

臨床病理検討会レポート

[第25回] 下顎骨粘液腫

日時：2003年10月7日

新潟大学大学院医歯学総合研究科

顎顔面口腔病理学分野

山崎 学

組織再建口腔外科学分野

船山 昭典

顎顔面放射線学分野

林 孝文

医歯学総合病院歯科病理検査室

鈴木 誠

症 例 提 示

患 者：34歳，女性。

初 診：2003年3月21日。

主 訴：左側下顎臼歯部の違和感。

現病歴：2000年頃より，食事の際しばしば左側下顎臼歯部にしみる感覚を自覚したため，歯科医院を受診したが，特に異常は指摘されなかった。その後，2002年12月頃より同部に時々咬合痛が出現し，さらに2003年3月より持続性の違和感を生じたため，他歯科医院を受診したところ，パノラマエックス線写真により左側下顎臼歯部の骨透過像を指摘され，口腔再建外科での精査・加療を勧められて初診した。

初診時現症：

全身所見：身長168.5cm，体重64kg。

口腔外所見：左側顎角部に軽度の腫脹がみとめられた（図1）。開口障害ならびに下唇の知覚異常はなく，頸部リンパ

節にも異常所見はみとめられなかった。

口腔内所見：左側下顎臼歯部の歯肉は健常色で，歯の偏位はみとめられず，下顎左側第一小白歯から第二大白歯の頬側歯槽部に軽度の骨様膨隆および圧痛がみとめられた。犬歯から第二大白歯に打診痛および動揺はみられず，電気歯髓診断で生活反応をしめた。

臨床診断：左側下顎良性腫瘍の疑い。

処置および経過：初診日にCT，パノラマ，デンタルの撮影をおこない，生検を施行した。下顎左側第一・第二大白歯間の頬側歯肉に切開を加え，骨を開削し，内部より灰白色の軟組織を採取して検体とした。病理診断は粘液腫であった。6月2日，MRIを撮影し，6月3日，全身麻酔下で腫瘍切除術（下顎骨区域切除術）および腸骨による下顎骨再建術を施行した。下顎左側第一小白歯を抜歯し，犬歯遠心と第二大白歯遠心において骨切りをおこなったが，近心断端に腫瘍の露出がみとめられたため，追加削除をおこなった。右側腸骨より長さ43mm，高さ20mmのブロック骨を採取し，即時再建をおこなった。翌日より顎間固定と経管栄養を術後1週間おこなったが，術後10日目に創の離開と移植骨の露出がみとめられたため，移植骨を一部削除して再縫合をおこなった。その後，7月17日撮影のパノラマエックス線写真で骨固定プレートの破折がみとめられ，口腔内には一部腐骨が露出したため，7月30日に全身麻酔下で腐骨除去術ならびにプレート再固定術をおこなった。

（船山）

画 像 所 見

2003年3月31日に撮影された初診時パノラマエックス線写真（図2A・B）及びデンタルエックス線写真（図3）では，下顎左側小白歯・大白歯部の骨内に，辺縁不整で境界やや不明瞭な透過性病変がみとめられた（矢印）。近遠心的には，

