

第 58 回

(NPO 法人) 日本口腔科学会九州地方部会



《プログラム・抄録集》

会期：2025 年 12 月 6 日（土）午前 9：30～（受付開始 8：30～）

会場：KITEN ビル 8 階 大会議室（〒880-0811 宮崎県宮崎市錦町 1 番 10 号）

大会長：山下 善弘（宮崎大学医学部 感覚運動医学講座顎顔面口腔外科学分野 教授）

準備委員長：金氏 毅（宮崎大学医学部 感覚運動医学講座顎顔面口腔外科学分野 講師）

ご挨拶

謹啓

皆様におかれましては、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

このたび、第 58 回 NPO 法人日本口腔科学会九州地方部会を、宮崎県にて開催させていただく運びとなりました。学会会員の皆様をはじめ、多くの皆様より温かいご支援とご協力を賜り、心より御礼申し上げます。

宮崎で本学会が開催されるのは、2010 年に当時の迫田隅男教授が宮崎市で開催して以来、実に 15 年ぶりとなり、心引き締まる思いです。今回は宮崎駅前の KITEN ビルを会場としてありますので、航空機や列車で遠方からお越しの方々にもご参加いただきやすい環境となっております。多くの皆様のご参加を心よりお待ちしております。

本学会は、歯科医学にとどまらず、医学全体の基礎・臨床医学と密接に関わりながら発展してきたという特長を有しております。今大会の教育研修会では、組織細胞科学の第一線でご活躍中の宮崎大学 解剖学講座 組織細胞化学分野 菱川善隆教授をお迎えし、「分子組織細胞化学の最前線～超解像顕微鏡で探るタンパク質・遺伝子発現動態～」と題してご講演いただきます。基礎・臨床の両面に関わる内容となっておりますので、ぜひ多くの皆様にご参加いただければと存じます。

本大会が、皆様にとって有意義な学術交流の場となるよう、関係者一同、万全の準備を進めております。大会終了後には、宮崎の豊かな自然や特産物をお楽しみいただき、日本の“日向（ひなた）”の魅力を存分にご堪能いただければ幸いです。

宮崎の地にて、口腔科学の未来を語り合えることを、心より楽しみにしております。

謹白

第 58 回 NPO 法人 日本口腔科学会 九州地方部会
大会長 山下 善弘
宮崎大学医学部 感覚運動医学講座 顎顔面口腔外科学分野 教授

開催概要

会 期 : 2025 年 12 月 6 日 (土)

会 場 : KITEN ビル 8 階 大会議室 (〒880-0811 宮崎県宮崎市錦町 1 番 10 号)

大会長 : 山下 善弘 宮崎大学医学部 感覚運動医学講座 顎顔面口腔外科学分野 教授

● 一般演題

口演発表

※新人賞を選出いたします。

● 理事長講演

演題 : 今がチャンス、「保健医療 2035」の中での口腔科学・口腔医療を展開する

講師 : 片倉 朗先生 NPO 法人 日本口腔科学会理事長

● 教育研修会

演題 : 分子組織細胞化学の最前線

～超解像顕微鏡で探るタンパク質・遺伝子発現動態～

講師 : 菱川 善隆 先生 (宮崎大学医学部 解剖学講座組織細胞化学分野 教授)

評議員会・懇親会

| | | |
|-------|--|-------------------------------|
| | | 12月5日（金） |
| | | |
| | | MRT micc サファイアホール |
| 17:00 | | 16:45- 受付開始 |
| | | |
| | | |
| 17:30 | | 17:00-18:00 評議員会 |
| | | |
| | | |
| 18:00 | | エアラインホテル Chinese table SHISEN |
| | | |
| | | |
| 18:30 | | |
| | | |
| | | |
| 19:00 | | 18:15-20:15 懇親会 |
| | | |
| | | |
| 19:30 | | |
| | | |
| | | |
| 20:00 | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|-------|--|---|
| | | 第58回（NPO法人）日本口腔科学会九州支部会 |
| | | 12月6日（土） |
| | | KITEN 8Fコンベンションホール 大会議室 |
| | | 8:30- 受付開始 |
| 9:30 | | 9:25-9:30 開会の辞 |
| | | 9:30-10:15 一般演題 S 1 |
| | | 座長：早川 真奈（九州歯科大学学生体機能学講座顎顔面外科学分野） |
| 10:00 | | S 1-1 |
| | | S 1-2 |
| | | S 1-3 |
| | | S 1-4 |
| | | S 1-5 |
| | | 休憩（5分） |
| 10:30 | | 10:20-11:05 一般演題 S 2 |
| | | 座長：前原 隆（九州大学口腔顎顔面病態学講座顎顔面腫瘍制御学分野） |
| | | S 2-1 |
| | | S 2-2 |
| 11:00 | | S 2-3 |
| | | S 2-4 |
| | | S 2-5 |
| | | 休憩（5分） |
| | | 11:10-11:40 理事長講演 |
| 11:30 | | 片倉 朗（NPO法人 日本口腔科学会理事長・東京歯科大学口腔病態外科学講座 教授） 「今がチャンス、「保健医療 2035」の中での口腔科学・口腔医療を展開する」（録画映像） |
| 12:00 | | 11:40-12:40 昼食・休憩 |
| 12:30 | | |
| | | 12:40-13:34 一般演題 S 3 |
| 13:00 | | 座長：合島 怜央奈（佐賀大学医学部歯科口腔外科学講座） |
| | | S 3-1 |
| | | S 3-2 |
| | | S 3-3 |
| | | S 3-4 |
| | | S 3-5 |
| | | S 3-6 |
| 13:30 | | 休憩（5分） |
| | | 13:40-14:34 一般演題 S 4 |
| | | 座長：橋本 憲一郎（福岡歯科大学口腔腫瘍学分野） |
| 14:00 | | S 4-1 |
| | | S 4-2 |
| | | S 4-3 |
| | | S 4-4 |
| | | S 4-5 |
| | | S 4-6 |
| 14:30 | | 14:35-14:40 閉会の辞 |
| | | 14:40-14:45 次期大会長挨拶（佐賀大学医学部歯科口腔外科講座 山下佳雄教授） |
| | | 休憩（5分） |
| | | 14:50-15:50 教育研修会 |
| 15:00 | | 演者：菱川善隆（宮崎大学医学部解剖学講座組織細胞化学分野 教授） 「分子組織細胞化学の最前線 ～超解像顕微鏡で探るタンパク質・遺伝子発現動態～」 |
| 15:30 | | 座長：山下善弘（宮崎大学医学部感覚運動医学講座顎顔面口腔外科学分野） |

会場アクセス

評議員会・懇親会

2025 年 12 月 5 日

評議員会 17:00～18:00

会場：MRT micc サファイアホール

宮崎市橘通西 4 丁目 6 番 3 号

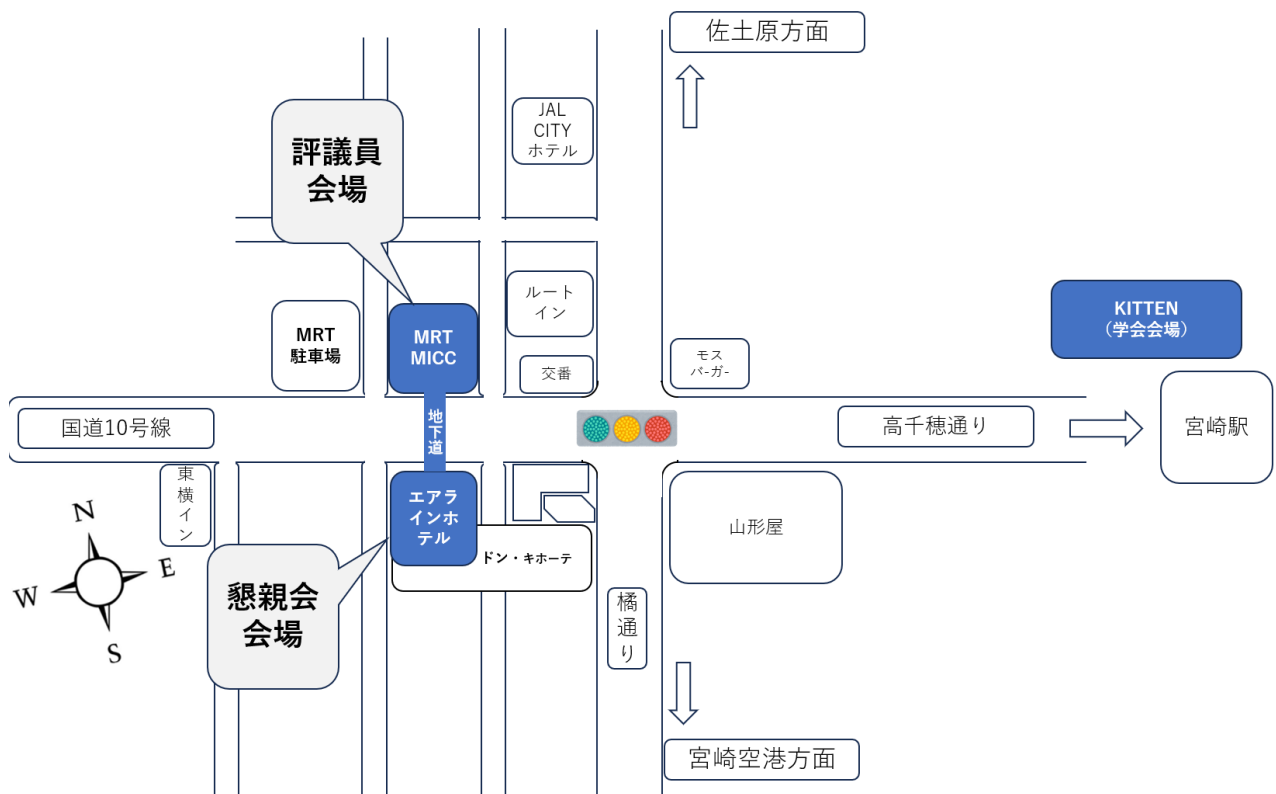
電話：0985-22-1111

懇親会 18:15～20:15

会場：中華 四川

宮崎県宮崎市橘通西 3-10-19 エアラインホテル 西館 4F

電話：0985-29-7071



第 58 回 NPO 法人日本口腔科学会九州地方部会

会場：KITEN ビル 8 階 大会議室（〒880-0811 宮崎県宮崎市錦町 1 番 10 号）



- 宮崎駅西口徒歩 10 秒
- 宮崎空港より JR 宮崎空港線で約 15 分
- ビルに入り、エレベーターにて 8 階までお越しください

参加者へのご案内

大会議室：大会会場 中会議室：休憩室・飲食スペース
小会議室 1：PC 受付 小会議室 2：準備室 小会議室 3：クローク

【受付】

KITEN ビル 8 階にて参加受付を行います。会場内では参加証の着用をお願いします。

2025 年 12 月 6 日（土） 8:30～ ＊開場までの間は 8 階飲食コーナーにて待機をお願いします。

【参加費】

◆地方部会参加費 3,000 円（非会員 3,300 円（税込））

※日本口腔科学会会員は不課税・非会員は課税 10%

◆教育研修会 2,000 円（税込）（教育研修会のための参加も可能です。）

※日本口腔科学会会員・非会員ともに課税 10%

原則、事前参加登録をお願いしております。参加費、懇親会費は下記の口座へお振込み下さい。振込手数料は各自ご負担をお願いします。

当日参加登録、現地支払の場合は現地の受付にて支払い可能ですが、現金のみのお支払いになります。おつりが無い様ご協力をお願い致します。※当組織は免除対象事業者該当であるため「インボイス登録」は行っておりません。よってインボイス登録番号はございません。学部学生は無料となりますので、学生証をご提示ください。

