

対し、我々はマイオ・トロニクス社の Myo-monitor により得られる Myo-centric を患者の初診時の習慣咬合位と模型上で比較したところ、明らかな咬合のズレを認め、その患者の咬合位を Myo-centric に誘導したところ、全ての症例において、著しい症状の改善、消失を認めた。又、筋の圧痛の消失、左右の筋の感受性の balance の均一化も認められ、再発傾向はみられなかった。今回我々は、全顎補綴、上下顎骨折、関節突起形態異常、高度の歯列不正などの素因的背景をもっていた6例について報告したが、顎関節症の直接因子には、明らかに咬合が関与していた。咬合の偏位は顎関節の偏位を伴い、それが咀嚼筋群の慢性疲労や耳介側頭神経の刺激を引起し、かつ他の因子が重なっていた時、症状が発現するものと思われた。そこで直接原因である筋の疲労感、耳介側頭神経の刺激を取り除くには、顎の偏位を改善させる事と考え、咬合の改善を行った。方法は来院時の咬合位と Myo-monitor 施行後の咬合位を研究模型上で比較検討し、それぞれ一致する迄、数回にわたり咬合調整を行った。

Jankelson らは、myo-centric は muscle balance position と一致していると報告し、反対報告もあるが、経験した全症例に明らかな症状の改善が、認められた事から、Myo-centric は、muscle balance position の範囲内にあると考える。一方小守林は、Myo-centric を顎関節規格撮影でとらえようとしたが、現在のところ非常に困難である。その点、我々の検討した研究模型上での比較は咬合のズレの偏位を容易に把庄し、簡単に行うことができ、また、咬合調整終了のめやすともなりえた。以上観察期間は最長で2年半と短い、今後は咬合のズレと症状の発現についても比較検討して行きたいと思う。

質 問：清野和夫(歯補2)

1. Myo-Centric は頭部の傾斜により偏位するが、特別な配慮をしているか。

2. 上顎位の偏位を模型上で行っているが、具体的に教えて頂きたい。

質 問：田中久敏(歯補1)

1. Myo-centric 位での咬合採得の方法。

2. 模型の咬合状態と口腔内での咬合状態の比較法(咬合器を使用しないで)

3. 顎関節症における筋肉痛の咬合との関係について。

4. 側方運動時における咬合干渉の処理法について。

回 答：三隅健三(口外1)

清野先生え

1. 白井らは、体軸が、60°~90°後傾した体位において、Myo-centric の咬合位は、中心咬合位に一致していると、報告している。当科も、それに準じた。

2. Bite wax にて、習慣咬合位と筋弛緩後での咬合関係を印記し、研究模型で、その咬合関係をうつし、比較しやすい部位に、鉛筆で、各々の咬合位で目印をつけ、目印のずれから、上顎の偏位を判断した。

田中先生え

1. Myo-monitor による、Muscle のマッサージを終了直後に、Bite wax ないし、Myo-sprint を利用した。

2. Myo-centric の咬合位に関し、可塑性の Bite wax を用いた。

3. まとめ、考察に述べたように、顎関節の偏位とそれに伴う筋の緊張は、一致しているようである。

4. Myo-centric の咬合位で、筋のバランスがはかられたと判断した後、患者に、側方運動させて、それを印記し、通常の咬合調整をおこないました。

座長 小川邦明

演題10 進展した頬部 Verrucous carcinoma の1例

○金子克彦, 渡辺充泰, 横田光正
石橋 薫, 大屋高德, 工藤啓吾
藤岡幸雄
島山節子*

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座

岩手医科大学歯学部口腔病理学講座*

Verrucous carcinoma は、1948年に Ackerman が始めて記載し、本邦ではイボ状癌腫、疣贅性癌などとよばれ臨床的病理組織学的に比較的良性的性状を有する扁平上皮癌といわれている。今回われわれは、頬粘膜に生じた Verrucous carcinoma のまれな1例を経験したのでその概要を報告した。

症例は73歳男性で、左側頬粘膜の腫脹を主訴として来院した。口腔内所見では、左側上顎第2大臼歯部より臼後三角の頬粘膜にカリフラワー状で、境界明瞭、弾性軟な腫瘤がみとめられた。口腔外所見では頬部皮膚にまで波及した腫瘤は、中心に小豆大の潰瘍を形成し灰白色の浸出液がみとめられ、その周囲には母指頭大の硬結がふれた。

