

こんな患者が
来たらどうする？

66症例に学ぶ 歯科臨床の 問題解決

診断・治療方針の決定・トラブルへの対応

Clinical Problem Solving in Dentistry
Third Edition

原著

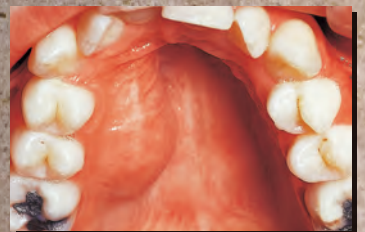
Edward W. Odell

監訳

古賀剛人

訳

柳 献作・鈴木弥佐士



日々の診療で遭遇する問題を広く深くとりあげた
すべての臨床歯科医に役立つ1冊

私はオーストラリア留学中に、この本をテキストとして使用していました。

主訴と既往歴から適切な検査・識別診断を行い、妥当な治療法を選択するという流れで書かれているので、症例を追体験しているような感覚で読み進められます。

口頭試問や症例検討会などで問われるポイントを押さえ、それに対する明解な回答も示されており、実践的な臨床能力が身につく本です。自信をもってお勧めします。

(訳者：柳 献作)

医歯薬出版株式会社

Case • 18

上顎洞口腔瘻

…上顎第一大臼歯抜歯による上顎洞炎

Oroantral fistula

症例の概要

42歳の男性が、第一大臼歯抜歯後の痛みを訴えて来院しました。何が原因で、どのような治療を行いますか？

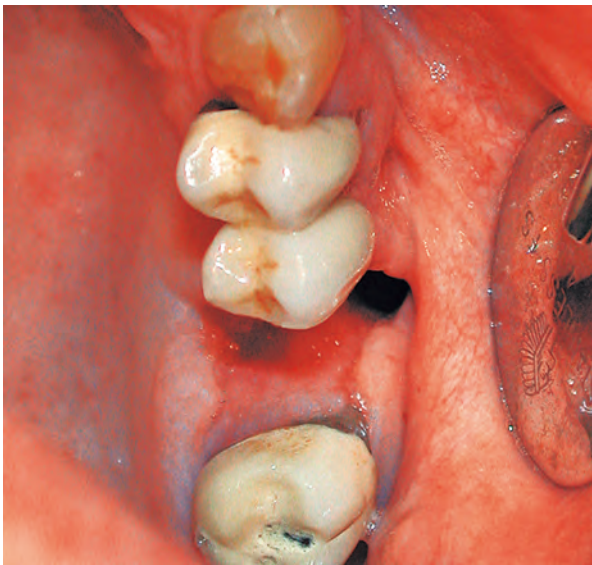


図18-1 初診時の抜歯窩

既往歴

主訴

患者は左側の上顎と顔面に鈍い拍動痛を訴えている。眼窩下部を押すと痛みがあり、左側のすべての上顎歯には咬合痛もある。鼻汁と左側の鼻閉も認められる。

現病歴

2週間前、かかりつけの歯科医師に上顎左側第一大臼歯を抜歯してもらった後から疼痛が続いている。難抜歯であったため、歯根は外科的に抜去された。抜歯直後はあまり

痛まなかったが徐々に悪化していき、現在では眠れないほどである。痛みは持続性である。

全身的既往歴

1日20本の喫煙を24年間続けているが、患者自身は体調に問題はないと感じている。

診査

口腔外診査

患者は健康そうな様子であり、顔面やリンパ節に腫脹は認められない。左側の鼻孔からわずかに血液の混じった鼻汁がみられ、口臭がある。

口腔内診査

■初診時の状態を図18-1に示します。どのような所見が観察され、それをどのように解釈しますか？

第一大臼歯の抜歯窩は大きな穴が開き、内部には何も認められず、視認できる壁面は口腔粘膜で覆われている。抜歯後2週間経っていれば、粘膜上皮が増殖し抜歯窩の入口まで覆われているはずであるが、血餅の形成や器質化が起こっていないと考えられる。抜歯窩がドライソケットになっている可能性がある (Case 15参照)。骨の露出は確認できないが、おそらく根尖側では露出していると考えられる。しかし、上顎のドライソケットは稀なので、抜歯窩と上顎洞が交通している可能性のほうが高い。

