満を有意とした．【結　果】 対象において年代別検討では 30 歳台から 60 歳台までの群間に有意差はなく 60 台以上の群間で高年齢になるに従い有意に NWJS, WJS が減少し, NWRD が増加した．S 群, N 群の比較では S 群において有意に NWJS, WJS が減少し, NWRD, RD が増加した．また有症率は S 群で有意に高く, 膝関節可動域の比較では S 群において有意に膝伸展角度, 屈曲角度が減少していた．【考察および結語】 変形性膝関節症 (以下 OA) の X 線を用いた疫学調査では, 60 歳以上で有病率が増加するとの報告があるが, 本研究でも関節裂隙狭小化を認め同様の結果が得られた．また OA に特徴的な形態として骨棘があるが, 骨棘の有無が関節裂隙狭小化, RD 量, 有症率, 関節可動域に影響した．本研究より, 一般住民健診において OA に特徴的な形態と変化が超音波検査で確認された．

20．当院における自家組織を用いた乳房再建の治療戦略

牧口　貴哉,[1] 横尾　　聡,[1] 堀口　　淳[2]
高他　大輔,[2] 六反田奈和,[2] 長岡　りん[2]
佐藤亜矢子,[2] 時庭　英彰,[2] 戸塚　勝理[2]
常田　祐子,[2] 内田沙弥香,[2] 竹吉　　泉[2]
（1　群馬大院・医・顎口腔科学）
（2　群馬大院・医・臓器病態外科学）

現在, 広背筋皮弁や腹直筋皮弁などを用いた自家組織による乳房再建は, 確立されつつある手術手技である．自家組織を用いた再建は一度皮弁が生着すれば, 将来的に体格の変化にもある程度対応し, 異物反応の心配などもなく, 優れた再建法である．患側乳房の状態, 健側乳房の大きさ・形態, 皮弁採取部, 妊娠出産予定などを考慮し, 人工物を用いた再建も視野に入れつつ適切な自家組織再建方法を決定することが重要である．患者の希望や理解度, 手術時間や乳癌の組織型による再発リスクなども考慮し, 再建時期を決定する．われわれは比較的大きな乳房の再建や, 皮島を要する二期再建では color match, texture match を考慮して, 腹直筋皮弁や DIEP flap を workhorse としている．一方, 比較的小さい乳房における SSM (skin-sparing mastectomy) や NSM (nipple-spring mastectomy) に対しては広背筋皮弁を workhorse としている．また小範囲の部分切除においては Inframammary adipo-fascial flap や真皮脂肪移植術なども検討する．

乳房再建において, 治療の王道はなく, さまざまな再建法のなかから個々の症例に合わせた best therapy を選択することが最重要であると考える．本発表では群馬大学附属病院で日常行っている自家組織を用いた乳房再建の治療戦略について報告する．

21．急性化膿性顎関節炎の 2 例

小杉　謙介，五味　暁憲，根岸　明秀
横尾　　聡　（群馬大院・医・顎口腔科学）

【緒　言】 急性化膿性顎関節炎は, 抗菌薬の発達や顎関節の解剖学的特徴からまれである．今回われわれは急性化膿性顎関節炎の 2 例を経験したので, その病状や治療について文献的考察を加えて報告する．【症　例】 症例 1：47 歳男性．右顎関節部の疼痛および咬合異常感を自覚し近医歯科にてスケーリングや右上顎智歯抜歯を受けるも改善を認めなかった．その後, 右顎関節部の疼痛が増強し, 開口障害が生じたため当科来院した．右急性化膿性顎関節炎の診断下に入院し抗菌化学療法を開始した．CT, MRI 画像より膿の貯留が示唆された．抗菌薬投与後 2 日目より右頬部の腫脹は消失傾向を呈し, 咬合異常感も改善したため退院となった．症例 2：59 歳女性．開口障害を主訴に来院．初診時, 左顎関節部から頬部の腫脹とともに全身的な倦怠感, 発熱を認めた．開口量は極端に低下し, 咬合の右側偏位や左臼歯部の開咬を呈していた．血液検査は WBC13500, CRP3.92 と炎症所見が認められた．左急性化膿性顎関節炎を疑い入院下に抗菌化学療法を開始した．翌日より開口距離の改善を認め, 全身状態軽快を認めた．【結　論】 急性化膿性顎関節炎は抗菌薬により極めて早期に消炎する事から, 適切な診断と抗菌薬投与のタイミングが重要である．また, 本疾患は後遺症として, 関節の線維性 (瘢痕性) もしくは骨性癒着に加えて下顎頭の変形などを引き起こす場合もあり, 長期の経過観察が必要である．

