

12) 眼球症状が不明確であったGoldenhar症候群の1例

○吉田 綾子, 宮島 久, 吉開 義弘
竹内 聡史, 御代田 駿, 宗像 佑弥
(会津中央病院 歯科口腔外科)

【緒言】Goldenhar 症候群は、眼・耳異形成症と脊椎奇形の合併したもので、唇顎口蓋裂などを伴う場合もある。発生頻度は3000～5000人に1人とされ、必ずしも全ての症状が明確とは限らない。今回われわれは眼球症状が不明確であったGoldenhar 症候群を経験したので報告した。

【症例概要】現病歴：当院産婦人科にて出生し、哺乳障害を主訴に当科を受診した。

家族歴：母親がバセドウ病で22歳よりメルカゾール®を内服。妊娠4週4日に着床出血、ダクチル®を3日間服用。

症状および経過：初診時左側耳介形成不全と副耳、左側下顎形成不全を認めた。第一第二鰓弓症候群と診断したが、後日左側角膜輪部に類上皮腫を認め、Goldenhar 症候群の診断に至った。哺乳障害は経時的に改善され、当科として特別な処置は施行しなかった。

臨床診断：Goldenhar 症候群

【考察】Goldenhar 症候群は、眼、耳介、脊椎に異常を認める完全型と、脊椎の異常を伴わない不完全型に分類される。片側性が一般的だが、全症例の5～20%が両側性との報告もある。両側性の場合も下顎形成不全は片側の重症例が多く、通常はhemifacial microsomiaとなる。発生頻度は稀で、必ずしも全ての症状が明確とは限らない。発生原因は不明で、遺伝による可能性は否定されている。胎生4～7週に鰓弓部分に出血を起こすと鰓弓の形成不全・癒合不全が起こるとも言われているが、本症例における着床出血は一般的なもので、明確な原因とは言えない。母親が服用していたメルカゾール®の副作用として胎児の催奇形性があるが、頻度は投与量に比例すると言われており、本症例の場合、薬剤性の副作用も否定的である。

本症例に対する今後の治療方針は、hemifacial microsomiaに対する治療が主体となる。本症例の下顎形成不全はPruzansky分類のGrade IIIに

分類され、重症例と言える。下顎頭を含めた下顎枝の成長発育の予測が困難で、顎の成長誘導、歯科矯正治療、仮骨延長術、顎矯正治療等が必須となる。いずれの方法も容易に決定できる治療方針ではない。中でも、近年、仮骨延長術は多くの利点から本症例のような下顎形態異常に対して様々なアプローチがなされているが、行う時期に関しては意見が様々で確立されていない。さらに、下顎骨は独特の彎曲を有しており、単に直線的な延長が行えるというだけでは十分ではなく、咬合も考慮に入れなければならず、十分なシミュレーションを行い切れるかが課題である。

【結語】今回われわれは、初診時に第一第二鰓弓症候群と診断したが、後日、角膜に類上皮腫を認め第一第二鰓弓症候群の一重型であるGoldenhar 症候群の診断に至った症例を経験したので、文献的考察を中心に報告した。

13) 重度の異常絞扼反射患者に対して全身麻酔下歯科治療と系統的脱感作により対応した症例

○鈴木 史彦¹, 八木下 健¹, 川合 宏仁¹
山崎 信也¹, 清野 晃孝², 齋藤 高弘³
(奥羽大・歯・口腔外科, 奥羽大・歯・附属病院,
奥羽大・歯・口腔衛生³)

【緒言】異常絞扼反射(GR)は口腔後部、軟口蓋、舌根部、咽頭部、喉頭部等への刺激により誘発される、吐物を伴わない嘔吐様反射である。本症例は重度GR患者に対して、部分床義歯装着までの歯科治療を実施したものである。

【症例概要】患者は初診時62歳の男性である。臼歯部の冷水痛にて他院を受診するも、GRのため歯科用器具の挿入が不可能なことから、紹介により本院附属病院を受診した。重度GR、多数歯う蝕、および慢性歯周炎と診断した。全身麻酔下での抜歯、う蝕治療、およびスケーリング後、静脈内鎮静下での部分床義歯の咬合採得、外来での系統的脱感作による義歯装着トレーニングを実施した。上顎義歯は1か月で日中の装着が可能となり、下顎義歯は3か月経過後も義歯装着トレーニングを継続している。

