

多列線毛上皮と埋伏過剰歯を伴った下顎骨嚢胞の1例

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 歯科口腔外科)

西村 毅

要 旨

症例は15歳男性。右下顎部に特に自覚症状はなかったが、20XX年、X線CT所見にて右下顎骨嚢胞が疑われ、MRI所見にて粘液様腫瘍が疑われた。全身麻酔下に病変部摘出術を行った。摘出物の病理組織学的所見は腺性歯原性嚢胞 (glandular odontogenic cyst: GOC) の可能性があるとの診断であった。GOCは臨床的に侵襲性発育を示すものがあり、それが術後の再発率が高い理由とされているが、報告例が少なく詳細は不明で、今後の症例の蓄積が必要である。(京市病紀 2018; 38(2): 66-71)

Key words: 歯原性嚢胞, 腺性歯原性嚢胞, 下顎骨

はじめに

腺性歯原性嚢胞 (glandular odontogenic cyst: GOC) は嚢胞上皮に種々の大きさの腺管状構造が形成される稀な嚢胞性疾患で¹⁾, sialo-odontogenic cystの略称で1987年にPadayacheeら²⁾が初めて2例を報告し、1988年にGardnerら³⁾によって提唱された。1992年のWHO歯原性腫瘍の分類では歯原性発育性嚢胞の一型として分類され⁴⁾, 顎骨の歯の萌出領域に生じ、嚢胞上皮の表層、上皮陥入部あるいは厚い上皮内に形成された嚢胞状空隙が立方ないし円柱形の細胞によって覆われるのが特徴である¹⁾。GOCの好発部位は下顎骨の前歯部から小臼歯部とされている^{1), 5)}。GOCは臨床的に侵襲性発育を示すものがあり、それが術後の再発率が高い理由とされているが^{6), 7)}, 報告例が少なく詳細は不明である⁴⁾。病理組織学的には嚢胞上皮が種々の程度に肥厚し、粘液産生細胞や腺管様構造を認める特徴がある⁶⁾。嚢胞上皮は扁平上皮からなり、一部の上皮細胞は線毛を有し、上皮層内には粘液の貯留と粘液細胞、微小嚢胞や腺管様構造が認められる場合もある⁸⁾。前述の様にGOCは腺管形成や粘液細胞の出現をみる稀な嚢胞であるが⁹⁾, 粘液細胞が嚢胞上皮に少数出現することは歯原性嚢胞の一つである含歯性嚢胞においても時に認められる現象である¹⁰⁾。また、上顎前歯部に発生した含歯性嚢胞で埋伏過剰歯を含み病理組織学的にGOCとの鑑別診断を要した症例が報告されている¹¹⁾。今回、右下顎骨に発生し、病理免疫組織学的所見から異型性の目立たない多列線毛上皮に被覆された嚢胞性病変でGOCの可能性が高いと診断された症例を経験したのでその概要を報告する。

症例報告

【症例】15歳男性

【主訴】右下5部歯肉の疼痛

【既往歴・家族歴】特記事項なし

【現病歴】X年10月頃近歯科受診時にX線所見で右下45歯根間の埋伏過剰歯と右下顎骨の嚢胞性病変を指摘された。X+1年8月右下45部舌側歯肉の疼痛を訴え近歯科

再診し同部歯肉の軽度な発赤と腫脹を認めた。抗生剤を服用し症状は消失した。X+2年2月右下5部歯肉の疼痛を訴え近歯科を再診。X+2年3月近病院歯科受診しX線CT所見で右下45歯根間の埋伏過剰歯とこれに連続して右下2~5部の下顎骨舌側に多房性で辺縁明瞭、硬化縁を有する嚢胞性病変を認め、右下2~5に軽度な歯の偏位を認めた。当科を紹介されX+2年4月に受診した。

【現症】全身所見は特記事項なし。口腔外所見は右下顎部に発赤や腫脹、圧痛および右下口唇オトガイ部の知覚低下を認めなかった。口腔内所見は右下2~5部歯肉歯槽粘膜に発赤や腫脹、圧痛、知覚低下は認めず、右下2345は軽度な歯の偏位を認めたが、打診痛は認めず、電気的歯髄反応は陽性であった。

