OUKA
Osaka University Knowledge Archive

Title	下顎骨下縁より抜歯が必要となった埋伏智歯の一例
Author(s)	徳宮, 元富; 妹尾, 日登美; 藤本, 愉莉 他
Citation	大阪大学歯学雑誌. 2017, 61(2), p. 17-20
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/60680
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

Osaka University

阪大歯学誌　61(2)：17 ～ 20，2017

下顎骨下縁より抜歯が必要となった埋伏智歯の一例

徳宮元富[1)]，妹尾日登美[1)]，藤本愉莉[1)]，應谷昌隆[2)]，
原田計眞[3)]，樋口将隆[4)]，並川麻里[5)]，古郷幹彦[6)]

（平成 29 年 1 月 31 日受付）

緒　言

埋伏歯は日常の口腔外科臨床で高頻度に遭遇するものであり，その位置は大きな角化嚢胞性歯原性腫瘍やエナメル上皮腫などに併発する場合を除けばほとんど歯槽・歯列付近といってよい。したがって，埋伏歯がこれらの大きな病変に併発することなく下顎骨下縁部に至る例は稀といえる。今回われわれは下顎骨下縁部に認めた埋伏智歯の一例を経験したのでその概要を報告する。

症　例

患　　者：42 歳　女性
主　　訴：左側下顎の腫脹と自発痛の精査
既 往 歴：特記事項なし
家 族 歴：特記事項なし
現 病 歴：2011 年 6 月左側下顎の腫脹と自発痛を主訴に近医歯科受診した。左側下顎第二大臼歯根尖性歯周炎と診断され 左側下顎第二大臼歯の冠除去と歯肉の切開・排膿処置を受けた。左側下顎第二大臼歯根尖病巣から智歯周囲の感染も疑われるとのことで，翌日当科紹介受診となった。

7 年前にも同様の症状で当科受診しており，その際は投薬処置のみされていた。

経　過

全身所見：体格は中等度，栄養状態は良好。
口腔外所見：左側顎下部の腫脹と疼痛を認め，左側下顎骨下縁部は触診にて骨膨隆を認めた。
口腔内所見：左側下顎第二大臼歯周囲歯肉の腫脹と軽度動揺を認めたが，明らかな排膿は認めなかった。
画像所見：パノラマ X 線画像で左側下顎下縁部の埋伏智歯と同部の皮質骨の膨隆を認め，歯冠周囲の透過像は左側下顎第二大臼歯根尖部透過像と帯状に連続していた。2003 年のパノラマ X 線画像でも同様に埋伏智歯は下顎下縁部に存在し，その歯冠周囲の透過像は左側下顎第二大臼歯根尖部透過像と連続しており，撮影角度を考慮すると埋伏智歯はほとんど移動していないものと思われた。CT 所見では埋伏智歯および歯冠周囲の病巣は下顎管とほぼ接していた。
臨床診断：左側下顎第二大臼歯根尖性歯周炎，左側下顎異所性水平埋伏智歯
処置および経過：抗菌薬の投薬にてまず消炎をしたのち，2011 年 6 月外来にて左側下顎第二大臼歯の抜歯術と根尖周囲組織の生検術を実施。生検の結果は歯原性嚢胞であった。本症例では埋伏智歯と下歯槽神経との位置関係から，口腔内からのアプローチでは下歯槽神経損傷の可能性が大きく術野の確保も困難であると判断し，口腔外からの抜歯を選択した。2011 年 7 月，入院のうえ全身麻酔下に口腔外から左側下

1）医療法人　行岡医学研究会　行岡病院　歯科・歯科口腔外科
2）独立行政法人　労働者健康福祉機構　大阪労災病院　歯科口腔外科
3）医療法人徳洲会 八尾徳洲会総合病院　歯科口腔外科
4）医療法人　沖縄徳洲会　吹田徳洲会病院　歯科口腔外科
5）大阪市立大学附属病院　歯科・口腔外科
6）大阪大学大学院歯学研究科　顎口腔病因病態制御学講座（口腔外科学第一教室）

