

められず、左側に非復位性関節円板前方転位が認められた。開口時の転位程度から左側関節円板の復位は困難と判断し、日常生活に影響のない下顎運動の獲得を治療目標とした。

日常頻回に生じるロックに対して、スプリント療法(可撤式、接着式)を行い、試行錯誤的に新たな咬合位を設定した。この咬合位にてロックが生じないことを確認し最終補綴に移行した。補綴処置終了時、MRIの結果左側関節円板の転位状態は非復位性のままであったが、ロックの再発はなくスムーズな下顎運動が得られ、日常生活に影響ない状態になったことから、当初設定したゴールに達したと判断しリコールに移行した。しかし、1年半経過後のMRIでは、左側関節円板の転位は認められず整位されていた。

考察・まとめ：最終的な治療位を前方位からウォークバックしつつ初診時の顎位にできる限り近接させたこと。初診時に後方偏位していた下顎頭の位置が修正されたことに加え、補綴による下顎左側臼歯部の咬合サポートが改善され、顎関節への負荷が軽減されたこと。これらによって疼痛が消失し、外側翼突筋上頭の筋拘縮が緩和したこと等から円板整位がなされたと考えられた。

本症例のように長期にわたる間欠性ロックが認められる場合には、新たに設定した咬合位での治療が効果的であると思われる。

演題5. 唇顎口蓋裂を伴った Klippel-Feil 症候群の1例

○鈴木 純一

札幌市開業 医療法人社団北斗会 中央矯正歯科クリニック

目的：医療法人北斗会において、今日までに260名の口蓋裂患者の矯正歯科治療を行ってきた。昨年本総会にて頸椎癒合症例を報告した。今回、唇顎口蓋裂を伴った Klippel-Feil 症候群の一例について報告する。
症例：初診時年齢8歳1ヶ月男子、主訴「左側唇顎口蓋裂に伴う反対咬合」。北海道大学形成外科にて、口唇・口蓋閉鎖術施行。初診時、上顎中切歯の口蓋側転位、顎裂部の閉鎖不全、短頸と左肩の挙上、頭頸部運動制限を認めた。

考察：Klippel-Feil 症候群は、1912年 Klippel と Feil が上部胸椎と全頸椎が単一骨塊として癒合した症例を報告したのが始まりで、主に頸椎の2個以上の先天的

癒合により特徴づけられている臨床的状态に用いられている。臨床三主徴として、①短頸、②頭頸部の運動制限、③後頸毛髮線低位があげられている。また、頸椎以外の脊椎、または身体他部にも骨格系・神経系・各種臓器に多種多様な奇形を認めることがある。

結論：唇顎口蓋裂を伴った Klippel-Feil 症候群の一例について、レントゲン等の精査を口腔外科・整形外科・神経内科にて行なった。結果、頭頸部の運動制限、第4頸椎から第1胸椎までの形態異常及び癒合不全を認めた。今後、頸椎の成長終了時までには問題は生じないであろう。その後、手指の知覚麻痺、運動障害が発生してくることが予測され、頭頸部の外圧に対し注意を要する。

保護者による、「患児の今後の対応について教えて欲しい」との強い希望があり報告した。

演題6. 顎関節におけるピロリン酸カルシウム結晶沈着症の一例：結晶学的分析

○三上 俊成, 大平 明範*, 星 秀樹*, 杉山 芳樹*, 武田 泰典

岩手医科大学歯学部口腔病理学講座, 同口腔外科学第二講座*

目的：本研究の目的は、顎関節のピロリン酸カルシウム(CPPD)結晶沈着症の病変部に含まれる結晶について結晶学的な分析を行うことである。

材料・方法：患者は59歳男性。三ヶ月前から左側顎関節に疼痛が生じ、放置していたが症状がおさまらなかったため、左顎の痛みと腫れを主訴に来院。初診時には左側顎関節部に著しい腫脹と疼痛および開口障害を認めた。エックス線所見では、左側顎関節の関節突起を中心に、約4cm大のリング状の石灰化様不透過像、関節突起の関節面と下顎高に不整な骨吸収像および硬化性変化を認めた。生検時の摘出物について、H.E.染色標本の組織観察、偏光顕微鏡観察、SEM観察、EPMA分析、およびエックス線回折分析を行った。
結果：組織学的観察では、病変部には結晶塊が徐々に大きく成長する過程が見られた。また、軟骨化生や異物巨細胞が確認された。偏光顕微鏡観察では正の複屈折を示した。SEM観察ではH.E.染色標本にもみられた棒状と偏菱形構造を確認した。EPMA分析では石灰化物にカルシウムとリンが含まれており、特に大きく成長している部分で高濃度であることが分かった。エックス線回折分析では、病変部の石灰化物中に

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