下歯槽神経、血管を保存し下顎骨連続離断と即時 再建を行った化骨性線維腫の1症例

内田 稔・仲宗根康雄・山口勝則・斎藤俊夫
富田 滋・大島 勝・日比野好行・高森 等
千葉博茂・園山 昇

Resection combined with immediate reconstruction of the mandible preserving inferior alveolar nerve and vessel: Report of a case of ossifying fibroma

Minoru UCHIDA・Yasuo NAKASONE・Katsunori YAMAGUCHI・Toshio SAITOH
Shygeru TOMITA・Masaru OHSHIMA・Yoshiyuki HIBINO・Hitoshi TAKAMORI
Hiroshige CHIBA・Noboru SONOYAMA

緒 言

化骨性線維腫は骨組織の形成を伴う線維性組織の増殖物であって¹⁻⁸⁾、この名称は1927年に Montgomery が顎骨に発生した線維性異形成症と一見類似の、しかも真性腫瘍と考えられる骨形成結合組織に由来する疾患に初めて用いた⁹⁾。この腫瘍は良性で、発育が緩徐で、特有の自覚症状を欠くため、腫瘍の増大に伴い顔貌の変形や咀嚼機能障害をおこして初めて疾患の存在に気づく場合が多い。茂呂¹⁰⁾によると、線維腫では腫瘍の存在を自覚してから受診するまでの期間は1～5年が多く、腫瘍の大きさも鶏卵大が最も多いといわれている。このため腫瘍の摘出により比較的大きな骨欠損を生じやすく、審美的、機能的、心理的にも再建を行う必要が起こってくる。

今度、わたくしたちは比較的大きな化骨性線維腫に対して可及的に下歯槽神経、血管を腫瘍組織より分離し、下顎骨連続離断手術と新鮮自家腸骨移植による即時再建手術を施行し、形態的にも機能的にもきわめて良好な結果を得たので、その概要を述べる。

症 例

患 者：20歳 女性。

日本歯科大学歯学部口腔外科学教室第2講座(主任：園山 昇教授)

Second Department of Oral Surgery, Nippon Dental University, Tokyo (Chief: Prof. Noboru Sonoyama)

受付日：昭和53年11月13日

図 1

主 訴：右側下顎臼歯部骨体の無痛性膨隆。

初 診：昭和52年10月■日。

家族歴ならびに既往歴：特記事項はない。

現病歴：14～15歳頃に初めて右側下顎臼歯部骨体の膨隆を自覚したが無痛性であるため、そのまま放置、しかし最近顔面の膨隆が目立つようになり、10月中旬に某歯科医院を受診し、診査の結果腫瘍の疑いを指摘され、当科に紹介され来院したものである。

現 症：栄養体格ともに中等度で、全身には特に異常所見はない。顔貌は右側下顎臼歯部相当骨体部には鶏卵大の無痛性膨隆がみられ、左右非対称で、皮膚に異常所見はない。

口腔内所見としては、6]が残根を呈するほかは Vital であった。8～4]にわたり鶏卵大、境界比較の明瞭な膨隆が認められ、粘膜は健康色を呈し、硬度は骨様硬で、舌側の1部は羊皮紙様感を呈している。圧痛、自発痛は訴えない。右側顎下リンパ節は膨隆のために触知できな

図 2

図 3

図 4

い(図1)。

X線所見: 右側下顎骨体部の4|根尖相当部より8|根尖相当部にわたり、歯槽頂より下顎下縁に及ぶ鶏卵大の境界明瞭な楕円形のX線透過像が認められ、その内部には綿状の散在したX線不透過像がみられる(図2)。

血液検査ならびに尿検査: 異常所見はない。

病理組織所見: 摘出組織の大部分は線維芽細胞の充実

図 5

図 6

図 7

性の増殖と、その間での非常に不規則な骨梁の形成により占められている。骨梁の周囲には骨芽細胞が豊富に配列し、1部に破骨細胞による吸収も認められ、そのため骨梁は非常に短く、かつモザイク模様を呈し点々と散在している(図3)。

以上の所見より化骨性線維腫と診断した。

処置および経過: 昭和53年3月 NLA 全身麻酔下にて、右側下顎犬歯相当下顎下縁より隅角部にわたり約8 cmの皮膚切開を加え、骨膜を剝離し、オトガイ孔部か

図 8

ら智歯部にわたり骨体部より可及的に下歯槽神経、血管を分離した(図4)。次いで、顎の移動をさける目的で腫瘍を2段階に分けて削除した。まず、8~4| 歯槽部を残し下顎下縁より骨体部の腫瘍を削除(図5)、あらかじめ採取した自家腸骨移植片を削除部に適合させ、移植片の上部に溝を形成したあとに接合部を金属線で縫合した(図6)。次に8~4| 歯槽部を削除、分離した下歯槽神経、血管を移植骨片上の溝にあてがい、口腔内外を縫合、滑面板を結紮固定し手術を終了した(図7)。術後右側オトガイ神経領域に軽い麻痺感を訴えたが約1週間で消失、現在8か月を経過しているが顔貌の変形、顎の偏位などもなく、咀嚼機能も十分になされており、良好な経過をとっている(図8, 9)。

考 察

神経は分化度が高いため外傷、炎症、腫瘍などによって損傷を受けると、皮膚や血管と異なってその再生はむずかしいものである。それで、切断された神経の断端を縫合したり¹¹⁾、壊死部分の神経を除去しそこに移植を行ったり¹²⁾、炎症性刺激や腫瘍の増大による圧迫刺激が神経に及んでいる場合は、それを除去して神経本来の状態にもどす努力が払われている。しかし、縫合や移植の場合その結果は、かなり良い条件で行われても50%前後の成功率であるといわれている¹³⁾。

