

Title	インプラント埋入予定抜歯窩部に初発した悪性リンパ腫の1例：インプラント治療における病理組織診断の重要性
Author(s)	吉村，治範；和田，義行；黒江，敏史；石田，昇平；伊藤，文敏；田嶋，雄大；辻，司；松沢，耕介
Journal	日本口腔検査学会雑誌，2(1)：82-85
URL	http://hdl.handle.net/10130/1977
Right	

インプラント埋入予定抜歯窩部に初発した悪性リンパ腫の1例 —インプラント治療における病理組織診断の重要性—

吉村治範^{1)*}、和田義行¹⁾、黒江敏史¹⁾

石田昇平¹⁾、伊藤文敏¹⁾、田嶋雄大²⁾、辻 司³⁾、松沢耕介¹⁾

1) 北海道形成歯科研究会

2) 田嶋歯科医院

3) 函館中央病院歯科口腔外科

抄 録

目的：今回我々はインプラント埋入予定部位の抜歯窩に初発した悪性リンパ腫の1症例を経験し、インプラント治療における抜歯窩精査の重要性を再認識したので報告する。

症例の概要：患者は66歳の女性。予知性が低く、抜歯後骨造成しインプラント埋入を予定していた。11、21および13部の周囲歯肉は腫脹し、動揺も著しく保存不可能と判断され、抜歯および根尖部摘出物の病理組織検査を施行した。

結果：採取された検体を病理組織検査した結果、悪性リンパ腫と診断され、函館中央病院に紹介した。放射線療法により腫瘍は緩解し、2年4か月経過するが経過良好である。現在上顎欠損部は、悪性リンパ腫発見前に埋入したインプラントをアンカーとしたオーバーデンチャーで機能と審美を回復している。

結論：インプラント治療を安心安全に行うためには、術前診査診断において常に最善を尽くす必要があり、インプラント治療での病理組織診断は今後益々重要視されるものと考えられる。

キーワード：malignant lymphoma, extraction socket, implant treatment, pathological diagnosis

論文受付：2010年1月13日 論文受理：2010年2月21日

緒 言

抜歯窩にインプラントを埋入するタイミングは、抜歯即時（新鮮抜歯窩）埋入、早期（抜歯窩軟組織治癒後）埋入、抜歯窩の部分的な骨治癒後埋入、遅延（抜歯窩の完全な骨治癒後）埋入の4つに分類されており、特に審美的結果が求められる上顎前歯部症例では、抜歯即時や抜歯後早期にインプラント埋入手術や骨造成術が計画される。しかし抜歯窩は常に正常に治癒するとは限らず安易な抜歯即時埋入や骨造成は注意が必要である。今回我々は、インプラント埋

入予定部位の抜歯窩に初発した悪性リンパ腫の1症例を経験し、インプラント治療における抜歯窩精査の重要性を再認識したので報告する。

症例の概要

患者：66歳の女性

初診日：2006年9月

主訴：左側上顎側切歯と左側上顎犬歯の痛み

既往歴：特記事項なし

*：〒072-0007 北海道美唄市東6条北1丁目1-1

TEL：0126-68-8860 FAX：0126-68-8861

e-mail: harunori@eve.ne.jp

現病歴：

約20年前に上顎前歯部の補綴処置を施行し、経過良好であったが、2005年から左側上顎前歯部歯肉に腫脹消退を繰り返していた。

現 症：

全身所見：特記事項なし

口腔内所見：

上顎前歯ブリッジの支台歯である22は破折し、ブリッジは動揺していた。23は動揺し、唇側歯肉は退縮し根尖部に腫脹が認められた。また24、25、26および46、47は欠損していたが、患者は違和感のため義歯を装着していなかった(図1)。

X線所見：

上顎前歯部ブリッジの支台歯である22および23の歯根周囲骨には透過像が認められ、上顎前歯ブリッジの支台歯22はメタルコアが脱離し残根状態であった(図2)。

臨床診断：

22 歯根破折、23 急性化膿性辺縁性歯周炎

処置および経過：

22および23を抜歯し、患者は咀嚼機能改善のためインプラント補綴を希望したので、2007年1月、46、47部にインプラントを2本埋入し、さらに2007年3月には23、26部にインプラントを2本埋入した(図3)。安静期間をもうけた後、46、47インプラントにプロビジョナルクラウンを装着し右

側大白歯部での咬合支持を確保した。23と26に埋入したインプラントは上顎オーバーデンチャーの支持に用い審美および咬合機能を回復させた。2007年6月、抜歯後骨造成しインプラント埋入手術を予定していた11、12の動揺が著しくなり、周囲歯肉に腫脹も認められ、またX線所見においても初診時と比較して明らかな歯根周囲骨梁の減少がみられたため、腫瘍性病変が疑われた。消炎処置を施し、2007年7月、11、12および13を抜歯した。抜歯窩からは黄色ゼリー状の病変が採取されたため、外部検査会社に病理診断を依頼した。報告によれば、摘出物は骨組織の破壊を伴い、広範でびまん性の浸潤増殖を示していた。腫瘍細胞は、好塩基性でくびれの目立つ核を有する大型のリンパ球様細胞で、モノトーンな増殖からなっていた(図4)。免疫染色の結果で、腫瘍細胞はB細胞系マーカーであるCD79a、L26(CD20)に陽性であったことなどから、びまん性大細胞性リンパ腫(diffuse large B-cell lymphoma)と診断された。直ちに函館中央病院歯科口腔外科を紹介し、函館中央病院血液内科において全身精査がなされた結果、Stage IE(リンパ節以外の1臓器に局限した病変 Ann Arbor 臨床分類)と診断された。2007年8月3



