218 小児歯科学雑誌 38(1):218-224 2000

小児の口腔線維性病変

富沢 美恵子 野田 忠 鈴木 誠*

要旨：1979年から1998年の19年間に，新潟大学歯学部附属病院小児歯科において治療した口腔軟組織の良性限局性線維性組織病変22症例について，臨床病理学的に検討し次の結果を得た。

1．性別症例数は，男児9例，女児13例で，年齢は8か月から11歳4か月に分布し，1歳以下の乳児の症例が3例あった。

2．発生部位は，歯肉が16例と多く，次いで口蓋4例，頬粘膜2例で，病理診断は，歯肉症例は線維性エプーリス，口蓋と頬粘膜症例は線維性過形成あるいは線維上皮性過形成であった。

3．線維性エプーリス16症例は，上顎10例，下顎6例で，16例中15例が前歯部にみられた。病理組織像は，粘膜下の結合組織に膠原線維の密な増生がみられた。

4．口蓋症例の4例中3例は，切歯乳頭に接して，ほぼ同部位にみられたが，切歯管との連続性はなかった。

5．治療は，全例摘出術が行われ，再発症例はなかった。

6．小児の口腔軟組織における線維性病変では，線維性エプーリスの頻度が高いと思われた。

7．頬粘膜症例は，粘液嚢胞と臨床的に診断されており，摘出物の病理組織検査は，確定診断を得るために重要である。

Key words：口腔線維性病変，線維性エプーリス，線維性過形成，小児

緒 言

口腔軟組織においては，線維腫，線維性エプーリス，線維性過形成，線維性ポリープ，義歯性線維腫などの線維性組織の増殖による良性腫瘍状病変が，しばしば認められる。しかし，それらの多くは，真の腫瘍というよりも修復性，反応性の線維組織の過形成であるといわれている[1]。Bouquotら[2]は，口腔軟組織の良性の腫瘤や骨隆起について，35歳以上の白人23,616名を対象として疫学的調査を行い，最も頻度が高いのは口蓋と下顎の骨隆起で，641例であり，次いで線維性ポリープが283例で，義歯性線維腫と併せると380例となり，線維性病変が全病変の26.2%を占めていると報告した。小児については，Jones[3]が161例の非歯原性口腔軟組織腫瘍について調査し，そのうち40例（25%）が線維性病変であり，頻度が高いと述べている。

著者らは，これまで小児の乳歯列期や混合歯列期以降のエプーリス[4-8]，口蓋ポリープ[9,10]，頬粘膜の線維性過形成症例[11]などを報告してきた。これまでの報告をみると，エプーリスについての臨床統計報告[12-15]は多くみられるが，線維性組織病変全体についてまとめたものは少なく，特に小児については症例報告がほとんどである。そこで今回，我々は乳児症例を含む22例の小児の口腔線維性病変について，臨床的，および病理組織学的に検討を加えたので報告する。

新潟大学歯学部小児歯科学講座
新潟市学校町通り2-5274
（主任：野田 忠教授）
*新潟大学歯学部附属病院病理検査室
（主任：朔 敬教授）
（1999年12月28日受付）
（2000年1月17日受理）

対象と方法

1979年から1998年の19年間に，新潟大学歯学部附属病院小児歯科において治療を行ない，線維性病変と病理組織学的に診断された22例を対象とした。各症例について，年齢，性別，部位，臨床所見，治療，予後，臨床診断，病理診断について検討を加えた。

結 果

22例の性別症例数は男児9例，女児13例であった。年齢は，8か月から11歳4か月に分布し，1歳以下の乳児の症例が3例あった。部位別では，歯肉16例，口蓋4例，頬粘膜2例であった（図1）。臨床診断は，歯肉症例はエプーリス，他は口蓋ポリープ，頬粘膜粘液嚢胞であった。治療は経過観察を行った症例も含めて，すべて

