

上下顎4か所に生じた嚢胞様病変による 第二大臼歯の萌出障害の1例

周 静 小林 博 昭 神 成 直 子*
田 口 洋 朝日藤 寿 一** 野 田 忠

要旨：第二大臼歯の萌出障害は比較的稀であるが、患児は13歳10か月時、上下顎左右側第二大臼歯部の4か所に嚢胞様病変を認め、そのうち3歯の第二大臼歯に萌出遅延を生じていた。特に下顎左側第二大臼歯はほぼ水平に近心傾斜し、歯冠は嚢胞腔内に含まれる形で埋伏していた。水平埋伏した下顎第二大臼歯は抜歯となることが多いが、本症例では、下顎左側第二大臼歯部の嚢胞に対して開窓を行い、嚢胞治癒後に同歯の萌出誘導を行って、歯列上に配列することができた。すでに萌出していた下顎右側第二大臼歯の嚢胞様病変についても、開窓を行い良好な結果を得た。上顎両側第二大臼歯は未萌出であり、歯冠周囲の歯小囊の拡大像がみられた。上顎右側第二大臼歯は14歳9か月時に自然萌出したが、左側第二大臼歯はびまん性の腫脹が生じたため、16歳1か月時に開窓を行い、歯列内に配列させることができた。

下顎左側第二大臼歯の萌出障害の直接的な原因としては、嚢胞または歯胚の萌出方向の異常が考えられた。本症例は、類似した嚢胞様病変が上下顎の4か所に生じたが、多発嚢胞を生じた原因は明らかではない。多発嚢胞は基底細胞母斑症候群に多く発症するといわれているが、本症例では同症候群との関連はないと考えられた。しかし、基底細胞母斑が出現するのは思春期以降から35歳ごろであるといわれており、今後も経過観察を行う必要があると思われた。

Key words：萌出障害，第二大臼歯，嚢胞，埋伏歯

緒 言

小児歯科領域でみられる萌出障害のうち、第二大臼歯の発生頻度は下顎前歯とともにかなり低い¹⁻⁴⁾。本学小児歯科の調査によれば、萌出障害493歯のうち上顎中切歯が全体の約40%を占め、次いで上顎犬歯12%、上顎第一大臼歯10.7%であり、上顎第二大臼歯は0.2%、下顎第二大臼歯は1.4%で、下顎中切歯0.2%、下顎側切歯1.2%とともに低かった⁴⁾。

一般に萌出障害の原因としては、過剰歯、歯牙腫、歯

胚形成の異常、歯冠被覆歯肉組織の異常、嚢胞などがある¹⁻⁴⁾。今回著者らは、上下顎左右側第二大臼歯部の4か所に嚢胞様病変を認め、そのうち3歯の第二大臼歯に萌出遅延を生じた症例を経験した。特に下顎左側第二大臼歯は、ほぼ水平に近心傾斜して埋伏していた。水平埋伏した下顎第二大臼歯の処置はさまざまな理由から抜歯となることが多い。抜歯適応となる理由としては、1) 萌出誘導の確実性に問題があること、2) 第三大臼歯が存在する場合、近心に移動させ代用可能であること、3) posterior discrepancy による臼歯部萌出余地が不足する場合が多いこと、などが挙げられている⁵⁾。本症例では、下顎第二大臼歯部の嚢胞の開窓を行い、嚢胞治癒後に同歯の萌出誘導を行って、歯列上に誘導することができた。さらに、嚢胞様病変を生じた他の第二大臼歯についても、開窓を行って歯列内に配列させることができたので報告する。

なお、報告に際しては患児および保護者の承諾を得た。

症 例

患児：山○理○，女兒

新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命科学専攻
口腔健康科学講座小児口腔科学分野
新潟市学校町通り2-5274
(主任：野田 忠教授)

*神成歯科医院
新潟市内野町468
(院長：神成康一)

**新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命科学専攻
摂食環境制御学講座咬合制御学分野
新潟市学校町通り2-5274
(主任：花田晃治教授)
(2002年1月7日受付)
(2002年1月29日受理)

生年月日：1982年1月14日

初診時年齢：2歳6か月。齲蝕を主訴に当科を受診し、以後定期的に管理を行った。

既往歴：

1994年8月（12歳7か月）に学校健診で心電図の異常が認められ、小児科に検査入院した際、軽度のBasedow病と診断された。治療は投薬（チウラジール®）と食事制限のみで日常生活に支障はなく、現在に至っている。

家族歴に特記事項はない。

全身状態：Basedow病の主徴候である甲状腺腫、頰脈、眼球突出はみられず、多汗、微熱、手指振戦、易疲労感などの症状も特に認められなかった。

現病歴および現症：

1991年6月（9歳5か月）のパノラマエックス線写真では上下顎左右第二大白歯部に嚢胞様病変などの異常所見は認められなかった（図1A）。ただし、上顎左側第一、第二大白歯は反対側に比べると萌出の遅延と歯胚形成の遅れが認められる。

