

## 症 例

# 広範な義歯性線維腫に対する粘膜保存手術法の臨床的検討 ——とくに前庭拡張同時施行の2例について——

佐々木 統 大屋 高德 八木 正 篤  
福田 喜安 工藤 啓吾 藤岡 幸雄

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座

(主任：藤岡幸雄)

〔受付：1991年6月26日〕

〔受理：1991年12月11日〕

**Abstract** : Denture fibroma commonly exists, but extensive excision often results in deterioration of the maintenance and stability of the denture. Excision of the whole tissue is not always necessary, since fibroma is not a true tumor but is an inflammatory neoplasm. Therefore this tumor must be excised conservatively for the maintenance and stability of the denture. On two cases of denture fibroma, we performed excision of only connective tissue and vestibuloplasty simultaneously with preservation of the overlying mucosal membrane. Post-operatively, the dentures retained stability.

**key words** : denture fibroma, preservation of overlying mucosal membrane, vestibuloplasty

### 緒 言

義歯性線維腫は不適合義歯などによる慢性刺激によって生じる反応性の線維性組織の増殖であり、真の腫瘍ではない<sup>1)</sup>とされている。しかし、義歯の維持や安定を図るために、補綴前処置として腫瘍が増大すると、切除が必要となる場合が少なくない。この腫瘍の切除に際しては、一般的には被覆粘膜を含めた切除が行われているが、切除範囲が広範な場合や、もともと顎堤が

低くて口腔前庭が狭小化しているような症例に対しては、口腔前庭の狭小化を助長するため、得策とは言い難い<sup>2)</sup>。そこで、今回、われわれは広範な義歯性線維腫に対して、腫瘍部の被覆粘膜を保存して、増殖した線維性結合組織のみを切除し、さらに保存した粘膜を利用して口腔前庭拡張術を行い、2例ではあるが良好な成績を得ているので、若干の考察を加え報告する。

---

Surgical management of denture fibroma with preservation of overlying mucosal membrane.

Report of two cases treated by surgical excision and vestibuloplasty.

Osamu SASAKI, Takanori OHYA, Masaatu YAGI, Yoshiyasu FUKUTA, Keigo Kudo and Yukio FUJIOKA

(First Department of Oral and Maxillo-facial Surgery, School of Dentistry, Iwate Medical University, Morioka 020)

岩手県盛岡市中央通1丁目3-27 (〒020)

*Dent. J. Iwate Med. Univ.* 16 : 150 - 154, 1991

症 例

症例 I : 50 歳, 女性。

約 10 年前に上顎の総義歯を近医にて作製した。その後, 約 4 年前に某開業医にて義歯性線維腫を指摘されるも, そのまま放置していた。しかし, その後徐々に腫瘤の増大が認められた



Fig.1 Intraoral view of case I when first visited.

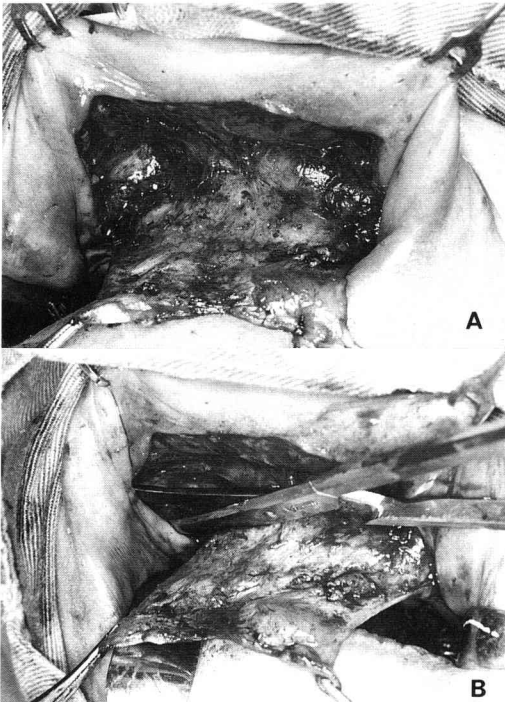


Fig.2 A: After excision of fibrous connective tissue with preservation of overlying mucosal membrane.  
B: Relaxation incision on both sides of preserved mucosal membrane.