【パノラマX線所見】右下45歯根間に埋伏過剰歯を認め、これと連続して右下2~5部の右下顎骨体部にX線透過像を認めた(図1)。

【X線CT所見】右下2~5部の右下顎骨体部に辺縁明瞭で硬化縁を有し、くびれのある多房性の嚢胞性病変様の内部構造が均一なX線透過像を認めた。右下45歯根間に埋伏過剰歯を認め、右下45の軽度な偏位を認めた。埋伏過剰歯の歯冠周囲に前述の嚢胞性病変と連続する内部構造が均一なX線透過像を認めた。右下23間と右下34間の右下顎骨舌側骨皮質は内側に軽度膨隆し圧排され菲



図1 パノラマX線

右下45歯根間に埋伏過剰歯を認め、これと連続して右下2-5歯根近傍に辺縁明瞭で硬化縁を有する嚢胞性病変を認める。

薄化し、特に右下 34 間の X 線透過性病変部は下顎骨下縁方向へ拡大し、舌側骨皮質はさらに内側方向に膨隆し菲薄化を認めた。右下 23 間と右下 34 間の X 線透過性病変部は薄い骨隔壁で分離されていた。右下顎管や右オトガイ孔と X 線透過性病変部の間は骨質の介在を認めた。X 線透過性病変部は主に右下 2～5 歯根部の舌側に存在し、隣接歯根に破壊性変化は認めなかった (図 2)。

【MRI 所見】右下 2～5 部の病変部は T1W1 では筋肉よりわずかに高信号を示し、T2W1 で明瞭な高信号を示した。内部は液体がかなり含水性の高い病変と推定され、病変部には明らかな拡張制限は認めなかった (図 3)。画像所見から右下顎骨嚢胞または粘液様病変が推定された。

【血液検査所見】特に異常所見なし。

【臨床診断】右下顎骨嚢胞，右下 45 部埋伏過剰歯

【処置および経過】術前に右下 2345 抜髄処置し、X + 2 年 6 月全身麻酔下に右下顎骨嚢胞摘出術，右下 2345 歯根端切除術，右下 45 部埋伏過剰歯抜歯術を施行した。術後に右下口唇オトガイ部に知覚低下を認めたが、4 か月程度で改善した。X + 3 年 2 月患者の御家族から自宅から当科への継続通院が困難なため近歯科での経過観察を御希望されたため、異常症状が出現時には当科にご連絡して頂くこととなった。術後 5 年以上経過しているが、異常の連絡はない。

【病理組織学的所見】線維性組織よりなる嚢胞壁で上皮は多列線毛上皮で、乳頭状から管腔構造を呈している。異型は認めず、扁平上皮は認めず、粘液細胞も認めない。嚢胞壁の線維性組織には軽度の慢性炎症細胞浸潤を認め、

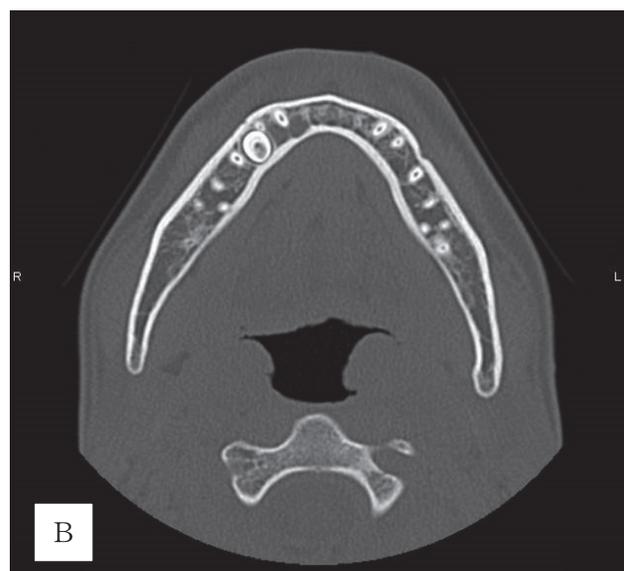


図 2 A(矢状断), B(軸位断) X 線 CT
右下 45 歯根間に埋伏過剰歯を認め、これと連続してくびれのある多房性嚢胞様の溶骨性病変を認める。切歯側では右下 2 歯根尖部に至り、病変は主に歯根の舌側にあり、辺縁は明瞭な硬化縁を有し、隣接する歯根に破壊性変化は認めない。

