

原 著

エナメル上皮腫の臨床的・病理学的研究

—第1報: 29症例の臨床統計学的観察—

山崎 正 武田 進 倉科 憲治 小谷 朗

信州大学医学部歯科口腔外科学教室

CINICAL AND PATHOLOGICAL STUDIES OF AMELOBLSTOMA

I. CLINICO-STATISTICAL OBSERVATIONS OF TWENTY-NINE
CASES OF AMELOBLASTOMA

Tadashi YAMAZAKI, Susumu TAKEDA, Kenji KURASHINA and Akira KOTANI

Department of Dentistry and Oral Surgery, Shishu University School of Medicine

YAMAZAKI, T., TAKEDA, S., KURASHINA, K. and KOTANI, A. *Clinical and pathological studies of ameloblastoma. —I. Clinico-statistical observations of twenty-nine cases of ameloblastoma.* Shinshu Med. J., 28: 458-468, 1980

The ameloblastoma is a tumor believed to be originated from the odontogenic tissues. The purpose of this article is to review all the cases with ameloblastoma, seen in the Department of Dentistry and Oral Surgery, Shishu University School of Medicine over 13 years of period (Sep. 1965-Aug. 1978).

- 1) This study included 12 males and 17 females. Their ages ranged from 2.5 to 72 years old, when the diagnoses were made.
- 2) All of the tumors were found in mandibles. About 70 per cent of them were situated at the molar regions and the ascending rami.
- 3) Pathologically, we found three types of the tumor in the series. They were plexiform, follicular and basal cell type. 13 cases of plexiform type and 12 cases of follicular type were found, and the majority of our cases belonged to these two types. Four cases with basal cell type, being solid type macroscopically, were found in younger age group.
- 4) In 3 cases, which showed recurrence, these tumors showed different pathological findings from the original tumor tissues. (Received for publication; May 7, 1980)

Key words ; エナメル上皮腫 (ameloblastoma)

歯源性腫瘍 (odontogenic tumor)

緒 言

顎口腔領域に発生するエナメル上皮腫はエナメル器に類似した特異な組織像を示し、組織学的には良性腫瘍であるが臨床的にはしばしば再発をおこし、まれに悪性転化する上皮性の歯原性腫瘍である。従来多くの報告がなされているが Small と Waldron (1955)¹⁾ の報告によると欧米での発現頻度は少なく、Lagundoye (1975)²⁾, Anand (1967)³⁾ によるとアフリカおよび有色人種に多いとされている。本邦において、平出 (1958)⁴⁾ は高い発生率を示し日常臨床でしばしば遭遇すると述べている。

今回われわれは最近13年間のエナメル上皮腫症例29例について臨床統計的観察を行ったので報告する。

対 象

昭和40年9月より昭和53年8月までの13年間に信州大学医学部附属病院歯科口腔外科外来を訪れ、エナメル上皮腫と診断された29症例を、性別および来院時年齢、来院までの期間、受診経路、主訴、症状、X線所見、腫瘍の肉眼的所見、発生部位、大きさ、病理組織所見、治療法および予後について検討した。

成 績

1 性別および来院時年齢

29症例は男性12例、女性17例でやや女性に多く見られ、来院時年齢は最低2才5ヵ月女児から最高72才女性にわたっていた。年齢分布は10才代に最も多く8例(28%)、次いで40才代7例(24%)であり、10才未満の年少者、50才以上の高齢者はともに少なかった(表1)。

表1 来院時年齢

| 年 齢 | 男 性 | 女 性 | 計 |
|---------|-----|-----|----|
| 0 — 9歳 | 0 | 1 | 1 |
| 10 — 19 | 3 | 5 | 8 |
| 20 — 29 | 2 | 3 | 5 |
| 30 — 39 | 2 | 1 | 3 |
| 40 — 49 | 3 | 4 | 7 |
| 50 — 59 | 0 | 2 | 2 |
| 60 — 69 | 2 | 0 | 2 |
| 70 — | 0 | 1 | 1 |
| 計 | 12 | 17 | 29 |

表2 来院までの期間

| 期 間 | 例 数 |
|------------|-----|
| — 1 週 | 3 |
| 1 週 — 1 月 | 3 |
| 1 月 — 3 月 | 7 |
| 3 月 — 6 月 | 2 |
| 6 月 — 1 年 | 2 |
| 1 年 — 3 年 | 4 |
| 3 年 — 10 年 | 5 |
| 10 年 — | 3 |
| 計 | 29 |

表3 受診経路

| 他 科 受 診 経 験 | 例 数 |
|------------------|-----|
| 歯科————→当科 | 18 |
| 医科————→当科 | 2 |
| 歯科————→医科————→当科 | 3 |
| 医科————→歯科————→当科 | 3 |
| 直接当科 | 3 |
| 計 | 29 |

表4 主訴別頻度

| 主 訴 | 例 数 |
|----------------|------------|
| 腫 脹 (口 腔 外) | 25 (21) |
| (口 腔 内) | (4) |
| 疼 痛 | 3 |
| 不 快 感 | 1 |
| 計 | 29 |

2 来院までの期間

異常に気付いてから当科受診するまでの期間は1～3ヵ月が最も多く、最短では症状を自覚してから3日目に受診、最長症例は十分な治療を受けず30年間放置したままであった(表2)。