ため, 当科を紹介され来院した。口腔内所見は, 上顎前歯部を中心に 6 ~ 6 にわたる範囲の歯肉頬移行部に腫瘤を認めた (Fig.1)。手術は全身麻酔下に, 腫瘤部を囲むように, 歯槽部歯肉粘膜から口唇粘膜にかけて箱型の粘膜切開を加え

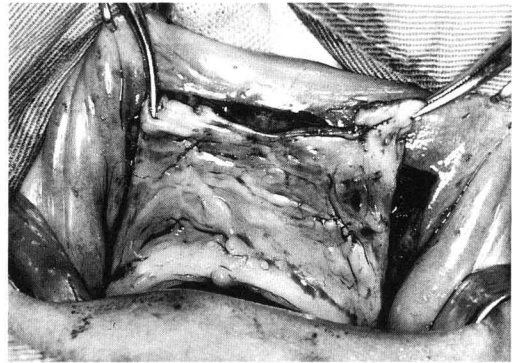


Fig.3 The surface of a wound overlaid with preserved mucosal membrane.

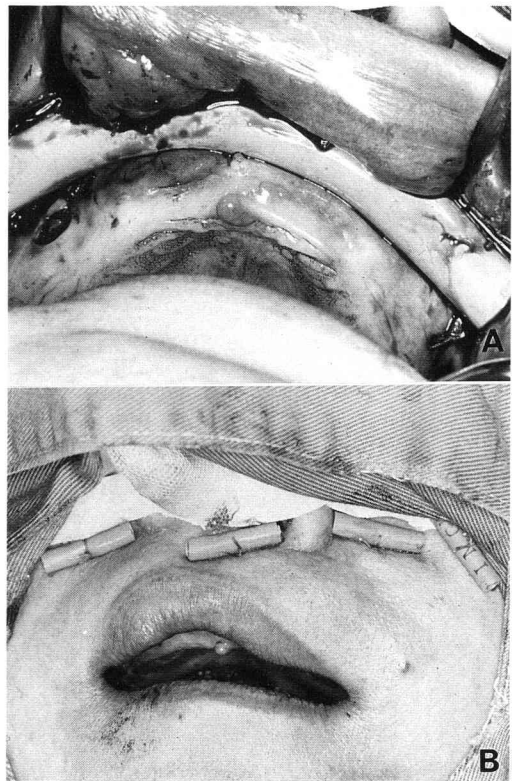


Fig.4 A : Placement of Nelaton tubes at the gingivobuccal junction for widening the oral vestibule.  
B : Fixation of the Nelaton tubes from the skin.

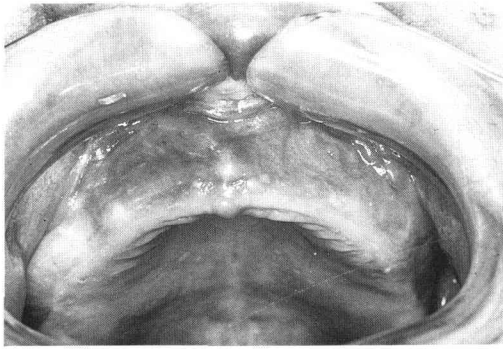


Fig. 5 Postoperative intraoral view of case I.



Fig. 6 The face of case I with denture attached.

た。次に、#15メスとハサミを用いて粘膜の剝離を行い、付着歯肉部では骨膜を保存するように注意しながら、粘膜を剝離して行った。そして、粘膜の裏側から線維性結合組織のみを切除し、粘膜は保存した (Fig. 2 A)。この時、さらに近遠心側の粘膜を下部筋層組織よりていねいに剝離して減張し (Fig. 2 B)、保存した粘膜で創面を覆い (Fig. 3)、縫合した。次に、口腔前



Fig. 7 A: Intraoral view of case II when first visited.

B: Elevation of mucosal flap.

庭の狭小化を防ぐために、歯肉頬移行部にネラトンチューブをおき、さらに皮膚側から固定した (Fig. 4 A, 4 B)。ネラトンチューブによる固定は、術後7日目で除去した。術後の経過は良好で、口腔前庭の狭窄は見られず、創部の癒着形成も軽微で (Fig. 5)、術後約2ヵ月で義歯を作製し、装着させた (Fig. 6)。

