

第30回

一般社団法人 日本小児口腔外科学会
総会・学術大会



これからの小児治療に
求められるもの
―さまざまなお患者背景をふまえて―

会期

平成30年
11月23日(金)・24日(土)

埼玉医科大学かわごえクリニック

〒350-1123 埼玉県川越市脇田本町21-7
Tel:049-238-8111(代表)

大会長

下山 哲夫

(埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科 教授)

副大会長 堀江 憲夫

(埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科 教授)

準備委員長 金子 貴広

(埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科 准教授)

学術大会事務局

埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科

〒350-8550 埼玉県川越市鴨田1981

TEL:049-228-3687 FAX:049-225-1677

E-mail: smcshika@saitama-med.ac.jp

目 次

1. 理事長ご挨拶	1
2. 大会長ご挨拶	2
3. 会場・学会会場案内図	3
(埼玉医科大学かわごえクリニック)	
4. 日程表	5
5. 参加者へのご案内とお願い	7
6. 大会プログラム	11
7. 日本小児口腔外科学会総会開催記録	18
8. 特別講演	77
9. シンポジウム	81
10. ランチオンセミナー	89
11. 一般口演 (一般演題)	91
12. ポスター発表	119



ご挨拶

「さらなる情熱をもつ」

一般社団法人日本小児口腔外科学会

理事長 坂下 英明

平成30年11月23日（金曜日）と24日（土曜日）に小江戸川越市において、第30回一般社団法人日本小児口腔外科学会総会・学術大会が埼玉医科大学総合医療センター 下山哲夫教授を大会長として開催されます。プログラムのメインテーマは「これからの小児治療に求められるものーさまざまな患者背景をふまえてー」であり、本年度の歯科保健のあり方をみても正鵠を得たものです。

さらには、歯科における専門医制度もさらに一步前進いたしました。本学会は口腔外科と小児歯科との二種に大別される会員からなり、そのため2ルートから認定になる制度をとっております。このため、本制度の今後の方向性を定めるために、歯科の専門医制度に精通されている、本学会前理事長の木村博人先生に「最新の歯科医療におけるトピックス」をテーマにご講演いただきます。

前大会のご挨拶でも述べましたように、我が国の少子化を我々個人が食い止めることなどはとうてい不可能です。しかし、小児口腔外科治療を通じて、子供と家族を真摯に見つめかつ寄り添うことはできます。このような点は、本学会の全会員が同様な思いであると考えています。さらに今後は小児の口腔機能の発育低下に関する分野は益々重要となります。

今学会の特別講演では明海大学歯科医学総合研究所 所長・坂上 宏先生に「天然物資源の口腔疾患治療への応用」をテーマにご講演をいただきます。シンポジウムでは「障害児・有病児の歯科的支援を考えるー口腔外科領域の立場からー」をテーマにそれぞれの分野のスペシャリストの先生方にご議論をいただきます。前大会同様に「集えよ、若人、夢と希望を語れ」に最適の大会となることは確実です。

第30回一般社団法人日本小児口腔外科学会総会・学術大会が成功し、会員各位の益々の小児口腔外科治療での活躍に貢献することを祈念します。

最後に、小児の健康な発育に貢献しようとする情熱が今以上に高まることを希望致します。



ご挨拶

第30回一般社団法人日本小児口腔外科学会総会・学術大会
大会長 下山 哲夫

第30回一般社団法人日本小児口腔外科学会総会・学術大会の大会長を務めさせていただきます埼玉医科大学総合医療センターの下山です。皆様のご協力により、多くの演題登録をいただきました。この場をお借りして厚く御礼申し上げます。本大会では、例年行われている特別講演、ランチョンセミナーに加え、メインセッションとして午後にシンポジウムを用意させていただきました。限られた時間内ではありますが、活発なディスカッションの場となれば幸いです。

今回の学術大会のテーマは「これからの小児治療に求められるもの ―さまざまな患者背景をふまえて―」としました。ひとえに小児治療といいますが、その患児が抱える身体的要素や社会的背景は人それぞれで、じつに様々なケースが存在しており、それらが治療そのものにも影響を与えている可能性が考えられます。疾患の治療に傾注するのみならず、個々の患者背景をふまえて患者に寄り添い、真に患者サイドに有益となる治療を進めるためには、何が大切で、まず何をわれわれ口腔外科医が為すべきなのかということを中心に考え、意見を共有することを本学術大会のコンセプトとさせていただきます。

「さまざまな患者背景」という主題の意味合いからも、今回のシンポジウムは、治療に際して特別な配慮を要する「障害児・有病児」に焦点をあて、障害児・有病児の外科治療を行う口腔外科医、主治医である障害者歯科専門医および周術期管理を担当する歯科麻酔医のスペシャリストの先生方を招いて、障害児・有病児における外科治療の課題について議論していただきます。特別講演には、明海大学歯科医学総合研究所（M-RIO）所長の坂上 宏先生をお招きして、天然物資源を用いた口腔疾患の治療についてご講演いただきます。また、日本大学歯学部小児歯科学講座の高森一乗先生には、小児歯科におけるレーザー治療に関する講演内容を、ランチョンセミナーでお話ししていただきます。

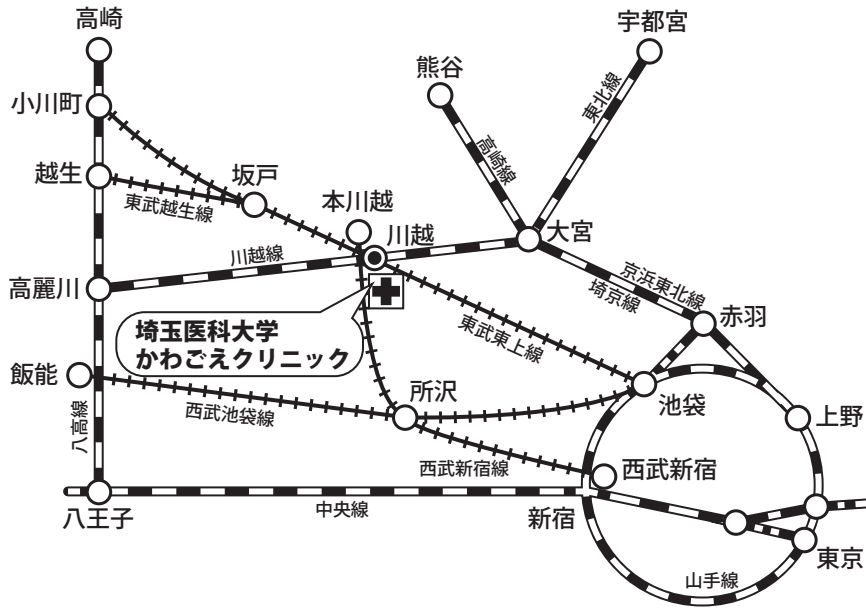
開催地である川越は、城下町として栄えた江戸の面影を今に残し、「小江戸」「蔵づくりの街」と呼ばれ、大変親しまれている観光スポットです。また、「さつまいも」の生産地としても有名で、「さつまいも」を使用した郷土料理やお菓子もたくさんあります。是非、多くの先生方に風情あふれる川越の街並みや美味しい食事を楽しんでいただけたらと思います。

本大会は当科初の総会主催となるため、至らない点多々あるかと思いますが、大会当日は医局員が一丸となって大会運営に取り組ませていただきます。また、座長の労をお取りいただく先生方におかれましても、何卒よろしく御礼申し上げます。この学術大会が、会員各位の日常診療や研究に貢献し、多くの先生方にご満足いただける会となることを期待し、ご挨拶とさせていただきます。

学会会場への案内図／11月23日（金）・24日（土）

（埼玉医科大学かわごえクリニック）

交通案内



埼玉医科大学かわごえクリニック

〒350-1123

埼玉県川越市脇田本町21-7

TEL : 049-238-8111(代)

FAX : 049-238-8273

■西武新宿線

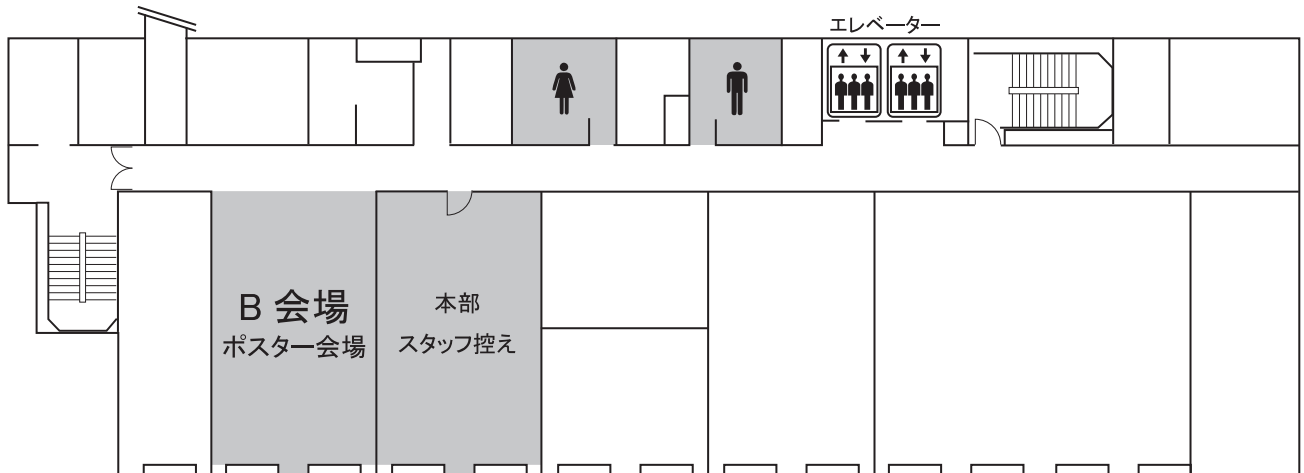
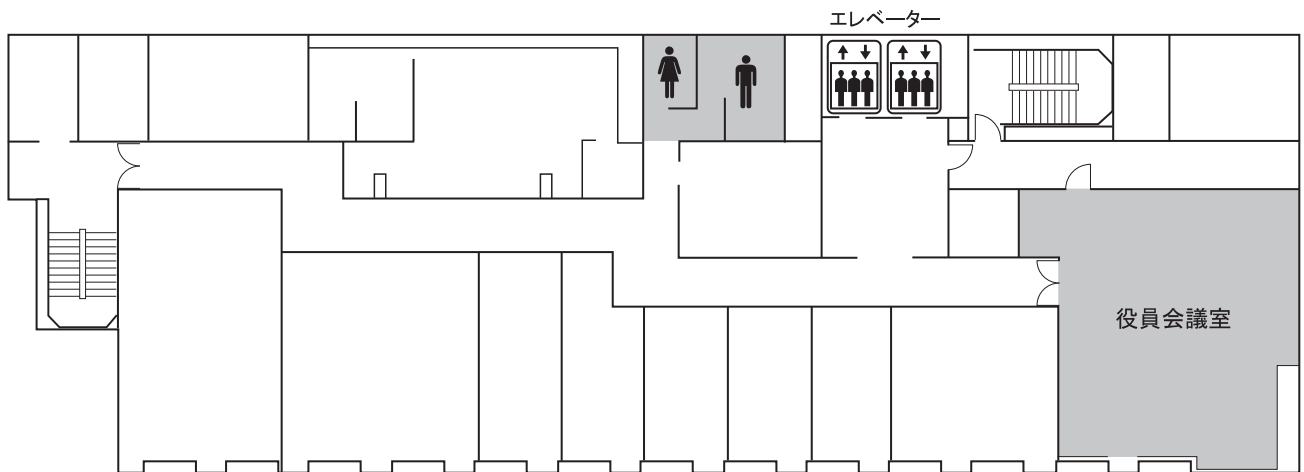
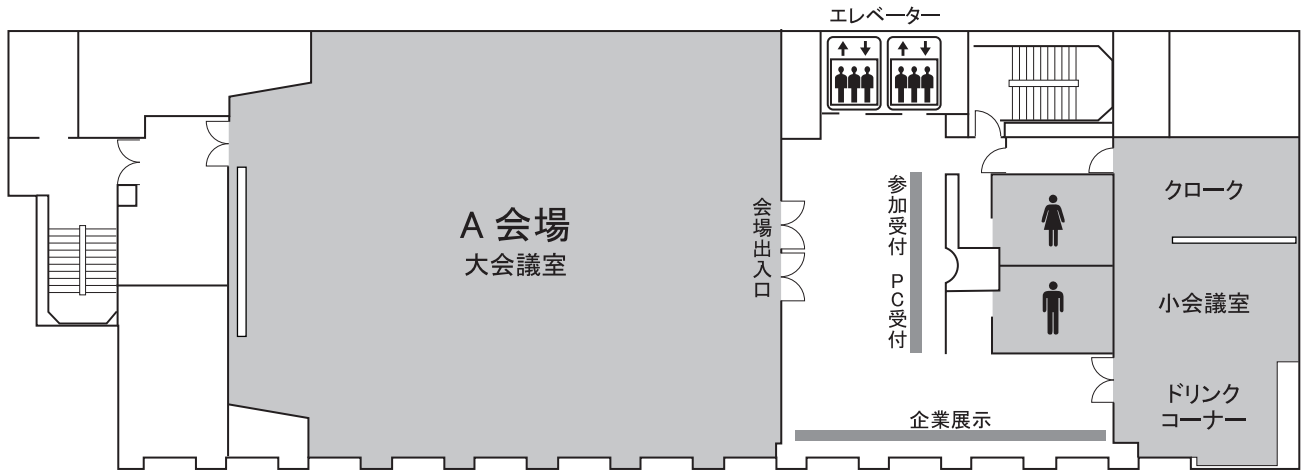
本川越駅から徒歩 10 分

■JR川越線・東武東上線

川越駅から徒歩 3 分

会場案内図

(埼玉医科大学かわごえクリニック)



学会スケジュール／11月23日（金）

会場：埼玉医科大学かわごえクリニック

	6F 大会議室：A 会場	6F 小会議室		5F 役員会議室
11:00				
11:30				
12:00		認定医委員会 (12:00～12:30)	表彰選考・選挙管理委員会 (12:00～12:30)	
12:30		編集査読・学術用語委員会 (12:30～13:00)	男女共同参画委員会 (12:30～13:00)	
13:00	<p>理事会 (13:00～14:30)</p>			
13:30				
14:00				
14:30				
15:00	<p>代議員会（総会） (14:30～15:30)</p>			
15:30	<p>教育講演会受付 (15:30～16:00)</p>			
16:00	<p>認定医・指導医の申請・更新のための教育講演会 (16:00～17:30)</p> <p>テーマ：小児の診療におけるマネージメント</p>			
16:30	<p>1. 小児歯科・口腔外科それぞれの立場から、子どもの歯科治療・口腔外科処置をどうするか？ 星野倫範（明海大学歯学部形態機能成育学講座口腔小児科学分野）</p>			
17:00	<p>2. 「医療事故調運用ガイドライン」および医師法21条の正しい理解 佐藤一樹（いつき会ハートクリニック）</p>			
17:30	<p>最新の歯科医療におけるトピックス (17:30～18:30)</p> <p>演者：木村博人（弘前医療福祉大学保健学部医療技術学科）</p>			
18:00				
18:30				
19:00	<p>会員懇親会 会場：ラ・ボア・ラクテ 2F オリオン 参加費：6,000円 (19:00～)</p>			
19:30				

学会スケジュール／11月24日（土）

会場：埼玉医科大学かわごえクリニック

	A 会場（6F）	B 会場（4F）	ロビー（6F）
9:00	開会式（9:00～）		
9:30	一般口演1「外傷・顎関節」 （9:05～9:37） 座長：金子忠良		
10:00	一般口演2「その他」 （9:42～10:14） 座長：香西克之		
10:30	一般口演3「腫瘍」 （10:19～10:51） 座長：柴原孝彦	ポスター1「臨床統計・その他」 （10:10～10:30） 座長：佐野次夫	
11:00		ポスター2「腫瘍」 （10:35～10:55） 座長：宮田 勝	
11:30	特別講演 （11:00～12:00） 座長：堀江憲夫 「天然物資源の口腔疾患治療への応用」 坂上 宏 明海大学歯科医学総合研究所（M-RIO）		企 業 展 示 (9:00～17:00)
12:00			
12:30	ランチョンセミナー （12:15～13:05） 「Er:YAG レーザーを用いた小児軟組織疾患への対応」 高森一乗（日本大学歯学部小児歯科学講座） 共催：株式会社 モリタ		
13:00			
13:30	シンポジウム （13:15～14:30） 座長：下山哲夫 坂下英明 障害児・有病児の歯科的支援を考える —口腔外科領域の立場から— 岡 俊一（日本大学歯学部歯科麻酔学講座） 山口武人（埼玉県社会福祉事業団皆光園） 那須大介（埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科）		
14:00			
14:30	一般口演4「口蓋裂」 （14:35～15:07） 座長：高木律男	ポスター3「埋伏歯・過剰歯」 （14:35～15:00） 座長：福島洋介	
15:00			
15:30	一般口演5「埋伏歯・過剰歯」 （15:12～15:36） 座長：下山哲夫	ポスター4「外傷・臨床統計」 （15:05～15:30） 座長：堀江憲夫	
16:00	一般口演6「臨床統計」 （15:41～16:05） 座長：矢郷 香	ポスター5「腫瘍・その他」 （15:35～16:00） 座長：高橋雅幸	
16:30	一般口演7「嚢胞・腫瘍」 （16:10～16:42） 座長：草間 薫		
17:00	閉会式（16:43～）		

参加者へのご案内とお願い

1. 学会参加のみなさまへ

- 1) 参加受付は埼玉医科大学かわごえクリニック 6F 総合受付にて行います。

11月24日（土）8：15～16：00

〔11月23日（金）教育講演会受付〕

時間：15：30～16：00

場所：6F 大会議室（A 会場）前にて受付

ランチョンセミナー整理券の配布について

整理券をお持ちの方から優先的にご入場いただけます。

整理券配布場所：6F 総合受付内

整理券配布時間：11月24日（土）8：30～

- 2) 当日参加登録について

歯科医師・医師： 10,000 円

医療従事者： 3,000 円

その他（企業など）： 10,000 円

学生（大学院生を除く）： 1,000 円

懇親会参加費： 6,000 円

- 3) 事前参加登録をされた方には、あらかじめ参加証を郵送しておりますのでお忘れなくご持参ください。
※期日までにご入金を確認できていない場合は当日参加登録となります。

- 4) 会場内では、参加証に氏名、所属をご記入の上、ご着用ください。参加証の下部は領収書となっております。

- 5) 会員の皆様および事前参加登録をされた非会員の方へはあらかじめ抄録集を発送しております。

- 6) 11月24日（土）にお子様をお預かりするキッズルームを開設いたしますので、ご要望の方は下記事務局までご連絡ください。

- 7) 入会希望の方

当日受付にて入会手続きを行っております。

筆頭演者ならびに共同演者は会員であることが条件となっておりますので、未入会の方は入会手続きを行ってください。

【学会事務局】一般社団法人 日本小児口腔外科学会 事務局

〒115-0055 東京都北区赤羽西6-31-5 株式会社 学術社内

TEL：03-5924-1244 FAX：03-5924-4388

- 8) 駐車場について

クリニック専用駐車場はございませんので、公共交通機関または周辺の有料駐車場をご利用ください。なお、駐車券の発行はいたしませんのでご了承ください。

2. 口演発表される方へ

【PC 受付】 6F 総合受付横

【プレゼンテーション】

- 1) 口演時間は6分、質疑・討論2分です。
- 2) 会場に用意した Windows 7 搭載 PC での発表となります。
- 3) 液晶プロジェクターを用いた PC による単写形式に限らせて頂きます。スライド映写機は準備していません。動画やアニメーションの使用もできません。
- 4) OS は Windows 7, アプリケーションは Microsoft Power Point に限定させていただきます。こちらで準備する PC では Power Point 2010, 2013, 2016 を使用します。Mac などその他の環境で作成された場合は、上記の環境下での正常な動作を予めご確認をお願いします。
- 5) フォントは標準フォントのみ（推奨：MS ゴシック, MS 明朝, MSP ゴシック, MSP 明朝, Osaka, Times）をお願いいたします。特殊なフォントを使用されますとレイアウトにずれが生じたり、文字化けする場合がございます。
- 6) 当日は発表セッションの60分前までに（朝一番のセッションは20分前）、会場の PC 受付にてご自分の演題をご確認ください。作成した Power Point のバージョンによって文字やレイアウトにずれが生じる場合がありますので、必ずご確認ください。
- 7) 次演者の方は事前の発表者が登壇しましたら所定の席でお待ちください。
- 8) PC の操作は舞台上をお願いします。
- 9) レーザーポインタは大会事務局で用意します。
- 10) 発表データは大会終了後、大会長および準備委員長が責任をもって消去を行います。

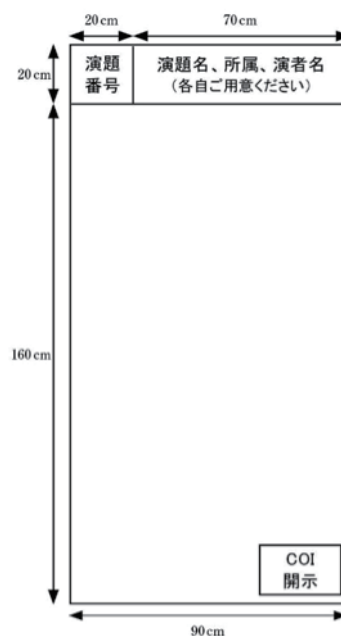
【質疑・討論】

質疑・討論は1題につき2分を予定しております。質問者は挙手にて座長の許可を得て、所定のマイクで必ず所属・氏名を明らかにした上でご発言ください。

3. ポスター（示説）発表される方へ

【ポスター受付】：4F 医学資料室前（B会場）

- 1) ポスター貼付・撤去時間
貼付時間：11月24日（土）8：30～9：40
撤去時間：11月24日（土）16：00～16：30
※撤去時間以降、会場内に残っているポスターは事務局にて処分させていただきます。ご了承ください。
- 2) 発表時間は3分、質疑・討論は2分です。
- 3) 発表者は指定時間までにご自身のポスターの前に集合し、座長の指示に従ってください。



4) 発表方法

- ・事務局で用意する展示スペースは、幅90cm × 高さ180cm です。
- ・演題番号は大会事務局で用意します。指定した展示スペースに演題名、発表者、所属を記入したタイトル（幅70cm × 高さ20cm）を各自でご用意ください。
- ・発表者の名前の前に○印をつけてください。
- ・利益相反（COI）の有無を必ず記載してください。
- ・展示に必要な画鋏はポスター会場にて用意しております。

4. 利益相反（COI）の開示について

発表時には、COI 状態の有無にかかわらず、スライドもしくはポスターで COI 状態を開示していただきます。すべての口演者は、2 枚目のスライドにおいて下記雛形を用いて COI 開示をお願いいたします。ポスター発表は展示スペース内に記載をお願いいたします。

<p>第*回 （一社）日本小児口腔外科学会総会・学術大会 利益相反（COI）開示 **年**月**日 筆頭発表者氏名：○○ ○○</p>
<p>本演題に関して、発表者の開示すべき 利益相反状態はありません。</p>

<p>第*回 （一社）日本小児口腔外科学会総会・学術大会 利益相反（COI）開示 **年**月**日 筆頭発表者氏名：○○ ○○</p>
<p>本演題に関して、発表者の開示すべき 利益相反状態は下記の通りです。</p>
<p>・該当者氏名：○○ ○○ ・該当事項：金額（企業・組織や団体名） 1. 顧問料：140 万円（○○製薬株式会社） 2. 講演料：80 万円（○○医療機器株式会社） 3. 奨学寄付金：250 万円（○○株式会社） 以上</p>

5. 座長の先生方へ

- 1) 座長は担当セッションの10分前までに所定の会場へお越しください。
- 2) 質疑・討論は所定の時間内で終わるよう定時進行にご協力をお願いいたします。

6. 役員会について

日 時：平成30年11月23日（金）

常任理事会	11：30～12：00（5F 役員会議室）
各種委員会	12：00～13：00（6F 小会議室）
理 事 会	13：00～14：30（6F 大会議室：A 会場）
代議員会（総会）	14：30～15：30（6F 大会議室：A 会場）

7. 第5回「認定医・指導医の申請・更新のための教育講演会」

参加方法：当日受付を行います。

参加費：3,000円 受付時間：15：30～16：00

テーマ：歯科診療における小児のマネージメント

1. 小児歯科，口腔外科それぞれの立場から，子どもの歯科治療・口腔外科処置をどうするか？
星野倫範（明海大学歯学部形態機能成育学講座口腔小児科学分野 教授）
2. 医療事故調運用ガイドライン（仮）
佐藤 一樹（いつき会ハートクリニック）

8. 最新の歯科医療におけるトピックス

—歯科領域における医療広告と専門医制度について—

日 時：平成30年11月23日（金） 17：30～18：30

演 者：木村博人（弘前医療福祉大学保健学部医療技術学科）

9. 会員懇親会

日 時：平成30年11月23日（金） 19：00～

場 所：ラ・ボア・ラクテ 2F オリオン

参加費：6,000円

当日参加を会場入り口で受け付けております。皆様のご参加をお待ちしております。

10. その他

- 1) 各会場での呼び出しは総合受付にご連絡ください。
- 2) この学会は日本歯科医師会の生涯研修事業の認定を受けております。
平成30・31年度 日歯生涯研修事業分類3 日歯生涯研修カードをお持ちください。

11. 連絡先

第30回 一般社団法人 日本小児口腔外科学会総会・学術大会 大会事務局

埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科内 準備委員長：金子貴広

〒350-8550 埼玉県川越市鴨田1981

TEL 049-228-3687 FAX 049-225-1677 E-mail：smcshika@saitama-med.ac.jp



大会プログラム



A 会場 大会議室

9:00~

開会式

9:05~9:37

一般口演1「外傷・顎関節」

座長：金子忠良（日本大学歯学部口腔外科学講座顎顔面外科学分野）

- A-1-1 スポーツ原因とした外傷を受傷した若い学生に対するマウスガードのアンケート調査
新井隆仁（埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科）
- A-1-2 開口障害を伴う小児の両側下顎骨筋突起過形成の1例
遠藤友樹（国家公務員共済組合連合会立川病院歯科口腔外科）
- A-1-3 下顎歯槽基底部相当部下口唇の外傷により後日、右側側切歯に根尖病巣を発症した1症例
森主宜延（もりぬし小児歯科医院）
- A-1-4 下顎前歯部の骨膜下広範囲に迷入した異物を摘出した1例
竹尾一馬（東京女子医科大学附属八千代医療センター歯科口腔外科）

9:42~10:14

一般口演2「その他」

座長：香西克之（広島大学大学院医歯薬保健学研究科小児歯科学研究室）

- A-2-1 医療型障害児入所施設に入居する小児の歯肉炎について
小林玄和（埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科）
- A-2-2 小児の食生活習慣 第2報
大槻榮人（医療法人社団おおつき会大槻歯科医院，奈良県立医科大学口腔外科学講座）
- A-2-3 小児口腔疾患における言語病名の重要性について
夏目長門（愛知学院大学歯学部口腔先天異常学研究室，愛知学院大学歯学部附属病院口唇口蓋裂センター）
- A-2-4 成長ホルモン分泌不全および口蓋裂を伴った18p症候群の治療経験
松並晃弘（朝日大学病院歯科口腔外科，朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔外科学分野）

10:19~10:51

一般口演3「腫瘍」

座長：柴原孝彦（東京歯科大学口腔顎顔面外科学講座）

- A-3-1 小児に発生した腺腫様歯原性腫瘍の1例
平田朋子（鶴見大学歯学部口腔顎顔面外科学講座）
- A-3-2 小児の上唇に発生した筋線維腫の1例
佐藤豊彦（国際医療福祉大学三田病院歯科口腔外科）
- A-3-3 上顎前歯部に発生した腺腫瘍歯原性腫瘍の1例
中村千尋（弘前大学大学院医学研究科医科学専攻歯科口腔外科学講座）
- A-3-4 小児の下顎に発生したEwing肉腫の1例
木村香織（香川大学医学部歯科口腔外科学講座）

