認定医ケースプレゼンテーション抄録

下顎骨区域切除後に軟質裏装義歯にて咬合回復を行った1症例

萬好 哲也

A Soft Material-lined Mandibular Prosthesis for Totally Edentulous with Segmental Mandibular Resection

Manyoshi Tetsuya

I. 症例の概要

患者は、62歳の男性で、 $\frac{7}{7} \pm \frac{7}{7}$ 欠損、顎欠損で、咀嚼障害を主訴とし、平成元年4月10日に徳島大学歯学部附属病院第1補綴科を受診した（図1）。昭和63年4月に粘表皮腫瘍による左側下顎骨区域切除術、および左側全顎部郭清術を行い、肋骨付き大胸筋皮弁による即時再建術が施行されていた。肋骨による再建後の下顎骨の長さは左右不对称であり、下顎は左側に偏位していた。また、容量を減少したものの大胸筋皮弁部の被圧変位量は非常に大きく、粘膜の被圧変位量は左右著しく不均一であった。開口量、右側の顎関節部には特に問題はなく、そのほか特記事項はなかった。この症例の問題点として、① 下顎左側顎欠損、② 下顎左方偏位、③ 咬合位の不安定があげられる。

II. 診断と治療方針

$\frac{7}{7} \pm \frac{7}{7}$ 欠損、下顎左方偏位（正中：8 mm 偏位）、下顎左側顎欠損の診断のもと、義歯の作製を行うこととなった。下顎において、粘膜の被圧変位量に大きな左右差があり、通常義歯作製法では維持安定させることが困難であると推察された。加えて、下顎は左方に偏位しており、咬合位が安定していない状態であった。そこでまず、治療用義歯を作製し、咀嚼機能をある程度回復させることとし、その後、咬合位の安定が得られ、最終義歯の形態が予想された後、動的印象により義歯を作製することとした。

図1 The state at the first examination of prosthetic dentistry
補綴科初診時の状態

III. 治療内容

外科処置後の組織が安定したのち、通法に従い、下顎が偏位した咬合位で、平成元年12月に治療用義歯を作製し、これを用いて咬合位と粘膜の調整を行った。この時点での下顎左方への偏位は、上下唇小帯の位置関係において約8 mmであった。右側の上下対向関係は、第一大臼歯部ではほぼ正常であったが、小臼歯部では、下顎が内側にあった。したがって下顎義歯の安定を最優先に考え、下顎臼歯人工歯 $\overline{654}$ 頬舌的中央部が歯槽頂上を通るように排列した。左側では、上顎から下顎犬歯部にかけて大胸筋皮弁で覆われており、機能時には義歯が大きく沈下することが予測された。この対策として、人工歯は $\overline{56}$ のみを排列し、咬合調整とティッシュコンディショニングを繰り返し行い、義歯の安定を図った。

義歯の安定が得られたのち、治療用義歯を使用し、動的印象を行った（図2）。この時点で左方への偏位は前歯部でおよそ4 mmとなり、臼歯人工歯は、右側

図2 Treatment denture and dynamic impression
治療用義歯と動的印象

図3 New set of dentures
新義歯

はほぼ歯槽頂間線の法則に従って排列できるまでになった。咬合様式はリンガライズドオクルージョンとし、下顎左側臼歯部は咬合時の義歯の沈下量を減少させるため、小白歯のみの排列とした。新義歯には左側の沈下に伴う右側への負担をやわらげるために軟質裏装材（クレペート・ドゥ®，呉羽化学）を裏装し、平成2年2月に装着した（図3）。

IV. 経過観察と考察

義歯装着後より左側の臼歯部で「舌をかむ」との訴えがあり、舌をサポートする目的で「6」を追加排列した。平成3年3月、下顎のチタンプレートの除去手術を行い、それに伴って下顎前歯部の粘膜面調整を行った。

平成3年6月より約1年ごとに観察を行うこととなった。この間、強力に義歯清掃指導を行い、できる限りクレペート・ドゥ®の劣化を防ぐようにした。山本式総義歯性能判定表においても、装着後はかなり咀嚼できるようになり、患者は満足していた。クレペート・ドゥ®の劣化に伴うリラインの必要はあるものの、現在（平成13年9月）まで経過は良好である

図4 Yamamoto's masticatory performance at the first examination (left) and after new set of dentures (right)
補綴初診時（左）と新義歯装着後（右）の山本式総義歯性能判定表

（図4）。

今回の症例のように、顎骨を切除し大胸筋被弁により形態回復を行った場合、術後の組織変化や機能時の義歯周囲組織の動態、補綴装置の最終的な形態を予測することはきわめて困難である。そこで、まず治療用義歯を装着し、組織と咬合位の安定を待つとともに、その調整の過程で新義歯の形態を検討すべきである。

この症例における左側の皮弁部では、被圧変位量が右側より大きいため、機能時に義歯は左側が大きく沈下した。これによって、右側舌側粘膜に疼痛が現れやすくなったため、最終義歯において、この部分は軟質裏層材を厚くすることで、機能的なバランスを図った。しかし、クレペート・ドゥ®の被圧変位量に対して、左側の粘膜の変位量はきわめて大きく、また、義歯の清掃状態によっては軟質裏装材の劣化が懸念される¹⁾ことから、左側の軟質裏装材は不必要であったと思われる。

腫瘍除去時に下顎は2つに分断され、左側関節頭部は浮遊した状態であった。残りの右半分は、それに付着している筋と右側顎関節とによってのみ支持されている状態であり、下顎位は非常に不安定であった。このような場合、顎関節に対する配慮が必要であるが、右側下顎頭の位置は、治療を通して大きな変化はなく、関節窩内のほぼ中央に位置している。

今後も、義歯周囲組織の変化に十分注意し、現在の咬合位を維持できるよう必要に応じて人工歯置換、リラインなどのメンテナンスを継続していく予定である。

文 献

- 1) Waters WGJ, Williams DD, Jagger RG et al. Adherence of *Candida albicans* to experimental denture soft lining materials. J Prosthet Dent 77 : 306-312, 1997.