

[臨床] 松本歯学 22 : 63~67, 1996

key words : 顔裂性嚢胞 — 切歯管嚢胞 — 上顎嚢胞

切歯管嚢胞の1例

平井達也, 小松 史, 福屋武則, 千野武廣

松本歯科大学 口腔外科学第1講座 (主任 千野武廣 教授)

武井則之

松本歯科大学 口腔病理学教室 (主任 枝 重夫 教授)

A Case of Incisive Canal Cyst

TATSUYA HIRAI, FUHITO KOMATSU, TAKENORI FUKUYA, TAKEHIRO CHINO

*Department of Oral and Maxillofacial Surgery I,
Matsumoto Dental College
(Chief : Prof. T. Chino)*

NORIYUKI TAKEI

*Department of Oral Pathology, Matsumoto Dental College
(Chief : Prof. S. Eda)*

Summary

It is difficult to discriminate incisive canal cyst belongs to a so-called fissural cyst from other cystic lesions which appear in the median part of the upper jaw, and it is considered to be necessary to make a synthetic diagnosis based on the clinical symptoms, roentgenograms, surgical observations, histopathologic features and so on.

We recently experienced a case which was diagnosed as incisive canal cyst based on the synthetic observations was observed. Here, we report the clinical course of this patient.

The patient was a 34-year-old man who came to our department with his chief complaint of a swelling in the median part of the palate. Radiographic examination revealed a well-defined ovoid radiolucent areas in the corresponding to the incisive foramen. On October 12, the extirpation of the cyst was carried out under intravenous sedation. Operative finding showed that the adhesion of the cyst to nasopalatine bundle. Histopathologically, the lesion consisted of fibrous connective tissue lined chiefly with by squamous epithelium and partly with ciliated epithelium.

緒 言

上顎正中中部付近の骨に発生する嚢胞性疾患は、歯原性の歯根嚢胞や濾胞性歯嚢胞、非歯原性の鼻口蓋嚢胞や正中口蓋嚢胞など数種類あるが、これらの臨床所見は互いに類似しており、鑑別が困難である場合も多い。また非歯原性嚢胞については顔裂性の起源が考えられているが、これについては異論を唱えるものもあり、現在も統一した見解が得られていない。今回われわれは臨床所見、手術所見、病理組織検査をもとに、切歯管嚢胞と診断した1症例を経験したので、その概要を報告する。

症 例

患者：34歳，男性。

初診：平成6年10月。

主訴：口蓋正中中部の腫脹。

家族歴：特記すべき事項なし。

既往歴：18歳時，急性肝炎にて入院加療，現在は完治。

現病歴：平成6年3月頃より口蓋正中中部に小指頭大の腫脹を自覚していたが，自発痛等を認めないため放置していた。しかし次第に同部の違和感を自覚するようになり，平成6年9月，某病院を受診したが，そのまま経過観察となった。しかし同部の腫脹は縮小せず，違和感の増強を認めるようになったため，精査を目的として当科を受診した。

現症

全身所見：全身的には特記すべき事項はなく，体格は中等度で栄養状態は良好であった。

口腔外所見：顔貌左右対称性，上唇および人中周囲に発赤，腫脹は認められなかった。顎下リンパ節は右側に大豆大のものを1個，小豆大のものを2個，左側は大豆大のものを1個触知し，それぞれ可動性で圧痛は認められなかった。

口腔内所見：口蓋皺襞部を中心とする，小指頭大・半球型の軽度発赤を伴う腫脹が認められ，硬度は弾性軟で波動を触知し，軽度の圧痛が認められた(写真1)。また上顎両中切歯唇側根尖相当部にもわずかに腫脹が認められ，波動を触知した。電気歯髓診断において，上顎6前歯はすべて生活歯であった。穿刺吸引により淡黄色・粘稠性でコレステリン結晶を多量に含む内容液を3 ml吸引

した。

X線所見：単純X線所見では口蓋正中中部に，小指頭大・類円形で，境界明瞭なX線透過像が観察されたが，両中切歯歯根膜腔とは非連続性であった(写真2)。造影時の頭部側方向撮影において，病変部の唇側・口蓋側の骨は吸収消失していることが確認された(写真3)。