図1 初診時口腔内所見 白歯部での咬合支持が得られず、上顎前歯ブリッジが突き上げられている。



図2 初診時オルソパントモX線所見 22および23の歯根周囲骨には透過像が認められ、22はメタルコアが脱離し残根状態。



図3 11、12、13抜歯前X線所見 初診時と比較し明らかに#11、#12および#13歯根周囲骨梁の減少が認められる。

日から同年8月30日までの期間に、市立函館病院放射線科において、外照射40Gy/20frによるRadiation Therapyが施行された。2009年11月現在、放射線療法より2年3か月経過するが、腫瘍の再発は認められない。上顎欠損部は、悪性リンパ腫発見前に埋入した23、26部のインプラントをアンカーとしたオーバーデンチャーを用いて機能と審美を回復している(図5、図6)。

考察

悪性リンパ腫の発生頻度は10万人に9名程度と稀な疾患ではあるが、頭頸部が好発部位であることから、歯科領域においても粘膜癌以外の悪性腫瘍として遭遇する可能性は稀ではない¹⁾。上顎では鼻、副鼻腔が好発部であり、上顎洞および篩骨洞に初発するものが大部分を占めると報告されている²⁾。しか

し、メンテナンス中にインプラント周囲に扁平上皮癌が発生した症例などの報告もあり^{4) 5)}、臨床医はインプラント治療の術前、術中、術後の全ての段階において慎重な対応が求められる。インプラント治療での病理組織診断は今後益々重要視されるものと考えられる。今回のように上顎歯槽部に初発とする悪性リンパ腫の報告も³⁾少なくはなく、普段の臨床においても十分に危険性を留意すべきである。今後、治療時間の短縮のために、多くの症例で抜歯即時埋入インプラントが用いられると推察される。しかし、根尖などに病変が認められる場合は検体検査をなるべく手段により行うべきと考える。

参考文献

- 1) 清水正嗣、小浜源郁(共編): 口腔癌「診断と治療」、デンタルダイヤモンド社、東京、328-335、1989

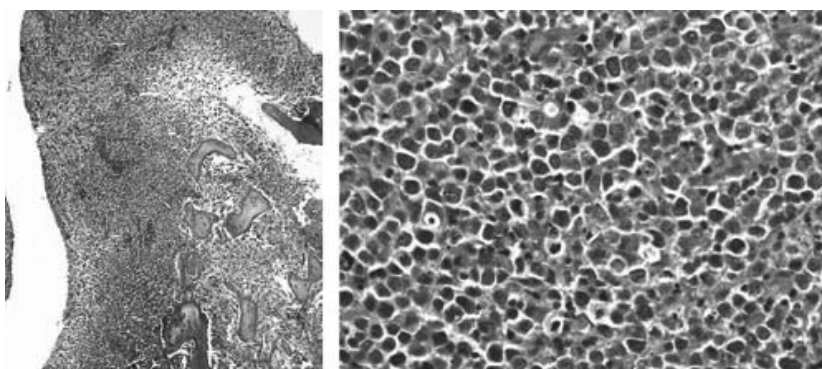


図4 病理組織所見(H-E染色)
大型で不規則な形状を示すリンパ球様細胞が濾胞構造などの特徴的な構造をとらずに瀰漫性に浸潤増殖している。卵円形でくびれの目立つ塩基好性細胞核を示す。



図5 放射線療法後2年3か月の口腔内所見
腫瘍が初発した右側上顎前歯部の顎堤粘膜は良好で、23、26のインプラントを支持としたオーバーデンチャーにより審美と咬合機能を回復している。



図6: 放射線療法後2年3か月のパノラマX線所見
腫瘍が初発した右側上顎前歯部歯槽骨に異常な所見は認められない。

- 2) 山際幹和、三吉康郎、大山 勝、板倉康夫、森川謙三：鼻副鼻腔悪性腫瘍の臨床的観察、日耳鼻会報、79：1347-1356、1976
- 3) 辻 司、園部昌治、野口 誠、小浜源郁：上顎歯肉唇側移行部に初発した悪性リンパ腫の1例、日口外誌、45：119-121、1999
- 4) Gulati A, Puthussery FJ, Downie IP, Flood TR: Squamous cell carcinoma presenting as peri-implantitis: a case report, Ann R Coll Surg Engl, 91: 8-10, 2009
- 5) Gallego L, Junquera L, Llorente S: Oral carcinoma associated with implant-supported overdenture trauma: a case report, Dent Traumatol, 25: 3-4, 2009