

硬い物を嚥下できずに出してしまう者、あるいは流し込み食事をするものが比較的多かった。このような食行動は、若年層に多く、咀嚼の習慣が形成される時期の食行動が問題であると思われた。

1日の食事量を咬断回数により1日咀嚼運動量に直すと、高校生と20歳代が低い値を示し、この世代の食事パターンが不規則であった。ガム咀嚼による砂糖の流出量を見ると、全体として世体の進行とともに、咀嚼能は高くなるが、高校生と30歳で下降していることが知られた。これは、高校生における高い不正咬合の頻度と、また30歳での高い齲蝕率との関連性が推測された。各調査項目間の相関関係から、歯肉炎および硬い食べ物の摂取との間に関連性が認められたが、これらについてはさらに検討してゆきたい。

演題3. 多発性上顎歯肉癌の1例

○高橋 秀典, 小早川隆文, 横田 光正
工藤 啓吾, 藤岡 幸雄, 鈴木 鍾美*

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座
岩手医科大学歯学部口腔病理学講座*

われわれは、左右上顎歯槽、歯肉と口蓋の粘膜に発生し、興味ある経過を辿った多発性扁平上皮癌の1例を経験したので、これらの概要について報告した。

患者は65歳の女性で、約35年前から上下顎に総義歯を装着していたところ、昭和59年1月12日、右下頬部の腫脹と疼痛を主訴に当科を受診した。初診時は、右上顎臼歯部の歯肉頬移行部に21×14mmの潰瘍形成が認められ、生検ではWHO分類のGrade Iに相当する扁平上皮癌であった。また、左上顎前歯部と臼歯部の口蓋側粘膜に発赤と糜爛があり、さらに左上顎臼歯部の歯肉頬移行部に発赤を伴った白斑があって、生検ではいずれも上皮内癌であった。所属リンパ節は右頬部から顎下部にかけて、小鶏卵大と鳩卵大の腫瘤状転移巣として非可動性に触知された(T2N3M0)。

治療はPEP計77.5mgの静注と⁶⁰Co計30Gyの照射を併用し、また右頬部と顎下部の転移巣にはEB計30Gyを照射した。その後、左側口蓋部および歯肉唇頬移行部の上皮内癌は消失したので、全麻下に右上顎部分切除術および右全頸部郭清術を施行した。しかし、初診から3年後には上皮内癌のあった

左上顎大臼歯部に一致して直径5mmの潰瘍が認められ、生検ではGrade Iに相当する扁平上皮癌の再発であった。そこで、PEP計67.5mgの静注と⁶⁰Co計30Gyの照射を併用したのち、左上顎部分切除術を施行した。しかし、約1カ月を経過して左顎下リンパ節と上内深頸リンパ節に転移巣が認められたので、左側頸部郭清術を施行した。その後、現在まで経過良好である。

本例は以上の所見から、Warren and Gatesらが述べている多発癌の範疇に入り、また所属リンパ節への転移が多発性であることから、とくに慎重な経過観察を要するものと思われる。

演題4. 小児の下顎骨広範囲欠損に対するチタン製再建用プレートによる即時再建

○大屋 高德, 宮手 浩樹, 柴田 貞彦
山口 一成, 藤岡 幸雄, 大泉 貞治*

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座
岩手医科大学歯学部歯科理工学講座*

症例は10歳の女児で、昭和61年7月頃に左側頬部の腫脹に気き、同年8月13日に某歯科を受診しレントゲンで異常を指摘された。翌8月14日に当科を紹介され来院、生検によりエナメル上皮線維腫の病理組織診断を得た。レントゲン所見で左側犬歯部から同下顎枝中央にかけて強い骨吸収と骨膨隆を認め、触診により羊皮紙様感を呈していた。⁴⁵⁶⁷が未萌出で、歯肉組織に異常はないものの、歯槽突起の膨隆を認めた。手術は下顎区域切除は必須と判断され、再建方法について検討がなされた。第一に自家腸骨を移植する方法を考えたが発育期による腸骨のgrowth centerであるapophysis軟骨に影響が生じる可能性もあると思われ、父親からの移植を計画したが、保険で行えないとの理由でこれを断念した。そこで、オハラチタニウム研究所で作製された純チタン製下顎再建用プレート(99.5%)により再建することとした。手術は、10月28日に経鼻挿管による全身麻酔下(GOE)で行われた。皮膚切開は左側下顎下縁に約15cm入り、腫瘍組織と骨膜の関係、とくに周囲軟骨組織内への浸潤の有無を確認しながら注意深く剝離された。腫瘍は一部骨組織を完全に吸収していたものの、骨膜を保存し得た。また下歯槽神経は腫瘍から分離され保存することが可能であったが、オトガイ孔の付近で腫瘍と骨を分離する時に