22．同一腫瘍内に良性エナメル上皮腫成分を伴う二次型エナメル上皮癌の 1 例

信澤　愛子,[1,2] 小川　　将,[1] 宮崎　英隆[1]
牧口　貴哉,[1] 佐野　孝昭,[2] 小山　徹也[2]
横尾　　聡[1]
（1　群馬大院・医・顎口腔科学）
（2　群馬大院・医・病理診断学）

【緒　言】 エナメル上皮癌は稀な歯原性悪性腫瘍であり, 2005 年 WHO 分類により, 原発型, 二次型 (骨内性および周辺性), 転移性エナメル上皮腫の 4 型に分類されている．今回われわれは, 顎骨中心性エナメル上皮腫が再発後悪性転化し, 頬部軟組織内に増生する巨大な二次型エナメル上皮癌症例を経験したので報告する．【症例】 84 歳女性．約 40 年前に右下顎骨エナメル上皮腫の摘出術を行い, その後再発を認め, 下顎骨区域切除を含めて数回の手術を行った．2011 年, 右側頬部に急速に増大する腫脹を認めた．MRI にて, 右顎下部から側頭部におよぶ腫瘍を認めた．一部境界不明瞭な部位を認めたこと, および悪性腫瘍に特異的に集積する FAMT-PET 画

像で陽性所見を認めたことから，エナメル上皮腫の再発および悪性転化を疑い，全身麻酔下に腫瘍摘出術および大胸筋皮弁による再建術を施行した．腫瘍は 12× 8 × 5 cm で，割面の一部は白色を呈していた．組織学的に，腫瘍実質は大小の濾胞状を呈しており，濾胞内部はエナメル髄様構造が認められ，濾胞型エナメル上皮腫の所見であった．肉眼で白色を呈する部位では腫瘍胞巣の密度は高く，形態も辺縁不整であった．腫瘍細胞も高密度であり，核の大小不同および異型も強く，核分裂像も散見され，エナメル上皮癌の所見と考えられた．Ki-67 labeling index は，良性部で 5.7%，悪性部で 57.7%であった．周囲断端は陰性であったが，追加治療として術後照射を行った．術後 8 か月に肝転移を認めた．**【結　語】** 良性部と悪性部が明瞭な境界を有して共存する巨大な二次型エナメル上皮癌を経験したので報告した．