臨床診断：切歯管嚢胞

処置ならびに経過：上記診断のもと，局所麻酔下



写真1：初診時口腔内所見

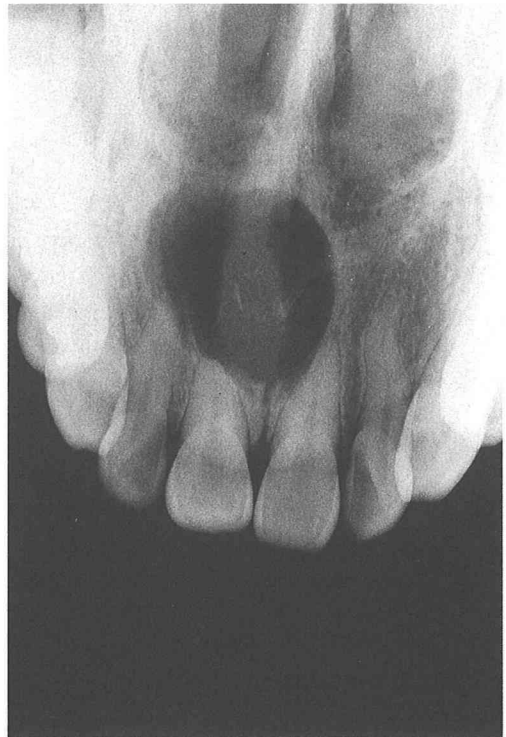


写真2：初診時の咬合法X線写真

にて嚢胞摘出術を施行した。口蓋側粘膜骨膜弁を剝離したところ、腫脹相当部に直径約15 mmで類円形の骨欠損が存在し、淡黄色の嚢胞壁を確認した。嚢胞壁を周囲の骨から剝離する過程において、嚢胞壁と鼻口蓋神経に癒着が認められたので、癒着部を結紮し切断した。また術中所見でも、嚢胞壁と歯牙との関連は認められなかった(写真4)。摘出物所見：摘出物は18×15×10 mmの袋状の構造物で、表面は滑沢、色調は淡黄色であった(写真5)。

病理組織所見：嚢胞壁は炎症性細胞浸潤が比較的少なく、膠原線維の豊富な線維性組織よりなっていた。また嚢胞壁は大部分が扁平上皮により裏装されていたが(写真6)、一部に絨毛上皮も認められた。

病理組織診断：切歯管嚢胞

術後経過は良好で、術後1年1ヶ月目のX線写真では透過像は術前に比べて範囲が縮小し、境界も不明瞭となっていた(写真7)。

考 察

Mayer¹⁾は1914年、剖検時に歯原性嚢胞とは別の嚢胞が鼻口蓋管内にあるのを発見し、Median anterior maxillary cystsとして報告した。これが鼻口蓋管嚢胞の最初の報告とされ、それ以後多くの報告が見られる²⁻¹¹⁾。本嚢胞は、鼻口蓋管内での発生した高さの相違により、切歯管嚢胞と口蓋乳頭嚢胞に細分されるが、今回の症例は、術中所見で唇側の骨の一部も吸収消失しており、顎骨内に発生して増大したことがあきらかであるため、このうちの切歯管嚢胞と考えられた。

本嚢胞は比較的稀な疾患とされており、Killy & Kay¹²⁾は顎骨嚢胞中5.5%、Brainら¹¹⁾は1.0~1.5%、守谷ら¹³⁾は3.2%の発現頻度であったと報告している。しかし従来から臨床的に正中口蓋嚢胞とされてきた症例も、その大部分は鼻口蓋管嚢胞が後方に発育したものであるという見解もある¹⁴⁾。今回われわれが経験した症例は、発生部位が上顎の正中中部で、切歯孔の部位に一致していたこと、X線写真や術中の所見で、歯牙との関連が全く認められず、近接した歯牙もすべて生活歯であったこと、術中の所見で嚢胞壁と鼻口蓋神経との間に癒着がみられたこと等の所見から、鼻口蓋管嚢胞と診断することは比較的容易であった。し