＊振込先＊

振込先： 宮崎銀行 清武支店 （店番号 150）

預金の種別： 普通

口座番号： 293596

口座名義： 第 58 回日本口腔科学会九州地方部会

【プログラム・抄録集】

弊会 HP にて公開いたします。

原則として紙媒体での配布ありませんので、予めご了承ください。

【クローク】

8 階で受け付けておりますので、受付にお声かけ下さい。

預かり期間 12月6日（土） 8:30～16:00 小会議室3

【名札・参加証】

受付で名札を受け取り、会場内では名札の着用をお願い致します。

名札、参加証、領収書一体型の物をお渡しします。

閉会后、名札ケース回収にご協力ください。

【写真・動画撮影について】

講演会場内での写真撮影、動画撮影等のご遠慮下さい。その他の場所でも倫理を遵守して下さい。

【Wi-Fi 接続】

ID・PASS を掲示します。

【発表演題の利益相反の開示について】

発表者はスライド中にCOI 状況を開示してください。フォーマットの指定はありません。

【事務局】

第58回日本口腔科学会九州地方部会 事務局

宮崎大学医学部感覚運動医学講座顎顔面口腔外科学分野

TEL (0985) 85-3786 FAX (0985) 85-7190

E-mail: 2025.miyazaki.jss@gmail.com

講演規定

【座長の先生方】

担当するセッションの 10 分前に次座長席へ着席をお願いします。

セッションの進行は座長に一任しますので、発表時間と質疑応答の時間を全体の進行を鑑み所定の時間内に終了する様お願い致します。規定時間の 1 分前に 1 回、終了時間に 2 回ベルを鳴らします。

【口演発表形式】

事前に動作確認を行う必要がありますので、セッション 1. の発表者は 8:30～9:15、セッション 2. の発表者は 10:00 まで、以降のセッションでの発表者は、各休憩時間に PC 受付までお越しください。

発表言語は日本語または英語とします。

発表データは USB で各自お持ち込みを行ってください。直接ご自身の PC をご使用ください。会場では Windows ソフト対応の PC と HDMI 端子を用意します。規定講演時間の 1 分前に 1 回、終了時間に 2 回ベルを鳴らします。

【口演発表】

一般演題の発表時間は質疑応答を含み 9 分（口演 6 分、質疑応答 3 分）とします。発表者はその他、座長の指示に従ってください。特別講演の時間は個別にご案内します。発表の 15 分前に次演者席に着席をお願いします。

【新人賞】

＊卒後研修開始後 3 年以内の筆頭演者による優れた発表に対し、「新人賞」が授与されます。

プログラム

【セッション1】 9:30

座長：早川 真奈 九州歯科大学 生体機能学講座 顎顔面外科学分野

☆新人賞エントリー演題

☆S1-1 産業医科大学病院の血友病患者の当科での歯科治療について—歯科治療内容と使用製剤のレトロスペクティブな検討

○久松 史弥，他
産業医科大学病院 歯科・口腔外科

☆S1-2 下顎智歯抜歯時の知覚鈍麻予測としての Ap 評価の有用性に関する多機関共同後ろ向き観察研究

○藤樹 良成，他
長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 口腔顎顔面外科学分野

☆S1-3 下顎智歯抜歯を施行した自閉症スペクトラル障害を有する Goldenhar 症候群の一例

○東元 郁菜子，他
鹿児島大学 口腔顎顔面外科

☆S1-4 当院受診を契機に発見され，急激な転機をたどった急性骨髄性白血病の1例

○前田 真寛，他
医療法人伊東会 伊東歯科口腔病院

☆S1-5 産業用ドローン誤操縦による顔面外傷の一例

○日高 恵介，他
宮崎大学医学部 感覚運動医学講座 顎顔面口腔外科学分野

座長：前原 隆 九州大学 口腔顎顔面病態学講座 顎顔面腫瘍制御学分

☆新人賞エントリー演題

☆S2-1 Nivolumab 投与中に生じた irAE 汎血球減少の1例

○武川 雄樹, 他

熊本大学大学院生命科学研究部感覚・運動医学分野 歯科口腔外科学講座

☆S2-2 下顎区域切除後の顎骨欠損に対して In-house surgical guide を用いて腸骨移植を行った2例

○白山 紗希, 他

福岡歯科大学 口腔・顎顔面外科学講座 口腔腫瘍学分野

☆S2-3 上顎洞に進展した顎骨デスモイド腫瘍の1例

○青木 隆宏, 他

福岡大学 医学部医学科 歯科口腔外科学講座

☆S2-4 遺伝的背景が示唆された多発性骨外性セメント質骨形成線維腫様病変の小児の一例

○石井 歩, 他

九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 口腔顎顔面外科学分野

☆S2-5 未診断 HIV 患者の下顎歯肉に発生した形質芽細胞性リンパ腫の一例

○三谷 爽, 他

九州歯科大学 病態制御学講座 顎顔面外科学分野

講師：片倉 朗 先生

(NPO 法人 日本口腔科学会 理事長・東京歯科大学 口腔病態外科学講座 教授)

今がチャンス、「保健医療 2035」の中での口腔科学・口腔医療を展開する

座長：合島 怜央奈 佐賀大学医学部 歯科口腔外科学講座

☆新人賞エントリー演題

☆S3-1 当科における咀嚼筋腱・腱膜過形成症 10 例の後方視的検討

○小池 恵利加, 他
九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 顎顔面腫瘍制御学分野

S3-2 根管治療後に生じた知覚異常の 1 例

○牧原 弘幸, 他
総合大雄会病院 口腔外科・有病者歯科

S3-3 肝硬変による血小板減少症患者に対し、新規トロンボポエチン受容体作動薬（アバトロンボバグ）を投与し抜歯を行った 1 例

○石川 百子, 他
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面機能再建学講座 顎顔面疾患制御学分野

S3-4 下顎智歯抜歯後に発症したドライソケットの臨床的検討

○山城 崇裕, 他
やましろ歯科口腔外科

S3-5 顎矯正手術前後の口腔関連 QOL の変化 : Class II と Class III の比較

○宇野 太郎, 他
九州歯科大学 体機能学講座 口腔内科学分野

S3-6 Pembrolizumab 単回投与 3 ヶ月後に急性腎障害を認めた 1 例

○前城 学, 他
大分大学医学部 歯科口腔外科学講座

座長：橋本 憲一郎 福岡歯科大学 口腔腫瘍学分野

S4-1 嚢胞腔に石灰化物を認めた歯原性角化嚢胞の1例

○野口 幸恵, 他

鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 顎顔面疾患制御学分野

S4-2 多房性 unicystic エナメル上皮腫の一例

○石橋 優貴, 他

佐世保共済病院 歯科口腔外科

S4-3 術前矯正治療前に甲状腺乳頭癌を認めた顎変形症患者の一例

○後藤 雄一, 他

鹿児島大学医歯学総合研究科 顎顔面機能再建学講座 顎顔面疾患制御学分野

S4-4 当院で Quad Shot を施行した頭頸部癌症例の臨床的検討

○緒方 瑞穂, 他

国立病院機構熊本医療センター 歯科口腔外科

S4-5 顎骨嚢胞摘出術における歯間乳頭保存切開 (papilla base incision) の適応

○合島 怜央奈, 他

佐賀大学 医学部 歯科口腔外科学講座

S4-6 アルミノックス症例検討会で承認を受けるも施術に至らなかった局所進行口腔扁平上皮癌の2症例

○中村 守厳, 他

久留米大学医学部歯科口腔医療センター

教育研修会 14:50

座長：山下 善弘 宮崎大学医学部感覚運動医学講座顎顔面口腔外科学分野

講師：菱川 善隆 先生

(宮崎大学医学部 解剖学講座組織細胞化学分野 教授)

分子組織細胞化学の最前線

～超解像顕微鏡で探るタンパク質・遺伝子発現動態～

抄録集

☆ 印は新人賞エントリー演題

理事長講演

今がチャンス、「保健医療 2035」の中での口腔科学・口腔医療を展開する

NPO 法人 日本口腔科学会理事長

片倉 朗

現在の日本における医療政策では、健康寿命の延伸が医療・介護に関わる全ての分野に対して共通した課題です。さらに医療費の適正化、産学官の連携による医療の成長産業化へ貢献も求められている時代になっています。これらを包括する形で厚生労働省は「保健医療 2035」を展開しています。「保健医療 2035」は、「保健医療の価値を高める」、「主体的選択を社会で支える」、「日本が世界の保健医療を牽引する」を実現すべき展望として掲げています。日本医学会連合の分科会である本学会はこのビジョンに応えるべく、社会・医学・医療ニーズの中で口腔医療の重要性を各方面にアピールして、学会運営を展開する方針が必要です。本学会の存在意義や独自性を国民と医療者全般に強調できる活動を以下のように引き続き行っています。

1. 口腔に関連するあらゆる診療・研究分野がシームレスに活動できる学会運営

医学会の中での口腔科学の存在価値を若手の歯科医師・医師・研究者に情宣する機会を積極的に設け、また広い学問分野から学術集会・6 地方部会の学術集会への参加を促す方略の構築を進めます。引き続き、歯科基礎分野、保存・補綴分野、育成歯学分野等からの評議員の就任を推進します。また、歯科衛生士・歯学部学生なども学会に参加できる仕組みを作ります。学術集会や地方部会での教育研修会やセミナーはオンデマンドで恒常的に視聴できるシステムの構築も検討中です。

2. 医学に向けた積極的な情報発信と意見交換、疾患治療の診療連携の推進

この 2 年間、掌蹠膿疱症患者の診療連携について皮膚科の先生を交えたシンポジウムなどを企画してきました。その成果として口腔内科学会と共同で行っているワーキンググループにより「掌蹠膿疱症の歯科診療の手引き（案）」が出来上がりました。現在、関連する学会や団体とその内容について意見を交換中です。

3. 口腔科専門医の制度化への努力を継続

本学会の認定医制度の整備が進み、多くの認定医と指導医が登録されています。その先の目標は日本専門医機構における「口腔科専門医」の認定です。今後も法律の専門家にも協力いただいて日本専門医機構との交渉を継続的に行い、口腔医療に関わる歯科医師と医師が取得可能な口腔科専門医の制度化を目指します。

4. 会員マイページ導入による利便性の充実

学会 HP の改訂を行って会員の利便性の向上を図ってきました。今年は会員のマイページの導入が実現に至り、会費の納入状況や研修単位の取得状況などを御自身で確認できるようになりました。



略 歴

1985 年 東京歯科大学卒業

1991 年 東京歯科大学大学院修了(歯学博士)

