

## 顎骨病変と心身のストレス・ブラキシズムー診断への配慮

瀧田正亮<sup>1</sup> 西川典良<sup>1</sup> 京本博行<sup>1</sup> 高橋真也<sup>1</sup>  
大倉隆介<sup>2</sup> 阪井 剛<sup>2</sup> 仙崎英人<sup>3</sup>

大阪府済生会中津病院 歯科口腔外科<sup>1</sup> 放射線診断科<sup>2</sup> 病理診断科<sup>3</sup>

### 抄録

5X歳女性の $\overline{6}$ 部に生じたブラキシズムによる外傷性咬合→歯髄失活に原因する慢性硬化性骨髄炎および $\overline{5}$ 部根尖部内骨症と最終診断された1例を報告し、顎骨病変の病態には心身のストレスが影響することへの配慮も必要なことを述べた。本例の術前診断は歯原性腫瘍等腫瘍性病変であったが、搔爬片の組織所見には、歯片、腐骨、骨様およびセメント質様硬組織が観察された。

**Key words** : 下顎骨, 骨(セメント)形成性病変, ブラキシズム

### はじめに

顎骨の腫瘍および腫瘍類似病変には歯原性、非歯原性等のものがある<sup>1</sup>が、一方では顎骨は心身特に情動ストレスに関連した咬合圧の影響を受けやすい特性<sup>2</sup>がある。今回、画像診断と手術所見とが一致しなかった症例を提示して、患者ごとに異なる情動ストレスも顎骨病変の診断と治療経過に影響する可能性を報告した。

### 症 例

患者：5X歳・女性

初診：Y年12月A日

主訴：右側下顎小臼歯根尖部付近のX線不透過像の精査

既往歴：大腸ポリープ内視鏡下切除（Y-2年）

現病歴：かかりつけ歯科医院より上記の所見につき精査依頼を受けたが、患者には右側下顎小臼歯相当部の異常の自覚はなかった。

現症：当該部には視診、触・打診上異常を認めず、同側下口唇の知覚異常も認められなかったが、 $\overline{6}$ 歯根相当部に圧痛を認め、右側咬筋、側頭筋、顎二腹筋後腹に強い圧痛が見られた。なお、 $\overline{7}$ はブラキシズムによる歯根破折のため既に抜歯されていた。

画像所見： $\overline{5}$ 根尖部付近にパノラマ所見として12×5mmの範囲に境界明瞭なX線不透過像が見られ、CT画像では $\overline{6}$ 部根尖付近のレントゲン不透過像を示す

病巣とともに頬側皮質骨が圧排性破壊の所見が見られたため硬組織形成性顎骨腫瘍または石灰化を伴う歯原性腫瘍等が疑われた（図1-A、図2）。

治療経過：X+1年1月B日経鼻挿管全身麻酔下で $\overline{5}$ の歯根尖切除+病巣部の摘出を試みた。 $\overline{6}$ ～ $\overline{5}$ にかけての弓状切開を加え粘膜骨膜弁を剥離すると $\overline{6}$ 歯根相当部の頬側皮質骨が脆弱化しており同部の骨を削除して病巣部を搔爬すると $\overline{6}$ 近心根に達した。変色した $\overline{6}$ 近心根尖を可及的に切除し周囲軟組織を更に搔爬したが、 $\overline{5}$ の根尖付近のレントゲン不透過像を示す部位への連続性はなく、予定していた $\overline{5}$ 歯根尖切除とレントゲン不透過像部分の摘出を中止し手術を終了した（図1-B）。術後 $\overline{6}$ の根管治療・根管充填が紹介元で行われ経過観察としたが、創部は新生骨で修復され、1年以上経過するが異常を認めない（図1-C）。

病理組織学的所見（図3）：線維性結合組織を伴う多量の骨稜が観察された。詳細に観察すると腐骨様の部分（図3-B）、反応性に骨が形成されていると思われる部分（図3-C）、無構造な小球状の硬組織が散在する部分（図3-D）等が見られた。

