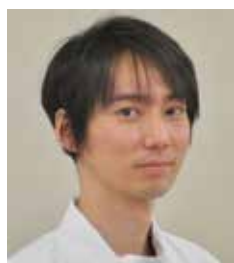


その症例は齲蝕？ もしかしたら歯頸部外部吸収 （ECR：external cervical resorption） かも！?

Is the Case a Caries? Could it Be ECR (external cervical resorption) !?

堀江 卓
Taku HORIE

キーワード：歯頸部外部吸収、外部吸収、
ECR



（ほりえ・たく）
ICDフェロー
愛知学院大学歯学部
保存修復学講座

「歯肉縁下齲蝕が多発しているが、原因がわからない」との紹介状を持参して、私の勤務する大学附属病院歯科保存科に20代の女性患者が来科されました（図1、2）。X線写真を撮影したところ、齲蝕を疑う透過像が多数認められました。しかしながら、外見上では齲蝕を確認することが全くできない上に、清掃状態も非常に良好です。全身疾患はなく、習慣的飲料物などもないとのことでした。頭をひねりながら唾液検査を行うも、唾液量や緩衝能は正常であり、齲蝕原因菌の検出もほとんどありません。また、病変部は歯髄にかなり近接しているように思われますが、不思議なことに患者が自覚する症状は全くありませんでした。

外から目視できないこの病変部を、歯肉を切除し確認したのが図3です。歯質が失われている部分には隙間なく肉芽組織が入り込んでおり、これを搔爬すると吸収窩の底部に滑沢な象牙質面が現れました。この症例は齲蝕ではなく、外部吸収だったのです。

歯頸部に生じる本症例のような外部吸収は、歯頸部外部吸収（ECR：external cervical resorption）や侵襲性歯頸部吸収（ICR：invasive cervical resorption）などと呼ばれる有病率0.02%～0.08%の非常に稀な病態です。そのほとんどが単発性ですが、本症例のように複数歯に発生することもあります。その病因は明らかになっておらず、外傷や矯正治療、漂白治療、細菌による炎症、隣在歯の抜歯、不正咬合、ウイルス感染、あるいはそれら多因子の複合が発生に関与しているのではないかと指摘されています^{1,2)}。歯頸部外部吸収と診断されず見落とされているケースは結構あるのではないのでしょうか。

歯頸部外部吸収は、セメント質や歯根膜が損傷、あるいは欠損したセメントエナメル境付近の歯頸部より発現します。同部を侵入口として破歯細胞（破骨細胞あるいは破骨細胞様細胞などの用語も使われる）による吸収が歯髄腔に向かって進みますが、歯髄腔周囲には吸収に抵抗性のある薄層が存在するため、200μm程度の厚みの歯質を残して歯髄腔を取り囲むように進行していきます（図4）。二次感染などがなければ、通常は無症状で進行します。

歯頸部外部吸収は「ピンクスポット」を呈することがあり（図5）、内部吸収との鑑別に注意が必要で

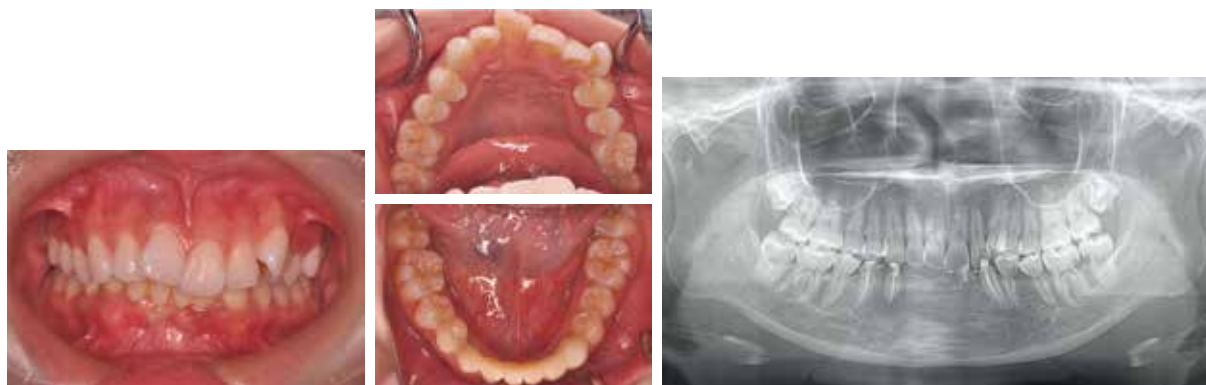


図1 来院した20代女性の初診時の口腔内写真とパノラマX線画像

下顎前歯部は多発した歯肉縁下齲蝕(?)のために根管治療や抜歯が施されたとのことで、欠損部にはリテーナーが装着されている

Fig. 1 Intraoral and panoramic radiographs of a female patient in her 20s at the time of her initial visit
The mandibular anterior teeth were treated with root canal therapy and extraction due to multiple subgingival caries (?), and the missing teeth were fitted with retainer



図2 来院した20代女性の初診時の口腔内写真とデンタルX線画像(下顎左側臼歯部)

外見上は特に異常を認めないものの、X線画像上にて歯髄腔に近接した齲蝕を疑う透過像が認められる

Fig. 2 Intraoral and dental radiographs of a woman in her 20s at the time of her initial visit (mandibular left molar)

The radiograph shows no abnormalities on the surface, but there is a penetrating image of suspected caries close to the pulp