A 会場 大会議室

11:00～12:00

特別講演

座長：堀江憲夫（埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科）

「天然物資源の口腔疾患治療への応用」

明海大学歯科医学総合研究所（M-RIO） 坂上 宏

12:15～13:05

ランチョンセミナー

「Er:YAG レーザーを用いた小児軟組織疾患への対応」

日本大学歯学部小児歯科学講座 高森一乗

共催：株式会社モリタ

13:15～14:30

シンポジウム

座長：下山哲夫（埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科）

坂下英明（明海大学歯学部病態診断治療学講座口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野）

「障害児・有病児の歯科的支援を考える ―口腔外科領域の立場から―」

1. 障害児・有病児と口腔外科との関わり合いと役割について

日本大学歯学部歯科麻酔学講座 岡 俊一

2. 障害児・有病児の歯科的支援

埼玉県社会福祉事業団皆光園 山口武人

3. 障がい児・有病児との関わり合いについて ―口腔外科医の立場から―

埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科 那須大介

14:35～15:07

一般口演4 「口蓋裂」

座長：高木律男（新潟大学大学院医歯学総合研究科顎顔面口腔外科学分野）

A-4-1 私の口唇裂の初期治療

夏目長門（愛知学院大学歯学部口腔先天異常学研究室，愛知学院大学歯学部附属病院口唇口蓋裂センター）

A-4-2 顎裂部に歯胚を含む腫瘍を認めた3症例

平良芙蓉子（明海大学歯学部病態診断治療学講座口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野）

A-4-3 両側口唇口蓋裂時における口腔内異物の1例

柏木美樹（東京大学医学部附属病院口腔顎顔面外科・矯正歯科）

A-4-4 口蓋裂児の受動的発話の誤りと能動的発話の誤りの出現の違いに関する研究：声門破裂音と呼気鼻漏出による子音の歪みとIQとの関連

大久保瑞姫（豊橋市民病院リハビリテーションセンター）

A 会場 大会議室

15:12 ~ 15:36

一般口演 5 「埋伏歯・過剰歯」

座長：下山哲夫（埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科）

- A-5-1 非症候性部分性無歯症の女兒に対し、根未完成歯の自家移植を行った1例
山本博充（山本歯科口腔外科医院）
- A-5-2 小児上顎正中過剰埋伏歯のCT画像評価による臨床的検討
木村萌美（川崎市立川崎病院歯科口腔外科）
- A-5-3 明海大学病院小児歯科における過剰歯の臨床統計学的検討
中村昭博（明海大学歯学部形態機能成育学講座口腔小児科学分野）

15:41 ~ 16:05

一般口演 6 「臨床統計」

座長：矢郷 香（国際医療福祉大学三田病院歯科口腔外科）

- A-6-1 舌小帯付着異常の臨床統計的検討
大湊 麗（新潟大学医歯学総合病院歯科言語治療室，新潟大学大学院医歯学総合研究科顎顔面口腔外科学分野）
- A-6-2 小児の顎顔面骨折の臨床的検討
伊藤良平（弘前大学大学院医学研究科歯科口腔外科学講座）
- A-6-3 旭川医科大学歯科口腔外科における小児入院患者の臨床的検討
矢島優己（旭川医科大学医学部歯科口腔外科学講座）

16:10 ~ 16:42

一般口演 7 「嚢胞・腫瘍」

座長：草間 薫（明海大学歯学部病態診断治療学講座病理学分野）

- A-7-1 舌を左右に切離し摘出を行った乳児の舌類皮嚢胞の1例
加納欣徳（あいち小児保健医療総合センター歯科口腔外科）
- A-7-2 病理診断でエナメル上皮腫を疑わせた含歯性嚢胞の1例
守谷亜沙人（東京西徳洲会病院口腔外科）
- A-7-3 小児の下顎角部に発生した歯原性粘液線維腫の1例
長嶺宏樹（慶應義塾大学医学部歯科・口腔外科学教室）
- A-7-4 粘液嚢胞に対する五苓散の有効性における検討
神戸智幸（特定医療法人俊仁会埼玉よりい病院歯科口腔外科）

16:43 ~

閉会式

B 会場

ポスター会場

10:10 ~ 10:30

ポスター 1 「臨床統計・その他」

座長：佐野次夫（東京西徳洲会病院歯科口腔外科）

- P-1-1 上顎嚢胞様病変を発症した非協力ダウン症13歳男児の1例
光畑智恵子（広島大学大学院医歯薬保健学研究科小児歯科学）
- P-1-2 エチオピア連邦民主共和国における先天異常に関する研究 –第5報–
吉田磨弥（愛知学院大学歯学部附属病院口唇口蓋裂センター，愛知学院大学歯学部口腔先天異常学研究室）
- P-1-3 過去5年間に当科へ受診した小児救急患者の臨床統計的観察
渡部晴貴（東京西徳洲会病院口腔外科）
- P-1-4 非観血的整復にて良好な経過が得られた小児両側下顎骨関節突起骨折の1例
古屋 出（八戸赤十字病院歯科口腔外科）

10:35 ~ 10:55

ポスター 2 「腫瘍」

座長：宮田 勝（石川県立中央病院診療部（歯科口腔外科））

- P-2-1 歯ブラシに起因した外傷性頬脂肪体ヘルニアの1例
磯崎祐太（埼玉医科大学病院歯科・口腔外科）
- P-2-2 口腔内に生じた先天性腫瘍の2例
高木純一郎（石川県立中央病院歯科口腔外科）
- P-2-3 長期経過観察を行った小児口腔外科疾患の2例：乳幼児線維腫症とガレー顎骨骨髓炎
高橋雅幸（防衛医科大学校病院歯科口腔外科）
- P-2-4 上顎に生じた石灰化上皮性歯原性腫瘍の1例
長内俊之（八戸市立市民病院歯科口腔外科）

14:35 ~ 15:00

ポスター 3 「埋伏歯・過剰歯」

座長：福島洋介（埼玉医科大学歯科・口腔外科）

- P-3-1 右側上顎小白歯部に複数の埋伏過剰歯を認めた1例
鈴木 円（医療法人社団聖仁会我孫子聖仁会病院口腔外科）
- P-3-2 上顎第一小白歯および上顎両側犬歯の開窓牽引を行った1例
石山未紗（日本大学歯学部小児歯科学講座）
- P-3-3 Down 症患児に対する上顎埋伏犬歯萌出誘導の1例
高橋康男（埼玉県立小児医療センター歯科）
- P-3-4 同一部位に過剰歯と歯牙腫を有した一例
楠田理奈（日本大学歯学部小児歯科学講座）
- P-3-5 第二乳臼歯の埋伏により第二小白歯の萌出障害をきたした2例
渡部桃子（新潟大学大学院医歯学総合研究科顎顔面口腔外科学分野）

B会場 ポスター会場

15:05～15:30

ポスター4「外傷・臨床統計」

座長：堀江憲夫（埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科）

- P-4-1 当院における小児患者5年間の臨床統計的観察
岡田宗久（芳賀赤十字病院歯科口腔外科）
- P-4-2 幼児の口腔内にプラスチック様異物の残留を認めた2例
塚本亮一（プラムデンタルオフィス，医療法人社団聖仁会我孫子聖仁会病院口腔外科）
- P-4-3 当科における過去2年間の小児顎顔面口腔外傷の臨床的検討
宮田忠明（春日部市立医療センター歯科口腔外科）
- P-4-4 虐待を受け多職種連携で対応した小児顔面外傷の1例
片浦貴俊（社会医療法人宏潤会大同病院歯科口腔外科）
- P-4-5 外傷性歯牙破折に対し意図的再植した1例
増田一生（医療法人社団誠歯会マスタ歯科医院，埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科）

15:35～16:00


ポスター5「腫瘍・その他」

座長：高橋雅幸（防衛医科大学校病院歯科口腔外科）

- P-5-1 抜歯後の出血が遷延し止血が困難であったバイラー病患者の1症例
里見ひとみ（日本大学歯学部歯科麻酔学講座，埼玉県立皆光園障害者歯科診療所）
- P-5-2 妊産婦における歯性感染症の3例
馬越誠之（公立福生病院歯科口腔外科）
- P-5-3 下顎右側乳犬歯と第1乳臼歯部に発生した歯牙腫の1例
五十嵐 悠（昭和大学歯学部小児成育歯科学講座）
- P-5-4 小児の下顎に生じた歯冠周囲過誤腫の1例
西原安那（日本大学歯学部口腔外科学講座）
- P-5-5 小児の舌根部に生じた良性腫瘍の2例
小笠原悠大（明海大学歯学部病態診断治療学講座口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野）

日本小児口腔外科学会総会開催記録

回	月 日	開催地	担当校	会 長
第1回	1989年12月	岡 山	岡山大学	西嶋 克己
第2回	1990年12月	名古屋	愛知学院大学	河合 幹
第3回	1991年12月	東 京	昭和大学	道 健一
第4回	1992年12月	郡 山	奥羽大学	高井 宏
第5回	1993年12月	大 阪	大阪歯科大学	稗田 豊治
第6回	1994年12月	福 岡	九州大学	岡 増一郎
第7回	1995年11月	札 幌	北海道医療大学	村瀬 博文
第8回	1996年11月	大 阪	大阪歯科大学	岡野 博郎
第9回	1997年11月	福 岡	福岡歯科大学	本川 涉
第10回	1998年11月	東 京	東京女子医科大学	扇内 秀樹
第11回	1999年10月	栃 木	自治医科大学	赤坂 庸子
第12回	2000年11月	東 京	東京医科大学	千葉 博茂
第13回	2001年11月	札 幌	北海道医療大学	五十嵐清治
第14回	2002年11月	香 川	香川医科大学	長畠駿一郎
第15回	2003年11月	広 島	広島大学	石川 武憲
第16回	2004年10月	弘 前	弘前大学	木村 博人
第17回	2005年10月	岡 山	岡山大学	下野 勉
第18回	2006年 9 月	東 京	慶應義塾大学	朝波惣一郎
第19回	2007年10月	福 岡	九州歯科大学	木村 光孝
第20回	2008年 9 月	埼 玉	明海大学	坂下 英明
第21回	2009年11月	愛 媛	愛媛労災病院	篠崎 文彦
第22回	2010年12月	東 京	昭和大学	井上美津子
第23回	2011年11月	八 戸	八戸赤十字病院	小幡 和郎
第24回	2012年11月	名古屋	愛知学院大学	夏目 長門
第25回	2013年11月	東 京	日本大学	前田 隆秀
第26回	2014年11月	栃 木	獨協医科大学	今井 裕
第27回	2015年11月	宮 崎	宮崎大学	迫田 隅男
第28回	2016年10月	広 島	広島大学	香西 克之
第29回	2017年11月	新 潟	新潟大学	高木 律男
第30回	2018年11月	埼 玉	埼玉医科大学	下山 哲夫
第31回	2019年11月	石 川	石川県立中央病院	宮田 勝



特別講演
天然物資源の口腔疾患治療への応用

明海大学歯科医学総合研究所 (M-RIO)

坂上 宏



< 座長 >

堀江憲夫

埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科

天然物資源の口腔疾患治療への応用



大学明海大学歯科医学総合研究所
(M-RIO)

坂上 宏

学 歴

1974年 東京大学薬学部薬学科卒業
1980年 東京大学大学院薬学系研究科 生理化学, 薬学博士号取得

職 歴

1980～1997年 昭和大学医学部生化学教室 助手, 講師, 助教授
1982～1985年 米国バッファロー市ロズウェルパーク研究所
研究員
1997～2017年 明海大学歯学部病態診断治療学講座薬理学分野
主任教授
1998～2014年 明海大学歯学部 国際交流委員長
2004～2008年 明海大学歯学部 研究部長
2008～2012年 明海大学歯学部 メディセンター長
2014年～ 明海大学 評議員・理事
2014年～ 朝日大学 評議員・理事
2017年～ 明海大学歯学部教授, 歯科医学総合研究所 (M-RIO)
所長

委員歴

2000～2006年 日本歯科医師会 器材薬剤室・薬剤部会委員
2005～2007年 広島県産業科学技術研究所 知的クラスター専門
部会・技術部会委員
2012～2017年 歯科基礎医学会誌 編集委員
2016年～ ニューフードインダストリー アドバイザリボード

学会活動 (主なもののみ)

日本薬理学会, 歯科基礎医学会

趣 味

シベリウスの音楽, ジョギング, 洋書 (小説), 中国人研究者と
のコラボ

< 座長 >

埼玉医科大学総合医療センター
歯科口腔外科
堀江 憲夫

自然界には、タンニン、フラボノイド、リグニン配糖体などで代表されるポリフェノールが無尽蔵に存在している。タンニンは、没食子酸、ヘキサヒドロキシジフェノイル基、バロネオイル基などとグルコースなどの糖がエステル結合した加水分解性タンニンと、カテキンが重合した縮合型タンニン（プロシアニジン）に大別される。フラボノイドは、カルコンから生合成される植物二次代謝産物の総称であり、フラバノン、フラボン、フラボノール、イソフラボン、プテロカルパン、クメスタンなどに大別される。リグニンは、フェニルプロペノイド経路の代謝中間体が脱水素重合されて形成され、木質化植物細胞壁において多糖と結合し、リグニン配糖体を形成する。

ケラチノサイト毒性の少ない抗がん剤の開発：

ヒト口腔扁平上皮がん細胞（OSCC）に対する選択毒性を定量化するための簡易測定法を開発した。OSCC（Ca9-22, HSC-2, HSC-3, HSC-4）（A）、正常間葉系（歯肉・歯根膜・歯髓）細胞（B）、およびケラチノサイト（HOK, HGEP）に対するCC50（C）より、選択毒性（ $TS=B/A$ ）、ケラチノサイト毒性（ $KC=C/A$ ）を計算する。抗がん剤（CPT, SN-38, DXR, DNR, ETP, MMC, MTX, 5-FU, DOC, L-PAM, gefitinib）は、高い選択毒性を示すが、ケラチノサイト毒性も強かった。DXRはHOKにアポトーシス（クロマチンの凝集、核の断片化、細胞表面の微絨毛の消失、カスパーゼ-3の活性化）を誘導した。ほとんどのタンニン、フラボノイド関連化合物のTS値は低かった。これに対して、クロモン環に、スチリル基、ピラン環、環状アミノ基やベンジル基を導入した化合物は、選択毒性が高く、ケラチノサイト毒性が低かった。投与後の初期過程において脂質代

謝関連物質が変動した。これらの化合物の中には、アポトーシスを誘導しないものもあった。分子の形状と脂溶性が、選択毒性に關与することが示唆された。

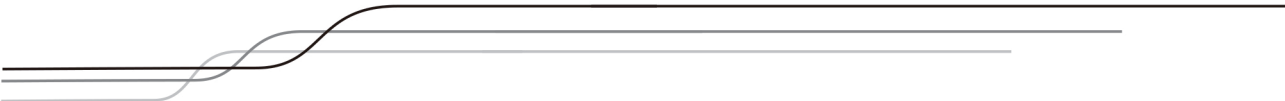
神経細胞保護作用を有する物質の探索：

ラット副腎髓質褐色腫 PC12細胞は、神経細胞分化誘導の研究に頻用されている。我々は、コーティングの工程を省略した、無血清培地にNGFを段階的に重層する、神経分化細胞の分離法を開発した。CDDP, PTX, $A\beta_{1-42}$, あるいは $A\beta_{25-35}$ で誘発される神経細胞傷害を、EGCG, クマザサ葉アルカリ抽出液（SE）、味噌、イヌトウキ抽出物が有意に抑制した。SEは神経細胞にホルメシス（低濃度での増殖促進）を誘導した。神経細胞の抗癌剤に対する感受性は、分化度に応じて、最大10,000倍まで変動することが明らかになった。

高分子ポリフェノールの利用：

SEは、リグニン配糖体と同様に、高い抗ウイルス活性、抗菌活性、抗炎症作用（歯肉線維芽細胞の PGE_2 産生の抑制）、口臭抑制効果（VSCにより測定）を示すことから、歯磨剤の開発に使用された。OTCであるSEの摂取は、扁平苔癬異形成症患者（1例）の症状の抑制、唾液中の炎症性サイトカイン（IL-6, IL-8）の濃度を低下させた。

メタボローム解析を用いて、歯科用薬物や抗酸化剤投与後の細胞内代謝物の変動や、老化マーカー、神経細胞分化マーカーを解析中である。



シンポジウム
障害児・有病児の歯科的支援を考える
—口腔外科領域の立場から—

日本大学歯学部歯科麻酔学講座

岡 俊一

埼玉県社会福祉事業団皆光園

山口武人

埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科

那須大介



< 座長 >

下山哲夫

埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科

坂下英明

明海大学歯学部病態診断治療学講座 口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野

障害児・有病児の歯科的支援を考える —口腔外科領域の立場から—

1. 障害児・有病児と口腔外科との関わり合いと役割について



日本大学歯学部歯科麻酔学講座
歯科麻酔科診療科長

岡 俊一

学 歴

昭和61年 日本大学歯学部卒業
平成2年 東京医科歯科大学大学院歯学研究科修了

職 歴

平成4年 日本大学助手（歯学部・歯科麻酔学）
平成13年 日本大学講師（専任扱・歯学部・歯科麻酔学）
平成19年 日本大学専任講師（歯学部・歯科麻酔学）
平成23年 日本大学准教授（歯学部・歯科麻酔学）
平成28年 日本大学歯学部歯科麻酔科診療科長
平成29年 大阪歯科大学 歯科麻酔学講座講師（非常勤）
日本大学松戸歯学部兼任講師

外部委員歴

平成14年 日本歯科麻酔学会代議員
平成23年 東京都国民健康診療報酬審査委員会委員
平成28年 日本歯科麻酔学会指導施設委員会委員
平成28年 日本有病者歯科医療学会代議員
日本歯科麻酔学会認定医審査委員会委員
平成29年 日本歯科医学会連合医療事故調査委員会委員

学会活動

平成2年 日本歯科麻酔学会認定医
平成10年 日本歯科麻酔学会専門医
平成19年 ICD 制度協議会 インфекションコントロールドクター
平成20年 日本老年歯科医学会認定医
平成27年 日本障害者歯科学会認定医
平成27年 日本老年歯科医学会指導医
平成29年 日本有病者歯科医療学会指導医

< 座長 >

埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科

下山 哲夫

明海大学歯学部病態診断治療学講座
口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野

坂下 英明

歯科麻酔学の観点から、障害児あるいは有病児歯科治療が、一般的な歯科治療や口腔外科手術と明らかに異なる点は、医療安全や行動調整などの分野でのスペシャルニーズの存在である。

障害を有する患児あるいは有病児への口腔外科手術を含んだ歯科治療では、患者の特異性からてんかん発作、筋の過緊張、自傷行為、循環器、摂食嚥下機能の低下や呼吸器などに対する安全管理の必要性が高くなる。

そしてこれら安全管理の必要性と伴に、行動調整に特別な配慮が必要となる。

一般的に歯科治療の適応性 (rediness) は、4歳程度になると形成される。しかし障害児や有病児の場合、意思疎通の困難さ、歯科治療への理解不足、不随意運動の存在など通常下で歯科治療が行えない事が多い。これらの理由もあり口腔外科手術を行う場合、精神鎮静や全身麻酔の割合が高くなるのは必然である。

精神鎮静法は、その投与ルートにより吸入鎮静法、経口投与鎮静法、静脈内鎮静法などに分けられる。我々は、患児の協力程度、発達段階を十分に理解した上で鎮静法の選択を口腔外科医と連携して行う必要がある。また静脈内鎮静の薬剤は主にミダゾラムとプロポフォールを用いるが、その選択および目標とする「鎮静レベル」は患児のスペシャルニーズにより一様ではない。例えば、知的能力障害を伴わない脳性麻痺患児では、筋緊張や不随意運動を軽減する事が重要となり、ミダゾラムを用いて「浅鎮静」で充分の場合が多い。しかし、知的能力障害がある患児の場合、深鎮静が必要となり、プロポフォールを併用することが多い。

スペシャルニーズのある患児における全身麻酔は、患者家族の希望もあり近年その需要が高い。入院による興奮、発熱、嘔吐などの

症状を呈する可能性から、日帰り全身麻酔が多くの施設で行われている。全身麻酔前の経口摂取制限の遵守、麻酔法の選択、点滴の抜針時期など、スペシャルニーズを要する患児ならではの注意点も多い。

乳幼児期の痛みを伴った歯科治療あるいは強制的な歯科治療経験は、大人になった際に歯科治療恐怖症と密接な関係があると報告されている。口腔外科手術における行動調整の選択、麻酔薬の選択、術前からの周術期の注意点などについて歯科麻酔科医の立場からその関わりと役割について考察する。

障害児・有病児の歯科的支援を考える —口腔外科領域の立場から—

2. 障害児・有病児の歯科的支援



埼玉県社会福祉事業団皆光園
医幹

山口 武人

略 歴

- 平成5年 日本大学歯学部卒業
- 平成9年 日本大学大学院歯学研究科歯科臨床系専攻修了
(歯学博士)
- 平成10年 日本大学助手(小児歯科学講座)
- 平成11年 埼玉県社会福祉事業団皆光園
埼玉県立皆光園障害者歯科診療所

日本大学歯学部兼任講師(小児歯科学)
日本障害者歯科学会指導医・専門医
日本障害者歯科学会評議員
日本小児歯科学会専門医

< 座長 >

埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科

下山 哲夫

明海大学歯学部病態診断治療学講座
口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野

坂下 英明

口腔外科専門医が障害児・有病児と関わる場面には、どのようなケースがあるだろうか。

様々なケースが考えられるが、まず初めに障害児特有のケースとして「てんかん」が挙げられる。てんかん発作による外傷は3歳くらいから見られるが、それはてんかんの初発が3歳前後に多いと言われていることと関係している。外傷による歯牙破折、顎骨骨折および軟組損傷は、抜歯、固定および縫合などの処置が必要になってくる。また、抗てんかん薬の服用を開始することで線維性の歯肉肥大が生じることが多い。その場合は、歯肉切除術や開窓術が必要になる。このように、てんかんと口腔外科処置は密接な関係にある。

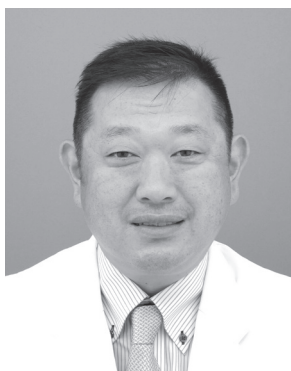
次に、18歳前後にみられる問題として「智歯の抜歯」がある。これは障害者だけでなく健常者でも見られる一般的な問題であるが、なぜここに挙げたのかという理由について述べたい。そのためには、障害者のライフステージについて知っておかなければならない。一般に健常者は、人生の大半を家族と共に自宅で過ごすことが多く、老人ホームなどの施設に入所する場合でも60歳以降の晩年になる。しかしながら、障害者は30～40歳で施設に入所して、そこが終の棲家になることが多い。その理由は、保護者の病気や高齢化、保護者との死別、家族関係の変化、経済的なこと、本人の行動上の課題や専門的医療ケアの必要性などによって、在宅でケアすることが難しくなるからである。障害者の智歯の抜歯は、行動管理上の理由から全身麻酔が必要になることがある。しかし、施設に入所した後では食事制限や服薬等の術前・術後の管理が困難であり、また環境の変化により精神的に不安定になることもあるため、家族の付き添いが必要な場合もある。以上のことを考えると、智歯の抜歯は施設入所前に行うことが

望ましい。

このように、障害児の今後の療育や生活を想像することで、障害者のライフステージを考慮した歯科治療を行うことができる。そのためには、障害者歯科を専門とするものだけでなく、口腔外科専門医の方々にも障害者の知識を高めてもらうことによって、障害者がより安心して快適な生活を送れるよう支援できるのではないかと考えている。

障害児・有病児の歯科的支援を考える —口腔外科領域の立場から—

3. 障がい児・有病児との関わり合いについて —口腔外科医の立場から—



埼玉医科大学総合医療センター
歯科口腔外科

那須 大介

略 歴

- 1994年 埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科研修医
- 1996年 埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科助手
- 2004年 日本大学歯学部小児歯科学講座兼任講師
- 2014年 学位取得 博士（日本大学小児歯科学）
- 2015年 埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科講師
現在に至る

資格・所属学会

- 歯学博士
- 日本小児口腔外科学会 認定医
- 日本障害者歯科学会 認定医
- 日本口腔外科学会会員，日本レーザー歯学会会員，日本口腔顎顔面外傷学会会員，日本有病者歯科医療学会会員，日本小児歯科学会会員

< 座長 >

埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科

下山 哲夫

明海大学歯学部病態診断治療学講座
口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野


坂下 英明

障がい児や有病児の歯科診療は、地域の開業医や口腔保健センターなどを中心に行われているが、口腔外科領域の専門的な治療は、これらの医療機関からの紹介で、総合病院や大学病院などの高次医療機関の口腔外科で行われることが多い。その理由は、口腔外科や麻酔科の専門医が常勤しているため、全身麻酔などの多様な選択肢や全身管理に対応可能であり、入院設備が整っているため、容体の急変にも対応できるためである。他にも、心疾患など重篤な内科的疾患を合併している場合、専門医科との連携が必要になるために高次医療機関が選択されることもある。他方、院内の小児科や新生児科から歯科治療を依頼されることもあり、われわれ高次医療機関の口腔外科医が日常臨床で障がい児や有病児と接する機会は少なくない。

一般に障がい児は、口腔領域の外傷が発生するリスクが高く、特に、てんかんを合併した精神遅滞（MR）児は重度となる傾向があり、歯牙や歯槽骨などの硬組織のみならず、口腔粘膜や周囲軟組織の合併損傷が多いのが特徴である。また、自閉的傾向があるMR児の場合では、繰り返しの自傷行為によって受傷部位が治癒困難となる問題や、さらに術後、受傷部位の安静や身体の安全を考慮してネット等を用いた抑制を行うことがあるが、その抑制が原因で患児の行動パターンに変化を与えてしまい、患児がパニックになってしまうことも少なくない。そのため、障がい児の口腔外科治療は処置のみならず術後管理が重要となることが多く、保護者との密な連携をとり、患児の日常生活での行動パターンや苦手な刺激（音、臭い、色など）など様々な情報を問診で聴取し、事前に把握しておく必要がある。さらに、同じ「障がい」であっても認知・理解力の程度、行動パターンが異なるので、障がいの名前でひとくくりにするの

ではなく、一人一人の障害特性に見合った支援が重要と考える。

また、早産・低出生体重児で心疾患や先天奇形を有する障がい児、あるいは仮死出生などで医療依存度の高い重度障がい児では、医療型障害児入所施設などの療育施設が必要となることが多いとされている。埼玉医科大学総合医療センターでは平成25年4月に障がい児や有病児の医療療育支援の一環として、医療型障害児入所施設「カルガモの家」を開設した。われわれは、ここの入所者に対しても歯科治療や摂食嚥下リハビリテーションで積極的に支援しており、ここでの活動も紹介したい。



ランチオンセミナー

Er:YAG レーザーを用いた 小児軟組織疾患への対応

日本大学歯学部 小児歯科学講座

高森一乗



〔共催〕株式会社 モリタ

Er:YAG レーザーを用いた 小児軟組織疾患への対応



日本大学歯学部小児歯科学講座
専任講師

高森 一乗

職 歴

- 1992年 日本大学松戸歯学部小児歯科学教室
助手
- 1999年 日本大学 博士（歯学）
- 1999年 明海大学歯学部小児歯科学講座 助手
- 2000年 明海大学歯学部小児歯科学講座 講師
- 2004～2005年 University of Southern California,
Center for Craniofacial Molecular Biology
留学
- 2005年 明海大学歯学部形態機能成育学講座
口腔小児科学分野 講師
- 2009年 日本大学歯学部小児歯科学講座
専任講師

所属学会・資格

- 日本小児歯科学会 評議員（学内）、専門医、指導医
- 日本レーザー歯学会 代議員、研修・安全講習委員会副委員長、学術・教育委員会委員、社会保険委員会委員、専門医、指導医
- 日本障害者歯科学会 認定医、指導医
- 歯科基礎医学会、日本歯科保存学会、発生生物学会、IADR、IAPD

受 賞

- 2004年 日本小児歯科学会 奨励賞
- 2006年 第44回日本小児歯科学会大会 優秀発表賞
- 2011年 日本障害者歯科学会 優秀論文賞（共著者）
- 2011年 第49回日本小児歯科学会大会 優秀発表賞（共同発表者）

- 2011年 日本小児歯科学会 学術賞 LION AWARD
- 2013年 小児歯科学雑誌 優秀論文賞（臨床）（共著者）
- 2016年 第12回 KADH 優秀ポスター賞

主要論文

- 1) Takamori K, Hokari N, Okumura Y, et al :
Detection of occlusal caries under sealants by use
of a laser fluorescence system. J Clin Laser Med
Surg, 19 : 267-271, 2001.
- 2) Takamori K, Furukawa H, Morikawa Y, et
al : Basic study on vibrations of tooth preparations
caused by high-speed drilling and Er: YAG laser
irradiation. Lasers Surg Med, 32 : 25-31, 2003.
- 3) 高森一乗, 那須大介, 西山未紗, ほか: レーザー
はここまできた! Practice & Evidence ④小児歯科
子どもたちへのEr:YAG レーザーを使用した歯科支
援. 歯界展望, 117 : 840-845, 2011.
- 4) 高森一乗, 那須大介, 白川哲夫: 歯科における最
新レーザー治療—Er:YAG レーザーの応用— 小児歯
科におけるレーザー応用の現状とEr:YAG レーザー
の将来的展望. 日本レーザー医学会誌, 32 : 59-63,
2011.
- 5) Takamori K, Tanaka Y, Iwasaki M, et al :
Comparison of measurement values for fissure
and smooth surface caries between two laser
fluorescence devices in primary and immature
permanent teeth. Pediatr Dent J, 22 : 50-54,
2012.

