すべき事項なし。

現病歴：昭和50年4月頃，34部頬側歯肉に小豆大の赤色を呈する腫瘍に気付いたが、無痛性にて著明な障害もないため放置していた。同年5月

に、某歯科医を受診するも特に処置を受けず、そのまま放置していた。この間に症状の変化はなかったが、特に緩解する傾向もないため、精査を希望して9月29日、当口腔外科に来院した。なお34に疼痛を自覚したことはなかったという。

全身所見：体格中等度、栄養良好で、その他には特記すべき事項は認められない。

口腔外所見：顔貌は左右対称性で、特記すべき事項は認められない。

口腔内所見：開口障害は認められず、34部頬側歯肉に径5mm、高さ10mm程度の境界明瞭な無痛性の僅かに赤味を帯びた腫瘍を認める。この腫瘍は弾性軟で、歯頸部直下5mm程度の部位よ

り発生し、有蓋性であった。圧迫するも排膿、出血などは認められない。なお34間歯乳頭並びに舌側歯肉には異常は認められない。345共に、歯冠部の実質欠損は認められなかった(図1)。

レントゲン所見：34の歯根は未完成で、根尖孔の閉鎖は認められない。4部の歯根膜腔は拡大傾向を呈しており、根尖部付近においてはこれが消失している。同根尖部に境界不明瞭な、やや透過性の高い部分が認められる。また34間歯槽骨に垂直性の骨吸収像が認められる(図2)。

臨床診断：エプーリス

処置及び経過：上記診断のもと、Spembly 社製 TCC 10, プローベ 4/H/5 を使用して凍結療法(1点30秒で3~2点より凍結)を施行するも完治しなかった。1週間後再び同じ大きさの腫瘤を形成し、症状の改善を見ないため11月19日、局所麻酔の下に外科的に切除を行なった。通法に従い粘膜骨膜弁を剥離したところ同腫瘤直下の4根尖部に骨吸収があり、直径5 mm 程度の肉芽が形成されていたため、これを歯牙と一塊として抜歯摘出した。

現在術後4カ月を経過するも経過は良好である。

反対側同名歯所見：病的に4の中心結節破折が認められたので、反対側の4の所見を観察してみたので次に記載する。

肉眼所見：4は完全に萌出しており、位置的には異常はない。咬合面中央に直径1 mm 程度の結節様の異常隆起が認められた(図3矢印)。探針にて触診するも異常はなく、表在性のカリエスの所見は全く観察できなかった。周囲歯肉も健康色で何ら異常はなかった。

レントゲン所見：4の歯根は未完成で、根尖孔は開口していた。歯根膜腔は遠心側及び根尖部において拡大傾向を呈していた。咬合面中央に米粒大の不透過性の強い部分が観察された。その他、歯槽骨には吸収等の異常は認められなかった(図4)。

摘出物所見

咬合面の中央部のやや近心頬側寄りにドウナツ形の隆起物があり、その中心は陥凹しているが、齶蝕としての所見は全くみられない(図5矢印、6矢印)。しかも横からみると歯冠部は一見、全く正常な下顎第1小白歯のように見える(図7)。根

端部には肉芽様軟組織が付着しており、エプーリス様腫瘤もほぼそれと類似した柔軟な組織であった。

病理組織所見

まず、歯牙の蟻酸脱灰、セロイジン切片を作りH-E染色を施した標本について記載する。冠部歯髄は壊死組織で占められその直下には膿汁が充満していた(図8, 11)。その下にはきわめて幼若な肉芽組織があり、これは根管にばかりでなく根端に及んでいた(図8)。これはいわゆる根管息肉を示すものである。しかも根端付近を詳細に観察すると円形細胞浸潤のきわめて高度なところも認められた(図8矢印)。なお根部象牙質には骨様象牙質の形成が顕著であった(図8)。

歯冠部で注目したいのは頬側咬頭と舌側咬頭との間の頬側寄りに象牙質が伸びてもう一つの咬頭を作っていることで、これはエナメル質があったときには、とくに咬頭として認められなかったものである。図7を参考にしてエナメル質を復原してみたのが波線である。つまりこれは中心結節が破折したため象牙質が露出したものであることがわかるが、その中心結節を想像で再現すると点線のようになる。さらに興味深いことは中心結節では、髓角が細く長く伸びてエナメル質直下に達していることで、これは拡大して観察してみると明瞭である(図9)。しかし針のような髓角が途中で曲っているため、この切片では、はたして露髓しているかどうかは確認できない。そこで他の切片について検索するとはたして外界と交通していたのである(図10)。