23．顎口腔炎症に起因した壊死性筋膜炎の臨床的検討

小川　　将，高山　　優，牧口　貴哉
宮崎　英隆，根岸　明秀，横尾　　聡
（群馬大院・医・顎口腔科学）

【緒　言】 壊死性筋膜炎は初期対応とそれに続く創傷処置を誤ると，致命的な結果や創傷治癒不全に至る．今回われわれは過去 3 年間に歯性壊死性筋膜炎の 5 例を経験したので，本疾患の初期対応とそれに続く創傷管理の観点から報告する．**【方　法】** 対象は 2009 年 4 月から 2012 年 3 月までの 3 年間に当科にて歯性壊死性筋膜炎と診断された 5 例とした．それぞれの症例で初診時の臨床所見，画像所見，血液検査所見，基礎疾患の有無，創部閉鎖までの期間，予後について検討を行った．**【結　果】** 全症例で著しい炎症所見，白血球数，CRP 値の上昇を認め，CT にてガス像を確認した．いずれも症状の急速な増悪を認めてから 24 時間以内に緊急手術を施行しており，予後は良好である．術後は Wound bed preparation による創傷管理を行い，2 例は腹部からの植皮，3 例は縫縮により創部の閉鎖を行った．緊急手術から創の閉鎖までの期間は 16〜90 日であり，高齢者では長期化する傾向がみられた．壊死性筋膜炎は基礎疾患を有する患者に発生しやすいとされているが，われわれの症例では，2 例は基礎疾患を有しておらず若年者での発症もみられた．**【結論】** 顎口腔領域の壊死性筋膜炎では，進展すると容易に気道閉塞，縦隔炎をきたしやすく，致死的になる場合も少なくない．したがって，CT でのガス像の確認による確実な診断と，適切な外科処置による初期対応が極めて重要で，それに続く Wound bed preparation による創傷管理が，早期かつ確実な正しい治癒に向けて重要であると考えられた．

24．群馬大学口腔外科における口腔底再建の術式について

宮崎　英隆，牧口　貴哉，高山　　優
小川　　将，神戸　智幸，根岸　明秀
横尾　　聡　（群馬大院・医・顎口腔科学）

【はじめに】 口腔底を再建する場合は，口腔の機能を十分に考慮した再建を行うことが重要である．当科では特に舌の可動域や食事時の自浄性などを考慮した口腔底の再建を行っている．今回，われわれの機能性や自浄性を配慮した口腔底再建法について，その術式と有用性について報告する．**【方　法】** 再建時には 1. 口腔底の幅を確保し，舌筋体と下顎骨間に「ゆとり」を形成すること，2. 隆起型の口腔底を形成・維持し，陥凹の防止をはかること，の 2 点に留意する．口腔底・顎舌骨筋切除，口腔底切除＋頚部郭清，舌・口腔底合併切除＋頚部郭清が施行された患者に対し頚部島状皮弁，広頚筋皮弁，前腕皮弁による再建を行った．その際に頚部島状皮弁，広頚筋皮弁では残存顎舌骨筋と縫合し，前腕皮弁では皮弁の一部を denude し顎舌骨筋断端と縫合し，また腹直筋皮弁では hammock 法で再建した．**【結　果】** これらの再建方法により口腔底部に死腔形成や口腔底の陥凹が防止でき，食物の停滞の防止が可能となった．**【結　論】** いずれの皮弁を用いた場合でも口腔底が陥凹せず形成された口腔底の経時的維持が極めて重要である．口腔底の形成とその維持による口腔内の衛生状態の向上は，誤嚥性肺炎の予防につながると考えている．

25．群馬大学口腔外科におけるビスフォスフォネート関連顎骨壊死（BRONJ）に関する臨床的検討―経口薬による BRONJ の治療法に関する一考察―

神戸　智幸，金　　舞，宮下　　剛
小杉　謙介，小川　　将，五味　暁憲
根岸　明秀，横尾　　聡
（群馬大院・医・顎口腔科学）

【緒　言】 BP 製剤の投与は，医師，歯科医師，患者それぞれ利益，不利益，副作用の重篤性などの認識に大きな隔たりがあり，各々に不信感と不安材料が鬱積し，これまでの相互理解構成の困難性を実感してきた．また，本邦 BRONJ 治療ガイドラインでは，stage 別の治療法を提示しているなか，近年 stage I, II においても，早期に外科療法を介入させる報告が認められる．しかし，未だ統一された治療法は確立されていないのが現状である．そこで今回われわれは，BRONJ に関する臨床検討のなかで，特に経口薬による BRONJ に対する治療法について再検討した．**【対象・方法】** 2007 年 4 月から 2012 年 4 月までに，群馬大学口腔外科で加療を行った経口薬による BRONJ12 例と，医中誌で検索し治療経過の確認が可能