1995年11月（13歳10か月）に歯周治療の目的で撮影したパノラマエックス線写真で、未萌出の近心傾斜した下顎左側第二大白歯歯冠部に境界明瞭な単房性の骨透過像を認めた（図1B）。病変は歯冠を含んで下方に位置し、下顎左側第一大臼歯遠心根に沿って広がっていた。しかし、同歯の遠心根の歯槽硬線は明瞭であり、歯根吸収は認められない。また、病変内部の透過性はほぼ

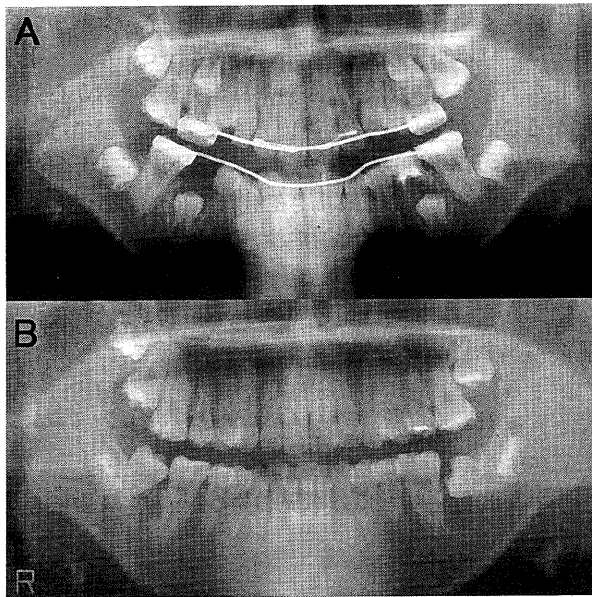


図1 A：9歳5か月時のパノラマエックス線写真
B：13歳10か月時

均一であり、明らかな石灰化物も認めない。下顎左側第一大臼歯遠心部のポケットは6mmであった。

下顎右側第二大白歯はやや近心傾斜して萌出を開始していたが（図2）、エックス線写真で下顎右側第一、第二大白歯間に境界不明瞭な骨透過像があり、病変内部には骨梁を認めた（図1B）。下顎右側第一、第二大白歯歯根ともに歯槽硬線は明瞭であり、頰側および舌側への骨の膨隆も認められなかった。

