

<講演抄録>30. 舌白斑病変の2症例について(東日本学園大学歯学会第6回学術大会(昭和62年度総会))

著者名(日)	松崎 弘明, 斎藤 全弘, 谷内 健司, 道谷 弘之, 山下 徹郎, 金澤 正昭, 村瀬 博文, 富田 喜内, 賀来 亨, 奥山 富三
雑誌名	東日本歯学雑誌
巻	7
号	1
ページ	59-60
発行年	1988-06-30
URL	http://id.nii.ac.jp/1145/00007378/

7mA)でも、良好な Auto-Tomography を得る事ができた。今回の対照部位は、顎関節、上顎埋伏歯について報告したが、他の部位にも応用するとさらに興味ある結果が得られると考える。

質問 山下 徹郎 (口腔外科 I)

実際に装置にかかった費用は、いくらだったのでしょうか。

回答 輪島 隆博 (放射線部)
費用は20万円未満で開発する事ができました。

29. 顎下部に腫脹をきたした肉芽腫性リンパ節炎の1症例について

中出 修, 大内知之, 八重樫和秀
衰輪泰子, 阿部英二, 菅野秀俊
賀来 亨, 奥山富三 (口腔病理)

われわれは顎下部に腫脹をきたし、組織学的に中心部に壊死小膿瘍を伴う、稀な肉芽腫性リンパ節炎の1例を経験したのでその概要を報告する。

患者は72歳・男性で、来院1ヶ月前より徐々に右顎下部に腫脹をきたし、某外科を受診した。唾液腺造影にて顎下腺との明確な関連は認められなかった。腫瘤は顎下腺と癒着しており、腫瘤とともに顎下腺を摘出した。摘出物断面は黄白色で、膿および壊死形成が認められた。

組織像：腫大したリンパ節は周囲組織との癒着がたやすく認められる。島状、岬状に延長した壊死とその周辺の特有な肉芽腫形成が認められ、この壊死を伴う肉芽腫が多発している。この壊死層は乾酪巣に類似するもヘマトキシリンに青染し、核破片も多く、好中球が多数認められる。肉芽腫は壊死組織を囲んで類上皮細胞が柵上に配列し、Langhans型巨細胞も認められる。この壊死巣はリンパ節外でもみられ、炎症が顎下腺にまで波及している。

これらの組織学的所見より、ネコ引っ掻き病、野兔病、エルニシア性腸間膜リンパ節炎、鼠径リンパ肉芽腫、ブルセラ症などがあげられるが、顎下部のみの腫脹で、腋

窩リンパ節など他部のリンパ節腫脹はなく、臨床的にネコとの接触があり、ネコ引っ掻き病の可能性が考えられる。

質問 山下 徹郎 (口腔外科 I)
トキシプラズマの抗体は検査しておりますか。

回答 中出 修 (口腔病理)
行なっていません。

質問 金子 昌幸 (歯科放射線)
ネコ以外が原因となることがありますか。

回答 中出 修 (口腔病理)
イヌなどによってもおこりえます。

質問 田隈 泰信 (口腔生化)

1. 放置しておいた場合は病変はどうなりますか。
2. 唾液腺に変化が見られたのは、導管結紮のような状態になったためでしょうか。

回答 中出 修 (口腔病理)

1. 自然治癒する場合があります。
2. リンパ節の炎症が唾液腺 (顎下腺) に及んだものと考えています。

30. 舌白斑病変の2症例について

松崎弘明, 斎藤全弘, 谷内健司
道谷弘之, 山下徹郎, 金澤正昭
村瀬博文*, 富田喜内*, 賀来 亨**
奥山富三**

(口腔外科 I, 口腔外科 II*, 口腔病理**)

口腔粘膜の白斑病変はしばしば、頬粘膜、舌、口唇などに多く発現するが、近年、白斑病変と前癌病変及び癌との関連が報告されるようになってきた。今回我々は、白斑を主体とした前癌病変と癌の2症例を経験したの

で、その概要に、若干の考察を加え報告した。

症例1：75才の女性で、舌背の粘膜は全体的に萎縮傾向を示し、左側舌背～舌縁にかけて、φ15mmの半球形の広基性に隆起した、限局性のやや硬い腫瘤を認めた。表

面は凹凸不整で、白色を呈していた。病理組織診断は白板症であった。

症例2：71才の男性で、左側舌側縁部にφ8mmのわずかに隆起した腫瘤を触知し、表面は白色細顆粒状を呈し、所々に発赤を認めた。腫瘤は、表在性で周囲の硬結は認めなかった。病理組織診断は扁平上皮癌であった。