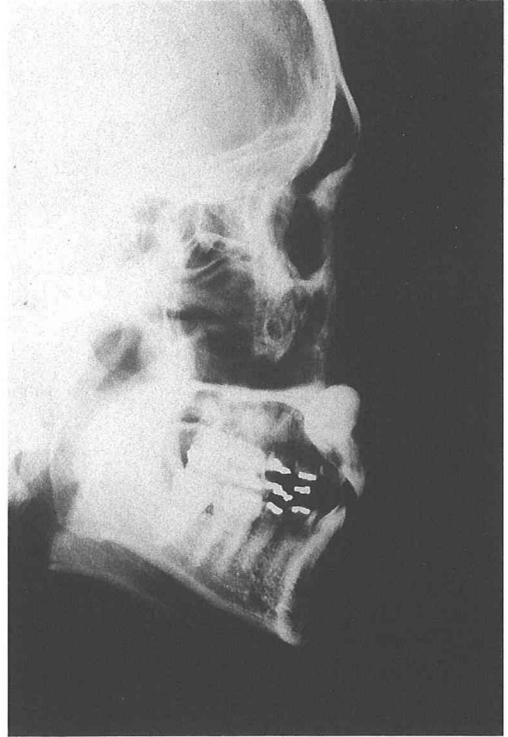


写真3：頭部側方向撮影造影X線写真

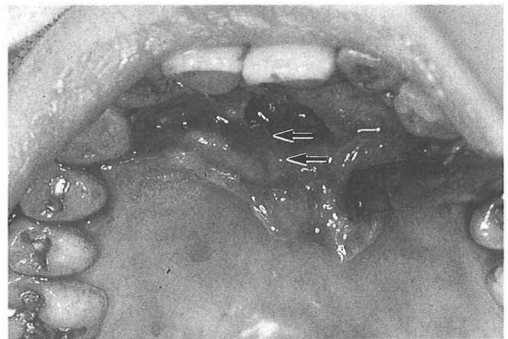


写真4：術中所見：矢印は嚢胞壁と鼻口蓋神経との癒着を示す。



写真5：摘出物所見

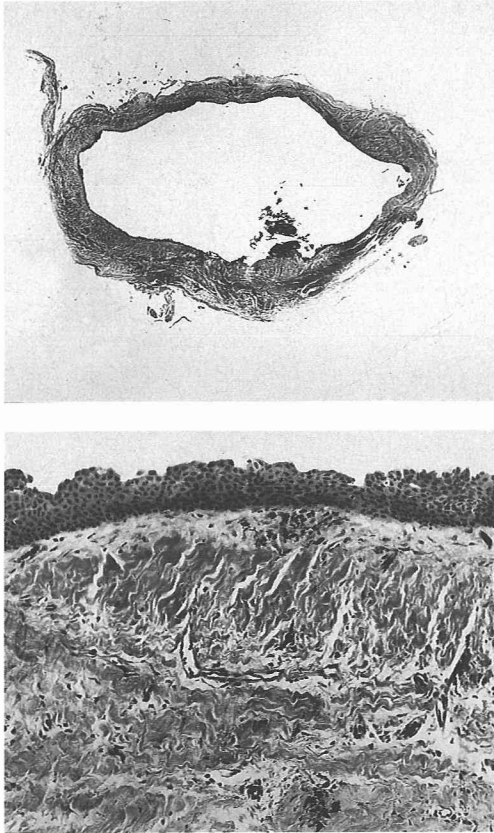


写真6：病理組織学的所見

上 全形 (H-E, $\times 7.5$)下 線維性組織よりなる嚢胞壁を裏装する重層扁平上皮 (H-E, $\times 150$)

かしこれら所見のほとんどは、正中口蓋嚢胞の特徴でもあり、発生部位の相違以外で両者を臨床的に鑑別することは事実上不可能と思われる。両者は基本的に同一の疾患であるとする意見もあり¹⁵⁾、鼻口蓋管嚢胞の実際の発現頻度はさらに高率である可能性も考えられる。

鼻口蓋管嚢胞の成因については、従来から鼻口蓋管の残存した上皮に由来するとされ、いわゆる“顔裂性嚢胞”に分類されてきた¹⁶⁾。しかし嚢胞壁に存在する粘液腺に由来する貯留嚢胞の一種とする説¹²⁾や、Jacobson 器官の遺残から発生するという説^{12,16)}もあり、顔裂性の由来に異論を唱えるものも少なくない。本症例においては、嚢胞壁に粘液腺や Jacobson 器官に由来すると思われる細胞は認められなかった。また裏装上皮は扁平上皮が主で、一部に繊毛上皮が認められたが、これは本



写真7：術後1年1ヶ月目の咬合法X線写真

来繊毛上皮であったものが、炎症などによる慢性的な刺激により扁平上皮に化生したものと考えられた。本症例におけるこのような所見はいずれも、今回の嚢胞が鼻口蓋管に由来するものであることを示唆している。