さらに、上顎左右第二大白歯は未萌出であり、歯冠周囲の歯小囊の拡大像がエックス線写真上で認められた（図1B）。

処置ならびに経過：

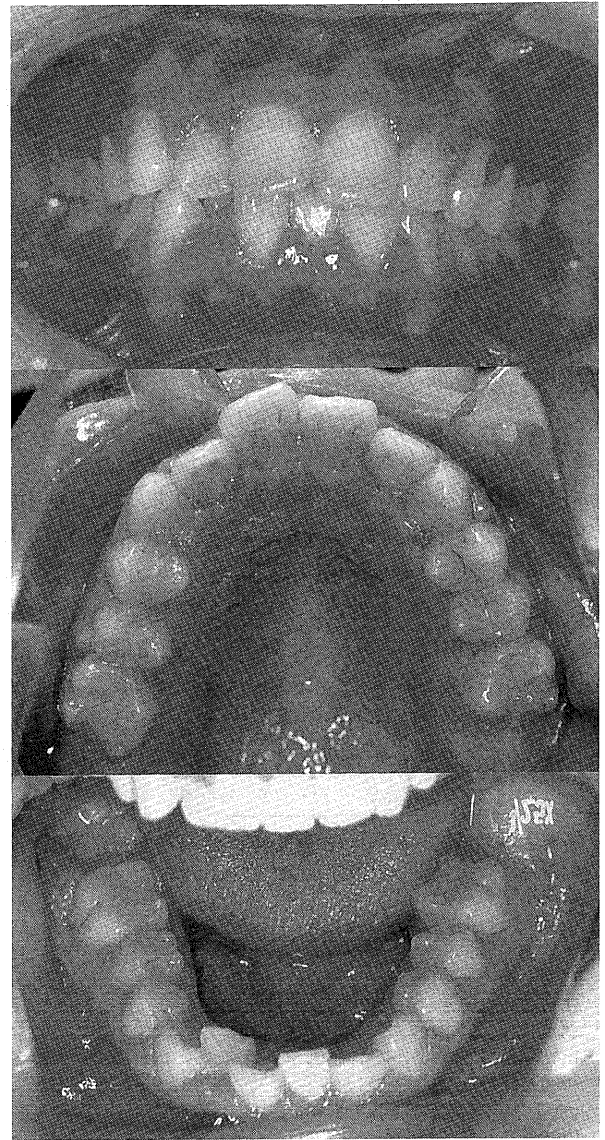


図2 13歳10か月時の口腔内写真

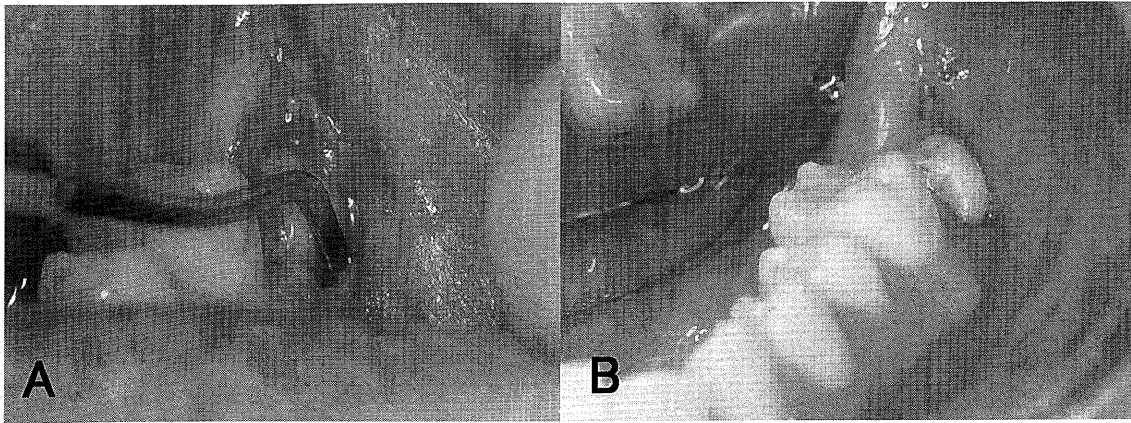


図3 A：下顎左側第二大臼歯部嚢胞開窓時
B：開窓12日後

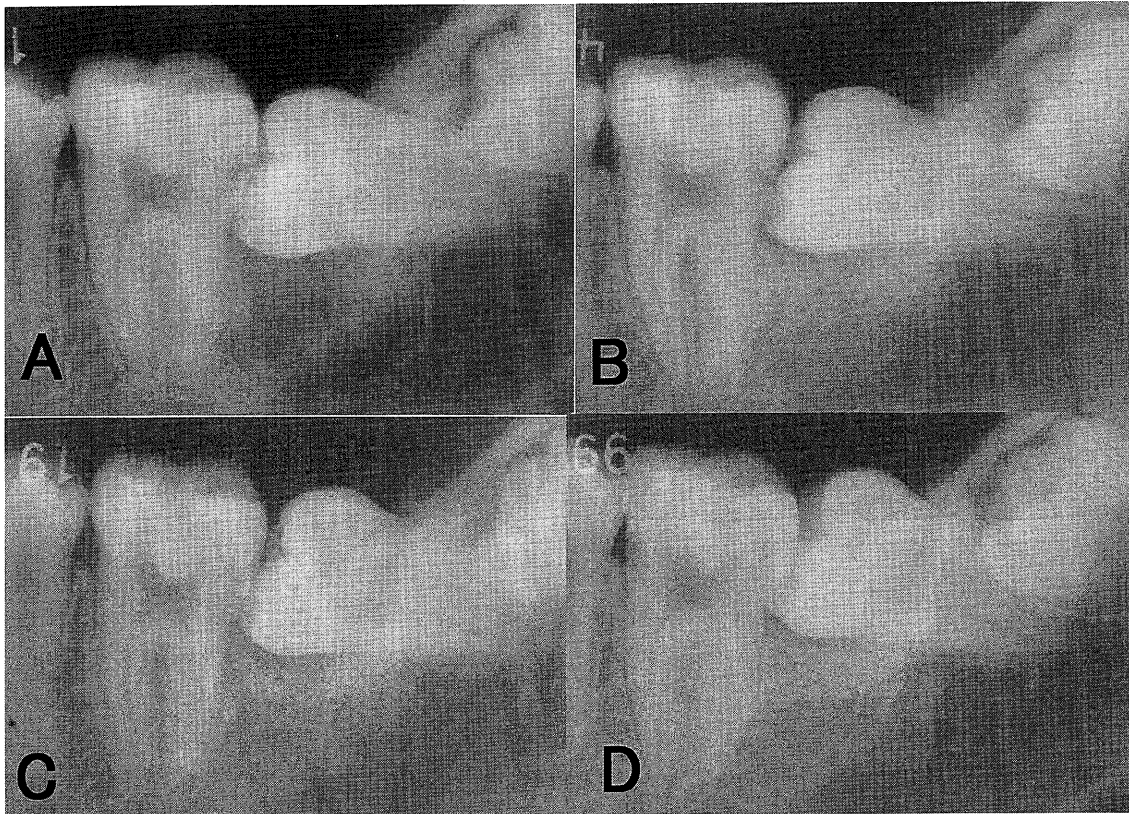


図4 A：下顎左側第二大臼歯部開窓3か月後
B：7か月後
C：10か月後
D：14か月後

1. 下顎左側嚢胞について

1996年3月(14歳2か月時)に、下顎左側第二大臼歯部の嚢胞に対して開窓術を施行した(図3)。下顎左側第一大臼歯頰側中央部に縦切開、遠心部に横切開を加

え、下顎左側第二大臼歯歯冠相当部の歯肉を切除した。第二大臼歯歯冠遠心面を露出させた後、頰側歯冠部の嚢胞壁を切除した。

病理診断：Dentigerous cyst of mandible

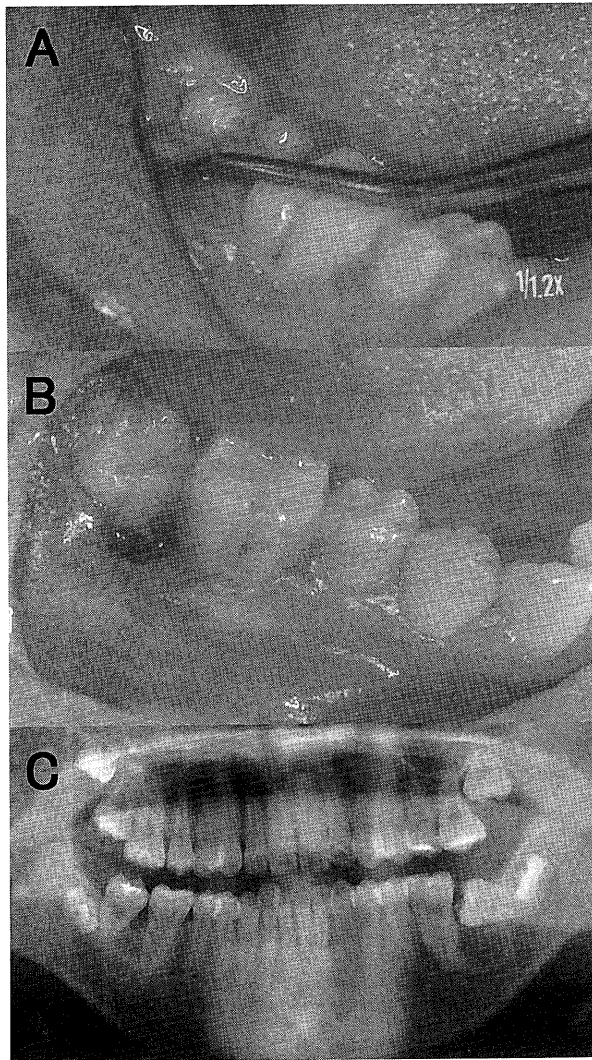


図5 A：下顎右側第二大臼歯部開窓前
B：開窓時の口腔内写真
C：開窓3か月後のパノラマエックス線写真

開窓3か月後に、下顎左側第二大臼歯周囲の透過像の中に骨新生と思われる不透過像が認められた(図4A)。開窓7か月後から10か月後にかけて嚢胞内部の骨添加が進み、14か月後には下顎左側第二大臼歯冠下方の骨稜が明瞭となった(図4B-D)。