顎埋伏智歯抜歯術，嚢胞摘出術を施行した。切開線は顔面神経の損傷を防ぐため下顎下縁より約 1.5 横指下方に設定し，皮膚を切開したのち，皮下組織を鈍的に剥離して骨膜に達した。ついでこれを切開，剥離し下顎骨下縁を明示した。智歯埋伏部の皮質骨は画像で認めたように膨隆しており，同部の骨を削除すると埋伏歯歯冠を認めた。骨削除をさらに進め，通法にしたがい埋伏智歯を抜去した。 抜歯後，抜歯窩から左側下顎第二大臼歯部へと続く軟組織の掻爬を試みたが，その際出血を認めたため下歯槽神経血管束との近接を疑い，それ以上の掻爬は断念した。歯冠周囲に存在していた摘出標本の病理組織診断は生検時と同様，歯原性嚢胞であった。

術後，ごく軽度の左側口角部の下垂と下歯槽神経領域の知覚鈍麻を認めたが，術後 4 日目には口角の下垂は消失し，術後 9 日目には下歯槽神経領域の知覚鈍麻に関しても軽快傾向を認めた。退院後，外来にて経過観察を続けていたが，術後 1 ヶ月半を最後に受診が途絶えた。最終外来受診日から約 1 年後，左側顎関節の痛みで再度当科を受診されたが，その際左側オトガイ部の知覚麻痺はほぼ消失しており，創部の治癒は良好で，X 線的にも智歯が埋伏していた下顎骨下縁部の陥凹は認めるものの，良好な骨再生像が観察された。

摘出標本所見：抜去歯は単根であり，全体的に「ずんどう型」であった。

病理組織学的所見：高度の炎症細胞浸潤と線維性結合組織からなる肉芽組織であり，一部変性した上皮組織を認めた。

病理組織学的診断：歯原性嚢胞

考　察

日常の臨床において埋伏歯は高頻度に遭遇する疾患であるが，時として本来の位置からかけ離れた部位に発見されることもある。一般的に位置異常埋伏歯の原因として，内分泌障害，遺伝病などの全身的疾患の影響と局所的な原因があげられるが，全身的疾患が主因となることは考えにくいとする意見が多く[1),2)]，局所的な原因が主であろうと思われる。局所的な原因とは，歯胚の転位と埋伏歯の顎骨内移動である。

歯の移動の原因についてはこれまでに様々な報告がされている。松矢ら[3)]は，右下顎骨前歯部下縁から突出した下顎小臼歯について，う蝕に罹患した歯冠部では排除作用が起こり，健全な歯根側では活発な骨吸収や骨新生などの生物学的な反応が可能で，歯冠側での排除作用に呼応して歯根側での骨吸収が優位となった結果，歯根方向への移動が起こったと推察している。また，乳歯と交代して萌出する代生歯は，歯導帯により導かれ口腔に萌出することが明らかとされているが，顎骨骨折や乳歯の早期喪失があると顎骨内および口腔粘膜組織に瘢痕形成が生じ，歯導帯が断裂し正常な萌出路を失うと言われている。そのことが主たる原因となって歯の移動が起こったとする報告もある[4)~6)]。その他，歯を移動させる力については，歯の萌出機序である歯根膜の牽引力（推進力）や[7)]，根尖部の脈管の圧力[8)]，また歯冠部に存在した嚢胞の内圧など[9)~11)]が関係しているとされている。

自験例の場合，第二大臼歯根尖部から埋伏智歯歯冠周囲に繋がる隧道状の骨透過像を認め，下顎第三大臼歯が顎骨内を移動した可能性も考えられた。本症例における歯の顎骨内移動の機序を推察すると，埋伏智歯の歯冠周囲に存在した病変の病理組織検査結果が歯原性嚢胞であったことからも，もともと第二大臼歯遠心に近接して存在していた水平埋伏智歯が，歯冠周囲に存在していた嚢胞の内圧によって歯根方向へ圧力が加わり，抵抗の少ない骨髄腔に沿って歯が誘導され，加えて埋伏智歯が単根で「ずんどう型」であったことも移動を容易にした[7),9)~12)]ことから下顎角部にまで到達したのではないかと考えられた。隧道形骨透過像については，歯の移動に伴い骨欠損が生じ，一部の骨の再生は行われるが，完全な再生は感染などの影響で困難であったため形成されたのではないかと推察された。