レーザーは歯科の多方面で利用されており、小児歯科臨床でもその有用性は高く、その応用を支持する論文報告も少なくない。しかし使用にあたって躊躇される先生方も多いのではと考える。


初期のレーザー機器においては、臨床で使用するにあたり術者側で多くの配慮が必要であったが、現在では機器開発に伴った使用波長の多様化や、導光方法の改良、用途に合わせた先端チップの開発等によりストレスなく施術が可能となっている。そのような背景もあり、本年度の診療報酬改定において、レーザー治療は小児期にも多くみられる軟組織手術への加算が承認された。

Er:YAG レーザーは、その波長特性より硬組織切削と軟組織切開・切除・止血・凝固ならびに蒸散と両者への応用が可能であり、硬・軟組織が混在する

歯科・口腔外科臨床では、他の波長のレーザーに比べて、幅広い症例に応用可能となっている。


加えて小児期の患者においては、その対応への特殊性より緊張や恐怖心を惹起させず、簡便で、患児の急な体動なども考慮に入れた安全性の高い手術器具が望ましい。

今回当科外来を受診した小児の軟組織疾患の対応における Er:YAG レーザーの使用経験を通して、その有用性について検討したので詳細を紹介する。加えて、レーザー治療の際に従来の医療安全管理と異なる注意点があるためその内容についても解説する。



一般口演（一般演題）

抄 録



スポーツを原因とした外傷を受傷した若い学生に対する マウスガードのアンケート調査

○新井隆仁¹⁾, 中村悟士¹⁾, 横井健太郎¹⁾, 近藤圭祐¹⁾, 日野峻輔¹⁾,
那須大介¹⁾, 金子貴広¹⁾, 下山哲夫¹⁾, 工藤逸郎²⁾, 堀江憲夫¹⁾

埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科¹⁾
日本大学歯学部²⁾

【緒言】

スポーツ競技におけるマウスガード（以下MG）の装着に関して各団体で義務化や装着の許可が進んでいる。しかしながら学生スポーツにおいては十分な普及がなされているとは言い難い現状にある。今回われわれはスポーツ外傷を主訴に当科を受診した患者にMGを作製しアンケート調査を行った。

【対象と方法】

2013年1月1日から2017年12月31日までの間、当科にてスポーツを原因とした口腔外傷の治療を受けた小中、高校生61人のうち治療終了後にMGの作製を希望した10人（小1人、中5人、高4人）を対象とした。

調査項目は、

- ① 患者自身のMGの有効性の認識
- ② チームメイトのMGの有効性の認識
- ③ 監督・コーチのMGの有効性の認識
- ④ チームメイトのMGの使用率
- ⑤ 監督・コーチのMGの使用率
- ⑥ マウスガードを使用した感想
- ⑦ チームメイトにマウスガードの使用を勧めたいかどうかである。

【結果】

当科にてMGを作製した患者とチームメイト、監督・コーチはMGの有効性を認識していたが、MGを所有していた者は0人であった。

MGを作製した患者は装着に際して、発話、呼吸に問題はなく、不快感や審美的問題の訴えもなかった。また、MGを作製した患者全員が自分のチームメイトにMGを勧めたいと回答した。

当科からのMGの作製の提案に対して、作製を希望しない理由として最も多かったのは「周囲にMGを使用している人がおらず、必要とは思わない」が6人であった。

【考察】

楠田らによると、スポーツを行う学生のMG使用の意識は高まっているが使用率は上がっておらず、MGの意識と実際の使用の間には隔たりが存在する。MGの使用に早期に慣れることで口腔外傷の予防につながるため、可能な限り早期のMGの使用が推奨される。

MGを着用せずにスポーツによる外傷を受けた学生にMGを提供することで学生間にMGの使用を普及することが期待される。

開口障害を伴う小児の両側下顎骨筋突起過形成の1例

○遠藤友樹¹⁾，軽部健史²⁾，白田 慎¹⁾，矢郷 香³⁾，木津英樹¹⁾国家公務員共済組合連合会立川病院歯科口腔外科¹⁾慶應義塾大学病院歯科・口腔外科²⁾国際医療福祉大学三田病院歯科口腔外科³⁾

【緒言】

開口障害は日常臨床でよく経験する病態であり，その原因の多くは顎関節症，炎症，腫瘍，外傷であり，筋突起頬骨弓内面衝突性開口障害が原因となる場合は5%を占めると報告されている。

筋突起過形成に由来する開口障害は，1943年にShackelfordとBrownにより骨軟骨腫として最初に報告された。その成因としては先天異常，内分泌異常，側頭筋の過活性説，外傷説，遺伝説などが考えられているが，いまだ推測の域をでない。

この比較的新しい筋突起過形成に由来する開口障害に対し，筋突起切除術を施行したのでその概要を報告する。

【症例】

患者：11歳，女児。

初診：2017年6月。

主訴：開口障害。

現病歴：9歳時，開口障害のため近歯科を受診し，顎関節症と診断され，開口訓練を開始した。その後約2年経過後も改善がないため，当科へ紹介受診となった。

既往歴：特記事項なし。

アレルギー：ハウスダスト。

現症：

全身所見：身長160cm，体重44kg，外傷既往はなし。

口腔外所見：小下顎症，顔貌左右対称。

口腔内所見：最大開口量は上下中切歯切縁間で17mm。開口運動時に左側咬筋部の疼痛認めた。

画像所見：パノラマX線写真，CT画像にて，顎関節部の明らかな癒着，腫瘍性変化は認めなかったが，両側筋突起が頬骨弓下縁を超え過形成を呈した。

以上より，両側下顎骨筋突起過形成による開口障害と診断した。

【処置および経過】

2018年7月，全身麻酔下に口腔内より両側筋突起切除術を施行した。下顎6，7番頰側歯肉部から下顎枝前縁部分に切開を加えた。著しい開口障害があり視野の確保が困難であったため，筋突起部から下顎切痕部，下顎枝後縁まで剥離を行った。レスプロケーティングソーを用いて下顎枝前縁から下顎切痕にかけて骨切りを行い，両側筋突起を摘出した。

両側筋突起切除摘出後，徒手にて上下中切歯間切縁での開口量は約40mm以上あり，開口障害の改善を認めた。

術後1日目より頬部腫脹が強く，一過性の閉口障害および下顎前方偏位を認めた。術後2日目から閉口訓練（臼歯部で咬合するように指導）を開始し，術後5日目に閉口障害および下顎前方偏位は腫脹の軽減とともに改善した。

術後開口障害も継続していた。下顎運動が長期間制限された状態が続いていたため，咀嚼筋が線維化または萎縮を起こしていることが予測された。そのため手術によって機械的な障害が除去された後でも機能的な障害が残るため，開口訓練を開始した。術後1カ月で最大開口量約30mmまで改善した。徐々に開口量改善しており，継続指導している。

【結語】

今回われわれは著明な開口障害を伴った小児の筋突起過形成症に対し筋突起切除術を行った1例を経験した。

本病変は顎関節症と類似した臨床病態を示すことから，確定診断がつかないまま長期間が経過する傾向があり，本症例も診断まで2年以上を要した。

筋突起切除部からの骨新生や，再手術が必要になった報告もあるため，今後も長期的に厳重な経過観察が必要である。

下顎歯槽基底部相当部下口唇の外傷により 後日、右側側切歯に根尖病巣を発症した1症例

○森主宜延, 森主真弓

もりぬし小児歯科医院

【緒言】

歯の外傷は直接的に受傷した後の対応についての報告はみられるものの¹⁾、間接的、すなわち、口唇周囲への外傷により何らの所見がなく、その後、痛みが生じ、エックス線検査により根尖周囲炎の発症し、治癒過程を報告した症例は、演者が知る限りでは目にすることはない。今回、外傷時、視覚的ならびにエックス線検査で徴候がない根尖未完成下顎右側切歯のその後、根尖周囲炎発症の治癒までを経験したので報告する。なお、本報告については、十分な説明後、患者と保護者から了解を得ている。

【症例】

平成22年5月3日生まれ、6歳11カ月の女子。現在、8歳4カ月である。鉄棒から落下し、下顎部を打ち、下顎歯槽基底部相当口唇部に頤部貫通創を負う。上顎右側中切歯部と下顎前歯部に軽度な動揺（Miller分類1度）を認めたが、固定は、縫合部の疼痛とテーピングにより対応困難なため、経過観察とした。

下顎の頤部貫通創である10mmの横裂傷は、整形外科医院にて縫合され、その後、瘢痕抑制のためテーピング療法を現在も受けている。その他、永久前歯部の位置異常ならびに破折等の症状なし。下顎骨骨折は、鹿児島市立病院口腔外科での検査によりなしとの診断を得ている。

該当歯は、外傷をうけ、55日後、疼痛と直径2mmの

膿瘍を訴え緊急来院した。治療は、エックス線写真より根尖閉塞不完全歯と判断し（根尖閉塞まで萌出後3年かかるとされる）、感染根管治療後、Apexification²⁾のため Vitapex（水酸化カルシウム製剤）で封入しコンポジットレジンにて閉鎖した。7カ月後、根尖の封鎖を確認し、最終的にキャナリス+ガッタパーチャーにて根管充填し、コンポジットレジンにて閉鎖し、現在に至っている。

【考察と結論】

外傷時にきわめて軽度な動揺程度で歯の外傷、その後の変色、そして歯肉の外傷もない、間接的外傷による根尖閉塞不完全歯の、根尖性歯周炎をその後、発症した報告は見当たらない。今回、外傷時、標準エックス線写真においてもその兆候は認められないこのような不顕性間接的外傷歯において、患児に疼痛経験させたことを反省し、報告に至った。関節的にでも外傷領域に該当する歯については、経時的に検査を重ねる必要性を痛感した。

文献

- 1) Fonzar F, Forner L, et al : Induced post-traumatic apexification: 20 year follow-up and morphological study after new fracture. *Ann Anat*, 216 : 120-124, 2018.
- 2) Murugesan Gawthaman, Selvaraj Vinodh, et al : Apexification with calcium hydroxide and mineral trioxide aggregate: Report of two cases. *J Pharm Bioallied Sci*, 5(Suppl 2) : S131-S134, 2013.

下顎前歯部の骨膜下広範囲に迷入した異物を摘出した1例

○竹尾一馬, 雨宮 慶, 桑澤隆補

東京女子医科大学附属八千代医療センター歯科口腔外科

【緒言】

小児は活動が活発なため、顎・顔面外傷に遭遇する機会が多い。その中でも軟組織外傷は、比較的頻度の高い疾患である。

しかし、創部から骨膜下への異物迷入は少ない。今回われわれは、遊具からの落下にて、下顎歯肉裂傷により下顎下縁まで達する異物迷入を経験し、全身麻酔下にて摘出した1例を経験したのでその概要を報告する。

【症例】

患者：9歳、男児。

初診：2018年5月某日。

主訴：下顎歯肉裂傷。

既往歴：なし。

現病歴：小学校校庭の約3mの高さの遊具（ジャンゲルジム）から、地面への転落により歯肉頬移行部の裂傷、右橈骨骨折のため、当院救急科を受診し、当科へ紹介来科となった。

現症：

右下顎乳犬歯～左下第一乳臼歯間の歯肉頬移行部の裂傷を認めた。同部は持続的な出血を伴い、骨面は露出していた。同部下方の創縁に多数の小石と思われる異物を

認めた。また骨膜下にも迷入していた。歯の損傷は認めなかった。

X線所見では骨折線は認めなかった。

CT所見にてオトガイ隆起からオトガイ棘に至る、多数の石灰化物を認めた。

診断名：下顎歯肉裂傷、異物迷入。

【処置および経過】

異物の迷入部位から、外来での処置は不可能と考えられたため、当日全身麻酔にて迷入異物除去、及び縫合処置を施行した。デブリードマン、多量の生理食塩水で洗浄し、異物を除去した。

術後感染が予想されたため、入院管理下にてスルバシリン1.2g/日を5日間投与した。右橈骨骨折は当日、当院整形外科にて保存的加療を行った。

経過良好のため、術後6日目退院とした。

【結語】

今回われわれは遊具からの転落にて、下顎歯肉裂傷により下顎下縁まで達する異物迷入を経験し、全身麻酔下にて摘出した1例を経験したので報告する。

医療型障害児入所施設に入居する小児の歯肉炎について

○小林玄和¹⁾，日野峻輔¹⁾，山田美喜¹⁾，那須大介¹⁾，荒木隆一郎²⁾，
金子貴広¹⁾，工藤逸郎³⁾，下山哲夫¹⁾，堀江憲夫¹⁾

埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科¹⁾

埼玉医科大学医学部社会医学²⁾

日本大学歯学部³⁾

【緒言】

心身障害児に対して日常で口腔ケアを行うことは容易ではないが，口腔ケア推進の結果，心身障害児の齲蝕の減少が認められる。しかしながら歯肉炎の罹患率は依然高いとされている。われわれの前回の報告でも（第15回日本口腔ケア学会）同様の結果を得た。今回われわれは障害児の歯周疾患に与える要因について検討したので，その概要を報告する。

【対象と方法】

2017年12月1日現在，埼玉医科大学総合医療センターに併設する医療型障害児入所施設「カルガモの家」入所中の患児（気管切開および経管栄養児）を対象に，歯周疾患に与える要因を観察した。なお口腔ケアは1日2回看護師により行われている。

【結果】

患児は30名で，男児17名，女児13名，年齢は0歳～16歳（平均7.6歳）であった。歯肉炎は軽度16名，中等度14名であった。年齢・性別・呼吸形態（喉頭分離，呼吸器装着）・栄養摂取形態（経鼻，胃瘻）・投与薬剤（フェノバル，バルプロ酸 Na）と歯肉炎の程度には有意差は見られなかったが，歯石沈着と歯肉炎の程度には有意差が見られた。

【考察】

年齢，性別，呼吸形態，栄養摂取状態ならびに，従来報告されている歯肉肥厚を生ずる投与薬剤は歯肉炎の程度には影響を与えないことが示唆された。現在，局所的要因（歯肉肥厚，口腔乾燥，開口保持，口唇閉鎖，舌運動，口腔過敏，舌苔）についても検討中である。

小児の食生活習慣 第2報

○大槻榮人^{1, 2)}, 川上正良²⁾, 藤田宏人¹⁾,
大槻 麻¹⁾, 川上哲司²⁾, 桐田忠昭²⁾

医療法人社団おおつき会大槻歯科医院¹⁾

奈良県立医科大学口腔外科学講座²⁾

【緒言】

小児の口腔機能の発達には環境因子が関与しており、生活習慣の変化は小児の口腔内にも現れるとされている。われわれは、2008年に某小学校で食生活および生活習慣に関する調査を行い、翌年本学会で報告した。その後10年を経過し、少子化がさらに進み、スマホの普及など児童の生活環境も変化がみられている。今回、再び同じ小学校で食生活習慣に関する調査を行い、その結果とともに10年前と比較したので報告する。

【対象と方法】

対象は2018年に調査を行った兵庫県三田市の某小学校の児童663名（男子352名，女子311名）である。全員にアンケートを配布し、①1日の歯磨きの回数と時刻、②朝食と夜食の有無、③夕食の時間、④食事時の飲料、⑤偏食の有無、⑥テレビ（TV）の視聴時間、⑦就寝時刻、⑧TVゲームをする時間、⑨スマホ使用の有無、について調査した。

【結果】

1日の歯磨きの回数は2回が最も多く（全体で66.3%）、朝ごはんの後と寝る前が多かった。朝食はほとんどの子が摂っていたが、全体の9.8%に時々摂らないもしくは全く摂らない子がいた。夕食は不規則になる子が多く（41.8%）、夕食以降に夜食を摂っている子も全体の33.9%あった。偏食は全体の73.2%にあったが、各学年とも7割の子は無理しても食べようとする傾向が認められた。食事中はほとんどの子がお茶もしくは水を摂っていたが、ジュースを飲んでいる子も8.9～16.9%あった。これら食生活に関する結果は2008年の調査と同様であった。

1日のTVの視聴時間は、2008年では3時間以上視ている子が多かったが、今回は各学年とも1～2時間が最も多かった（23.2%）。TVゲームをする時間は、1～4年生は30分以下が最も多く、5年生は1時間、6年生は1～2時間であり、2008年と同様の傾向であった。就寝時刻はすべての学年で9時台が最も多かったが（46.8%）、6年生では11時台が19.6%、午前0時以降は5.2%いた。この傾向も2008年と同様であった。スマホをもっている子は、学年ごとに増え5年生で41.9%であった。

【考察】

歯磨きに関する項目は、10年前の結果とほぼ同様で、食事後の歯磨きは実行されているが、昼食後の歯磨きをする子が少ないことが示された。これは学校のスケジュールが影響していることが考えられる。朝食を抜く児童の割合は少数で、夕食の時刻が不規則なものも10年前と同様であった。偏食も10年前と同様7割近くの児童にみられるが、ほとんどの学年で嫌いなものでも食べようとしている傾向が認められた。TVの視聴時間は10年前と比べて少なくなっていたが、TVゲームをする時間は変化なかった。スマホを持つ児童が学年ごとに増えていることから、TVを視聴することからスマホを使用する時間に移行していることが考えられた。

【結語】

10年間に児童の食生活に大きな変化は認められなかったが、TVやTVゲームをすることからスマホを使う時間が増えることに日常生活が変化していることが示唆された。

小児口腔疾患における言語病名の重要性について

夏目長門^{1, 2, 3)}, 早川統子^{2, 4)}, 相原喜子^{1, 2)}, 井村英人^{1, 3)},
牧野日和^{2, 4)}, 大久保瑞姫^{1, 5)}, 古川博雄^{3, 4)}, 新美照幸^{1, 3)}

愛知学院大学歯学部口腔先天異常学研究室¹⁾

愛知学院大学附属病院言語治療外来²⁾

愛知学院大学歯学部附属病院口唇口蓋裂センター³⁾

愛知学院大学心身科学部⁴⁾

豊橋市民病院リハビリテーションセンター⁵⁾

【緒言】

現在、我が国の医療制度においては、顎・口腔の先天異常に起因した構音障害は保険適応とされているにもかかわらず、適切な病名が付与されていないがために、保険適応されず自費での治療を余儀なくされている事例が存在する。従って、小児口腔疾患において適切な疾患名が必要である。この分野の臨床を行う上で、適正な病名を付与して、同じ病態であっても先天性か後天性かを明らかにして病名を付与する必要があると考え、本研究を行った。

【方法】

日本歯科医学会用語集より既存の言語病名を抽出し、現在収載されていない小児口腔疾患領域の言語病名を明らかにするとともに、今後用語集への追加収載が必要な病名について小児口腔疾患の言語治療を担当している専門家、すなわち言語聴覚士と小児口腔外科医さらには耳鼻科医、小児科医の協力を得て分析を行った。

【結果】

歯科医学会用語集の構音障害の背景となり得る既存の疾患名並びに定義を抽出。舌低形成症、構音障害、舌性構音障害、咬合異常、骨格性不正咬合、舌機能障害、舌低位症、音韻障害の8疾患が該当し、小児口腔疾患の言語病名として必要な用語は次の如く分類した。

1. 先天性舌性構音障害
2. 先天性咬合異常症性構音障害
3. 先天性骨格性不正咬合性構音障害
4. 口蓋裂性構音障害

5. 先天性鼻咽腔閉鎖機能不全性構音障害
6. 先天性舌低位性構音障害
7. 先天性舌機能障害性構音障害
8. 先天性音韻障害性構音障害

【考察】

小児の構音障害で言語治療をする上で、これまで曖昧であった言語病名「機能性構音障害」について、主要障害別に定義づけを行った。小児構音障害のうち、1) 発声発語器官に異常があるものとないものに分類し、異常のあるものは「器質性構音障害」とする。ないものをさらに細分化し、2) 構音障害に関連した併存障害がある場合には、構音障害を引き起こす背景を示す新たな診断名を付記し、また、併存障害はなく構音障害のみを呈する際には、狭義の「機能性構音障害」とした。今後は正確な小児口腔疾患の言語病名を日本歯科医学会学術用語集、日本医学会医学用語辞典に収載されるため、本学会ならびに医学会の専門学会である日本先天異常学会や日本言語聴覚士協会との連携が必要と考える。

【結語】

種々の小児構音障害が保険医療システムの中で適切に治療が行われるべく、構音障害の背景となり得る疾病名に関して文献的検索・分析を行い、新たな構音障害分類を定義した。正確な言語病名が臨床で用いられ、患者が不利益を被らないよう、今後は各専門分野と連携していく必要がある。

成長ホルモン分泌不全および口蓋裂を伴った18p 症候群の治療経験

○松並晃弘^{1,2)}, 長縄鋼亮^{1,2)}, 本橋征之^{1,2)}, 村松泰徳^{1,2)}朝日大学病院歯科口腔外科¹⁾朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔外科学分野²⁾

【緒言】

18p 症候群は18番染色体短腕の欠失により生じる染色体異常症候群である。その発生頻度は50,000人に1人とされており、男女比は2:3と女性に多い。主症状として、精神遅滞、丸顔、扁平な鼻根、口蓋裂、低身長、眼瞼下垂、耳介低位形成、精神遅滞、先天性心疾患が報告されている。頻度は低いが歯の形成異常も報告される。そのなかでも口腔外科領域では口蓋裂に伴い、吸啜・嚥下障害、構音障害、小顎症などがみられる。今回われわれは、18p 症候群患児に対し口蓋裂手術を行った症例を経験したのでその症例を報告する。

【症例】

患者：生後2カ月児，男児。

主訴：口蓋裂の加療を希望。

既往歴：内臓異常なし，難聴，脳萎縮（運動野），成長ホルモン産生能低下，内反足，挙手内反。

現病歴：生下時（体重：2,860g）より口蓋裂，内反足，挙手内反等の多発奇形を伴っており18p 症候群と診断され，生後2カ月6日目に口蓋裂の治療にて当科紹介となった。

現症：

全身所見：初診時体重4,000g，身長50cm。哺乳は経口哺乳に加え，不足分は鼻注を併用している状態。

口腔内所見：乳歯は未萌出で，硬口蓋後方～軟口蓋にかけて口蓋裂を認めた。

【処置および経過】

生後2カ月時，当科にて口蓋裂による鼻漏に対してはホツツ床を装着し栄養摂取を促し，1歳半時に体重10kgであれば閉鎖術を行い，2歳で言語訓練を行っていく治療方針とした。生後2カ月半時，体重4,060g，ホツツ床を装着開始した。その後も成長に伴い6回ほどホツツ床を作製するも，1歳時では体重5,260gと体重増加が乏しい為，かかりつけ医に血液検査を促した。血

液検査の結果にて成長ホルモン（IGF-1）はかなり低値であった為，成長ホルモンの治療が必要であった。しかし，成長ホルモンの治療を行う対象は3歳以上である為，治療可能になるまでの間はホツツ床のみで栄養摂取を行い体重の増加を図る方針とした。2歳7カ月時に体重5,430g，早期ではあるが成長ホルモン投与開始した。その後，3歳2カ月時に体重6,150g，4歳時に6,520g，6歳時に8,900gと少しずつではあるが増加していった。6歳半時，体重9.8kgおよび全身状態的にも手術可能との事で全身麻酔下で通常のpush-back法による口蓋裂手術を施行した。術後1カ月後，鼻漏および誤嚥はなく鼻咽腔閉鎖も良好であった。経口摂取も問題なく，口蓋帆挙筋の動きも良好であった。7歳時，体重12.4kg。創部の離開はなく軟口蓋の動きは良好で嚥下も問題なかった。8歳時，鼻漏もなく嚥下等には問題はなかったが多数の齲蝕を認めた為，今後は歯科大学の障害者歯科にて，齲蝕治療および口腔ケアを進めていく事となった。

【考察】

本症例は口蓋裂だけではなく，成長ホルモン分泌不全を伴った18p 症候群というまれな症例であった。その為，口蓋裂手術を施行出来る健康状態を確保するのに困難を極めた。我々はホツツ床を作製し栄養摂取を促したが体重増加は見込めなかった。その原因としてホツツ床の適合状態の不良か成長ホルモン分泌不全が推察された。口蓋裂の状態に合わせてホツツ床の適合を確保するも体重増加は認めなかった。しかし，成長ホルモンを投与した事によって体重増加が認められた。その事から成長ホルモン分泌不全が原因であると分かった。

【結語】

今回われわれは18p 症候群による口蓋裂患者に対し，口蓋閉鎖術まで長期間の印象採得を必要とし栄養摂取に苦渋した症例を経験したのでその概要を報告した。

小児に発生した腺腫様歯原性腫瘍の1例

○平田朋子, 重松宏昭, 濱田良樹

鶴見大学歯学部口腔顎顔面外科学講座

【緒言】

腺腫様歯原性腫瘍 (adenomatoid odontogenic tumor) は、2017年の歯原性腫瘍 WHO 分類において、良性上皮性歯原性腫瘍に分類され、発生頻度は歯原性腫瘍の2～7%程度とされる比較的まれな腫瘍である。今回われわれは、11歳女児の下顎に生じた腺腫様歯原性腫瘍の1例を経験したので、その概要を報告する。

【症例】

患者：11歳，女児。

主訴：左側下顎第一小臼歯萌出遅延。

既往歴：中耳炎。

現病歴：かかりつけ歯科医院にて、左側下顎第一小臼歯萌出遅延の精査のためパノラマ X 線写真を撮影したところ、埋伏した左側下顎第一小臼歯を含む透過像病変を認めたため、精査加療目的に当科紹介受診となった。

口腔内所見：左側下顎第一乳臼歯頬側歯肉に骨膨隆を認めた。同部に炎症所見は認めなかった。

X 線写真所見：パノラマ X 線写真では、埋伏した左側下顎第一小臼歯と顆粒状の不透過像を含む境界明瞭な単胞性透過像を認めた。

臨床診断：左側下顎骨良性腫瘍。

【処置および経過】

2018年3月、全身麻酔下に左側下顎骨腫瘍摘出術、左側下顎第一小臼歯抜歯術および左側下顎第一乳臼歯抜歯術を施行した。腫瘍は周囲骨より容易に剥離可能であり、腫瘍と左側下顎第一小臼歯を一塊として摘出した。現在、術後6カ月経過しており、再発所見なく経過良好である。

病理組織学的所見：腫瘍は線維性組織の増殖による厚い壁に覆われ、内腔面には一層の立方状細胞に取り囲まれた腺管様構造や花冠状構造を呈していた。また、同心円状を示す砂粒体様または塊状の硬組織形成も散在性に認め、一部ではアミロイド沈着とその周囲に胞体の豊富な歯原性上皮がシート状に増殖していた。

病理組織学的診断：腺腫様歯原性腫瘍。

【考察】

腺腫様歯原性腫瘍は、組織学的に腺管様構造の形成を特徴とする歯原性上皮性腫瘍である。10～20歳代の女性の上顎に好発し、臨床像として埋伏歯を伴うことが多いとされている。治療法については、摘出術が一般的である。自験例においては、腫瘍と埋伏歯歯根が連続しており、確実な摘出を行うため抜歯術を施行した。腺腫様歯原性腫瘍の予後は良好であり、再発は極めてまれとされているが、長期経過後に再発を認めた症例の報告もあるため、今後も長期の経過観察を行っていく予定である。

小児の上唇に発生した筋線維腫の1例

○佐藤豊彦¹⁾, 矢郷 香¹⁾, 朝波惣一郎²⁾国際医療福祉大学三田病院歯科口腔外科¹⁾山王病院歯科口腔外科²⁾

【緒言】

筋線維腫は皮膚, 皮下, 軟部組織, 骨または内臓に発生し, 紡錘形の筋線維芽細胞の増殖するまれな良性腫瘍である。顎口腔領域の発生はきわめてまれで, 本邦の報告例は16例で, 口唇からの発生の報告は無い。今回われわれは5歳男児の上唇に発生した筋線維腫の1例を経験したのでその概要を報告する。

【症例】

患者: 5歳, 男児。

初診: 2017年8月7日。

主訴: 上唇の腫脹。

家族歴および既往歴: 特記事項なし。

現病歴: 当科受診の2カ月前に上唇部をぶつけ, 左側上唇部腫瘍が出現する。その後徐々に大きさが拡大傾向となる。2017年8月2日近歯科受診し, 当科へ紹介受診となる。

現症:

全身所見: 栄養状態良好。

口腔外所見: 顔面左右対称にて特に異常所見認めず。

口腔内所見: 左側上唇粘膜部に直径8mm程の可動性で弾性やや硬の球形腫瘍を認め, 表面粘膜正常であった。

画像検査:

エコー: 境界明瞭, 辺縁スムーズ, 内部は淡いソフトエコーにてほぼ充満。

臨床診断名: 左側上唇良性腫瘍。

【処置および経過】

2017年8月25日, 全身麻酔下にて腫瘍摘出術施行。口唇粘膜側腫瘍直上に切開を加え, 結合組織下腫瘍の皮膜を確認し, 皮膜上にて剥離を進め, 一塊として摘出術施行した。術後経過良好にて, 現在まで再発は認めていない。

病理組織学的診断: 紡錘形の線維芽細胞が膠原線維を混じて錯綜するように密に増殖する腫瘍で, 免疫組織学的には, その紡錘形細胞は, smooth muscle actin に陽性, CD34, S-100, desmin, ALK, cytokeratin (AE1+3) に陰性, Ki67標識率は1~5%程度の低値を示し, 筋線維腫と診断された。

【考察】

筋線維腫は1954年 Stout によって初めて報告され¹⁾, その後1981年 Chung らは筋線維芽細胞由来の腫瘍であることを明らかにした²⁾。

病因論は今のところ不明であるが, 筋線維芽細胞は創傷治癒時に認められるため³⁾, 何らかの外傷が原因の一つではないかと推察される。本症例も病変部の外傷の既往を認めた。

Smith HM ら⁴⁾の報告によれば, 彼らが渉猟し得た247例において, 男女比は1.2:1, 平均年齢23.1歳, およそ2/3が20歳以下であった。発生部位は一番多いのが下顎骨で, その次に頬粘膜, 下顎後臼歯豊隆部粘膜, 舌, 口唇の順で, 口唇は25例10.1%であった。本邦では発生部位が口唇の報告はなかった。

病理組織学的診断は免疫組織学的検索が必須であり, 前述の結果が得られ, また結節性筋膜炎と鑑別を要する像であったが, 細胞が密で, 粘液様基質に乏しく, また年齢より筋線維腫と最終診断した。

【結語】

今回われわれは5歳男児の上唇に発生した筋線維腫の1例を経験したので報告した。現在, 術後約1年であるが再発は認めず経過良好である。

参考文献

- 1) Stout, A.P.: Juvenile fibromatoses. *Cancer*, 7: 953-978, 1957.
- 2) Chung, E.B., Enzinger, F.M.: Infantile myofibromatosis. *Cancer*, 48: 1807-1818, 1981.
- 3) Darby, I., Skalli, O., et al.: Alpha-smooth muscle actin is transiently expressed by myofibroblasts during experimental wound healing. *Lab Investing*, 63: 21-29, 1990.
- 4) Smith, H.M., et al.: An update on myofibromas and myofibromatosis affecting the oral region with report of 24 new cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 124: 62-75, 2017.