2. 下顎右側嚢胞について

1995年12月(13歳11か月)に下顎右側第二大臼歯周囲歯肉の発赤、腫脹、ならびに右側顎下部の腫脹が生じた。下顎右側第二大臼歯の近心頬側歯肉よりゾンデを約20mm挿入することができ、嚢胞と交通していると思われた(図5A)。消炎処置を施し抗菌薬を投与したところ、1週間後には症状が軽快したので、同部嚢胞の開窓を行った(図5B)。下顎右側第一、第二大臼歯間の頬側部に骨欠損があり、欠損部に沿って歯肉を切除し、嚢胞壁の頬側部のみを摘出した。

病理診断：Granulation tissue of mandible

浮腫性のいわゆる不良肉芽組織がほとんどであったが、一部では線維性結合組織層と新生骨の形成があり、重層扁平上皮の被覆もみられた。

開窓後3か月のパノラマエックス線写真では、下顎右側第一、第二大臼歯間の境界不明瞭であった白線は消失してきており、骨透過像も縮小し、骨の添加が認められた(図5C)。

3. 上顎第二大臼歯について

右側第二大臼歯は1996年10月(14歳9か月時)に自然に萌出を始めた。しかし、左側第二大臼歯は1998年1月(16歳1か月時)にも未萌出であり、かなり低位に位置していた。また、自覚症状はないものの、同歯頬側粘膜に暗紫色のびまん性の腫脹と波動を認めため、同年3月に開窓を行った(図6)。開窓4か月後、