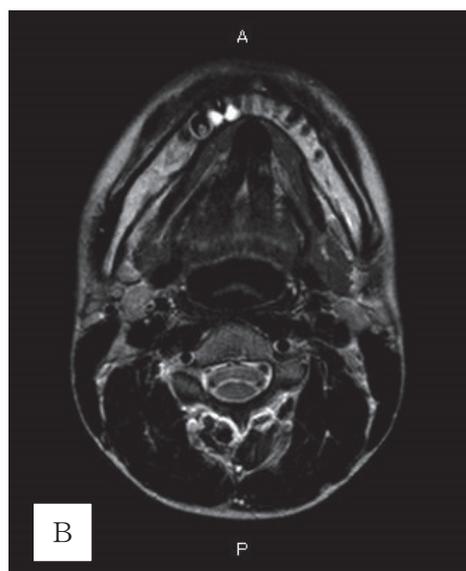
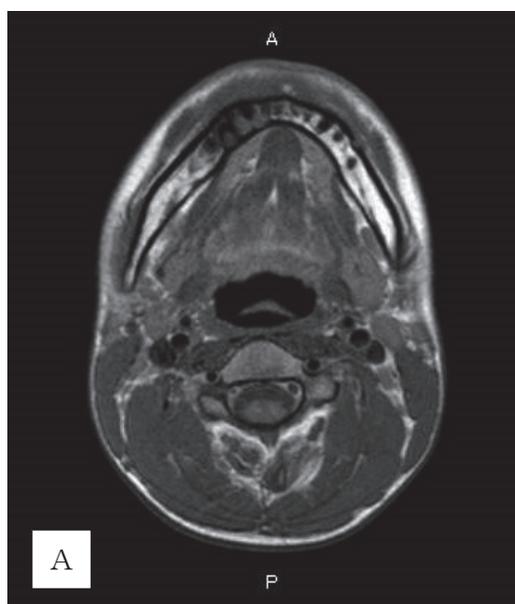


図 3 A(T1W1), B(T2W1) MRI
病変は T1W1 では筋肉よりわずかに高信号で T2W1 でも明瞭な高信号を示し、内部は液体がかなり含水性の高い病変(粘液様腫瘍など)と推定される。病変には明らかな拡張制限は見られない。

石灰化を散見する。コレステロール裂隙や異物巨細胞は認めない(図4)。

【免疫組織学的所見】CK8, 18は基底細胞が陽性で腺細胞は陰性, CK19は基底細胞と腺細胞ともに陽性であった(図5)。

病理免疫組織学的所見より免疫形質からは歯原性嚢胞が疑われ, HE組織像とあわせGOCの可能性が推定された。鑑別診断は含歯性嚢胞であるが, 多列線毛上皮のみの含歯性嚢胞については判断が難しくなっている。

考 察

GOCに関して海外や本邦での報告例の臨床的検討では, Kaplanら¹²⁾はGOC111例の臨床的検討から平均年齢は45.7歳, 男女比は1.3:1で発生部位は下顎が70%を占め, 前歯部から臼歯部に至るものが50.6%, 前歯部24.1%, 臼歯部25.3%で, X線所見では単房性が53.8%と多房性46.2%より多く¹³⁾, 病変部の境界は95%が明瞭で皮質骨の穿孔や菲薄化などの皮質骨の吸収は85.4%に認めたとしている¹⁴⁾。Fowlerら¹⁵⁾もX線所見では単房性が59%と多房性30%より多いとしている。Manor

ら¹⁶⁾はGOC56例の臨床的検討からX線所見は単房性が52%と多房性48%より多く, 94.5%は境界明瞭で, 7.7%が骨硬化縁を有し, 13%の辺縁は帆立貝状であったとし, 皮質骨の穿孔や菲薄化などの皮質骨の吸収は24例に認め, 歯根吸収は22%, 歯の偏位は24.4%に認めたとしている¹⁴⁾。熊坂ら¹³⁾は本邦のGOC報告例からX線所見は多房性と単房性が各9例で, 皮質骨の穿孔が7例, 菲薄化が4例と皮質骨の吸収を11例(61%)に認めたとし, 病変部と接する歯の状態は偏位4例(22%), 埋伏4例(22%), 歯根吸収1例(6%)に認めたとしている。また, 山近ら⁴⁾は皮質骨の吸収により穿孔や菲薄化を半数以上の症例で認めたとの報告があるとしている。自験例は15歳男性で病変部は下顎骨の前歯部から臼歯部に至り, X線所見は多房性で皮質骨の菲薄化を認めたが, 穿孔は認めなかった。また, 病変部に接して埋伏過剰歯を認め, 隣接歯に軽度な歯の偏位を認めた。