上顎前歯部に発生した腺腫瘍歯原性腫瘍の1例

○中村千尋, 小林 恒, 伊藤良平, 長内俊之

弘前大学大学院医学研究科医科学専攻歯科口腔外科学講座

【緒言】

腺腫様歯原性腫瘍は歯原性腫瘍の約3%を占める比較的古く知られた腫瘍である。一般に上顎前歯部に多く、10代女性に好発し、発育緩慢な無痛性腫脹を特徴とする。今回われわれは、上顎前歯部に発生した腺腫様歯原性腫瘍の1例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

【症例】

18歳の女児、既往歴・特記事項なし。

現病歴：2017年11月、上顎右側前歯の動揺を主訴に近医歯科医院を受診し上顎右側乳側切歯・乳犬歯の晩期残存を認めた。X線写真の撮影を行ったところ、上顎右側部に直径約30mm大の類円形の単房性透過像を認めたため、当科紹介初診となる。

現症：

全身所見：身長156cm、体重47kg、全身状態良好。

口腔外所見：顔貌は左右非対称、上顎右側上唇から鼻翼基部にかけてびまん性の膨隆を認めた。顔面皮膚に知覚異常は認めなかった。

口腔内所見：上顎右側乳側切歯・乳犬歯の晩期残存と動揺を認めた。口腔清掃は良好であった。

画像所見：パノラマX線所見で上顎右側中切歯から上顎右側第二小白歯の根尖部にかけて類円形の単房性透過像を認め、透過像内には上顎右側側切歯の埋伏、上顎右側犬歯の上顎洞内の埋伏を認めた。造影CT所見において、上顎右側犬歯部に不均一な造影性を有する単房性の透過性病変を認め、内部には上顎右側側切歯の埋伏と、病変内の一部に砂粒状の不透過像の混在を認めた。病変に近接する上顎右側中切歯、第一小白歯および第二小白歯根尖に歯根吸収を認めた。切歯管に近接していたが、病変内には含まれていなかった。

臨床診断：歯原性良性腫瘍の疑い。

処置および経過：2017年12月5日に生検開窓術を施行、腺腫様歯原性腫瘍の病理診断を得た。上記診断の下、2018年3月5日に入院、6日に全身麻酔下で腫瘍摘出術、上顎右側側切歯・犬歯抜歯術、口蓋弁を用いた口腔上顎洞瘻閉鎖術を施行した。摘出した病変は腺腫様歯原性腫瘍との診断であった。現在術後5カ月、経過良好である。

【考察】

本腫瘍の発生起源についてはエナメル器、歯堤上皮、退縮エナメル上皮あるいはこれらの遺残物から発生したものと推察されている。また、本腫瘍が上顎前歯部に関連して好発する理由は不明であるが、自験例においても腫瘍内に上顎側切歯が埋伏していた。このことから、上顎側切歯の歯胚の発育形成期に、エナメル器の一部の上皮細胞が腫瘍発生に関与したものと推察された。

治療法に関しては、本腫瘍は厚い被膜を有し病変の進展範囲が明瞭なため、摘出は比較的容易で再発はまれとされている。自験例においても腫瘍は線維性被膜を有し、周囲組織からの剥離摘出は容易であった。

再発はまれであるとされ、埋伏歯を含めた摘出が一般的であるが、埋伏歯を保存、萌出誘導を行った報告も散見される。

本症例では、腫瘍内に側切歯の埋伏を認め、犬歯の埋伏も認めた。当初は牽引も検討したが、臨床的状态から、保存困難と判断し、腫瘍とともに摘出を行った。本腫瘍に伴う埋伏歯への対処法には、確立された基準がないと考えられ、今後さらに検討が必要と考えられる。

小児の下顎に発生した Ewing 肉腫の 1 例

○木村香織, 中井 史, 芳地祐梨, 中井康博, 三宅 実

香川大学医学部歯科口腔外科学講座

【緒言】

Ewing 肉腫は1921年に James Ewing によって報告され、小児や若年者に好発する骨原発性の悪性腫瘍である。発症年齢としては、全体の約半数が10歳から20歳に集中し、70%の患者は20歳までに発症する。四肢長管骨、骨盤に好発し整形外科領域では多数の報告があるが、頭頸部領域に発生することはごくまれである。今回我々は、小児の下顎骨に発生した Ewing 肉腫に対して化学療法、外科治療を施行した1例を経験したので報告する。

【症例】

患者：15歳、女児。
初診：2018年2月。
主訴：左側下顎の腫脹、疼痛と知覚鈍麻。
既往歴：卵巣嚢腫摘出。
家族歴：特記事項なし。

現病歴：2018年1月中旬より左側下顎部の腫脹と知覚鈍麻を自覚し、かかりつけ歯科医院を受診した。経過観察を行っていたが、その後疼痛が出現し、腫脹が増悪したため、精査加療目的に当科紹介受診となった。

現症：

全身所見：身長150cm、体重47kg。体格は中程度であり、栄養状態は良好であった。その他特に異常は認めなかった。

口腔外所見：顔貌は左右非対称でオトガイ神経支配領域の知覚鈍麻を認める。左側下顎とオトガイ部は腫脹しており、オトガイ部は発赤を認める。

口腔内所見： $\overline{4}$ 打診痛を認め、 $\overline{456}$ 部舌側に腫脹、骨様硬の硬結を認めた。

患者背景：幼児期に両親は離婚しており、以降母親と生活し、母方の祖母が本児の育児を行っていた。祖母の死後、育児困難によるネグレクトを経験し、親権は母親であるものの生活環境が整っておらず、入院前は施設に入所していた。

X線所見：左側下顎臼歯部より下顎角にかけて辺縁不正な X線不透過像を認めた。

CT所見： $\overline{5}$ 歯根周囲には骨破壊が見られ、軟部組織が膨隆性に発育している。内部に石灰化濃度は認められず、よく見られる歯根嚢胞とは骨破壊のされ方が異なる所見であった。

MR所見：下顎骨正中左寄り $\overline{5} \sim \overline{3}$ を主座として、頬側皮質骨の破壊を伴い、オトガイ部下に進展する腫瘤を認める。左側では口腔側への進展も見られるが、

骨皮質は比較的保たれる。T1W1では筋肉と等信号、T2W1では軽度高信号で、全体に拡散制限がみられる。造影後は全体が不均一に造影され、中心部には染まりの弱い部分も見られる。両側頸部レベル I B および II A には短径10mm までのリンパ節を散見する。直ちに病的といえるサイズではないが、転移の可能性については他検査と合わせた評価をする。

F-18 FDG PET/CT 所見：左側下顎骨を主体として骨破壊を伴い周囲軟部組織に進展する腫瘤に対して集積亢進を認める。両側頸部リンパ節に対し、軽度の集積を認める。補正用 CT で腫大は目立たず、反応性変化も考えられる。顎下部の集積は左側で強かった。

【処置および経過】

初診時画像検査にて軟部肉腫が疑われ、生検にて Ewing 肉腫が確定し、2月に化学療法のため入院、3月から化学療法 (VDC+IE 療法) を開始し、6月で術前下化学療法 (全6コース) が終了。術前 chemo VDC-IE 療法 (V:ビンクリスチン 2 mg/m², D:ドキシソルピシン 37.5mg/m², C:シクロフォスファミド 1,200mg/m², I:イホマイド 1,800mg/m², E:エトポシド 100mg/m²)、化学療法により、オトガイ部の腫脹、発赤は消失した。画像上腫瘍は軟組織の造影効果は消失し、左下顎骨内には腫瘍の残存が疑われた。

腫瘍完全除去のため7月に全身麻酔下で下顎骨区域切除、オトガイ皮膚合併切除、両側顎下部郭清術、遊離骨皮弁再建術を施行した。摘出腫瘍の病理組織学的検査では、化学療法により腫瘍の大部分が壊死に陥り線維化しており、一部で N/C 比の高い類円形の腫瘍細胞の小集塊が散見され、腫瘍細胞は一部歯肉粘膜に及んでいた。切片中の腫瘍細胞は少数だが、viable と考えられ、組織学的治療効果判定は Grade3 に相当。皮下組織の一部に瘢痕様の線維化や細血管の増生が見られ、切片中の合併切除された皮膚に悪性像は認められなかった。切除断端陰性、リンパ節転移も認められなかった。

術後1カ月から化学療法全8回が開始された。

【結語】

今回我々は、非常にまれな小児の下顎骨に発生した Ewing 肉腫に対して化学療法、外科治療を施行し、良好な結果を得た1例を経験したので報告した。

私の口唇裂の初期治療

○夏目長門^{1,2)}, 井村英人^{1,2)}, 新美照幸^{1,2)}, 古川博雄^{2,3)}, 吉田磨弥^{1,2)},
森 明弘^{1,2)}, 佐久間千里^{1,2)}, 山内楓子^{1,2)}, 中原晋一^{1,2)}

愛知学院大学歯学部口腔先天異常学研究室¹⁾
愛知学院大学歯学部附属病院口唇口蓋裂センター²⁾
愛知学院大学心身科学部³⁾

【緒言】

我々の施設では、57年間にわたり中部地方の口唇口蓋裂の治療センターとして多くの患者の治療と治療法の改良を行ってきている。

現在の私の口唇裂の初期治療について報告する。

【術前治療】

当センターでは、初診時より言語聴覚士による介入療法を行うとともに、平行してHotz床とともに外鼻変形に関しては、術前外鼻矯正治療として完全裂では当センター式 Presurgical nasoalveolar molding method (以下 PANM-AGU 法) および不完全裂では鼻孔レティナ等を使用している。

【手術】

手術においては、片側裂では PANM-AGU 法による披裂の変化を考慮した設計を行うとともに、鼻孔皮膚には鼻の成長を考慮し切開を加えず大鼻翼軟骨膜上を剥離後、正位してナイロン糸で鼻部内皮膚と1カ月間固定し、術前後の外鼻矯正および初回口唇形成手術における外鼻形成時の工夫により良好な結果を得ている。切開線を設計し、血管収縮剤を投与した後、切開、披裂縁弁を作製する。Premaxilla の上内側の粘膜骨膜下に剥離を

行う。骨膜上で鼻翼基部から眼窩下孔の下方まで上顎骨の前面を剥離して鼻翼側の口唇正中側への可動性を得る。形成ハサミを鼻柱基部および鼻翼から挿入し、鼻翼軟骨と皮膚との間を愛護的かつ十分に剥離する。メスにて皮膚、粘膜から口輪筋をフリーにし、鼻腔底を作成した後、口輪筋の筋輪により人中を形成する。真皮、表皮縫合を行った後、鼻部にナイロン糸で鼻部内外の皮膚を固定(固定期間: 1カ月)する。最後に赤唇を形成し手術を終了している。両側裂は2回法で同様に手術を行っている。

【術後治療】

手術後は、創の安定を計るとともに必要に応じて乳歯列期より上顎前方牽引を行っている。鼻孔の形態維持のための鼻孔レティナの使用している。

【考察】

私は、Hotz床 PANM-AGU 法で披裂の変形を改善した症例では、Millardの述べている変奇は著しく消失しているの自然感を出すためには、人中稜を形成しやすい三角弁法が妥当と考えている。また、術後の変形の防止も必須と考えている。

顎裂部に歯胚を含む腫瘍を認めた3症例

○平良芙蓉子¹⁾, 奥 結香¹⁾, 重松久夫¹⁾,
真野樹子²⁾, 須田直人²⁾, 坂下英明¹⁾

明海大学歯学部病態診断治療学講座口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野¹⁾
明海大学歯学部形態機能生育学講座歯科矯正学分野²⁾

【緒言】

口唇口蓋裂は、およそ500人に1人の割合で発生する先天体表異常である。適切な時期に適切な治療、いわゆる一貫治療を行い、可及的に審美障害、および機能障害を少なくする事が重要である。顎裂部に腫瘍を形成する事があり、顎裂部の発育障害を認めることがある。しかし、治療のガイドラインは不明な点が多い。今回、顎裂部に腫瘍を認め、病理組織学的に検索し得た3症例を経験したので、考察を加えその概要を報告する。

【症例、処置および経過】

症例1：生後18日目の両側唇顎口蓋裂男児。2017年9月下旬にHotz床作製依頼にて本学矯正科および口腔外科を紹介受診となる。Hotz床を装着し経過観察していたが、同年10月中旬より中間顎と右側歯槽堤間部に5mm大、表面滑沢、赤色の境界明瞭な易出血性で弾性軟の有茎性腫瘍を認めた。周囲にびらん、潰瘍は認めなかった。上顎歯肉腫瘍の臨床診断のもと、同年10月下旬に切除術を施行した。病理組織学的所見にて潰瘍形成を伴っており、表層から壊死層、滲出層、肉芽層を認めた。一部には重層扁平上皮や高円柱状上皮の被覆を示した。上皮下の粘膜間質は、紡錘形、類円形の細胞が淡い好塩基性の基質内に散在してみられ、粘液腫様の像を呈しており、好中球を混じた慢性炎症細胞浸潤が広範囲に散見された。以上より、Polypoid lesion with inflammationとの診断を得た。術後、再発傾向を認めず経過良好である。

症例2：生後1カ月の両側唇顎口蓋裂男児。2018年7月中旬にHotz床作製依頼にて本学矯正科および口腔外科を紹介受診となる。初診時、中間顎と左側歯槽堤間部に5mm大、表面滑沢、正常粘膜色で弾性やや軟の境界明瞭な広基性腫瘍を認めた。周囲にびらん、潰瘍は認めなかった。上顎歯肉腫瘍の臨床診断のもと、同年7

月下旬に腫瘍切除術を施行した。病理組織学的所見にて、咬頭融合した乳臼歯に類似する形成途上の歯冠表層部分を認め、薄く象牙質とエナメル質が形成されていた。エナメル質表層には細菌層や不規則な石灰化、および好中球浸潤を示し、歯髄側には歯冠歯頸部周囲に相当する部分で好中球を主体とした炎症細胞浸潤が著明で肉芽形成を認めた。以上より、Developing tooth with inflammationとの診断を得た。術後、再発傾向はなく、顎裂幅の縮小を認め経過良好である。

症例3：生後11日目の両側唇顎口蓋裂男児。2018年7月中旬にHotz床作製依頼にて本学矯正科および口腔外科を紹介受診となる。Hotz床を作製、調整し経過観察していたところ、中間顎と左側歯槽堤間部に5mm大、表面滑沢、赤色の境界明瞭で弾性軟の広基性腫瘍を認めた。周囲にびらん、潰瘍は認めなかった。腫瘍の増大傾向を認めたことから、上顎歯肉腫瘍の臨床診断のもと同年8月下旬に腫瘍切除術を施行した。病理組織学的所見にて、乳臼歯に相当すると考えられる形成途上の歯冠表層部分と歯髄様組織を認め、薄く象牙質とエナメル質が形成されていた。以上より、Developing toothとの病理組織学的診断を得た。術後、再発傾向を認めず経過良好である。

【結語】

今回われわれは、顎裂部に腫瘍を認めた3症例を経験した。そのうち2症例は、腫瘍に歯胚および歯牙様組織を認めた。これは、歯の形成途中で顎裂が発生し、歯胚が軟組織へ押し出された可能性が考えられた。3症例とも、経過観察を行っていく予定である。また、顎裂部の腫瘍に対する適切な治療法を確立するためにも、今後さらなる症例の蓄積と検討が必要であると考えられる。

両側口唇口蓋裂時における口腔内異物の1例

○柏木美樹, 杉山 円, 菅家康介, 西條英人, 星 和人

東京大学医学部附属病院口腔顎顔面外科・矯正歯科

【緒言】

小児に生じる異物迷入や誤飲などの事故において発生時の対応の遅れや誤りが、重篤な合併症につながる可能性がある。特に口腔内に先天異常を有し解剖学的構造に異常を認める患児においては、より迷入の危険が高まる。今回われわれは、両側口唇口蓋裂を有する小児患者において、口腔内異物を経験したので報告する。

【症例】

患者：10カ月，女児。

初診：2017年10月。

主訴：玩具が挟まって取れない。

既往歴：両側口唇口蓋裂。2017年4月，当科にて口唇形成術および軟口蓋癒着術施行。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：2018年10月X日，母親が口蓋裂部に白いものを確認した。母親が除去を試みたが出血を認めたため当科受診となった。

現症：

全身所見：身長73.0cm，体重8.67kg。出血や潰瘍形成は認められなかった。意識障害や気道閉塞，呼吸困難の訴えも認められなかった。

口腔外所見：特記事項なし。

口腔内所見：中間顎とlateral segmentの間に玩具の一部が認められた。

【処置および経過】

外来にて口腔内・鼻腔内より摘出を試みたが容易ではなく，異物全体の大きさや形態の同定が不可能であったため，周囲組織損傷や出血のリスクを考慮し，全身麻酔下で異物除去術の方針となった。全身麻酔下にて，中間顎とlateral segmentの間に異物を確認した。中間顎を右側に圧排し全体像を確認した。周囲組織の損傷に注意しながら慎重に異物の摘出を行った。手術時間は6分であり，出血や鼻中隔粘膜の潰瘍などは認められなかった。摘出物は，大きさ18mm×9mm×4mmのプラスチック製の玩具（グラタン皿）であった。摘出物に破損等は認められなかった。術後は疼痛などの所見も認められず，当日より経口摂取良好であった。

【考察】

両側口唇口蓋裂では，中間顎が鼻中隔により押し出され，lateral segmentは低成長を示すため，切歯縫合相当部には大きな裂隙が生じる。また，中間顎はある程度の可動性を有し，異物が口腔内へ入ると裂隙への迷入の危険性が考えられる。

小児は発達の過程においては，生後5～6カ月頃より身の回りのすべての物に興味を示し，手を出して物をつかみ，口に持っていくようになる。本症例のように生後10カ月頃になると親指と他の指で小さい物を把持できるようになる。乳幼児は好奇心の塊であり，結果を考えずに行動してしまう事も多い。好奇心や遊びから生じる不適切な行動により，口に物を運び異物となる。本症例では，母親が見ていないところで口腔内異物迷入が起きた。摘出物は，2歳の姉がよく遊んでいる玩具であり，患児は普段からよく口に玩具を入れているとのことであった。対象年齢は3歳以上の玩具であり，誤飲のリスクを伴う大きさであった。

当科では，哺乳床作製時，口唇形成術時，口蓋形成術時に模型を作製している。本症例の模型を分析すると，出生時の顎裂幅は，右側1mmであるのに対し，左側12mmと幅広であった。その後，軟口蓋癒着術や哺乳床の効果により，異物迷入時は，右側0mm，左側1mm程度にまで減少していた。中間顎も初診時より背側へ移動していた。しかし，裂幅が縮小したことにより，異物が迷入すると，全体像が把握しづらく摘出も困難となった。加えて，中間顎は可動性があるため，小児の力でも異物の挿入は比較的容易である。口蓋・顎裂閉鎖前の口唇口蓋裂患者においては，通常の小児の誤飲・誤嚥リスクに加えて，裂形態に対し異物となるような物を口に持っていかないよう注意喚起をする必要がある。誤嚥・誤飲リスクを説明する際には，模型などを用いて，保護者が口腔内の形態を十分に把握してもらうことが望ましいと考えられる。

【結語】

今回われわれは両側口唇口蓋裂児における口腔内異物の症例を経験した。

口蓋裂児の受動的発話の誤りと能動的発話の誤りの出現の違いに関する研究： 声門破裂音と呼気鼻漏出による子音の歪みとIQとの関連

○大久保瑞姫^{1, 2)}, 早川統子^{3, 4)}, 相原喜子^{2, 3)}, 夏目長門^{2, 3)}

豊橋市民病院リハビリテーションセンター¹⁾

愛知学院大学歯学部口腔先天異常学研究室²⁾

愛知学院大学歯学部附属病院言語治療外来部門³⁾

愛知学院大学心身科学部⁴⁾

【緒言】

口蓋裂言語は、activeな発話の誤りとpassiveな発話の誤りに分類される。口蓋裂術後で鼻咽腔閉鎖機能不全（以下VPD）を呈する児の中でも、activeな発話の誤りの声門破裂音（以下GS）を発達させる児と、passiveな発話の誤りの呼気鼻漏出による子音の歪み（以下NE）のみで異常構音を呈さない児がいる。出現の違いについては未だ明らかにされていない。多くの因子が絡み合い誤り音の出現に繋がると考えられるが、因子の一部を明らかにすることで術後の発話の予後予測をし、治療方針を早期より立て得るのではないかと考えた。そこで知能検査の結果と発話症状との関連性をみるべく本研究を行った。

【対象】

口蓋裂術後患児で、WPPSI知能診断検査（WPPSI）を行った4歳0カ月～5歳2カ月児43例のうち、VPDを認めた17例（男11例、女6例、平均年齢4歳4カ月）。

【方法】

後方視的に診療録調査を実施。WPPSI（VIQ, PIQ, FIQ）、GSの有無、NEの有無を調査した。対象を①GSを呈した群：GS群（12例）、②GSがなくNEのみを認める群：NE群（5例）に分け、二群の各IQの差をMann-WhitneyのU検定を用いて分析した。

解析はIBM SPSS Statistics version25にて行い、統計学的有意水準は5%未満とした。

【結果】

二群の各IQには、有意な差は認めなかった（VIQ：U=20.5, p=0.328, PIQ：U=22.0, p=0.442, FIQ：U=25.0, p=0.646）。

【考察】

本研究の結果より、VPDが関連するとされるGSの異常構音の出現には、IQの影響ではないことが明らかになった。よって、出現の可能性としてIQよりむしろ、手術時期による口腔内圧を高められない口腔内環境の継続期間、言語訓練の介入時期、また乳幼児期の発話行動に対する周囲の働きかけ、誤った発話に対する周囲の反応による誤学習等が影響しているものと考えられる。今後は乳幼児期の言語環境等も調査しその他の要因を検討していきたい。

【結語】

口蓋裂術後患児でNEのみを呈する群とGSを呈する群のWPPSIの各IQを比較した。二群間の各IQに有意な差は認められず、発話の誤りの出現の違いはIQ以外の要因が考えられる。引き続きの調査・研究を行い出現の差の原因を明らかにしていく。

非症候性部分性無歯症の女兒に対し、根未完成歯の自家移植を行った1例

○山本博充

山本歯科口腔外科医院

【緒言】

歯の先天欠如の原因は不明であることが多いが、歯数不足の要因として系統発生学的退化現象といわれている。今回、6歯以上の欠損を認める非症候性部分無歯症の女兒に対し、矯正学的に必要であった、欠損している下顎の小白歯部へ上顎第2小白歯を、根未完成の状態です自家異所移植し、現在のところ良好な経過が得られているため、若干の文献的考察を加え、報告する。

【症例】

患児：2005年4月5日生まれ、初診時11歳3カ月。女性。

主訴：某矯正歯科からの下顎小白歯欠損部への上顎小白歯移植処置希望。

既往歴・家族歴：特記事項なし。

口腔外所見：顔貌に特記事項を認めない。

口腔内所見：上顎正中は顔面正中に一致。下顎正中も上顎正中に一致。被蓋関係は正常。上顎右側第2大臼歯、同第2小白歯、下顎左側第2大臼歯、同第2、第1小白歯、下顎右側第2小白歯、同第2大臼歯が先天欠如（合計7歯）。上顎左側第2大臼歯は埋伏し、歯根形成中。両側下顎第2乳臼歯が残存していた。

【処置および経過】

下顎左側小白歯は2歯とも欠如しており、同側の上顎には2歯とも小白歯が存在している。矯正学的対処として、上顎左側第2小白歯を下顎同側の小白歯部に自家異所移植することを計画した。2016年8月、局所麻酔下にて、移植術を施行した。上顎左側第2小白歯は、根尖孔が1mm以上開大しており、歯根長は約3/4の長さであった。下顎左側第2乳臼歯を抜歯後、移植窩を形成し、抜歯した上顎左側第2小白歯を、歯髄処置することなく移植・固定した。2018年8月現在、歯根長は短いものの、根尖は閉塞し、感染兆候や動揺は認められず、生活反応もあり、経過良好である。

【考察】と【結語】

根未完成歯の自家移植は1950年頃から行われており、下顎の未完成智歯での報告が多い。歯根長が2/3から3/4の範囲で、根尖孔の幅が1mm以上である場合、歯髄治療を伴った移植の成功をみることが期待できるとされており、本症例でも移植歯はこの条件に一致していた。

今回、比較的可成りな非症候性部分性無歯症の女兒に対し、根未完成歯の自家移植を行い、歯髄の失活なく、矯正学的にも良好な結果が得られた。

小児上顎正中過剰埋伏歯のCT画像評価による臨床的検討

○木村萌美¹⁾，安居孝純¹⁾，矢島祥助²⁾，軽部健史³⁾，小高利絵³⁾，
岩崎良太郎³⁾，筋生田整治³⁾，白田 慎⁴⁾，木津英樹⁴⁾，鬼澤勝弘¹⁾

川崎市立川崎病院歯科口腔外科¹⁾

川崎市立井田病院歯科口腔外科²⁾

慶應義塾大学医学部歯科・口腔外科学教室³⁾

国家公務員共済組合連合会立川病院歯科口腔外科⁴⁾

【緒言】

上顎正中過剰埋伏歯は、歯列不正などの原因として抜歯が行われることが多いが、埋伏位置や萌出方向によって抜歯時の骨削去量やアプローチが変わるため、手術計画を立案する上で画像評価が重要である。今回われわれは、当科を受診した小児上顎正中過剰埋伏歯症例について、CT画像評価による臨床的検討を行ったので報告する。

【対象と方法】

2013年1月から2018年7月までに当科を受診した15歳以下の上顎正中過剰埋伏歯抜歯症例63例のうち、萌出方向および埋伏位置についてCTによる画像評価を行った56例を対象とした。評価項目は患者背景、埋伏歯の本数、形態、長さ、埋伏歯に伴う障害、埋伏位置、萌出方向、口蓋から埋伏歯までの距離、鼻腔底からの距離、隣在歯歯根との最短距離、抜歯における麻酔方法、術式、合併症について後方視的に検討した。なお、埋伏歯の位置および萌出方向については、唇舌的位置（1：唇側，2：口蓋側，3：歯列中央）、垂直的位置（A：隣在歯歯根1/2より歯冠側，B：隣在歯歯根1/2より根尖側，C：隣在歯根尖と鼻腔の間）、萌出方向（a：順生，b：逆生，c：水平）の3項目を用いて分類した。

