

下腺腫瘍全体に占める割合は約1%とされており、比較的稀な腫瘍と考えられる。今回、私は59歳男性の右副耳下腺に発生した多形腺腫由来癌、非浸潤型（腺癌）を経験したので報告する。

【症例概要】現病歴：平成23年から右頬部に1cm程度の腫脹を認めるも放置していた。序々に増大したため、平成25年3月、精査加療を目的に当科を受診した。

症状および経過：初診時右頬部に4.5cm×3cm大で、弾性軟、表面平滑、可動性良好な腫瘤を認めた。なお、顔面神経麻痺は術前、認められなかった。穿刺吸引細胞診はclass Iであった。治療兼確定診断目的にて、全身麻酔下にS状切開法による腫瘍摘出術を施行した。顔面神経同定法としては耳下腺前縁からの同定法を選択した。

病理組織学的診断：多形腺腫由来癌、非浸潤型（腺癌）

平成25年11月現在、顔面神経麻痺はなく、再発・転移を認めていない。

【考察】副耳下腺には耳下腺本体と同様の腫瘍が発生しうるが、耳下腺腫瘍における悪性腫瘍の頻度が25%であるのに対して、副耳下腺腫瘍では42%～52%とより高率に悪性腫瘍が発生すると言われている。本症例では、術前の穿刺吸引細胞診の結果がclass Iであったが、上記の理由により、耳下腺腫瘍に準じたS状切開による腫瘍摘出術を選択した。この切開法の利点としては、腫瘍直上の切開法に比べて、術野がはるかに広く、その結果、術中、腫瘍が耳下腺前縁と離れていることを確認でき、腫瘍が副耳下腺由来であることを確認できること、また、顔面神経同定法として、術中、顔面神経本幹からの同定法か、もしくは耳下腺前縁からの同定法かを選択できることが挙げられた。

【結語】今回私は、59歳男性の右副耳下腺に生じた多形腺腫由来癌、非浸潤型（腺癌）の1例を経験したので報告した。

13) 術中術後を通し大量出血をきたした術後性上顎嚢胞の一例

○城戸 祐子, 宮島 久, 吉開 義弘, 竹内 聡史
御代田 駿, 吉田 綾子, 重本 心平
(会津中央病院歯科口腔外科)

【緒言】術後性上顎嚢胞の手術において上顎洞後壁の消失などを認める場合、上顎結節後方の血管叢を外科的に損傷し、大量出血に及ぶリスクは常に念頭におかなければならない。一方、難治性感染を起こしている下顎骨髄炎などの場合、手術時に周囲の粗造骨より持続的に出血し、止血困難に陥る事もある。上顎の場合、このようなケースは稀であるが、今回、術後性上顎嚢胞の二次感染による上顎骨髄炎を併発した症例に対し、手術を行った際、術中術後を通して大量出血に及んだ一例を経験したのでその概要を報告した。

【症例概要】患者は74歳の男性で、紹介元にて左上4番残根、要抜歯の診断となったが、基礎疾患が多数あったため、当科紹介となった。初診時、口腔内外共に炎症所見はなかった。既往歴として、約40年前に両側の上顎洞炎根治手術を施行されていた。全身既往としては、労作性狭心症、解離性大動脈瘤、高血圧症、高脂血症、糖尿病、慢性腎炎があり、抗血栓剤を2剤服用していた。画像所見より両側術後性上顎嚢胞二次感染からの両側上顎骨髄炎と診断した。基礎疾患の状態が安定していたため、全身麻酔下の手術予定としたが、術前検査で血小板減少も認められたため、止血に十分留意し手術することとした。手術は、通常通りに行ったが、術中、右側からの出血が多く、右側は副腔形成とはせず、多種の止血法を併用し止血した。術中出血量490ml。術後、数日間で貧血が急速に進んだため、輸血を施行した。その後の出血は無く、経過良好にて、退院となった。

【考察】顎顔面領域の手術は術野が狭く、脈管系にも富む組織であるため、出血には十分留意しなければならない。今回の症例に対しては、易出血性の全身の状態であったため、抗血栓療法へのパリン置換などの全身的対策と、左側は術中の出血が通常通りであったため、副腔形成としたが、場合によっては、完全閉鎖創とし、止血剤を填塞するなどの対応をしていれば、術後の出血は回避

されたかもしれない。今後、出血リスクの高い手術を行う場合、確実な局所止血に留意するばかりでなく、術式の変更や全身の対応などを考慮しなければならないと考える。

14) 形態別人工歯排列基準を応用したインプラント埋入位置の決定方法

○浅野栄一郎

(歯学部同窓会・伊達デンタルクリニック)

【緒言】近年超高齢社会である日本において、フルマウスインプラント及び、その補綴方法に対する患者のニーズが高まってきている。従来of スクリューオンデンチャータイプから、より天然歯の形状に近い Cr & Br による補綴方法について、デンチャースペースと顎堤形状、顎間関係の違いを3つのタイプに整理し、その対処法を考察した。

【症例概要】Case1.44歳男性 初診時の状況は上顎前歯部 Br 脱離、多数歯同様による咀嚼障害。殆ど保存不可能な歯であった。右側顎関節の急性復位性関節円板前方転位 (Ⅲa型)。ヘビースモーカー (1日30本程度)。

Case2.64歳男性 初診時の状況は上下顎前歯部 Br 脱離、多数歯同様による咀嚼障害。殆ど保存不可能な歯であった。左側顎関節の急性復位性関節円板前方転位 (Ⅲa型)。下顎前歯部以外保存不可能であった。

Case3.64歳女性 初診時の状況は上下顎前歯部 Br 脱離、多数歯同様による咀嚼障害。殆ど保存不可能な歯であった。右側顎関節の急性復位性関節円板前方転位 (Ⅲa型)。下顎前歯部以外保存不可能であった。

上記患者に対し、歯周組織検査、顎機能検査、レントゲン検査等により予後の診断を行った。

【考察】まずはじめに全ての症例で、保存不可能な歯の抜去、暫間義歯にて咀嚼機能と顎機能の回復に努めた。インプラント埋入後プロビジョナル Cr & Br による咬合、顎機能の回復改善、顎間関係の確定後、最終補綴物の装着という治療計画に則り遂行した。

これらの患者は本来あるべき前歯部歯軸を、顎堤形状の違いやリップサポートとデンチャースペース等から推察し、Square, Tapering,

Combination の3つに分類した。そして最終補綴物の理想的なインプラント埋入ポジションを明確にし、適切な GBR, RidgeExpansion, SinusLift 等を施す事により、骨高、骨幅、約1mmの難症例部位にインプラント埋入することができ、Cr & Br にて理想的な補綴処置を施す事が出来た。

【結語】今回は顎堤条件、顎機能、咀嚼機能、嚥下機能、構音機能、審美機能、感覚機能、呼吸機能、姿勢維持等の諸問題を抱えた症例に対して、出来るだけ天然歯を有する健常者に近い口腔機能の獲得が出来た事を報告した。