3 受診経路

直接当科を受診した3例を除き最初に受診した診療科が歯科であるものは21例と圧倒的に多かったが、最初に医科(各科)を訪れたものが5例あった(表3)。

当科受診する以前に受けた処置としては、腫脹部の切開(9例)、抜歯(2例)、開窓(1例)などが見ら

表5 主要症状

| 症 | 状 | 例 | 数 |
|------------|---------|----|---|
| 腫 脹 | 口 腔 外 | 23 | |
| | 口 腔 内 | 29 | |
| 疼 痛 | 自 発 痛 | 3 | |
| | 圧 痛 | 9 | |
| | 打 診 痛 | 1 | |
| 腫 脹 硬 度 | 骨 様 硬 | 6 | |
| | 弾 性 軟 | 1 | |
| | 波 動 | 9 | |
| | 羊 皮 紙 音 | 3 | |
| 顎・頸部リンパ節腫脹 | | 13 | |
| 機 能 障 害 | | | |
| | 開 口 障 害 | 4 | |
| 口 腔 内 所 見 | | | |
| | 出 血 | 1 | |
| | 瘻 孔 形 成 | 4 | |
| | 潰 瘍 形 成 | 2 | |
| | 排 膿 | 3 | |
| | 抜歯窩治癒不全 | 1 | |

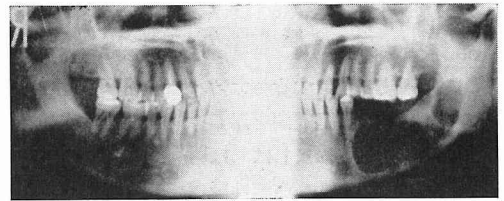


写真1 多房型骨吸収像を示すX線像

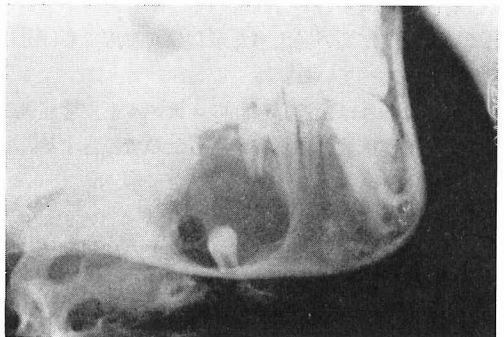


写真2 単房型骨吸収像を示すX線像

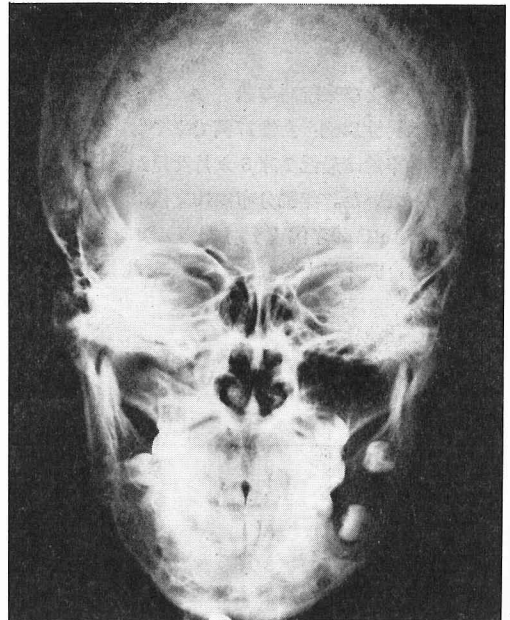


写真3 2本の大白歯を埋伏するX線像

れた。

4 主訴

腫脹を主訴とするものは25例と最も多く、疼痛3例、不快感1例であり、腫脹を主訴とするものの多くは下顎隅角部、顎下部、オトガイ部などの口腔外腫脹であった(表4)。

5 症状

本対象例29症例は全例下顎に発生した症例であり、その主症状として全例に口腔内腫脹が見られ、口腔外の腫脹を伴ったもの23例であった。圧痛を伴うものは9例であった。硬度は波動あるいは羊皮紙様感を呈するものが12例と多く、排膿、出血、潰瘍形成などの慢性あるいは亜急性の炎症症状を伴うものは16例(55%)に見られた。顎下リンパ節の腫脹は13例に認められた(表5)。

6 X線所見

エナメル上皮腫のX線透過像を多房性、単房性に大別すると、多房性のものが20症例(68.9%)であった。病巣内に埋伏歯を伴ったものは10症例であり、うち2例は複数(2本)の歯牙を有していた。埋伏歯の内訳は智歯5本、第2大白歯4本、第1大白歯・第1小白

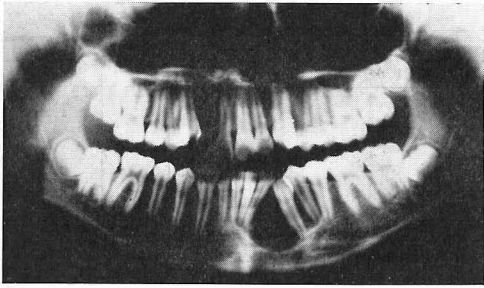


写真4 腫瘍組織に圧迫され歯牙の傾斜を示すX線像

表6 埋伏歯含有のX線所見

| X線所見 | 例数 |
|------|----|
| 多房型 | 7 |
| 単房型 | 3 |
| 計 | 10 |

歯・側切歯各1本であった。腫瘍に隣接した歯牙の傾斜，歯根吸収は各6症例に見られ，多くは第1・第2大臼歯であった（表6）。

7 肉眼的所見

腫瘍は肉眼的に嚢胞型 cystic，混合型 cystic and solid (mixed)，充実型 solid の3型に大別され，混合型16例（55%），嚢胞型9例（31%）と混合型が多く充実型は4例（13.7%）と最も少なかった（表7）。

