

硬口蓋部に生じた巨大な有茎性の義歯性線維腫の1例

河野俊広 坂元 結 金城 孝

沖縄赤十字病院 歯科口腔外科

要旨

症例は76歳女性。長年にわたり上顎に部分床義歯装着していたが、口蓋部腫瘍増大し義歯装着不可能になったため、近医歯科を受診したところ腫瘍性病変を疑われ、当科紹介された。初診時所見として左側硬口蓋部のほとんどを覆う巨大な有茎性腫瘍を認め、設計された位置での義歯装着は不可能であった。病変部所見と各種画像検査結果により良性腫瘍と臨床診断し、全身麻酔下に腫瘍切除術を行った。手術材料の腫瘍基部の正常粘膜から発生した茎部は幅径4×3mm、高さ2mmであった。そしてその病理検査結果は、膠原線維を主体とする結合組織が上皮皮下で増生した線維腫であった。本人は腫瘍が短期間で増大したと回答したが、その形状、サイズおよび上顎義歯使用歴から長期間存在していたと考えられた。本症例の詳細と治癒過程、既報告例との比較など、若干の文献的考察を加えて発表する。

Keywords : 義歯性線維腫, 咀嚼障害, 有茎性, 長期経過症例

はじめに

線維腫は線維性組織の増殖による良性腫瘍状病変で、口腔領域に比較的多くみられる病変である¹⁾。これらの多くは炎症性や反応性組織の過形成で、厳密な意味での腫瘍であることはまれである。したがって臨床的に線維腫として考えられるものの大部分は、真の腫瘍性病変ではない。さらに口腔内粘膜に発生する線維腫は、前歯や臼歯の誤咬、咬癖または歯冠修復物や義歯床縁による機械的刺激が原因であることが多い。これらを厳密な意味での線維腫と区別して、刺激性線維腫 (irritation fibroma) としている。その中で義歯床縁によるものを義歯性線維腫と定義し、この場合は欠損歯の多い床義歯を長期間不適合のまま使用することにより、義歯床と歯槽堤との不適合が生じ、咀嚼や会話による義歯の動揺が慢性機械的刺激となることが主たる原因と考え

られている。発生部位は、歯肉、頬粘膜、口蓋、口唇にみられ、頬粘膜では上下の歯の咬合線に対応する部位、舌では舌背前部、口唇では下唇に好発する。今回われわれは左側硬口蓋に生じた巨大な線維腫の1例を経験したのでその概要を報告する。

症例

患者 : 76歳, 女性

主訴 : 口蓋部にできものがあり、義歯が装着できないので食事が摂れない。

既往歴 : 高血圧症, 脂質異常症, 脂肪肝

内服薬 : アムロジピン錠2.5mg, アトルバスタチン錠5mg

現病歴 : 上顎部分床義歯は約20年前に那覇市内の歯科医院で作成し(図1), 数回の義歯調整を行ったが、その後の定期的な歯科受診はなかった。その後特に義歯に問題自覚することなく経過したが、本年4月初旬に左側硬口蓋の腫瘍が急激に増大したため義歯装着不可能になり、かかりつけ歯科が廃業していたことから別の歯科医院を受診した。同院

(平成30年11月19日受理)

著者連絡先 : 河野 俊広

(〒902-8588) 沖縄県那覇市与儀1-3-1

沖縄赤十字病院 歯科口腔外科



図1. 上顎部分床義歯. 金属床で, 21^上部のクラスプは破損していた.

で診察の結果, 腫瘍性病変を疑われ当科紹介された.

現 症: 身長150cm, 体重 55.5kg, 血圧 148/74mmHg, 脈拍 77bpm, 顔面对称で異常所見なし. 初診時血液検査は, WBC 7.6 RBC 5.0 Hb 14.4 Ht 42 PLT 217 AST 57 \uparrow ALT 73 \uparrow LD 212 γ -GTP 47 \uparrow BUN 14.5 Cre 0.61 eGFR 71.0 であった. 口腔内所見では, 左側口蓋部に33 \times 17 \times 3 mmの表面平滑, 狭小な茎部から発生し, わずかに可動性有するラグビーボール状の腫瘍を認めた (図2). 同部に自発痛, 圧痛ともになく, 義歯接触部粘膜にびらんや潰瘍を認めなかった. 当科第2回目の診察時に, 本人より“できものが取れた”という訴えがあり, 診察したところ腫瘍全体が茎部を軸に時計回りに90度回転していた (図3). その際にも疼痛や炎症所見を認めなかった.