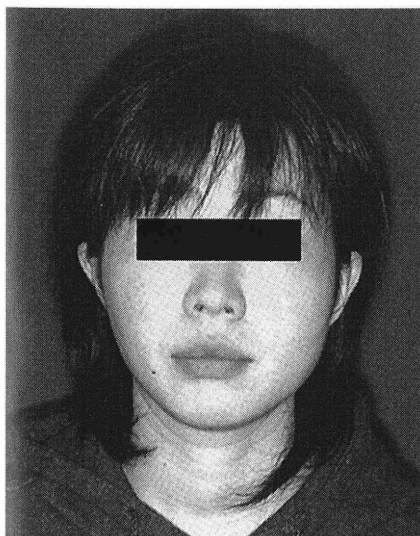


図1 初診時顔貌

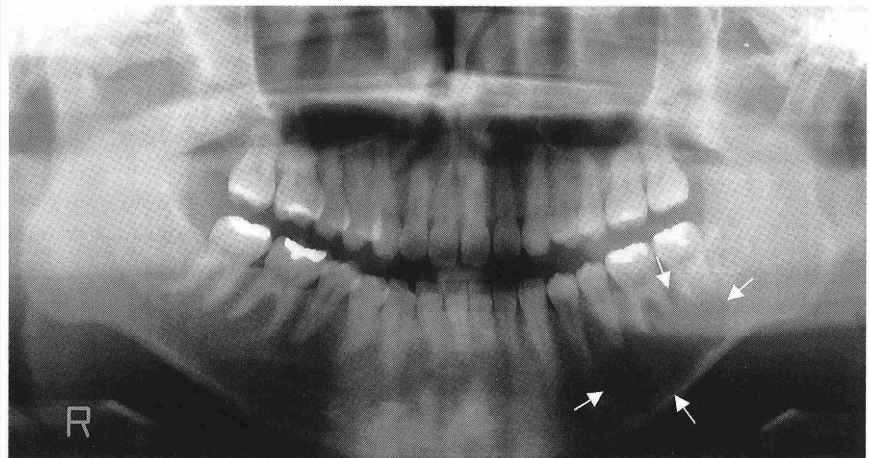


図2A パノラマエックス線写真



図2B パノラマエックス線写真 (部分)

近心は下顎左側第一小白歯と第二小白歯の間から遠心は下顎左側第二大臼歯部に及び、上下的には上方は歯槽頂のやや下方から下方は下顎下縁の皮質骨に達していた。下顎骨下縁の

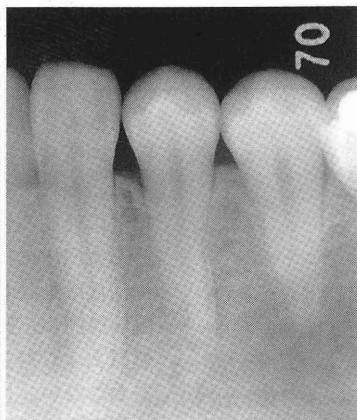


図3 デンタルエックス線写真

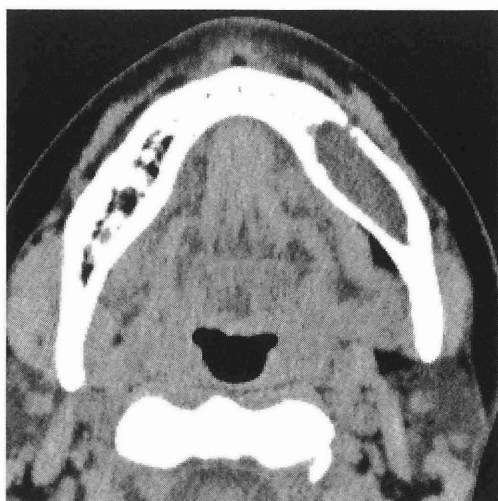


図4A 単純CT軟組織表示

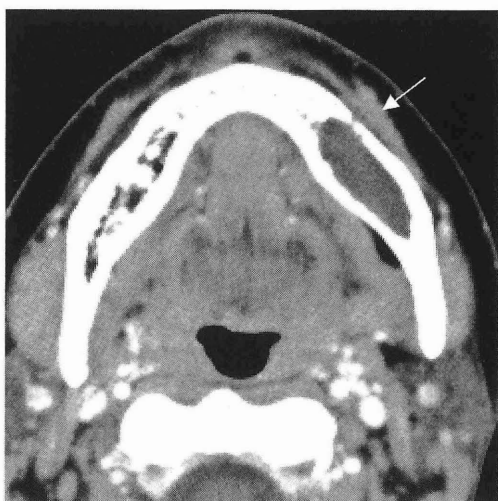


図4B 造影CT



図4C 単純CT骨表示

皮質骨に断裂はみとめられないものの、辺縁は凹凸不整に吸収され、菲薄化しており、病変部の下顎管壁は消失していた。病変内部には石灰化物は指摘し得ないものの、透過性は不均一であった。病変の辺縁は不整かつ繊細で、骨硬化縁はあきらかではなかった。歯根が病変に含まれる位置にある下顎左側第二小白歯・第一大臼歯・第二大臼歯の歯槽硬線は消失しており、第一大臼歯・第二大臼歯の歯根は右側と比較して短く、歯根吸収が示唆された。