表7 レントゲン・肉眼的所見

| | 多房型 | 単房型 | 計 |
|-----|-----|-----|----|
| 充実型 | 2 | 2 | 4 |
| 混合型 | 13 | 3 | 16 |
| 嚢胞型 | 5 | 4 | 9 |
| 計 | 20 | 9 | 29 |

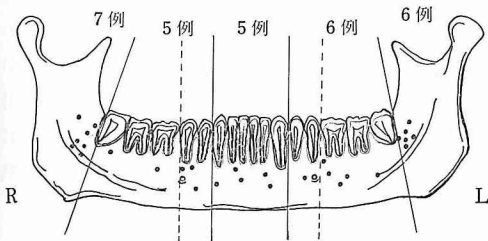


図1 発生部位（下顎骨）

8 発生部位

レントゲン写真上において腫瘍のほぼ中央に相当する部位にポイントを打つと図1に示す通り，分布状態は前歯部5例，右側12例，左側12例と左右差はなく，智歯周辺に数多く認められた。

9 大きさ

腫瘍範囲と大きさの関係を見ると鶏卵大，鳩卵大が共に10例と多く，鶏卵大以上の腫瘍は18症例（62%）で下顎角部を含み上行枝にかけて存在する例が多かった（表8）。

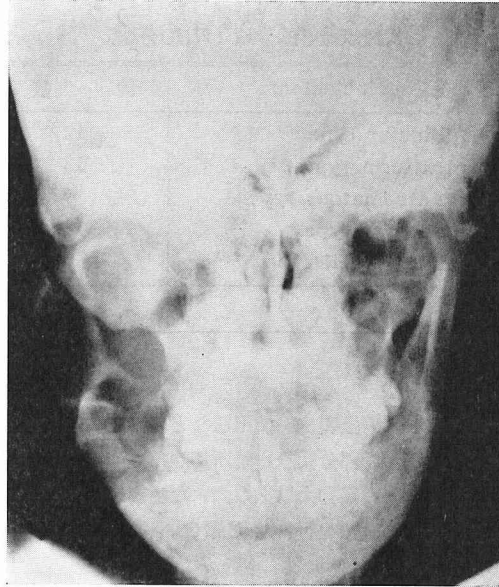


写真5 上行枝～骨体部にかけて生じた巨大なエナメル上皮腫症例のX線像

表8 部位・大きさ

| 腫瘍存在部位 | くるみ大 | 鳩卵大 | 鶏卵大 | 家鴨卵大 | 鵝卵大 | 計 |
|---------|------|-----|-----|------|-----|----|
| 前歯 | 1 | 2 | 2 | | | 5 |
| 前歯—小白歯 | | 1 | | | | 1 |
| 前歯—大白歯 | | | 2 | 1 | | 3 |
| 小白歯—大白歯 | | 3 | 2 | | | 5 |
| 小白歯—上行枝 | | | | 2 | 2 | 4 |
| 大白歯 | | 2 | | | | 2 |
| 大白歯—上行枝 | | 2 | 4 | 2 | 1 | 9 |
| 計 | 1 | 10 | 10 | 5 | 3 | 29 |

10 病理組織学的所見

本腫瘍の組織像は多彩でその分類方法も数多く存在

するが、著者らは Pindborg (1971) の WHO ameloblastoma 分類⁵⁾に従って、エナメル上皮腫 (ameloblastoma) と診断されるに至った最初の組織所見について分類を行った。29例中 plexiform type 13例 (45%), follicular type 12例 (41%), basal cell type 4例 (14%) であり, acanthomatous type, granular cell type は見られなかった。なお再発時の組織像は3例中2例において acanthomatous type を含む混合型を示し, 他の1例も初発時組織像と異なっていた (表9)。

表9 病理組織学的分類 (WHO分類)

| Ameloblastoma | 例数 |
|--------------------|----|
| follicular type | 12 |
| plexiform type | 13 |
| acanthomatous type | 0 |
| basal cell type | 4 |
| granular cell type | 0 |
| 計 | 29 |

11 治療法

開窓法, 腫瘍搔爬法, 摘出法などの姑息的療法施行13症例, 下顎骨部分切除, 離断切除などの根治療法施行16例であり, 鶏卵大以上の大きな腫瘍に対しては主に根治的な治療法を行った (表10)。

表10 大きさと治療法

| 大きさ | 開窓 | 搔爬 | 摘出 | 部分切除 | 離断 | 計 |
|------|----|----|----|------|----|----|
| くるみ大 | | | 1 | | | 1 |
| 鳩卵大 | | 2 | 3 | 5 | | 10 |
| 鶏卵大 | | 2 | 3 | 4 | 1 | 10 |
| 家鴨卵大 | | | | 1 | 4 | 5 |
| 鶯卵大 | 1 | 1 | | | 1 | 3 |
| | 1 | 5 | 7 | 10 | 6 | 29 |