の症例に摘出術を施行した。全身麻酔下に摘出術を行ったものは1例で，他の21例は局所麻酔下に行った。病理診断は，線維性エプーリス16例，口蓋と頬粘膜の線維性過形成あるいは線維上皮性過形成が6例であった。

線維性エプーリスと診断された16例（表1，図2）についてみると，上顎に10例，下顎に6例で，部位別では15例が前歯部に，1例は下顎乳犬歯と第1乳臼歯の歯間乳頭部にみられた。近接する歯との関係では，乳歯萌出前の歯槽部に1例，乳歯に接していたものは11例，乳歯と永久歯の歯間部に1例，永久歯に接していたものが3例あった。唇側に9例，口蓋あるいは舌側に4例，3例は唇舌側にわたって位置していた。大きさは，すべて1cm以内で，形は円形，楕円形，不整形であり，基部は広基性10例，有茎性6例，色は正常歯肉色7例，やや白色がかったもの5例，赤みがかったもの4例であった。腫瘤表面は，11例が平滑，5例が顆粒状あるいは粗造であった。硬さはすべて弾性硬であった。病理組織像は，多数の線維芽細胞と密な膠原線維の増生からなり，被覆上皮は，しばしば肥厚または上皮脚の延長

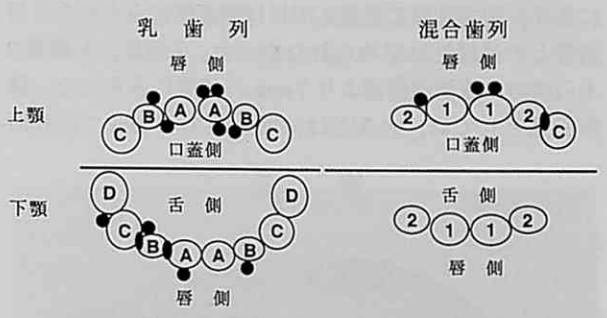


図2　線維性エプーリスの発生部位

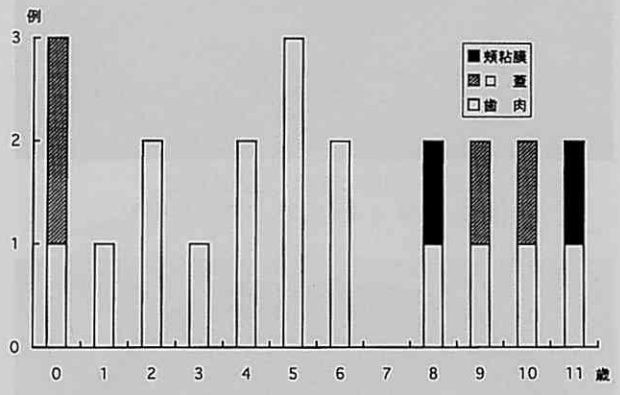


図1　年齢・部位別頻度



図3　下顎乳中切歯部線維性エプーリス（表1　症例2）

表1　線維性エプーリス16症例

症例	性別	年齢	部位	唇舌側	大きさ(mm)	基部	色調	硬さ	表面の状態
1	F	11m	B|	唇側	5×3	有茎性	正常歯肉色	弾性硬	平滑
2	F	1y4m	A|	唇側	5×9	有茎性	正常歯肉色	弾性硬	平滑
3	M	2y1m	|A	唇側	3×2	有茎性	正常歯肉色	弾性硬	平滑
4	F	2y8m	|A	口蓋側	3×3	広基性	赤色調	弾性硬	平滑
5	M	3y1m	|A	唇側	3×3	広基性	白色調	弾性硬	平滑
6	M	4y6m	BA|	唇舌側	3×2	広基性	正常歯肉色	弾性硬	平滑
7	F	4y10m	|B	唇側	7×5	広基性	正常歯肉色	弾性硬	平滑
8	M	5y8m	CB|	唇舌側	5×8	有茎性	白色調	弾性硬	顆粒状
9	F	5y9m	DC|	唇側	2	広基性	正常歯肉色	弾性硬	平滑
10	M	5y11m	|B	口蓋側	5	広基性	正常歯肉色	弾性硬	粗造
11	F	6y9m	CB|	舌側	3	広基性	白色調	弾性硬	平滑
12	F	6y11m	BA|	口蓋側	7	有茎性	白色調	弾性硬	顆粒状
13	F	8y5m	|2C	唇舌側	10	広基性	赤色調	弾性硬	平滑
14	F	9y2m	|1	唇側	7	広基性	赤色調	弾性硬	顆粒状
15	F	10y9m	|1	唇側	3	有茎性	赤色調	弾性硬	平滑
16	F	11y4m	21|	唇側	5	広基性	白色調	弾性硬	顆粒状