【結果】

患者は男児39例，女児17例で男女比は約2：1と男児が多かった。年齢は4～14歳で，平均は7.9歳であった。埋伏歯数は合計75本で1本埋伏が37例（66.1%），2本埋伏が19例（33.9%）であった。歯冠形態は単錐型が最も多く，つづいて2錐型の順であった。埋伏歯の長さは6.3～17.3mm（平均11.8mm）であった。埋伏位置に関して，唇舌的位置は口蓋側が多く，唇側は1本のみであった。垂直的位置は隣在歯歯根の1/2より歯冠側が48本で，根尖側が18本，根尖と鼻腔の間が9本であった。萌出方向は逆生，順生，水平の順であった。口蓋から埋伏歯までの距離は，0～5.4mm（平均1.2mm）で，鼻腔底からの距離は0～11.0mm（平均5.8mm）であった。鼻腔底への穿孔が認められた症例は2本であった。隣在歯歯根との最短距離は0～5.5mm（平均0.3mm）であった。

埋伏歯に伴う障害は，正中離開が最も多く，垂直的に隣在歯歯根1/2より歯冠側に位置する症例で多く認められた。抜歯のアプローチは1例で唇側からの抜歯，他は全て口蓋側からの抜歯が行われた。抜歯における麻酔方法は，局所麻酔が45例で，全身麻酔が11例であった。全身麻酔症例では，隣在歯歯根の1/2より根尖側に位置する歯が6本，根尖と鼻腔の間に位置する歯が6本と上方に位置する割合が多く，口蓋から埋伏歯までの距離は0～5.4mm（平均2.3mm）で，鼻腔底からの距離は0～11.0mm（平均2.9mm）であった。隣在歯の損傷，脱臼，失活などの合併症は全例で生じなかった。

【考察】

上顎正中過剰埋伏歯の位置を示す分類については過去にも提案されているが，今回われわれは，隣在歯歯根との関係を基準とした唇舌的，垂直的な埋伏位置に加え萌出方向の3項目を用いて分類し検討を行った。結果として，過去の報告と同様に唇舌的には口蓋側で，垂直的には隣在歯歯根1/2より歯冠側に位置する症例が多く，萌出方向は逆生歯が多くみられた。これら埋伏歯の垂直的位置が，歯冠側の場合，埋伏歯に伴う障害を生じる頻度が高いが抜歯は容易であるとされている。全身麻酔下で抜歯を行った症例は，局所麻酔下で抜歯を行った症例と比較して上方に位置している症例が多く，口蓋から埋伏歯までの距離が長く，鼻腔底との距離に近い傾向があることから，これらを基準に術者が麻酔方法を選択していると推察された。隣在歯歯根との距離については平均0.3mmであった。隣在歯歯根と埋伏歯が近接している症例では骨削去時に隣在歯の歯根損傷について注意を払う要があり，重要な情報であると考えられた。

【結語】

上顎正中過剰埋伏歯の抜歯を行う上では，CT画像による埋伏歯の位置，萌出方向の評価および口蓋から埋伏歯までの距離，鼻腔底からの距離の計測が手術計画立案の一助となることで改めて示された。今後，その分類についてはさらなる検討を行うことが必要と思われる。

明海大学病院小児歯科における過剰歯の臨床統計学的検討

○中村昭博, 池田英史, 荻原 孝, 吉田美香子, 星野倫範

明海大学歯学部形態機能成育学講座口腔小児科学分野

【緒言】

上顎正中過剰歯の発生頻度は乳歯列期では0.3～0.8%、永久歯列期では1.5～3.5%と報告され小児歯科臨床において過剰歯に遭遇する機会は比較的多い。とくに正中過剰歯は永久歯の萌出阻害や転移、正中離開の原因となることも多い。また、上顎前歯部永久歯の歯根形成期と過剰歯発現時期が重なる事も多いため、過剰歯を早期に発見し抜歯時期および手術方法の選択が重要である。今回我々は過剰歯を有する小児の治療経験をもとに、過剰歯の適切な対応について検討を行うための調査を行ったので報告する。

【対象と方法】

対象は、2017年4月1日より2018年4月1日までの1年間に当科を受診し、過剰歯に対し外来外科手術を行った患児36症例(49本)とした。

これらの症例について診療記録とエックス線写真(デンタル・パノラマ・オクルーザル)をもとに検討を行った。検討項目は、①患児の性別、②初診時年齢、③抜歯時年齢、④過剰歯の数、⑤過剰歯の萌出状態、ならびに⑥過剰歯の方向、について調査した。

【結果】

①患児の性別

男児22例(61%)、女児14例(39%)。約1.5:1の割合で男児に多かった。

②初診時年齢

初診時年齢の平均は5.9歳(最年少4歳、最高齢9歳)であった。その内訳は4歳8例、5歳8例、6歳8例、

7歳6例、8歳3例、9歳3例であった。

③抜歯時年齢

抜歯時年齢の平均は6.8歳(最年少5歳、最高齢10歳)であった。5歳8例、6歳10例、7歳8例、8歳4例、9歳5例、10歳1例であった。6歳での抜歯が多かった。

④過剰歯の数

過剰歯の数は1本23例(64%)、2本13例(36%)で1本のみが多かった。3本の症例はみられなかった。

⑤過剰歯の萌出状態

過剰歯の萌出状態は、埋伏過剰歯18例(50%)、萌出過剰歯13例(36%)、埋伏と萌出の両方を有するものは5例(14%)であった。

⑥過剰歯の方向

過剰歯の方向は、逆性14例、順生14例、水平1例、順生+逆性6例、順生+水平1例であった。

【考察】

上顎過剰歯の好発部位は、圧倒的に上顎正中部が多く、約2/3が1歯の過剰歯であり、60～80%が埋伏している報告されている。

本調査においても、過剰歯数1歯、埋伏状態にある過剰歯が多くみられ、これまでの報告と同様の結果であった。

6歳前後の小児は、骨密度が低いこと、過剰歯発現時期が永久歯歯根形成期と重ならないことから比較的抜歯が容易で患児への負担が少ないといわれている。本調査においても抜歯時の平均年齢は6.8歳であり、6歳での抜歯症例が1番多く同様の結果であった。

舌小帯付着異常の臨床統計的検討

○大湊 麗^{1, 2)}, 児玉泰光²⁾, 新美奏恵³⁾,
永田昌毅²⁾, 小野和宏⁴⁾, 高木律男^{1, 2)}

新潟大学医歯学総合病院歯科言語治療室¹⁾

新潟大学大学院医歯学総合研究科顎顔面口腔外科学分野²⁾

新潟大学大学院医歯学総合研究科組織再建口腔外科学分野³⁾

新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔保健学分野⁴⁾

【緒言】

舌小帯付着異常は、舌尖の陥没といった外見上の問題や舌の運動制限および構音障害や吸啜障害を伴うことがあり、一般的にこれらの機能障害がみられた場合は舌小帯伸展術の適応とされる。しかし、舌小帯伸展術の適否の判断には小児の発達途上の影響が考慮され、舌運動および構音への直接的影響を判別しにくい場合もある。そこで、よりエビデンスに基づいた治療管理体制を模索することを目的に、舌小帯伸展術の適応および非適応と判断した症例について、臨床統計的検討を行った。

【対象と方法】

対象は、2012年4月から2017年3月の5年間に、舌小帯付着異常を主訴として新潟大学医歯学総合病院歯科言語治療室を受診した30例（男児23例、女児7例）（平均5歳11カ月）とした。診療録から回顧的に、舌小帯伸展術の適応と判断した20例および非適応と判断した10例について、舌の運動制限および構音障害を調査した。舌の運動制限の評価は、形態的に示した望月の分類と伊東らの分類を参考に、許容範囲（舌尖の陥没が多少みられても、明らかな舌の運動制限はみられない程度）、軽度（舌尖の陥没がみられ、開口時に舌尖を挙上しても口蓋に接触しない程度）、中等度（舌尖を挙上しても咬合平面から多少上がる程度）、重度（舌尖の挙上がほとんど不可能な程度）に分類した。構音障害の評価は、新版構音検査を参考に、種別は未熟構音（置換、省略、歪み）、異常構音（特異な構音操作による音の誤り：側音化、歯間音化、軟口蓋化）に分類し、障害音と誤り方は主要15子音の詳細を評価した（同一症例内に重複あり）。加えて、舌小帯伸展術の適応と判断した症例は手術方法と術後経過について、非適応と判断した症例はその理由について調査した。さらに、合併症（精神発達遅滞もしくは自閉症スペクトラム症状、歯列咬合の異常、歯の異常、耳鼻科的疾患）についても、調査項目とした。

【結果】

舌小帯伸展術の適応と判断した20例について、舌の運動制限は許容範囲0例、軽度7例、中等度11例、重度2例であった。構音障害は、なし1例、あり19例で、種

別は異常構音が多かった。障害音は /r/ 音の誤りが最も多く19例、その最も多い誤り方は側音化で、次いで /s, ts, dz/ 音の誤りが11例で、歯間音化であった。舌小帯伸展術は外来局所麻酔下で13例（うち2例は炭酸ガスレーザー治療）、入院全身麻酔下で3例が施行され、4例は近日施行予定であった。舌小帯伸展術が施行された16例のうち術後経過を確認できたのは12例で、舌の運動制限は許容範囲に改善した症例が11例、瘢痕拘縮が強く中等度の運動制限が残存した症例が1例であった。全例に舌の運動トレーニングと言語治療を行い、構音障害の改善を確認して終了とした。

一方、舌小帯伸展術の非適応と判断した10例について、舌の運動制限は許容範囲6例、軽度4例、中等度および重度は0例であった。構音障害は、なし3例、あり6例、判定保留1例で、種別は未熟構音が多かった。障害音は /r/ 音の誤りが最も多く5例、その最も多い誤り方は /d, j/ 音への歪みで、次いで /s, ts, dz/ 音の誤り4例で、/ʃ, tʃ, dʒ/ 音への置換であった。舌小帯伸展術の非適応と判断した理由は、舌運動および構音への直接的影響なし4例、合併症により判定保留3例、最終的に保護者の希望なし2例、本人の希望なし1例であった。両群の合併症は、精神発達遅滞もしくは自閉症スペクトラム症状が最も多く7例、次いで歯列咬合の異常4例であった。

【考察】

舌小帯伸展術の適応と判断した症例では、舌の運動制限は軽度から重度と幅広く、構音は /r, s, ts, dz/ 音に側音化や歯間音化が多かったが、舌の運動制限と構音障害の程度は必ずしも一致しなかった。舌小帯伸展術の非適応と判断した症例では、舌の運動制限は許容範囲から軽度で、構音は未熟構音が多かった。

【結語】

舌小帯伸展術の適否を検討するにあたっては、口腔外科や小児歯科と言語聴覚士が連携し、小児の発達を考慮しつつ、異常構音の有無を中心に総合的に判断することが重要と考えられた。

小児の顎顔面骨折の臨床的検討

○伊藤良平¹⁾, 久保田耕世¹⁾, 中川 祥¹⁾, 成田紀彦¹⁾, 三村真佑¹⁾,
 小山俊朗¹⁾, 中村千尋¹⁾, 小松賢一^{1, 2)}, 木村博人^{1, 3)}, 小林 恒¹⁾

弘前大学大学院医学研究科歯科口腔外科学講座¹⁾
 北秋田市民病院歯科口腔外科²⁾
 弘前医療福祉大学³⁾

【緒言】

小児は行動範囲や活動性などが成人とは異なるため、顎顔面外傷の傾向も異なる。特に、小児の顎顔面骨骨折は成人と比較するとまれである。また、小児の顎顔面は成長発育過程にあるため、顎顔面骨折の治療には成長発育への考慮が必要となる。

従来から小児の顎顔面骨折治療では非観血的治療が積極的に用いられてきたが、チタンプレートや生体内吸収性プレートなどの骨接合材料の進歩により、観血的整復術が適応される機会も多くなっていると考えられる。

本研究の目的は、小児の顎顔面骨骨折の傾向と特徴を明らかにし、また、治療法について検討することである。

【対象と方法】

1990年1月から2016年12月の27年間に弘前大学医学部附属病院を受診した口腔顎顔面外傷患者のうち、15歳以下の小児の顎顔面骨骨折患者を対象とした。

対象症例の年齢、性別、受傷原因、受傷部位、治療法について診療録およびX線・CT画像をもとに検討した。歯槽骨骨折を対象に含め、骨折部位を中顔面、下顎骨、歯槽骨に分類した。

【結果】

対象期間の小児の顎顔面外傷は389例であり、うち骨折は85例に認めた。15歳に最も多く、平均年齢10.5歳、

男女比 3.1 : 1 であった。受傷原因では転倒・転落、交通事故、スポーツの順に続いた。骨折部位では中顔面22例、下顎骨58例、歯槽骨骨折24例であった。中顔面では頬骨、上顎洞壁の順に多く、下顎骨では骨体部、関節突起部、下顎角部の順に多かった。治療法では中顔面骨折に対しては全例で非観血的治療が選択され、下顎骨骨折の治療では、整復法として観血的整復術が14例、非観血的整復が29例、経過観察及びその他が11例に施行された。観血的整復術14例のうち骨接合法はチタンプレート8例、床副子による圍繞結紮3例、吸収性プレート2例、キルシュナー鋼線1例であった。

非観血的整復術29例における顎間固定法は線副子19例、床副子による圍繞結紮6例、チタンスクリュー4例であった。歯槽骨骨折では顎内固定術、抜歯術、経過観察の順であった。

【考察】

小児骨折の原因は転倒・転落は全年齢層で認められたが、交通事故は学童期に多く、スポーツは年齢が高くなるにつれて多くなる傾向があり、成長とともに行動範囲や活動性が変化するためと考えられる。治療においては歯列の状態や顎骨の成長を考慮した整復法、固定法が選択されていた。また、対象期間中で骨接合法の選択傾向に変化を認め、治療方針や治療材料に変化があったと考えられる。

旭川医科大学歯科口腔外科における小児入院患者の臨床的検討

○矢島優己, 吉田将亜, 佐藤栄晃, 藤井ふみ,
荒井五織, 櫻井彩瑛, 竹川政範

旭川医科大学医学部歯科口腔外科学講座

【緒言】

旭川医科大学病院は1976年に設置された。以後43年間、道北・道東地域における拠点病院として医療活動を展開し、現在、総病床数602床を有する特定機能病院となっている。歯科口腔外科は1977年に開設され、隣接地域の医療機関と連携を取りながら、口腔顎顔面疾患の診断・治療を行ってきた。今回、われわれは当科での入院患者の動向を知る目的で、最近10年間の小児入院患者の臨床的検討を行ったのでその概要を報告する。

【対象と方法】

対象は2008年から2017年までの10年間に旭川医科大学病院歯科口腔外科に入院した0歳から15歳までの小児患者で男児282例、女児158例の計440例であった。調査項目は、病名、年度別推移、年齢、既往歴、入院期間、入院時の処置、紹介元の診療科、居住地とした。調査は診療録、画像資料などを用いて行い、それぞれの項目について臨床的検討を行った。

【結果】

患者の疾患別分類では、唇顎口蓋裂155例、過剰埋伏歯142例、多数歯齲蝕45例、埋伏歯22例、良性腫瘍20例、顎骨内嚢胞19例、その他37例であり、唇顎口蓋裂が約35%を占めていた。その他には炎症、小帯付着異常などが含まれた。年度別入院患者数は年度により変動が見られ、年間平均入院患者数は44例であった。低年齢では、唇顎口蓋裂の治療目的での入院が多く、6、7、8歳では過剰埋伏歯抜歯での入院が多い傾向であった。既往歴では症候群、アレルギー疾患、超低出生体重児、先天性心疾患、染色体異常など、何らかの既往疾患を有している患者が約50%であった。入院期間は約99%が14日以内で、入院下での治療は全身麻酔427例、局所麻酔10例、外科処置以外の治療が3例であった。紹介元は歯科246例、小児科・産婦人科166例、その他の医科13例であり、

紹介率は約97%と高かった。居住地は旭川市内が209例で約47%、隣接する市町村は61例で約14%、遠隔地の市町村は170例で約39%であった。

【考察】

疾患別入院患者数では唇顎口蓋裂を中心とした疾患の手術目的での入院が多数を占めていた。当該地域には当科以外に出生から成人までの期間、集学的な唇顎口蓋裂治療を行っている診療科は存在せず、唇顎口蓋裂患者が多い特殊性を反映していると思われた。年度別入院患者数は年度により変動が見られ、2016年は70例と年間平均入院患者数を大きく上回っていた。2016年は他年度と比較し、過剰埋伏歯抜歯の患者が多かった。低年齢で唇顎口蓋裂の治療目的で入院が多い理由として、出生直後から一貫治療が当院で行われていることが要因と考えられた。また、6、7、8歳に過剰埋伏歯が多いのは歯の交換期に歯科で撮影したX線検査で偶然発見され当科へ紹介されることが多いことが要因と考えられた。既往歴では、約50%に何らかの基礎疾患を認めた。基礎疾患を有する患者は、唇顎口蓋裂の治療や有病者の歯科治療のための入院が多数であった。半数以上が旭川市外であり、遠隔地からの入院患者は道北、道東、道央にまたがる広範囲の地域から入院していることが明らかになった。紹介元の医療機関はいずれも公共交通機関の少ない地域であり、小児の歯科口腔外科疾患を扱う施設が極めて少ない地域であった。今回の調査では、半数以上が何らかの疾患を併発しており、遠方からの通院が多いことから、当該地域での小児口腔外科診療における当科の役割は極めて重要と考えられた。

【結語】

今後も定期的に当科における小児入院患者の臨床的検討を行い、入院患者の動向を把握していきたい。

舌を左右に切離し摘出を行った乳児の舌類皮嚢胞の1例

○加納欣徳¹⁾，大淵泰彦^{1, 2)}あいち小児保健医療総合センター歯科口腔外科¹⁾
大淵歯科医院²⁾

【緒言】

類皮嚢胞は、胎生期における発生障害，または外傷や手術等による，上皮の迷入により発生するとされている．全身の各所に発生するが，口腔領域での発生は全体の数%である．

今回，乳児の舌下部に発生した類皮嚢胞に対し，舌を左右に切離して摘出を行った．その概要について報告する（動画予定）．

【症例】

患者：3カ月，女児．

主訴：舌下部の腫瘍．

現病歴：出生時より，舌下部に腫瘍を認められていたが，大きさや色調に変化なく，哺乳や体重増加にも問題がなかったため，経過観察となっていた．その後近医産科より，精査依頼にて当科を紹介された．

現症：舌下部に境界明瞭な2cm大の，正常粘膜で覆われた半球状，弾性軟の腫瘍を認めた．舌はやや挙上されていたが，吸啜や嚥下に異常は認めなかった．

臨床診断：類（表）皮嚢胞・奇形腫の疑い．

【処置および経過】

生後3カ月：初診．上記診断にて経過観察開始．

生後4カ月：家族より，オトガイ下にニキビが形成され白色のものが排出し，舌下部の腫瘍が縮小したと受診．MRIでは，舌内にT2強調像で高信号を呈する類円形の嚢胞様病変を認めた．

生後11カ月：舌下部腫瘍の増大とオトガイ下が腫大

し，WBC19900，CRP2.65であった．摂食障害も出現したため，入院全身麻酔下にてオトガイ部より口腔外消炎術を行なった．まず排膿を認め，さらに深部で嚢胞壁と思われる部分を穿破させると，黄白色の泥状内容物が排出された．消炎後に一時退院．

1歳：舌を左右に切離し，口内法にて嚢胞摘出術を施行した．術後はPICUで管理し，3日目に抜管，5日目に経過良好にて退院となった．1年経過後も，明らかな機能障害は認められていない．

摘出物の病理所見は，重層扁平上皮で囲まれた嚢胞性病変で，嚢胞壁には脂腺が認められ，類皮嚢胞と矛盾しない像であった．

【考察】

初診時より，保護者には摘出術が適応となるが，病変部の変化や機能障害を認めなければ，しばらくは経過観察と説明した．しかし，生後11カ月に感染が認められ，摂食障害もきたしたため腫瘍摘出術を検討した．

舌小帯に沿った切開，あるいは舌下ヒダと平行な切開による口内法での摘出を検討するが，乳児であることから術野が狭く，周囲組織との剥離が容易でない可能性も考えられ，舌を左右に切離し術野を確保することとした．また保護者には，十分な術野が確保できない場合，口腔外からの切開を加えることや，便宜的に下顎正中離断の可能性についても説明を行なった．

実際の手術では，口腔外からの切開を追加することもなく，術野は十分に保たれ，摘出を行うことができた．

病理診断でエナメル上皮腫を疑わせた含菌性嚢胞の1例

○守谷亜沙人, 佐野次夫, 木島 毅, 秋本琢磨, 生形 遥, 久保寺翔,
萩野貴磨, 須藤弘喜, 中沢貴士, 渡部晴貴, 高久 暹

東京西徳洲会病院口腔外科

【緒言】

含菌性嚢胞は、埋伏歯の歯冠の一部あるいは全部を含む菌原性嚢胞の一種で歯冠形成が終了した後に菌原性上皮が嚢胞化し生じるとされている。含菌性嚢胞は、顎骨に生じる菌原性嚢胞の中で最も発生頻度が高く、17.4～34.0%を占めており、好発年齢は10～30歳代で、好発部位は下顎が第三大臼歯と第二小臼歯、上顎は第三大臼歯と犬歯であると報告されている。

一方で、エナメル上皮腫の発生源はエナメル器や歯提およびそれらの遺残上皮などの菌原性上皮、口腔粘膜上皮など菌原性上皮以外のもの考えられており、含菌性嚢胞とその起源が共通していることから鑑別診断を困難にしているケースがある。さらにStanleyらの報告によるとエナメル上皮腫641症例のうち108例が含菌性嚢胞と関係があったとも述べている。特に画像上で境界明瞭で単房性透過像であり、臨床的に判断しにくい場合は病理診断でも苦慮する場合がある。

今回われわれは、エナメル上皮腫と含菌性嚢胞の病理診断に苦慮した1例を経験したのでその概要に若干の考察を加えて報告する。

【症例】

患者：9歳女児。

初診：2017年12月。

主訴：右顎下部の腫脹。

家族歴および既往歴：特記事項なし。

現病歴：3カ月前、右顎下部の腫脹に気づき近歯科医院を受診し右下Eを抜歯、改善せず当科を紹介され来院した。

現症：全身倦怠感なし、顔面左右非対称性であり右顎骨体部に鶏卵大、骨様硬の無痛性の腫脹を認めた。口腔内では右下Eの抜歯窩部位に感染所見は認めず、右下2から右下6にかけて限局した顎骨の膨隆が認められた。羊皮紙様感は認めなかった。

パノラマX線画像所見：右下345埋伏永久歯を取り囲むように単房性の透過像認めた。

CT所見：右下2から右下6にかけて頬側の皮質骨に膨隆を認め、下顎管との間には骨が介在していた。

【処置および経過】

臨床診断は、菌原性の嚢胞もしくはエナメル上皮腫。

平成29年12月全身麻酔下で切除生検施行。右下345埋伏歯を残すように病変を一塊として切除した。病変は嚢胞性病変であり、骨浸潤像は認めなかった。

病理組織像は、表層に歯胚の上皮成分に類似する上皮細胞を認め、上皮結合組織の間質に接する上皮成分は円柱状を示し、内側にはエナメル髓に類似した星状細胞様細胞が認められた。間質にはリンパ球や形質細胞を主体とする細胞浸潤も認めた。一部エナメル上皮腫を疑う所見もあり、病理検査結果は含菌性嚢胞を考えるが、エナメル上皮腫も否定できなかった。

その後慎重に経過観察し1年経過したが右下345は現在問題なく萌出している。

【考察および結語】

エナメル上皮腫との診断に際しては年齢、発生部位、X線所見など目安となるが、本症例のように単房性であり、含菌性の場合臨床所見では鑑別することは非常に難しい。また病理学的にも含菌性嚢胞とその起源が共通していることもその鑑別診断を困難としている。さらに含菌性嚢胞からエナメル上皮腫が発生した報告もある。Stanleyらの報告では、エナメル上皮腫641例中のうち108例が含菌性嚢胞と関係があったとしている。これらの考え中には、Chanらのいう含菌性嚢胞は潜在性エナメル上皮腫であるという考え、嚢胞壁の中に遺残したエナメル器由来のMallassezの上皮遺残や武田らの報告にも見られたような歯提由来のSerresの遺残上皮などから発生したとする考え、嚢胞とエナメル上皮腫が併存し、本来エナメル上皮腫であったものの嚢胞性病変が著明なため、含菌性嚢胞のように見えたとする正木らの考え方など、3つの機序が考えられる。そのため病理診断も苦慮する場合がある。

本症例と比べてみると病理および経過より嚢胞性病変であったことがあげられるが、臨床診断ではなかなか診断がつかず、確定診断には病理組織検査が必要不可欠であるが、それでも苦慮することが挙げられた。またどちらの診断においても長期による慎重な経過観察が必要と考えられた。

小児の下顎角部に発生した歯原性粘液線維腫の1例

○長嶺宏樹¹⁾, 軽部健史¹⁾, 吉川桃子¹⁾, 木津英樹²⁾, 筋生田整治¹⁾慶應義塾大学医学部歯科・口腔外科学教室¹⁾国家公務員共済組合連合会立川病院歯科口腔外科²⁾

【緒言】

顎骨の歯原性粘液線維腫は比較的まれな腫瘍であり、特に小児での発生例は少ない。また、大部分は顎骨中心性に発生し、歯槽部に波及して歯の偏位や動揺を伴うことが多い。

今回われわれは、小児の下顎角部に局限して発生した歯原性粘液線維腫の1例を経験し、良好な長期経過を得たのでその概要を報告する。

【症例】

患者：10歳、男児。

主訴：右側下顎骨病変の精査。

現病歴：2009年6月、右側下顎角部の無痛性膨隆を自覚し、近歯科を受診した。下顎骨腫瘍が疑われたため、精査・加療のために当科を紹介受診となった。

現症：

口腔外所見：右側下顎角部に骨様硬の膨隆を触知し、圧痛を認めた。知覚異常は認めなかった。

口腔内所見：右側臼歯部の動揺・失活は認められず、周囲歯肉の発赤・腫脹等は明らかでなかった。

画像所見：パノラマX線写真では、右側下顎角部に皮質骨吸収を伴う境界不明瞭な透過像と周囲皮質骨の外方への突出がみられた。CT所見では、境界不明瞭な皮質骨欠損部の周囲に骨様突出像が認められた。MRI所見では、T1強調像で低信号、T2強調STIR像で周囲骨との境界が一部不整な高信号域として認められた。

臨床診断：右側下顎骨腫瘍。

【処置および経過】

骨肉腫との鑑別が必要と判断し、手術予定日の2週間前に全身麻酔下に生検術を施行した。病理組織学検査結果は軟骨粘液線維腫または歯原性粘液線維腫の2疾患が挙げられたが、臨床所見と併せて後者と診断した。同年10月、全身麻酔下に腫瘍切除術および腸骨移植術を施行した。腫瘍は安全域を設けて周囲骨とともに切除し、吸収性プレートを用いて下顎角部形態を付与し、欠損部には腸骨海綿骨を填入した。切除標本は最大径20mm大で、表面は光沢があり、半透明白色を呈していた。H-E染色では、異型性に乏しい紡錘形細胞が粘液様基質内に増生している像が見られた。歯原性上皮の存在は明らかではなく、免疫染色ではAE1/AE2陰性、Desmin陰性、

SMA陽性、S-100タンパク陰性であった。上記より歯原性粘液線維腫の確定診断を得た。術後9年経過した現在、パノラマX線写真にて骨増生を認め、下顎骨の成長に明らかな左右差は認められない。再発もなく経過良好である。

【考察】

歯原性粘液線維腫に関して、2017年のWHO分類では、粘液腫の定義である「豊富な粘液様間質内に紡錘形または星状の細胞からなる局所浸潤性の新生物」に加え、線維成分が多い病変を粘液線維腫と診断するとしている。顎骨に発生した場合に歯原性と呼称されるが、歯原性上皮塊の有無は診断の定義に含まれていない。自験例のように歯原性上皮が認められないものは多く報告されている。本邦では1.6～2.7%程度の発症率とされ、好発年齢は20～40歳代で、10歳未満では8.5～11.6%と少ない。性差は女性にやや多いとされる。好発部位は下顎臼歯部から下顎枝部であるが、その中でも自験例のように歯の偏位や動揺を伴わず、下顎角部に局限して発生した症例は少ない。

