

症 例 報 告

下顎智歯迷入歯根による慢性顎下腺周囲炎の1例

及 川 理 高瀬 厚太郎 大和田 剛史
結 城 勝彦 関山 三郎

岩手医科大学歯学部口腔外科学第2講座* (主任: 関山三郎教授)

[受付: 1984年12月25日]

抄録: われわれは8迷入歯根が原因で、右側顎下部の腫脹と疼痛を繰り返した症例を経験したので報告した。症例は42才の女性で、某歯科医院にて8抜歯を受けた後、発熱、嚥下痛、右側顎下部の腫脹などが生じたため、某病院外科にて加療を受け一時消退した。しかし、その後も炎症症状の再燃を繰り返したため、抜歯6ヶ月後に当科を受診した。初診時、右側顎下部に鳩卵大の腫瘍が認められ、双指診により8相当口底部に大豆大の骨様硬の腫瘍が触知され、また舌右半側の知覚障害と味覚異常が認められた。X線所見より8相当下顎骨下縁部に歯根様X線不透過像が認められたため、消炎後、全身麻酔下に摘出した。術後、2週間後には右側顎下部の腫脹と疼痛ならびに舌右半側の知覚障害は消失し、3ヶ月後には味覚異常も緩解し、経過良好にて現在に至っている。

Key words : displaced tooth, perisialoadenitis, submaxillary space.

緒	言	症	例
---	---	---	---

抜歯は日常の口腔外科診療において最も頻度の高い観血的処置であり、これに伴う偶発症には後出血、軟組織損傷あるいは歯槽骨々折など種々のものがみられる。また、抜去歯牙あるいはその破折片が周囲軟組織間隙に迷入して種々の障害が惹起されたり、その除去に困難をきたすことがある¹⁻⁴⁾。今回われわれは8迷入歯根が原因で、約6ヶ月間という長期間にわたり炎症の再燃を繰り返し、顎骨周囲炎さらには顎下腺周囲炎を起こし、舌の知覚障害ならびに味覚異常を伴った症例を経験したので、若干の考察を加え報告する。

患者: 42歳, 女性
初診: 昭和55年2月13日
主訴: 右側顎下部の腫脹
既往歴: 特記事項なし
家族歴: 特記事項なし
現病歴: 昭和54年7月10日, 某歯科医院にて8の齶蝕のため抜歯処置を受けた。同日夕方より発熱があり, 右側顎下部の腫脹, 嚥下痛ならびに開口障害が生じ, また, 舌の右半側にしびれ感が出現した。抗生物質および消炎剤の投薬を受け服用を続けたが, 症状の改善がみられないため某病院外科を受診し, 顎下リンパ節炎の診断のもとに顎下部の切開処置ならびに投薬を

Perisialoadenitis of submaxillary gland caused by displacement of the root into the submaxillary space : Report of a case.

Osamu OKAWA, Kotaro TAKASE, Kosi OWADA, Katsuhiko YUKI and Saburo SEKIYAMA
(Department of Oral and Maxillofacial Surgery II, School of Dentistry, Iwate Medical University, Morioka 020)

* 岩手県盛岡市中央通1-3-27 (〒020)

Dent. J. Iwate Med. Univ. 10: 11-15, 1985



図1 初診時口腔外所見

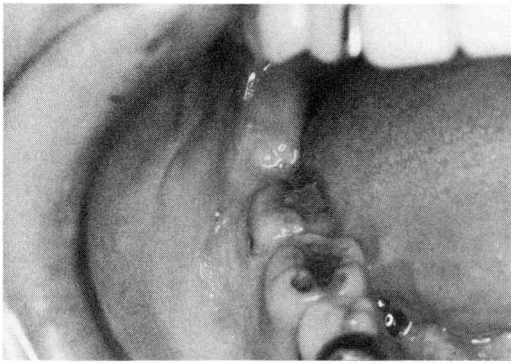


図2 初診時口腔内所見

受け、徐々に疼痛、開口障害などの症状は改善された。しかし、その後も炎症症状の再燃を繰り返し、また、右側顎下部の腫脹と舌の右半側のしびれ感が消失しないため、他歯科医院を受診し、当科を紹介され来科した。

現症

全身所見：体格は中等度、栄養状態は良好であり、体温は36.4°Cであった。

口腔外所見：右側顎下部に鳩卵大の比較的境界明瞭な腫瘤を認め、被覆皮膚は正常色で、その腫瘤辺縁の下顎側に約15mmの切開によるものと思われる線状の瘢痕がみられた。腫瘤は弾性硬で、圧痛がみられ、可動性であったが熱感はなかった(図1)。顎下リンパ節は左側に小豆大のもの1個を触れ、圧痛はなく可動性であった。右側には触知されなかった。