12 予後

術後, 腫瘍の再発および変形, 機能の障害もなく経過良好なもの15症例であった。顔貌の変形並びにオトガイ部知覚鈍麻のあるものは下顎骨離断手術施行の4例, オトガイ部知覚鈍麻のみ見られるものは部分切除手術施行の2例であり, 再発症例3例の計9例は何かの異常を認めたものである。不明症例5例のうち,

表11 治療法と予後

| | 異常なし | 変形・鈍麻 | 鈍麻 | 再発 | 不明 | 計 |
|------|------|-------|----|----|----|----|
| 開窓 | | | | | 1※ | 1 |
| 搔爬 | 3 | | | 2 | | 5 |
| 摘出 | 4 | | | 1 | 2 | 7 |
| 部分切除 | 8 | | 2 | | | 10 |
| 離断 | | 4 | | | 2 | 6 |
| 計 | 15 | 4 | 2 | 3 | 5 | 29 |

※他病死

開窓のまま不明となった1例は他病死であることが後に判明した。なお再発3症例はいずれも姑息的療法施行症例であり, うち2例に対しては離断切除術施行, 残り1例に対しては摘出術を行っており再々発を見ていない (表11)。

考 察

昭和40年9月の当科開設以来昭和53年8月までの13年間に当科外来を訪れた患者24,320例のうち, エナメル上皮腫と診断された29例 (0.13%) について臨床統計的に分析, 治療法について検討した。その男女比は1:1.4であった。Robinson (1937)⁶⁾, 清水 (1963)⁷⁾ の北西ドイツにおける報告は女性に多く認められたとしているが, Akinosi と Williams (1969)⁸⁾, Anand (1967)³⁾ らのアフリカにおける報告例, 平出 (1958)⁴⁾, 寺崎 (1959)⁹⁾, 毛利 (1973) ら¹⁰⁾ の本邦における報告例では男性に多く見られ, Small と Waldron (1955)¹⁾ による1,036例の集計的観察においては514例 (52%) が男性であると報告している。いずれの報告においてもその差は僅少で統計的に有意の差はない様である。

来院時年齢は従来の報告と同様10~40才代 (80%) に多く見られたが, 中でも10才代および40才代の占める割合は本邦における他の報告例と比較すると高率であった。最年長例は72才女性, 最年少例は2才5カ月女児であった。年少例として Seldin (1961)¹¹⁾ は18カ月男児, Silva (1956)¹²⁾ は2才8カ月男児の報告があり, 本邦において平出 (1958)⁴⁾ は2才7カ月幼男児を記載している。Gurney (1958)¹³⁾ は malignant melanoma から後に ameloblastoma と診断を変換した2カ月男児を報告している。