【考察】GRの原因は局所的因子、全身的因子、

および心理的因子が挙げられる。本症例は心理的因子により GR が出現したものと考えられた。静脈内鎮静法を用いても、GR 患者の中には極度の恐怖により、脱抑制状態となり、無意識のうちに治療を拒否する行動が見られることがある。静脈内鎮静法による歯科治療が困難な GR 患者には全身麻酔が選択される。本症例は歯科用器具を口腔内に挿入することが不可能であり、全身麻酔が適応となる重度 GR と診断した。心理的因子のうち、過去の歯科治療が原因となっているものでは、全身麻酔で歯科治療を行うことにより、治療ができた体験を患者が実感することで、GR が軽減したことが報告されている。本症例も治療の最終段階で患者が部分床義歯の装着トレーニングができるようになったことから、GR は軽減されたものと考えられる。GR 患者の義歯装着に関しては、義歯の GR 誘発部位との接触回避や装着トレーニングが有効であると報告されており、本症例においても効果が認められた。

【結語】重度 GR 患者に対し、全身麻酔下歯科治療と系統的脱感作により部分床義歯装着までの歯科治療を経験した。

14) 鼻腔側より抜歯した正中埋伏過剰歯の 1 例

○角田 隆太¹, 川原 一郎¹, 金 秀樹¹, 菅野 勝也¹
馬庭 暁人¹, 河西 敬子¹, 高橋 進也¹, 浜田 智弘¹
高田 訓², 大野 敬², 相澤 徳久²

(奥羽大・歯・口腔外科, 奥羽大・歯・小児歯科)

【緒言】正中埋伏過剰歯は臨床においてよく遭遇し、口腔内から抜歯することは多いが、鼻腔側より抜歯するのはまれである。今回われわれは、鼻腔側より抜歯した正中埋伏過剰歯の 1 例を経験したので報告する。

【症例概要】現病歴：平成24年2月に近歯科医院にて正中埋伏過剰歯を指摘され、同年3月に精査・加療を目的に当科初診となった。

症状および経過：初診時自覚症状なく、炎症・歯列不正・萌出遅延等の異常所見は認めなかった。画像所見より鼻腔に一部歯冠が萌出しているのが認められた。全身麻酔下に埋伏歯抜歯術を施行した。術式は、2～3の唇側に Wassmund 切開を加え、剥離を行い梨状口下縁と鼻腔粘膜を明示し

た。左側鼻腔粘膜を剥離したところ、鼻腔底部に一部歯冠を認めたため、歯冠周囲の骨を削除し抜去した。抜歯窩からの出血は少量であった。鼻腔側から抜去した歯牙は犬歯様を呈しており歯根は完成していた。術後は鼻出血等なく経過良好であった。

【考察】正中埋伏過剰歯の抜歯は、歯科口腔外科領域において唇側や口蓋側からの抜去は一般的であり、外鼻孔や鼻腔側から抜去している報告は少ない。当科において正中埋伏過剰歯を鼻腔側から抜去したのは本症例のみであった。

本症例では、歯冠の一部が鼻腔側に萌出していたが、外鼻孔から抜去するには術野の明示が困難であり、また、唇側や口蓋側からでは骨削除量が多くなるため鼻腔側より抜去した。本症例における鼻腔側からの抜歯は、手術時間や骨削除量の観点からみて低侵襲であり、適切な選択であった。

【結語】今回われわれは、逆性埋伏過剰歯を鼻腔側より抜歯した 1 例を経験したので若干の文献的知見を加えて報告した。

15) 止血困難であった上顎智歯抜歯後の大量出血の 1 症例

○渡辺 正博, 小松 泰典, 福島 雅啓, 菅野 勝也
川原 一郎, 濱田 智弘, 金 秀樹, 高田 訓
(奥羽大・歯・口腔外科学)

【緒言】歯科治療時のストレスは、様々な循環変動を及ぼす。特に外科処置における侵襲や患者の生理的・心理的变化は循環に強い影響を与える。今回、圧迫止血困難のため緊急全身麻酔下に循環管理を行った症例を報告する。

【症例概要】現病歴：A 歯科医院にて上顎右側智歯抜歯後、止血困難にて当院に救急搬送された。

既往歴：高血圧症

経過：来院後、直ちに生体モニター装着し、圧迫するも止血及び出血点の確認が困難であった。また患者の血圧は徐々に上昇し、出血量の増加が見られたため、緊急全身麻酔下の止血術予定となった。全身麻酔下の止血術により止血認められたが、覚醒時に血圧の上昇が見られ再出血した。再び患者を入院させ、止血術施行した。覚醒前にフェンタニル、塩酸デクスメドミジンを活用し、