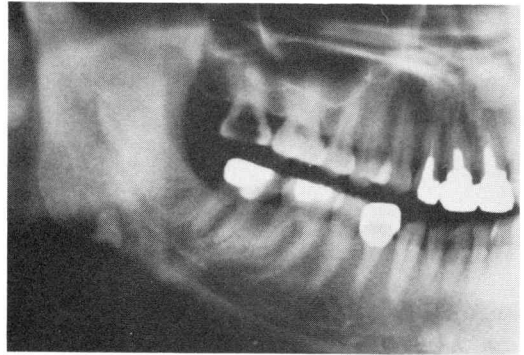


図3 初診時パノラマX線所見。8]相当下顎骨下縁部に歯根様X線不透過像が認められる



図4 咬合位X線所見

8]相当口腔底に歯根様X線不透過像が認められる

口腔内所見：8]抜歯創は治癒しており、76]相当口底部から歯肉にかけて軽度の発赤、腫脹がみられ、また右側舌下小丘部に軽度の発赤がみられた(図2)。双指診により8]相当口底部に大豆大の骨様硬の腫瘤が触知され、舌の右半側に知覚障害および味覚異常が認められた。

X線写真所見：Panorama および咬合位撮影にて、8]相当下顎骨下縁部に約8×4mmの歯根様X線不透過像が認められた(図3, 4)。また、顎下腺造影撮影において、顎下部の腫瘤は顎下腺体部に一致していたが、顎下腺体および顎下腺管には異常を認めなかった(図5)。

臨床検査所見：血液一般検査で白血球数がや

表1 初診時臨床検査所見

血液一般	10.6×10 ³ /mm ³	LDH	257 単位
WBC	413 ×10 ⁴ /mm ³	T-Bil	1.0 mg/dl
RBC	13.4 g/dℓ	A/G	2.57
Hb	38.3 %	血清学	
Ht	274 ×10 ³ /mm ³	CRP	(-)
Plat		ASO	12 Todd単位
白血球分類		血沈	
好塩基球	0 %	1時間値	4 mm
好酸球	3 %	2時間値	10 mm
杆状核球	4 %	尿一般	
分葉核球	60 %	外観	黄色・清
リンパ球	29 %	比重	1.021
単球	4 %	pH	7.5
血液化学		尿蛋白	(-)
TP	15.8 g/dℓ	潜血反応	(-)
Na	145.0 mEq/l	ビリルビン	(-)
K	4.4 mEq/l	ウロビリノーゲン (±)	
Cl	104.1 mEq/l	沈査顕微鏡検査	
Ca	4.2 mEq/l	赤血球	0-1/数視野
UN	18.4 mg/l	白血球	1-2/数視野
AMY	144 IU/l	扁平上皮細胞	2-3/数視野
GOT	9 単位		
GPT	5 単位		

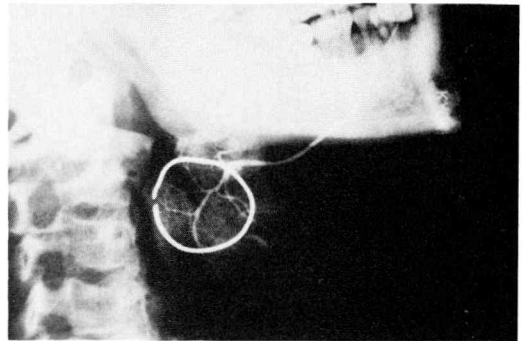


図5 初診時顎下腺造影X線所見
顎下腺, 顎下線管には異常を認めない。ヒューズ線は顎下部の腫瘤部位を示す

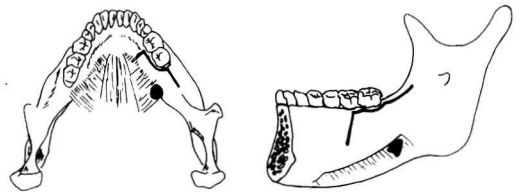


図6 切開線および迷入歯根の位置を示すシューマ

や増加している以外, 血液化学検査, 尿一般検査などで異常はみられなかった (表1)。

臨床診断: 8) 破折歯根迷入による慢性顎下腺周囲炎。

処置および経過: 外来にて消炎ならびに経過観察を行い, 同年6月12日入院の上, 6月26日全身麻酔下に, 口腔内より迷入歯根摘出術を行った。すなわち, 76舌側歯肉の歯頸部より下顎枝前縁に至る約3cmの切開を加え, さらに6舌側に口底部に及ぶ縦切開を加えた (図6)。舌側の粘膜骨膜弁を剥離すると, 7舌側粘膜直下より下方へ続いている硬い瘢痕組織がみられ, 深部に迷入歯根が触知された。双指診によりその位置を確認しながら, 深部へ続く瘢痕組織に沿って剥離を進めたが, 剥離はきわめて困難で, また, 迷入歯根は可動性があり, なかなか到達できなかった。そのため瘢痕組織に沿って消息子を挿入し, その先端を迷入歯根に接触させX線撮影を行い, 迷入歯根の位置を術中に再確認した。このX線写真をもとに剥離を続け