異常に気付いてより来院までの期間は1~3カ月の患者群がもっとも多く7例 (24%) であるが, 1年以

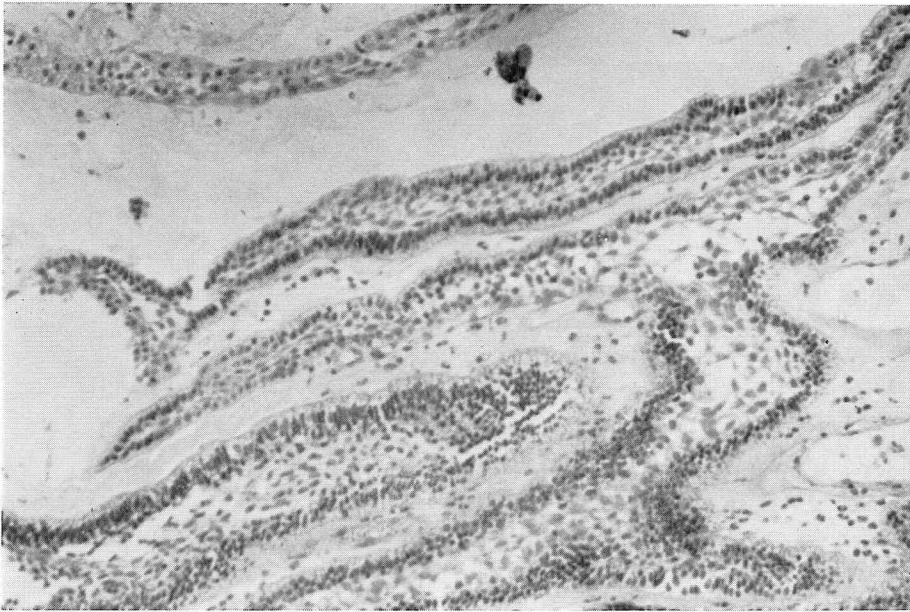


写真6 病理組織学的所見
plexiform type 実質が索状に増殖，間質嚢胞が見られる。

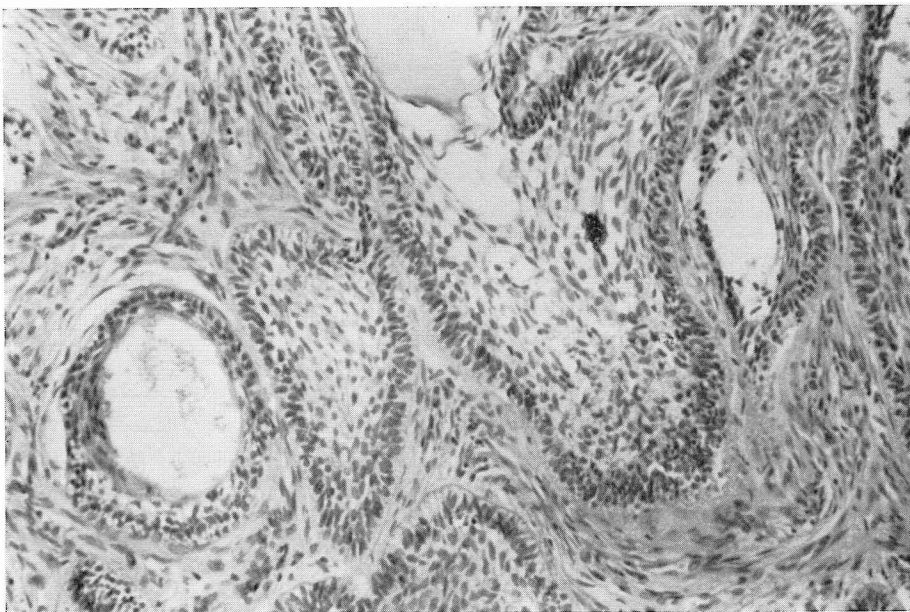


写真7 病理組織学的所見
follicular type 実質胞巣が嚢胞状を呈し最外層に円柱状の細胞
がならび，内部に星状細胞が見られる。

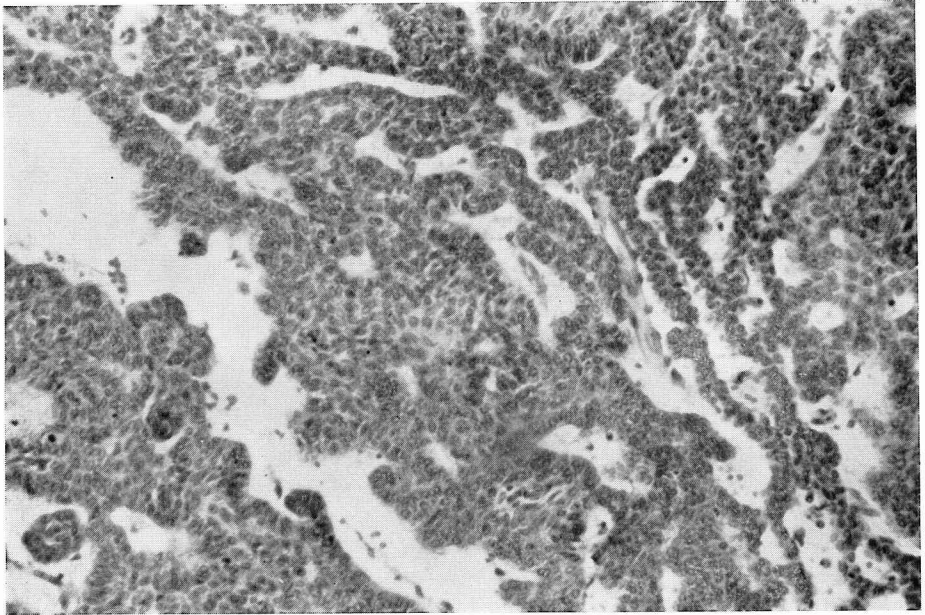


写真8 病理組織学的所見
basal cell type 実質は基底細胞様の組織である。

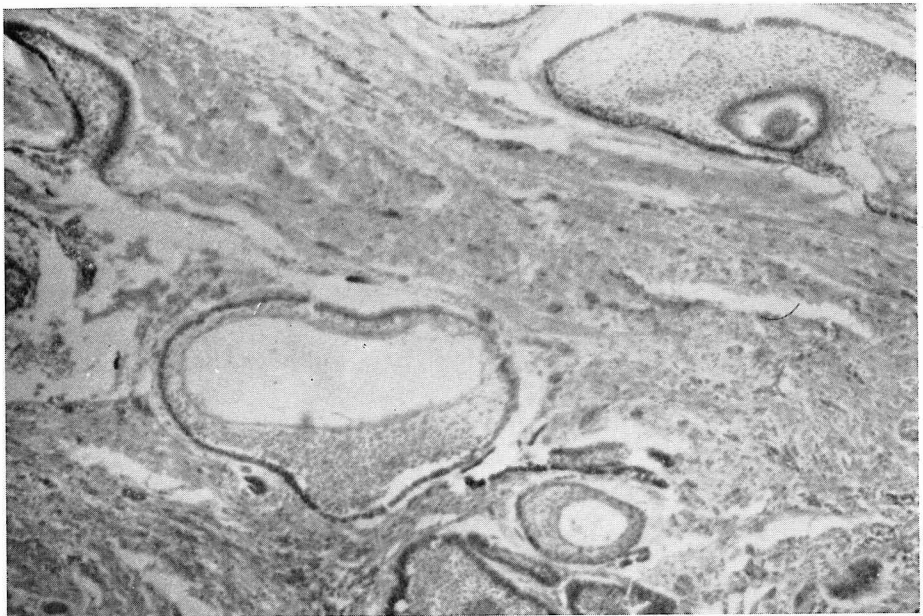


写真9 病理組織学的所見
acanthomatous type 再発症例に見られたもので胞巣の中心部に扁平上皮巣を形成，多くの棘細胞が見られる。

内に当科を受診した症例の総和は17例(59%)と毛利(1973)ら¹⁰⁾の報告と同様に多い。最長は30年で、腫脹に気付いた直後に一般歯科医院を受診したが無処置のまま放置していたもので腫脹が無痛性で緩慢な発育傾向をとった症例である。