図2. 初診時口腔内所見 (ミラー像). 腫瘍表面は平滑でわずかに可動性有していた.



図3. 反時計回りに90度捻転した腫瘍 (ミラー像). 元の位置に復位可能であり, 茎部は比較的強固で容易には切離しなかった.

造影CTで, 垂有茎性で造影効果有する腫瘍性病変を認め, 病変に近接する口蓋骨への浸潤は認めなかった (図4). 両側頸部リンパ節に軽度腫脹あるもサイズは小さく非特異的な所見であった. また造影MRIでは, T2W1強調像で著名な低信号を示し, 線維性腫瘍の可能性が示唆された (図5). 以上の検査結果から, 臨床診断を左側硬口蓋部良性腫瘍と診断し, 全身麻酔下に腫瘍切除術 (切除生検) を行うこととした.

治療経過: 2018年4月下旬, 全身麻酔下に左側硬口蓋部腫瘍切除術を施行した. 術式として, まず左側口蓋部腫瘍の基部周囲粘膜を半径10mm程度の位置で切開線を設定し, ピオクタニンプルーでマーキングした後, 周囲粘膜へ局所麻酔を行っ

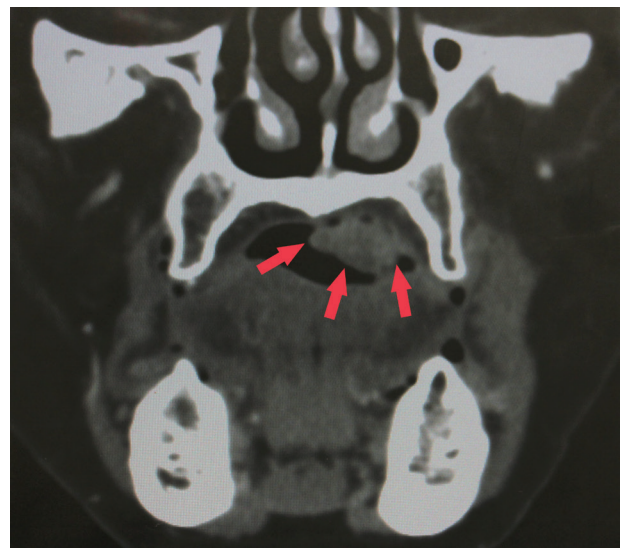


図4. 造影CT (冠状断): 左側硬口蓋部に27 \times 18 \times 5mm, 垂有茎性で造影効果がある腫瘍性病変を認める. 硬口蓋への浸潤は認めない.

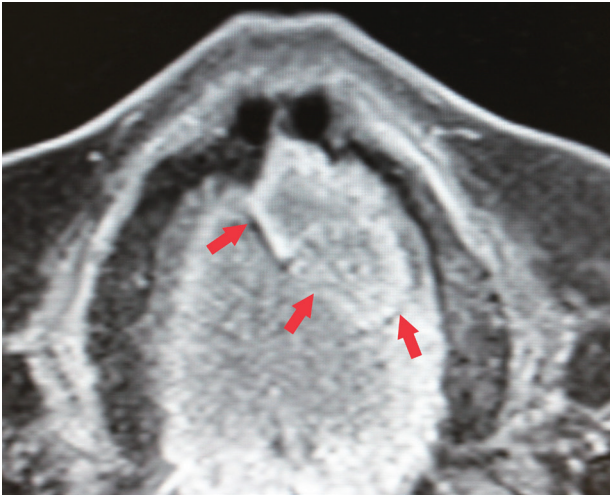


図5. 造影MRI (水平断) : 左側硬口蓋部に27×18×8mm, T2W1強調像で著明な低信号認める腫瘍性病変を認めた。CT所見同様に硬口蓋への浸潤は認めない。