次にエプーリス様腫瘤のパラフィン切片、H-E染色標本について述べる。重層扁平上皮に被覆されており、主体は形質細胞を主とする円形細胞を含む幼若な肉芽組織から成っていた(図12)。したがって、肉芽腫性エプーリスと診断されるものである。しかもその一部には好中球の浸潤の高度なところも観察された(図12矢印、13)。

考 察

中心結節を最初に発表したのは横山(1925)⁷⁾という説があるが(弓倉・吉田, 1936⁸⁾; 加藤, 1947⁹⁾; 石川・秋吉, 1969¹¹⁾), 横山の論文をみても臼歯咬合面の異常結節については何らの記載もみることができない。したがって、最初に述べた如く城島

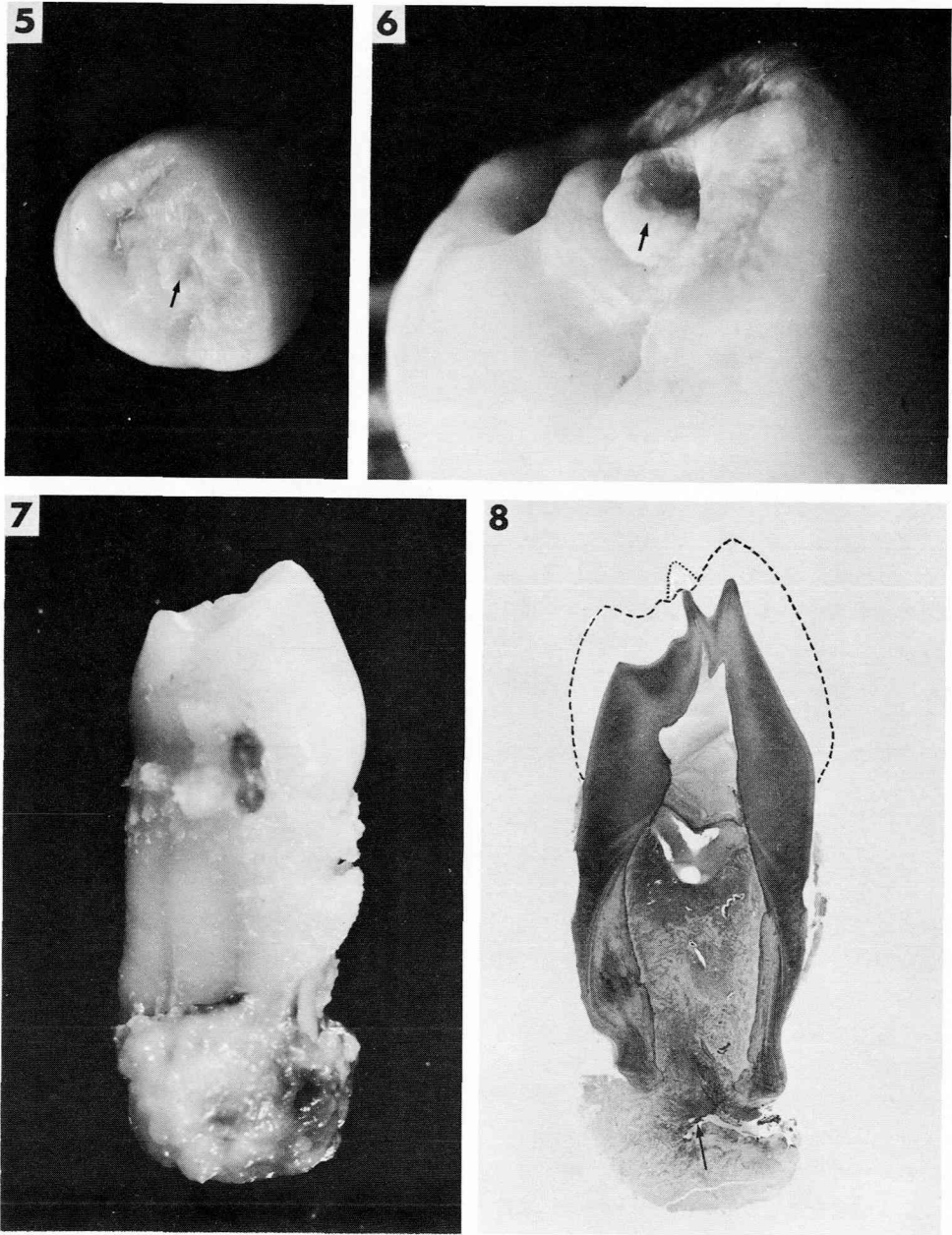


図5. 4の咬合面を真上からみたところ、中央部やや近心(下)、頰側(右)寄りにドーナツ形の隆起物がある(矢印)。