一方, Kaplanら¹²⁾は2歯以上にわたる大きな嚢胞が79.4%を占めたとし, 再発がみられた86.5%は大きな嚢胞で, さらに64.3%は大きな嚢胞でかつ多房性であったとしている¹⁴⁾。岡本ら⁶⁾はGOCの摘出ないし搔爬の再発率は26.8%(11/41例)で, 単房性は29.6%, 多房性は

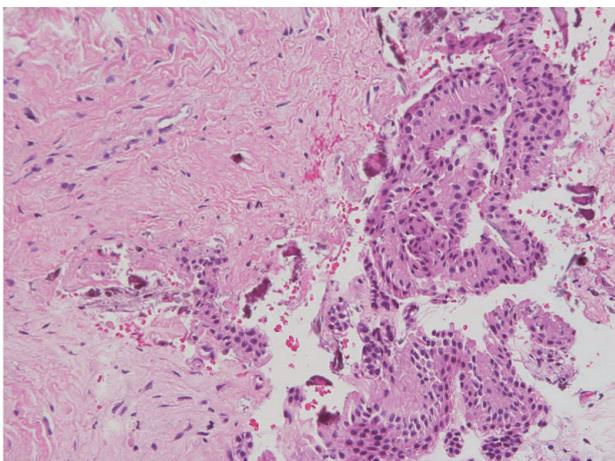
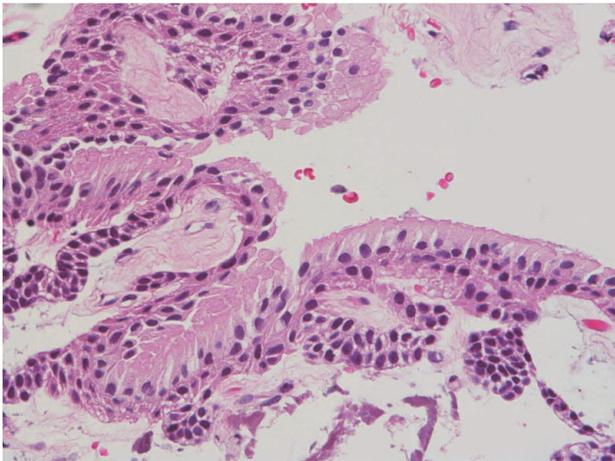


図4 病理組織学的所見

線維性組織よりなる嚢胞壁で被覆上皮は多列線毛上皮で乳頭状から管腔構造を呈しており, 異型は認めない。扁平上皮は認めず, 粘液細胞も認めない。嚢胞壁には炎症性細胞浸潤はほとんど認めず, 石灰化を散見する。コレステロール裂隙や異物巨細胞は認めない。

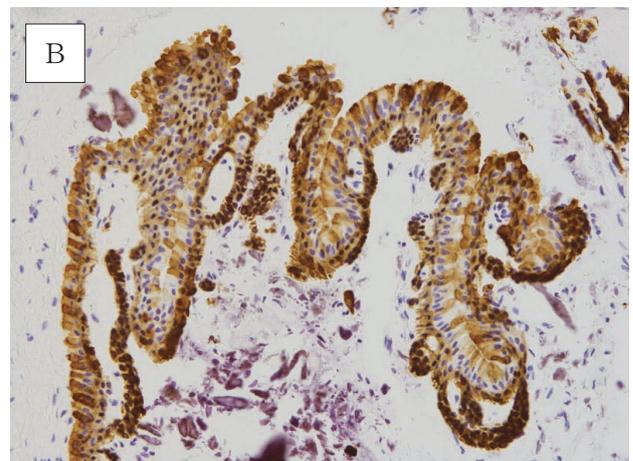
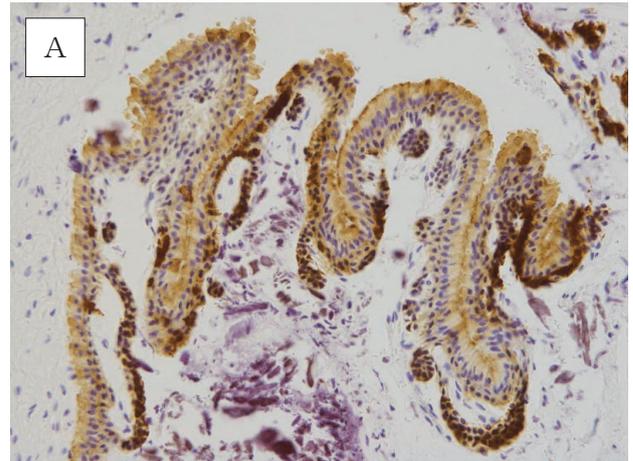