最終診断：① $\overline{6}$ 外傷性咬合による歯髄壊死→歯根膜炎に継発した慢性硬化性骨髄炎、② $\overline{5}$ 根尖部付近の内骨症。

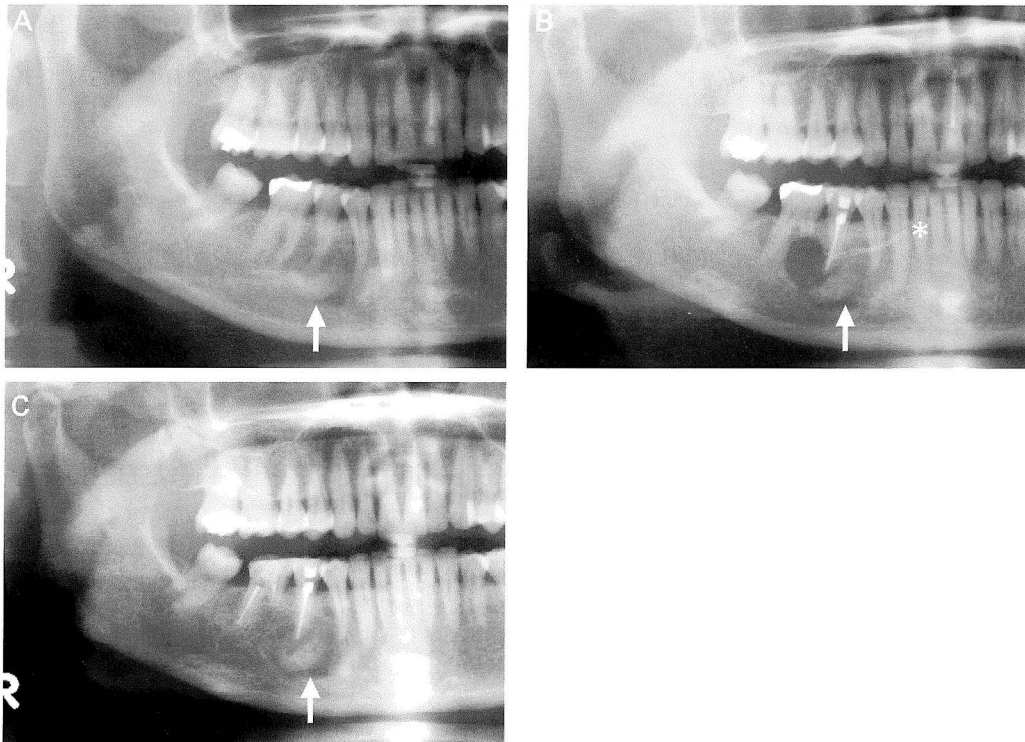


図1 パノラマX線写真 A：初診時 51歯根尖付近にレントゲン不透過像が見られる（矢印）。B：病巣搔爬直後の所見。第1大臼歯近心根が切除されているが，51歯根尖付近のレントゲン不透過像は不変（矢印）。※はペンローズドレーンを示す。C（術後1年経過の所見）：搔爬部は骨で修復されている。初診時腫瘍性病変が疑われた51歯部歯根尖付近のレントゲン不透過像も変化は見られない（矢印）。