鑑別診断

■痛みの原因としては何が考えられるでしょうか？ またその理由は？

上顎洞口腔瘻による上顎洞炎。 上顎洞口腔瘻そのものは痛みや不快感をほとんど伴わないが、上顎洞炎を誘発することが多い。痛みの性質と部位および鼻汁の存在は上顎洞炎の特徴をよく示しており、最も可能性が高い。上顎洞口腔瘻の形成は、上顎第一大臼歯と第二大臼歯の抜歯の際に最も起こりやすい。

歯痛。 結論を急ぐ前に、違う歯が抜歯された可能性について検討することは重要である。もし歯髄炎(その疼痛は局在性に乏しい)のために抜歯されたのであれば、少なくとも症状の一部は隣在歯が原因であった可能性がある。したがって、歯原性の疼痛を示唆する他の症状がないか確認する必要がある。

■上顎洞口腔瘻とは何ですか？

上顎洞口腔瘻とは、粘膜上皮に覆われた瘻孔により上顎洞と口腔が48時間以上交通することをいう。上皮による瘻孔の被覆は、歯肉上皮、歯肉溝上皮、上顎洞上皮から始まり、瘻孔の壁面を完全に覆うまで成長するのに7日間ほど要する。交通部分が上皮によって覆われていない場合は、瘻孔ではなく交通または穿孔と呼ばれる。上顎洞口腔穿孔は自然に閉鎖するか、上皮化して瘻孔を形成する。

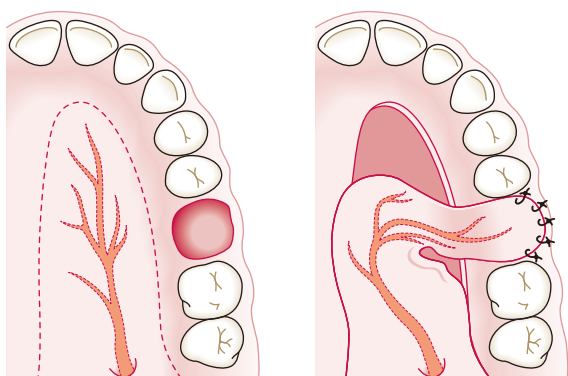


図18-5 回転口蓋フラップ。大口蓋動脈からの血液供給路を示す。厚いフラップを折りたたむ難しさがよくわかる。骨の露出部位には肉芽組織が形成され、治癒期間中はパック剤で被覆する

■ どのような術後の指導を行いますか？

通常の抜歯後の注意事項に加え、上顎洞の炎症を減少させ、内圧亢進を避ける注意が必要である。上顎第一大臼歯は上顎洞底の最も低い部位に位置している。持続する感染や炎症により滲出液が生じると、第一大臼歯相当部に排出され、血餅喪失の原因になる。くしゃみや鼻をかむ行為などによる上顎洞内の内圧亢進は、血餅やフラップを物理的に破綻させ、空気や滲出液の漏出を招く。鼻腔うっ血除去薬は上顎洞の開存性を保ち、鼻汁の排泄に役立つ。

上顎洞を安静に保つための注意事項は以下のとおりである。

- ・48時間、鼻をかむことを禁止する。
- ・くしゃみをする時は口から圧を逃がす。
- ・鼻腔うっ血除去薬(0.5%エフェドリン鼻炎スプレーなど)を使用する。
- ・吸入鼻炎薬(カーボル^{*2}など)を使用する。