図7 術中所見
7) 舌側骨膜下から迷入歯根が摘出されるどころ

ると, 顎舌骨筋後縁の顎下腺体上に瘢痕組織および肉芽組織の塊が存在し, その内部に迷入歯根が確認され, これを異物鉗子にて摘出した (図7)。迷入歯根の大きさは7.5×4×2.5mmで, 表面は黄白色, 滑沢であった (図8)。

術後, 抗生物質, 消炎剤などの投与を行い, 5日目頃より, 初診時からみられた右側顎下部

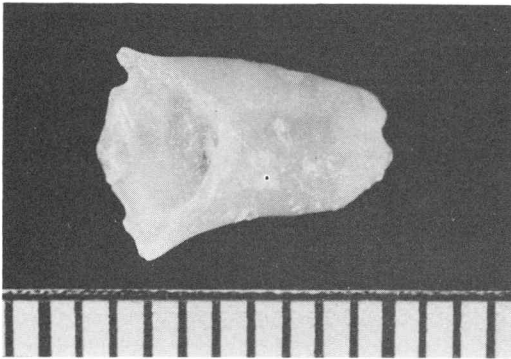


図8 摘出された迷入歯根

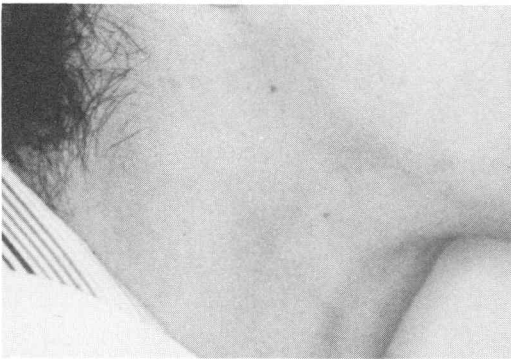


図9 術後口腔外所見

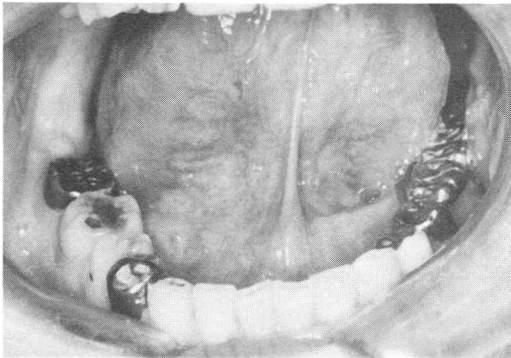


図10 術後口腔内所見

の腫瘤ならびに圧痛は急速に消失傾向を示した。2週間後には皮膚に軽度の発赤を残すのみとなり、舌の右半側における知覚障害も消失した。さらに3ヶ月後には味覚異常も緩解した。術後4年の現在、右側顎下部の癒痕上部に小豆大の硬結を触れ、同部に軽度の異和感が認められるが、その他異常所見はみられず経過は良好である(図9, 10)。

考 察

抜歯の際に生ずる偶発症には後出血、軟組織損傷、歯槽骨々折など種々のものがみられるが、その中で抜去歯牙が原因となるものには上顎洞への迷入、周囲軟組織間隙への迷入、誤飲および気道内吸引などがある。しかし、これら偶発症に関する報告は少なく、上顎洞への迷入については宇賀ら¹⁾、早津ら²⁾の報告、周囲軟組織間隙への迷入については内田ら³⁾、遠藤ら⁴⁾の報告を散見するのみのようである。

抜去歯牙の顎骨周囲の軟組織間隙へ迷入した症例の診断は、現症歴、現症などから比較的容易であるが、その位置の探索には、P-A, lateral, Panorama など、広い範囲を含むX線撮影法が有用である。

本症の処置は迷入歯牙の摘出であるが、迷入した部位により難易度が異なるのは当然である。また、迷入後ただちに摘出する場合と長期間放置された後摘出する場合とでは、迷入歯牙周囲の癒痕形成などにより摘出時の困難さがかかなり異なるようである。本症例は破折歯根迷入後、原因の発見までの期間が6ヶ月と非常に長く、その間、炎症の再燃を繰り返したために迷入歯根周囲の組織の癒痕化が強く、摘出に困難をきたし、術中にX線撮影にて再度位置を確認する必要があった。