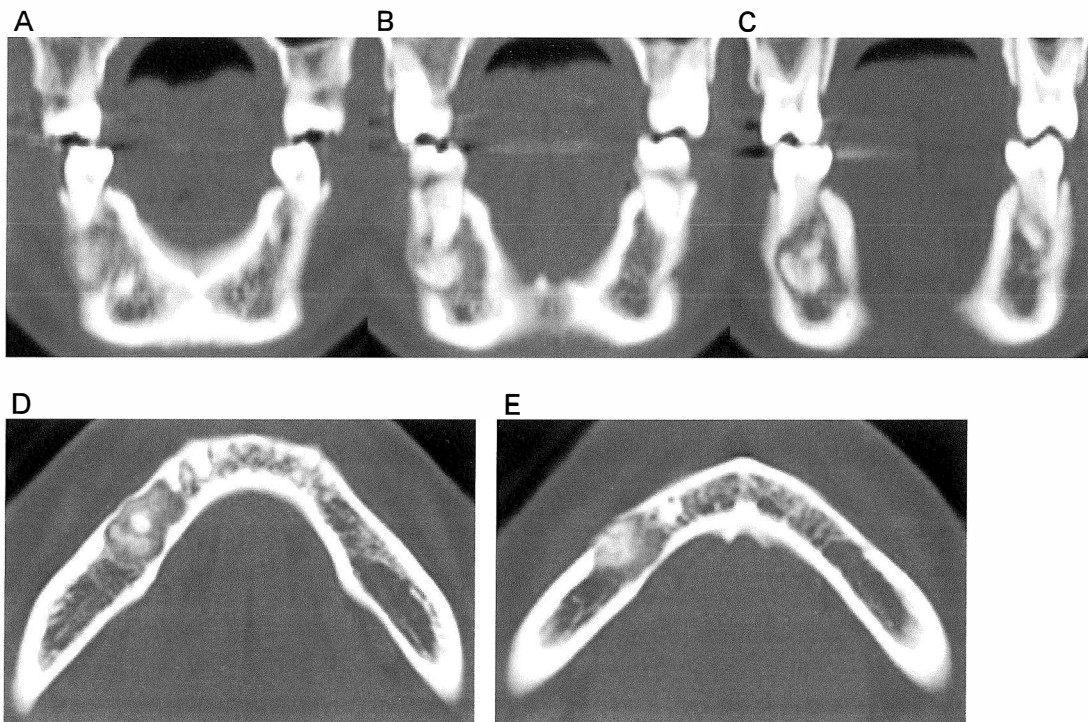


図2 CT画像  
A：51の根尖付近にパノラマ所見に一致して淡い不透過像が見られる。B，C：52歯根尖付近ではパノラマ所見では描出されていない硬化像がみられ，この硬化像の範囲は図1のB（病巣搔爬部位）に一致する。D，E：52歯根尖相当部頰側皮質骨は一部吸収破壊されている。