さらにクロルヘキシジン洗口液を使用するべきである。唾液や細菌が口腔内からフラップを通過して侵入すると閉鎖術は失敗に終わるので、24時間は洗口を避ける。

^{*2}訳註：カンファー、クロロチモール、ユーカリプトール、メントール、テルピネオールの合剤で、英国では処方箋なしで入手できる。カプセルの中身をお湯に入れその蒸気を吸い込むか、タオルやハンカチにしみ込ませて吸入する。日本では販売されていない。

他の可能性

■ どのようにすれば、上顎洞口腔瘻の形成を防ぐことができますか？

上顎第一大臼歯の抜歯では常に、X線写真で上顎洞と交通するリスクを事前に評価しなければならない。リスクが高い場合には、熟練した口腔外科医が抜歯を行うべきである。対象歯の適切な部分を分割して抜歯することで、上顎洞底を破壊するリスクを減じることができる。

■ 図18-6は抜歯前のX線写真です。何が読み取れますか？

上述したようなリスク要因がいくつか認められる。上顎

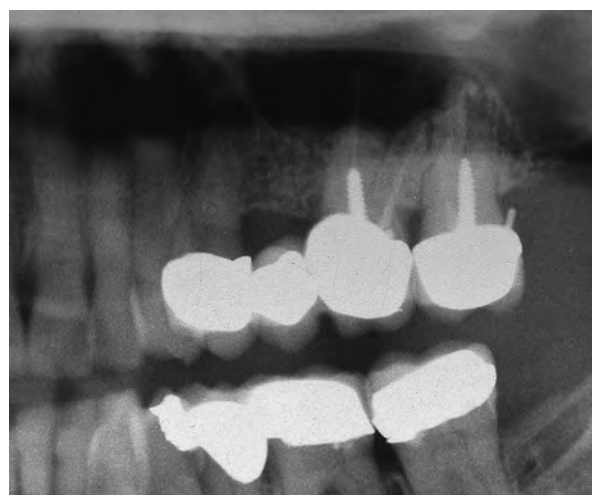


図18-6 抜歯前のX線写真

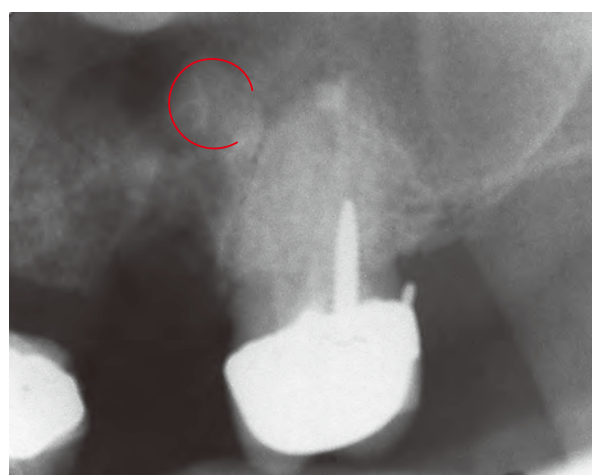


図18-7 図18-2で示した歯根の破折片(赤線で囲んだ部分)

洞底が低く歯根に接しており、歯槽骨は吸収し、根尖付近の歯槽硬線は消失している。

■ 抜歯の際、どのような方法で上顎洞との交通を確認することができますか？ それはどのように役立ちますか？

上顎洞と交通している場合、小さい吸引チップを抜歯窩に当てると口腔内以外に上顎洞からも空気が吸引されるので、“トンネルを通り抜ける風のような音”が聞こえる。瘻孔が大きい場合には上顎洞内を直視できることもあり、あるいは洗浄液や抜歯窩からの出血が鼻腔へ逆流しているのが確認できる場合もある。交通が認められる場合には、患者に鼻をかむことを避けるよう指導する。その時点で上顎洞の内壁に問題がなくても内圧の亢進により損傷するおそれがあり、また小さい瘻孔が拡大する可能性もある。

交通が疑われる場合には、血餅の定着を図り、吸収性縫合糸で抜歯窩を閉鎖し、患者に鼻をかまないよう指示することで、瘻孔の拡大を防止する。これは瘻孔が4mm以下の時に有効である。それ以上大きい場合には、適切なフラップ術により速やかに閉鎖することで、上顎洞炎や感染拡大を抑制する。

