

め、そのまま放置していたが自発痛は消退せず、歯科検診にて $\overline{8}$ 相当部の発赤、腫脹を指摘され、当科紹介来院した。

口腔外所見：特記事項なし。

口腔内所見： $\overline{8}$ 相当部歯肉に軽度の発赤と腫脹を認めた。

X線所見：パノラマX線写真では $\overline{7}$ の遠心に歯冠を下

方に向けた埋伏智歯が認められた。

臨床診断：左側下顎逆生理埋伏智歯

処置：全身麻酔下にて $\overline{8}$ の抜歯を行った。

統計的観察の結果、歯軸傾斜角度が逆生を示したものは3.6%と稀であり、今回2例の歯軸傾斜角度は症例1で116度、症例2で160度であった。このような強傾斜を示したものは稀であったので報告した。

38. 口蓋に発生した低悪性リンパ腫の1例

富岡敬子¹⁾、奥村一彦¹⁾、川上譲治¹⁾
金澤正昭¹⁾、賀来 亨²⁾
(口腔外科¹⁾、口腔病理²⁾)

現在、悪性リンパ腫は、その増殖態度および予後の面から低悪性度群と高悪性度群に大別されている。最近の免疫学的知見の導入により、従来は悪性リンパ腫との境界病変、または前癌病変と考えられてきた疾患群れの多くが、リンパ腫の範疇に入れられ、低悪性度リンパ腫として位置づけられるようになった。

今回我々は、低悪性度リンパ腫の症例を経験したので、その概要について報告した。

症例：81歳、女性。初診平成4年4月2日。

主訴：左側口蓋腫瘍。

既往歴：14年前にSjogren症候群と診断され、その後、耳下腺部リンパ節の腫大のため摘出手術を行っている。病理学的検索により、リンパ節内に小型リンパ球の増殖が認められ、Immunoblastic Lymphadenopathyが疑われたが、確定診断は得られなかった。

現病歴：1年前より左側口蓋部の腫瘍に気づくが、無痛性のため放置していたところ、義歯の不適合をきたし、某歯科医院を受診した際、同腫瘍を指摘され、精査のた

め当科へ紹介来院した。

現症：全身所見) 特記事項なし。口腔外所見) 顎下部、頸部、および鎖骨上窩にリンパ節は触知されなかった。口腔内所見) 左側硬軟口蓋移行部に20×20mm大の半球状の比較的境界明瞭な腫瘍を認めたが、その遠心端では口蓋弓方向に、び慢性に腫脹しており、境界不明な部分がみられた。皮覆粘膜は暗紫色を示し、硬さは比較的軟らかで、圧痛は認められなかった。

X線および⁶⁷Gaシンチ所見：異常所見は認められなかった。

臨床診断：口蓋腫瘍。病理組織学的所見：非薄化した上皮層下の結合織に、小型リンパ球のび慢性浸潤がみられ、濾胞形成がなく、リンパ球の核分裂像や異形成は、ほとんど認められなかった。以上の所見から、Intermediate Lymphocytic Lymphomaの診断を得た。

処置および経過：腫瘍の転移が認められず、患者が高齢のため、経過観察を行っていたが、腫瘍が増大傾向を示してきたため近日、腫瘍切除術を行う予定である。

39. 心身障害者の顎骨骨折の2例

—特に処置に関する問題点—

三重野 雅、村瀬博文、深瀬秀郷
玄間美健、佐竹秀樹、小田浩範
増崎雅一、原田尚也、柴田敏之
有末 眞

(口腔外科2)

心身障害者の下顎骨骨折に対し観血的整復術とプレートにより骨片固定を施行し、良好な結果を得た2症例を

経験したので、その概要と処置に関しての問題点について若干の検討を加え報告する。

症例 1**患者**：19歳，男性**主訴**：咬合不全**既往歴**：脳性小児麻痺

現病歴：昭和62年9月8日，転倒により左側下顎角部を骨折。某病院で整復固定術，顎間固定術を行ったが，患者の協力が得られず，顎間固定の継続が困難で下顎が偏位し，同年9月25日，再度ミニプレートにより整復固定術を施行したが，転倒により，固定ピンが脱離し咬合異常が発現し，同年12月9日当科に来院した。