図6. 同部を近心側から斜めにみたところ、ドーナツ形隆起物の中心は陥凹している(矢印)。

図7. 4の近心側全形。歯冠部は正常のようにみえるが、根端に肉芽がある。

図8. 脱灰切片。冠部歯髓は壊死を起し、膿汁があり、根部は肉芽組織に置換している。円形細胞浸潤の高度な部分もある(矢印)。

破線は脱灰消失したエナメル質の部分を示し、点線は破折中心結節を想像して復原したもの。

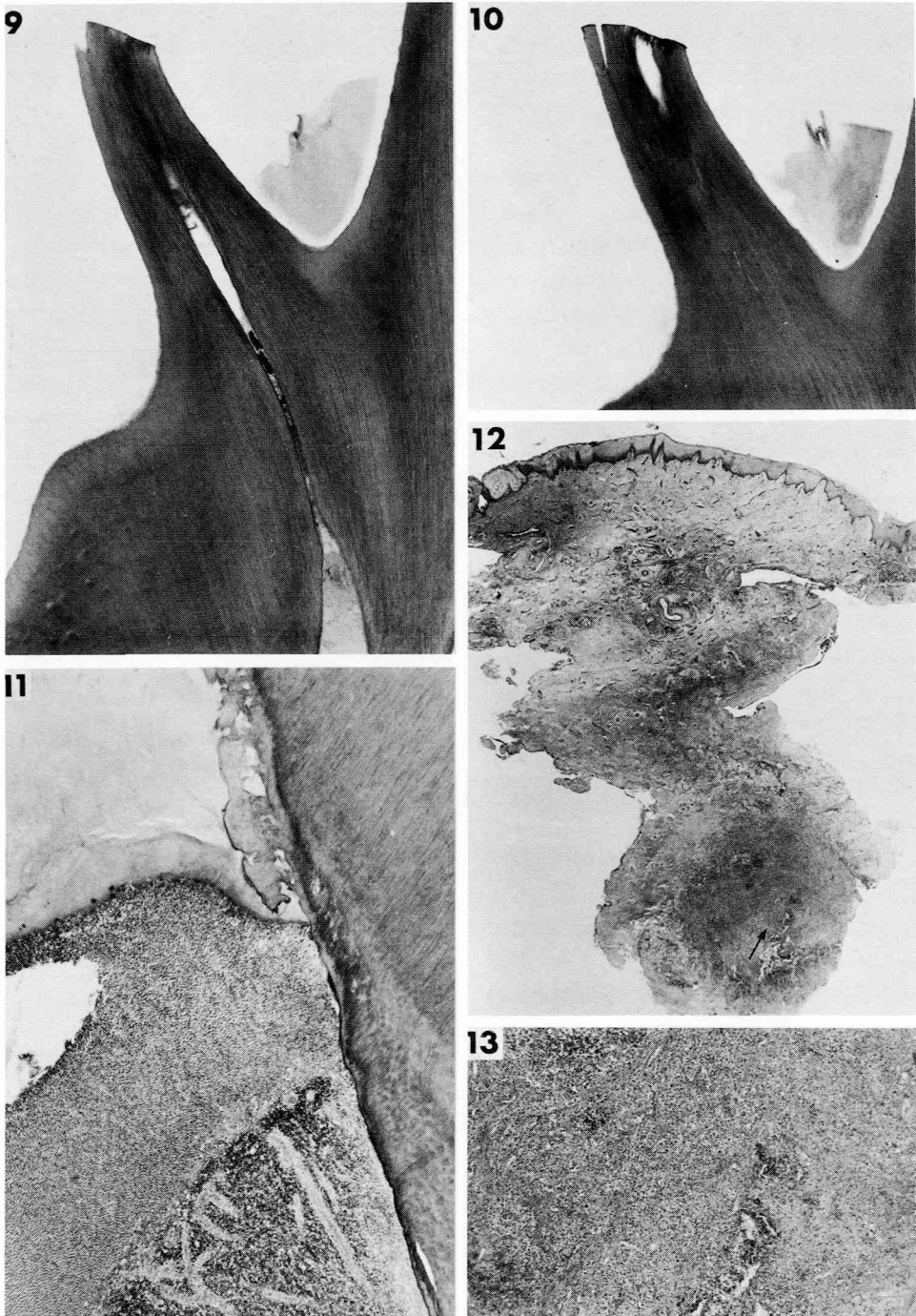


図9. 図8の中心結節部の拡大像，髓角が細長く伸びている（54×）。
 図10. 別の切片で，中心結節部の髓角が破折表面に露出していることを示す（54×）。
 図11. 図8の髓腔内の壊死，膿汁，幼若肉芽の拡大像（54×）。
 図12. エプーリス様腫瘤の組織像，肉芽組織から成り，一部に小膿瘍がある（矢印）。（14×）
 図13. 図12の矢印の部の拡大像（57×）。