同日撮影されたCTでは、下顎左側臼歯部の骨内に辺縁不整なosteolytic lesionがみとめられた。内部は筋より低濃度ではほぼ均一であり(図4A)、経静脈造影後にはlesion内部にあきらかに造影される領域はみとめられなかった(図4B)。左側のオトガイ孔の外側の表情筋および広顎筋は肥厚し、頬側皮質骨との間の脂肪層が不明瞭化しており、骨周囲の炎症が示唆された(矢印)。骨表示では、皮質骨の微細で不整な骨吸収がみとめられ、海綿骨との境界も不整で、骨硬化縁はみとめられなかった(図4C)。lesionはオトガイ孔に及び、周囲の皮質骨は吸収され、オトガイ孔の形態が不明瞭化していた(矢印)。しかし、顕著な骨膨隆や骨破壊はみとめられなかった。

以上、パノラマ・デンタル・CTの所見を総合して、内部に造影される実質領域がみとめられないことから腫瘍よりも

嚢胞の可能性が高く、骨硬化縁を有さず、辺縁が不整であることから、嚢胞とすれば非典型的な単純性骨嚢胞が第一にか

んがえられるが（歯槽硬線の消失は非典型的な単純性骨嚢胞では否定要素にならない）、歯根吸収がみとめられる点に矛盾があり、確定的な診断には至らなかった。

2003年6月2日に撮影されたMRI（生検後）では、lesionはT1強調画像（図5A）で筋より低信号でほぼ均一の信号強度を呈し、脂肪抑制T2強調画像（図5B）ではやや不均一な高信号を呈していた。大臼歯部の頬側皮質骨には生検による骨欠損がみとめられた（矢印）。脂肪抑制プロトン密度強調画像（図5C）では内部は全体として高信号であったが、骨の不整な辺縁から連続するように繊細な網目状の構造がみとめられた。経静脈的造影は施行していないが、MRIでは複雑な網目状の内部構造から、嚢胞よりも腫瘍の可能性が高いことが示唆された。

本症例の経験から、顎骨内の病変に対しても組織コントラストに優れるMRIを積極的に利用すべきであることがしめされたように思われる。

（林）

病 理 所 見

2003年3月31日、初診時に下顎骨左側大臼歯部より生検が施行された。直径2～8 mm、白色で、表面はやや粘潤な軟組織片9個が提出された。淡好塩基性の粘液性基質中に小型濃染核を有する紡錘形細胞が疎に配置した、きわめて特徴的な組織像であり、ただちに歯源性粘液腫と診断された（図6）。

2003年6月3日に下顎骨区域切除術が施行された。切除組織は下顎左側第二小臼歯から第二大臼歯までの3歯をふくみ、下顎骨頬側皮質骨は広範囲に菲薄化をしめしたが、頬舌の膨隆は軽度であった（図7）。拡大したオトガイ孔からも白色、充実性の腫瘍組織が確認され、また、下顎骨近心断端には15x5 mmの範囲で腫瘍組織が露出していた。前額断で6分割したところ、第一小臼歯部（近心断端）から第二大臼歯部にかけて粘液腫の充実性増殖がみとめられた。病変の境界はおおむね明瞭であった。