病理組織学的には、著明な過角化と異角化をとまなう棘細胞は軽度の異型性を示して乳頭状に増殖し、上皮下には著しいリンパ球のびまん性浸潤が観察された。

処置としては、左浅側頭動脈からの BLM 動注と⁶⁰Coの照射後、部分的切除をかねた根治的局所清掃術を施行した。しかし、6ヶ月後に再発がみられたため再局所清掃術を施行した。その後、頬部の皮膚欠損に対しD-P皮弁による再建をこころみた。1年4ヶ月を経過した現在、経過良好である。

質 問：小川 邦 明（県立中央病院歯口外）

1. 照射後 anaplastis transformation を考慮して切除即時再建は考えなかったか。

2. 既往歴で咬傷があったとのことであるが、その他に誘因と考えられるものはなかったかどうか。

回 答：金子 克 彦（口外1）

1. 初回の手術時に即時再建しなかったのはD-P弁で修復するまでもなく一次縫合で充分創部を閉鎖することができたからです。

2. 嗜好品では、タバコを大部喫っていました。

演題11 小唾液腺由来の benign pleomorphic adenoma の臨床病理学的検討

杉 幸晴, 二瓶 徹, 沼口 隆二
宮沢 政義, 石沢 順子, 井口 千鶴
伊藤 信明, 藤岡 幸雄, 武田 泰典*

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座
岩手医科大学歯学部口腔病理学講座*

当科における過去5年間の小唾液腺由来の benign pleomorphic adenoma は、外来患者総数6843例中12症例であった。今回これらについて臨床病理学的に検討を加え、他報告とも比較して若干の知見を得た。

12症例中、男性6例、女性6例で性差は見られず、初診時の年齢は22才より93才までの各年齢層にわたり、平均年齢は51.5才であった。主訴は「患部の腫脹」「腫瘍が気になる」がほとんどであった。腫瘍の

発現部位では2例が上口唇部、10例が口蓋部であり、口蓋部の10例の内訳は硬口蓋4例、軟口蓋2例、硬軟口蓋におよぶものが4例で、左右別では右側が7例と多かった。腫瘍の大きさでは2~3cmのものが半数を占め、症状自覚より来院までの期間は、8ヵ月から40年までと巾広く、平均8.8年であった。また来院までの期間が長いものほど、腫瘍は大きい傾向にあった。腫瘍の硬度については、12例のうち弾性硬のものが6例、弾性軟のものが6例で、いずれも弾性を示した。弾性硬を呈するものは、組織学的に線維成分が多く、弾性軟を示すものでは小嚢状あるいは粘液腫様を呈する部分が比較的目立った。腫瘍と健常組織との境界は臨床的には全て明瞭であったため、切除ならびに摘出は容易と考えられたが、組織学的に見ると腫瘍が被膜へ浸潤しているものや、切除断端に腫瘍が認められるものもあった。この事は十分に慎重な外科処置の必要性を示唆するものと考えられた。部位別の発現割合は口蓋と上口唇が5:1で、これは欧米での報告と近似していた。頬部、下口唇部などは見られなかったのは症例数が少ないためと思われる。我々の12症例は術後3ヶ月~5年を経過しているが、再発での来院例は現在のところ認められない。今後さらに症例を重ね、検討を加えていきたい。

質 問：小川 邦 明（県立中央病院歯口外）

1. 口蓋に発生した症例のうち骨の吸収があったものはどの位か。

2. また完全被包されたものと不完全なものとの割合は？

3. 切除例と摘出例はどうであったか。

回 答：伊藤 信 明（口外1）

1. 臨床的には、大きなものでは腫瘍直下の骨が圧迫吸収されて、浅く陥凹していたが、径が1cm程度の小さなものには明らかな吸収はみられなかった。

2. 3. 臨床的には、摘出した場合には、結合織での被包が確認出来たが、周囲の健常組織も含めて切除した場合には、それが確認出来なかった。

しかし、病理組織学的には、すべて結合織で被包されていた。