手術法については，口腔内からのアプローチでは骨の削除量が多くなり手術野の確保も困難で，術前の画像診断により下歯槽神経血管束の損傷の可能性も高かったため，口腔外からのアプローチとした。口腔外アプローチの利点としては術野の確保が容易で直視下にアプローチできること，骨の削除量が少なくてすみ，術後骨折の可能性が低くなること，口腔内アプローチに比べ下歯槽神経の損傷の可能性が低いことなどが挙げられる。欠点としては，顔面神経の損傷の可能性や，皮膚切開による審美的問題がある[12)~15)]。本症例では，術後ごく軽度の左側口角部の下垂と下歯槽神経領域の知覚鈍麻を認めたが，術後 4 日目には口角の下垂は消失し，約 1 年後には下歯槽神経領域の知覚鈍麻も軽快していた。いずれにしても，位置異常埋伏歯の場合，埋伏位置や下歯槽神経血管束と歯の関係など術前の正確

なX線画像の解釈が重要[16]であると同時に感染の有無など歯の状態も考慮して手術法を決定する必要があると考えられた。

結　論

今回われわれは左側下顎骨下縁部に認めた埋伏智歯に対し，口腔外から抜歯を行い，良好な結果を得ているのでその概要を報告した。

本論文の要旨は，第23回日本口腔科学会近畿地方部会（平成23年12月3日，大阪）にて発表した。

引用文献

1）北村龍二，杉　政和，他（1987）：筋突起にみられた埋伏下顎第三大臼歯の2症例。阪大歯学誌，**32**，547–551，昭和62.

2）中谷美幸，小林明男，他（1981）：下顎切痕部付近にみられた稀な位置異常埋伏歯の2例。日口外誌，**27**，1430–1434，昭和56.

3）松矢篤三，前田憲昭，他（1983）：奇妙なマイグレーションの1例．日口外誌，**29**，1685–1691，昭和58.

4）竹村日登美，平野吉子，他（1997）：未萌出下顎小臼歯が筋突起下方まで移動した1例。日口外誌，**43**，103–105，平成9.

5）宮下英高，矢郷　香，他（2006）：三叉神経痛の原因として疑われた下顎切痕部の異所性埋伏歯の1例．日口外誌，**52**，207–210，平成18.

6）森　厚行，美馬孝至，他（2003）：歯冠が下顎下縁より突出していた逆性埋伏下顎小臼歯の1例．日口外誌，**49**，230–232，平成15.

7）小倉　基，田村英俊，他（2005）：下顎切痕部から歯冠が突出している異所性埋伏歯の1例。日口外誌，**51**，27–30，平成17.

8）桜井　徹，楊　栄展，他（1984）：左右下顎第2小臼歯が遠隔に転位した1例．口科誌，**33**，440–444，昭和59.

9）山本悦秀，小谷　勝，他（1985）：埋伏大臼歯の歯根が下歯槽神経血管束とともに下顎下縁より露出した1例．日口外誌，**31**，838–843，昭和60.

10）山本　学，津田善造，他（2002）：下顎角部舌側に歯根が突出した埋伏歯の1例．日口診誌，**15**，331–313，平成14.

11）鈴木真幸，大長珠美，他（2000）：下顎骨下縁に歯根が突出した埋伏下顎第3大臼歯の1例．日口外誌，**46**，381–383，平成12.

12）山岸桃子，松井義郎，他（2008）：経過観察中に下顎下縁より突出した逆性過剰埋伏歯の1例．日口診誌，**21**，288–291，平成20.

13）Chun-Cheng Wang, Sang-Heng Kok, et al.（2008）: Ectopic mandibular third molar in the ramus region : report of a case and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, **105**, 155–161.

14）Imad Abu-El Naaj, Refael Braun, et al.（2010）: Surgical Approach to Impacted Mandibular Third Molars — Operative Classification. *J Oral Maxillofac Surg*, **68**, 628–633.

15）Plumpton, S.（1966）: The extraction of mandibular teeth via an extra-oral approach. *Br J Oral Surg*, **4**, 127–131.

16）N.Milner and A. Baker（2005）: Extraoral removal of a lower third molar tooth. *BRITISH DENTAL JORNAL*, **199**, 345–346.