組織学的に腫瘍は下顎骨骨髓をほぼ占拠置換しており、同部では骨梁が消失していた（図8）。頬舌側皮質骨は内側か



図5A T1強調画像

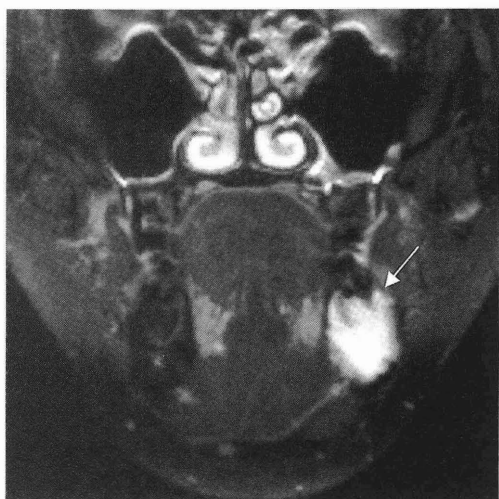


図5B 脂肪抑制T2強調画像

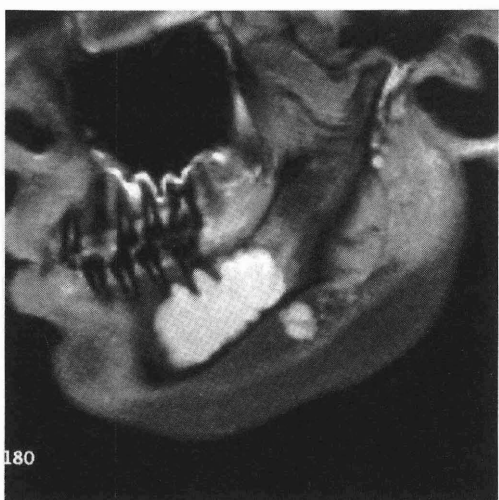


図5C 脂肪抑制プロトン密度強調画像

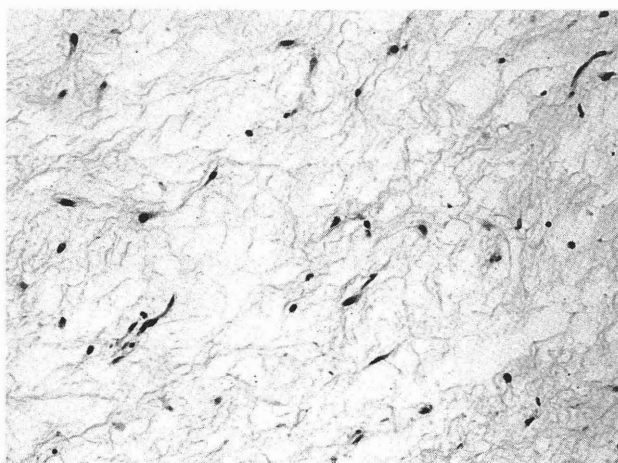


図6

ら大きく圧迫吸収されていた。第二小白歯～第二大白歯の歯根尖は吸収され、歯槽突起部では骨梁間への浸潤がみとめられた(図9)。浸潤先端の歯槽骨部では、皮質骨はいわゆる波状吸収をうけ、骨梁が薄く残存して樹枝状を呈していたが、このような吸収像は同部にかぎられていた。第一大臼歯部で