鼻口蓋管嚢胞の処置については、鼻口蓋神経や血管に注意して摘出することが必要である¹²⁾。また唇側よりも口蓋側に偏って発生する機会が多いため、摘出は口蓋側から行うのが一般的である。今回の症例のように、唇側から口蓋側にまたがる比較的大きな嚢胞の場合でも、摘出の際の骨開削量が少なくて済み血管神経束の明示がしやすいなどの理由から、口蓋側から摘出を行った。血管神経束と嚢胞壁の癒着部は剥離が困難であったため、結紮切断したが、術中の出血も少なく予後は良好である。鼻口蓋神経領域の麻痺も認めていない。嚢胞が大きな場合には嚢胞腔内に隣在歯の根尖が突出している場合が考えられるため、術前にこれらの歯牙の歯髓診断を行い、手術中に歯牙を損傷する事のないよう、注意を払うことが必要と思われる。

結 語

今回われわれは比較的稀な疾患とされている切歯管嚢胞の1例を経験したので、これを臨床的な見地より若干の考察を加え報告した。

文 献

- 1) Mayer, A. W. (1931) Median anterior maxillary cysts. *J. Am. Dent. Assoc.* 18: 1851—1877.
- 2) 上田珠湖, 浜坂洋一, 黒岩健太郎, 本田武司, 古本克磨 (1933) 切歯管嚢胞の1例. *九州歯会誌*, 37: 785—790.
- 3) 大坪和則, 橋本房三, 白水博子, 桜井葉子, 新谷雅隆, 浅田洗一, 石橋克禮 (1982) 切歯管嚢胞の6例. *鶴見歯学*, 8: 87—94.
- 4) 下山哲夫, 小澤俊文, 須川直機, 堀江憲夫, 保坂栄勇, 種林康彦, 三野元崇, 西村 修, 井出文雄 (1988) 鼻口蓋管嚢胞の2例. *日口外誌*, 34: 1915—1920.
- 5) 高山泰男, 遠山良成, 松本光彦, 小野正道, 寺門正昭, 田中 博, 佐藤 廣 (1988) 鼻口蓋管嚢胞の20例. *日口外誌*, 34: 1444—1454.
- 6) Terry, B. R. and Bolanos, O. R. (1989) A diagnostic case involving an incisive canal cyst. *J. Endod.* 15: 559—562.
- 7) 富岡徳也, 中久木一乗, 山中俊彦, 若江秀敏, 沢熊芳生, 長門俊一, 椎木茂嗣 (1975) 鼻口蓋管嚢胞の1例. *福大歯学誌*, 2: 58—63.
- 8) 長谷川秀行, 白川正順, 中村 慎, 伊藤隆康, 浜田俊彦, 清水 昇, 河合貴久 (1986) 鼻口蓋管嚢胞の2例とその文献的考察. *日口外誌*, 35: 644—650.
- 9) 原 英之, 成井貴美子, 入野孝男, 古田倫郎 (1990) 鼻口蓋管嚢胞の1例. *奥羽大歯学誌*, 17: 482—486.
- 10) 水谷英守, 小畑研一, 大橋 靖 (1976) 顔裂性嚢胞の2例. *歯界時報*, 30: 20—24.
- 11) Brain, L. M., Mark, S. R., James, C. B. and Craig, B. F. (1993) Incisive canal cysts related to periodontal osseous defects: Case reports. *J. Periodontol.* 64: 571—574.
- 12) Killey, H. C. and Kay, L. W., 千野武廣訳 (1975) 顎嚢胞の診断と治療, 1版, 107—114. 書林, 東京.
- 13) 守谷友一, 田代直也, 関川和男, 高橋善男, 山田和祐, 藤田 靖, 岡部治男, 山本 肇 (1981) 最近5年間の顎骨嚢胞に関する臨床統計的観察—特に原始性嚢胞の鑑別診断について—. *日口外誌*, 27: 931—939.
- 14) 横林康男, 金丸 功, 中島民雄, 福島祥紘, 横林敏夫 (1987) 上顎正中部に生じた嚢胞の臨床病理組織学的検討. *日口外誌*, 33: 357—365.
- 15) 福島祥紘, 石木哲夫 (1985) 顎骨嚢胞の新分類の提唱. *歯医学誌*, 4: 50—63.
- 16) 石川梧朗 (1984) 口腔病理学II, 2刷, 386—388. 永末書店, 京都.