2003 年～2004 年 UCLA Comprehensive Cancer Center・Oral Biology に留学

2011 年 4 月 東京歯科大学 オーラルメディシン・口腔外科学講座 主任教授

2015 年 4 月 東京歯科大学 口腔病態外科学講座 主任教授、口腔外科部長

2019 年 6 月 東京歯科大学水道橋病院 病院長

2022 年 6 月 東京歯科大学 副学長、千葉歯科医療センター長

2025 年 6 月 東京歯科大学 学長

(NPO) 日本口腔科学会 理事長・指導医

(公) 日本口腔外科学会 理事・指導医

(公) 日本老年歯科医学会 副理事長・指導医 他

分子組織細胞化学の最前線 ～超解像顕微鏡で探るタンパク質・遺伝子発現動態～

宮崎大学医学部解剖学講座組織細胞化学分野

菱川 善隆

多様な細胞により構成される器官・臓器の組織切片上での特定の物質の局在を同定する方法論として、一般的にタンパク質検出には免疫組織化学（Immunohistochemistry: IHC）が、遺伝子の検出には *in situ* hybridization (ISH) が用いられる。IHC は、抗原抗体反応を利用して、組織・細胞内に局在する特定の抗原（主にタンパク質）を特異的に可視化できる優れた手法であり、酵素（主に西洋わさび由来ペルオキシダーゼ：HRP）を標識物質とする酵素抗体法と、蛍光色素（Alexa や FITC 等）を標識物質とする蛍光抗体法に代表される。酵素抗体法は、手技の簡便性や安定性、再現性が高く、基礎研究のみならずがん組織の臨床病理診断等に頻用される。一方、蛍光抗体法は、蛍光色素の特徴である特定の波長の光を吸収し、異なる波長の光を放出するスペクトル特性を検出できる蛍光顕微鏡や共焦点レーザー顕微鏡、超解像顕微鏡を用いることで、同時に複数の抗原物質を同一切片上で容易に検出可能であり、それぞれの空間的な位置関係や共発現動態の解析などに有用なツールとして様々な生命科学分野で必須の手技となっている。

遺伝子の検出法である ISH の原理は、核酸塩基間の水素結合の雑種形成（ハイブリダイゼーション）能を利用して、DNA や RNA など核酸を標的とし、特定分子の存在や発現パターンを細胞レベルで「本来の場所（*in situ*）」において可視化できる代表的な方法論である。この方法論は、1) 細胞個々のレベルで目的とする特定の遺伝子の局在を検出できる点、2) 免疫組織化学で判別しにくい相動性の高いタンパク質（アイソフォーム）の mRNA 発現の違いを区別できる点、3) 分泌タンパク質の産生細胞を明らかにできる点、4) タンパク質に翻訳されない non-coding RNA を検出できる点、等で非常に有用な分子組織細胞化学のツールとなっている。一般的な ISH では、ジゴキシゲニン（Dig）などの標識プローブを用い、HRP 標識抗 Dig 抗体による酵素抗体法での特定の RNA 検出が広く行われている。一方、複数の RNA を同時に検出する場合、蛍光標識プローブや蛍光標識抗体を用いた通常の蛍光抗体法では、検出感度の低さや、再現性の問題、手技の煩雑さといった課題が存在する。この問題を解決するため、我々は Fluorescence Resonance Energy Transfer: FRET（蛍光共鳴エネルギー移動）を利用する蛍光標識による組織切片上での新たな検出法として FRET-ISH を開発した。この特徴は、ステム・ループ構造のプローブ、すなわちステム部の両端に蛍光色素とそれに対する消光物質を標識し、ループ部に標的 RNA に対応する相補的な配列を持つプローブを用いる点である。実際には、ループ部が標的 RNA とハイブリダイゼーションすることでステム部分が解離し、消光物質による抑制が解除されて蛍光色素が蛍光を発し標的 RNA の局在を検出することができる。

本講演では、IHC や FRET-ISH の原理とこれらの方法論を行う上での注意点、トラブルシューティング、更には蛍光顕微鏡や共焦点顕微鏡像での解析結果と、最新の超解像顕微鏡による発現局在の差異について具体的に示し、これらの分子組織細胞化学的方法論を用いた有用性について概説する。

参考文献) Acta Histochem Cytochem. 55:119-128, 2022.

組織細胞化学 2024. pp45-53, 2024. 日本組織細胞化学会 (編), 中西印刷

略歴

1989 年 島根医科大学医学部卒業

同年 島根医科大学医学部附属病院研修医 (第二外科)

1996 年 島根医科大学大学院医学研究科単位取得退学

1998 年 島根医科大学医学部助手 (第二外科)

1999 年 長崎大学医学部助手 (第三解剖)

同年 同上講師

2002 年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科講師

2006 年 同上助教授

2007 年 同上准教授

2011 年 宮崎大学医学部教授 (解剖学講座組織細胞化学分野)

2021 年 宮崎大学医学部長 (~2024 年 9 月)

加入学会等:

日本組織細胞化学会 (理事長)

日本解剖学会 (理事、九州支部長)

日本臨床分子形態学会 (理事)

日本顕微鏡学会、分子病理学研究会

Acta Histochemica et Cytochemica Editorial Board

Histochemistry and Cell Biology Editorial Board

☆S1-1

産業医科大学病院の血友病患者の当科での歯科治療について-歯科治療内容と使用製剤のレトロスペクティブな検討-

○久松 史弥¹⁾, 平島 惣一¹⁾²⁾, 高野 紀子¹⁾, 志渡澤 和佳¹⁾, 宮脇 昭彦¹⁾

1)産業医科大学病院 歯科・口腔外科

2)別府市歯科医師会 別府口腔保健センター

産業医科大学病院では1984年に北部九州血友病センター（現在：血友病センター）が開設されているため、当科では血友病患者に接する機会が多い。代表的な先天性出血素因である血友病患者は“些細な外傷でも大きな出血になる事がある”という体質ゆえに、就学、就労、結婚など社会的な面で様々なハンディキャップを背負っている。そこで血友病では包括医療が重要となり、当科の役割は月1回の「総合診察外来」に参加し、口腔内のチェックを行い、さらに、治療においては血友病担当医と連携し、当科で観血的処置を主に行っていることは報告してきた。

血友病の止血管理は、1960年代にまでは、全血や血漿輸血による補充しかなく、止血効果は乏しかった。クリオ製剤をえて、1970年代では、血漿由来である高濃度の凝固因子の濃縮製剤が登場し、血友病治療が進歩した。日本では1972年に第IX因子製剤、1978年に第VIII因子製剤が使用可能となった。1980年代には自己注射による家庭治療が認可され、急速に普及した。だが、この時期は非加熱製剤が用いられたため、HIVや肝炎ウイルスに感染した血液による薬害も拡大した。その後、加熱製剤やウイルス除去膜処理をされた製剤が使用され、ヒトの血液を使用しない遺伝子組み換え製剤が登場した。これに伴い、インヒビターを除き、当科での観血的処置も止血管理が良好となってきた。

近年は第VIII因子機能を代替とするバイスペシフィック抗体を使用する治療で、インヒビターを有する患者の治療も進展している。これにより、抜歯や観血的処置以外では、処置直前の輸注を行わずに、定期輸注＋トラネキサム酸内服で対応することも可能となってきた。今回は、当科における血友病患者の歯科治療の内容と使用された製剤について、レトロスペクティブに検討したので報告する。

☆S1-2

下顎智歯抜歯時の知覚鈍麻予測としてのAp評価の有用性に関する多機関共同後ろ向き観察研究

○藤樹 良成¹⁾, 竹村 彩夏¹⁾, 鳴瀬 智史¹⁾²⁾, 福嶋 大将¹⁾, 辻 泰一郎¹⁾, 大森 景介¹⁾, 古川 浩平³⁾, 六反田 賢⁴⁾, 山田 朋弘¹⁾

1)長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 口腔顎顔面外科学分野

2)県立広島病院 歯科・口腔外科

3)市立大村市民病院 歯科口腔外科

4)重工記念長崎病院 歯科口腔外科

【緒言】下顎智歯抜歯においてオトガイ神経領域の知覚鈍麻（以下知覚鈍麻）のリスクを評価する際は、まずパノラマX線写真で智歯歯根と下顎管との位置関係を確認する。今回我々はAp (Apex position) 評価を用いた知覚鈍麻発生率、累積回復率およびリスク因子について検討した。

【対象および方法】2018年4月から2021年3月までに研究参加3施設において、下顎智歯抜歯を受けた3727例5001歯を対象とし、患者背景、パノラマX線所見および知覚鈍麻の発生率について検討した。尚、知覚鈍麻は一過性、持続性を含め患者の自覚的に健側の90%以下で知覚鈍麻ありとした。Ap評価はパノラマX線写真からAp0～Ap3まで5段階に分類した。

【結果】知覚鈍麻は5001歯中98歯(1.96%)であり、Ap0は3/2238歯(0.13%)、Ap1は9/1019歯(0.88%)、Ap2-sは34/1179歯(2.88%)、Ap2-dは30/427歯(7.03%)、Ap3は22/138(15.9%)であった。累積回復率は抜歯後3か月でそれぞれ100%, 16.7%, 47.8%, 37.1%および20.5%であった。多変量解析でAp評価ごとの独立したリスク因子を解析したところ、Ap1では高難度、Ap2-sでは高齢、複根、Ap2-dでは高齢、高難度、複根、Ap-3では高齢、女性、高難度、複根および若手が独立したリスク因子として抽出された。

【結語】Ap評価はパノラマX線のみで簡便に知覚鈍麻のリスクを評価できるツールであることが明らかとなった。Apの段階ごとでリスクとなる因子が異なるため、段階に応じた対応が必要となる。

☆S1-3

下顎智歯抜歯を施行した自閉症スペクトラル障害を有する Goldenhar 症候群の一例

○東元 郁菜子, 石畑 清秀, 平野 憂花, 手塚 征宏, 岐部 俊郎,
西條 英人
鹿児島大学 口腔顎顔面外科

【緒言】Goldenhar 症候群(以下, GS)は, 第一・第二鰓弓の発生異常を原因とし, 先天眼耳脊椎形成異常症としても知られ, 下顎低形成による顔面非対称性の他に, 眼瞼類皮腫, 耳奇形, ならびに脊椎の異常という古典的三徴の特徴を示し, その発症頻度は, 3000~5000 人に一人である. GS 患者では下顎枝の低形成が顕著であり, それに伴った下顎管の走行異常のため, 智歯抜歯を含めた口腔外科処置が困難であることが推察される. また, 自閉症スペクトラム障害(以下, ASD)を併発する症例では, 医療環境への不安やコミュニケーション困難により, 歯科処置の遂行に時に支障をきたす. 今回われわれは, ASD を有する GS 患者に対し, 下顎智歯抜歯を施行した症例を経験したので報告する.

