

**<講演抄録>11. 上顎洞に充満した含歯性嚢胞の2例(東日本歯学会第16回学術大会(平成10年度総会))**

著者名(日)	藤田 景子, 秋月 一城
雑誌名	東日本歯学雑誌
巻	17
号	1
ページ	160-161
発行年	1998-06-30
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1145/00008324/">http://id.nii.ac.jp/1145/00008324/</a>

性は、口腔上皮、歯胚、舌筋、メッセル軟骨部などにあることが実証された。また、蛍光抗体法で、MMP-2は、上皮上層およびメッセル軟骨部でのgelatinase活性に関与しており、MMP-9は上皮全層、歯胚、舌筋での活性に

関与していることが示唆された。

以上の結果から、われわれはFIZ法により、ラット胎児の口腔組織発生過程での形態形成に、gelatinase活性が重要な役割を担っていることが示唆された。

## 10. 歯科診療時に生じた偶発症の2例

### 一埋伏抜歯時の気腫およびFCが原因と思われた壊疽性歯槽骨炎—

○川上 譲治, 岡田 文吉\*, 江上 史倫,  
内田 暢彦, 武藤 壽孝, 金澤 正昭

(北海道医療大学歯学部口腔外科学第一講座, \*浦臼歯科診療所)

歯科治療時には思わぬ偶発症をみることがある。今回、私たちは歯科治療時に生じた偶発症として埋伏抜歯時に生じた顔面気腫の1例と根管治療時に漏洩したホルモンクレゾール(以下FC)が原因と思われた、腐骨の形成を見た1例を経験したので、その概要を報告した。

症例1 患者は23歳男性で歯科検診の際に7の遠心のポケットを指摘され精査目的に来院した。初診時、右側下顎智歯は埋伏し、同部の歯肉に軽度の発赤、腫脹を認めた。7の遠心のポケットは5mmで、智歯と思われる硬固物は触知しなかった。8水平埋伏の診断下に埋伏歯抜去を行った。すなわち、下顎枝前縁から7の遠心を通り頬側歯肉縁を経て7の近心から縦切開を行い、粘膜骨膜弁を形成した。骨削後、エアータービンで分割し抜去を行ったが、抜歯中より右側上下眼瞼、眼窩下部、側頭部、頬部、顎下部、頸部にび漫性の腫脹を認め、同部に捻髪音を認め、複視も認められた。このため、顔面気腫

の診断下に、以降抗菌薬の予防投与を行った。処置後4日で、腫脹は消退傾向となり、複視は消失し、1週では腫脹は完全に消失した。

症例2 68歳の女性で1週前に2の麻酔抜髄を受け、その当日仮封剤が脱落し口腔内および咽頭部にピリピリ感が生じ、さらに2の唇側歯肉が黒色に変色した。その後、歯肉が脱落し歯槽骨が露出し、その部に接触痛を認め、2に動揺がみられた。初診日には2が自然脱落したため当科を紹介され来院した。口腔内所見では、2の脱落創は白色で平滑な骨が露出し、唇側歯槽部でも骨が露出していた。FCによる歯槽骨の壊死と診断し、抗菌薬の投与はせず腐骨が分離するまで、経過観察することとした。初診から1カ月経過時で、腐骨分離が明瞭となっていたため、除去術を行った。腐骨除去後1カ月では除去部は平滑となっており、経過は良好である。

## 11. 上顎洞に充満した含歯性嚢胞の2例

○藤田 景子, 秋月 一城

(北海道社会保険中央病院歯科口腔外科)

われわれは上顎洞に充満した含歯性嚢胞の2例を経験した。両者の治療法の選択にあたり考慮した点などをふまえて、その概要を報告する。

症例1: 23才, 女性。初診の約2カ月前より7歯冠周囲からの排膿を主訴に某歯科医院を受診。歯周炎の診断のもとブラッシングを続けていたが、症状は改善せず当科を紹介され受診した。7頬側遠心歯槽骨の一部欠損を認め、辺縁からは排膿が多量に認められた。オルソパントモおよびCT所見より上顎洞内に充満した嚢胞様病変と埋伏歯が確認された。嚢胞腔の大きさは約3cm×3cm

であった。上顎洞炎を来していたため、嚢胞摘出術および顎洞根本術を施行した。過剰歯は45根尖相当部の上顎洞底部に存在し、嚢胞と一塊に摘出した。また上顎洞の後方、上内方、眼窩底の骨に一部吸収が認められた。