た。メスで切開線上を骨膜下切開し、腫瘍前方より粘膜骨膜ごと後方へ剥離し、切歯管は電気メスで焼灼後に切断した (図6)。続いて後方の切開部まで剥離し、腫瘍と基部粘膜を一塊として切除した。骨露出面の茎部相当部口蓋骨をラウンドバーで削合し生食洗浄後、テルダーミス®を創部に合わせてトリミング後、貼付した (図7)。さらに上方にアクロマイシンガーゼを載せ保護した後にシーネで創面保護を行った。手術材料 (図8, 9) を詳細に計測した結果、前後径33mm, 幅径18.7mm, 上下径9.7mmで、基部と腫瘍を連結する茎部のサイズは前後径4mm, 幅径3.5mm, 上下径3.5mmであった。その断面所見はほぼ均一で、薄い灰白色を呈し、茎部と腫瘍部との境界は比較的明瞭であった (図10)。病理組織検査においては、重層扁平上皮に覆われた有茎性の隆起性病変で、膠原線維を主体とする結合組織が上皮化で増生している組織で、細胞密度は低く、悪性を推定する像は認めなかった (図11, 12)。術後は抗菌薬点滴静注を3日間行い、局所感染ないことを確認できた手術後1週間で退院となった。以降の外来通院で数週間ごとに創面のアクロマイシンガーゼを交換した結果、術後約6週で創面の粘膜増生と上皮化が完了し、良好な治癒を得た (図13)。術後5か月経過した現時点で、再発や新たな異常所見なく、紹介元の歯科医院で上顎義歯新製を行っている。