図5 免疫組織学的所見 A(CK8,18), B(CK19)

上皮はCK19が基底細胞, 腺細胞とも陽性で, CK8,18は基底細胞のみ陽性であった。

20.8%が再発し、再発までの期間は摘出ないし搔爬で平均2年11か月としている。山近ら⁴⁾は初回摘出して12年後に再発した一例を報告している。また、Kaplanら¹⁷⁾は7年以内の再発率は29.2%と報告し、熊坂¹³⁾は本邦の報告例から再発を認めたものは18例中2例(11%)であったとしている。そのため、GOCと診断された場合、少なくとも3年、できれば7年の経過観察が望ましいとされている¹⁴⁾。自験例は摘出術を施行後5年以上経過しているが、再発したとの連絡は受けていない。

GOCの臨床的特徴は他の顎骨嚢胞とは異なり局所侵襲性や再発性を有することにあるが、本症に特有な臨床所見がないため最終診断は病理組織学的所見による¹³⁾。GOCの病理組織学的な特徴としては、1)種々の厚さを呈する上皮の表層は好酸性の細胞からなる、2)上皮層は嚢腔側に向かって波状あるいは乳頭状を呈し、上皮基底層と線維性結合組織との境界が明瞭である、3)上皮層内には好酸性で立方形の細胞に囲まれた腺管状構造が多数形成され、そのなかに液状物の貯留をみる、4)しばしば上皮の表層に粘液産生細胞や線毛細胞がみられる、5)上皮基底側の細胞はときに空胞状を呈する、6)上皮細胞の限局的渦巻状配列や線維性結合組織内に微小な娘嚢胞や歯原性と思われる上皮の小塊がときにみられる、7)通常は線維性結合組織内に炎症性細胞浸潤はみられないとし、この内1)～4)の所見はGOCの診断に不可欠としている¹³⁾。熊坂ら¹³⁾は本邦での報告18例では全例が項目1)～4)を認め、5)および6)は18例中10例(56%)、7)は5例(28%)で認めたとしている。自験例では上記項目の1)、2)、7)および4)の線毛細胞は認めたが、3)、5)、6)や4)の粘液産生細胞は認めなかった。また、Flowlerら¹⁵⁾はGOC46例の臨床的検討から、1)好酸性の立方形の細胞(検出率100%)、2)小嚢胞(95.7%)、3)空胞状細胞(89.1%)、4)乳頭状上皮(84.8%)、5)粘液細胞(71.7%)、6)上皮細胞の渦巻状配列(67.4%)、7)線毛細胞(21.7%)を挙げている。自験例では1)、4)、7)を認めた。また、沖田ら¹⁸⁾はGOCの病理組織学的特徴としては、1)嚢胞裏装上皮は種々の厚さを呈する重層扁平上皮から構成され、上皮基底層と上皮下結合組織との境界は平坦である、2)上皮下結合組織には炎症性細胞浸潤が目立たない、3)好酸性の立方状細胞より構成される上皮表層にはしばしば粘液細胞が確認され、典型例では上皮表層は不整で、ときに嚢腔へ乳頭状に突出する場合もある、4)典型的な所見としては上皮層内には多数の腺管状構造が形成され、その内部にはムチカルミン陽性の液状物質が観察される、5)上皮基底層の細胞はクロマチン濃染性を示し、空胞化が認められることがある、6)上皮層の一部に限局性に肥厚し、ブドウ状歯原性嚢胞(botryoid odontogenic cyst:BOC)に特徴的な上皮ブランクと呼ばれる渦巻状の細胞配列(swirled appearance)が観察される、7)上皮下結合組織内に不規則な形状の石灰化物が存在する、8)嚢腔内に剥離上皮や変性した混在するヒアリン体が存在することがある。この内6)～8)の所見はGOCの組織発生源が歯原性上皮由来であるこ

