

## 27. 反復処置法（開窓・分割除去・反復処置）により4-8下顎骨 区域切除をまぬがれたエナメル上皮腫の1例

山下徹郎, 富田喜内, 河村正昭\*  
額賀康之, 村瀬博文, 金沢正昭  
田中 收\*\*進藤正信, 雨宮 璋\*\*\*  
(口腔外科)  
(北大歯, 口腔外科II\*)  
(補綴II\*\*)  
(北大歯, 口腔病理\*\*\*)

顎骨の保存と骨再生の促進を目的とした反復処置法は、エナメル上皮腫などの治療法として河村により始められ、近年その成果が発表されている。今回、我々は4-8部の広汎なエナメル上皮腫に同治療を施行し、きわめて満足すべき結果を得たので、その概要を報告する。

患者は60歳の女性で下顎の膨隆を主訴に来院した。口腔外所見では、右オトガイ部から左下顎体部にかけて著明な骨膨隆を認めた。口腔内所見では543以外の歯牙は喪失し、4-8歯槽部は頬舌側のおよび歯槽頂部方向に顕著に膨隆し7舌側歯槽部に波動感を認めた。X線所見では1-5部は蜂巢状を呈しており、それに連続して4-16-8部には多胞性の骨透過像を認めた。病理組織学的所見では、初回生検時の標本において、腫瘍細胞は比較的緻密な線維性結合織より成る間質に囲まれた胞巣形成して増殖しており、間質に接する胞巣の辺縁部では、高円柱状の細胞が配列していたが、中央部では著しい扁平上皮化の傾向を示し、基底層を除いてほとんど角化性の扁平上皮細胞で占められている胞巣もみられた。一部には中央部が融解し、小嚢胞を形成している胞巣も認められた。

腫瘍の治療に際し、腫瘍を一塊として切除すればオトガイ部を含む広範囲な下顎骨区域切除を避ける事ができ

ず、また下顎骨再建後も形態的、機能的に大きな障害を残しやすいと思われた。従って反復処置法による治療を施行した。まず43-67部の2ヶ所にくりぬき開窓を行い嚢胞様部分の縮小化をはかった。次に、1年間にわたり腫瘍の分割除去と反復処置を行った。その結果、下顎骨の外形はほとんど正常に復し腫瘍除去部と反復処置部の骨再生も順調に進み良好な経過をとっている。現在上下顎義歯を装着し、形態的にも機能的にも十分な満足が得られている。今後さらに十分な経過観察を行う予定である。

質 問 賀来 亨 (病理)

1. 臨床的にどういう症例を選ぶのですか。
2. 反復処置することにより、悪性転化するのではないかとされていますが、先生のお考えをお教え下さい。
3. 反復処置法の成功率は何%ぐらいですか。

回 答 山下徹郎 (口腔外科)

1. エナメル上皮腫であればすべての症例
2. 一番問題になる点と思いますが現在までの症例においては臨床的にも病理的にも認められておりませんが、私自身、悪性化と云うのは疑問がある所です。
3. 何%と云うと難しいのですが、follow up さえ充分出来ればうまく行くと思います。

## 28. ハイドロキシアパタイトを使用した無歯顎顎堤形成法

中川 徹, 平 博彦\*利根川一郎  
松崎弘明, 養輪隆宏, 谷内健治  
和田敏亮, 北村完二; 山下徹郎\*  
額賀康之, 村瀬博文; 金澤正昭  
富田喜内; 田中 收\*\*坂口邦彦\*\*  
(口腔外科I)  
(口腔外科II\*)  
(補綴II\*\*)

近年、著明な顎堤萎縮に対して、生体親和性に優れているハイドロキシアパタイト(以下 HAP と略す)を用いた顎堤形成術が施行され比較的良好的な予後が報告されている。