を示した。炎症性細胞の浸潤は，軽度であった（図3, 4, 5）。

線維性過形成あるいは線維上皮性過形成と診断された6例（表2）は，4例が硬口蓋に，2例が頬粘膜に発現していた。硬口蓋の4症例のうち3例は，口蓋左側前方部にあり，切歯乳頭に近接してほぼ同部位にみられた。切歯管との連続性は認められなかった。1例は，左側第2小臼歯の口蓋側歯頸部より7 mmの位置にみられた。臨床所見としては，大きさは，最大径3～7 mmで，表面は平滑で正常粘膜色を呈し，硬さは弾性硬であった。基部は有茎性3例，広基性1例であった。治療は，摘出術

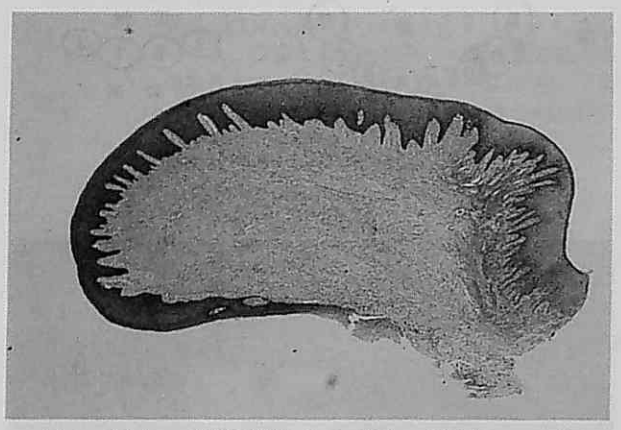


図4　症例2　病理組織像（H-E染色，原倍率　×6.2）

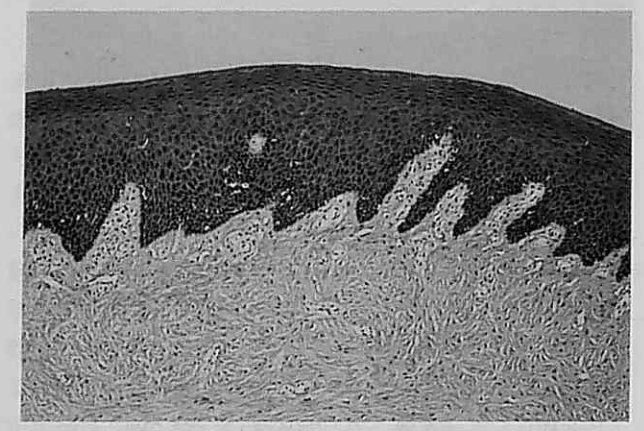


図5　症例2　病理組織像
被覆上皮と線維性結合組織の増生（H-E染色，原倍率　×25）