受診経路は一般歯科医院より紹介されたものが最も多く、症例の多くは症状自覚より3カ月以内に一般歯科医院を受診している。当科受診前に受けた処置は腫脹部歯肉、口腔粘膜の切開9例(31%)、患部歯牙の動揺・疼痛を来したための抜歯2例(7%)である。久保田ら(1978)¹⁴⁾は腫瘍にほぼ一致した部位の抜歯の既往は36例中14例(39%)にあったと報告している。当科においては抜歯既往例は少なく、切開を既往にもつものが多いが、両者をあわせた外科的処置を既往にもつ症例は11例(38%)であった。しかし近年は一般歯科医院における歯科用X線装置とくにパノラミックレントゲン装置などの普及により何らかの処置を行った後に送られる症例は減少傾向を示し、X線写真により異常像を認め無処置のまま紹介される症例が多くなっている。

主訴は腫脹が25例(86%)と圧倒的に多く、腫瘍がある程度の大きさに達し骨の膨隆に伴う顔貌の変形に気付く場合が多いことは、本腫瘍の良性腫瘍に属する性格上のものであろう。炎症症状を随伴している症例は16例と半数以上であり、その多くは当科受診前の処置に起因したと考えられ、開口障害を認めた4例中2例は炎症性のものであった。

X線写真は腫瘍の進展範囲を知る上で治療方針決定に不可欠である。エナメル上皮腫のX線像は主に嚢胞性であり、多房型と単房型に大別される。平出(1958)⁴⁾は115例中85例がX線所見にて多房型であるととし、Lagundoye(1975)²⁾、清水(1963)⁷⁾も同様に多房型が多いと述べている。本対象例においても29例中20例(69%)が多房型であった。単房型9例(31%)は境界比較的明瞭な円形ないし楕円形の骨吸収像を示すものが多く、odontogenic cystと混同されやすく特に埋伏歯を伴う症例について follicular cystとの鑑別に困難なものが多かった。平出(1958)⁴⁾、寺崎(1959)⁹⁾は17~48%に腫瘍内埋伏歯があり、その多くは智歯であることを報告している。本対象例においても10例(34%)に埋伏歯があり、その多くは智歯あるいは大白歯であった。他に10才症例では第1小白歯、2才5カ月症例では側切歯を埋伏していた。久保田ら(1978)¹⁴⁾は10才未満の2症例で小白歯や犬歯を埋伏

していたことについて、若年者の場合歯牙の形成に先立ち腫瘍が発生するためであろうと述べている。著者らの2才5カ月症例は下顎側切歯冠の埋伏および腫瘍による乳前歯根の吸収があり、若年者における歯牙形成と腫瘍発生との関係において歯牙の形成萌出の速度を上回る腫瘍の増生があったと考えられる。

腫瘍の肉眼的所見を正確に嚢胞型 cystic、混合型 mixed、充実型 solid の3型に分類するためには、全例に対して根治的手術を行い・摘出物断面の検索に従わなければならないが、症例により各々手術方法が異なり腫瘍全体を一塊として観ることが困難であるので、著者らは初診時臨床所見を主とし手術所見を加味して便宜的に分類を行った。結果、混合型16例+嚢胞型9例=25例(86%)となり諸家報告とほぼ同様な傾向を示した¹⁴⁾⁶⁾。腫瘍発生部位は先人の統計を見ても上顎に発生する割合は5~20%と少なく、本対象例29例は全例下顎骨に発生した症例である。PindborgとKramer(1971)⁵⁾は下顎骨に発生するエナメル上皮腫の70%は大白歯、上行枝部、20%は小白歯部、10%が前歯部であると報告している。腫瘍の正確な発生部位を決定することは初診時腫瘍がすでに広範囲に増大しているので困難であるが大白歯部を含む腫瘍が23例(80%)に見られPindborgとKramer⁵⁾と同様の結果であった。また下顎隅角部を含む腫瘍は鶏卵大以上と大きな腫瘍症例が多く見られたが腫脹の度合にくらべ開口障害を呈するものは少なかった。

病理組織学的所見、エナメル上皮腫は歯胚の上皮成分に類似した実質と血管結合組織性の間質からなるもので、実質の分化方向あるいは程度の相違により組織像も多種多様であり、古くから種々の分類法が発表されている。米国の口腔病理学会(1950)¹⁵⁾は腫瘍の芽組織と考えられる歯原性上皮の発育分化の程度を考慮し、primitive type, plexiform type, stellate type, follicular type, basal cell type, acanthoma type の6型に分類しており、寺崎(1959)⁹⁾は米国口腔病理学会の分類における primitive type を独立した1型として分類することは適当でないとし、plexiform type, stellate type の両者を一括して網状型エナメル上皮腫と呼称し、follicular type, basal cell type, acanthoma type を一括して嚢胞型エナメル上皮腫としている。Lucas(1972)¹⁶⁾は基本型として follicular type, plexiform type の2型に分類、GorlinとGoldman(1970)¹⁷⁾も同様に follicular type, plexiform type の2型分類を用