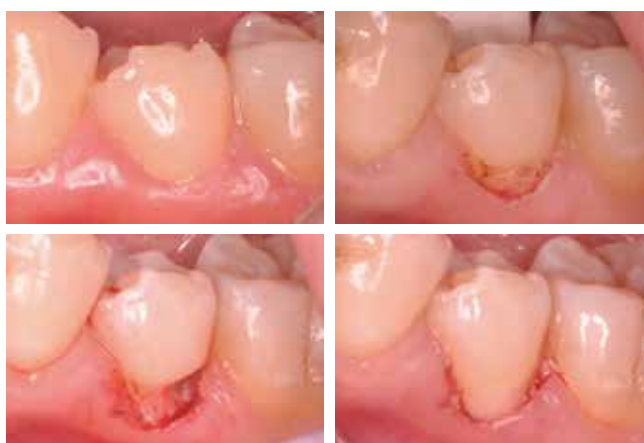


図3 図1, 2の20代女性の下顎左側第二小臼歯

電気メスで歯肉を切除し、侵入している肉芽組織を搔爬した。吸収窩にはグラスイオノマーセメント (GC FujiIX GP EXTRA) を填塞した

Fig. 3 Mandibular left second premolar of the woman in her 20s shown in Figures 1 and 2
The gingiva was excised with electrocautery and the invading granulation tissue was curetted.
The resorption cavity was filled with glass ionomer cement (GC Fuji IX GP EXTRA)

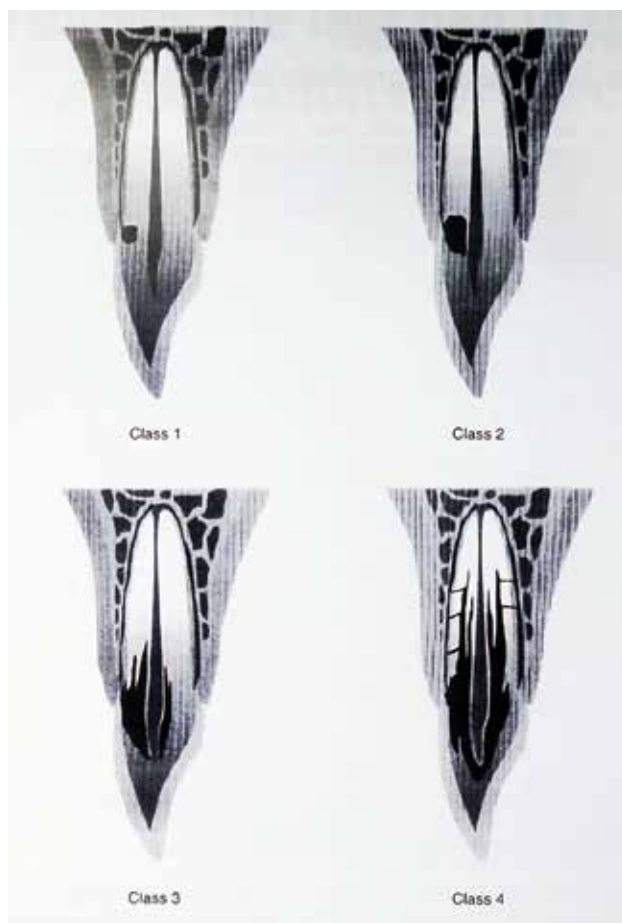


図4 Heithersayによる侵襲性歯頸部吸収の分類
(Quintessence international²⁾より転載)

Fig. 4 Heithersay's clinical classification of invasive cervical resorption
(reproduced from Quintessence international²⁾)



図5 別の患者（60代女性）の下顎左側第二小白歯

外部吸収により侵入した組織が「ピンクスポット」として確認される。本症例も、侵入している肉芽組織を掻爬し、グラスアイオノマーセメント（GC Fuji IX GP EXTRA）を吸収窩に填塞した

Fig. 5 Left mandibular second premolar of another patient (female in her 60s)
Tissue invaded by external resorption can be seen as a "pink spot". In this case, too, the invading granulation tissue was scraped away and the resorption cavity was filled with glass ionomer cement (GC Fuji IX GP EXTRA)

す。コーンビームCTは歯頸部外部吸収の検出や評価に有用です。

歯頸部外部吸収の治療としては、進行を制御するために吸収組織を完全に除去した上で吸収窩の修復を行います。肉芽組織（吸収組織）の搔爬にはラウンドバーやハンドインスツルメントを用います。歯頸部外部吸収は腫瘍ではありませんが、その特徴は腫瘍に類似しており、吸収組織の除去が不完全であると外部吸収の再発が起こります。再発を防ぐため、90%のトリクロル酢酸水溶液の塗布により吸収窩に残留した吸収組織の不活化を図る方法も紹介されています³⁾。吸収窩の修復には、修復材料としてガラスアイオノマーセメントを用いると簡便かつ効果的です。

冒頭の20代女性の患者ですが、前述の処置が非常に困難な臼歯部隣接面部にも病変が存在しており、手を尽くしたものの残念ながら歯頸部外部吸収の進行を食

い止めることはできませんでした。このようなケースでは、「いずれ抜歯となる可能性」をあらかじめ説明し、歯の保存が困難となってしまった場合の方針（インプラントなど）についても準備しておくことが肝要です。

「齶蝕のようだけど、…おかしいな？」その症例は歯頸部外部吸収かもしれません。皆様の頭の片隅に留めておいていただければ幸いです。

文 献

- 1) Patel S, et al. External cervical resorption-part 1 : histopathology, distribution and presentation. *Int. Endod*, 51 : 1205-1223, 2018.
- 2) Heithersay GS. Invasive cervical resorption : an analysis of potential predisposing factors. *Quintessence international*, 30 : 83-95, 1999.
- 3) Heithersay GS. Management of tooth resorption. *Aust Dent J*, 52 : S105-S121, 2007.