症例II：79歳、女性

約48年前より上下顎の総義歯を装用するようになったが、約3年前より下顎の義歯の適合が不良で、下顎前歯部の疼痛を自覚していたが、そのまま放置していた。約2年前から右側の下顎歯槽堤に腫脹が生じるようになり、約1ヵ月前に疼痛が強くなってきたため、某歯科医院を受診し、義歯の調整処置を受け、疼痛は軽減した。しかし、腫瘍の切除を勧められ、当科を紹介され来院した。初診時の口腔内所見は4~1の唇側歯肉から、歯肉唇移行部にかけて15×25mmの平面平滑、弾性軟の腫瘍が認められた (Fig. 7 A)。

一補綴科で義歯を作製し、装着させた (Fig. 9)。

## 考 察

義歯性線維腫は、義歯床縁の機械的刺激により発症する反応性の線維性組織の増殖であるとされているが、更年期、あるいは閉経後の女性に多く発症することから、内分泌系の疾患である可能性も指摘されている<sup>1)</sup>。また、日常の歯科臨床においてしばしば遭遇する疾患であり、特に全部床の義歯製作時には何らかの処置が必要になることが多い<sup>2)</sup>。

義歯性線維腫の治療法については、保存療法を主張する報告もある<sup>3)</sup>が、一般的には外科的に切除される場合が多く、その原則は、切除しすぎないこととされている<sup>4)</sup>。それは、本疾患が真の腫瘍ではなく炎症性の増殖物であること、さらに新しい義歯を作製する上で、組織の取り過ぎにより義歯床の浅くなることを避けるためである。特に腫瘍の存在する部位では、反復刺激により歯槽骨の吸収が進行していることが多いため<sup>5)</sup>、さらに顎堤が低くなるような切除法は好ましくない。山本ら<sup>6)</sup>は、完全に切除しないと再発する場合の多いエプーリスとは異なり、義歯性線維腫の切除の場合は歯肉整形的な要素が強いとしている。また、斎藤ら<sup>7)</sup>も義歯性線維腫は必ずしも腫瘍全体を切除する必要はなく、切除に際しては、義歯の維持、そして安定を考慮すべきであるとしている。

また、術式についても様々な報告がみられる<sup>5, 8-12)</sup>が、従来の腫瘍切除後に縫縮するという方法では、口腔前庭をさらに狭窄化するため、好ましい方法とは言い難いと思われる。また、切除後に口腔前庭を拡張する方法も創部を大きく露出させ、手術侵襲を大きくするので必ずしも好ましくない<sup>2)</sup>と思われる。露出した創部に遊離皮膚移植<sup>11)</sup>や遊離粘膜移植を施行した報告もあるが、二次的な手術創部を必要とする上、手術操作が繁雑になり、得策とは言えない症例もある。

我々が行った腫瘍部粘膜を保存する方法は、

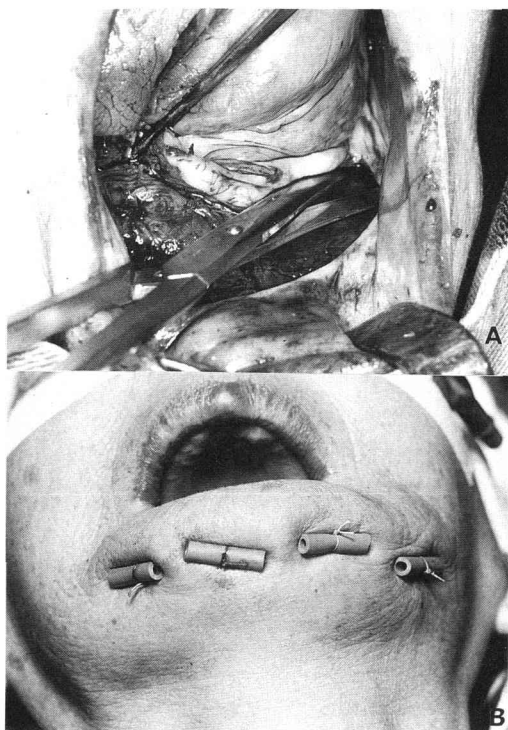


Fig. 8 A: Relaxation incision on both sides of preserved mucosal membrane.  
B: Fixation of the Nelaton tubes from the skin.

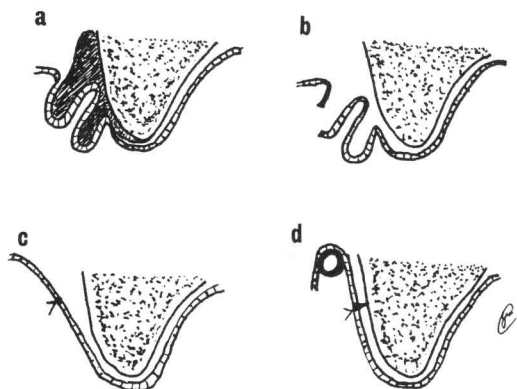


Fig. 9 Illustration of this surgical method.