いている。石川¹⁸⁾は腫瘍分化成熟度に応じて宮崎、荒井分類を修正しⅠ～Ⅲ型に分類している。Pindbolg と Kramer (1971)⁵⁾の WHO ameloblastoma 分類は、follicular type, plexiform type, acanthomatous type, basal cell type, granular cell type の5型に分類しており、Shafer (1974)¹⁹⁾はこの分類方法を採用している。著者らは follicular・plexiform の2型分類を用いた場合、いずれにも属さず分類上難解な症例が生じることから WHO ameloblastoma 分類を用いて分類を行った。その結果は plexiform type, follicular type の両型が大部分を占め、basal cell type と考えられる4例は若年者に多く、肉眼的に腫瘍は充実型を呈するものが多かった。久保田ら (1978)¹⁴⁾は網状型は若年者層に、濾胞型は中年層に多く、網状型は充実型腫瘍の傾向が、濾胞型は嚢胞形成傾向が強いと述べている。しかしながら著者らは両型の間の年齢分布および腫瘍の肉眼所見に有意の差を認めなかった。再発症例の組織像は18才女性例の場合、初回病理組織学所見において follicular type を示していたが8年後再発時の病理組織所見においては各型の混在した像を呈し退行性変化の傾向を思わせた。小野 (1960)²⁰⁾は再発例においてその組織型は一見低分化的な感じがあったと記載しており、久保田ら (1978)¹⁴⁾も同様に再発腫瘍組織ではエナメル器への分化の程度が低い傾向が強いことを示唆している。しかし2才5カ月例の場合、初回病理組織学所見は ameloblastoma 各型の特長を有する未分化な組織像であったが、2年後再発時の病理組織学的所見では典型的な plexiform type を呈していた。このことはエナメル上皮腫の病理組織学的特徴を知る上に重要な所見と考えられる。

臨床に嚢胞型と分類された症例の中に埋伏歯を有する単胞型X線像を示した症例があり、開窓処置施行の時点での病理組織所見は、dentigerous cyst 像を呈していたが、2～4カ月経過後開窓部に肉芽様組織の増生を認め、再度の病理組織検査の結果 ameloblastoma と診断された3症例を経験した。Odontogenic cyst が ameloblastoma になる可能性については Cahn (1933)²¹⁾、Thoma と Proctor (1937)²²⁾、Lucas (1937)²³⁾ が報告しており、Stanley と Diehl (1959)²⁴⁾ は若年者における follicular cyst に関しては組織学的検索が常に必要であると述べている。

治療法としては従来外科療法、放射線療法、薬液注入法およびそれらの併用療法が行われていたが、放射線

療法はエナメル上皮腫の放射線感受性が低いこと、照射による副作用から現在行われなくなっている。Schultz と Vazirani (1959)²⁵⁾は凝固剤 Sodium psylliate (SylNASOL) を腫瘍および腫瘍周囲に注入し比較的良好的結果を得たと報告しているが、我が国においては血管腫の治療法として用いられているにすぎない²⁶⁾。外科療法は外科的保存療法と根治療法に区別され、前者は腫瘍天蓋部骨・粘膜の切除または腫瘍上部に存在する歯牙の抜歯による腫瘍内圧を減じる開窓法、開窓法に準じ減圧を計ると同時に腫瘍組織の搔爬除去を行う搔爬法、腫瘍組織の摘出ならびに浸潤の疑われる周囲骨組織を barr にて削除する摘出法がある。後者には下顎骨下縁部を含めた連続離断切除、関節頭を含めた半側離断切除がある。しかしながらエナメル上皮腫は結合組織性の被膜が比較的弱くそれを越えて周囲骨髄腔や Haver's 管、Volkman 管内に深く浸潤増殖する性質を有するため、外科的保存療法では取り残される可能性が多きわめて局所再発率が高い。姑息的療法を行った場合の再発率は Small と Waldron (1955)¹⁾ 46%、Robinson (1937)⁶⁾ 31%、寺崎 (1959)⁹⁾ 26%と述べている。当科においても姑息的療法施行13症例中3症例 (23%) に再発が見られ、その後再手術を行っている。また Robinson (1937)⁶⁾、Small と Waldron (1955)¹⁾ は統計的に4.5～2%と少数であるが転移あるいは悪性化傾向があると報告しており、中村 (1957)²⁷⁾ は骨の健康部を含めた根治的な顎切除を行うことを主張している。しかし青年層に好発する本腫瘍に対する顎骨離断切除などの根治手術に際しては術後の顎偏位、顔貌の変形を生じそれに伴う機能、審美的障害を来す。特に下顎骨発育途上にある若年者の場合には術後の再建手術を行っても顎発育障害などによる顔貌の変形を惹起するなどの問題がある。寺崎 (1959)⁹⁾ は外科的保存療法でも完全治癒が期待できること、再発までの期間が長く、再発腫瘍の発育は緩慢であることなどから一次治療として姑息的療法を行うことを主張している。著者らは年齢、性別、腫瘍部位、大きさ、骨破壊の程度、多房性が否かに応じ手術法の選択を行っている。手術前に試験切除を目的とする開窓処置を一次的に行い、数カ月間の経過観察と共に、病理組織学的診断を待って、縮少傾向の見られない巨大腫瘍症例、再発症例に対しては主に顎骨離断切除手術を施行し、同時に腸骨移植再建手術あるいは咬合滑面板を装着して顎骨の偏位を防ぐよう努めている。健全な下顎下縁部を残し得ると考えられる場