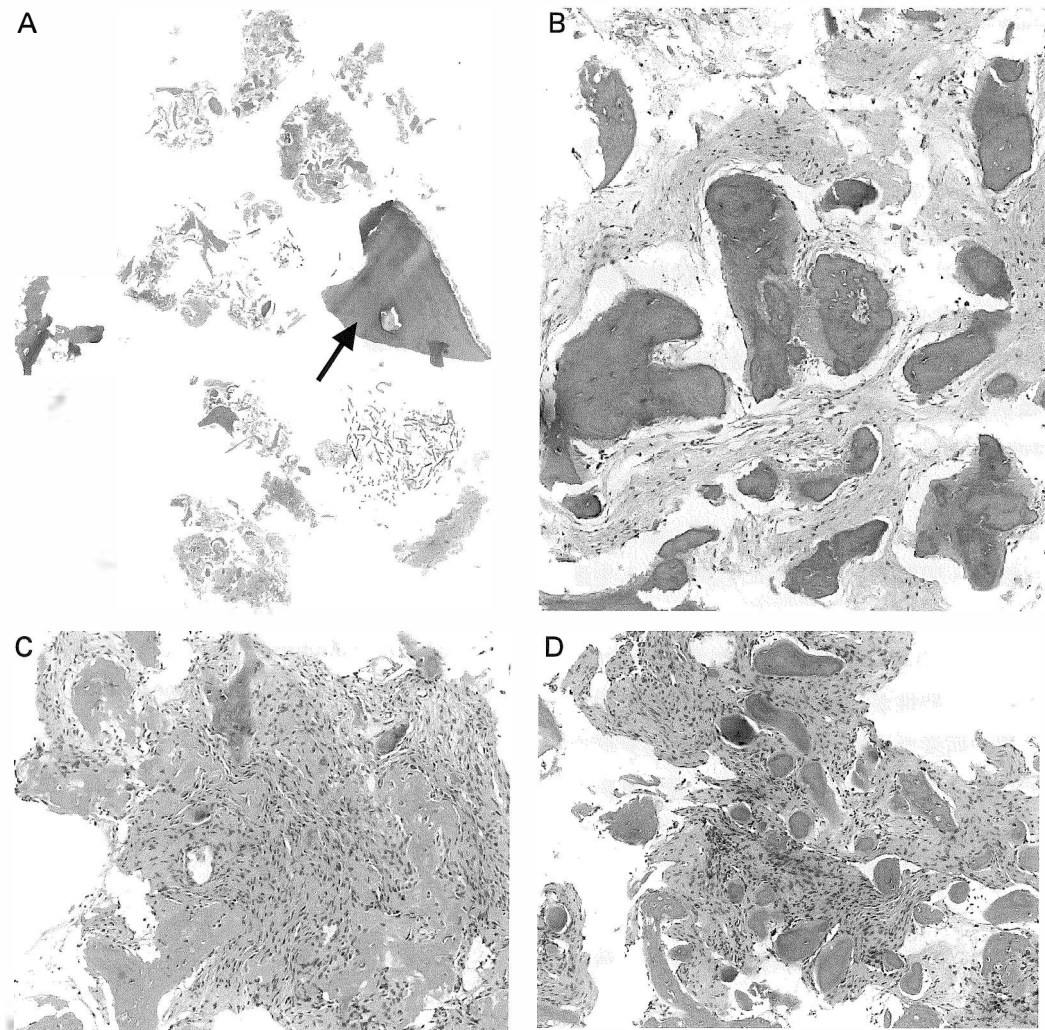


図3 搔爬組織の病理組織所見

A：搔爬組織の弱拡大像。骨片や歯片（ $\bar{6}$ 根尖）がみられる（矢印）。B：腐骨，周囲結合組織は細胞成分に乏しい。細胞密度に富む線維性結合組織の中に骨様組織の形成（C）や非定型的なセメント質に類似した円形滴状・塊状組織が観察される（D）。

## 考 察

### 画像所見と手術所見について

術前画像診断のポイントになった点はパノラマX線写真における $\bar{5}$ 根尖部付近のレントゲン不透過像（図1-A）であり，CT所見からも硬組織形成性顎骨腫瘍または歯原性腫瘍が疑われたことであった（図2）。これらの術前診断もとに $\bar{5}$ の歯根尖切除とともに病巣摘出術の方針としたが，結果的には $\bar{6}$ （失活歯）に原因する慢性硬化性骨髄炎の病態であり，レントゲン不透過像は病的意義に乏しい内骨症であることが手術所見より明らかになった。しかし，内骨症といえども発症様態によってはセメント質形成線維腫等との鑑別が明確でない例の報告<sup>3</sup>からも，顎骨における石灰

化を伴う病変の診断が必ずしも容易ではないことがうなづける。一方，慢性硬化性骨髄炎の原因については，患者にはブラキシズムの既往があり $\bar{6}$ 歯髄が慢性外傷性咬合<sup>2</sup>により徐々に失活し歯髄壊疽→歯根膜炎→硬化性骨髄炎の経過をたどったものと思われた。ブラキシズムは情動ストレスに関連するが，患者は尼僧として国内外を歩き来し，かつ家族の健康問題で心身の疲労が常態化していたことが本例のブラキシズムの原因となるストレスと考えられた。術後原因歯の根管治療と歯冠充填処置を行わるとともに，少しずつストレス緩和に配慮しつつ経過観察を行ったところ病巣搔爬部の骨の再生・修復が認められた（図1-C）。本例はブラキシズムによる歯髄失活に継発した非感染性硬化性