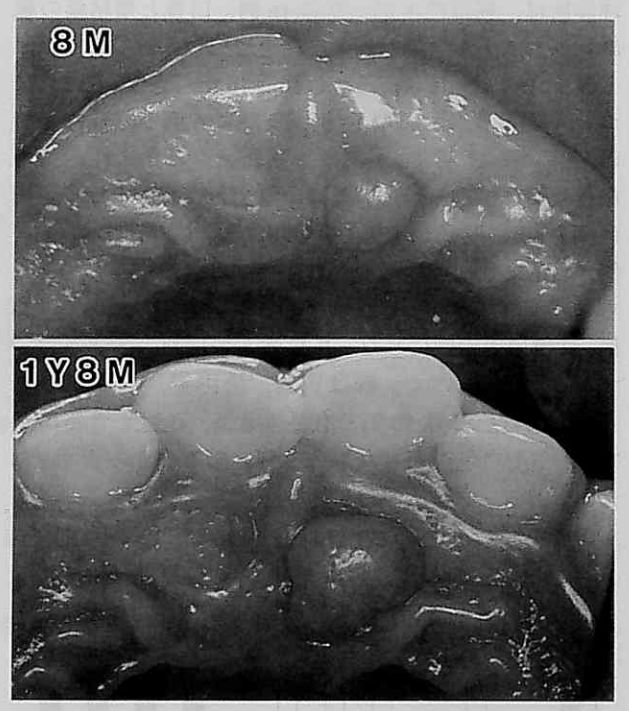


図6　口蓋の線維上皮性過形成
（表2　症例17, 8か月時，1歳8か月時）

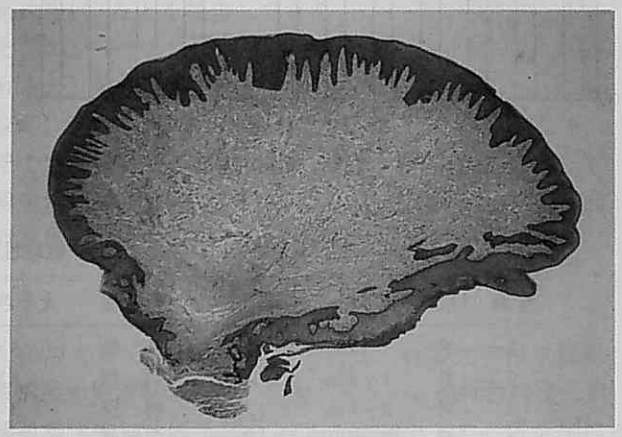


図7　症例17　病理組織像（H-E染色，原倍率　×5）

表2　線維性過形成6症例

症例	性別	年齢	部位	大きさ(mm)	基部	色　調	硬さ	表面の状態
17	M	8 m	口　蓋	6×7×3	有茎性	正常粘膜色	弾性硬	平　滑
18	M	11 m	口　蓋	7×4.5×3	有茎性	正常粘膜色	弾性硬	平　滑
19	M	9 y 8 m	口　蓋	3	有茎性	正常粘膜色	弾性硬	平　滑
20	F	10 y 4 m	口　蓋	5	広基性	正常粘膜色	弾性硬	平　滑
21	M	8 y 2 m	頬粘膜	3	広基性	正常粘膜色	弾性硬	平　滑
22	F	11 y 1 m	頬粘膜	8×4×5	広基性	正常粘膜色	弾性硬	平　滑