【症例】患者は 24 歳男性. 右側顔面低形成と外耳道狭窄, 口唇口蓋裂を伴う GS と診断されており, さらに ASD を有していた. 8┐ は半埋伏状態で, 急性炎症所見は認めなかったが, 下顎の形態異常による清掃不良や将来的な感染リスクが高いこと, さらに, 介助する保護者の身体的・精神的負担を軽減する目的も含め, 予防的な観点から計画的智歯抜歯が妥当と判断された. 術前 CT 検査では, 8┐ 部は, 下歯槽神経の走行が不明瞭であり, 下顎枝低形成から医原性骨折リスクが懸念された. 智歯抜歯は, 全身麻酔下に施行し, 下顎骨形態を踏まえ, 骨削除量に留意し, 下顎骨への過度な応力の集中を避けるため段階的な歯冠・歯根分割を行い, 抜歯を完遂した. 意思疎通困難のため, オトガイ神経知覚異常出現の有無は不明ではあるものの, 骨折等の合併症は認めず, 創部の治癒状態は良好である.

【結語】ASD を有する GS 患者の智歯抜歯を経験した. 術前画像評価と全身麻酔の選択, ならびに解剖学的特性を踏まえた術中操作により, 智歯抜歯を安全に遂行し得た.

☆S1-4

当院受診を契機に発見され, 急激な転機をたどった急性骨髄性白血病の1例

○前田 真寛, 吉武 義泰, 伊東 隆利, 篠原 正徳
医療法人伊東会 伊東歯科口腔病院

【緒言】白血病はその病型に関わらず初発症状として歯肉の出血, 腫脹が認められることがある. 今回, 当院受診を契機に発見され急激な転機をたどった急性骨髄性白血病(AML)の 1 例を経験したので報告する.

【症例】患者:40 歳, 女性 初診:201●年 4 月

主訴:8┐ 部歯肉が腫れて痛い 既往歴:貧血

家族歴:特記事項なし

現病歴:2 週間前から歯肉の腫脹に対し職場の歯科口腔外科から抗生剤の内服を行うも改善しなかった, 全身倦怠感が強くなったため入院覚悟で当院を受診. 全身所見;体温 37.3℃, 全身倦怠感, 食欲不振, 顔面蒼白を認めた.

口腔外所見;右側顎下部に腫脹と圧痛, 嚥下痛を認めた.

口腔内所見;8┐ は半埋伏状態で周囲歯肉に発赤, 腫脹および圧痛を認めた. 全顎的にも歯肉の発赤, 腫脹を認め, 口腔粘膜には点状出血を認めた. X 線所見;パノラマ X 線写真にて 8┐ は遠心傾斜していた.

臨床診断:右側下顎智歯周囲炎

経過:血液検査にて白血球 4.5 万/ μ l, 血小板 3.9 万/ μ l と異常値を認めたため血液内科へ緊急紹介した. 3 日後に AML M5a との確定診断を得て 4 日後より寛解療法を開始したが DIC を合併し ARDS も併発. 5 日後に自発呼吸では酸素化を保てなくなったため経口挿管を行い ICU へ入室. しかし呼吸状態はさらに悪化し午後 11 時 54 分に原病死した.

【考察】AML は初期の段階から口腔粘膜の発赤や腫脹, 歯肉出血, 時には口腔粘膜の壊死を呈するとされている. そのため口腔内症状に加えて全身にも異常を認める場合には, 普段遭遇する病態と同程度の症状であっても白血病などを考慮し血液検査を実施すべきである.

【結論】本症例を通して, 患者を診る際には口腔病変だけでなく全身にも目を向け病状を確認し, 必要であれば血液検査を行い, 異常を認めた場合には医科と連携を取り迅速な対応が求められると痛感した.

☆S1-5

産業用ドローン誤操縦による顔面外傷の一例

○日高 恵介, 福井丈仁, 甲斐 亮乃介, 久保田 壽樹, 坪井 裕紀,
山隈 優, 平山開一, 金氏 毅, 永田 順子, 山下 善弘
宮崎大学医学部 感覚運動医学講座 顎顔面口腔外科学分野

【緒言】近年、ドローンが一般的に普及し、空中撮影、農薬散布、玩具等さまざまな用途のものが簡単に手に入るようになった一方で、ひとたび操縦を誤れば高速回転するプロペラが重大な事故を引き起こす危険性がある。今回われわれは、農薬散布の目的で使用された産業用ドローンの誤操縦により受傷した顔面外傷に対する治療を経験したのでその概要を報告する。

【症例】患者は5X歳、男性。既往歴は関節リウマチで免疫抑制剤を内服していた。202X年、患者が所有する畑で産業用ドローンを用いて農薬を散布していた際に、操縦を誤り、ドローンの回転翼が顔面に衝突した。防護メガネやヘルメット、防護マスク等の装備はしていなかった。受傷後すぐに近医を受診したが対応困難と判断され、当院救急搬送となり、救急救命科を経由した後に当科紹介受診となった。初診時所見として、左頬部から鼻背、上唇にかけて裂傷を複数認めた。また、眼球運動制限および顔面神経麻痺は認めず、口腔内貫通創も認められなかった。CT所見では左上顎洞前壁骨折および右梨状口側縁に骨片または異物を認めた。顔面多発裂傷、上顎洞前壁骨折の診断のもと、受傷当日、全身麻酔下に異物除去、裂傷縫合、断裂していた眼窩下神経の神経吻合、上顎洞前壁の骨片除去後に吸収性メッシュプレートにて組織陥入予防を行った。外鼻翼軟骨や鼻中隔軟骨の損傷も認めたため、吸収糸での整復を行った。術後約6か月経過し、現在もフォロー中である。眼窩下神経の知覚鈍麻は改善傾向であるが、瘢痕拘縮が認められ、瘢痕修正が将来的に必要と考えている。

【結語】わが国におけるドローン外傷に関する報告は、渉猟し得た限りまれであり、今後ドローン普及に伴い同様の事故が増加することが懸念される。

☆S2-1

Nivolumab 投与中に生じた irAE 汎血球減少の1例

○武川 雄樹, 中嶋 光, 宮原 知也, 山名 啓介, 平山 真敏, 川原 健太,
廣末 晃之, 吉田 遼司, 中山 秀樹
熊本大学大学院 生命科学研究部感覚・運動医学分野 歯科口腔外科学講座

【諸言】近年 Nivolumab をはじめとする免疫チェックポイント阻害薬 (Immune Checkpoint Inhibitors: ICIs) 投与中の免疫関連有害事象 (immune-related Adverse Event: irAE) として重篤な血液障害を引き起こすことがある。今回我々は再発転移性口腔癌患者に対し、ICIs を投与中に irAE 汎血球減少を認めた稀な1例を経験したので報告する。

【症例】53歳女性。2023年11月に紹介元で左側舌腫瘍に対して切除生検を行い、扁平上皮癌 (pT1N0M0) の診断に至った。以後の follow up を当科外来で行っていたが、左側舌および頸部リンパ節に再発を認め、2024年7月に左側舌可動部半側切除術+左側肩甲骨骨筋上頸部郭清術+左前腕皮弁再建術+腹部分層植皮術+気管切開術を施行した。術後3ヶ月で新たなリンパ節転移を認めたため、同年10月より放射線化学療法 (CDDP+RT70 Gy) を行った。治療後に腫瘍の残存を認めたためプラチナ製剤不応と判断し、Nivolumab 投与の方針となった。day1終了後に irAE 肝障害を認め当院消化器内科に対診を行い、プレドニゾロン (PSL) の投与の方針となった。その後 PSL 投与中の2025年6月に体動困難で救急外来受診され、著明な汎血球減少 (RBC:235 万/ μ L, WBC:400/ μ L, PLT:8.3 万/ μ L) を認めた。血液内科に対診し、各種精査の結果 irAE 汎血球減少の診断に至った。PSL に加え G-CSF 製剤の投与を開始し、投与後2週間には血球数は改善し、自覚症状も改善した。現在も PSL を漸減投与し当科外来にて経過観察中であるが、左側舌癌および irAE の経過は良好である。

【考察】irAE のうち汎血球減少は約0.03-0.7%と稀だが、死亡率が約33%とその他の血液関連有害事象と比較し予後不良であることを Michot らは報告している。治療法はステロイド投与を基本に支持療法として G-CSF 製剤の投与や輸血を検討する。また重篤な血球減少に伴う感染対策として予防抗菌薬投与を行う必要があり、関係各科との密な連携を行い集学的治療が重要と言える。

【結語】ICIs 投与後は血液関連有害事象の発症に留意し、症状を認めた場合は専門科に紹介のもと、速やかに対処する必要がある。

☆S2-2

下顎区域切除後の顎骨欠損に対して In-house surgical guide を用いて腸骨移植を行った 2 例

○白山 紗希¹⁾, 横尾 嘉宣²⁾, 有田 英生³⁾, 井上 晏寿²⁾, 池田 真佑子¹⁾, 橋本 憲一郎³⁾, 一志 恒太⁴⁾, 平木 昭光¹⁾, 池邊 哲郎³⁾

1)福岡歯科大学 口腔・顎顔面外科学講座 口腔腫瘍学分野

2)福岡歯科大学 口腔・顎顔面外科学講座 口腔外科学分野

3)福岡歯科大学

4)福岡歯科大学医科歯科総合病院 中央技工室

【緒言】下顎再建における guided-surgery は、手術精度の向上や手術時間の短縮に寄与すると報告されている。一方で、従来の方法では移植骨の採取から固定まで術者の技術と経験に依存する傾向であった。今回、下顎区域切除後の顎骨欠損に対して3D シミュレーションを行い、In-house surgical guide を用いて腸骨移植を行い、良好な結果を得たため報告する。【症例の概要】症例 1:35 歳、男性。左側頬粘膜粘表皮癌(cT4N0M0)に対して左側下顎区域切除術、左側根治的頸部郭清術変法、金属プレート・前腕皮弁による再建術を施行した。術後 1 年半経過し再発等もなく、約 5cm の骨欠損部に腸骨移植を予定した。ProPlan CMF®(Materialise)で前腸骨稜からの採取部位、移植骨の形態・位置を決定し、当院技工室にて Dental CAD 3.1 Rijeka®(exocad)で surgical guide の設計・作成を行った。左側前腸骨稜より約 2.5×5cm 大のブロック骨をモノコルチカルで採取した。術後 10 か月経過し、移植骨の生着は良好である。症例 2:66 歳、男性。左側下顎歯肉癌(cT4aN0M0)に対して左側下顎区域切除術、左側根治的頸部郭清術変法、金属プレート・大胸筋皮弁による再建術を施行した。術後 1 年半経過し再発等もなく、約 9cm の骨欠損部に腸骨移植を予定した。本症例では両側前腸骨稜より移植骨を採取することとし、1 症例目と同様に計画を行った。前腸骨稜より右側は約 2.5×4.6cm 大、左側は約 3.3×約 4.5cm 大のブロック骨をモノコルチカルで採取した。術後 10 か月が経過し、移植骨の生着は良好である。両症例ともに再建プレートへの固定は容易で、下顎骨との適合も良好であり、手術時間が大きく短縮された。現在、術後感染等を認めず、経過良好であり、補綴科と連携して今後の治療について計画している。【結語】In-house surgical guide を用いることで、腸骨の理想的な形態・位置から採取部位を仮想現実内で定義でき、実際の手術でも計画通りの顎骨再建ができる。そのことにより手術時間は短縮し、術後感染などにも寄与することが期待される。