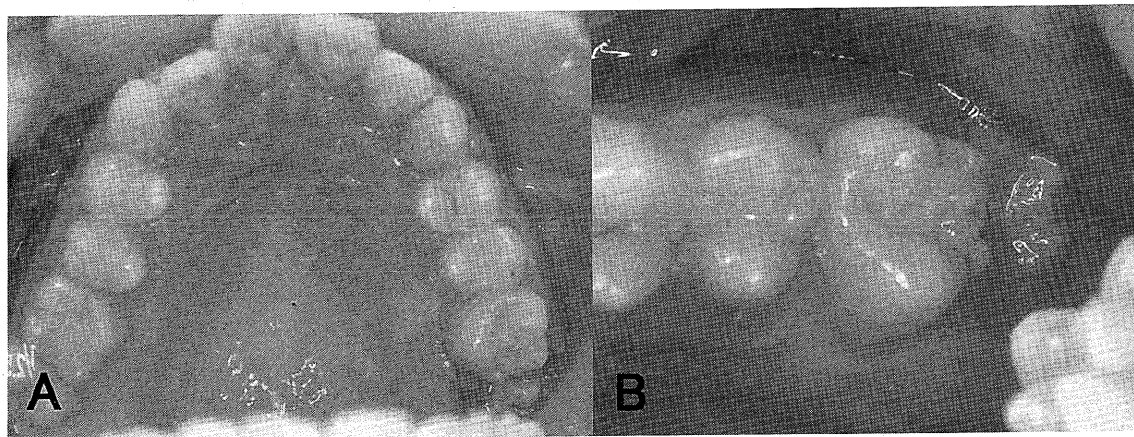


図6 A：上顎左側第二大臼歯開窓時
B：開窓1か月後

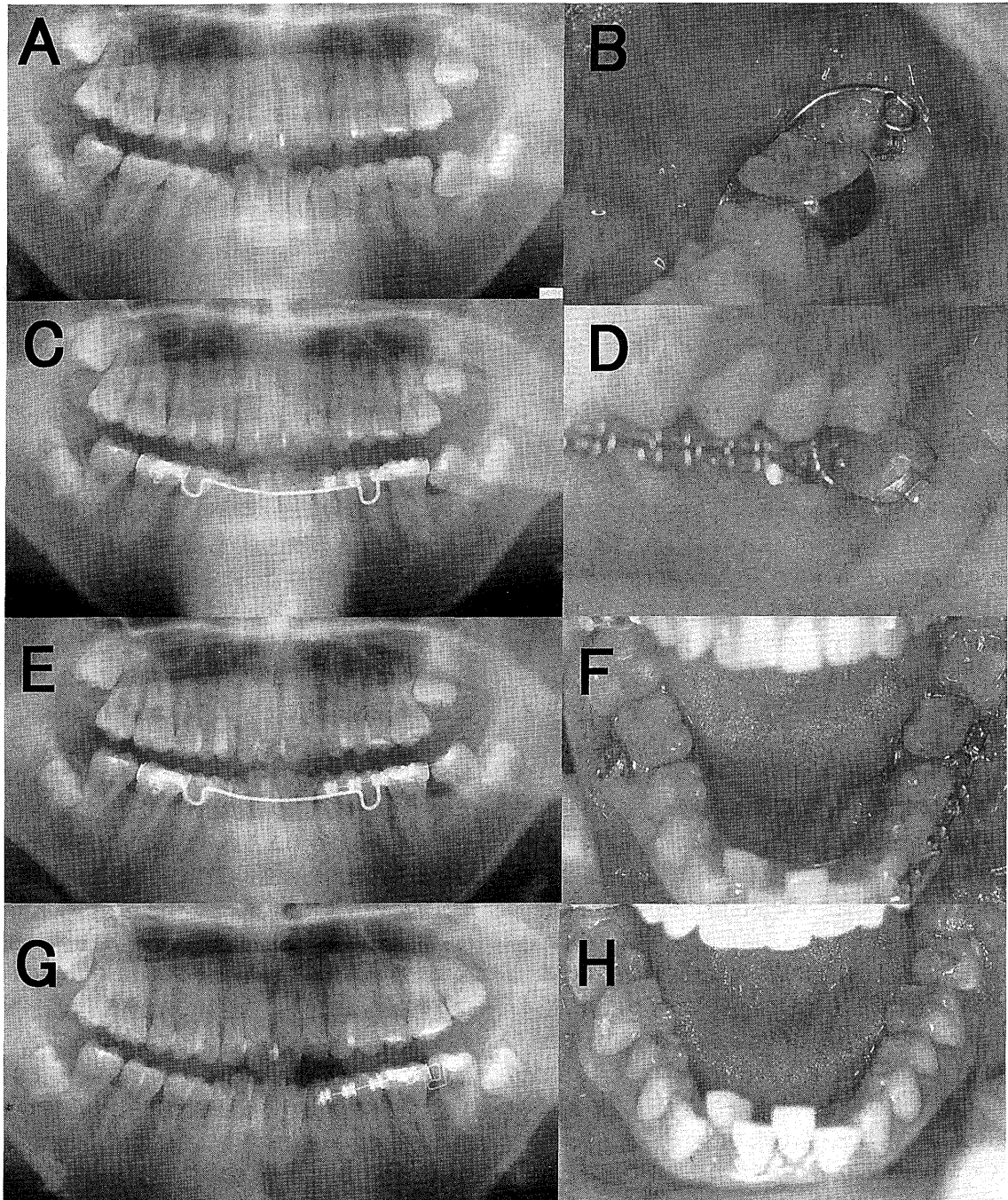


図7 下顎左側第二大臼歯の萌出誘導のパノラマエックス線写真および口腔内写真

A, B : 15 歳 4 か月時
 C, D : 15 歳 11 か月時
 E, F : 16 歳 1 か月時
 G : 17 歳 5 か月時
 H : 17 歳 11 か月時

同歯は萌出を始めた。

病理診断：Pericoronal myxofibrous hyperplasia with cyst formation of gingiva

4. 下顎左側第二大臼歯の萌出誘導について

下顎前歯部に叢生を認め、上下顎前突傾向を呈していたことから、下顎左側第二大臼歯を含めた全顎的な矯正

治療の適応症と考え治療を勧めたが、患者が希望しなかったため、近心傾斜した下顎左側第二大臼歯の萌出誘導のみを行うことで同意を得た。

下顎左側第二大臼歯の歯根完成まで経過観察を行い、開窓後14か月経過した1997年5月(15歳4か月)、左側第二大臼歯咬合面遠心側にリングボタンを合着し、固定源としてリングアーチを装着して遠心方向に牽引を始めた(図7A, B)。