を施行した。病理組織像は，密な膠原線維の走行からなり，口腔粘膜上皮は肥厚と上皮脚の延長がみられた。炎症性細胞は，毛細血管周囲にわずかに認められた（図6, 7）。

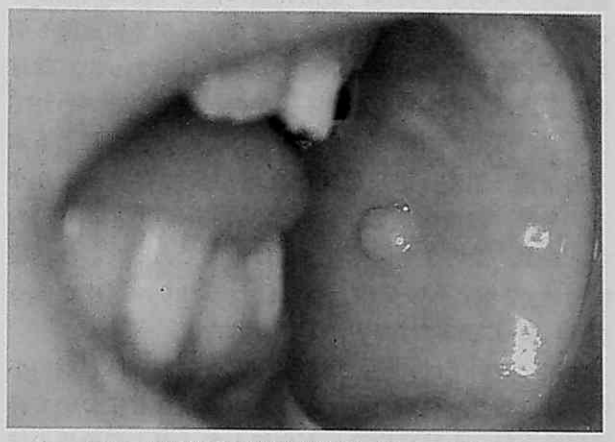


図8　頬粘膜の線維性過形成（表2　症例21）

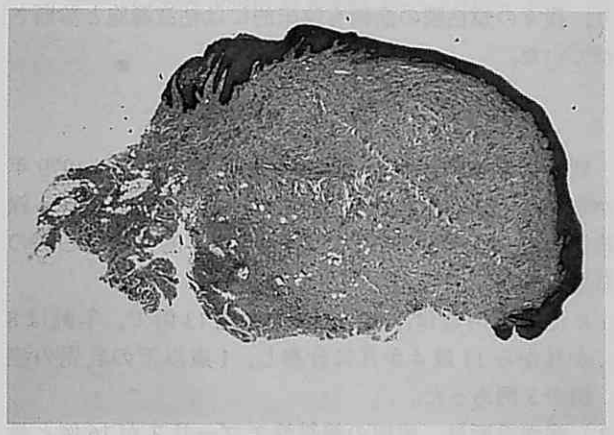


図9　症例21　病理組織像（H-E染色，原倍率　×10）

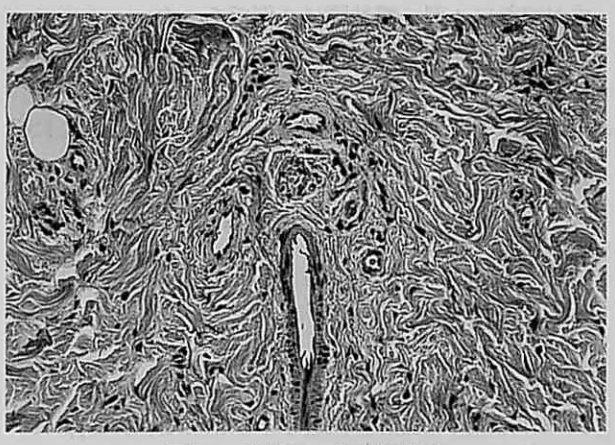


図10　症例21　病理組織像
粘膜下結合組織での膠原線維の増生
（H-E染色，原倍率　×100）

頬粘膜の2症例は，ともに左側の第1大臼歯あるいは第2乳臼歯に相当する咬交線上にあった。境界明瞭な広基性の膨隆で，平滑な表面を有し正常粘膜色を呈していた。臨床診断は粘液嚢胞の疑いであった。治療は，摘出術を行った。病理組織像は，腫瘤の主体は膠原線維の増生からなり，筋性血管，神経線維束を含み，被膜形成は認められなかった。唾液腺組織は，みられなかった（図8, 9, 10）。

予後については，再発例はなかった。

考　察

石川[1]によれば，口腔領域の軟部組織には線維性組織の増殖による良性腫瘍状病変がしばしば認められるが，これらの多くは修復性ないし反応性の線維組織の過形成であって，厳密な意味での腫瘍であることは少ないという。欧米では，これらの限局性線維性病変について，fibroma, irritation fibroma, fibroepithelial polyp, inflammatory fibrous hyperplasia, fibrous epulis などの名前があり[16]，真性の腫瘍としての fibroma と inflammatory hyperplasia の鑑別は困難としながらも病変の多くは反応性の過形成病変と考えられている[17]。