☆S2-3

上顎洞に進展した顎骨デスモイド腫瘍の 1 例

○青木 隆宏, 吉野 綾, 疋田 吾子, 浦川 茜, 眞野 亮介, 近藤 誠二
福岡大学 医学部医学科 歯科口腔外科学講座

【緒言】

デスモイド腫瘍は局所浸潤性は強いものの、遠隔転移を起こすことがない良性と悪性の中間的性格を持ったまれな腫瘍である。今回われわれは、顎骨における歯源性良性腫瘍を疑う臨床所見を伴いながら上顎洞内に進展した顎骨デスモイド腫瘍の 1 症例を経験したので報告する。

【症例】

患者は 29 歳、女性。かかりつけ歯科にて矯正中に左側上顎骨の精査加療目的に当科紹介受診となった。パノラマ、CT 画像検査では左側上顎第 2 小臼歯および第 1 大臼歯間の歯根離開が見られ、同部の歯槽突起から上顎洞内に連続進展し側壁を圧迫吸収する、比較的境界明瞭な腫瘤影を確認した。両側頸部リンパ節には異常所見を認めなかった。生検では明確な組織型が確定できず、全身麻酔下での腫瘍切除方針となった。標本の病理検査にて線維粘液性間質を背景に疎な紡錘形細胞を認め、 β -catenin の核発現が見られなかったが desmoid type fibromatosis の可能性が示唆された。現在経過継続中であるが、局所再発所見はない。

【結語】

頭頸部領域に発生したデスモイド腫瘍の報告例は未だ少なく、慎重な経過観察が求められる。

☆S2-4

遺伝的背景が示唆された多発性骨外性セメント質骨形成線維腫様病変の小児の一例

石井 歩¹⁾, 澁谷 南¹⁾, 廣藤 雄太³⁾, 藤永 貴大^{1,2)}, 久保 慧乃葉¹⁾, 澁澤 伸英¹⁾, 大山 順子¹⁾, 福本 敏³⁾, 清島 保⁴⁾, 森山 雅文¹⁾

1)九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 口腔顎顔面外科学分野

2)大隅鹿屋病院 歯科口腔外科

3)九州大学大学院歯学研究院 口腔保健推進学講座 小児口腔医学分野

4)九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 口腔病理学分野

セメント質骨形成線維腫 (cemento-ossifying fibroma: COF) は, WHO 頭頸部腫瘍分類第 5 版で良性間葉性歯原性腫瘍に分類され, 顎骨に発生し, 骨様およびセメント質様の石灰化形成を特徴とする比較的まれな腫瘍である. COF は通常は孤発性, 骨内性だが, 多発例や骨外性の報告もあり, 遺伝子変異の関与も示唆されている. 一方, 周辺性骨形成線維腫 (peripheral ossifying fibroma: POF) は骨形成性エプーリスとも呼ばれ, 歯肉に生じる有茎性増殖性病変で, 骨形成や異栄養性石灰化を伴うこともある. COF と同様小児例や多発例は少なく, 遺伝的背景を示唆する報告はない. 今回われわれは, POF に類似する多発性歯肉腫瘍を呈したが, 遺伝的背景が示唆され, 骨外性 COF 様病変疑いと診断した小児例を経験したので報告する.

症例は 3 歳 8 か月女児で, 多発性歯肉腫瘍の精査加療目的で当院小児歯科を受診し, 手術目的で当科を紹介された. 口腔内には歯頸部に連続する有茎性腫瘍を多数認め, X 線画像では一部に石灰化像を認めたため当初 POF を疑った. 一方, 祖母, 母, 叔父, 姉, 従妹にも同様の腫瘍形成の既往があり, 遺伝的背景が示唆された. 全身麻酔下で腫瘍切除を行い, 病理組織学的には線維芽細胞増殖, 線維性結合組織の増生, 層板状骨およびセメント質様硬組織形成を認め, 遺伝的背景も加味して多発性骨外性 COF 様病変と診断した. 術後 9 か月で切除部の一部に再発を認めただけでなく, 他部位歯肉にも新規の腫瘍を認めたため, 病変に連続する歯根膜部を可及的に搔爬して再切除を施行したところ, 半年が経過した現在でも再発は認めない.

患児の母親も, 幼少期から腫瘍形成と切除を繰り返し, 最終的には複数の永久歯抜歯で症状寛解している. 患児にも同様の QOL 低下が懸念され, 厳重な経過観察が必要である. さらに, 病因解明と診断・治療法確立のため, 遺伝学的解析を予定している.

☆S2-5

未診断 HIV 患者の下顎歯肉に発生した形質芽細胞性リンパ腫の一例

○三谷 爽¹⁾, 田中 純平¹⁾, 西牟田 文香²⁾, 吉岡 泉²⁾, 土生 学¹⁾

1)九州歯科大学 病態制御学講座 顎顔面外科学分野

2)九州歯科大学 生体機能学講座 口腔内科学分野

【緒言】

形質芽細胞性リンパ腫 (Plasmablastic lymphoma 以下; PBL) は形質芽細胞様の腫瘍細胞がびまん性に増殖する疾患であり, WHO 分類第 4 版 (2008) で非ホジキンリンパ腫の一型として追加分類された. 主に HIV 陽性者や免疫不全患者の歯肉や硬口蓋に発生し, 易出血性腫瘍を形成することを特徴とする. 今回われわれは, 未診断の HIV 感染者において下顎大白歯抜歯後に発生した PBL の 1 例を経験したので報告する.

【症例】

52 歳男性. 左下顎歯肉の腫脹を主訴に当科を受診した. 既往歴に高尿酸血症, 脂質異常症, 高血圧症を認めた. 初診時, 左下顎大白歯抜歯窩に弾性やや軟の肉芽腫様病変を認めた. CT では, 左下顎歯肉に境界明瞭な腫瘍を認め, 両側頸部リンパ節の腫大を伴っていた. 血液検査で可溶性 IL2 レセプター高値を示し, 悪性リンパ腫が疑われた. 生検標本では, 上皮下に大型の類円形異型細胞の増殖を認めた. 免疫染色では CD138 陰性, EBER 陽性, Ki-67LI が 90%以上, CD79a・ λ ・MUM1・c-Myc 陽性および PAX5 陰性を示し, PBL と診断された. また, 術前検査で TPHA および RPR 陽性を示し, HIV 検査を追加したところ, HIV 陽性であり, CD4 陽性 T 細胞数の著名な低下を認めたため, AIDS と診断された. PBL および AIDS の同時治療が必要と判断され, 某大学附属病院血液内科へ転院となった. 現在 PBL および AIDS に対して化学療法を施行中である.

【考察】

本症例では, 抜歯後の異常治癒を契機として PLB が疑われ, 未診断の HIV 感染および AIDS が発見された. HIV 感染者では, 口腔内に特徴的な病変が早期に出現することが多く, 歯科医師がその初期兆候を的確に捉えることは極めて重要である. 日常診療における慎重な観察と迅速な対応が, 全身疾患の早期発見および治療介入につながる事が示唆された.

当科における咀嚼筋腱・腱膜過形成症 10 例の後方視的検討

○小池 恵利加, 坂本 瑞樹, 坂本 泰基, 古賀 理紗子, 上加世田 泰久,
赤星 祐香, 光安 岳志, 川野 真太郎

九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 顎顔面腫瘍制御学
分野

【諸言】咀嚼筋腱・腱膜過形成症は、咬筋や側頭筋の腱・腱膜の過形成が起因した開口障害を呈する疾患で、緩徐に進行した開口障害、咬筋前縁における硬い索状物の触知、そして MRI 所見での strike root appearance などの特徴とする。治療は、手術療法と術後開口訓練が重要だが、臨床所見や治療・予後に関する近年の報告は少ない。そこで本発表では、当科で経験した咀嚼筋腱・腱膜過形成症の患者について若干の文献的考察を交えて報告する。

【対象・方法】2015 年から 2025 年までに当科で咀嚼筋腱・腱膜過形成症の臨床診断に対して全身麻酔下に手術治療を行った 10 例(男:女=1:9)を対象とし、臨床所見、術式の選択と開口域の推移、そして術後経過について後ろ向きに検討した。【結果】平均年齢は 47.5±10.8 歳で、病歴期間は平均 12.2±10.3 年、初診時の自力開口域は平均 21.6±5.24 mm (12~30 mm) であった。MRI にて strike root appearance を咬筋に全例で認め、内側翼突筋に 8 例で認めた。手術開始時の開口域は平均 22.9±3.54 mm (18~30 mm) で、まず咬筋腱膜切除術を 10 例で施行し、開口域は平均 28.8±5.79 mm (22~40 mm) に改善した。続いて 1 例で側頭筋膜切離術を施行し、9 例で筋突起切離術を施行した結果、開口域は 38.8±7.57 mm (30~50 mm) に改善した。さらに、内側翼突筋腱膜切除術を施行した 4 例は、43.8±5.67 mm (35~50 mm) に改善した。結果、術中の最大開口域は平均 42.8±6.89 mm (35~50 mm) に改善した。開口訓練は術後平均 3.30±1.57 日で万能開口域を用いて、術中の最大開口域を目標に開始した。開口域の維持・増大を認めたのは、術後 3 か月で 7/10 例、さらに術後 6 か月では 5/10 例であった。

【考察】手術療法の工程で最も開口域の改善に寄与していたのは、永尾らの報告と同様に、側頭筋・筋突起の処理であった。ただし、手術侵襲や開口訓練の苦痛を考慮すると、更なる開口域の維持・改善には、術直後に加えて退院後にも、厳密な患者指導による開口訓練の長期継続へのモチベーション向上が必要である。

根管治療後に生じた知覚異常の 1 例

○牧原 弘幸¹⁾, 伊藤 発明²⁾, 桃北 萌子³⁾, 上村 啓成³⁾, 安井 和海³⁾, 角田 智紀³⁾, 伊藤 由有希³⁾, 前田 早苗³⁾, 水野 進³⁾

1) 総合大雄会病院 口腔外科・有病者歯科

【緒言】

下顎小臼歯部ではオトガイ孔や下歯槽管が近接することがあり、根管治療時に神経障害を生じる危険がある。今回われわれは、右側下顎第二小臼歯根尖がオトガイ孔と重なっていた 1 例を経験したので報告する。

【症例】

患者は 69 歳、男性。2025 年 8 月、右側下顎第二小臼歯の根管治療後より右下顎にしびれ感が出現し、当科を紹介受診した。体格はやや痩せ型で、全身的に特記すべき異常はなかった。顔貌は左右対称で腫脹、疼痛、開口障害を認めず、右側下唇およびオトガイ部に VAS 8/10 の知覚異常を認めた。右側下顎第二小臼歯はセメント仮封されており、自発痛や打診痛はなく、根尖部歯肉に圧痛と発赤を認めた。パノラマ X 線写真で同歯根尖がオトガイ孔と同一投影上に位置し、CT 画像では両者が三次元的に重なっていた。根尖部周囲の炎症によりオトガイ神経が機械的または化学的に刺激された可能性が考えられた。炎症所見を認めたためアモキシシリンを投与した。知覚異常に対しては、患者がビタミン B₁₂ 製剤の内服を希望せず経過観察とした。初診 1 週間後の再診時には炎症症状が軽快し、知覚鈍麻の範囲も縮小していた。患者の希望によりこれ以上の加療は行わず、当科は終診とした。