Case • 27

前歯部の変色

…テトラサイクリン歯

Discoloured anterior teeth

症例の概要

22歳の女性が、歯の見た目に不満を訴えてあなたの歯科医院を訪れました。何が原因で、どのような治療を行うべきでしょうか？



図27-1 患者の前歯の外観

既往歴

主訴

患者は歯の色に不満を抱いており、徐々に色が濃くなっているように感じている。これが心配の種であり、スマイルに自信をもてない。

現病歴

歯は萌出時から灰色がかっており、徐々に色が濃くなってきた。

歯科的既往歴

歯の治療歴はわずかしかないが、16歳まではあなたの歯科医院へ定期的に通って予防処置を受けていた。診療録には、患者が小児期にフッ化物サプリメントを摂取してい

たとの記録が残されている。これによると、フッ化物ドロップの形で2歳までは0.25mg/日、2～4歳まではタブレットで0.5mg/日、4～12歳までは1.0mg/日に増量して摂取していた。

全身の既往歴

患者の健康状態は良好で、問診票にも病因となりうる疾患の既往は記載されていない。

■ 歯が変色した原因として、何が考えられますか？ それぞれの原因のどのような特徴が鑑別診断に役立ちますか？

可能性のある原因とその特徴を表27-1に示す。

■ この患者にどのような質問を行いますか？ 理由も説明してください。

「生まれてから6歳までの間に、何か病気にかかりませんでしたか？」 この質問により、変色の直接的な原因や、テトラサイクリンによる抗菌薬療法が行われた理由が明らかになるかもしれない。経時的な形成不全症の詳細についてはCase 56を参照のこと。

「フッ化物サプリメントを摂取していた頃、どのような歯磨剤を使用していましたか？」 患者の小児期に推奨されていたフッ化物サプリメントのレジメンは、今日の基準からすると摂取量が多すぎる。この用量では、一部の患者に軽度のフッ素症が発症する可能性がある。サプリメント以外からもフッ化物を摂取していた場合は、より重度のフッ素症の原因となりうる。最も疑われるフッ化物の供給源は、成人用フッ化物配合歯磨剤であるが、水道水フロリドーション地域に住んでいなかったかどうかを確認しなくてはならない。

「歯の変色や喪失に関して家族歴はありませんか？」 家族歴の存在は遺伝性疾患の診断に役立ち、一部のタイプのエナメル質形成不全症の診断には必須である。

— あなたの質問に対して患者は、子供の頃に肺感染症に罹患し、多くの抗菌薬を服用していた記憶があると答えた。また、6歳以前にどんな歯磨剤を使っていたかは記憶にないが、覚えている範囲内では成人用の歯磨剤を使っていたとのことである。変色などの家族歴はない。