真の線維腫（true fibroma）について，Barker ら[18]は，歯肉を除く口蓋，舌，頬粘膜，口唇の171例の限局性線維性病変について病理組織学的に調査し，そのうち2例に，境界明瞭な被膜形成と周囲組織とは異なる内部の線維性組織の走行を認め，腫瘍性病変であるとした。Schneider ら[16]は，歯肉の129症例の線維性病変について組織学的に調査し，その内1例が真性の線維腫であり，41例が線維性エプーリス，11例が硬性線維腫，その他であったと報告している。真の線維腫の頻度はまれで[19]，我々の症例中にはこのような組織像を示す症例はみられなかった。また，Barker ら[18]は，2例の真性線維腫を除く169例について，膠原線維の走行によって，基部から放射状に走行するタイプ（radial type）と，中心部で方向性の一定していない部分を含み周辺部では膠原線維が循環するようなタイプ（circular type）に分類した。この走行の違いは，刺激の違いによって生ずるとし，弱い刺激が可動性の部分に続いた場合には circular type に，固定した部分に続いた場合には radial type になり，強い刺激では，すべて radial type になると仮説をたてた。今回の症例では，口蓋の2例に明らかな radial type（図11）がみられたが，他の2例は circular type であり，刺激としては4例とも弱い刺激が続いていたと考えられるので，この仮説には対応していなかった。

年齢分布についてみると，線維性病変はあらゆる年齢

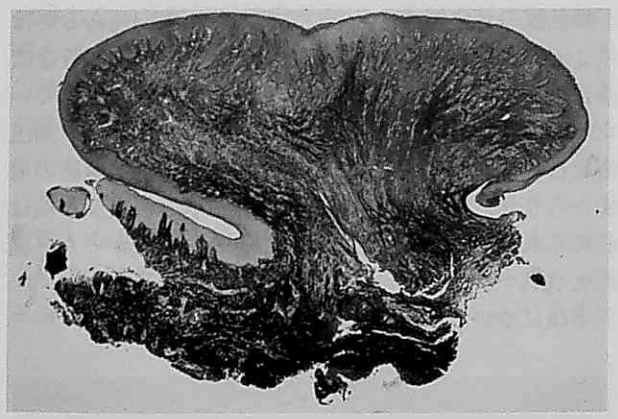


図11　表2　症例18, radial type
基部より放射状に走行する膠原線維
（アザン染色，原倍率　×20）

層にみられるが，30歳から50歳代に多いといわれている[17]。Barkerら[18]の171例は，10歳代から70歳代に分布していたが，30歳代から50歳代において頻度が高く，10歳代は，7例のみであった。また，10歳以下の症例はみられなかった。Jones[3]は，15歳以下の小児の口腔の非歯原性腫瘍161例を調査し，40例，25%が線維性病変であったと報告している。これらより，線維性病変は口腔内で稀な病変ではないが，成人に比して小児ではその頻度は低いといえる。これは，誘因となる口腔内の慢性的な刺激が，小児と成人では異なり，成人では作用期間も長期間にわたるものがあるためと考えられる。Jones[3]の40例の内訳は，23例が線維性エプーリスで，12～15歳が20症例，12歳以下は3例であり，エプーリス以外の17例は，線維性ポリープであった。Jonesと同様，我々の症例も22例中16例と線維性エプーリスが多かった。しかし，年齢は11か月から11歳4か月に分布し，すべて12歳以下であった。これらより，小児の線維性病変としては，線維性エプーリスが最も頻度の高い病態であるかもしれない。これは，小児期が乳歯の萌出や，乳歯から永久歯への交換など，歯槽部での生理的変化が多く起こることと関連していると思われる。

小児のエプーリスと成人のエプーリス[12, 15]を比較すると，大きさは，今回すべて1 cm以内で小さかったが，成人では大豆大から示指頭大と大きいものが多いようである。部位的には両者とも上顎前歯部に多いが，成人では，小臼歯，大臼歯部にもみられている。誘因として小児では口腔悪習癖や歯列不正，矯正装置などがあり，成人では妊娠性エプーリスを除くと，不良補綴物や残根，多量の歯石沈着などがあげられる。我々の症例では，残根など齲蝕歯が誘因となった症例はなかった。成人症例では，エプーリスの摘出時に抜歯を行った症例もあるが，今回は抜歯した症例はなかった。