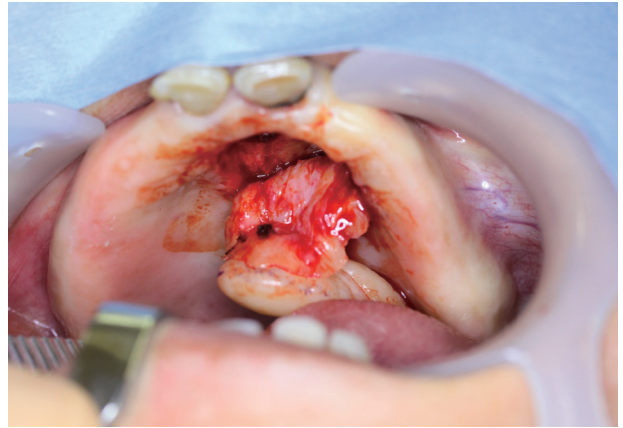


図6. 術中写真 : 腫瘍全体を基部粘膜φ20mmの範囲で、骨膜含めて前方から切除した。

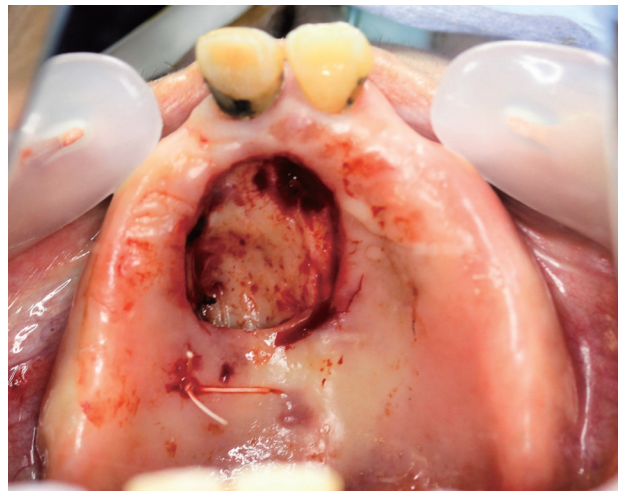


図7. 切除後創部写真 (ミラー像) : 基部周囲の口蓋骨に異常所見を認めなかった。

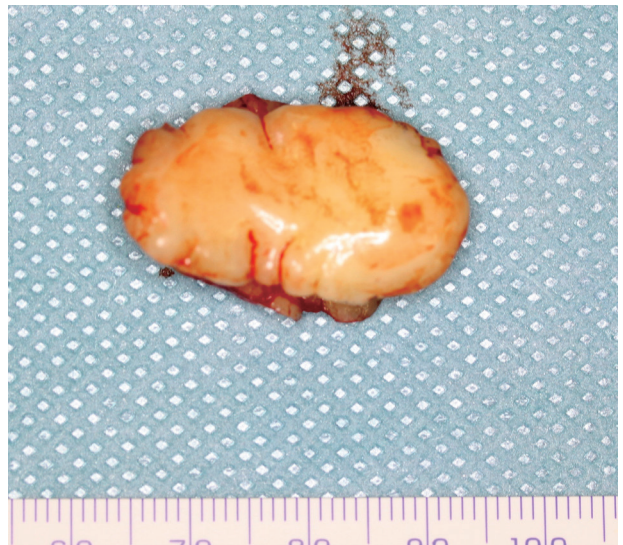


図8. 切除物標本 : 前後径33.0mm, 幅径18.7mm, 高径9.7mmのサイズで、弾性やや硬、充実性であった。

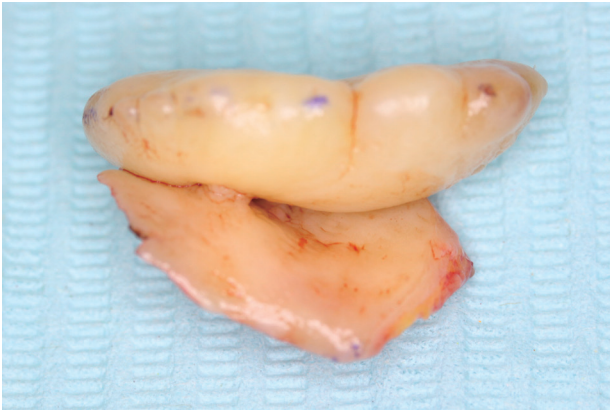


図9. 切除物標本（側面観）：茎部は腫瘍前後径の前方1/3の位置から発生していた。

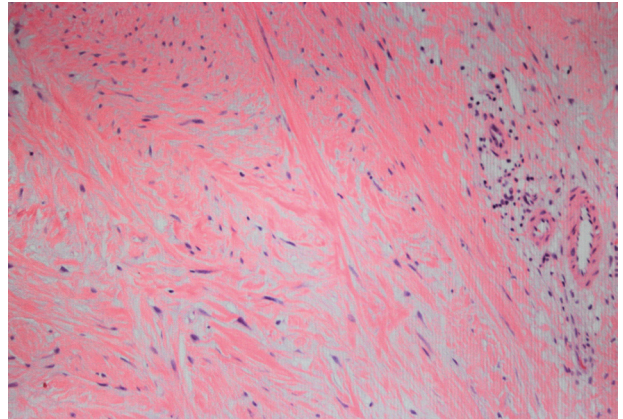


図12. 切除標本のHE染色（強拡大）：上皮化には膠原線維を主体とする結合組織が増生していた。

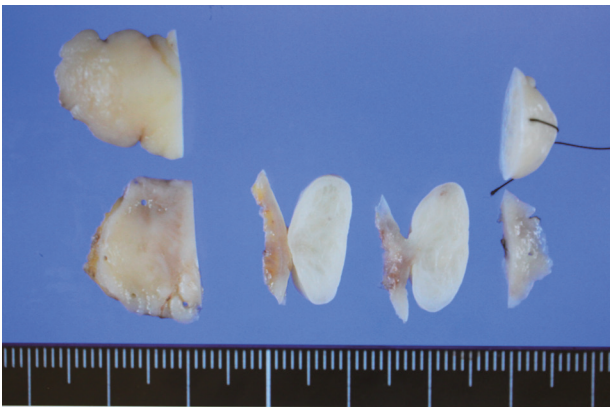


図10. 切除物標本（断面観）：腫瘍内部はほぼ均一で薄い灰白色を呈し、最大断面において、茎部が発生している口蓋側粘膜と腫瘍との境界は明瞭であった。

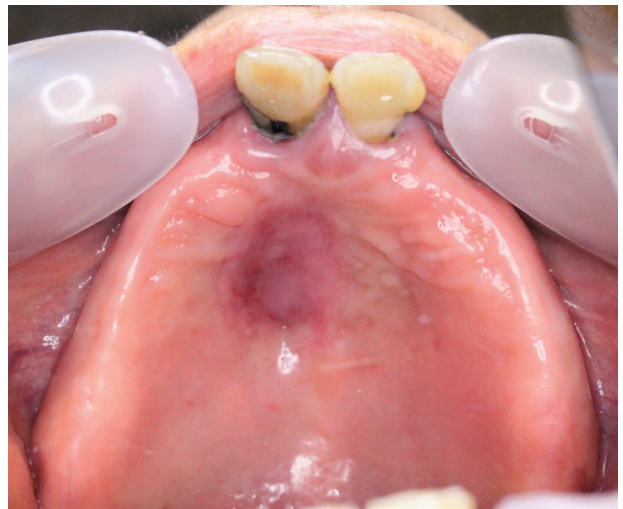


図13. 終診時口腔内所見（ミラー像）。術後4M経過した創部は、新生した粘膜の上皮化が進行し、違和感残存するも接触痛認めなかった。

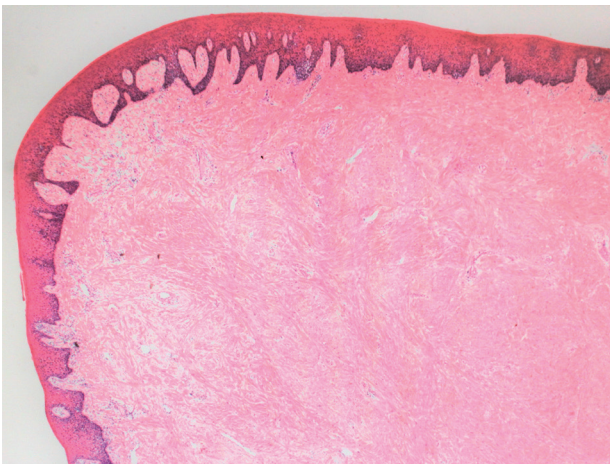


図11. 切除標本のHE染色（弱拡大）：腫瘍は全周にわたり重層扁平上皮に覆われていた。

考察