同歯咬合面がほぼ露出した同年12月、下顎左側犬歯から第一大臼歯にエッジワイズブラケットを、第二大臼歯にバックルチューブを装着し、0.016インチニッケルチタンワイヤーによるセクショナルアーチを装着して第二大臼歯のレベリングを行った(図7C, D)。

第二大臼歯咬合面が咬合平面とほぼ平行となった1998年2月、0.016インチステンレススチールワイヤーで第二大臼歯近心にL-loopを組み込み、さらに同歯のアップライトをはかった(図7E, F)。

その後0.017×0.025インチのステンレス製角ワイヤーでフィニッシングの後、保定を行い(図7G)、1999年12月(17歳11か月)装置を除去して誘導を終了した(図7H)。現在も予後は安定している。

考 察

1. 萌出遅延と嚢胞について

小児歯科で扱う萌出障害の歯種別発現頻度は、第二大臼歯は下顎前歯とともに最も低い¹⁻⁴⁾。また、成人の永久歯を調べた報告⁶⁻⁸⁾でも、埋伏頻度は第三大臼歯が最も高く、次いで上顎犬歯、下顎小臼歯であり、第二大臼歯は前歯とともに頻度は低い。萌出障害の原因としては、過剰歯、歯牙腫、歯胚形成の異常、歯冠被覆歯肉組織の異常および嚢胞などがあるが¹⁻⁴⁾、今回の症例は上下顎左右4か所に嚢胞様病変が生じており、嚢胞と萌出障害の関連性が疑われた。

下顎左側第二大臼歯部の嚢胞様病変の病理診断はdentigerous cystであるが、歯冠全てを含まず、近心部のみを含んでいた。このことより嚢胞の発生を考えると、歯冠近心側面部より嚢胞が生じたが、第二大臼歯が何らかの理由で近心傾斜したため萌出することができず、病変が近心部に残存して増大したのではないかと考えられる。本症例における下顎左側第二大臼歯の萌出障害の直接の原因が嚢胞なのか、歯胚の形成方向の異常によるものかは明らかでない。つまり第二大臼歯の近心傾斜は嚢胞によって歯冠が倒れた結果なのか、もともと近心傾斜した歯に嚢胞が生じたのかという問題である。図1の2枚のエックス線写真を比較すると、9歳5か月の時点

(図1A)では下顎の両側第二大臼歯歯胚の形成量、ならびに両歯の第一大臼歯との位置関係に左右差はない。しかし4年5か月後の時点(図1B)では左側第二大臼歯にのみ近心傾斜が生じ、右側第二大臼歯は嚢胞様病変が認められるものの、ほぼ正常に萌出していた。同時期に両側に同様な嚢胞が生じたかと仮定すると、左側第二大臼歯のみに近心傾斜が生じたのは形成方向に異常があったのではないかと考えられる。

一方、左側の嚢胞が右側よりも早い時期に生じたかと仮定すれば、嚢胞の圧力によって歯冠が近心上方におされ、左側第二大臼歯歯軸は歯根形成とともに近心に大きく傾斜し、右側では嚢胞形成が遅かったため嚢胞の影響を受けることなく歯が萌出できたとも推察できる。

下顎右側第二大臼歯部の嚢胞様病変は第一、第二大臼歯根間にあり、下顎右側第二大臼歯はやや近心傾斜してはいるものの左側とは異なり萌出を開始していた。境界不明瞭な白線で囲まれた内部には骨梁を認め、下顎左側第二大臼歯を開窓した後の治療過程と類似している。また、病理所見でも重層扁平上皮と線維性結合組織層の一部に見られ、嚢胞壁様構造の残存をうかがわせる像が見られたことより、右側第二大臼歯部の病変は左側第二大臼歯部と同様な嚢胞様病変であったと思われる。この右側第二大臼歯部の嚢胞は、歯根側面に位置し、側方性歯周嚢胞の形態であるが、これは側方型のdentigerous cystとも考えられる⁹⁾。つまり歯冠側面に残っているエナメル器から嚢胞が生じたものの、歯の萌出は妨げられず、嚢胞が萌出歯の根側面に残存したと考えられる。野田⁴⁾は、小児の含歯性嚢胞による小臼歯埋伏の治療について、先行乳歯の抜歯と同時に埋伏歯歯冠が見える程度に嚢胞上部のみを開窓すれば充分で、嚢胞を全摘する必要はないと述べている。本症例でも、第二大臼歯の萌出が障害されなかったために、萌出による開窓効果が生じ、治療過程の状態を呈していたのであろうと考えられる。しかし、歯の萌出による開窓効果が生じ嚢胞は治療傾向にあったが、何らかの原因で感染が生じたために、腫脹等が生じたものと思われる。