線維性過形成は，舌，口唇，頬粘膜，口蓋などにみられる[1]が，我々の症例は，口蓋と頬粘膜にみられた。口蓋症例の4例中3例は，切歯乳頭に接してほぼ同部位にみられたが，切歯管との連続性はなく，病理組織像も切歯管内容物との連続性を示唆する所見はなかった。線維性過形成は，慢性刺激による炎症に起因するといわれているが，小児の口腔では，吸指癖や，哺乳瓶，おしゃぶりの常用，誤咬，矯正用装置などが慢性刺激となりうる。今回，口蓋症例の1例（症例18）に吸指癖が認められたが，他の3症例では誘因は不明であった。頬粘膜症例は，2例とも咬交線上に位置しており，誤咬がきっかけになったのではないかと思われた。

治療については，摘出術が適応となるが，低年齢の小児では，数か月にわたって大きさの変化などについて経過観察を行った後に切除した症例もあった。切除後の摘出物の病理検査は，確定診断を得るためにも必須であり，我々の頬粘膜の症例も臨床的には粘液嚢胞と診断されていた。

結　論

新潟大学歯学部附属病院小児歯科において，1979年から1998年の19年間に経験した小児の口腔における線維性病変22症例について，臨床病理学的に検討し次の結果を得た。

1）性別症例数は，男児9例，女児13例で，年齢は8か月から11歳4か月に分布し，1歳以下の乳児の症例が3例あった。

2）病理診断は，歯肉の線維性エプーリスが16例と最も多く，次いで線維性過形成あるいは線維上皮性過形成が口蓋に4例，頬粘膜に2例であった。

3）治療は，全例摘出術が行われ，再発症例はなかった。

4）摘出物の病理組織検査は，確定診断を得るために必要である。

本論文の要旨は，1997年10月11，12日，第1回アジア小児歯科学会議（幕張メッセ）において発表した。

文　献

1）石川梧朗：口腔病理学Ⅱ，永末書店，京都，1982, pp. 536–538.

2）Bouquot, J. E. & Gundlach, K. K. H.: Oral exophytic lesions in 23,616 white Americans over 35 years of age, Oral