口腔内に発生する良性腫瘍は、歯源性良性腫瘍と非歯源性良性腫瘍に分類され、非歯源性の中には上皮性の乳頭腫、非上皮性の血管腫、リンパ管腫、筋腫、骨腫、軟骨腫、脂肪腫、および神経系の腫瘍などがある。筆者は過去に硬口蓋部に発生した軟骨腫について症例発表した経験があるが²⁾、臨床所見だけではそれらとの判別はほぼ不可能である。本症例は病理組織検査の結果、線維腫の診断となり、非歯源性非上皮性の腫瘍に分類された。線維腫は繊維細胞と結合組織繊維からなる良性腫瘍であるが、粘膜部では歯肉、頬、舌、口唇、そして口蓋などにみられ、一般に粘膜の表面に膨隆を生じ、ときにはポリープ状を呈する。その一つに線維性ポリープと義菌性線維腫があり、それらのほとんどは反応性ないし修復

性の線維性過形成で、腫瘤の形、大きさは様々である。Vasconcelos³⁾らによると、硬口蓋両側後方から左右対称性に繊維形成性繊維芽腫 (Collagenous Fibroma) が発生した症例の報告がある。

Toidaら⁴⁾の研究によると、129例の口腔内に発生した線維腫で統計を取った結果、男女比は1:1.6で女性に多く、7~87歳に発生し平均は52.5歳で年代別でいうと60歳台がピークであった。また発生部位は多い順に舌、頬粘膜、口唇粘膜、そして次に硬口蓋で、症例数全体の5.4%であった。さらに腫瘍のサイズの平均は5.4mmで、その分布は3~6mmに集中していた。一方、病理組織像では硬口蓋に発生した7例は全て Baker & Lucas⁵⁾の分類による“radiation type”であった。本症例の病理組織像も粘膜固有層から発生した繊維組織と結合組織が目立ち、同じく基底層から粘膜上皮へ繊維組織が伸長している“radiation type”と判断される (図11)。

本症例は左側口蓋部やや前方よりに、有茎性に発生した腫瘍であった。硬口蓋部に発生する線維腫もその発生部位は様々であり、最も多いのは口蓋正中部であるが、臼歯部顎堤頂よりや前歯部歯頸部歯肉よりに発生することもある。一般に口腔領域では真の線維腫はまれであり、いわゆる線維腫 (so-called fibroma) として、臨床的に口腔粘膜の線維腫を思わせる病変のほとんどは反応性もしくは修復性の線維性過形成といわれている。特に今回のような形状の線維腫は、欧米では“leaf fibroma”と呼ばれ、真の線維腫としては扱われていない。⁶⁾