とを積極的に支持するものであるとしている。特に上皮層のブランク様肥厚などは周辺性歯周嚢胞やBOCと類似しており鑑別疾患として考慮すべきであるが、これらとの類似性がむしろ本疾患を歯原性とするひとつの根拠としている⁶⁾。自験例では上記項目の2)、3)の嚢腔への乳頭状の突出を認めた。また、武田¹⁹⁾はGOCが歯原性である根拠として、1)顎骨内に生じること、2)他の歯原性嚢胞にみられる様な渦巻状配列を呈する限局性の上皮層の肥厚があること、3)粘液細胞化生をみること、4)歯原性上皮は時に腺管状構造を形成することがあるとしている。自験例では1)を認めた。しかしながら、自験例ではGOCの病理組織学的な特徴的所見が満たされていなかった。

鑑別診断に関してはX線所見で単胞性あるいは多胞性の骨透過像を呈するため、臨床的には歯原性嚢胞やエナメル上皮種、他の顎骨中心性病変との鑑別が必要となる¹⁾。鑑別診断としては中でも顎骨中心性粘表皮癌(central mucoepidermoid carcinoma:MEC)が挙げられており、この鑑別法に関してはサイトケラチン(cytokeratin:CK)の発現様式の比較が有用とされている²⁰⁾。Machadoら²¹⁾はGOCではCK19が陽性、CK8、18は陰性、MECではCK8、18が陽性、CK19は陰性であったことからこの結果が両疾患の鑑別に有効であるとしているが、Koppangら²²⁾はGOCでもCK8が陽性を示したと報告している。Piresら²³⁾はGOC、MECともにCK8は100%が陽性、CK18はGOCでは30%、MECでは100%が陽性、逆にCK19はGOCでは100%、MECでは50%が陽性であったとし、GOCとMECの鑑別にはCK18、CK19が有効であるとしている。岡本ら⁶⁾はGOCの染色性についてCK19ではびまん性に陽性、CK18では上皮表層の一部に陽性細胞がみられたと報告している。自験例ではCK8、18は基底細胞が陽性で腺細胞は陰性であったのに対してCK19は基底細胞と腺細胞ともに陽性であったことから、GOCの可能性があると推定された。治療法に関しては、Boffanoら²⁴⁾はGOCに対しては根治性を高めるために即時再建も含めた積極的な外科処置を選択していくべきであるとしている。Kaplanら¹²⁾も多房性のものや大きなGOCに対しては摘出や搔爬のみでは再発のリスクが高いと述べ、顎骨区域切除や辺縁切除を行なうべきとしている。一方、Prabhuら²⁵⁾はGOCは予後良好な疾患であり、術後5年間の長期観察を行うのであれば、たとえ摘出術を選択しても問題ないとしている。自験例は摘出術施行後5年以上経過しているが、特に異常症状が出現したとの連絡はないが、病理免疫組織学的にGOCである可能性があり、多房性で2歯以上にわたる比較的大きな病変であったため、潜在的な再発リスクは決して低くないことなどを考慮すると、今後の長期的で厳重な経過観察が必要と考えられる。

他方、粘液杯細胞化生は含歯性嚢胞の裏装上皮の構成要素の一つと考えられており、この嚢胞上皮表層細胞が粘液杯細胞化生を伴う立方状細胞であることは、GOCの嚢胞上皮においてしばしば見いだされる組織所見であり、粘液分泌細胞への分化は、腺管への分化とともにGOC