X線写真所見では、病変周囲の皮質骨に膨隆、菲薄化、浸潤に伴う骨吸収が認められる。さらに単房性、多房性、樹枝状、蜂窩状、斑状などさまざまな所見を呈するため、X線像のみによる診断は困難とされる。

本疾患は、骨への侵襲性増殖を示す場合があり、術後再発は少なくないとされる。このため、治療法として、特に病変の大きな症例や再発例では、根治的切除（区域切除術、辺縁切除術）の選択を支持する報告がある。その一方で、年齢、X線所見、臨床経過、手術所見を考慮して、保存的手術（摘出搔爬術）も行われている。自験例においては、発生部位、年齢、術後の整容性や成長を考え、5mmの安全域を設けた切除術を施行した。

自験例では術後9年経過しており、骨が新生し、下顎角形態の回復が認められる。再発は認められないが、今後も長期的に経過観察を行っていく方針である。

【結語】

今回、われわれは下顎角部に局限して発生した小児の歯原性粘液線維腫を経験したので、若干の文献考察を加えて報告した。

粘液嚢胞に対する五苓散の有効性における検討

○神戸智幸¹⁾，神戸美保子¹⁾，工藤紗也子^{1, 2)}，横尾 聡²⁾特定医療法人俊仁会埼玉よりい病院歯科口腔外科¹⁾群馬大学大学院医学系研究科口腔顎顔面外科学講座・形成外科学講座²⁾

【緒言】

中医学では、生体内の分泌物の総称を「水液」または「津液」としており、その代謝異常による病的産物は「痰湿」と呼ばれている。粘液嚢胞は口腔内にある分泌腺（唾液腺）に関連して生じる疾患であり、とりわけその分泌物の関与が大きい。

粘液嚢胞は「痰湿」として診断し、水分調節に働きかける五苓散を処方することも少なくなく、良好な治療成績を得ているため今回報告をする。

【対象と方法】

対象は2015年4月～2018年8月までに埼玉よりい病院歯科口腔外科に受診した小児粘液嚢胞症例のうち、五苓散を処方した5例を対象とした。症例は男児3例女児2例、平均年齢9.7歳で、下唇部が4例、頬粘膜部が1例であった。

【処置および経過】


全例、手術に対して恐怖心が強く保存的加療を希望され、五苓散を処方した。処方期間は7～21日間であり、すべての症例で比較的早期に消退していた。投薬による副作用もなく、消失してから3～6カ月経過観察するも再発は見られなかった。

【考察】


五苓散はアクアポリンに作用し脳浮腫を改善させる働きがあり、これはアクアポリン（AQP）が関与しているといわれている。今回の症例における粘液嚢胞の消失にもAQPに対する五苓散の作用が関与している可能性が考えられた。

【結語】

精神的発育の程度で、外科的治療介入が困難である粘液嚢胞症例に対して、五苓散は非常に有効であると考えられた。



ポスター発表
抄 録



上顎嚢胞様病変を発症した非協力ダウン症13歳男児の1例

○光畑智恵子¹⁾, 新里法子¹⁾, 太田耕司²⁾, 武知正晃²⁾, 香西克之¹⁾広島大学大学院医歯薬保健学研究科小児歯科学¹⁾広島大学大学院医歯薬保健学研究科口腔外科学²⁾

【緒言】

広島大学病院小児歯科では、週2日午前、小児歯科医数名のチームで障害児の歯科診療を行っている。ノーマライゼーションを基本とし、必要に応じ各患児に適した行動調整法を用いて、ストレスフリーな歯科治療をめざしている。しかしながら診療時の安全確保および治療の迅速化のため体動コントロールを行う場合もある。ダウン症児は当科の障害児外来受診者の約10%を占めている。知的発達障害や自閉症の合併により協力の得られない患者も多い。今回、近医より当病院口腔外科に紹介され、非協力ながら全身麻酔下で上顎の嚢胞様病変の摘出を行い、その後口腔外科・小児歯科の両科で経過観察を行っている症例について報告する。

【症例】

患児：13歳3カ月、男児。

初診：2017年6月。

主訴：上顎に何かあると言われた。

現病歴：初診3週間前に、紹介元近医歯科医院にてレントゲン撮影を行った際に右側上顎部に432]歯胚を含む嚢胞様透過像を認めたため、精査加療を勧められ、当病院口腔外科を受診した。

全身既往歴：ダウン症。

心室中隔欠損；3歳で閉鎖したとのこと。

小児喘息；最終発作は幼年時。

先天性白内障；2016年に指摘。

頸椎閉鎖不全；1回/年での経過観察中。

甲状腺機能低下症。

口腔外所見：特記事項なし。

口腔内所見：DCB]は残存していたが、動揺を認めた。

画像所見：パノラマエックス線写真、CT画像より、右側上顎骨前歯部根尖から右側第一小臼歯部根尖部を含む嚢胞様透過像を認めた。右側上顎洞底、鼻腔側壁は圧排され、頬部への骨膨隆を認めた。嚢胞様病変内に432]を認めた。

臨床診断：上顎骨嚢胞。

【処置および経過】

初診時、デンタルチェアでの診療は困難で口腔内の視診も難しい状態であったが、レントゲン撮影や心電図などの術前検査は行うことができた。2回目受診時より小児歯科医も加療に参加した。画像より菌原性角化嚢胞などの嚢胞疾患を疑ったが、患児の協力度から術前の生検を施行することが難しく、母親に術式の十分なインフォームドコンセントを行い、全身麻酔下で嚢胞摘出術を行うことを計画した。全身麻酔下、小児歯科医と共診し、動揺していたDCB]の抜歯を行った後、病変内に含まれる432]を嚢胞様病変とともに摘出した。1]は術中に抜髄・根管充填の後、歯根端切除を行った。

術後は術後感染などの合併症はなく、経過良好であった。病理組織診断は感染を伴う嚢胞壁で、菌原性角化嚢胞や菌原性腫瘍の特徴的所見は認めなかった。その後、3～4カ月毎に定期的に来院、術後の経過を診つつ、口腔内管理を行っている。家庭での歯磨きは全くできないとのことでプラークコントロールは非常に悪く歯肉炎が軽減されない状態が続いている。協力が得られない場合には体動コントロールが必要となることもあるが、説得により何とかデンタルチェア上での加療を行っている。摘出後1年経過したが、再発なく、画像検査により、摘出部の骨の新生も確認されている。協力度次第ではあるが、欠損部への保険処置として義歯を入れることを目標としている。

【考察・結語】

本症例は自閉症を伴う知的発達障害のダウン症患児で、以前受診した歯科医院で体動抑制を受けてから歯科受診困難となった。そのため、当院では、できるだけ本人の協力が得られるよう非強制的な対応を心がけた結果、全身麻酔下での摘出を行うことができ、その後も定期的な診療が可能になったと思われる。ダウン症患児は増齢に伴い歯周疾患が増悪する 경우가多く、さらに成人期にはコミュニケーションがとりにくくなったり、内向的になるなど歯科通院が難しくなりがちであるが、今後とも定期管理を継続し、将来に向けて口腔からのQOL向上に貢献できることを期待している。

エチオピア連邦民主共和国における先天異常に関する研究
— 第5報 —○吉田磨弥^{1,2)}、古川博雄^{1,3)}、鈴木 聡^{1,2)}、山内楓子^{1,2)}、
井村英人^{1,2)}、新美照幸^{1,2)}、夏目長門^{1,2)}愛知学院大学歯学部附属病院口唇口蓋裂センター¹⁾
愛知学院大学歯学部口腔先天異常学研究室²⁾
愛知学院大学心身科学部健康科学科³⁾

【緒言】

エチオピア連邦民主共和国はアフリカ東部に位置して日本のほぼ3倍の国土(109.7万平方キロメートル)に人口約1億240万人(2016年:世銀)、一人当りのGNI(国民総所得)は660米ドル(2016年:世銀)と低く、各種事情により医師養成の高等教育者・医師不足はより深刻な状態であり、医療制度上のサポートも不十分である。特に先天異常児はほとんど放置されており、一部ではいわゆる嬰兒の「まびき」の対象として生命を絶たれている可能性も否定できない。患者の人道上的救命をするため早期の対策が必要である。

われわれは今までに2011年から2018年まで8回に亘って首都アディスアベバ、ブタジラ、アワサで学術調査、医療協力を行ってきた。今回は、競争的研究資金援助を得て行ったブタジラでの医療援助、学術調査の結果を報告する。

【対象と方法】

ブタジラでの医療援助にて口唇・口蓋裂無償手術を実施した患者、その家族34名(2015年, 2017年)、アディスアベバ大学歯学部学生61名(2017年)を対象に、アンケート方式で口唇・口蓋裂に対する知識・意識調査を行った。

また、期間内に行った医療援助を行った135例をまとめた。

【結果】

アンケート調査では、口唇・口蓋裂児のいわゆる「まびき」はあると思うか、と口唇・口蓋裂児を出産した母親が、自殺を考えるとと思うか、について“はい”と答えた割合は、ブタジラではどちらも0%であったが、ア

ディスアベバではどちらも2%であった。

無償手術は、調査期間内で80症例の口唇形成術、4例の口蓋形成術、2例の口唇修正術を行った。受診した患者の中には、発育不良、発熱、心疾患、非口唇口蓋裂疾患、顔面・全身奇形による症候群疑いなどで手術延期・手術不適合となった症例は49例認められた。

【結語】

危惧されていた「まびき」および「自殺」について僻地ブタジラでは0%だったが、首都アディスアベバ国立大学歯学部において1名(2%)ではあるが確認された。この結果は今後のプロジェクトを進めて行く上での重要なものであった。

エチオピアで口唇口蓋裂の発生数は1.49/1,000人であり、そのうち生存率は1/672人であり、日本と比較すると発生率、生存率ともに低い。手術症例では、CLPよりCL(A)の方が多く、CLP患児は口蓋裂を伴うため授乳が困難となり、発育不良・体重不足となり手術中止となったと考えられる。その他に、手術中止理由には心疾患や顔面や全身奇形を伴う症候群症例などがある。医療施設・設備とも不十分で、医学の学問的水準に至っては医学教育が医学の進歩に追いついていないため、将来的には我々の医療援助だけでなく、医療設備や人材育成なども必要と考えられる。今後引き続き詳細な調査を行い、その状況の改善のための援助計画を立案する必要性が急務であると再認識された。

本研究は、基盤研究(A)海外学術調査:26257509(代表:古川博雄)を用いて行った。

過去5年間に当科へ受診した小児救急患者の臨床統計的観察

○渡部晴貴, 佐野次夫, 木島 毅, 秋本琢磨, 生形 遥,
久保寺 翔, 須藤弘喜, 萩野貴磨, 守谷亜沙人, 中澤貴士

東京西徳洲会病院口腔外科

【緒言】

当院は東京都西多摩地区に位置する2次医療機関で救急を断らないという理念の下、24時間365日年中無休で口腔外科単独での当直体制を敷いている。われわれ口腔外科が単独で当直しており、通常外来では経験をし難い症例も数多く経験している。顎顔面疾患には生命の危機を伴う顎部炎症や広範囲にわたる外傷など初期から専門的知識のあるものが治療に介入することが重要な症例も多い。

西多摩地区は人口400万人以上を有することもあり救急受診患者は老若男女にわたり症例も多岐である。

その中で小児患者を対応する場面も多くあり成人と様々な観点で異なるため治療に際して苦慮する場面も経験してきた。

小児患者は成長発育過程であるため顎口腔領域の疾患や異常は形態と機能の障害をもたらすだけでなくその後の成長発育に影響を及ぼす。そのため一概に小児といっても歯の萌出状況や歯列、年齢によって差があることを考えた上で治療を行わなければならないことが重要である。

また対象である小児は心身ともに未熟であるため成人と比べて感染や傷害に対する抵抗力が弱い。ひとたび疾患に罹患すれば自己の病態を的確に説明できず意思の疎通が困難であるので病態把握を難しくなる要因である。

以上のことから小児患者の診断や処置には難渋するものもあり対応には幅広い知識と的確な技術を有する必要があると言える。今回我々は小児救急患者の豊富な症例数を経験したので2013年4月から2018年3月まで5年間の臨床統計学的検討とそれに若干の考察を行ったので報告する。

【対象】

対象は15歳以下の小児患者とし当科の診療時間である平日（9：00～18：30）と土曜日（9：00～11：30）以外の時間で受診した症例とした。

【方法】

カルテの記載に基づき性別、年齢、時間帯、受傷原因、受傷経路などについて統計を行った。なお同一患者が2回以上受診した場合は1回ごとに1例とした。

【結果】

2012年4月から2018年3月まで口腔外科に受診した小児患者は5,670人であった。そのなかで15歳以下の小児患者は1,782人で、当科救急外来受診の31%であった。

性別では女児は39%であり男児は61%と男児の方が多かった。年齢別では1歳児の割合が16%と最も多かった。また受傷原因は転倒が49.5%と最も多く、その次に衝突（13.3%）、転落（8%）の順番であった。受診時間は20～22時の時間帯で36.5%と集中していた。また外傷の種類別症例数では軟組織損傷が63.4%と最も多くついで歯牙外傷（19.8%）、顔面骨折（4%）の順になった。また受診にいたるまでにウォークインで受診された方が89.5%と多く、救急搬送されてきた数は10.4%であり、救急搬送後に入院となった患者の割合は18.9%でありウォークインで受診後入院となった患者の割合は1.5%であった。

【考察】

結果から考察すると20時から22時の間は受診する患者数が1番多い結果となったが、これは一般的な開業医は20時前後で診察終了とする事が多いことと関連していると考えられた。

小児救急患者の特徴として他の救急患者に比べ外傷の占める割合が非常に高い結果となった。受傷原因別では転倒による軟組織損傷が63.4%と多い結果となり、受傷部位は下唇、上唇、上唇小帯、舌の順に多かった。これは小児の運動方向を考慮すると前方に転倒する機会が多くなり下唇、上唇小帯、上唇を打撲する頻度が高く、舌の場合は転倒時の咬創に起因しているものと考えられた。

他に特色としては歯科からの紹介はもちろんだが、内科からの紹介は成人と比較し増加する傾向を認めた。

救急医療は救命処置という観点から生命の架け橋となる礎を担っている。その一端として当科では顎顔面疾患を扱っている。救命処置という観点での口腔外科領域の疾患は極めて専門性が高いため対応には高度な知識と技術を要する。そのため救急患者に初期から口腔外科医が介入することは重要であり、それが小児患者となれば尚更必要度は増すと考えられる。

【結語】

過去5年間に当科へ受診した小児救急患者の臨床統計的観察を行ったので報告する。

非観血的整復にて良好な経過が得られた 小児両側下顎骨関節突起骨折の1例

○古屋 出, 石橋 修

八戸赤十字病院歯科口腔外科

【緒言】

下顎骨関節突起頸部骨折は、発生頻度の高い外傷性疾患であるが、小児に生じた場合は顎発育異常による顎変形症や運動障害を後遺することがあるといわれる。

今回、われわれは5歳児の両側下顎骨関節突起骨折の1例を経験したので、その概要を報告する。

【症例】

患者：5歳，女児。

現病歴：2016年7月31日，屋外で自転車にて走行中に転倒，オトガイ部を強打。経過をみていたが8月2日になり，両親が開口障害に気づき近歯科を受診。当科受診をすすめられ，同日紹介受診。

現症：身長110cm，体重16kg，栄養状態良好。オトガイ部に挫傷を認めた。咬合偏位は認めなかった。レントゲン検査，CT検査を行なったところ，両側下顎骨関節突起頸部に骨折線を認めた。

処置および経過：両側下顎骨関節突起頸部骨折の診断にて非観血的整復の方針とし8月2日，即日入院。チン

キャブを製作し装着，経管栄養管理を開始した。8月16日，チンキャブを除去した。同日，開口量は12mmであった。8月17日，胃管を抜去，経口摂取を開始。開口練習は実施困難で自然開口にまかせることとし，8月23日，開口量は26mm得られ，外来通院での経過観察とし退院。開口量は退院1カ月後38mm，2カ月後43mmまで回復した。

その後も通院にて経過観察，画像検査を行い，受傷1年後に行なったCT検査では骨折部は修復され，形態異常も認めなかった。

【考察】

小児下顎骨関節突起骨折では下顎頭が成長点であること，また修復能が旺盛であることから保存的加療の予後は良好とされている。しかしながら文献的には治療後3年経過して顎関節強直症を発症した報告もあり，長期の経過観察が望まれる。

歯ブラシに起因した外傷性頬脂肪体ヘルニアの1例

○磯崎祐太, 佐藤 毅

埼玉医科大学病院歯科・口腔外科

【緒 論】

乳幼児の口腔軟組織外傷は、物をくわれたまま転倒し、受傷することが多い。頬脂肪体ヘルニアは、何らかの機械的損傷による頬脂肪体の口腔内への逸脱であり、報告されている事例の殆どが乳幼児の外傷であり、その原因の多くが歯ブラシによるものである。頬脂肪体が外傷創により口腔内ヘルニアを形成した症例は、1968年にClawsonらによって初めて報告されて以来、本邦においても報告されている。

今回、われわれはブラッシング中に椅子より転落し歯ブラシ刺入が原因で、頬脂肪体の一部が口腔内へヘルニア形成を起こした症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

【症 例】

患者は1歳9カ月の男児で、2011年2月8日21時頃に歯口清掃中に歯ブラシを加えたまま椅子より転落し、右頬粘膜を損傷した。父親により歯ブラシを抜き取り、口腔出血と頬部の腫瘍に気づいたため、同日23時30分に本院救急外来を受診した。右側頬粘膜の耳下腺開口部後方に、20mmの表面平滑、楕円形な有茎性腫瘍を認めた。周腫瘍周囲の発赤腫脹はなく、Stenon管からの唾液の流出は正常であった。外傷性頬脂肪体ヘルニアと診断し、緊急入院のうえ、翌日2時に全身麻酔下にてヘルニア部の復位し、筋層および粘膜縫合を行った。当院小児科病棟に1泊入院し、翌々日に退院となった。その後臨床経過は問題なく、術後の膿瘍形成も認めなかった。

【考 察】

口腔軟組織に限局した外傷は成人に少なく、小児に比較的多い。これらの原因の多くは、乳幼児が箸、フォークなどの棒状の器具をくわれたまま転倒し、受傷することによって生じるとされている。外来異物による口腔粘

膜損傷の好発部位は口蓋であり、頬粘膜刺入例の報告は比較的少ない。これは、小児が棒状の器具をくわえたまま転倒した場合、前下方から力が加わり器具が後上方に突出し口蓋に刺入するためと考えられる。

小児による頬粘膜への異物刺入の原因は、箸、スプーン、歯ブラシなどが報告されているが、歯ブラシの刺入によるものが圧倒的に多く、頬粘膜裂傷に伴う頬脂肪体ヘルニアの報告も少なくない。これは、小児自身が歯口清掃を行う際、歯ブラシの植毛部の方向は咬合平面と平行に遠心方向に向いていることが多く、そのため転倒などの外力により頬粘膜に刺入する可能性が高いためと思われる。

乳幼児に頬脂肪体ヘルニアが多くみられる理由としては、頬脂肪体が「sucking pad」として知られるように乳幼児で最も発達していること、乳幼児に口腔外傷が多いこと、解剖学的に耳下腺が頬筋を貫き、筋繊維が耳下腺乳頭部付近を括約筋様に取り囲んでおり、組織の抵抗性が脆弱であることなどが考えられている。処置法は、新鮮例であれば裂創より頬筋内への復位が可能である。しかし、日数が経過しているものや強い感染を伴っている場合には、全身麻酔下に一部正常脂肪体も含めてヘルニア部分を外科的に切除するのが一般的である。

予後は一般に良好で、ヘルニアの再形成が認められた症例は報告されていない。しかし、歯ブラシの刺入により脱出した脂肪体の切除後、側頭窩膿瘍を発症した症例も報告されており、創面の十分な洗浄、消毒、抗菌薬投与が重要である。歯口清掃時に乳幼児が歯ブラシをくわえながら歩行したり、ソファの上に独りでいても、保護者は危険であるという認識が乏しいと思われる。時として重篤な口腔外傷の原因となりうることを、乳幼児の口腔保健指導を行う際の、指導項目とすることが重要である。

口腔内に生じた先天性腫瘍の2例

○高木純一郎¹⁾，宮田 勝¹⁾，釜本宗史¹⁾，名倉 功¹⁾，坂下英明²⁾石川県立中央病院歯科口腔外科¹⁾明海大学歯学部病態診断治療学講座口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野²⁾

【緒言】

新生児ならびに乳児における口腔外科領域の疾患は様々ある。その中で出生時いわゆる先天性に認める疾患として唇顎口蓋裂や遺伝性疾患など包括的かつ集学的治療を要する疾患や、先天性歯、歯数の過不足、上皮真珠、Bohn 結節、歯肉嚢胞など自然消失や長期に経過観察が可能な疾患まで様々である¹⁾。今回、出生後より口腔内に腫瘍を認めた2例を経験したのでその概要を報告する。

【症例1】

患者：0歳・男児。37週2日・2,646gで出生した双胎児。バセドウ病合併母体からの出生で、出生時診察にて下顎歯肉に隆起性の腫瘍を認めたため、小児科担当医より紹介にて出生直後に当科と初診となる。腫瘍は下顎歯肉両中切歯相当部歯槽頂に位置しており、被覆粘膜は菲薄で健常口腔粘膜色を呈し内容は粘液を貯留しており、直径は約8mm大の類円形であった。触診にて腫瘍は弾性軟であった。先天性歯は存在していなかった。臨床診断を先天性エプーリスと診断した。母乳障害もなく、その他の全身的な特記事項を認めないため、定期的な経過観察とし、時期を見て手術療法をおこなうこととした。しかし、4カ月後に病変が自然消失したことを確認した。現在は小児内科再診時に経過観察している。現在約7カ月経過しており、体重7,790g、身長64.5cmと順調に成長している。また口腔内は病変の再発はないが乳中切歯の萌出を認めており、臨床経過を考えると萌出性嚢胞の最終診断として経過観察中である。

【症例2】

患者：0歳・女児。3,520gで正常分娩にて出生した単胎児。出生時診察にて上顎歯肉に腫瘍性の病変を認めたため、産婦人科担当医より紹介にて産後3週目に当科初診となる。腫瘍は左側上顎乳犬歯相当部に正常粘膜の径8mm大の有茎性腫瘍であった。触診にて腫瘍は弾性軟であった。臨床診断を先天性エプーリスと診断した。母乳障害もなく、その他の全身的な特記事項を認めないため、時期を見て手術療法をおこなうこととして現在約9カ月経過しているが定期的な経過観察を継続しており時期を見て手術を計画する予定である。

【考察】

新生児、乳児の口腔疾患の場合、画像診断ならびに生検を施行することが困難で、臨床経過や所見のみで口腔内病変の診断を行わざるを得ないことが多い。自験例においても同様で、一見粘液を貯留しているため、粘液嚢胞との鑑別も迷った経過があるが、発症母体に小唾液腺が存在しないため萌出嚢胞および先天性エプーリスと診断した。手術については、母乳障害や嚥下機能に問題があり発育に支障がある場合や増大傾向を認める場合は全身麻酔での手術も検討すべきであるが、基本的にそのような問題がない場合は、十分な経過を観察して適宜手術について検討すべきと考える。基本的には園児になるまで待機して術後合併症のリスクを回避している。

【結語】

今回、口腔内に生じた先天性腫瘍の2例を経験したのでその概要を報告する。

参考文献

- 1) 有吉靖則，島原政司，他：骨形成性エプーリスの像を呈した先天性エプーリスの1例。小児口外，20：165-168，2010。

長期経過観察を行った小児口腔外科疾患の2例： 乳幼児線維腫症とガレー顎骨骨髓炎

○高橋雅幸

防衛医科大学校病院歯科口腔外科

【緒言】

小児では、悪性疾患に限らず再発率の高い疾患や変形を伴う疾患では長期経過観察が必要となる。今回わたたくしは、良悪性疾患として扱われる乳幼児線維腫症と顔貌の変形をきたしたガレー顎骨骨髓炎において長期経過観察を行った症例を経験したので報告する。

【症例】

症例1は、3歳女児で、左下顎歯肉頬移行部の腫瘍を主訴に2009年1月に当科を受診した。現病歴としては、初診の2～3カ月前に母親が同部の腫瘍に気づき、近病院小児科を受診したところ当科を紹介された。口腔外所見としては、左下顎部に膨隆を認めた。口腔内所見としては、左下顎臼歯歯肉頬移行部に膨隆を認め、粘膜下に直径約2cmの境界比較的明瞭で弾性硬、可動性の腫瘍を触知した。MRI T2強調像では、高と低の信号強度が混在する腫瘍性病変を認めた。臨床診断は左下顎部良性腫瘍とした。同年3月に全麻下で腫瘍摘出術を施行したところ、病理組織学的にInfantile fibromatosisと診断された。2011年1月に再発を認めたため、2011年11月に口内法にて再手術を行った。再手術後6年8カ月を経過した現在、オトガイ神経の知覚鈍麻や再発傾向はなく経過良好である。

症例2は、台湾人の10歳女性で、右下顎枝部から頬部の腫脹を主訴に2011年7月に当科を受診した。現病歴としては、2011年2月から同部が腫脹し、その後、腫脹と発熱を繰り返した。台湾で近歯科、2件の近小児科、大学病院耳鼻咽喉科、同小児感染症科、同口腔外科を受診した。生検で慢性下顎骨骨髓炎と診断され、入院下で消炎療法が施行されたが改善しなかった。漢方薬の投与も行われた。原因が不明なため、日本での精査を希望し受診した。口腔外所見としては、同部にびまん性の腫脹を

認めた。口腔内所見としては、開口量は42mmで、右下顎枝内側に腫脹と圧痛を認めた。CT検査では、右下顎枝に骨の膨隆を認め、MRI検査ではT2強調像にて右下顎枝骨髄は高信号強度を示した。Gaシンチグラムと骨シンチグラムでは右下顎枝部に軽度の集積を認めた。臨床診断は、右下顎骨腫瘍の疑い（良性>悪性）とした。2011年8月に全身麻酔下で生検術を施行した。術中、下顎骨に埋伏智歯に通じる孔を認め、同歯との関係性が疑われたため埋伏歯抜歯術も施行した。病理組織学的診断は慢性骨髓炎であった。術後、諸症状はすみやかに消失した。術後2年で下顎骨の膨隆も消失し、顔貌は左右対称となった。その後、術後4年まで年1回来日して経過観察を行い、再発がないため終診とした。

【考察】

乳幼児線維腫症は、良悪性の中間的な病態を示す中間群腫瘍とされる。本疾患の外科治療後の再発率は65%で、3年以内に90%が再発するとされる。文献レビューでは、全体の76%で初回から口外法による広域切除や放射線治療などが行われていたが、それにもかかわらず約半数が再発し下顎骨区域切除術や再建術が行われていた。自験例は、再発したものの最小限の手術侵襲で長期間良好な予後が得られ、一般的治癒と考えられた。

ガレー顎骨骨髓炎は、若年者に生じる特異な型の慢性骨髓炎である。骨髓炎よりも骨膜炎の病変が著明で、外仮骨形成を特徴とする。自験例は、下顎骨の膨隆により顔貌の変形をきたしていたが、治療後の長期経過観察で変形の消失まで確認した。

小児の難治性あるいは変形性疾患では、親の安心感確保のためにも長期に渡る十分な経過観察が重要であると考えられた。

上顎に生じた石灰化上皮性歯原性腫瘍の1例

○長内俊之¹⁾, 佐竹杏奈²⁾, 榎 宏剛¹⁾, 小林 恒³⁾八戸市立市民病院歯科口腔外科¹⁾つがる西北五広域連合つがる総合病院歯科口腔外科²⁾弘前大学大学院医学研究科歯科口腔外科学講座³⁾

【緒言】

石灰化上皮性歯原性腫瘍はアミロイド様物質の形成およびその石灰化を特徴とした下顎に多く生じる比較的まれな歯原性腫瘍であり、約半数に埋伏歯を伴うとされている。今回、われわれは若年者における上顎に生じた巨大な石灰化上皮性歯原性腫瘍を経験したので、その概要を報告する。

【対象と方法】【材料と方法】【症例】

患者：15歳，男性。

主訴：右側頬部および上顎歯肉部の腫脹。

現病歴：右頬部の腫脹と上顎右側1-7相当歯肉頬移行部にびまん性の腫脹を生じたことから近医歯科を受診した。紹介医で病変に穿刺吸引したところ茶褐色の内用液が吸引されたため嚢胞性の病変を疑い、精査目的に当院紹介初診となる。