本症例の特徴は、迷入歯根により顎下腺周囲炎を起こし、顎下部に限局性の腫脹が生じたことで、顎下腺炎、リンパ節炎あるいはリンパ節周囲炎なども疑われ、鑑別診断がそれほど容易ではなく、このことが診断を遅らせた原因の1つと考えられた。もう一つの特徴は舌の右半側の知覚障害と味覚異常を生じたことで、このことは迷入した破折歯根が舌神経に近接したため、圧迫により知覚障害や味覚異常を生じたものと推察されたことである。

本症の発生頻度は下顎智歯が最も多いようである⁵⁻⁷⁾。この部位の舌側歯肉は顎骨より比較的容易に剝離し、かつ舌側歯槽骨は薄く破折しやすく、歯牙が容易に舌側下方へ落ちこみやすい

状態となっており⁷⁾, いったん歯牙を迷入させてしまうと容易に取り出せない部位である⁸⁾。また円錐形の歯牙を鉗子で把持したときに歯牙の長軸方向に作用する力は大きく, 加えられた力が強すぎると歯牙が鉗子より滑脱し, 迷入の原因となる⁹⁾。

このような偶発症を未然に防ぐためには, 抜歯前に診査を充分におこない, 精神的, 時間的な余裕をもち, さらに適正な器具を使用し, 無理な力は加えず, 抜去する歯牙の部位によって, 術者の位置および患者の姿勢を適正にするなど⁹⁾, 常に万全の状態で臨むことが肝要である。また, 不測の事態が発生した際には, ためらわ

ず専門的機関に依頼することも, 早期に的確な処置が行われるうえで必要なことと考えている。

結 語

われわれは42歳女性で, 原因不明の顎下リンパ節炎として症状の再燃を繰り返した症例に遭遇し, 原因が下顎智歯の迷入歯根によるものと診断し, その摘出により治癒せしめた症例を経験したので, 若干の考察を加え報告した。

本論文の要旨は, 第19回日本口腔科学会北日本地方部会(昭和56年11月14日, 郡山市)において発表した。

Abstract : A Case of submaxillary swelling caused by the root of the lower third molar which was displaced into the region of the submaxillary space is reported.

A 42-year old woman was referred to our clinic. Her chief complaint was swelling and pain of the right submaxillary area for 6 months' duration. The patient stated that her right lower third molar had been extracted at a certain dental clinic, and these symptoms had been developing since then.

Clinical examination showed swelling of the right submaxillary area. Intraorally, the extraction wound was completely closed and cured. A firm phyma as large as a soy-been was found deep in the floor of the mouth by bimanual palpation. Sensory disturbance and hypogeusia of the tongue were discovered.

Radiographic findings revealed the displaced root at the inferior border of the right mandibula.

With the patient under general anesthesia, extirpation of the root was performed by the intraoral approach.

Postoperative course was quite favorable. Two weeks after the operation, the symptoms, as well as the sensory disturbance of the tongue disappeared. Hypogeusia was remitted three months after operation.

文 献

- 1) 宇賀春雄, 久野吉雄, 新井試四郎, 熊沢康雄: 過去10年間における上顎洞歯根迷入例の臨床集計的観察, 歯学, 62: 363-367, 1974.
- 2) 早津良和, 古田 勲, 篠崎文彦, 小浜源郁: 上顎洞内歯根迷入の8症例, 北海道歯科医師会誌, 33: 29-32.
- 3) 内田 稔, 高橋和夫, 宇賀春雄, 新津 淳, 高森等, 園山 昇: 抜歯操作中に誤って口腔底に迷入させた下顎智歯の3症例について, 歯学, 62: 356-359, 1974.
- 4) 遠藤隼人, 横沢昭平, 菅原 正, 工藤啓吾: 抜歯操作中下顎智歯を誤って口底部に迷入させていた1症例について; 岩医大歯誌, 1, 103-106, 1976.
- 5) 増田正樹: 抜歯時に関連した偶発症, 歯科ジャーナル, 18: 405-412, 1983.
- 6) 曾田忠雄: 口腔外科治療にみられる偶発症, 野口政宏編, 歯科診療各科にみられ偶発症, 医歯薬出版, 東京, 321-324, 1979.
- 7) 作田正義: 抜歯時に起こる偶発症, 抜歯の臨床, 歯界展望別冊, 医歯薬出版, 東京, 265-267, 1979.
- 8) Killey, H.C., et al.: The maxillary sinus and its dental implications, pp 71-72, John Wright & Sons Ltd., Bristol, 1975.
- 9) 宇賀春雄: 困難な抜歯とその抜去法について, 北海道歯科医師会誌, 17: 1-4, 1962.