上顎両側第二大臼歯は13歳10か月時のエックス線写真所見では、歯冠周囲に2~3mmの透過像と歯槽頂部の白線の消失がみられ、萌出嚢胞と考えられた。上顎左側第二大臼歯は、16歳1か月時に頬側粘膜部に暗紫色のびまん性の腫脹と波動を認めたため開窓を行った。病理所見でも萌出嚢胞と推測されたが、萌出嚢胞は病理組織学的には含歯性嚢胞と同様のものと考えられている⁹⁾。

本症例は、類似した嚢胞様病変が上下顎の4か所に生

じたが、第二大臼歯の萌出遅延を生じるような嚢胞病変が多数生じるのはめずらしいと思われる。この多発嚢胞を生じた原因は明らかでなく、過去に Basedow 病と嚢胞様病変との関連性を疑わせる報告もない。多発性顎嚢胞をともなう疾患として基底細胞母斑症候群がある^{9,10)}が、母斑性基底細胞上皮腫や肋骨・脊椎の異常は今回の症例では認められなかった。また嚢胞の病理検査でも角化嚢胞の組織像は示さず、家族歴にも問題ないことより、基底細胞母斑症候群との関連はないと考えられた。しかし、皮膚病変よりも顎嚢胞が早期に出現することが多く、基底細胞母斑が出現するのは思春期以降から 35 歳ごろであるといわれており^{11,12)}、今後も経過観察を行う必要があると思われる。

上顎では 9 歳 5 か月時のパノラマエックス線写真上で、上顎左側第一大臼歯の萌出遅延、および隣接する第二大臼歯の歯胚形成遅延が同時に認められた。三富ら¹³⁾は、このような上顎第一大臼歯の萌出遅延は局所的な歯胚の形成遅延が一因となっており、隣接する第二大臼歯の歯胚形成も遅延していることが多いと述べている。こうした第一、第二大臼歯は処置を行わなくとも経過観察だけで、時期は遅延するが萌出するとしている。本症例の上顎左側第一大臼歯は 10 歳 10 か月時に自然萌出したことから、嚢胞様病変だけでなく局所的な歯胚の形成遅延もまた当該歯の萌出遅延に関係していたのではないかと考えられる。

2. 下顎左側第二大臼歯の萌出誘導について

一般に水平埋伏した下顎第二大臼歯は、さまざまな理由から抜歯の適応となることもまれではない⁵⁾。他の処置として、外科的に整復してアップライトしたものや^{14,15)}、誘導を行ったものもあるが^{5,16~20)}、嚢胞をともなって水平に近心傾斜した第二大臼歯を誘導した報告は見当たらない。嚢胞が発見された 13 歳 10 か月時点での治療方針として、まず嚢胞の開窓療法を行い、その後改めて下顎左側第二大臼歯の処置を再検討することとしたが、開窓だけで嚢胞は縮小、消失し、良好な骨添加が認められた。

この時点で、下顎左側第二大臼歯を萌出誘導するか抜歯するかについて再度検討した。その結果、下顎左側第三大臼歯の歯胚は未成熟で、今後の発育が順調に進むかどうか判断が難しいこと、さらに第三大臼歯は第二大臼歯の遠心に位置して近心傾斜しているため、近心移動の確実性に問題があること、第二大臼歯を近心移動させるのに十分な骨添加が認められたことから、第二大臼歯の萌出誘導を行うこととした。

まず第二大臼歯の開窓後、露出した咬合面にリングル

ボタンを装着し、固定源としてリングルアーチを用いて、遠心方向に牽引しながら歯冠咬合面の一部を露出させた。続いて超弾性のニッケルチタンワイヤーを用いたセクショナルアーチを使用して弱い力を持続的に作用させた。これにより比較的短期間で下顎左側第二大臼歯の歯軸傾斜を修正することが可能であったと思われる。

結 論

今回著者らは上下顎左右側第二大臼歯部の 4 か所に嚢胞様病変が生じ、嚢胞と第二大臼歯の萌出障害の関連性が疑われた症例を経験したので報告した。13 歳 10 か月時に下顎左側第二大臼歯はほぼ水平に近心傾斜し、歯冠は嚢胞腔内に含まれる形で埋伏していた。この嚢胞に対して開窓を行い、その後萌出誘導を行って歯列内に配列させることができた。下顎右側第二大臼歯部の嚢胞に対しても開窓を行い、良好な結果を得た。上顎右側第二大臼歯は 14 歳 9 か月時に自然萌出したが、左側第二大臼歯は 16 歳 1 か月時に同部頬側粘膜に腫脹を認め、開窓後に萌出をみた。

下顎左側第二大臼歯の萌出障害の直接的原因としては、嚢胞または歯胚の萌出方向の異常が考えられた。多発嚢胞を生じた原因は明らかではないが、基底細胞母斑症候群との関連はないと考えられた。