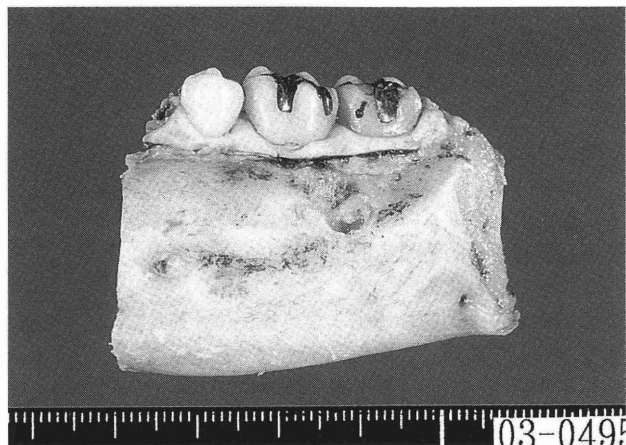


図7

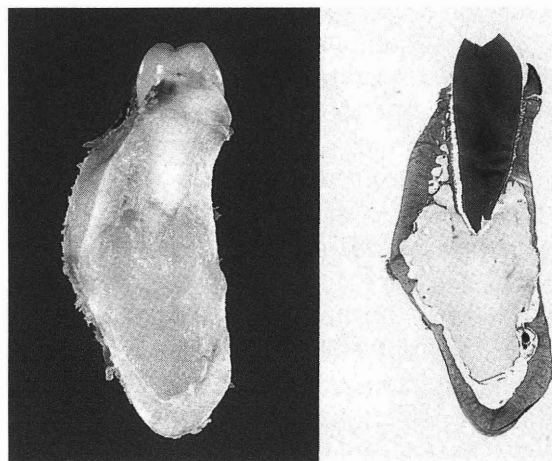


図8



図9

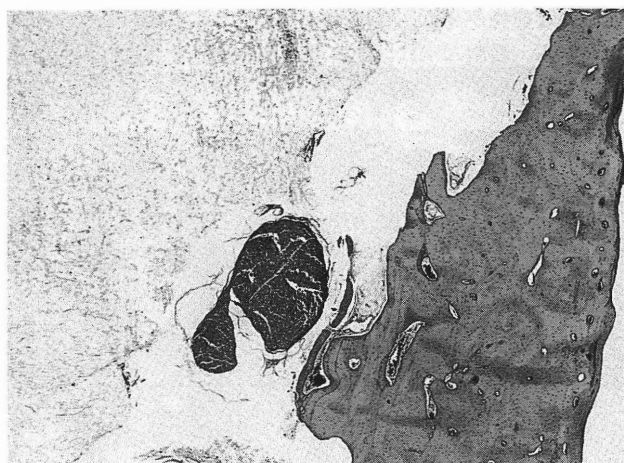


図10

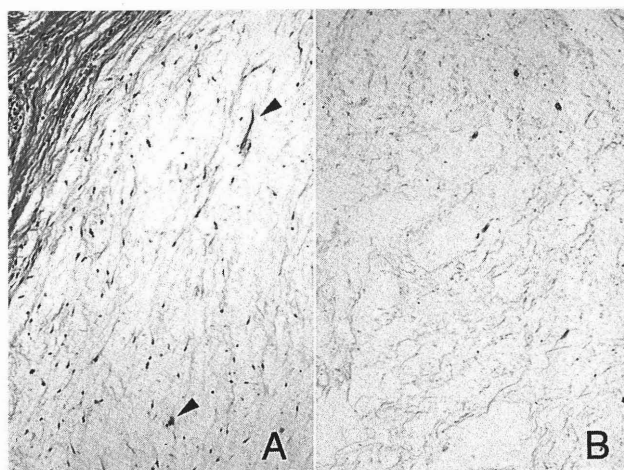


図11

は下顎管壁は完全に破壊され、下歯槽神経束は内下方へ圧排されていた(図10)。また、歯根膜にむかって浸潤する部分では、明確な被膜の介在なしに周囲の線維性結合組織に移行していたものの、境界は明瞭で、膨張性の発育があきらかであった。腫瘍内部の血管分布はきわめて疎であり(図11A: 矢頭は細静脈)、このことはCD31(血管内皮細胞マーカー)免疫組織化学においても確認された(図11B)。

(山崎)

ま と め

本症例は豊富な粘液基質、散在性に配置された紡錘形細胞から構成される典型的な粘液腫であり、病理組織学的診断は容易であった。基本的に膨張性発育をしめし、下顎骨体部の海綿骨をほぼ完全に吸収していたため、エックス線所見上、粘液腫に特徴的とされる樹枝状不透過像が確認されなかった。粘液腫はCTにおける造影性に乏しいのが特徴であるが、これは組織学的に腫瘍内部の血管分布が疎であることで説明できる。また、粘液基質はプロテオグリカンが豊富で、多量の水分を含有しており、MRIにおいてT2強調画像で高信号を呈する所見に一致するとかんがえられる。

(山崎, 鈴木)