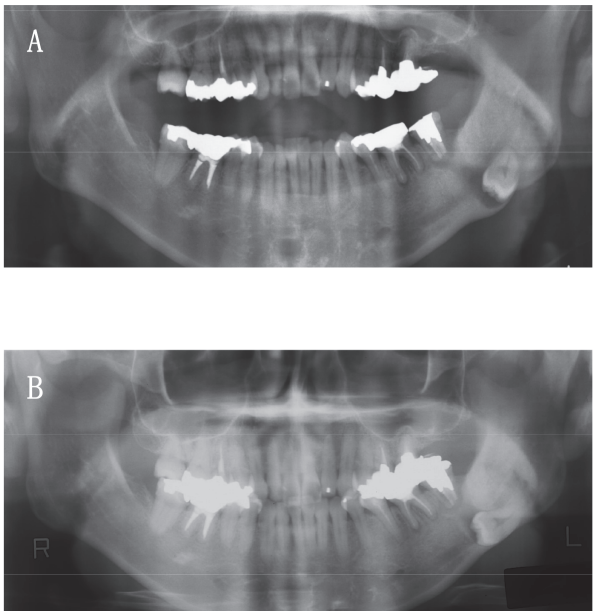

写真 1　術前パノラマ X 線画像
A：2011 年，B：2003 年
左側下顎下縁部に歯冠部に透過性病変を有する第三大臼歯の埋伏を認めた

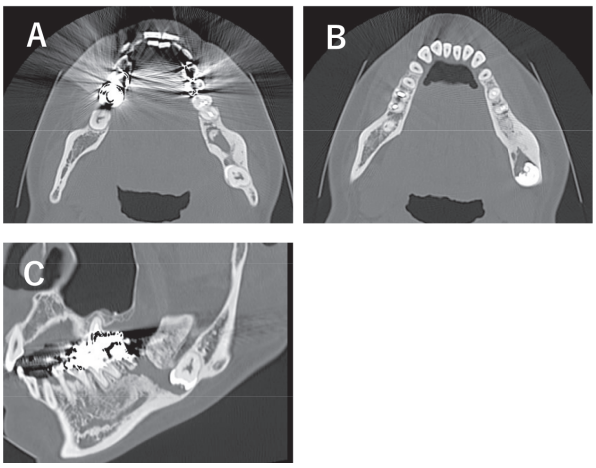

写真 2　CT 画像
A，B，C：左側第二大臼歯根尖部から左側第三大臼歯歯冠部にかけて骨欠損を認める。
下顎管は左側第三大臼歯上方舌側を走行。

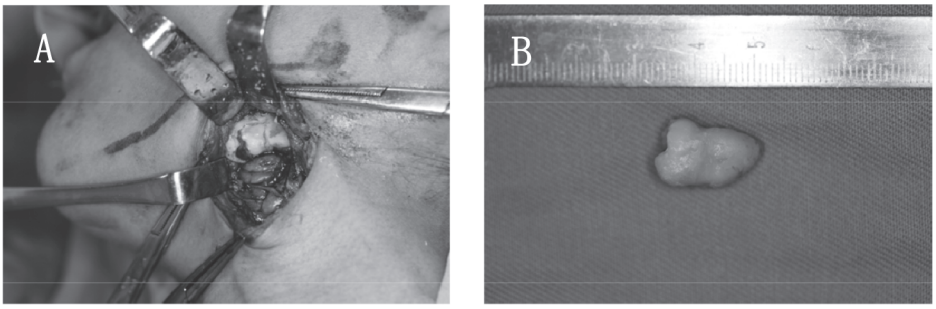

写真 3
A：術中写真　埋伏歯周囲の骨を一部削除し，埋伏智歯を確認した。歯冠周囲に肉芽様軟組織を認めた。
B：摘出歯　摘出歯は単根であり，全体的に「ずんどう型」であった。

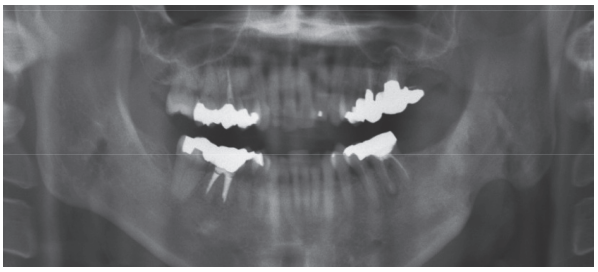

写真 4　術後パノラマ X 線画像
下顎骨下縁部の陥凹は認めるものの，良好な骨再生像を認める。

写真 5　病理組織像（× 40）
摘出した周囲軟組織は，高度の炎症細胞浸潤と線維性結合組織からなる肉芽組織であり，一部変性した上皮組織を認めた。