本論文の要旨は、第 39 回日本小児歯科学会大会および総会（平成 13 年 5 月 18 日、大阪）において発表した。

文 献

- 1) 伊藤雅子, 野坂久美子, 守口 修, 山田聖弥, 印南洋伸, 山崎勝之, 小野玲子, 甘利英一: 埋伏歯の開窓牽引症例の臨床的観察, 小児歯誌, 24: 643-652, 1986.
- 2) 高見由佳, 進士久明, 副島嘉男, 本川 渉: 本学小児歯科外来における埋伏歯の牽引症例について, 小児歯誌, 32: 587-594, 1994.
- 3) 望月清志, 大多和由美, 町田幸雄, 薬師寺仁: 永久歯萌出遅延歯の処置について, 小児歯誌, 36: 702-714, 1998.
- 4) 野田 忠: 萌出障害の咬合誘導, 新潟歯学会誌, 30: 1-13, 2000.
- 5) 小池浩夫, 森田修一, 花田晃治: 下顎第二大臼歯が埋伏した 2 症例のアップライト, 甲北信越矯誌, 3: 47-53, 1995.
- 6) Andreasen, J. O., Petersen, J. K. and Laskin, D. M.: Textbook and Color Atlas Of Tooth Impactions, Munksgaard, Copenhagen, 1997, pp. 58, 197-218.
- 7) 石川梧朗, 秋吉正豊: 口腔病理学 I, 永末書店, 京都, 1972, pp. 51-57.
- 8) Varpio, M. and Wellfelt, B.: Disturbed eruption of the lower second molar: clinical appearance, prevalence, and

- etiology, *J. Dent. Child.*, 55 : 114-118, 1988.
- 9) 石川梧朗：口腔病理学Ⅱ，永末書店，京都，1982，pp. 372-383.
 - 10) 高木 實：口腔病理アトラス，文光堂，東京，1998，pp. 185-197.
 - 11) Golin, R. J. : Nevroid basal-cell carcinoma syndrome, *Medicine*, 66 : 98-113, 1987.
 - 12) 重松久夫，岡田宗久，鈴木正二，大須賀敏，木下文夫，藤田訓也：基底細胞母斑症候群の2例，*口科誌*，44 : 688-692, 1995.
 - 13) 三富智恵，富沢美恵子，野田 忠：第一大白歯萌出遅延に関する研究，*小児歯誌*，38 : 1080-1090, 2000.
 - 14) Johnson, J. V. and Quirk, G. P. : Surgical repositioning of impacted mandibular second molar teeth, *Am. J. Orthod. Dentfac. Orthop.*, 91 : 242-251, 1987.
 - 15) Pogrel, M. A. : The surgical uprighting of mandibular second molars, *Am. J. Orthod. Dentfac. Orthop.*, 108 : 180-183, 1995.
 - 16) Wellfelt, B. and Varpio, M. : Disturbed eruption of the permanent lower second molar : treatment and results, *J. Dent. Child.*, 55 : 183-189, 1988.
 - 17) Ferrazzini, G. : Uprighting of a deeply impacted mandibular second molar, *Am. J. Orthod. Dentfac. Orthop.*, 96 : 168-171, 1989.
 - 18) Kogod, M. and Kogod, H. S. : Molar uprighting with the piggyback buccal sectional arch wire technique, *Am. J. Orthod. Dentfac. Orthop.*, 99 : 276-280, 1991.
 - 19) Gazit, E. and Lieberman, M. : A mesially impacted mandibular second molar. Treatment considerations and outcome : A case report, *Am. J. Orthod. Dentfac. Orthop.*, 103 : 374-376, 1993.
 - 20) Freeman, R. S. : Mandibular second molar problems, *Am. J. Orthod. Dentfac. Orthop.*, 94 : 19-21, 1988.

Eruption Disturbances of the Second Permanent Molars with Cystic Lesions : Report of a Case

Zhou Jing, Hiroaki Kobayashi, Naoko Kannari*, Yo Taguchi
Toshikazu Asahito** and Tadashi Noda

*Department of Oral Health Science, Pediatric Dentistry,
Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences
(Director : Prof. Tadashi Noda)*

**Kannari Dental Clinic*

***Department of Oral Biological Science, Orthodontics,
Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences
(Director : Prof. Kouji Hanada)*

Eruption disturbance of the second permanent molar is rare in clinical pediatric dentistry. In the present case, the patient had four cystic lesions adjacent to the upper and the lower bilateral permanent second molars at 13 years 10 months of age. Out of them, three molars were delayed in erupting. In the mandible, the left second permanent molar impacted horizontally and the crown was included in the cystic lesion. Fourteen months after surgical exposure of the impacted molar and the lesion, the radiolucent area of the cyst was abolished and replaced by new bone. Thereafter, the second molar was guided for eruption and aligned properly within the dentition. On the other side, the cystic lesion adjacent to the erupted right second permanent molar was surgically exposed and healed 3 months later. In the maxilla, cystic lesions were detected bilaterally over the crowns of the unerupted second molars. Although the right second molar erupted spontaneously at the age of 14 years 9 months, the left one was surgically exposed at the age of 16 years 1 month because of non-eruption and swelling.

The main causes for the eruption disturbance of the three permanent second molars were presumed to be pressure of the cystic lesion and/or abnormal eruptive direction of the tooth germ. It seems to be quite rare for the four cystic lesions to occur adjacent to all of the second molars. Although the present patient is not suspected to have a basal cell nevus syndrome, careful observation will be important in her case to be carried out from puberty to around 35 years of age when the disease often appears.

Key words : Eruption disturbance, Permanent second molar, Cyst, Tooth impaction