の特徴であるとされている¹¹⁾。櫻井ら¹¹⁾の報告症例では Craigら²⁶⁾の GOC と他の嚢胞とを鑑別するための 10 項目のパラメーターの内、好酸性立方状細胞、嚢胞上皮の厚さの不規則性、乳頭状突出、粘液細胞、線毛細胞の 5 項目しか確認されず、GOC ではなく含菌性嚢胞と診断された。その理由として GOC の発生由来について、顎骨内への唾液腺組織の迷入がなくとも裏装上皮の化生的機序により粘液細胞が発生し腺管状構造が形成され、その内腔に粘液を貯留する嚢胞性病変が発生した可能性を示唆する報告¹⁸⁾があることおよび埋伏歯を伴う GOC が報告⁶⁾されていることから、この症例が GOC へと移行しつつある含菌性嚢胞である可能性について推察している¹¹⁾。自験例はこの症例と同様に Craigら²⁶⁾の 10 項目のパラメーターの内、好酸性立方状細胞に囲まれた腺管状形成、嚢胞上皮の乳頭状突出、線毛細胞の 4 項目は確認されたが、Epithelial sheres, Multiple compartment は不明で、10 項目中 7 項目以上確認された場合に GOC の可能性が高くなるという条件は満たされなかった。一方で多列線毛上皮のみの含菌性嚢胞については判断が難しくなっており、また埋伏過剰歯を伴っていたことから GOC へ移行しつつある含菌性嚢胞の可能性が推察されるため、やはり今後の長期的で厳重な経過観察が重要であるものと考えられた。

結 語

今回われわれは右下顎骨に発生し、病理免疫組織学的所見から GOC が疑われた症例を経験したので、文献的考察を加え報告した。GOC の報告例は少なく、確定診断が困難な疾患であるため、今後も症例を蓄積し、検討する必要があると考えられた。

引用文献

- 1) 笠原慎太郎, 瀬川 清, 工藤啓吾, 他: 上顎前歯部に発生した腺性歯原性嚢胞の 1 例. 日口外誌 2001; 47(11): 688-691.
- 2) Padayachee A, Van Wyk CW: Two cystic lesions with features of both the boyryoid odontogenic cyst and the central mucoepidermoid tumour: sialo-odontogenic cyst. J Oral Pathol 1987; 16: 499-504.
- 3) Gardner DG, Kessler HP, Morency R, et al: The glandular odontogenic cyst: an apparent entity. Oral Pathol 1988; 17: 359-366.
- 4) 山近重生, 中川洋一, 寺田知加, 他: 術後 12 年で再発を認めた下顎骨体部腺性歯原性嚢胞の 1 例. 日口外誌 2006; 52(10): 527-530.
- 5) Economopoulou P, Patrikiou A: Glandular Odontogenic Cyst of the Maxilla: Report of Case. J Oral Maxillofac Surg 1995; 834-837.
- 6) 岡本喜之, 川田賢介, 岩井俊憲, 他: 右側下顎智歯部に発生した腺性歯原性嚢胞の 1 例. 日口外誌 2006; 52(1): 11-14.
- 7) 新川修司, 小泉浩一, 虎谷茂昭, 他: 下顎臼歯部に発生した腺性歯原性嚢胞の 1 例—国内外での比較および文献的考察—. 日口外誌 2009; 55(7): 359-363.
- 8) 北山若紫, 山本一彦, 小松祐子, 他: 下顎骨に生じた腺性歯原性嚢胞の 1 例. 日口外誌 2008; 54(3): 164-168.
- 9) Robert AR, Steven DV: Glandular odontogenic cyst. AFIP ATLAS OF TUMOR PATHOLOGY Series 4 Tumors and cysts of the jaws. ARP Press, Maryland 2012, p26-30.
- 10) Kramer IRH, Pindborg J J, Shear M: 腺性歯原性嚢胞: 唾液腺歯原性嚢胞. WHO 歯原性腫瘍の組織学的分類, 医歯薬出版, 1996, 34-35.
- 11) 櫻井裕子, 遊佐淳子, 小澤 亮, 他: 腺性歯原性嚢胞との鑑別を要した含菌性嚢胞の 1 例. 奥羽大歯学誌 2013; 40(2): 121-123.
- 12) Kaplan I, Anavi Y, Hirshberg A: Glandular odontogenic cyst: a challenge in diagnosis and treatment. Oral Disease 2008; 14: 575-581.
- 13) 熊坂 士, 石井佑実, 貝淵信之, 他: 下顎前歯部に発生した腺性歯原性嚢胞の 1 例. 日口外誌 2014; 60(7): 446-450.
- 14) 古賀 真, 岩屋勝美, 原田真知子, 他: 上顎に生じた腺性歯原性嚢胞の 1 例. 日口外誌 2012; 58(7): 434-438.
- 15) Fowler CB, Brannon RB, Kessler HP, et al: Glandular Odontogenic Cyst: Analysis of 46 Cases with Special Emphasis on Microscopic Criteria for Diagnosis. Head and Neck Pathol 2011; 5: 364-375.
- 16) Manor R, Anavi Y, Kaplan I, et al: Radiological features of glandular odontogenic cyst. Dentomaxillofac Radiol 2003; 32: 73-79.
- 17) Kaplan I, Gal G, Anavi Y, et al: Glandular Oontogenic Cyst: Treatemt and Recurrence. J oral maxillofac Surg 2005; 63: 435-441.
- 18) 沖田美千子, 針谷靖史, 関口 隆, 他: 下顎前歯部に発生した腺性歯原性嚢胞の 1 例. 日口外誌 2011; 57: 109-113.
- 19) 武田泰典: 腺性歯原性嚢胞 glandular odontogenic cyst の 1 例. 病理と臨床. 1995; 13(6): 871-875.
- 20) 岩淵博史, 岩淵絵美, 内山公男, 他: 下顎骨に発生した腺性歯原性嚢胞の 1 例. 日口外誌 52:703-707, 2006.
- 21) Machado de Sousa SO, Cabezas NT, Tambasco de Oliveira P, et al: Glandular odontogenic cyst: Report of a case with cytokeratin expression. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 83: 478-483.
- 22) Koppang HS, Johannessen S, Haugen LK, et al: Glandular odontogenic cyst (sialo-odontogenic cyst): report of two cases and literature review of 45 previously reported cases. J Oral Pathol Med 1998; 27: 455-462.