骨髄炎は原因菌の自覚症状を伴うことなく経過し、今回偶然に明らかになったものである。

病理組織学的所見について

検体は歯片を含む搔爬片であるが、3つの所見が観察された。すなわち、細胞成分に乏しく腐骨化した部分(図3-A)、細胞密度に富む線維性結合組織の中に骨様硬組織(図2-B)ないしはセメント質様硬組織(図2-C)が見られる所見が注目された。なお、セメント質は顎骨の一部の骨に由来するため骨とセメント質の両者を鑑別することは困難であるとされている<sup>1</sup>が、図2-Cはcementicle<sup>3</sup>、セメント質腫やセメント形成性線維腫の所見と記載されていた<sup>4</sup>ものと類似の所見である。本例から強く示唆されることは、顎骨に生じる病変には咬合・咀嚼という情動にも関連する生理機能によって病態が影響を受ける可能性であり、これは個人差が大きいものの顎骨病変特有の組織発生学<sup>3</sup>とともに考慮する必要性が診断の確定には重要と思われた。稀な疾患や病変だけではなく慢性硬化性骨髄炎という日常的な病態のなかにも画像診断、顎骨腫瘍や腫瘍類似病変の組織発生学的性質に関連する重要な所見が潜在していると考え報告した。

#### 結 語

5]部根尖に生じ術前診断(歯原性腫瘍等)と最終

診断(内骨症に隣接した慢性硬化性骨髄炎)が異なった症例を提示して、習慣性ブラキシズムがその背景にあったことから顎骨病変への診断には患者ごとに異なる情動ストレスの影響を考慮する必要性を述べた。

#### 参考文献

1. Kramer I R H, Pindborg J J, Shear N: World Health Organization International Histological Classification of Tumours. Histological Typing of Odontogenic Tumours 2nd Edition. 1992. Springer Verlag, Berlin, 251-253
2. Körber K: Funktionslehre Anatomiedes Kausyatem. Zahnärztliche Prothetik. Bd I Funktionslehre, Gnathologie, Traumatologie. 1975. George Thieme Verlag, Stuttgart, 1-44
3. Lucas R B: Embryology and histology of the oral tissues/Hypercementosis and cementoma. Pathology of tumours of the oral tissues. 4th Edition. 1984. Churchill Livingstone, Edinburgh, 3-22/99-108
4. Prein J, Remagen W, Spiessl B, et al: Cementoma, Cementifying fibroma. Atlas of tumors of the facial skeleton. Odontogenic and nonodontogenic tumors. 1985. Springer-Verlag, Berlin, 34-36, 37-43

## Mandibular lesions and bruxism – Consideration to diagnosis

Takita Masaaki<sup>1</sup>, Nishikawa Noriyoshi<sup>1</sup>, Kyomoto Hiroyuki<sup>1</sup>  
Shinya Takahashi<sup>1</sup>, Okura Ryusuke<sup>2</sup>, Sakai Gou<sup>2</sup> and Senzaki Hideto<sup>3</sup>

Department of Dentistry and Oral Surgery<sup>1</sup>, Radiology<sup>2</sup> and Pathology<sup>3</sup>,  
Saiseikai Nakatsu Hospital, Osaka

A 5X-year-old female made of correct diagnosis as chronic sclerosing osteomyelitis and enostosis was presented. She had mental stress in her life. Initial roentgenographic feature showed radiopaque lesion in right mandibular second premolar region, and preoperative impression was suggestive of an odontogenic tumor. Operative specimen histologically were composed of piece of tooth root, sequester, bone and cement-like calcified tissue in the connective tissue. Finally, it was considered, that osteomyelitis was resulted traumatic injury (right mandibular first molar) by bruxism. Radiopaque lesion, which had suggestive of odontogenic tumor, revealed enostosis.