処置：左下顎骨体部陳旧性骨折の診断で全身麻酔下にて，観血的整復，A-0プレートにて固定術を施行。顎間固定は行わなかった。

症例 2**患者**：24歳，男性**主訴**：右側下顎角部の腫脹，開口障害**既往歴**：脳性麻痺，精神発達遅滞，てんかん**現病歴**：平成4年3月22日，転倒により下顎部を殴打し，

経過観察うけていたが，同年3月26日歯科医より右側下顎角部の骨折を指摘され，同年4月1日に当科に来院した。

処置：右側下顎角部骨折の診断で全身麻酔下にて，観血的整復術，Luhr-Typeプレートにて固定術を施行した。なお，症例1と同様に顎間固定は行わなかった。

顎骨骨折の治療は，失われた咬合関係の回復を目的として，骨片の整復と固定が行われる。しかし心身障害者の顎骨骨折では，治療に対する理解，協力が得られにくく，また元来の咬合関係が良好ではない場合もあり，骨折前の咬合関係を想定することが困難な場合も少なくない。さらに，通常行われる非観血的な整復や顎間固定が不可能であったり，術後の管理に難渋をきたすことが多いなど数々の問題点が認められた。したがって，心身障害者の顎骨骨折の処置にあたっては，正しい咬合関係の回復を目標とすると同時に，金属プレートによる，より強固な固定が重要と思われた。

40. 染色体異常を伴った血友病A軽症例の1例

前田 淳¹⁾，道谷弘之¹⁾，佐藤雅寛男²⁾
鈴木保臣¹⁾，川上譲治¹⁾，江上史倫¹⁾，
金澤正昭¹⁾，安河内太郎²⁾

(口腔外科¹⁾，内科²⁾)

口腔外科臨床においては，種々の観血的処置に際し，出血性素因が問題となることがしばしばである。これらの出血性素因を有する患者の中には，出血症状が軽度で，日常生活で異常のない場合があり，抜歯後出血や術前検査などで偶然発見されることも少なくない。

今回われわれは，歯根嚢胞摘出術の術前検査において，血友病A軽症例と診断された，7番染色体長腕部分トリソミーを伴った精神発達遅延症例を経験したので，その概要を報告する。

患者は35歳の女性で，下顎前歯唇側歯槽部の腫脹を主訴に当科を受診した。既往歴では，21歳時，流産した際出血が止まらず，2000mlの輸血を行ったことがあり，また25歳時，転倒して大腿内側部を打撲した際，大きな皮下血腫を生じたことがあった。

本症例では，1歯根嚢胞の臨床診断下に，摘出術を行うこととしたが，精神発達遅延を伴っていたため，全身

麻酔下の手術を前提として術前検査を行ったところ，aPTTの軽度の延長を認めた。そこで，内因系凝固因子活性を検査した結果，第8因子活性が25%と低下していた。また，染色体検査を行ったところ，核型46，XXp+，der(X)t(X;7)(p22;q22)で，7番染色体長腕の部分トリソミーを呈していた。

以上より，染色体異常を伴った血友病A軽症例と診断したが，第8因子活性の低下は軽度であったことから，手術に際して，止血シーネを用いた局所止血処置を優先した。

術後，特に後出血は認められなかったが，オトガイ部皮膚および下顎前歯槽部から下唇粘膜にかけて広範な出血斑を生じた。また，術後7日目に止血シーネを除去したところ，縫合創から軽度の出血がみられたが，圧迫により容易に止血した。その後は，特に出血もなく手術創は治癒し，術後8ヵ月の現在，経過良好である。