合には部分的切除術を施行し可及的に機能，美容上の障害を少なくしている。

現時点においては症例数も少なく予後経過観察の期間が短いので今後なお症例数を増すと共に，可及的長期間に渡り経過観察を行う予定である。

ま と め

昭和40年9月より，昭和53年8月までに当科外来を訪れたエナメル上皮腫29例（男性12例，女性17例）について臨床統計的に検討した。

- 1) 年齢分布は2才5カ月女児より72才女性に見られ，10才代から40才代に23例と多かった。
- 2) 全例下顎骨発生例であり，大臼歯～上行枝部に19例と多く鶏卵大以上の大きなものが主体であった。
- 3) 病理組織学的には，plexiform type 13例，follicular type 12例が多く，basal cell type 4例は腫瘍肉眼所見にて充実型を示し若年者に多く見られた。
- 4) 再発は3例に見られ，その腫瘍組織は初発時組織所見と異なる像を示し，成人再発2例においてacanthomatous typeの像を認めた。

本論文の要旨は昭和53年5月，第32回日本口腔科学会総会において発表した。

文 献

- 1) Small, I. A. and Waldron, C. A. : Ameloblastoma of the jaws. OS OM OP, 8 : 281-279, 1955
- 2) Lagundoye, S. B., Akinosi, J. O., Obisesan, A. A. and Oluwasanmi, J. O. : Radiologic features of ameloblastoma in Nigerans. OS OM OP, 39 : 967-975, 1975
- 3) Anand, S. U., Davey, W. W. and Cohen, B. : Tumors of the jaw in west Africa. Br J Surg, 54 : 910-917, 1967
- 4) 平出経布 : エナメル上皮腫の臨床的ならびに病理学的研究. 口腔外科会誌, 4 : 214-228, 1958
- 5) Pindborg, J. J. and Kramer, I. R. H. : In "Histologic typing of odontogenic tumors, jaw cysts, and allied lesion", pp. 24-25, WHO, Geneva, 1971
- 6) Robinson, H. B. G. : Ameloblastoma. Arch No. 5, 1980

- Pathol Lab Med, 23 : 831-843, 1937
- 7) 清水正嗣 : 北西ドイツ外科学教室におけるエナメル上皮腫54例の臨床的および病理学的研究. 第1報 臨床統計的観察およびX線学的所見について. 口腔病会誌, 30 : 122-127, 1963
 - 8) Akinosi, J. O. and Williams, A. O. : Ameloblastoma in Ibadan, Nigeria. OS OM OP, 27 : 257-265, 1969
 - 9) 寺崎太郎 : エナメル上皮腫に関する臨床病理学的研究. 大阪大歯誌, 4 : 1277-1297, 1959
 - 10) 毛利 学, 西尾正寿, 岡野博郎, 中村保子, 南正史, 筒井 豊, 橋本 武, 松本喜雄, 今井一彦, 福辻範彦 : エナメル上皮腫に関する臨床的観察. 耳鼻臨床, 66 : 1027-1036, 1973
 - 11) Seldin, S. D. : Ameloblastoma in young patients : report of two cases. J Oral Surg, 19 : 508-512, 1961
 - 12) Silva, C. A. : Odontoameloblastoma. OS OM OP, 9 : 545-552, 1956
 - 13) Gurney, C. E. : The use of a tube graft to repair a palatal defect. Am J Surg, 95 : 301-303, 1958
 - 14) 久保田文良, 本間 学, 山田哲司, 大久保滋郎, 松田 登 : エナメル上皮腫36症例の臨床病理学的研究. 日口外誌, 24 : 609-613, 1978
 - 15) Thoma, K. H. and Goldman, H. M. : In "Oral pathology", pp. 1169, The C. V. Mosby Company, St. Louis, 1960
 - 16) Lucas, R. B. : In "Pathology of tumors of oral tissues", pp. 30-57, Churchill Livingstone, London, 1972
 - 17) Gorlin, J. R. and Goldman, H. M. : In "Thoma's oral pathology", pp. 482-489, The C. V. Mosby Company, St. Louis, 1970
 - 18) 石川梧朗, 秋吉正豊 : 口腔病理学II, pp. 909-926, 永未書店, 京都, 1969
 - 19) Shafer, W. G., Hine, M. K. and Levy, B. M. : In "A textbook of oral pathology", pp. 251-258, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1974
 - 20) 小野史郎 : エナメル上皮腫の発育に関する形態学的研究. 福岡医誌, 51 : 991-1008, 1960
 - 21) Cahn, L. R. : The dentigerous cyst is a

- potential adamantinoma. Dental Cosmos, 75 : 889-893, 1933
- 22) Thoma, K.H. and Proctor, C.M. : Adamantinoma developing from odontogenic cyst. Int J Orthod, 23 : 307-311, 1937
- 23) Lucas, R. B. : Neoplasia in odontogenic cysts. Oral Surg, 7 : 1227-1235, 1937
- 24) Stanley, H.R. and Diehl, D. L. : Ameloblastoma potential of follicular cysts. Oral Surg, 20 : 260-268, 1959
- 25) Schultz, L.W. and Vazirani, S. J. : A new treatment of ameloblastomas. Am J Surg, 98 : 839-843, 1959
- 26) 塩田重利, 富岡徳也, 中久木一乗 : 組織硬化剤 (Synasol) と梱包療法併用による下口唇血管腫の1治験例. 日口会誌, 14 : 402, 1965
- 27) 中村平蔵 : エナメル上皮腫について. 日歯医師会誌, 10 : 335-343, 1957

(55. 5. 7受稿)