現症：

全身所見：身長175cm，体重55kg。

口腔外所見：右頬部にびまん性の腫脹が認められた。眼窩下神経の知覚鈍麻，眼・鼻症状はなかった。

口腔内所見：上顎右側1-7相当歯肉頬移行部にびまん性の腫脹が認められた。同部の骨は隆起し，羊皮紙様感を呈した。一部骨欠損があり波動を触知した。熱感乏しく，疼痛も認めない。炎症所見に乏しい所見であった。

画像所見：パノラマX線写真では，右上顎洞内に境界明瞭な不透過性病変を認め，その内部には右上3が埋伏していた。CT所見では右上顎洞内に5×4.5cm程の病変と辺縁に薄く石灰化を伴う嚢胞壁が見られた。病変内部には径6mm程の石灰化物が認められた。

臨床診断：右上顎骨腫瘍。

【処置および経過】

局所麻酔下に生検術を施行し，石灰化上皮性歯原性腫瘍の診断を得た。全身麻酔下に摘出術の方針となり，右上顎骨腫瘍摘出術を施行した。術後11カ月経過し再発はみられず，知覚鈍麻も生じていない。

【考察】

若年者における巨大な腫瘍病変に対して摘出術を施行し，良好な術後経過を得た。同様の症例では眼科下神経の温存が困難であった報告もあり，成長期の顎骨成長の維持や機能温存を考慮して開窓術も有効な方法である。しかしながら，本症例の様な大きな病変では開窓術による縮小変化が十分に得られない可能性もあり，再発などの問題点も考慮し摘出術を施行した。摘出術も同様の症例に対して有効な選択であると考えられる。

右側上顎小白歯部に複数の埋伏過剰歯を認めた1例

○鈴木 円¹⁾, 石田 融¹⁾, 塚本亮一¹⁾, 橋爪 雅²⁾, 坂下英明³⁾医療法人社団聖仁会我孫子聖仁会病院口腔外科¹⁾はしづめ歯科医院²⁾明海大学歯学部病態診断治療学講座口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野³⁾

【緒言】

小児において複数の埋伏過剰歯を認めることは決してまれではない。しかし、その多くは上顎正中部に見られ、上顎小白歯部に生じることはまれである。今回われわれは、12歳男児の右側上顎小白歯部に2本の埋伏過剰歯を認めた1例を経験したのでその概要を報告する。

【症例】

患者は12歳、男児。某歯科を受診し、X線撮影をしたところ右上54部に不透映塊を認めたため、精査・治療目的に当科を紹介され、201×年7月に受診した。顔貌に異常はなく、右側上顎部は6EDC21が歯列を形成していた。パノラマ写真では右上DCに重なる様に2つの歯牙様不透過像を認めた。CTにて2本の過剰歯の埋伏を認めた。近心の埋伏過剰歯は逆生で直立してEDの口蓋側に位置し、遠心の埋伏過剰歯はEの歯根間に入るように水平位で存在していた。

【処置および経過】

右側上顎小白歯部の過剰埋伏歯(2本)の臨床診断の下、静脈内鎮静法併用局所麻酔下に右上EDC抜歯と合わせて過剰歯2本の抜歯術を施行した。術後経過は良好で、後続永久歯は順次、自然萌出した。今後は歯科矯正治療を予定している。

【考察】

過剰歯の発現頻度については2.0～2.6%とされており、部位別では上顎前歯部が63.6～77.2%と大多数を占め、上顎小白歯部は2.6～9.1%とかなりまれである。さらに過剰歯全体では1歯のみのものが73.7～83.5%で2歯のものが13.8～23.9%と報告されており、上顎小白歯部に2歯の過剰埋伏歯を認めた自験例は極めてまれな症例と思われた。過剰歯の処置方針については、その存在により萌出遅延、萌出障害などによる歯列不正や咬合の不調和、審美障害、隣在歯の歯根吸収、嚢胞や腫瘍形成など何らかの障害の原因となる場合は抜歯の適応とされる。自験例では後続永久歯の萌出遅延、萌出障害の原因となっていたため抜歯した。

上顎第一小白歯および上顎両側犬歯の開窓牽引を行った1例

○石山未紗, 高森一乗, 楠田理奈, 白川哲夫

日本大学歯学部小児歯科学講座

【緒言】

萌出障害の発現頻度は上顎中切歯に多く、第一小白歯はまれである。また、上顎犬歯の萌出障害が両側性に発現することは少ない。

今回、上顎第一小白歯および上顎両側犬歯に萌出障害を認めた症例について、両側犬歯の開窓とともに3歯に対して歯列内に牽引誘導を行い、良好な結果を得たので報告する。

【症例】

患者：8歳9カ月，男児。

主訴：上顎右側第一小白歯の萌出異常。

既往歴：特記事項なし。

家族歴：母親が反対咬合。

現病歴：約1年前に上顎右側第一小白歯が頬側から低位で萌出を開始したため近医を受診し、経過観察を行っていた。しかし、萌出部位付近のブラッシングが難しく、易出血傾向がみられたことから大学病院での治療を勧められ当科へ紹介受診となった。

現症：

全身所見：身長146cm，体重46kg。

口腔内所見：Hellmanの歯齢ⅢB。口腔清掃状態は不良。上顎右側第一小白歯は90°近く捻転し、歯冠の一部が頬側から萌出している。上顎両側犬歯は未萌出である。

パノラマX線およびコーンビームCT画像所見：上顎右側第一小白歯歯胚の捻転，および上顎右側犬歯歯胚の位置異常と嚢胞化傾向がみられる。また上顎左側犬歯が近心傾斜し、歯冠が側切歯の根尖部に近接している。

【処置および経過】

上顎右側第一小白歯，上顎右側犬歯および上顎左側犬歯の歯列内への誘導を目的として治療を開始した。まず，上顎左側犬歯の萌出方向改善のため上顎左側乳犬歯の抜歯を行いNanceのホールディングアーチを装着した。続いて上顎右側第一乳臼歯および乳犬歯を抜歯し，上顎右側第一小白歯および犬歯の牽引を開始した。牽引開始7カ月後の時点で上顎右側第一小白歯の捻転が改善し，上顎右側犬歯も歯列内に誘導できたため牽引を終了した。その後，上顎左側犬歯の牽引を開始し，4カ月後に歯列内に誘導することができたため牽引を終了した。

【考察】

上顎犬歯が埋伏し，歯胚が近心傾斜しているような場合，放置すると切歯の歯根吸収を生じることがある。そのため，パノラマX線写真等により犬歯の埋伏が確認された場合には，歯胚の状態を確認したうえで適切な時期に治療を行う必要がある。本症例は先行乳歯の抜歯に続いて萌出位置異常あるいは埋伏を認めた小白歯および犬歯の開窓，牽引を行うことで，これらの永久歯を歯列内に誘導することができた。

【結語】

本症例において，埋伏歯に関してパノラマX線写真撮影とコーンビームCT撮影を行い埋伏歯の状態を精査した。それにより埋伏歯の位置と方向を正確に把握することができ，開窓から牽引までの処置を円滑かつ低侵襲で行うことができた。

Down 症患児に対する上顎埋伏犬歯萌出誘導の1例

○高橋康男¹⁾，武井浩樹²⁾，増田一生³⁾埼玉県立小児医療センター歯科¹⁾日本大学歯学部小児歯科学講座²⁾マスタ歯科医院³⁾

【緒言】

小児歯科に従事する歯科医師にとって上顎犬歯の萌出不全の患児に遭遇することは多々ある。多くは歯胚の位置異常，萌出方向の異常あるいは萌出スペースの不足などが原因と考えられる。今回，Down 症患児に対して¹⁾，通法下，上顎右側犬歯の開窓・牽引処置にて萌出誘導を行ったので報告する。なお，本発表について保護者より文面にて同意を得た。

【症例】

患児：初診時年齢12歳2カ月。

主訴：右上の犬歯が生え変わらない。

家族歴：特記事項なし。

既往疾患：Down 症，側弯症，頸椎不安定症，MR。

口腔内所見：上顎右側乳犬歯以外は永久歯への交換は完了していた。上顎右側乳犬歯の動揺は見られなかった。

エックス線所見：エックス線撮影にて上顎右側犬歯の水平方向への埋伏が確認された。

【処置および経過】

処置開始前に CT 撮影にて埋伏している犬歯の位置を確認した。根尖付近が隣接の第1小白歯の2根の間に存

在し，牽引不可能な場合は抜歯に移行することを保護者に説明し処置を開始した。

乳犬歯抜歯後，頬側歯肉を電気メスにて開窓し犬歯の歯冠を露出させた。牽引装置接着後，経過を見たが自然萌出は困難であった。強固な固定源が必要なために，まず，ナンスのホールディングアーチの装着を行った。これを固定源に埋伏犬歯に対して FM リングレットを用いて牽引処置を行った。4回の調整後，萌出方向も改善され，歯列付近に萌出となった。

【考察】

当初，隣接歯の根吸収の可能性や牽引処置の困難性を考え，抜歯も検討された。しかし，保護者の埋伏歯保存の強い要望もあり，開窓・牽引処置を通法下にて行うこととなった。本症例では固定源にナンスのホールディングアーチを用いたが，患児の協力性もあり，自己撤去なく埋伏していた上顎犬歯の萌出誘導が可能となった。

文 献

- 1) 李 進彰，井堂信二郎，他：濾胞性歯嚢胞を伴った上顎埋伏犬歯の萌出誘導を行ったダウン症児の1例。障害者歯科，30：120-124，2009。

同一部位に過剰歯と歯牙腫を有した一例

○楠田理奈¹⁾，那須大介²⁾，石山未紗¹⁾，白川哲夫¹⁾

日本大学歯学部小児歯科学講座¹⁾
 埼玉医科大学総合医療センター 歯科口腔外科²⁾

【緒言】

過剰歯と歯牙腫は小児歯科臨床においてしばしば遭遇する疾患である。これらを放置すると歯列不正や咬合異常を生じることが多いため、早期に適切な対応をとる必要がある。今回、過剰歯と歯牙腫が近接した位置に併存し、中切歯の萌出困難を来した症例に遭遇したので報告する。

【症例】

患者：8歳3カ月の男児。

主訴：上顎右側中切歯の萌出遅延。

現病歴：上顎右側中切歯が萌出しないため、近医にてエックス線検査を行ったところ埋伏過剰歯が認められたことから紹介により来院。

既往歴および家族歴：特記事項なし。

現症：

Hellman の咬合発育段階；Ⅲ A 期。

口腔内所見；上顎右側中切歯未萌出，上顎左側中切歯萌出完了，上顎側切歯萌出中。

エックス線所見；デンタルおよびパノラマエックス線画像にて，上顎右側中切歯は低位に埋伏しており，歯冠部に順生の埋伏過剰歯が重なって認められた。また切端部近傍に小歯牙様不透過像がみられた。さらに上顎左側中切歯歯根付近に順生の埋伏過剰歯を認めた。歯科用コーンビーム CT 所見にて，上顎右側中切歯歯冠と過剰歯は近い位置関係にあり，その直上に塊状の不透過像を認めた。また左側中切歯歯根と過剰歯も近接していた。

【処置および経過】

上顎正中部埋伏過剰歯および歯牙腫の臨床診断のもと，局所麻酔下にて過剰歯の抜去および歯牙腫の摘出を行った。歯牙腫の摘出物は種々の大きさの歯様の硬固物であり，集合性歯牙腫と考えられた。術後の治癒は良好であった。しかしながら，術後3カ月経過するも上顎右側中切歯に萌出傾向が認められず，萌出余地不足が理由の一つと考えられた。保護者に矯正治療の必要性について説明したところ，近医にて治療を受けたいとの希望があり当科終了とした。

【考察】

過剰歯と歯牙腫はいずれも歯列不正の原因になることが多いが¹⁾，本症例はそれらが併存しており，中切歯の萌出を障害していた。Hellman Ⅲ A 期では多くの場合，永久切歯の歯根が未完成でありその近傍の外科的処置には細心の注意が必要であるが，本症例では中切歯の萌出誘導という観点から，手術時期は適切であったと考えられる。

本発表における利益相反はない。

文献

- 1) 町田直樹：乳歯列から目指す永久歯列正常咬合への道—第2回 正常咬合を乱す萌出障害。日本歯科評論，72 (2)：99-109，2012。

第二乳臼歯の埋伏により第二小白歯の萌出障害をきたした2例

○渡部桃子, 小山貴寛, 小玉直樹, 池田順行, 高木律男

新潟大学大学院医歯学総合研究科顎顔面口腔外科学分野

【緒言】

乳歯の埋伏は永久歯に比べまれであるが、後継永久歯に対し、萌出遅延、埋伏、位置異常等の影響を及ぼすため、いつ・どのような対応を取るかは非常に重要である。今回、第二乳臼歯の埋伏により第二小白歯の萌出障害をきたした2例を経験し、若干の知見を得たので報告する。

【症例】

《症例1》

患者：22歳、男性。

主訴：右下の歯が埋まっている。

初診日：2016年10月。

現病歴：2016年7月頃より右下下顎智歯の萌出に伴い頬粘膜を誤咬するようになり紹介元歯科医院を受診。その際撮影したパノラマX線写真で右下5、右下Eの埋伏が認められ、当科での精査加療を勧められ初診。

既往歴：特記事項なし。

現症：右下5、右下Eは完全埋伏し、同部の舌側歯肉は膨隆していた。右下6は近心傾斜、右下4は遠心傾斜していた。

CT所見：右下Eは、右下4と右下6の間に右下6根尖レベルの低位で埋伏し、歯冠上部から歯槽頂部まで骨欠損像を認めた。歯根膜腔は一部不明瞭で、骨性癒着が疑われた。右下5は右下Eより高位に埋伏し、歯根は完成していた。

診断：右下5・右下E埋伏歯。

処置および経過：2016年11月、全身麻酔下で抜歯術施行した。右下Eは骨性癒着していた。

《症例2》

患者：11歳、女性。

主訴：左上の歯が埋まっている。

初診日：2017年7月。

現病歴：2016年春に紹介元歯科医院で左上Eの完全埋伏を指摘され、経過観察をしていたが、萌出せず、精査加療目的に当科初診。

既往歴：特記事項なし。

現症：左上E、左上5は完全埋伏しており、左上小白歯部口蓋側に豊隆を認めた。

CT所見：左上Eは左上5歯胚とほぼ同じ高さで左上6歯根レベルに埋伏しており、周囲海綿骨との連続性があり、骨性癒着が疑われた。左上5の歯根は1/2程度完

成していた。左上5 follicular spaceは左上Eのものと同様連続し、歯槽頂まで連続して骨欠損が認められ、同部は軟組織濃度で満たされていた。

診断：左上E、左上5埋伏歯。

処置および経過：2017年1月、全身麻酔下で左上E抜歯術施行。歯冠上部に骨欠損があり、肉芽組織様軟組織を認めた。

病理組織検査：左上Eは近心頬側根、口蓋根が吸収されていた。左上E上方の軟組織は歯冠周囲粘液線維種性過形成症の診断。術後、約1カ月後のパノラマで萌出傾向が認められた。

【考察】

乳歯が埋伏する原因は諸説ある。症例1においては、右下5は右下Eより高位にあった。通常、下顎5歯胚は、発生過程で下顎Eの近心舌側に移動し、下顎Eの萌出に伴いその歯根間に入り込むように移動するとされている。その移動過程および下顎Eの萌出過程で何かしらの障害が起きたとも考えられた。症例2では左上E上方に、埋伏乳歯に特徴的な歯冠周囲粘液線維種性過形成症が認められ、左上Eが埋伏に至った原因と考えられた。永久歯は、歯根が1/3～1/2程度完成すると萌出するとの報告がある。また、歯根形成に伴い、萌出する力が働き、乳歯歯根を吸収すると言われている。両症例とも永久歯の歯根形成は順調であったにもかかわらず正常な萌出が阻害されていた。症例1では、右下5は右下Eより高位に位置し両歯は接しておらず、症例2では左上Eと左上5はほぼ同じ高さに位置し、両歯の接する近心頬側根、口蓋根でのみ歯根吸収を認めた。永久歯の正常な萌出には乳歯と永久歯歯胚の位置関係、正常な乳歯歯根の吸収も関与することが示唆された。

今回の症例に対しては、Eを開窓牽引して萌出させるスペースがなかったため、また年齢的にもEの抜歯を行ったが、乳歯の萌出遅延がある場合、萌出時期や萌出スペースを考慮し、もっと早い時期にまず開窓牽引を行い、萌出傾向を認めない場合には抜歯等の処置を行い、永久歯の萌出を促すことが必要と考えられた。

【結語】

埋伏乳歯により後継永久歯の萌出が障害された2例を経験したので報告した。

当院における小児患者5年間の臨床統計的観察

○岡田宗久¹⁾, 本河生実¹⁾, 坂下英明²⁾芳賀赤十字病院歯科口腔外科¹⁾明海大学歯学部病態診断治療学講座口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野²⁾

【緒言】

芳賀赤十字病院は栃木県の東南に位置する人口約8万人の真岡市及び周囲の市町を医療圏とする2次救急病院です。一般病院歯科口腔外科における小児患者の受診状況について最近の5年間について調査しましたので報告します。

【対象と方法・材料と方法・症例】

2013年1月1日から2017年12月31日までの5年間における0歳から14歳の小児の歯科口腔外科の受診状況について電子カルテの記載内容で調査しました。この期間の小児の初診患者は531名で、男児304名、女児227名、約6:4の割合でした。年齢分布では男児が6歳から10歳に多いものの、他の年齢層での男女差は少なく、平均年齢は8歳でした。

【結果】

受診した疾患としては齲歯や乳歯晩期残存などによる炎症や疼痛をともなった歯科疾患は124例でした。そのうち何らかの歯科治療を行ったものは91例で、この中には精神発達障害のため、全身麻酔下に処置したものも含まれています。また、乳歯の晩期残存は消炎後ほとんどが抜歯となりました。粘液嚢胞などの軟組織疾患は90例で、そのほとんどが下唇の粘液嚢胞でした。外傷では軟組織の損傷が140例と多く、内訳としては挫創が34例、打撲が45例、裂傷61例でした。挫創や打撲での男女差は約2:1, 3:2程度でした。裂傷は5:1と男児に多くみられました。裂傷ではそのほとんどが縫合処置をおこないました。歯の脱臼は39例で、男児が29例とその過

半数を占めました。歯の破折は14例で、同様に男児が12例でした。これら外傷の原因は転倒や小児同士の衝突に多く見られました。以前は多かった交通事故は7例と非常に少なく、全例が歯の脱臼や破折を伴うものでした。顎関節症は20例で、女児が14例で、男児が6例でした。

【考察】

う歯はCR充填等の軽度な治療ですむもので男女差は少なかったが、Perや炎症を伴ったものでは男児に多くみられました。

今回の調査は14歳までの若年者でありながら智歯抜歯が10例あったことは意外でした。これには歯科矯正のための抜歯依頼と第2大臼歯の萌出障害のために埋伏智歯抜歯が必要であった症例がありました。

う歯や炎症性疾患の患児は非協力児や全身疾患を伴ったものが多く、かかりつけ歯科などで対応できなかったものや小児科よりの紹介がありました。外傷で裂傷が多かったのは打撲や挫創など軽微な傷は他科や初診医のもとでその診断や治療が済んでいるためと考えられました。交通外傷は其中で比較的少なくなった印象でした。

一般的に病院の歯科口腔外科は高齢者の治療が多く、小児患者は少ないのが日常です。しかしながら、障がい者者歯科治療を含めた、非協力児の炎症などに対して歯科的応急処置から外傷や歯原性腫瘍等の口腔外科疾患に至るまで幅広く対応できるように日々の研鑽が必要と思われました。

幼児の口腔内にプラスチック様異物の残留を認めた2例

○塚本亮一^{1, 2)}, 鈴木 円²⁾, 石田 融²⁾, 坂下英明³⁾プラムデンタルオフィス¹⁾医療法人社団聖仁会我孫子聖仁会病院口腔外科²⁾明海大学歯学部病態診断治療学講座口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野³⁾

【緒言】

成長発育・発達の著しい環境下にある小児において、口腔内異物による受傷・誤嚥の報告はあとをたたない。今回われわれは、ストロー様プラスチックの破片が乳前歯部に陥入した2例を経験したので、その概要を報告する。

【症例】

症例1：4歳5カ月，女児。平成28年6月，右側下顎乳犬歯歯冠への異物陥入を主訴に受診した。右側下顎乳犬歯の歯冠部に透明のプラスチック様筒状物が歯頸部付近にまで陥入していた。異物は後方の右側下顎第一乳臼歯近心の齶窩に一部が挟まる状態であった。除去した異物は直径約4.0mm，長さ約4.0mmの透明なプラスチック様チューブでストローの破片と思われた。異物除去後，軽度の歯肉腫脹や発赤は認められたものの，1週間後には軽快し，経過は良好である。

症例2：2歳10カ月，男児。平成29年8月，右側下顎乳中切歯歯冠色と歯冠形態の異常に気付き，当院を受診した。右側下顎乳中切歯の歯冠部に半透明のプラスチッ

ク様筒状物が歯周ポケット内にまで陥入していたが，歯肉の発赤や腫脹は認めなかった。除去した異物は直径約4.0mm，長さ約5.0mmの半透明なプラスチック様チューブで，ストローの破片と思われた。異物除去後，同部歯肉に軽度の炎症および出血が認められたものの，1週間後には軽快し，経過は良好である。

【考察】

ストローやポリエチレンチューブなどのプラスチック製品は，多色でかつ円柱状を呈していることが多く，乳幼児が興味を示しやすい特徴を有する。特に透明なものは，誤って歯冠部に覆い被さってしまうと気がつきにくく，除去しにくいことが特徴である。乳幼児は，理解力・意思伝達力が乏しく，症状の訴えを十分に伝えられないことがあり，発生機序も不明な点が多い。そのため，保護者は口腔内にも日常的に十分な注意を払うことが必要であり，起こりうる偶発的事故およびその対処法に関する知識の普及に努めなければならない。

当科における過去2年間の小児顎顔面口腔外傷の臨床的検討

○宮田忠明¹⁾，武田秋生¹⁾，植木映美子¹⁾，
草野明美²⁾，工藤逸郎²⁾，外木守男²⁾

春日部市立医療センター歯科口腔外科¹⁾

日本大学歯学部口腔外科学講座²⁾

2016年7月1日～2018年6月30日までの2年間に春日部市立医療センター歯科口腔外科を受診した15歳以下の小児顎顔面口腔外傷症例143例について臨床的に検討した。

2年間の小児患者総初診数は402人であり，そのうち小児顎顔面口腔外傷患者初診数は143人で35.6%であった。小児顎顔面口腔外傷症例のうち，男児は90人（62.9%），女児は53人（37.1%）で男児が多く，男女比は1.7：1であった。大多数の年齢で男児の方が多かったが，5歳児・7歳児・9歳児では女児の方が多かつ

た。年齢分布は2歳が最も多く24例で，次いで4歳児で20例，1，3，10歳と続き，0～6歳未満の乳幼児が59.4%を占めていた。受傷原因は転倒が最も多かった。他の原因としては転落，交通事故などであった。

損傷部位は軟組織損傷が最も多く112例（78.3%），次いで単独での歯牙損傷が13例（9.0%），軟組織損傷と歯牙損傷を併発したものが11例（7.7%）であった。顎骨外傷単独のものは2例（下顎骨骨折，歯槽骨骨折）で，そのうち下顎骨骨折に対しては全身麻酔下での手術適応症例であった。

虐待を受け多職種連携で対応した小児顔面外傷の1例

○片浦貴俊, 松原 誠, 廣末優子, 今井隆生

社会医療法人宏潤会大同病院歯科口腔外科

【緒言】

救急医療の現場では小児の虐待症例に遭遇する頻度が高いと思われる。今回我々は虐待による口腔外傷により当院救急外来に搬送され、他職種で対応したが、さまざまな患者背景から長期管理の対応に限界を感じた症例を経験したのでその概要を報告する。

【症例】

患者：10歳，男児。

主訴：左上口唇から歯肉にまで達する切創（貫通創），歯の亜脱臼（11，C）。

既往歴：ADHDの疑い。

現病歴：2017年5月某日，父親が児に対して鍋の監視を怠ったことに激怒し，児が父親から暴行（包丁を投げつけられた）を受け顔面を受傷したため，救急車で当院救急外来に搬送された。

現症：

口腔内所見：左上頬側歯肉に切創があり，Cの歯折および11の動揺が認められた。

口腔外所見：上口唇左側に約7cmの貫通創が認められた。

【処置および経過】

当院救急外来にて，救急担当小児科医がジアゼパム・ケタミン塩酸塩で鎮静を行い，当科待機医および耳鼻咽喉科医が裂創皮膚・歯肉の縫合処置を行った。また，動揺の著しかったCの抜歯を行った。両親は離婚しており，父親に親権があったがこの事件で逮捕されたため，引き取り手が無く児童相談所に連絡し児童相談所の一時保護扱いで当院小児科への保護入院となった。

翌日，当科外来にて11動揺歯の整復固定を行い，以後当科および小児科での経過観察となった。経過良好にて処置後12日目に退院となった。退院後は当院通院とし，4週目に固定を除去した。レントゲン撮影上大きな問題は無く経過良好であったため，以後2週間経過観察とし当科は終了とした。

本来ならさらに長期的な経過観察をするべきではあったが警察等の介入もあり当院での診察は終了とせざるを得なかった。そのため，以後の経過観察を他院へ依頼するために，児童相談所へ情報提供書を記入したが，一時保護扱いのため入所施設が決まっておらず，かかりつけ医やかかりつけ歯科を決めることができずその後の経過は不明である。

【結語】

今回の症例では，両親が離婚しており親権は父親にあった。父親がその児を引き取り，母親は他に3人の兄弟姉妹を育てていた。また，母親は精神疾患を患い，児には発達障害が疑われた。父親は今回の傷害事件で逮捕されたため，児童相談所が介入し児童相談所での緊急一時保護預かりとし，当院小児科での保護入院となった。入院期間中と退院後の一定期間は他職種で連携し当院で対応できた。本来ならそれ以後も長期的な管理が必要であったが様々な事情から一旦治療を終了しなければならなかった。入所施設が決まっていないため，引き続き経過観察可能な医療機関を決めることが出来ず，やむを得なく児童相談所へ情報提供書を提出した。一般論ではあるが，緊急一時保護預かりで児童相談所に入所した場合，児童相談所の専任常駐医師や連携している病院・診療所に通院をさせるケースが多く，処置にあたった病院に継続受診することは少ない。

大きな切創の縫合後および脱臼歯の整復固定後，また，患児の心的外傷性ストレスもあるため，本来ならば他職種でもっと長期的に一定の機関で経過観察すべき症例ではあったが，様々な背景から終了せざるを得ず，長期管理の対応に限界を感じた症例であった。

両親の問題，互いの利害関係，社会的な縛りの中で子ども自身が様々な面でつらい思いをしなければならないことは大変辛く，社会全体で考えなければならない問題であると思われた。

外傷性歯牙破折に対し意図的再植した1例

○増田一生^{1, 2)}, 柴田亮祐¹⁾医療法人社団誠歯会マスタ歯科医院¹⁾
埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科²⁾

【緒言】

外傷性歯根破折で、破折線が骨縁下におよんだ場合、一般的には抜歯が選択されるが、成人していない外傷例に関しては抜歯後、補綴処置が困難となることがある。今回、外傷性歯根破折に対し、受傷直後に根管充填、エクストリュージョンを行い、意図的再植を行った1例を報告する。

【症例】

患者：11歳、女児。
初診：2015年#月。
既往歴：特記事項なし。
主訴：上顎前歯部損傷。

家族歴・現病歴：通学のため自転車で走行中に誤って転倒、顔面を強打して受傷した。その際、上顎前歯部に動揺を認めたため、当院を緊急受診となった。

現症：

口腔外所見：上下唇部に軽度の挫創と腫脹を認めた。

口腔内所見：左上2～右上1部の歯の動揺と軽度転位が認められ、左上1は歯根部で破折が生じていた。

エックス線所見：パノラマエックス線写真にて、左上2～右上1部の根尖部歯根膜腔の拡大と軽度の転位が認められ、左上1部では歯根部に至る破折を認めた。

臨床診断：左上2～右上1外傷性歯の脱臼および左上1歯根破折。

【処置および経過】

左上2～右上1歯の脱臼に対してはエナメルボンドシステムにて暫間固定を行った。左上2外傷性歯根破折に関しては、骨縁下におよぶ破折を認めたため、抜歯した際の補綴処置、エクストリュージョン、意図的再植等の利点および欠点を説明したところ、両親が意図的再植を希望され保存治療を行なうことになった。初診当日に、左上1の根管充填を行い、3週間の暫間固定を行った後、左上1のエクストリュージョンを開始した。1mm牽引して動揺を確認した後、意図的再植を行い、術後約2カ月で硬質レジンジャケット冠を装着した。術後約3年経過し、動揺など明らかな異常は認められず経過良好である。