【考察】

Manrique らは下顎第二小臼歯根尖と下歯槽管との距離を右側 5.22 mm、左側 5.52 mm と報告し、性別では男性右側 5.46、左側 5.76 mm、女性右側 4.97、左側 5.28 mm と述べている。これらは平均値であり個人差が大きい。とくに下顎管の走行形態や歯根位置によっては距離が著しく短くなることもある。Bürklein らの CBCT 解析では、下顎第二小臼歯根尖が下歯槽管に接していた症例が 3.2% に認められた。本症例のように根尖とオトガイ孔が重なる形態はまれであり、術前に CBCT を用いて神経走行を把握することが神経障害防止のうえで重要と考えられた。

肝硬変による血小板減少症患者に対し、新規トロンボポエチン受容体作動薬(アバロンボパグ)を投与し拔牙を行った1例

○石川 百子¹⁾, 山城 康太¹⁾, 後藤 雄一¹⁾, 久米 健一¹⁾, 別府 真広¹⁾,
長谷川 利聡²⁾, 楠元 順哉¹⁾, 野間 優作²⁾, 中村 麻弥²⁾, 比地岡 浩志²⁾,
奥井 達雄¹⁾²⁾

1)鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 顎顔面機能再建学講座 顎顔面疾患制御学分野

2)鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター口腔外科

【緒言】血小板減少症は慢性肝疾患の患者に多くみられる合併症である。拔牙などの観血的処置時の対応としては血小板輸血が知られているが、輸血後合併症が発現する可能性がある。今回われわれは、肝硬変による血小板減少症患者に対し、新規トロンボポエチン受容体作動薬(TPO-RA)を投与し拔牙を行った1例を経験したので報告する。

【症例】59歳、女性。主訴:拔牙適応歯の精査加療依頼。現病歴:202X年3月、慢性根尖性歯周炎に対し外来局所麻酔下で拔牙術を計画するも血小板数の低値を認め中止となった。専門医療機関で全身管理下での治療を勧められ202X年4月当科紹介初診した。既往歴:肝硬変、肝性脳症、狭心症、慢性膵炎、甲状腺機能低下症、アレルギー性結膜炎、歯科治療恐怖症。現症:パノラマX線写真で17、18、36、47は根尖病巣を認めた。血液検査で血小板数は $34000\mu\text{L}$ であった。診断:17、18、36、47慢性根尖性歯周炎、血小板減少症。経過:血小板低値と歯科治療恐怖症にて、止血管理目的に入院し、静脈内鎮静下での拔牙を計画した。肝硬変および血小板減少症に対して、当院肝臓内科へ対診を行い、術前にTPO-RAであるアバロンボパグを服用し処置を行う方針とした。拔牙10日前から5日間内服を行い、処置前日の血小板数は $119000\mu\text{L}$ まで増加した。静脈内鎮静麻酔下で17、18、36、47の拔牙術を施行し、術後1日目も血小板数は $123000\mu\text{L}$ であり、止血良好なため退院となった。術後2週間、血小板数 $35000\mu\text{L}$ とアバロンボパグ投与前付近まで低下を認めた。

【考察】TPO-RAは血小板産生を促進する遺伝子組み換えタンパク質で、特発性血小板減少性紫斑病や化学療法による血小板減少などの治療に使用されている。これまで血小板輸血に代わる治療選択としてTPO-RAのルストロンボパグが臨床使用されていたが、重度肝機能障害患者は適応外であった。アバロンボパグは重度肝機能障害患者に対しても適応があり、投与期間も短く、有用な選択肢と考えられる。

下顎智歯拔牙後に発症したドライソケットの臨床的検討

○山城 崇裕¹⁾, 杉山 悟郎²⁾, 吉住 潤子²⁾, 山田 朋弘³⁾, 森山 雅文²⁾

1)やましろ歯科口腔外科

2)九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 口腔顎顔面外科学分野

3)長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 口腔顎顔面外科学分野

緒言:ドライソケット(dry socket:DS)は拔牙後の代表的な合併症であり、血餅の喪失または形成不全により歯槽骨が露出し、激しい疼痛を引き起こす。原因やリスク因子については諸説あるが、未だ不明な点が多い。本研究では臨床的特徴からリスク因子を抽出し、病態生理の解明への一助となることを目的として、下顎第三大臼歯拔牙におけるDSの発生率および関連因子を、単一術者による症例に限定して後ろ向きに検討した。

対象および方法

2020年6月から2024年3月までに当院で下顎第三大臼歯の拔牙を受けた2407人(3057歯)であり、年齢・性別・喫煙歴・服薬歴・歯の埋伏状態・拔牙時間などの臨床情報とX線画像に対して統計学的解析を行った。DSは術後2~5日以内に疼痛を訴え、局所麻酔薬の塗布により症状が改善した症例と定義した。

結果:DSの発生率は全体で2.6%(80症例)であり、女性(3.3%)に多く、男性(1.4%)との間に有意差が認められた($p=0.00085$)。経口避妊薬服用者では、15.4%と非服用者に比べて発生率が有意に高かった($p=0.00005$)。年齢別では30代後半にピークを示した。水平埋伏歯(3.7%)は垂直(1.9%)や近心傾斜(1.3%)に比べて有意に高頻度で発症した($p=0.00220$)。拔牙時間が7分以上の症例では発生率が4.4%と有意に高く($p<0.00001$)、多変量解析の結果、女性、経口避妊薬の服用、水平埋伏歯、拔牙時間の長さが独立したリスク因子として抽出された。喫煙歴やその他の内服薬の使用歴に特記すべき事項はなかった。

考察:性別、薬剤使用といった全身的要因に加え、手術時間、埋伏歯の状態および手術侵襲度などの局所要因がDSの発症に影響することが示唆される。

顎矯正手術前後の口腔関連 QOL の変化 : ClassⅡと ClassⅢの比較

○宇野 太郎¹⁾, 勝野 健一郎²⁾, 吉賀 大午²⁾, 森 雄基²⁾, 吉岡 泉²⁾

1)九州歯科大学 生体機能学講座 口腔内科学分野

2)門司掖済会病院 歯科口腔外科

【目的】

顎変形症患者の術前後における口腔関連 QOL の変化を明らかにすることを目的とした。特に ClassⅡおよび ClassⅢの患者の口腔関連 QOL を比較した。

【材料及び方法】

本学附属病院で顎矯正手術を施行した患者のうち本研究の目的を説明し、同意が得られた女性患者 64 名 (ClassⅡ:21 名, ClassⅢ:43 名)を対象とした。手術直前と術後3か月で Oral Health Impact Profile 14 (OHIP-14)を用いて評価した。

【結果】

顎変形症患者は OHIP-14 全体のスコアが術前と比べて術後に有意に低かった(QOL が向上した)。すべてのカテゴリースコアで術後は術前よりもスコアが低く(QOL が向上), 機能の制限, 身体的疼痛, 心理的不快, 身体的障害, 精神的障害, ハンディキャップにおいては術後のスコアが術前のスコアに比べて有意に低かった(QOL が向上した)。

術前の OHIP-14 全体のスコアでは, ClassⅡの患者は ClassⅢの患者と比較して有意に低かった(QOL が向上した)。カテゴリー別にみると, すべてのカテゴリーで ClassⅡの患者は ClassⅢの患者と比較してスコアが低く(QOL が向上), 機能の制限, 心理的不快においては有意にスコアが低かった(QOL が向上した)。

術後の OHIP-14 全体のスコアでは, ClassⅡの患者は ClassⅢの患者と比較して有意に低かった(QOL が向上した)。カテゴリー別にみると, すべてのカテゴリーで ClassⅡの患者は ClassⅢの患者と比較してスコアが低く(QOL が向上), 機能の制限, 身体的障害においては有意にスコアが低かった(QOL が向上した)。

【結論】

顎変形症患者の口腔関連 QOL は術前後で改善し, ClassⅡの患者は ClassⅢの患者と比較して高い QOL を示した。

Pembrolizumab 単回投与 3 ヶ月後に急性腎障害を認めた1例

○前城学, 河野辰行, 阿部史佳, 栗林佳奈, 鎌手美栄, 山田一道,

阿南友紀, 菅原大然, 河野憲司

大分大学医学部 歯科口腔外科学講座

【緒言】免疫チェックポイント阻害薬はさまざまな免疫関連有害事象(irAE)を引き起こすが、Grade3 以上の急性腎障害は非常に稀である。今回われわれは、Pembrolizumab 投与 3 か月後に急性腎障害を生じた1例を経験したので報告する。

【症例】78 歳男性。【初診日】201X 年 1 月。【既往歴】当科受診の 20 年前に喉頭癌、中咽頭癌にて化学放射線療法、2 年前に右尿管癌にて右腎尿管全摘術を受けた。【経過】右軟口蓋扁平上皮癌の診断で 201X 年 3 月に切除術を施行した。1 年 3 か月後に軟口蓋癌再発にて腫瘍切除術、さらに 2 年後に右舌扁平上皮癌にて舌部分切除術を施行した。その 2 年後舌癌再発(rT4aN0M0)を認め、今回の入院となった。腫瘍は舌根部を超え、舌正中まで進展していたため舌垂全摘出術と遊離皮弁再建術を計画したが、待機期間が 1 か月を超える見込みであったため術前化学療法の方針とした。片腎で Crea 2.1mg/dl と腎機能障害を認めたため、Pembrolizumab 単剤投与を選択した。投与後に有害事象はなく、投与 16 日後に全麻下に気管切開術、右側肩甲骨筋上頸部郭清術、舌垂全摘術、前外側大腿皮弁による再建術を行った。術後に嚥下障害を生じたため嚥下訓練を行ったが、十分に改善しなかったため胃瘻造設を行い、転院の方針となっていた。しかし投与から 110 日が経過した時点で Crea が 2.3 から 3.95 mg/dl へと急激な腎機能増悪を認めたため、当院腎臓内科にコンサルテーションを行った。尿量が少なかったため当初は腎前性腎障害を疑ったが、尿中 β 2MG の著増から Pembrolizumab 投与に伴う irAE の診断となり、PSL(25mg/日)が開始された。腎機能は徐々に改善し、透析導入は回避できた。PSL 投与開始から 40 日目に Crea 2.19 mg/dl まで回復し、当科退院となった。現在、PSL 内服を継続しながら外来通院下で経過を診ている。PSL は開始から 80 日経過した現在 10 mg/日まで減量でき、また腫瘍再発もなく経過している。【結語】irAE は様々なものが知られているが、本症例のように単回投与であっても、投与から数か月が経過した後に重篤な副反応が生じることがある。投与終了後は害事象の発生を念頭に入れ、注意深く経過観察を行う必要がある。

嚢胞腔に石灰化物を認めた歯原性角化嚢胞の 1 例

○野口 幸恵¹⁾, 別府 真広²⁾, 楠元 順哉³⁾, 京田 詩織³⁾, 野間 優作³⁾,
嶋 香織³⁾, 笹平 智則³⁾, 奥井 達雄³⁾

1) 鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 顎顔面疾患制御学分野

2) 鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 分子口腔病理学分野

【緒言】歯原性角化嚢胞は歯原性嚢胞の約 20%を占め、口腔外科領域では遭遇する機会の多い疾患である。一般的に歯原性角化嚢胞は病理組織学的に嚢胞壁が錯角化し、内腔に角化物を認める。一方で嚢胞壁の石灰化や内腔に石灰化物を認める症例の報告はまれである。我々は嚢胞腔に石灰化物を認めた歯原性角化嚢胞の 1 例を経験したので報告する。

