

**<講演抄録>31. 癬痕性小口症の1例(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)	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
雑誌名	東日本歯学雑誌
巻	7
号	1
ページ	60-61
発行年	1988-06-30
URL	http://id.nii.ac.jp/1145/00007379/

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

が可能となり、口角及び、赤唇の形態も比較的良好に再建され、1年後の閉口時の口裂幅55mm、開口時幅50mm、上下間35mmとあと戻りもみられず、経過は良好であった。

質問 小林 光直 (歯科放射線)
自作のリテーナーを使用されていますが、一般的に使用するものですか。

回答 麻生 智義 (口腔外科II)

使用する場合としない場合があるが、今回の症例では有効でありました。

質問 金子 昌幸 (歯科放射線)
外皮、表皮以外に口腔粘膜にも瘢痕として残ることがありますか。

回答 麻生 智義 (口腔外科II)
熱傷の原因によっては、口腔内に障害がおよぶので考えられると思います。

32. 上顎前歯部に発生した巨大な嚢胞の1例

和田敏亮, 山下徹郎, 金澤正昭
北村完二*, 村瀬博文*, 富田喜内*
(口腔外科I, 口腔外科II*)

今回上顎前歯部に発生した巨大な嚢胞の1例を経験したので、その概要を報告した。

症例：63歳，男性。

初診：昭和62年3月9日。

家族歴：既往歴：特記すべき事項なし。

現病歴：昭和61年12月頃に上唇部の膨隆に気づくも放置していた。昭和62年3月，義歯不適合のため，某歯科を受診した際4+5の膨隆を指摘され紹介来院した。

現症：全身所見：特に異常を認めなかった。

口腔外所見：顔貌は左右非対称で，左眼窩下部より右鼻翼部にかけて膨隆を認め，軽度圧痛を認めた。

口腔内所見：4+5の頬側歯槽部より上方にかけ著明な膨隆を認め，波動を触知し軽度圧痛を認めた。また左側口蓋に骨欠損を認め，同部を圧迫すると頬側に波動を触知した。

X線所見：4+5相当部に比較的境界明瞭なX線透過像を認め，その中に埋状歯を思わせるX線不透過像が存在していた。

臨床検査所見：とくに異常を認めなかった。

臨床診断：上顎嚢胞。

処置：昭和62年4月10日，GOE，全麻下に嚢胞摘出術を施行した。右側嚢胞壁に隣接して埋状歯を認めたが，嚢胞腔内への歯牙の露出は認められなかった。左右上顎洞と嚢胞腔を単一空洞とし，また左下鼻道に対孔形成を行った。

病理組織学的所見：嚢胞壁は2～3層の扁平上皮と硝子化した結合織からなっていた。

経過：術後9ヶ月経過した現在，左眼窩下部から右鼻翼部及び4+5の膨隆は消退し，顔貌は回復し，義歯の装着も可能になり経過良好である。

質問 金子 昌幸 (歯科放射線)
1. 病理像で角化は見られなかったか。

2. 残遺嚢胞の可能性はあるか。

回答 和田 敏亮 (口腔外科I)

1. 各切片においては角化は認められなかった。

2. 残遺嚢胞の可能性も考えられるが，確定診断は得られなかった。

33. アパタイト顆粒を用いた骨膜下トンネル法による顎堤形成術

平 博彦*, 吉川 保*, 宮澤悦也*
北村完二*, 村瀬博文*, 富田喜内*
中川 徹**, 山下徹郎**, 金澤正昭**
田中 收***, 平井敏博***
(口腔外科II*, 口腔外科I**, 補綴学I***)

今回我々は，優れた組織親和性で注目されているハイドロキシアパタイト (以下 HAP) の顆粒を用いて，高度