症例2: 12才, 男性。う蝕治療を目的に某歯科医院を受診時、左頬部の突出を指摘され精査目的に当科を紹介された。顔貌は左右非対称性で著名な左頬部の膨隆がみられ、46歯頸部から歯肉頬移行部にかけての著しい膨隆を認めた。オルソパントモおよびCT所見より左上顎洞内に埋伏歯とその歯冠を含む嚢胞が認められた。嚢胞腔

の大きさは約4 cm×4 cmであった。若年者であることや隣在歯への侵襲を考慮し、嚢胞腔の縮小を目的に上顎洞開窓術と埋伏歯抜歯を施行した。開窓部にはレジン製の栓塞子を装着した。術後3カ月を経過した時点で左頬部の膨隆は顕著に減少し、顔貌の左右非対称性も軽減していた。嚢胞腔の変化はCT像から前後径、幅径の減少が確認でき、また、三次元的に計測した体積の減少も明か

であった。

いずれの症例も巨大化するまでにはかなりの時間的経過があったと推測されるが、前医で継続した歯科治療を受けていたにも関わらず疾患の早期発見にいたらなかった。病診連携という観点からも診断に苦慮した場合の適切な対応の必要性を改めて考えさせられる機会となった。

## 12. インプラントフィクスチャーとアバットメントの連結固定にロッキングテーパアタッチメントを使用するバイコンインプラントの臨床成績

○広瀬由紀人, 坂口 邦彦, 越智 守生,  
日景 盛, 澤田 教彰, 白井 伸一,  
八島 明弘, 加々美寛行, 鳴野 隆博,  
秋馬 秀成

(北海道医療大学歯学部歯科補綴学第二講座)

bicon Implant™はデザインの単純さから、従来のインプラント・システムに比較して術者と患者の時間的、経済的な負担は少ないと思われる。このインプラントはインプラント体（フィクスチャー）と支台（アバットメント）の2つの部分のみで構成され、アバットメントのフィクスチャーへの連結固定は1.5°のテーパが付いているロッキングテーパ・アバットメント・ポストとフィクスチャーの保持孔の摩擦を利用した嵌合効力で行われる。すなわち、このシステムではアバットメントや補綴処置後の上部構造体（クラウンなど）を連結固定するためのスクリューを使用しない。そしてアバットメントは従来からの臨床術式に準じた支台歯形成を行うことが可能である。これらの特徴から印象採得、技工操作が通常の場合と同様に行なえ、歯冠形態を機能的かつ審美的に製作することが可能である。

1986年から1995年までの経過観察中にアバットメント

の連結固定に発生した問題としては、30本（1.6%）にアバットメントのゆるみ、9本（0.5%）にポストの破折が確認された。しかし、ゆるみを認めた全症例に対しては、アバットメントの槌打でロッキング・テーパ・アバットメント・ポストをインプラント体の保持孔に結合させることができた。また、ポストが破折した全症例に対しては、保持孔に残存するポスト破折片を除去し、新しいアバットメントを植立後、クラウンまたはブリッジを再製作した。

bicon Implant™の臨床成績をAlbrektssonらの評価方法に準じて判定した結果、成功率は98.5%（1793/1821本）であった。フィクスチャーの長さの違いは失敗率に影響を与えると推察された。長さ分類による失敗率は、8mmで5.5%（10/182本）、11mmで1.4%（16/1129本）、14mmで0.4%（2/510本）だった。

## 13. 顎骨頬舌的断層X線像による下顎管走行の画像解析

○大西 隆, 田中 力延, 福田 恵,  
佐野 友昭, 細川洋一郎, 金子 昌幸  
(北海道医療大学歯学部歯科放射線学講座)

《目的》下顎管の走行の特徴を把握することは、下顎埋伏智歯の抜歯やインプラント埋入を行う上で最も必要とされ、特に下顎智歯歯根との位置関係および、顎骨内の横断面による観察が重要視されている。そこで、回転パ

ノラマX線像と顎骨・歯列頬舌的断層X線像を用いて下顎管の走行状態を画像分析し、下顎管の大きさ、形態、下顎智歯歯根との位置関係について検討して報告した。  
《方法》健常被験者50名を対象に、顎骨頬舌的断層X線