【考察】

今回のような外傷性歯根破折に対し、抜歯を施行した場合、成長期が終了するまでの補綴処置については義歯等が適応されるが、その際の患児本人の負担は大きい。本症例の意図的再植については咬合機能の回復という点においては経過良好であり、患児本人および家族ともに十分に満足しているが、上顎前歯部における審美的な観点からはやや問題が残る結果となった。今後も慎重に経過を観察する予定である。

抜歯後の出血が遷延し止血が困難であった バイラー病患者の1症例

○里見ひとみ^{1,3)}、金子貴広^{2,3)}、山口武人³⁾、岡 俊一^{1,3)}

日本大学歯学部歯科麻酔学講座¹⁾
埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科²⁾
埼玉県立皆光園障害者歯科診療所³⁾

【緒言】

バイラー病とは進行性家族性肝内胆汁うっ滞症1型とも呼ばれ、比較的まれな疾患である。乳児期より進行性の直接ビリルビン優位の黄疸と著しい掻痒感、出血傾向、発育異常をきたし、多くは青年期までに死亡するとされている。今回、我々は極めてまれな19歳の青年期のバイラー病患者において、永久歯の歯科治療を開始した。治療の過程で予後不良の歯の抜歯を行ったが、抜歯後の止血に至難したので、若干の考察を加え報告する。なお、本症例の報告に際し、書面にて患者本人と保護者の同意を得た。

【症例】

患者は19歳の男性、身長172cm、体重52kg。乳児期にバイラー病と診断された。近歯科医を受診し、全顎的なう蝕の指摘を受けるも、全身管理が可能な当院に紹介された。う蝕治療を開始したが、上顎右側中切歯・第1・2大臼歯と左側側切歯は予後不良で抜歯することとなった。現症として、口腔内を含めた全身に黄疸と全身掻痒感を認めたが、倦怠感などはなかった。また、日常生活では特に、止血に問題はなかった。術前検査では総ビリルビン・直接ビリルビン・AST・ALT・ALP・LDHが高値で胆肝系の機能障害を認めた。また、PT-INRも1.34と凝固系も軽度の延長を認めた。医師からの診療情報では、ビタミンK欠乏による出血傾向はあるが、止血は圧迫で十分とのことであった。

【処置および経過】

治療時には常用薬は全て継続とした。常時、モニタリング下で歯科治療を行った。バイタルサインに問題ないことを確認し、2%キシロカイン1/8万エピネフリン含有の局所麻酔薬を併用でう蝕治療を行っていたが、上顎右側中切歯・第1・2大臼歯と左側側切歯は予後不良であり、4歯の抜歯を2回に分けて予定した。

1・2回とも抜歯当日、全身状態は良好であった。モニタリングを開始し、バイタルサインは安定していたため、2%キシロカイン1/8万エピネフリン1.8ccを用いて局所麻酔下で抜歯した。抜歯窩は3～5糸縫合し、ガーゼで30分間の圧迫を行い、止血を確認後に帰宅した。抗生剤と解熱鎮痛剤はセファクローとアセトアミノフェン

を処方した。2度とも帰宅3時間後に血が止まらないとの連絡があり、再来院した。抜歯部位には血腫が形成されており、出血も認められた。血腫を除去し、縫合を3糸追加し、ガーゼによる圧迫止血を行い、帰宅した。翌日・翌々日までは滲む程度の出血は認めたが、抜糸時には止血しており、抜糸を行い、問題なかった。

【考察】

バイラー病は乳児期に胆汁うっ滞型肝障害1型を発症した、慢性かつ進行性の経過で肝硬変にいたる常染色体劣性遺伝の疾患である。治療法には①内科的治療、②部分胆汁外瘻、③肝移植がある。合併症としては黄疸、くる病、脂溶性ビタミン欠乏症による出血性素因、成長障害などがある。そのため、歯科治療においては肝機能低下による処方薬の種類と出血傾向による抜歯後の止血困難に注意が必要である。

通常、抗血栓療法でワーファリン内服の患者はPT-INR 2.0～3.0で維持している。その間であれば、普通抜歯程度の止血は圧迫止血と縫合で十分と言われている。本症例でもビタミンK欠乏によるPT-INR延長を認めたが、PT-INRは1.34で圧迫と縫合で止血可能と判断した。しかし、術後に再出血を認め、止血困難であった。再出血の原因としては肝機能低下によるビタミン依存性以外の凝固因子欠乏やフィブリン不足が考えられる。今後、外科処置を行う際には、シーネの作製や止血確認までの時間延長、入院施設での施行が望まれる。

出血傾向が考えられる場合には、PT-INRなどの数値だけで判断せず、圧迫や縫合以外の止血法についても考慮することが必要である。

抗生剤は腎臓で代謝されるセファクローを処方し、解熱鎮痛剤は血小板機能を低下させる酸性NSAIDsではない、アセトアミノフェンを処方した。

【結語】

青年期のバイラー病患者において、抜歯後の止血に至難した症例を経験した。肝機能低下による出血傾向が認められる場合には、十分に対応を考える必要がある。

本論文のすべての著者に開示すべき利益相反はない。

妊産婦における菌性感染症の3例

○馬越誠之¹⁾，須賀則幸¹⁾，小笠原悠大²⁾，坂下英明²⁾公立福生病院歯科口腔外科¹⁾明海大学歯学部病態診断治療学講座口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野²⁾

【緒言】

妊産婦の菌性感染症に対する外科的処置は、母体や胎児に対する影響を常に考慮しながら適切な対応が求められる。一般的に妊娠中の歯科治療は応急的処置が推奨されているが、対応困難な症例が口腔外科に紹介されることが散見される。今回、妊産婦における急性期の菌性感染症の3例を経験したので報告する。

【症例】

症例1：23歳女性，妊娠33週。

臨床診断：左側下顎智歯周囲炎，左側下顎骨骨膜炎および顎下部膿瘍。

症例2：28歳女性，妊娠23週。

臨床診断：左側下顎智歯周囲炎，左側下顎第2大臼歯歯髓炎。

症例3：26歳女性，妊娠20週。

臨床診断：左側下顎智歯および左側第2大臼歯歯髓炎。

【処置および経過】

症例1：入院管理下に切開排膿術を施行，出産後に左側下顎智歯の抜歯術。

症例2：妊娠中に左側下顎智歯の抜歯術，左側下顎第2大臼歯の覆罩処置。

症例3：妊娠中に左側下顎智歯の抜歯術，第2大臼歯の抜髄処置。

【考察】

菌性感染症による急性症状は、疼痛，腫脹，熱発，食事摂取困難や不眠等により全身状態の悪化を引き起こす。妊産婦の場合は、母体のみならず胎児や乳児へ悪影響が生じる可能性がある。妊産婦の外科的消炎処置には、処置時期，手術侵襲，使用薬剤，画像検査等に特別な配慮が必要である。妊娠中の抜歯術等の外科的処置は避けることが一般的で、応急的な処置が施されることが多いが、適切な方法で処置を行えば、良好な結果を得ることができると思われた。

【結語】

妊産婦における急性菌性感染症への外科的処置の選択は、必要に応じ適切な処置方法を考慮することで可能であった。

下顎右側乳犬歯と第1乳臼歯部に発生した歯牙腫の1例

○五十嵐 悠, 大川真純, 下村直史, 井澤基樹,
永田夏琳, 新田雅一, 高橋万莉, 島田幸恵

昭和大学歯学部小児成育歯科学講座

【緒言】

歯牙腫は、歯を形成する硬組織の一部または全部が増殖してできる混合性の良性歯原性腫瘍である。歯牙腫は腫瘍というより奇形腫ともいわれているが歯牙腫が原因で歯の萌出障害を招くことが多いといわれている。また歯牙腫は組織学的には集合性歯牙腫と複雑性歯牙腫に分類される。歯牙腫の約70%を占める集合性歯牙腫は上顎乳前歯部に好発的に発生し、下顎乳臼歯部は発生頻度が低いといわれている。

本症例では集合性歯牙腫が発生頻度の低い下顎乳臼歯部に認められ、術後病的骨折に注意し経過観察を行った1例を経験したので報告する。

なお、発表に際して患者および保護者に説明を行い同意を得ている。

【症例】

症例は、3歳の女兒である。口腔内の膨隆が気になるということの主訴に3歳1カ月時に近医を受診し、エックス線撮影を行ったところ石灰化物を指摘され、精査・加療のため当科を受診した。口腔内所見では下顎右側第1乳臼歯と下顎右側乳犬歯が歯間離開しており、唇側に膨隆が認められた。初診時パノラマエックス線写真より下顎右側第1乳臼歯から下顎右側側切歯にかけて大小不同、類円形をした石灰化物様不透過像の小豆大の集合体が認められた。これらの所見より下顎右側犬歯および側切歯の歯胚の位置異常の原因となっている可能性が高いと診断した。歯牙腫の位置と歯胚への影響を精査するため歯科用コーンビームCT（以下CBCTと略す）撮影を行った。CBCT撮影により、下顎右側第1乳臼歯から側切歯間の唇側寄りに、境界明瞭な透過帯で囲まれた歯牙様構造物が集合していること、また、下顎右側犬歯歯胚の上方および下顎右側第1乳臼歯および乳犬歯の根尖付近にも接している嚢胞様透過像があると診断された。

既往歴：特記事項なし。

家族歴：特記事項なし。

【処置および経過】

3歳7カ月時、全身麻酔下で処置を行った。全身麻酔施行後、局所麻酔を併用し、下顎右側第2乳臼歯から下顎右側乳側切歯部にかけての歯槽頂歯肉に切開を加え粘膜剝離し、骨削除後、被膜様の軟組織に被包された小豆大の石灰物の集塊を認め、歯牙腫摘出術を行った。下顎右側乳犬歯相当部の歯牙腫摘出時第1乳臼歯の近心根が歯牙腫内に存在し、下顎右側第1乳臼歯を保存すると再発の可能性があるため、抜歯術を施行した。その後骨整形術を施行した。歯牙腫摘出後、顎骨骨折の危険性があるため、保護者と患児に十分安静にするよう指示を行った。

下顎右側第1乳臼歯および乳犬歯から摘出された摘出物は象牙質に囲まれた歯髓様組織がみられ、象牙質周囲にはエナメル質様組織やセメント質様組織、歯根膜様の線維性組織を認められ、集合性歯牙腫と判断された。術後2カ月後に撮影したパノラマエックス線写真により、下顎右側第1乳臼歯と下顎右側乳犬歯の間の歯槽骨が再生された。術後4カ月後では歯牙腫の再発は認められなかった。

下顎右側第1乳臼歯の早期喪失し、近遠心的・垂直的保隙が必要の為、可撤保隙装置を患児の協力状態が良好となった4歳2カ月時に装着することとした。今後は腫瘍摘出後の骨の状態と後継永久歯の発育を継続観察する予定である。

【考察】

乳歯列期に発生した歯牙腫の報告は少なく、多くは永久歯の萌出遅延、あるいは乳歯の晩期残存を主訴として近医を受診しエックス線診査をした時に発見されることが多い。今回は早期に歯牙腫が発見され、歯牙腫摘出術を施行したので、下顎右側第1乳臼歯の歯胚形成は順調に形成されてきている。今後歯牙腫の再発の有無を含め、下顎右側第1乳臼歯の萌出の経過観察をしていく予定である。

本論文に関して、開示すべき利益相反状態はない。

小児の下顎に生じた歯冠周囲過誤腫の1例

○西原安那¹⁾，白土博司¹⁾，西澤智香子¹⁾，玉川崇皓¹⁾，
長崎真希¹⁾，原 八重子^{1,2)}，金子忠良¹⁾

日本大学歯学部口腔外科学講座¹⁾

明海大学歯学部病態診断治療学講座口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野²⁾

【緒言】

歯冠周囲過誤腫は Yonemochi らにより提唱された小児の萌出期に特徴的な過誤腫性病変である。今回われわれは、小児の下顎に生じた歯冠周囲過誤腫の1例を経験したので、その概要について若干の文献的考察を加え、報告する。

【症例】

患者：10歳，男児。
既往歴：特記事項なし。
家族歴：特記事項なし。

現病歴：平成28年12月に左側下顎部腫脹を主訴に近歯科医院を受診し、パノラマエックス線写真にて左側下顎臼歯部顎骨内のエックス線透過像と不透過像の混在および左側下顎第1大臼歯の埋伏を指摘され、精査・加療依頼にて当科を紹介受診した。

現症：体格は中等度で、栄養状態良好であった。顔貌は左側顎下部にびまん性の腫脹を認めた。腫脹部の皮膚に熱感は認めず、色調は周囲と同等であった。口腔内では左側下顎第1大臼歯は未萌出であった。左側第2乳臼歯歯槽部で頬側に骨様硬の膨隆を認めたが、その被覆粘膜は周囲粘膜と同等の色調であり、自発痛や圧痛は認めなかった。

画像所見：パノラマエックス線写真およびCTで左側

下顎第1大臼歯の埋伏と、その歯冠部周囲から下顎切痕部にわたる境界明瞭で単房性のエックス線透過像を認め、その内部では巨大な不透過像を混じていた。

臨床診断：左側下顎第1大臼歯埋伏歯、左側下顎顎骨内腫瘍。

【処置および経過】

処置：平成29年2月に静脈麻酔下で生検術を施行。生検の結果、歯冠周囲過誤腫の診断を得た。ついで同年3月に全身麻酔下にて、左側下顎骨腫瘍摘出術を施行した。根未完成歯であり、萌出の期待できる左側下顎第1大臼歯は保存し、その開窓目的で創部は開放創とした。摘出物の病理組織学的検査にて、歯冠周囲過誤腫の診断を得た。

経過：術後1年3カ月のパノラマエックス線写真・CTにて病変の再発は認めず、創部に骨の回復傾向を認めた。また保存した左側下顎第1大臼歯は萌出傾向である。

【結語】

小児の下顎に生じた歯冠周囲過誤腫の1例を経験したので、その概要について若干の文献的考察を加え、報告した。

小児の舌根部に生じた良性腫瘍の2例

○小笠原悠大¹⁾，福田正勝¹⁾，林 宏泰¹⁾，井上勝元¹⁾，奥 結香¹⁾，
重松久夫¹⁾，菊池建太郎²⁾，坂下英明¹⁾

明海大学歯学部病態診断治療学講座口腔顎顔面外科学第Ⅱ分野¹⁾
明海大学歯学部病態診断治療学講座病理学講座²⁾

【緒言】

小児の舌根部に生じる腫瘍は比較的まれであり，良性では上皮由来として嚢腫や乳頭腫が，間葉由来として脂肪腫や骨性分離腫が知られている．乳幼児の舌根嚢腫を除いて，咽頭違和感や無症状で偶然自分で発見された例が多い．

今回我々は，小児の舌根部に発生し，骨性分離腫と術前診断した良性腫瘍の2例を経験したので，文献的考察を加え，その概要を報告する．

【症例1】

患者：2歳，女児．

初診：20××年×月×日．

主訴：舌の奥が気になる．

現病歴：20××年×月頃に舌根部に腫瘤を認めたため，近歯科を受診．1年経過後も変化が見られないため，近歯科より精査加療を目的に当科紹介来院となった．

全身所見：体格は中等度，栄養状態は良好であった．

局所所見：舌根部やや左側に7×5mm大で，弾性軟の隆起性腫瘤を認めた．表面は顆粒状を呈し，比較的境界は明瞭であった．嚥下障害などの機能障害は認められなかった．

臨床診断：舌根部骨性分離腫．

処置および経過：20××年×月×日に全身麻酔下にて腫瘍切除術を施行した．摘出物の病理組織学的所見では，粘膜上皮直下の乳頭層を主体として大小様々に拡張した脈管が認められた．内腔に赤血球の混在する部分もみられるが弁が散見され，免疫染色では拡張脈管にD2-40が陽性であったことからリンパ管腫と診断された．術後1年経過した現在，再発はみられず，経過良好である．

病理組織学的診断：リンパ管腫．

【症例2】

患者：9歳，女児．

初診：20××年×月×日．

主訴：舌の奥が気になる．

現病歴：20××年×月頃に舌根部に腫瘤を認めたため近歯科を受診したところ，経過観察となる．半年間変化

がみられないため，近歯科より精査加療を目的に当科紹介来院となった．

全身状態：体格は中等度，栄養状態は良好であった．

局所所見：舌根部やや右側に5×5mm大で弾性軟の腫瘤を認めた．表面は滑沢だが，一部びらんを認め，周囲組織との境界は明瞭であった．嚥下障害等の機能障害は認めなかった．

臨床診断：舌根部骨性分離腫．

処置および経過：20××年×月×日に全身麻酔下にて腫瘍切除術を施行した．摘出物の病理組織学的所見では，粘膜下に比較的境界明瞭な結節状腫瘤がみられ，不完全ながら線維性被膜を伴っていた．腫瘤を構成する細胞は，紡錘形核を有する紡錘状細胞の増殖からなり，繊細な線維性増生も伴っていた．数カ所に特徴的な核の柵状配列が散見されたことから神経鞘腫と診断された．術後1年経過した現在，再発は見られず経過良好である．

病理組織学的診断：神経鞘腫．

【考察】

小児口腔領域に見られる良性腫瘍の多くは，成人にも見られる．さらに，小児の舌腫瘍の鑑別には血管腫，リンパ管腫，脂肪腫，線維腫などに注意を要する．小児だけに特有のものはほとんどなく特徴的な臨床像を示すものとして骨性分離腫がある．小児では症状が乏しいことが多く，協力が得にくいいため，画像診断や生検が行いにくい．そのため，早期発見されても術前診断が困難である場合が多い．本報告例では2例共に全身麻酔下にて切除して確定診断された．

【結語】

今回我々は，小児の舌根部に発生し骨性分離腫と術前診断して切除した良性腫瘍の2例を経験した．文献的考察を加え，その概要を報告した．

引用文献

- 1) 宮本日出，坂下英明 ほか：小児に発生した舌神経鞘腫の1症例．小児口外，4：1-3，1994．
- 2) 高本章司，東森秀年 ほか：小児期のリンパ管腫9例の臨床病態的検討．小児口外，7：1-6，1997．

編集委員長／金子忠良
編集副委員長／新谷誠康
編集委員／尾崎正雄
草間 薫
香西克之
佐野次夫
柴原孝彦
中村典史
三宅 実
米原啓之
編集幹事／重松久夫

発行人 坂下 英明

小児口腔外科 第28巻 第2号

平成30年 10月15日 印刷
平成30年 10月25日 発行

発行所 (一社)日本小児口腔外科学会
〒115-0055 東京都北区赤羽西6-31-5
株式会社 学術社内
日本小児口腔外科学会事務局
TEL (03)5924-1233 FAX (03)5924-4388
製作 株式会社 学術社

協賛一覧

(順不同)

— 寄付 —

有限会社 デンタルアペックス

— 助成 —

一般社団 川越市歯科医師会

— 共催セミナー —

株式会社 モリタ

— 企業展示 —

有限会社 オーラス

アボット ジャパン 株式会社

帝人メディカルテクノロジー 株式会社

— 広告掲載 —

ササキ 株式会社

エーザイ 株式会社

長田電機工業 株式会社

有限会社 協和デンタル・ラボラトリー

ノーベル・バイオケア・ジャパン 株式会社

デンツプライシロナ 株式会社

株式会社 メディカルユーアンドエイ

武田薬品工業 株式会社

サンスター 株式会社

第30回一般社団法人日本小児口腔外科学会総会・学術大会の開催に際し、上記皆様より多大なご支援・ご協力を賜りました。ここに厚く御礼申し上げます。

大会長 下山哲夫
準備委員長 金子貴広

ずっとそばで、使えるために。



オサダ ライトサージ セルビー

OSADA LIGHTSURGE CEZBY

時間の短縮が計れる半導体レーザーならではの治療スピード。
ワイヤレス化でさらにスムーズになった移動やポジショニング。
オサダ ライトサージ セルビーと共に快適な治療を。

一般的名称：ダイオードレーザー | 販売名：オサダライトサージセルビー | 承認番号：22800BZX00069000 | クラス分類：高度管理医療機器(クラスⅢ) 特定保守管理医療機器 | 税抜価格：¥1,980,000

製造販売元

 **長田電機工業株式会社**

〒141-8517 東京都品川区西五反田 5-17-5
TEL:03(3492)7651 FAX:03(3492)7506

<http://osada-group.jp/>

※詳しい資料ご希望の方は、商品名、掲載誌名を明記の上、本社お客様センター宛にご請求下さい。
※この広告掲載商品は改良の為、予告なしに仕様を変更することがありますので予めご了承下さい。

品質マネジメントシステム



長田電機工業(株)

品質マネジメントシステム



ISO9001 ISO13485
長田電機工業(株) 名古屋工場

環境マネジメントシステム



ISO14001
JAER0211
長田電機工業(株) 名古屋工場

SUNSTAR

フッ素歯面塗布剤 保険適用

バトラー フローデンフォームA酸性2%

Butler Fluodent Foam A

効能・効果、用法・用量、使用上の注意などについては添付文書をご参照ください。



酸性
泡タイプ

中性
泡タイプ



フッ素歯面塗布剤 保険適用

バトラー フローデンフォームN

Butler Fluodent Foam N

効能・効果、用法・用量、使用上の注意などについては添付文書をご参照ください。

フッ化物塗布とフッ化物洗口

バトラーからの提案です。

液体

フッ化物洗口剤 薬価基準未収載

バトラーF洗口液0.1%

Butler F Mouthrinse 0.1%

効能・効果、用法・用量、使用上の注意などについては添付文書をご参照ください。



BUTLER

サンスター株式会社 〒569-1195 大阪府高槻市朝日町3-1

[資料請求先]

医薬品インフォメーションセンター TEL 072-682-4815

®登録商標。BUTLERは登録商標です。

2015年9月作成

ケア&コミュニケーションで
歯科医療の未来と健やかな笑顔を支える。



健康の大切さが叫ばれる今こそ、クオリティの高さが求められる医療の現場。

SASAKI は医療環境の充実に少しでもお役に立てるよう、

みなさまとのパートナーシップをさらに深く、広く、力強いものにできるよう「Care & Communication」の精神で、よりいっそうハイレベルな製品・サービスのご提供につなげ努力を続けてまいります。

札幌支店	TEL:011-788-0707
旭川支店	TEL:0166-50-0500
函館支店	TEL:0138-42-1010
青森支店	TEL:017-744-7650
八戸支店	TEL:0178-51-8925
盛岡支店	TEL:019-636-2800
秋田支店	TEL:018-862-0608
仙台支店	TEL:022-304-4832
郡山支店	TEL:024-991-9201
山形営業所	TEL:023-674-8192
新潟営業所	TEL:025-271-2361
長岡支店	TEL:0258-29-8052
東京支店	TEL:03-5730-7761
本郷支店	TEL:03-3813-6191
池袋支店	TEL:03-3988-1691
東北支店	TEL:03-3606-2209
柏崎支店	TEL:04-7190-1841
千代田支店	TEL:048-263-5777
王子支店	TEL:043-287-8241
八王子支店	TEL:042-645-1321
川崎支店	TEL:044-433-8500
横浜支店	TEL:045-641-7197
厚木支店	TEL:046-221-9331
木府支店	TEL:055-228-6688
甲府支店	TEL:0263-24-3005
長野支店	TEL:026-221-8815
沼津支店	TEL:055-931-2863
静岡支店	TEL:054-655-2080
浜松支店	TEL:053-464-6677
豊橋支店	TEL:0532-56-5671
岡崎支店	TEL:0564-22-1015
名古屋支店	TEL:052-725-9581
名古屋駅前支店	TEL:052-565-4721
名古屋南支店	TEL:0569-47-0081
一宮支店	TEL:0586-44-8433
岐阜支店	TEL:058-273-9171
津支店	TEL:059-255-9900
四日市支店	TEL:059-350-1620
大阪支店	TEL:06-6582-7501
大塚支店	TEL:072-686-2590
堺支店	TEL:072-262-3766
神戸支店	TEL:078-846-1880
姫路支店	TEL:079-221-5650
福岡支店	TEL:092-433-5543
熊本支店	TEL:096-331-1181
鹿児島営業所	TEL:099-286-1211



患者様の想いを見つめて、
薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。

病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。

私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、

そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合いたいと思います。

治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。

病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。

「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



AFUTURE RECYCLE
Global Partner

エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

CTデータ活用サポート

歯科
医院



CTデータをもっと活用したい

- 「アーティファクトがあって見えづらい」
- 「歯根の向きを確認したい」
- 「サージカルガイドを使用したい」
- 「口腔内スキャナーと連動させたい」
- 「3Dプリンターで骨モデルを作って患者様へ説明したい」

協和デンタル
サポート



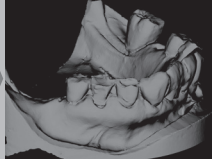
サポート

骨モデル製作

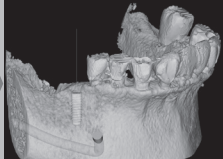
サポート例



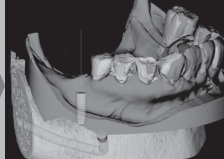
CTのDICOMデータ



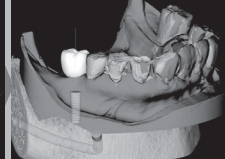
軟組織のSTLデータ



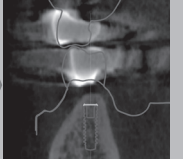
アーティファクトの除去



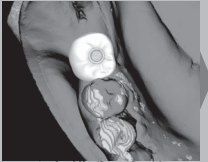
CTと模型を合成



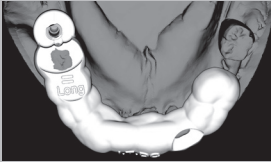
診断ワックスアップ



断面図に模型データ



上部構造の相談



サージカルガイド

デジタル専任技工士が

CTデータのご活用をお手伝い致します。

- ※ガイド製作料金・・・技工料 15,000円～(材料代別)
- ※骨モデル製作料金・・・上下歯列 20,000円(材料代込み)
- ※その他、CTデータ処理料金は、作業内容に応じてご相談



有限会社 協和デンタル・ラボラトリー

KYOWA DENTAL LABORATORY CO.,Ltd.

〒270-0034 千葉県松戸市新松戸 3-260-1

TEL : 047-343-2670 FAX : 047-343-2658

e-mail : info@kyowa1.jp http://www.kyowa-dental.co.jp

On1 コンセプト

軟組織の治癒を妨げない、
ノーベルバイオケアが新たに提案するインプラント補綴修復コンセプト

For more information

On1 コンセプト専用サイト
<https://goo.gl/9utRTE>



医療機器承認番号:22900BZX00346000, 22200BZX00844000
医療機器認証番号:229ADBZX00095000

ノーベル・バイオケア・ジャパン株式会社

〒140-0001 東京都品川区北品川4丁目7番35号 御殿山トラストタワー13F

TEL:03-6408-4182 www.nobelbiocare.co.jp



Astra Tech
Implant System®

Astra Tech Implant System®
OsseSpeed® Profile EV
オッセオスピード プロファイル EV



インプラント周囲の硬・軟組織の維持



骨増成を減らし、治療期間と負担を軽減



“One-Position-Only™” のシンプルな術式

Our world is not flat

Neither is the anatomy of your implant patients

販売名	クラス	一般的名称コード	一般的名称	承認番号
オッセオスピード プロファイル EV	3	70909000	歯科用インプラントシステム	22900BZX00322000

デンツプライシロナ株式会社

〒106-0041 東京都港区麻布台1-8-10 麻布偕成ビル Tel: 03-5114-1001 www.dentsplysirona.com

 **Dentsply
Sirona**
Implants


LactoSorb®
Silent strength.

吸収性骨接合材料 ラクトソープ®

「ラクトソープ」は、1996年に米国にて販売開始以来、全世界において、65,000症例を超える豊富な実績を持つ、生体吸収性プレート・スクリューシステムです。インプラントは術後ほぼ12ヶ月で分解・吸収されます。

BIOMET®
MICROFIXATION

Anticipate. Innovate.™

 株式会社 **メディカル ユーアンドエイ**

URL: www.mua.co.jp E-mail: info@mua.co.jp
販売名: ラクトソープ 承認番号: 21900BZG00010000

本社・大阪営業所 / PHONE(06)4796-3151 FAX(06)4796-3150
札幌営業所 / PHONE(011)709-6137 FAX(011)709-6127
仙台営業所 / PHONE(022)739-8786 FAX(022)739-8796
東京営業所 / PHONE(03)3518-0211 FAX(03)3518-0220

名古屋営業所 / PHONE(052)218-2820 FAX(052)201-0320
岡山営業所 / PHONE(086)212-0556 FAX(086)227-3060
福岡営業所 / PHONE(092)415-4861 FAX(092)415-4870



Better Health, Brighter Future



タケダから、世界中の人々へ。より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつに答えていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

武田薬品工業株式会社

www.takeda.com/jp