

CPPD とハイドロキシアパタイト (HAP) の両方が検出された。

結論：これまで顎関節に生じた CPPD 結晶沈着症は稀で、生じた際の症状は著しいとされてきた。しかし実際には、結晶塊が小さい初期の CPPD 結晶沈着症では、結晶の同定が行われなかったために確定診断に至らなかったものもある可能性が示唆された。

また、CPPD 結晶沈着症と HAP 結晶沈着症は異なる疾患と考えられてきたが、本研究では CPPD 結晶と HAP 結晶の両方を認めた。最初に飽和度の低い CPPD 結晶が生じ、その後でより飽和度の高い HAP 結晶へと成長したと考えることで、両者は本質的に一連の疾患であることが示唆された。

含む英語圏の教科書、論文ではほとんどが頸神経ワナ支配または舌骨下筋の甲状舌骨筋の過剰筋束として記載されており、支配神経は頸神経ワナと推測された。一方、ドイツ語圏の教科書では上喉頭神経支配との記載が散見された。我々が遭遇した2例はともに迷走神経の上喉頭神経支配であったことから、甲状腺挙筋は舌骨下筋群ではなく、喉頭筋群に分類されるべきものであると結論付けた。

演題 7. 甲状腺挙筋の支配神経について - 2 症例の剖検と文献的検索 -

○小熊ひろみ, 大谷 恭弘, 大塚 景子,
小澤 幸彦, 佐々木信英*, 小野寺政雄*,
大澤 得二*, 藤村 朗*, 野坂洋一郎*

岩手医科大学歯学部 2 年生
岩手医科大学歯学部口腔解剖学第一講座*

目的：平成19年度岩手医科大学歯学部解剖実習において、22体44側中2体2側に破格筋束としての甲状腺挙筋に遭遇した。過去の文献を検索してみると本筋の支配神経は頸神経ワナと上喉頭神経の2説があり、不明であった。そのため、これら2例を用いて支配神経を剖出することにした。

材料：1例目は80歳、男性の右側に、2例目は81歳、男性のほぼ中央の左側より出現した。死因はともに甲状腺挙筋の出現に関係ないものであった。

所見：皮膚を剥ぎ、広頸筋を除去後、前頸部において胸骨舌骨筋を筋腹で切断、さらに胸骨甲状筋を筋腹で切断後に甲状腺と甲状軟骨を結ぶ甲状腺挙筋を剖出した。支配神経はともに甲状腺挙筋の外側からほぼ筋腹中央に侵入していた。この神経を中枢にたどると、肩甲舌骨筋の下を通過して上行し、舌骨大角付近で深部に向かい、外頸動脈の深部を通過して伴行している迷走神経の上喉頭神経につながっていた。

考察：甲状腺挙筋の出現率は16.7～91.7%と報告者によって様々であるが、支配神経については頸神経ワナと迷走神経の上喉頭神経の2種類の報告があるが、ほとんどの報告には支配神経が記載されていないのが現状である。これらの報告を精査すると日本人研究者を