最近、私達も HAP を用いた顎堤形成術を行っている。私達を使用している HAP は、900°C と焼結のマイクロポアーをもつもので顆粒とブロック体があり、術式及び症例により、各単独か、または両者を併用している。

術式としては、埋入部位の犬歯相当部顎堤粘膜に前庭部より歯槽頂へ向う縦切開を加え、この切開部より歯槽頂部を後方へとトンネル状に骨膜を剝離し、同部に HAP を挿入する骨膜下トンネル法と、埋入部位の骨面を直視下に露出させ、同部に HAP を適合させる粘膜骨膜弁法がある。埋入された HAP の固定、保持には、固定用床副子を使用し、顎骨と囲繞結紮する方法、ガイド用床副子を用い、そのまま固定する方法、マットレス縫合など、縫合方法を工夫することで固定とする場合もある。

今回、骨膜下トンネル法を施行した代表例では、術前、

術後のオルソパントモグラフィーをトレースした比較では、もとの顎骨の 1 症例目では、1.4 倍に、2 症例目では、1.6~1.7 倍に増量されている。また、義歯負担域面積の術前、術後の比較ではそれぞれ、20% と、30% の増大が認められた。

今後、私達は、症例を重ねると併に、術前、術後の義歯の機能的改善にも注目し、検討していきたいと考えます。

質 問 荒木吉馬(歯科理工)

埋入後、組織内に吸収されずに残るアパタイトは、その後どれ位の時間間隔でどのような経過をたどると考えられるのか教えて頂きたい。

回 答 村瀬博文(口腔外科 II)

埋入されたアパタイトは吸収されずにすべてその場所に残り、術後は線維組織がアパタイト間隔に入り、線維組織によってアパタイトが固定されるが、術後 3 ヶ月頃より、骨組織がアパタイト間隙に入りこみ、線維組織と置き換わると思われます。

## 29. アパタイトセラミックスインプラント(アパセラム)を施行した 2 例

麻生智義, 山下徹郎, 村瀬博文  
富田喜内, 道谷弘之\*, 額賀康之\*  
金澤正昭\*, 田中 収\*\*, 坂口邦彦\*\*  
(口腔外科 II)  
(口腔外科 I\*)  
(補綴 II\*\*)

最近、歯牙欠損部の機能回復を目的として、非生体材料を用いたインプラントが盛んに行われ、数多くの臨床報告がなされている。

非生体材料としては、金属やセラミックスがあり、なかでもセラミックス材は生体内で化学的に安定であり、為害性がなく、組織親和性に優れている。そのうち、アパタイトセラミック(アパセラム)は、骨組織や歯の無機質の主成分である、ハイドロキシアパタイトと同じ化学式をもつ、合成アパタイトを焼結体としたもので、組織親和性が高く、骨性ゆ着することが小木曾らにより明らかにされている。

今回我々は、このアパセラムを用いて下顎臼歯部に骨内インプラントを施行した 2 例を経験したので、その概要を報告した。

我々が使用したアパセラムは、顎骨内に埋入する歯根部と粘膜上に出る支台部とがわかれた 2 piece 構造を

持っており、これにより歯根部のみを先に粘膜下骨内に完全埋入させ、骨性ゆ着が成立した後、支台部を装着する 2step 法が可能となっている。これは埋入後、骨性ゆ着に必要な一定期間、周囲組織に対して絶対に近い安静を保てる利点がある。

我々は埋入後 5 ヶ月目に支台装着を行った。

上部構造の設計においては、本インプラントが周囲の骨とゆ着し強固に顎骨に植立されるため咬合圧の緩しう機構を組み込む必要がある。我々はこれに対して、内冠と外冠をダブルクラウン構造とし、O-リングまたはバイオトロン R を緩しう装置として組み込んだ。

今後さらに症例を重ね、顎口腔系に調和のとれた骨内インプラントのあり方について検討を行いたいと考えている。

質 問 平井敏博(補綴 I)

症例 2 におけるアーム(bracing or retention?)の