さらに、口腔外科領域の手術においてはオトガイ孔が歯槽部の吸収により歯槽堤頂に位置したり¹⁴⁾、下顎前突症の手術に際してオトガイ孔や下顎管の部位が切断部に存在するとき神経、血管を保存する努力がなされている¹⁵⁾。

今回の症例は、腫瘍の存在を自覚してから受診するまで約5年経過しており、大きさも鶏卵大で比較的大きく、このため下歯槽神経、血管は圧迫され頰側に偏在していた。普通このような症例に連続離断手術を施行すると神経、血管が切断されてしまい、術後の神経麻痺を起

図 9

こすことはいうまでもない。そこでわれわれは下歯槽神経、血管を可及的に腫瘍より分離したあとに腫瘍を含めた顎骨を連続離断し、これと同時に腸骨骨片により即時再建を行い¹⁶⁻²⁰⁾、この際残存骨の転位を防止する意味より病巣部の下顎下縁部を削除し、骨移植を行うなど考慮を加えたものである。

Dingman²¹⁾は顎下部に大きな皮切を加えると、顔面神経頸枝の切断によって広頸筋と下唇下制筋との協調運動が失われるため、患者下唇の depression が生じると述べており、Aller²²⁾はこれをさける目的で口内法による手術を推奨している。われわれは今回の症例に対して下歯槽神経、血管を保存すること、腫瘍の増大が強くと舌側の1部が羊皮紙様感を呈していることから顎下部に皮切を加えて手術を行った。このため下唇の depression に関し注意深く観察を行っているが、6か月経過している現在まではほとんどその症状はみうけられない。

結 語

最近、わたくしたちは20歳女性の右側下顎臼歯部骨体に発生した化骨性線維腫に対し、下歯槽神経、血管を保存し下顎骨連続離断を施行し、新鮮自家腸骨移植片による即時再建を行い審美的、機能的、心理的にもきわめて良好な結果を得たので報告した。

本論文の要旨は、第112回日本口腔外科学会関東地方会において発表した。

引 用 文 献

- 1) Thoma, K.H.: Oral pathology. ed 4, Mosby Co, St Louis, 1954, p 1274.
- 2) Lumerman, H.: Essentials of Oral pathology. ed 1, Lippincott Co, Philadelphia, 1975, p 72.

- 3) Shafer, W.G., Hinc, M.K., Levy B.M.: A textbook of oral pathology. ed 3, Saunders Co, philadelphia, 1974, p 130.
- 4) Farmer, E.D., Lawton, F.E.: Stone's oral and dental diseases. ed 5, Livingstone LTD, Edinburgh, 1966, p 944.
- 5) Spouge, J.D.: Oral pathology. ed 1, Mosby Co, St Louis, 1973, p 361.
- 6) Lucas, R.B.: Pathology of tumours of the oral tissues. ed 3, Churchill livingstone, Edinburgh, 1972, p 398.
- 7) Kruger, G.O.: Textbook of oral surgery. ed 4, Mosby Co, St Louis, 1974, p 571.
- 8) Archer, W.H.: Oral and maxillofacial surgery. ed 5, Saunders Co, Philadelphia, 1975, p 861.
- 9) Montgomery, A.H.: Ossifying fibromas of the jaw. Arch Surg 13: 30 1927.
- 10) 茂呂 允: 顎骨に生ずる中心性線維性腫瘍ならびに線維性異形成症に関する臨床病理学的研究. 日大歯学 41: 389 1967.
- 11) 津下健哉, 生田義和, 坂上正樹, 松石頼明: 末梢神経縫合の問題点. 整外科 26: 818 1975.
- 12) 山崎康夫: 下歯槽神経移植に関する実験的研究. 歯科学報 78: 961 1978.
- 13) 石川文彦: 神経縫合法ことに Suture 法に関する実験的研究. 広島大医誌 14: 359 1966.
- 14) 園山 昇: 補綴のための形成手術. 歯科ジャーナル 6: 551 1977.
- 15) Nakajima, T., Kajikawa, Y., Ueda, K., Hamada, K.: Sliding osteotomy in the mandibular body for correction of prognathism. J Oral Surg 36: 361 1978.
- 16) Obwegeser, H.L.: Probleme und Möglichkeiten der Unterkieferresektion und gleichzeitigen Rekonstruktion auf dem oralen Operationsweg. Schweizerische Monatsschrift für Zahnheilkunde 73: 830 1963.
- 17) Obwegeser, H.L.: Erfahrungen mit der einseitigen Unterkiefer resektion und rekonstruktion auf dem Oralen Operationsweg. Oesterreichische zeitschrift für Stomatologie 62: 261 1965.
- 18) Nagei, I.: Resection of Jaw bones and thier replacement. Journal of Osaka university Dental Society 1: 176 1956.
- 19) Millard, D.R.: Immediate reconstruction of the lower jaw. Plast Reconstr Surg 35: 60 1965.
- 20) Ivy, R.H.: Bone grafting for reconstruction of defects of the mandible. Plast Reconstr Surg 7: 333 1951.
- 21) Dingman, R.O., Graff, W.C.: Surgical anatomy of the mandibular ramus of the facial nerve based on the dissection of 100 facial halves. Plast Reconstr Sarg 29: 266 1962.
- 22) Aller, T.G.: Operative treatment of Prognathism. The Dental Cosmos 59: 394 1917.