診 査

口腔内診査

口腔粘膜は正常で、口腔衛生状態も良好である。歯列は修復されていない。

■ 患者の前歯部を図27-1に示します。何が観察されますか？ この外観をあなたはどのように解釈しますか？

歯冠の形態は正常で、切歯、犬歯、小白歯は灰色がかった茶色を呈している。正常な色に近い部分や、白濁しているように見えるところもある。小さな白斑が唇側面のエナ

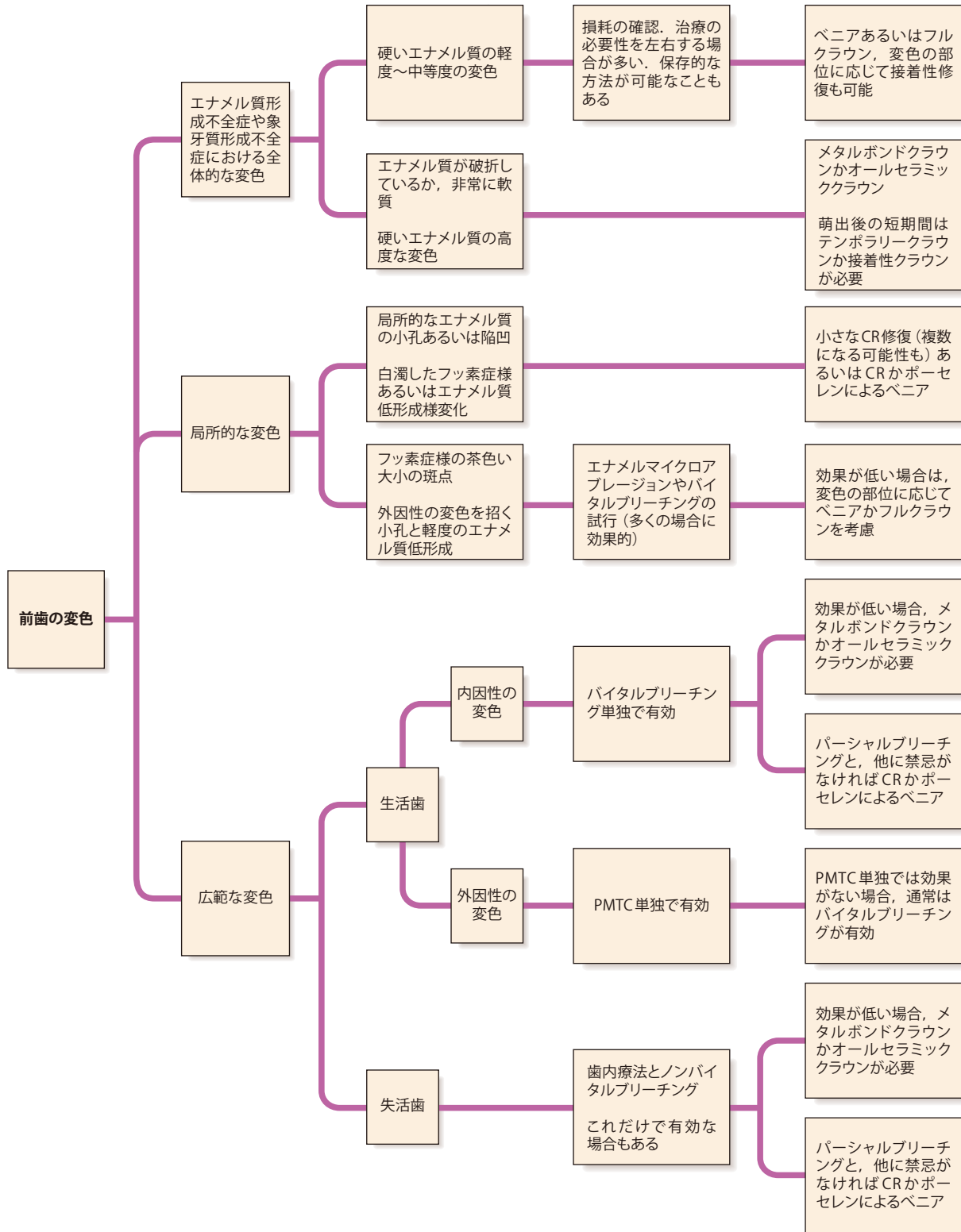


図 27-3 適切な治療法選択のフローチャート

症といった特異的な適応症がいくつかあり、小児に対して長期的に使用されている。一部の国では、テトラサイクリンは処方箋なしで購入可能である。

ミノサイクリンなどのテトラサイクリンは易吸収性で、高い血中濃度を示す。これらの薬剤は座瘡（ニキビ）における感染予防に有効で、未成年者や若年成人に多く処方さ

れ、この時期に形成される歯の組織（第三大臼歯の歯根など）に変色を起こす。しかし、ミノサイクリンは骨や歯根完成歯を変色させることもある。薬剤は歯髄に面した象牙質に取り込まれ、二次象牙質が形成されている部分が最も濃く変色する。歯の深部が変色しているため、外部から作用させる漂白剤は無効である。

