

用した症例は5年間に於いて上顎欠損が3症例、下顎欠損が1症例であった。

考察：本調査内容より、顎補綴治療の特殊性ならびに地域の高次医療機関としての歯科医療センター顎顔面補綴外来の重要性が示された。また、症例に応じて手術後の早期からの機能回復の必要性や、手術前からの術後の顎補綴装置設計への配慮など、顎補綴患者のQOLの向上や早期社会復帰を補佐する上で、その重要性が再確認された。

結論：顎顔面補綴外来の治療の特殊性と専門性が再確認され、手術前からの口腔外科医、耳鼻咽喉科医、歯科衛生士、歯科技工士など、他科、コ・メディカルとのチームアプローチによる専門的治療体系の確立が必須である。

演題2. エナメル横紋形成のメカニズムに関する新規仮説

○佐々木 愛, 藤原 尚樹*, 久保田 稔, 原田 英光*

口腔機能保存学講座歯内療法学分野,
総合歯科学講座保存修復学分野,
口腔機能構造学講座口腔組織学分野*

エナメル質の基本構造をなすエナメル小柱には、約4 μ m 間隔の横紋が観察される。この横紋は概日リズムを刻んだ成長線として知られているが、形成メカニズムについては不明である。テトラサイクリンを用いて硬組織形成過程を描記すると、エナメル質は象牙質ほど明確に標識されない。エナメル質の形成過程は、主にエナメル芽細胞がエナメルタンパクを分泌する基質形成期と、エナメルタンパクを脱却して石灰化が亢進する成熟期に分けて考えることができる。基質形成期のエナメルタンパクをHE染色で観察すると横紋様の濃淡が観察され、さらにこのエナメルタンパクを抗アメロゲン抗体で免疫染色した場合も同様であった。以上から、横紋は基質形成時のアメロゲニンのタンパク量に依存した石灰化パターンであると考えられた。

そこで、アメロゲンプロモーターの下流にレポーター遺伝子であるルシフェラーゼを繋いだコンストラクトを、ラットエナメル芽細胞株

HAT7に遺伝子導入し、アメロゲニンの転写活性を経時的に観察した。その結果、アメロゲニンの転写活性が一定の周期をもって変動することが認められた。

次に、アメロゲンプロモーターのどの領域が周期性の制御に関わるかを調べるためにDeletion-mutantを作製して発現リズムを観察した。その結果、転写開始点より74bp上流にもリズムを調節する領域があると考えられた。アメロゲンプロモーターの領域にはC/EBP α のbindingモチーフが存在し、その転写はMsx2によって制御を受けることが知られている。そこでMsx2の発現ベクターを同時に遺伝子導入して強制発現させる実験を行った結果、そのリズムが消失した。この結果から、アメロゲン周期性にはMsx2の発現が関与することが推測される。

以上を総括すると「エナメル横紋はアメロゲニンの発現量の周期的変化による基質形成パターンが、最終的な石灰化のパターンとして描記されたものである」と考えられた。

この研究は物質・材料研究機構の谷口彰良先生との共同研究である。

演題3. ウェーバー・クリスチャン (Weber-Christian) 病を有する歯周炎患者の治療例

○村井 治, 佐々木大輔, 藤原 英明, 金澤 智美, 大川 義人, 富樫 正幸, 金田 美奈, 八重柏 隆, 國松 和司

岩手医科大学歯学部口腔機能保存学講座
歯周病学分野

目的：ウェーバー・クリスチャン (Weber-Christian) 病は、主に四肢の皮下に生じる再発性発熱性の非化膿性結節性皮下脂肪炎で、脂肪細胞の変性と間質の炎症性細胞浸潤が見られる極めて稀な原因不明の疾患である。今回我々は、本疾患を有する歯周炎患者の歯周治療を経験したので、いくつかの治療上の注意点を含めて報告する。

患者：58歳、女性

現病歴：1985年に歯肉の違和感を主訴として岩手医科大学附属病院歯科医療センター歯周病診

療室を受診した。その後、一時治療が中断したが1996年に歯肉の出血、違和感を主訴として再来院し、全顎的な歯周病治療及び補綴処置を行った。その後、定期的なメンテナンス治療を受けていたが、2004年に全身の違和感を訴えて、ウェーバー・クリスチャン病の診断を受けて治療開始となった。当科では、上顎右側臼歯部を中心に歯周ポケットの再発がみられたため、再度、歯周基本治療から開始した。

口腔内所見：上顎右側臼歯部および下顎左側臼歯部に出血、排膿を伴う4 mm以上の歯周ポケットの存在と3度の骨吸収が認められた。

診断：慢性歯周炎，ウェーバー・クリスチャン病

治療計画および治療経過

- ① 歯周基本治療：TBI, SRP, 咬合調整，う蝕処置
- ② 再評価，
- ③ 修正治療：歯周外科，最終補綴
- ④ 再評価，SPT

考察・まとめ

今回の症例ではウェーバー・クリスチャン病の治療目的で免疫抑制剤の服用が行われた後、上顎右側臼歯部および下顎左側臼歯部の歯周ポケットの増加、出血、排膿がみられたため、歯周外科処置を含む歯周処置を行った。しかし、プラークコントロールが良好と思えても全身状態の不調により急性歯周膿瘍が発現した。現在、投薬治療により症状は緩解し、安定しているが、本症の予後の不安を考慮すると口腔内感染源の除去の徹底ならびに全身状態の把握は必須であると考えられた。