

化歯原上皮は何らかの因子の作用により腫瘍原理を獲得するものと考えられた。

#### 演題5 Rubinstein-Taybi 症候群の1例

○袖井 文人, 野坂 久美子, 甘利 英一

岩手医科大学歯学部小児歯科学講座

Rubinstein-Taybi 症候群は1963年 Rubinstein と Taybi によって幅広い拇指及び第1趾、特有の顔貌、精神運動発達遅延等の一連の症状を有する新しい症候群として初めて報告され、本邦でも現在まで75例の報告がある。しかしながら、今まで歯科的方面からの報告は非常に少ない。そこで今回、我々は Rubinstein-Taybi 症候群と診断された1例を経験したので、主に口腔内所見ならびにその処置法について報告した。症例は14歳0カ月の男児でウ蝕処置及び歯列不正を主訴として来院した。また患児は同胞3名中第3子であり、第1子、第2子は健康女兒であった。妊娠、出産歴では妊娠1カ月頃から出産まで、つまり、食欲不振が著明であったが、その他の異常はなく、満期出産であった。既往歴では出生時より哺乳力弱く、1カ月検診で幽門痙攣、2カ月で上気道感染の反復、1歳2カ月でC. P., 2歳6カ月で本症候群と診断された。尚、当患児は本症候群の臨床的特徴をほとんどそなえていた。とくに口腔内に関しては、本症候群の特徴である高口蓋、上下顎劣成長、著明な叢生、強度の辺縁性歯肉炎を示しており、さらに上顎正中過剰歯、<sup>643~26</sup>/<sub>643~26</sub>のCross-bite、<sup>5</sup>/<sub>5</sub>の先欠等の異常所見もみられた。しかし、歯牙の形態異常や形成不全は認めなかった。歯科学的処置に関して問題となるのは、取り扱いの上で精神発達遅延と反復する呼吸器感染であり、それらを考慮した上での歯科処置が必要である。これを踏まえて次のような治療計画で処置を行った。即ち①著しい叢生による歯肉炎、ウ蝕の多発を予防するため列外歯の抜歯②ウ蝕歯の保存処置(充填物の脱落を十分考慮して)③歯肉炎に対するBrushing指導④Cross-biteに対する上顎の拡大である。現在では、口腔内の著しい改善がみられてきている。しかしながら、Rubinstein-Taybi 症候群における歯科的方面からの報告が殆どないことから、今後さらにその方面からの検索が必要と思われた。

#### 演題6 左右上下顎第1第2小臼歯8歯に中心結節を

有する症例について

○中居 浩司, 都筑 文男, 伊藤 一三  
阿部 真裕, 藤村 朗, 野坂 洋一郎  
田代 稔\*

岩手医科大学歯学部口腔解剖学第一講座  
盛岡市開業\*

今回、我々は市内の歯科医院において左右上下顎第1第2小臼歯8歯に中心結節を有する症例に遭遇した。

中心結節に関する報告例は現在までに18回あり、その発現率は0.07~3.5%といわれている。比較的頻度の高いものであるが、本症例の如く左右上下顎第1第2小臼歯8歯に中心結節を有する症例は、過去において1例あるのみである。

本症例は、10才男子で、小臼歯の崩出時期にあるため、小臼歯は咬合に関与していない。永久歯列が完成した後は、中心結節を有する歯牙は、咬耗、磨耗、ウ蝕などにより修復されていることが多く、この形態や頻度を正確には把握できない。

石膏模型上で歯冠幅径、厚径、長径を計測し日本人平均値(上条)と比較した。その結果歯冠幅径、厚径は日本人平均値より全ての歯牙で大きく、又歯冠長径は臨床歯冠で計測したため参考程度である。中心結節には弓倉(I型三角隆結上II型中央溝部)の位置の分類と上条(高結節、低結節)の高さの分類がある。本症例において頬側咬頭と舌側咬頭を結んだ線上で切断模型により各種計測をない、本症例は上条の高結節、弓倉のI型に分類された。又遺伝的要素も考えられるので、家族関係もあわせて調査した結果、母、弟に隆線や咬頭が高いのが確認された。

成因について、現在まで原始型復古や遺伝等が考えられているが、本症例において、カラベリー結節や辺縁隆線の豊隆が同時にみられること、さらに各小臼歯の歯冠形成時期と硬化時期が異なるにも関わらず全小臼歯に出現していることから我々は遺伝的要素を考えたい。

臨床的に、中心結節は歯髓を随伴して、咬耗、磨耗、破折等により歯髓の炎症や壊死におちいることが多くみられるので、早期保存治療は重要な意義を有すると思われる。

最後に、これら中心結節の観察には、小臼歯群が咬合を営む前に観察することが重要であると考えられる。