- 23) Pires FR, Chen S-Y, Elias da Cruz Perez D, et al: Cytokeratin expression in central mucoepidermoid carcinoma and glandular odontogenic cyst. *Oral Oncology* 2004 ; 40:545-551.
- 24) Boffano P, Cassarino E, Zavattero E, et al: Surgical Treatment of Glandular Odontogenic Cysts. *J Craniofac Surg* 2010 ; 21 : 776-780.
- 25) Prabhu S, Rekha K, Kumar GS : Glandular odontogenic cyst mimicking central mucoepidermoid carcinoma. *J Oral Maxillofac Pathol* 2010 ; 14(1) : 12-15.
- 26) Craig BF, Robert BB, Harvey PK, et al : Glandular odontogenic cyst : Analysis of 46 cases with special emphasis on microscopic criteria for diagnosis. *Head and Neck Pathol* 2011 ; 5 : 364-375.

Abstract

A Case of Mandibular Cyst with Multiple Layered Glandular Ciliated Epithelium and a Supernumerary Impacted Tooth

Tsuyoshi Nishimura

Department of Dentistry and Oral Surgery, Kyoto City Hospital

A 15-year-old male patient visited a dentist and was pointed out a supernumerary impacted tooth and radiolucent lesion in the right mandible on X-ray examination in October 20XX. The patient visited another dentist in a general hospital in March 20XX. The computed tomography showed the supernumerary impacted tooth, located between the right lower 4 and 5 tooth, connected to the cystic lesion, having multiple clusters, having a clear margin and hardened edge, located on the lingual side mandible between the right lower 2 and 5 tooth, and showing slight displacement from the right lower 2 to 5 tooth. The patient was referred to our hospital in April 20XX. On magnetic resonance imaging the lesion showed a high signal on T2W1, slightly higher signal than that of muscle on T1W1, and a higher hydrated signal in the lingual right mandible. It was suspected to be a mandibular cyst. Extirpation of the lesion, root amputation of the right lower 2 to 5 teeth, and extraction of the supernumerary tooth were performed in June 20XX. The histological diagnosis revealed a cystic lesion which had multiple layers of glandular ciliated epithelium, and thus was suspected to be a glandular odontogenic cyst. The postoperative course was uneventful for over 5 years after the operation.

(J Kyoto City Hosp 2018; 38(2):66-71)

Key words: Odontogenic cyst , Glandular odontogenic cyst , Mandible