

広範囲のためブロック状腸骨を数個移植し、1年経過後にインプラントを同部に6本埋入し、マグネットを応用した可撤式デンチャーを作製した。8年経過した現在インプラント周囲の最大骨吸収は0.6mmで経過良好である。

演題 15. ポリ-L-乳酸製吸収性骨接合用プレートの使用経験

○野宮 孝之, 沼倉 興, 双木 均
星 秀樹, 杉山 芳樹, 関山 三郎

岩手医科大学歯学部口腔外科学第二講座

今回、下顎骨骨折に対し生体吸収性のポリ-L-乳酸(以下 PLLA) 骨接合プレートを使用し、若干の知見を得たのでその概要を報告した。

症例 1 は、16 歳の男性で、咬合不全を主訴に当科を受診した。平成 9 年 10 月 30 日に交通事故にて受傷し、本学高次救急センターを受診、10 月 31 日当科を初診した。

左側下顎犬歯部と右側下顎角の骨折と診断し、同年 11 月 10 日に観血的整復術、PLLA プレートによる固定を行った。現在術後 1 年であり、経過は良好である。

症例 2 は 57 歳の男性で、開口障害を主訴に当科を受診した。平成 9 年 3 月 25 日に転落事故にて受傷し、3 月 27 日当科を初診した。

下顎骨正中中部と右側下顎枝の骨折と診断し、同年 4 月 8 日に観血的整復術、PLLA プレートによる固定を行った。現在術後 1 年 6 か月であり、経過良好である。

今回われわれは生体吸収性の材料である PLLA を下顎骨骨折に使用したが、この材料は、最終的に水と炭酸ガスとなって体外に排泄されるものである。また、PLLA はほぼ骨皮質と同等の強度を有し、生体内において 8～12 週間強度が維持され、In vitro の試験では、材料は 1 年以内に吸収が完了すると言われていた。

われわれの使用経験では、プレートの骨面への適合は、80～90℃の滅菌水中で加温、軟化することにより容易に行えた。しかし、X線所見ではプレートが写らないために、固定状態の確認に難点があると思われた。また、プレートの吸収については、in vitro のデータとは異なり、術後 1 年以上経過した時点でも経粘膜的に触知され、完全に吸収するには更に時間を要すると思われた。

しかし、骨折部の治癒は良好であること、さらに、

金属プレートと異なり、金属の溶出や骨の脆弱化を避けるための除去手術が不要であることなどから、PLLA プレートは顎骨の組織内固定として有用であると思われた。

演題 16. 遊離腹直筋皮弁で再建を行った進展舌癌の 5 例

○福田 喜安, 八木 正篤, 中山 温史
松浦 政彦, 石川 義人, 大屋 高德
工藤 啓吾, 小林誠一郎*

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座
岩手医科大学医学部形成外科学講座*

当科における進展口腔癌の治療は、術前に化学療法と放射線照射を行った後、切除と再建手術を行うことを原則としている。軟組織大欠損の再建には、1981 年以來、もっぱら大胸筋皮弁を使用してきたが、最近、形成外科の協力のもと、遊離腹直筋皮弁を用いて再建手術を行った進展舌癌症例を 5 例経験したので報告した。

患者は全例が男性で、年齢は 15 歳から 61 歳にわたり、一次症例が 2 例、再発例が 3 例であった。一次症例の 1997 年 UICC による TNM 分類は、T 4 N 2 bM 0 と T 3 N 2 cM 0 が各 1 例ずつであった。また、再発例は原発巣のみ再発 (rT 4 N 0 M 0)、原発巣と頸部リンパ節の両者に再発 (rT 4 N 2 cM 0) および副咽頭間隙リンパ節再発 (rT 0 N 2 bM 0) が各 1 例ずつであった。

治療は、全例で術前化学療法と頸部を含む 30～70 Gy の⁶⁰Co の外照射を行った後に切除手術を行った。術前化学療法として、一次症例の 2 例では舌動脈にカテーテルを留置し、5-Fu あるいは 5-Fu と白金製剤を併用した超選択的動注化学療法を行った。これに対し、再発 3 例では白金製剤を主体とした多剤併用化学療法を静脈内投与にて施行した。手術は、口腔外科が頸部郭清術と原発巣あるいは再発巣の切除を行った後、形成外科が遊離腹直筋皮弁を用いて欠損部の再建を行った。

再建後の経過は、1 例で皮弁の縫合不全による唾液瘻と頸部縫合創の哆開による頸動脈の露出がみられたため大胸筋皮弁で被覆したが、他の 4 例では腹直筋皮弁の生着は良好であった。しかし、5 例中 4 例で腫瘍の再発がみられ、うち 3 例は術後 3～8 か月後に原病死し、1 例は現在治療中である。

以上、遊離腹直筋皮弁を用いて再建を行った進展舌癌の5例を報告した。腫瘍の制御率は低かったが、この再建法により、さらに大欠損の再建が可能になった。今後は、適応例を再考するとともに、症例を重ね機能面などについても検討をしていく必要が有るものと思われた。

特別講演

頭頸部の再建：どこまで可能になったか

○小林誠一郎

岩手医科大学医学部形成外科学講座

頭頸部には脳や感覚器官をはじめとし、生存に必須な摂食、呼吸に関与する器官など様々な重要組織がコンパクトに収納されている。加えて、頭頸部は露出部位であるという特徴を持ち、他の部位に比べ、その外観は人間の社会生活上重要な意味を持つ。このため、頭頸部先天異常や外傷・腫瘍切除後の再建にあたっては、機能的側面と共に整容的側面を重視する必要がある。

近年、頭頸部先天異常の治療や腫瘍切除後の再建結果は、飛躍的に向上した。それはマイクロサージャリーの手技を用いた血管柄付き遊離組織移植術とクラニオフェーシャルサージャリーによる頭蓋顎顔面骨切り術の開発によるところが大きい。

血管柄付き遊離組織移植術の開発は、皮膚・骨・筋肉・神経・筋膜などの様々な組織を一期的に移植することを可能とした。また、クラニオフェーシャルサージャリーの開発は頭蓋顎顔面骨の一期的移動を可能とし、各種先天異常や外傷・手術などによる骨性変形に治療の道を開いた。両技術を併用することも可能であり、従来では一期的再建が不可能であったような複雑な顔面変形への対応も可能となっている。これら手術法には現在までに様々な refinement が加わってきたが、最近では手術侵襲の問題や、各種組織移植に必要な donor site の問題にも目が向けられるようになってきている。例えば、prefabricated flap などの様々な皮弁採取部の工夫、boneless bone graft を目指した骨延長術、顔面骨への内視鏡的アプローチ法などである。これらの新技術は、術前シュミレーション、術中ナビゲーションなどのコンピューター支援外科の発展と相まって、より精度の高い低侵襲の手術へと発展して行くものと思われる。