Surg. Oral Med. Oral Pathol., 62 : 284–291, 1986.
3) Jones, J. H. : Non-odontogenic oral tumors in children, Brit. Dent. J., 119 : 439–447, 1965.
4) 田村章子，山口政彦，山崎博史，野田 忠，石木哲夫：無歯期の女児に生じた骨線維性エプーリスの1例，小児歯誌，29 : 854–861, 1984.
5) 木暮エリ，富沢美恵子，野田 忠，福島祥紘：2歳8カ月女児の石灰化した上皮島を伴う口蓋部歯肉の線維性過形成の1例，小児歯誌，26 : 180–185, 1988.
6) Koiwai, H., Tomizawa, M., Noda, T., Komiya, T. & Suzuki, M. : An epulis in a girl 4-years and 10-months old, recognized at 2 months after birth : Case report, Periodontal Case Reports, 13 : 24–27, 1991.
7) 三澤正平，富沢美恵子，野田 忠，鈴木 誠：乳歯列期におけるいわゆるエプーリス11症例の臨床病理学的観察，小児歯誌，32 : 170–177, 1994.
8) 有波昌子，富沢美恵子，野田 忠，鈴木 誠：混合歯列期以降のエプーリス10症例の臨床病理学的観察，小児歯誌，32 : 634–642, 1994.
9) 河野美砂子，赤沼克枝，野田 忠，鈴木 誠：9カ月の乳児に生じたFibrous hyperplasiaの1症例，小児歯誌，24 : 787–792, 1986.
10) Tomizawa, M., Kohno, M., Noda, T. & Suzuki, M. : Three cases of palatal polyps in infants, Int. J. Paediatr. Dent., 9 : 213–217, 1999.
11) 谷地田知子，大島邦子，小杉誠司，野田 忠，福島祥紘：頬粘膜にみられたInflammatory Fibrous Hyperplasiaの2症例，小児歯誌，30 : 1074–1080, 1992.
12) 岩崎弘治，梶川幸良，大西 真：エプーリス63例の臨床的観察，日口外誌，22 : 332–337, 1976.
13) 河野庫介：エプーリス治験例26例の臨床的観察，福岡歯大誌，4 : 157–165, 1977.
14) 堂原義美，川平清秀，登山 弘，山下佐英：エプーリス51例の臨床統計的観察，鹿大医誌，30 : 545–550, 1978.
15) 森山万紀子，大橋 靖，鈴木 誠：エプーリスの臨床病理組織学的検討，新潟歯学会誌，25 : 17–25, 1995.
16) Schneider, L. C. & Weisinger, E. : The true gingival fibroma, An analysis of 129 fibrous gingival lesions, J. Periodontol., 49 : 423–424, 1978.
17) Shafer, W. G., Hine, M. K. & Leby, B. M. : A textbook of oral pathology 4 th ed., Saunders Co., Philadelphia, 1983, pp. 137–140.
18) Barker, D. S. & Lucas, R. B. : Localized fibrous overgrowths of the oral mucosa, Brit. J. Oral Surg., 5 : 86–92, 1967.
19) Christopoulos, P., Sklavounou, A. & Patrikiou, A. : True fibroma of the oral mucosa : a case report, Int. J. Oral Maxillofac. Surg., 23 : 98–99, 1994.

Oral Fibrous Lesions in Children

Mieko Tomizawa, Tadashi Noda and Makoto Suzuki*

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Niigata University
(Director : Prof. Tadashi Noda)
**Clinical Laboratory Section, Dental Hospital, Faculty of Dentistry, Niigata University*
(Director : Prof. Takashi Saku)

Fibrous lesions such as fibroma, fibrous hyperplasia, fibrous epulis, denture fibroma are not so rare in the oral cavity. There are, however, few reports about them in children. We experienced 22 cases of oral fibrous lesions at the Pedodontic Clinic of Niigata University Dental Hospital during a period of 19 years from 1979 to 1998 and investigated them clinically and histopathologically.

The results were as follows :

1. The patients consisted of 9 males and 13 females. Their ages ranged from 8 months to 11 years and 4 months. Three patients were under 1 year old.

2. Sixteen cases were located on the gingiva, 4 on the palate and 2 on the buccal mucosa. They were pathologically diagnosed as fibrous epulides in 16 cases and fibrous hyperplasia or fibroepithelial hyperplasia in 6 cases.

3. As for the 16 cases of fibrous epulides, 10 cases occurred in the maxilla and 6 in the mandible. Fifteen cases were in the incisor region. All of the epulides were smaller than 1 cm in diameter. Microscopically, they were shown to be composed of numerous fibroblasts and proliferating collagen fibers.

4. As for the 6 cases of fibrous hyperplasia, four cases occurred on the palate and two on the buccal mucosa. Three of the four cases of palatal fibrous hyperplasia were similarly located near the incisor foramen. They were hemispherical or elliptical in shape, 3–7 mm in diameter, and pedunculated or sessile and elastic-hard. Buccal lesions were clinically well-defined masses with smooth, normal-colored surfaces and broad bases. They were clinically suspected of mucocele. Microscopically, the lesions were shown to be composed of proliferating collagen fibers.

5. All of the fibrous lesions were excised surgically and no recurrence was found.

6. Most of the oral fibrous lesions in children may be fibrous epulides. Histological examination of the excised specimens is needed to confirm the diagnosis.

Key words : Oral fibrous lesions, Fibrous epulides, Fibrous hyperplasia, Children