左側硬口蓋部に発生した原因を推察すると、現在の残存歯である1+1のうち、上顎部分床義歯のクラスプが残存しているのはL1のみであった。21+1のクラスプがいつ破損したかは不明であるが、本人によると約20年間歯科受診がないことを考慮すると、10年単位でL1のみのクラスプで上顎義歯が維持されていたと推測される。この状態は下顎から上顎臼歯部義歯床へ伝わる咬合圧をL1クラスプのみで支えることになり、腫瘍発生時には咬合圧集中により義歯性潰瘍が発生し、それが長期間かつ継続的な機械的刺激、主に支点が単一であることによる回転運動による刺激を受け続けたことにより、病変部

粘膜の増悪と寛解を繰り返しながら今回のような巨大なサイズまで増大したと思われる。

また本症例は前後径33mm,幅径18.7mm,上下径9.7mmで、文献的に硬口蓋に発生するサイズを大幅に上回っている。しかしながら、Kinosita⁷⁾らの、左側硬口蓋部に長径4.5cmの有茎性の線維腫を認めたとの報告がある。その症例は57歳男性で、義歯による刺激ではなく、約10年におよぶ弄舌癖が原因と考察されている。さらに、北川⁸⁾らによると硬口蓋正中部に口蓋全体におよぶ、90×65×50mmの線維腫が報告されている。興味深いことに、この症例は義歯装着や歯鋭縁など明らかな刺激源がなく、弄舌癖や吸引などが原因として疑われた。我々の症例はサイズは前述報告より小さいが、我々が渉猟し得た中では第4位の大きさであった。また上顎義歯による慢性的刺激が原因と考えられる腫瘍の増大期間が、約20年間におよぶ稀有な症例と言える。推測の域を出ないが、これだけの腫瘍がありながら義歯を使用継続できたのは、上顎義歯の素材が金属床で薄かったことと、下顎義歯を使用していなかったことによる前歯部に偏った咬合様式が要因と考えられる。

結語

左側硬口蓋部に発生した不適合義歯が原因と思われる巨大な義歯性線維腫の一例を経験した。各種画像検査を用いて悪性疾患を除外した後に切除術を行うことで、良好な治癒が得られることを確認した。

一方、本症例の患者に定期的な歯科医院受診の習慣があれば、今回のようなサイズまで放置されることはなかったと思われる。患者、医療側の双方に歯科治療は、う蝕治療、歯周病治療、補綴治療含めてメンテナンスが最重要であるという認識を共有することが肝要であろう。

参考文献

- 1) 口腔外科学 第2版 監修：宮崎 正，編集：松矢篤三，白砂兼光 医歯薬出版社
- 2) T.Kawano, S. Yanamoto. et al: Soft tissue chondroma of the hard palate : A case report.

- Asian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 23:92-95,2011
- 3) Ana-Carolina Vasconcelos, Ana-Paula Gomes et al: Oral Bilateral Collagenous Fibroma: A previously unreported case and literature review. J Clin Exp Dent.10:96-99,2018
- 4) M.Toida, T.Murakami. et al: Irritation Fibroma of the Oral Mucosa:A clinicopathological study of 129 lesion in 124 cases. Oral Med Pathol.6:91-94,2001
- 5) Baker DS and Lucas RB. Localised fibrous overgrowths of the oral mucosa. Br J Oral Surg. 5:86-92,1967
- 6) An Atlas of Stomatology. Oral Diseases and Manifestations of Systemic Diseases : Crispian Scully, Stephen Flint MARTIN DUNITZ
- 7) H.Kinoshita, T.Ogawa. et al: Slow-Growing Large Irritation fibroma of the Anterior Hard Palate: A Case report using Immunohistochemical analysis. J Maxillofac Oral Surg. 15:253-257,2015
- 8) 北川徹, 増田元三郎ら: 口蓋にみられた巨大な線維腫の1例. 日本口腔外科学会雑誌.26.4:244-247,1980