手術は全身麻酔下に行い、症例1と同様に粘膜切開を加えた後、腫瘍部の被覆粘膜および骨膜を保存し、線維性結合組織のみを切除した (Fig. 7 B)。さらに、近遠心側の粘膜に減張切開を加え、創部を縫合した後、口腔前庭が狭窄しないようにネラトンチューブを用いて固定した (Fig. 8 A, 8 B)。術後約2ヵ月後に本学第

皮膚移植や粘膜移植を行わずに創面を露出させず、口腔前庭も狭窄させない優れた方法と思われる。腫瘤部の粘膜を保存して線維性結合組織のみを切除する本方法は、剝離操作に多少の時間を要し、また、線維性結合組織を完全に切除することも困難である。しかし、前述したような義歯性線維腫の性質を考えれば、腫瘤を完全に切除する必要はなく、仮に取り残しがあったとしても、それがすぐに再発の要因となるわけではない。したがって、術後における義歯の維持や安定を優先した手術を行う方が、より有用性が高いといえる。今回、この方法を用いて義歯性線維腫の切除を行った2例は、両者とも術後の義歯の維持や安定も良好で、切除後に縫縮する方法や、遊離皮膚及び粘膜を移植する方法に比べ、術後の癒痕形成は軽微で、しかも前庭拡張術を同時に施行できる点で優れた方法と言えるであろう。

#### 結 語

1. 広範に生じた義歯性線維腫に対し、腫瘤部粘膜を保存し、口腔前庭を拡張した2症例を経験した。
2. 従来の粘膜を含めた腫瘤の切除法と比較し、前庭の深化形成が可能で、術創部の癒痕は軽微であった。
3. 術後約4年を経過するが、義歯の維持安定は良好で、また、本法は上顎、および下顎のいずれにも適応できた。

#### 文 献

- 1) 石川梧朗, 秋吉正豊: 口腔病理学Ⅱ. 第1版. 永末書店, 京都, 963-965頁, 1969.
- 2) 大屋高德: 義歯装用のための補綴前外科処置の重要性. 横浜顎顔口外誌, 2 : 1-8, 1990.
- 3) Bondine, R. L. : Oral lesions caused by ill-fitting dentures. J. Prosth. Dent., 21 : 580-584, 1969.
- 4) 池尻 茂: 義歯床性肉内弁状増殖症(いわゆるDenture Fibroma). 日歯医師会誌, 19 : 472-473, 1966.
- 5) 森田啓一, 古屋紀一, 清水健吾, 松本 正, : 下顎片側に発生した巨大な, いわゆるDenture Fibromaの一例. 補綴臨床, 3 : 50-55, 1970.
- 6) 山本悦秀, 佐藤建夫, 山本康一, 清水正嗣: いわゆる義歯性線維腫40例の臨床的研究. 口病誌, 44 : 180-186, 1977.
- 7) 斎藤政二, 松田耕策, 宋 時澤, 飯塚芳夫, 手島貞一: 義歯性線維腫に対し、腫瘤部粘膜を保存する外科処置を行った2例. みちのく歯学誌, 17 : 59, 1986.
- 8) Thoma K.H. : Oral surgery, volume one 5th ed. Mosby Co, St Louis, p 422-423, 1969.
- 9) Kruger E., 清水正嗣: 歯科口腔外科手術の臨床. 第1版, クインテッセンス出版, 東京, 192-195, 1978.
- 10) 大谷隆俊, 園山 昇, 高橋庄二郎編: 図説口腔外科学. 第1版, 医歯薬出版, 東京, 441-443, 1988.
- 11) 小川邦明, 関山三郎, 子守林尚之, 大橋 靖: 広範な義歯性線維腫摘出後の中間層植皮による口腔前庭形成. 形成外科, 18 : 336-341, 1974.
- 12) 河合 幹, 岸本 卓, 北岡 豊, 栗田賢一, 大西正信, 古賀賢三郎, 榎原惇郎: 口唇に変形をきたした義歯性線維腫の1例. 日口外誌, 28 : 138-142, 1982.