

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  $12 \times 8 \times 5$  cm で、断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細胞の密度は高く、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 年間に菌性壊死性筋膜炎の 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 年間に当科にて菌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+頸部郭清、舌・口腔底合併切除+頸部郭清が施行された患者に対し頸部島状皮弁、広頸筋皮弁、前腕皮弁による再建を行った。その際に頸部島状皮弁、広頸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治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