口腔粘膜の白斑病変には、カンジタ症、扁平苔癬、白板症、早期癌などが挙げられ、それらの臨床的鑑別は重要である。今回の症例1は、臨床的には、Homogeneous typeと云うより、Speckled typeに近い白板症または乳頭腫型の扁平上皮癌が疑われ、臨床的には必ずしも両者の鑑別は容易ではなかった。症例2は、臨床的に早期癌が一番疑われたが、Speckled typeの白板症とも考えられ、その鑑別が困難であった。この様に、口腔粘膜の白斑病変には、癌、前癌病変、その他良性のものなど、臨床種々の形態があり、その診断治療に当たっては十分な注意を払う必要がある。これらの処置に関しては、試験切除を行い診断することが重要と思われる。今回の如く白板症が疑われる場合、それが限局性であるならば、試験切除を行なう事なく、ある程度のSafety marginをとり、全切除を行ない病理組織診断を行なうのが適切であると思われる。また、白板症が広範囲に見られる例では、悪性度と深部への浸潤の程度によりCryosurgeryま

たはLaser surgeryを応用する事も出来ると思われる。

質問 田隈 泰信 (口腔生化)
白斑は病変部に強く結合したのですか。

回答 松崎 弘明 (口腔外科I)
病変は擦過しても除去できません。

質問 金子 昌幸 (歯科放射線)
症例1と症例2ではどちらに悪性所見が見られますが、どの程度から癌と判定するのですか。

回答 奥山 富三 (口腔病理)

症例2の舌粘膜上皮の一部が全層にわたって扁平上皮癌となり、さらに固有層に浸潤している。症例1では白板症の上皮層の基底層の一部に、やや異型性のつよい細胞がみられる。前癌状態を疑わせる病変である。この例の白板症の上皮では重層扁平上皮としての、極性が保たれており癌と診断できない。癌になると基底層の細胞異型性が上皮層全層にわたり、異型度も増強し、基底膜を壊して浸潤するようになる。

質問 東城 庸介 (歯科薬理)
病変部のこの程度の切除で治癒するものか。

回答 松崎 弘明 (口腔外科I)
今回の様に限局性の病変なら、この程度のSurgical marginをとり、全切除すると、十分治癒可能であると思われる。

31. 癭痕性小口症の1例

麻生智義, 村瀬博文, 富田喜内
田中真樹, 九津見雅之, 谷内健司*
道谷弘之*, 和田敏亮*, 山下徹郎*
金澤正昭*, 昆 和彦**, 平井敏博**
(口腔外科II, 口腔外科I*, 補綴I**)

小口症は、先天的に発生するものもあるが、大半は後天的なものが多く、熱傷や外傷、腫瘍の切除、あるいは化学薬品の腐蝕などにより生じ、癭痕拘縮による口唇の硬直と口裂の縮少を伴い、審美障害の他に、摂食障害や言語障害などの機能障害を認める場合がある。

今回、私達は、熱傷による癭痕性小口症に対して、口裂拡大手術を施行し、比較的良好な結果が得られたので、その概要について報告した。

患者は68才男性で、義歯装着不可能による摂食障害を主訴に当科紹介され来院した。

初診3年程前、酸素マスク使用中引火、下顔面に熱傷を負った。その後、治癒に伴い徐々に癭痕拘縮が強まり、摂食障害や発音障害が生じるようになった。

口腔内は無歯顎であり、口裂は閉口時幅30mm、最大開口時幅25mm、上下間25mmであった。赤唇は内翻しており、口角を手指にて開大すると、口裂周囲は柔軟性に欠け、癭痕のため緊張が強く、義歯の装着は不可能であった。

以上より局麻下において、口角部切開による口裂拡大手術を施行した。

手術は一部口輪筋の内縁を含め、水平切開を加え、口裂を拡大したのち、口腔粘膜をY字状に切開し、3つの粘膜弁の形成を行ない、中央の粘膜弁で口角を、上下の粘膜弁で上下赤唇の形成を行なった。

術後、あと戻りを防止する目的で、自作リテーナーの装着を1週間目より行なった。1ヵ月目より義歯の装着