【症例】25 歳, 男性。知的発達障害あり, 近医歯科より, 集中的う蝕処置依頼で当院小児歯科に紹介となった。パノラマ X 線にて左上顎前歯部に嚢胞様透過像を認め, 鎮静下で CT 撮影行ったところ内部に不規則な不透過像を含んでいた。左側上顎骨嚢胞の診断にて, 日帰り全身麻酔下で顎骨嚢胞摘出術を施行した。術中所見では黄褐色の内容物を認めた。病理組織所見として, 嚢胞壁は石灰化を伴う錯角化重層扁平上皮に裏装され, 内腔には多量の角化変性物とともに石灰化し脱落した上皮を認め, 診断は歯原性角化嚢胞であった。現在まで再発は認めていない。

【考察】一般的に画像所見において顎骨の透過像内に石灰化を伴う疾患として, 石灰化歯原性嚢胞, 石灰化上皮性歯原性腫瘍, 腺腫様歯原性腫瘍が挙げられるが, 今回のように組織内に石灰化を伴う歯原性角化嚢胞は比較的でまれある。通常は比較的大きな病変の場合, 各々に再発の可能性を含めた性質の違いに応じて術式が異なるため, 術前の組織生検を行い, 確定診断を得てから術式を決定することが望ましい。本症例では患者に知的発達障害があり局麻下や鎮静下での組織生検が困難であることから, 再手術の可能性を考慮しつつ術前画像診断・術中所見も含め, 一期的に手術が完遂できる方法を考え, 嚢胞摘出術・骨削合を選択した。病理診断の結果, 歯原性角化嚢胞であったため追加外科処置は行わず, 画像検査も含めた定期的経過観察を継続する方針としている。

【結語】今回我々は, 嚢胞内部に石灰化物を認めた歯原性角化嚢胞の 1 例を経験した。

多房性 unicystic エナメル上皮腫の一例

○石橋 優貴¹⁾, 上妻 亜也子¹⁾, 浦田 周²⁾, 吉永 拓生³⁾, 金本 政樹³⁾,
窪田 泰孝³⁾

1) 佐世保共済病院 歯科口腔外科

2) 長崎大学病院 口腔外科

3) 大隅鹿屋病院歯科 口腔外科

【緒言】unicystic エナメル上皮腫(UAM)は比較的まれな疾患で, その内多房性が占める割合は約 2 割とされる。Ackermann らは UAM を luminal type, intraluminal/plexiform type と mural type に分類し, luminal type は適切に摘出されれば比較的予後良好とされる。今回われわれは, 下顎骨体部に生じた luminal type の多房性 UAM に対して開窓療法後に摘出を行った一例について報告する。

【症例】11 歳男児。2024 年 X 月, 右側頬部の腫脹を主訴に近在の耳鼻咽喉科より当科紹介となった。初診時, 右側下顎臼歯部頬側に骨膨隆を認めた。右下唇部の知覚異常は認めなかった。パノラマエックス線および CT 検査では 6㌢から下顎枝後縁にかけて埋伏した 87㌢と境界明瞭な多房性の嚢胞様透過像を認めた。頬舌的にも著明な骨膨隆と皮質骨の菲薄化を認め, 下方は下顎下縁に達していた。また病変に含まれる 65㌢ 歯根にはナイフカット状の歯根吸収がみられた。同月に 6㌢ 遠心部より生検を行ったところ, UAM luminal type の組織像であった。翌月に全身麻酔下に 65㌢ 抜歯術および開窓術を施行した。術中, 病変内部の隔壁構造を取り除き単一腔とした。術後 CT にて単一腔であり, 病変の著明な縮小および骨新生が確認されたため, 初回手術から 5 か月後, 全身麻酔下に埋伏した 87㌢ の抜歯術および腫瘍摘出術を施行した。病理組織検査で腫瘍細胞が裏層上皮にのみ認められたため, 術後は厳重な経過観察のみとした。現在, 腫瘍摘出後から約 1 年が経過しているが, 下顎骨形態は概ね良好に保たれ, 再発所見もみられていない。今後も長期にわたる経過観察を継続する予定である。

術前矯正治療前に甲状腺乳頭癌を認めた顎変形症患者の一例

○後藤 雄一¹⁾, 久米 健一¹⁾, 長谷川 利聡²⁾, 山城 康太³⁾, 石川 百子¹⁾, 田中 達朗²⁾, 石畑 清秀³⁾, 西條 英人³⁾, 奥井 達雄³⁾

1)鹿児島大学医歯学総合研究科 顎顔面機能再建学講座 顎顔面疾患制御学分野

2)鹿児島大学医歯学総合研究科 腫瘍学講座 顎顔面放射線学分野

3)鹿児島大学医歯学総合研究科 顎顔面機能再建学講座 口腔顎顔面外科学分野

【緒言】甲状腺がんは 30～50 歳代の女性に多いとされ全てのがんの約 1%を占める。顎変形症患者の治療前スクリーニングで甲状腺疾患が指摘されることは少なく、甲状腺がん治療後の外科的矯正手術についての報告も稀である。今回われわれは、顎変形症の術前矯正治療前に甲状腺乳頭癌が見つかり、治療後に下顎枝矢状分割法を実施した一例を経験したので報告する。【症例】40 歳代の女性。オトガイの突出感を主訴に来院した。骨格性下顎前突症に対し、矯正歯科にてパノラマ X 線撮影を行った。上顎正中の透過像に対し精査のため当科受診し単純 CT を撮影したところ、甲状腺左葉に類円形で内部不均一な病変を認めた。当院甲状腺外科での精査の結果、甲状腺乳頭癌と診断され、甲状腺全摘出術、D2b 郭清術および術後放射性ヨード内用療法(Radioactive Iodine Therapy: RAI)を行った。放射性ヨウ素(I-131)の投与量は 3.7GBq であった。退院後、患者の希望もあり術前矯正治療を開始した。術前矯正治療開始 3 年 6 か月後に下顎枝矢状分割法(SSRO)を行った。術後 6 か月の画像評価にて骨癒合を確認し、プレート除去術を行った。甲状腺がんの再発はなく、外科的矯正術後の治癒も良好であり、現在術後矯正治療中である。【考察】RAI は放射性ヨウ素を経口投与し残存する甲状腺組織や甲状腺がん細胞を選択的に破壊する治療法である。顎下腺への吸収線量は約 0.14～0.48 Gy/GBq とされているが、顎骨への影響は不明である。RAI 後に外科的矯正手術を行った報告は渉猟した限りなく、今回 SSRO 術後の骨癒合は比較的良好であり、RAI 後の外科的矯正手術は他因子がない限り可能と考えられた。【結果】今回われわれは、術前矯正治療前に甲状腺乳頭癌が確認され、治療後に外科的矯正手術を施行し、良好な経過を得た一例を経験した。

当院で Quad Shot を施行した頭頸部癌症例の臨床的検討

○緒方 瑞穂, 谷口 広祐, 舩津 透琉, 近藤 真佳, 上田夏野, 中尾 美文, 東真 有香, 中川 文雄, 森 久美, 中島 健

国立病院機構熊本医療センター 歯科口腔外科

【目的】BSC の頭頸部癌患者の緩和治療の選択肢として、身体的負担が軽く症状軽減が見込める緩和照射が選択される場合がある。IMRT を用いた Quad Shot(以下 QS)は、進行抑制や除痛などの効果が期待でき QOL の改善に有効であるため、近年緩和治療として広く認知されてきている。今回われわれは、当院で BSC となった頭頸部癌患者に QS を施行した症例に対し後方視的な調査を行ったため、若干の文献的考察を加え報告する。

【方法】対象は 2018 年 1 月から 2025 年 5 月までの間に当院を受診し、頭頸部癌と診断され QS を施行した 12 例とした。検討項目は以下の通りであり、性別、年齢、腫瘍部位、ステージ分類、照射量、症状の変化、有害事象の有無、予後について評価を行った。

【結果】患者分布は男性 4 例、女性 8 例で初診時平均年齢は 81.3 歳であった。対象となった頭頸部癌の内訳は、舌癌 2 例、歯肉癌 2 例、頬粘膜癌 1 例、口底部癌 2 例、大唾液腺癌 3 例、上顎洞癌 1 例であり、臨床診断ステージ分類はⅠ期 1 例、Ⅲ期 3 例、Ⅳ期 8 例であった。

多くの症例が QS の総線量 44.4Gy を 3 コースに分けて照射し、必要に応じて追加で 3 コース照射が行われていた。そのうち腫瘍の縮小や疼痛軽減等の一時的に症状緩和が認められた症例は 8 例であった。また QS による口腔粘膜炎の有害事象は Grade1 が 7 例、Grade2 が 4 例であり、Grade3 以上の症状は認められなかった。

【総括】QS は症状の緩和を期待でき有害事象も少ないことから、有効な緩和治療の 1 つと考えられた。

顎骨嚢胞摘出術における歯間乳頭保存切開 (papilla base incision) の適応

○合島 怜央奈, 山下 亮, 蒲原 麻菜, 檀上 敦, 山下 佳雄
佐賀大学 医学部 歯科口腔外科学講座

【緒言】顎骨嚢胞摘出術に際しては、嚢胞や骨欠損の大きさ、辺縁歯肉の状態、デザインする歯肉弁の血流などを考慮した切開線を選択する必要がある。特に審美性と機能性の両面を考慮する必要があるが、歯肉溝切開を行う場合は歯肉退縮による審美的問題が生じやすい。歯間乳頭保存切開 (papilla base incision) は、外科的歯内療法に用いる切開線として報告されており、歯間乳頭基底部と辺縁歯肉中央部歯肉溝に切開を行い、歯間乳頭部は剥離しない。歯肉弁の復位が容易で、乳頭部の退縮が少なく審美面での利点があげられる。しかし、比較的サイズの大きな顎骨嚢胞に対する本切開法の報告は少ない。

【症例および方法】症例は男性 3 名、女性 1 名の 4 名で、全症例ともに上顎であった。年齢は 39～59 歳、嚢胞の最大径は 20mm～33mm で平均 24.8mm、前歯部を含むものが 3 例であった。術前に歯肉溝の深さが 4mm 以上の歯には歯肉溝切開を適応した。歯間乳頭を温存して歯肉弁を剥離、嚢胞を摘出し、必要に応じて歯根端切除を行った。縫合は 5-0 と 6-0 モノクリルを併用して用い、術後 5 日以内に抜糸を行った。術後 1～2 年での歯肉部の治癒を評価した。