(1929)²⁾が最初ということになる。この異常結節の好発歯牙は下顎の第2小白歯と第3大白歯で、ともに1%、その他の小白歯と大白歯では低く本例の如き下顎第1小白歯では0.48%といわれる(馬, 1949)⁴⁾。

中心結節を詳細に調査したのは弓倉・吉田(1936)⁹⁾で、カラベリー結節(Carabelli tubercle)が髓角をもたないのに対して、この結節は結節内に明らかに髓角をもつため、破折により急性歯髓炎や歯髓露出を起し、その結果として歯根端の病変を招来することがあるから保存歯科学上重要な意義をもっていることを指摘している。続いて田淵(1936)⁵⁾は下顎右側第2小白歯の異常咬頭突起が破折して感染を来し、さらに限局性骨髓炎を惹起した症例を報告し、このような異常咬頭があった場合、前もって除去して、充填ないし抜歯などの防衛処理を講じておくことが肝要であると警告を発している。翌年、弓倉・吉田(1937)⁹⁾は下顎第2小白歯に出現した中心結節が破折することによって起った歯肉瘻孔の2症例を報告している。その後、加藤(1947)³⁾は、下顎第2小白歯咬合面に発現した異常結節の破折によって起った歯髓炎2例、歯髓壞疽1例、歯槽骨骨髓炎1例の計4例の臨床的所見と治療成績とを報告した。しかし最近ではこの種の報告はほとんどみられなくなった。しかも中心結節が破折して歯髓に感染を起した場合でも、根管治療の適応症で、抜去することは少ないと考えられる。さらに従来報告では抜歯していても、その肉眼的ないしX線の観察にとどまり、組織切片を作って検索したものはいまだこれを知らない。今回の症例はエプーリスという診断のもとに手術を始めたが、根端に肉芽腫があり歯槽骨の吸収がみられたため、治療の困難なことを予測して抜歯にふみきったものである。その結果として病理組織像を詳細に検索する機会を得ることができたわけである。そして、従来よりこの結節は髓角をもっているといわれてはいたが、それが驚くほど細く長く伸びていることを確認することができた。しかもこのエプーリス様の腫瘤は、歯根肉芽腫ないし歯槽膿瘍に由来するもので、さらに放置すれば弓倉・吉田(1937)⁹⁾の例

の如く瘻孔ができたものと推察できた。

なお、本症例において、中心結節が破折した時期が不明であるのは残念であるが、歯根部の象牙質が骨様象牙質に変化しているところから(図8, 11)、かなりの日数が経過していることがわかる。また疼痛の自覚がなかったというのは、患者が年少であることを考え、失念が第1に推察されるが、また破折により露髓したため、歯髓炎を起しても滲出物やガスの充満がないので、激しい疼痛を招来しなかったとも考察することができる。

結 語

これは、10才女児の下顎左側第1小白歯の中心結節が破折したため、歯髓炎、歯槽膿瘍と悪化し、その結果、瘻孔の形成過程としてエプーリス様腫瘤を形成した1症例である。またその抜去歯について切片を作り詳細に検索したところ、中心結節の髓角はきわめて細長くエナメル質直下まで伸びていることが確認された。

文 献

- 1) 石川梧朗, 秋吉正豊(1969) 口腔病理学I, 1版, 5. 永末書店, 京都.
- 2) 城島 博(1929) 小白歯咬合面に発現せる異常結節に就て. 日本之歯界, 109: 257-268.
- 3) 加藤倉三(1947) 臨床上興味ある下顎第二小白歯咬合面に発現する異常結節について. 臨床歯科学報, 2: 71-75.
- 4) 馬 朝茂(1949) 日本人の歯に於ける形態学的及び数的異常の統計的観察. 歯科学雑誌, 6: 248-256.
- 5) 田淵豊治郎(1936) 下顎小白歯咬合面中央の異常咬頭突起破折が原因となり歯髓壞疽を起せる一臨床例に就て. 臨床歯科, 8: 606-610.
- 6) 矢ヶ崎康(1975) 「松本歯学」発刊によせて. 松本歯学, 1: 2.
- 7) 横山正人(1925) 稀有ナル過剰歯ノ標本供覧並ニ其ノ臨床的知見. 大日本歯誌, 39: 46-51.
- 8) 弓倉繁家, 吉田建士(1936) 人類小白歯咬合面ニ発現セル咬合面中央異常咬頭結節ニ就テ. 口腔病誌, 10: 73-83.
- 9) 弓倉繁家, 吉田建士(1937) 余等ノ所謂人類小白歯咬合面異常咬頭結節ノ臨床的観察. 口腔病誌, 11: 160-163.