【結果】全症例ともに歯肉の治癒は良好で乳頭部の退縮はなく、審美面の温存は良好であった。しかしながら、直線状となった創が目立つ症例もあった。

【考察】病変サイズが大きな顎骨嚢胞に対して、辺縁歯肉が健全である症例は創治癒や審美的回復を考慮して、歯間乳頭保存切開も選択肢の一つと考える。

アルミノックス症例検討会で承認を受けるも施術に至らなかった局所進行口腔扁平上皮癌の 2 症例

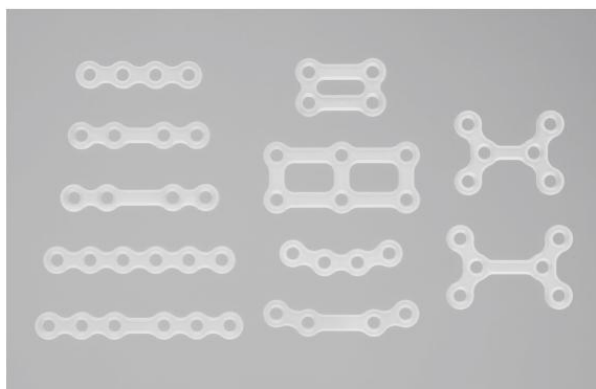
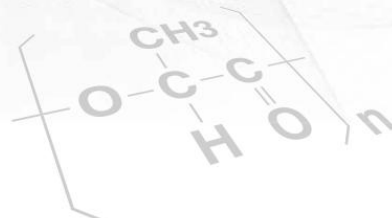
○中村 守蔵, 今井 匠, 松尾 勝久, 日野 聖慧, 安陪 由思, 篠崎 勝美,
楠川 仁悟
久留米大学医学部 歯科口腔医療センター

【緒言】頭頸部・口腔がんアルミノックス治療は、根治、腫瘍減量、症状緩和、QOL 改善などを目的として施術するがん治療であり、近年に承認された新規治療法として症例の蓄積とともに適応症例や治療のタイミングは段階的に最適化されており、アルミノックス症例検討会を通じて本治療のもつ可能性を高めるシークエンスについて試行錯誤されている。今回、われわれはアルミノックス症例検討会にて治療の承認を受けるも、患者の自己決定権や急激な腫瘍増大を理由に施術に至らなかった局所進行口腔扁平上皮癌の 2 例を経験したので報告する。【症例 1】72 歳、男性。尋常性天疱瘡で口腔粘膜に硬化や肥厚がある患者で、左側舌 SCC への 2 度の切除を経て、左側舌・右側舌下面・右側下顎歯肉に SCC が生じ、多発口腔癌と診断した。重度の天疱瘡を有する口腔がん患者への広範囲切除後の治癒への不安や放射線治療による新たな自己免疫疾患の発生などのリスクにて治療の選択肢が限定された。最も有効性の高い治療と考えられたアルミノックス治療を提案して症例検討会で承認されたが、多剤併用による免疫治療 (自費) に希望を求めて転院され施術中止となった。【症例 2】63 歳、男性。他院にて右側舌 SCC (T3N2cM0) に対する外科的手術を了承されずに当センターを紹介受診され、超選択的動注化学療法で根治を得るも数年後に癌の再発、放射線性顎骨壊死が生じた。舌-口底-下顎合併切除術、腹直筋皮弁再建、硬性再建を施行したが、術後創部感染と癌の再発が生じて右側舌 SCC (rT4aN0M1) の診断に至った。ICI を導入し、腫瘍減量目的としてのアルミノックス治療が承認されたが、短期間での急激な腫瘍増大にて施術中止となり BSC となった。【考察】施術に至らなかった口腔癌 2 症例を経験し、今後、集学的治療の一つとしてアルミノックス治療導入のタイミングを最適化していくためには、治療目的を明確にしてシークエンスに組み込むことが重要になると考えた。

GUNZE

吸収性体内固定用ネジ・吸収性体内固定用プレート

NEOFIXTM ネオフィックス



NEOFIXは、PLLAを原材料とした

吸収性体内固定用ネジ・吸収性体内固定用プレートです。

プレート・スクリューのラインナップを使い分けることで、
頭蓋、中顔面、上顎、下顎の症例に幅広くご使用いただけます。

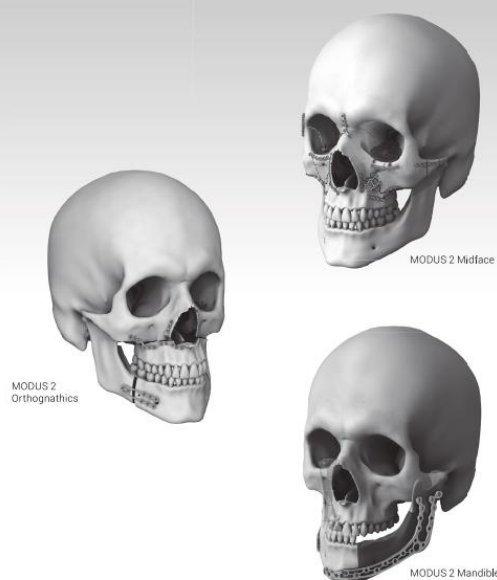
高度管理医療機器

医療機器承認番号 20600BZX00666000

製造販売業者 グンゼ株式会社

MODUS[®] 2

- ・中顔面、下顎骨、顎矯正手術における幅広い症例に対応するシステムです。
- ・Medartis社のテクノロジーを取り入れ、新たに開発されたインプラント及びインストゥルメントシステムです。



製造販売業者 グンゼメディカル株式会社

販売名：MODUS 2 プレートシステム G1 承認番号：30300BZX00318000 販売名：MODUS 2 プレートシステム G2 承認番号：30300BZX00332000
販売名：MODUS 2 プレートシステム G4 承認番号：30300BZX00328000 販売名：MODUS 2 スクリューシステム 承認番号：30300BZX00329000
販売名：MODUS 2 骨手術用器械 届出番号：13B1X00180000191 販売名：MODUS 2 ツイストドリル 届出番号：13B1X00180000192
販売名：MODUS 2 ドライバープレート 届出番号：13B1X00180000194 販売名：MODUS 2 ドライバーハンドル 届出番号：13B1X00180000195
販売名：MODUS 2 ピンセット 届出番号：13B1X00180000197

medartis[®]

PRECISION IN FIXATION

GUNZE MEDICAL

グンゼメディカル株式会社

販売業者 グンゼメディカル株式会社

〒530-0003 大阪市北区堂島2丁目4-27 JRE堂島タワー5F

文章管理No. P000226-2

SuperFLXSORB®/MX

吸収性骨接合材

TEIJIN
Human Chemistry, Human Solutions

販売名 スーパーフィクソープMX30
承認番号 21800BZZ10062000

販売名 スーパーフィクソープMX40
承認番号 21800BZZ10063000

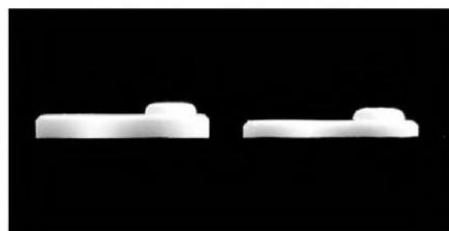
世界初の高強度HA/PLLAコンポジット製吸収性骨接合材

独自の圧縮鍛造製法により強化した非焼成ハイドロキシアパタイト(u-HA)粒子とポリ-L-乳酸(PLLA)との複合体からなる生体活性をもつ全吸収性骨接合デバイスです。



操作性を追及したデザイン

- ・2サイズ(厚さ 1.0mm, 1.4mm)のミニプレート
- ・スクリューヘッドのロープロファイル化



スーパーフィクソープ MX
(プレート厚さ1.4mm)

スーパーフィクソープ MX
(プレート厚さ1.0mm)



スクリューの把持力アップ

スーパーフィクソープ MXの特長

高強度

ヒト皮質骨以上の高い曲げ強度を持っています。

生体活性

骨結合性、骨伝導性を有しています。
周囲の生体骨と直接結合し、安定した初期固定を示し、治癒を促進します。

生体適合性・安全性

生体材料として使用実績のある生体適合性・安全性が確認された材料のみで構成されています。

製品ラインナップの充実

基本的なプレート形状はもちろんのこと、様々な固定位置に適した形状を準備しています。

CT視認性

CTの三次元画像により術後のインプラントの状態を容易に観察できます。

※ 商品のお問い合わせにつきましては 下記までお願い致します。

製造販売元

帝人メディカルテクノロジー株式会社

<http://teijin-medical.co.jp>

本社 / 〒530-0005 大阪市北区中之島2-3-33(大阪三井物産ビル) TEL:(06)4706-2160

stryker

Making success
the standard

Total Solution for
Orthognathic Surgery



| Mucosal Cutting | | Bone Cutting | | Bone Fixation | | |
|---|---|---|---|--|---|---|
| Colorado Micro dissection needle | CORE2/TPX Consolidated operating room equipment | Stryker F1 Cordless small bone power tool system | Sonopet iQ Ultrasonic aspirator system | Universal Orthognathic Module Titanium plating system | AcuraFix Absorbable plating system | Vari Speed Battery driver |
|  |  |  |  |  |  |  |

医療機器承認/認証番号

2130BZY00227000
230AFBZX00051000
302AFBZX00076000
230AFBZX00035000
30100BZX00221000
30100BZX00222000
21600BZY00185000
22600BZX00666A02
229AFBZX00066000

販売名

コロラド マイクロディセクション ニードル電極
ストライカー社 CORE 2システム
ストライカー社 TPX システム
ストライカー社 F1システム
ソノペット iQ
ソノペット iQ 専用使用チップセット
ユニバーサルCMF吸着正モジュール
アキュラフィックス
Vari Speed バッテリー式電動ドライバー

Literature Number: CF09-006_Rev1
Copyright © 2025 Stryker

※本製品に関するお問い合わせは弊社営業までお願いいたします。

*製造販売業者
GUNZE MEDICAL
グンゼメディカル株式会社

販売業者
日本ストライカー株式会社
〒03 6894 0000
www.stryker.com/jp

謝辞

【協賛】

特定非営利活動(NPO)法人 日本口腔科学会

【協賛企業】

帝人メディカルテクノロジー株式会社

グンゼメディカル株式会社

日本ストライカー株式会社

デンツプライシロナ株式会社

KLS マーチンジャパン(株)

【助成】

公益財団法人宮崎県観光協会

(順不同)

スタッフ一覧

宮崎大学医学部感覚運動医学講座 顎顔面口腔外科学分野

| | |
|--------|--------|
| 山下 善弘 | 武石 敬大 |
| 永田 順子 | 馬場 園恵 |
| 金氏 毅 | 杉尾 珠美 |
| 平山 聞一 | 米良 英里子 |
| 福井 丈仁 | 蔵満 ありさ |
| 山隈 優 | 原田 小町 |
| 坪井 裕紀 | 榎木 優衣 |
| 甲斐 亮乃介 | 山内 あかり |
| 日高 恵介 | |
| 久保田 壽樹 | |

第 58 回 NPO 法人日本口腔科学会九州地方部会
講演プログラム 2025 年 12 月 5 日 発行

発行者 第 58 回 NPO 法人日本口腔科学会九州地方部会事務局 久保田壽樹
大会長 山下 善弘

〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原 5200

宮崎大学医学部感覚運動医学講座顎顔面口腔外科学分野

TEL (0985) 85-3786 FAX (0985) 85-7190

E-mail: 2025.miyazaki.jss@gmail.com