Case • 46

舌の白斑 (2) …早期の扁平上皮癌 Another white patch on the tongue

症例の概要

39歳の女性の舌縁部に白斑が認められます。何が原因でどのような治療法が考えられますか？

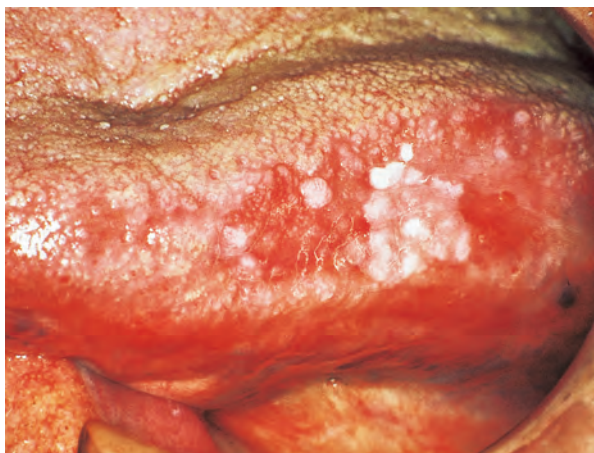


図46-1 患者の舌

既往歴

主訴

患者は症状を訴えていない。

現病歴

患者は歯科医院の受診に熱心ではなく、少なくともこの5年間は受診歴がない。口腔癌啓発週間を契機に自分で口腔内を観察してみたところ舌が気になり、診査を求めて来院してきた。

全身的既往歴

患者は去年、子宮頸部異形成の円錐切除術を受け、それ以来、癌をととても心配するようになった。それ以外に特記

事項はない。

彼女は18歳から1日40本の喫煙歴があり、週に14ユニット*のワインを飲んでいる。

*訳註：Case 13 (55頁) の訳註2を参照。

診査

口腔外診査

目に見える皮膚や爪、あるいは眼に病変は認められず、健康な女性に見える。頸部リンパ節に腫脹はない。

口腔内診査

舌以外の口腔粘膜に異常はない(図46-1)。

■この患者の舌に生じた病変の外観を説明してください。

部位	舌の右側縁部
大きさ	約1×3cm
形態	境界不明瞭な楕円形
色	白色と赤色の混合
表面性状	結節性あるいは不整

——触診により、病変部は周辺の粘膜より硬いことが判明した。白色の部分は擦過しても除去されない。舌の可動性は良好である。

鑑別診断

■口腔内にみられる白斑と紅斑が混在した病変の原因としては、何が考えられますか？

白斑の原因についてはCase 45で詳しく述べている。紅斑の原因としては、下記のようなものが挙げられる。

原因	紅斑と白斑
外傷	化学熱傷 咬傷
感染	鰐口瘡(急性肥厚性カンジダ症) 慢性肥厚性カンジダ症(カンジダ性白板症)
扁平苔癬および類似病変	扁平苔癬 苔癬様反応(局所および全身) エリテマトーデス
特発性あるいは喫煙性	特発性角化症(白板症) 舌下角化症 喫煙性角化症 紅斑型白板症 ニコチン性口内炎(ニコチン性口蓋白色角化症)
悪性腫瘍	扁平上皮癌

■上記の病変のうち、今回の患者において鑑別診断が必要なものはどれですか？

1. 扁平上皮癌
2. 異形成の有無を問わず特発性の白斑(紅斑型白板症など)
3. 慢性肥厚性カンジダ症
4. 苔癬様反応

■ この鑑別診断の重要性について説明してください。

口腔に発生するすべての白斑の鑑別診断において最も重要なのは、扁平上皮癌や前癌病変の可能性について検討することである。これは病変部に白斑と紅斑が混合している紅斑型白板症において特に重要である。

扁平上皮癌は最も可能性が高いと同時に、最も重大な疾患である。患者は扁平上皮癌の好発年齢より若いものの、30歳代での罹患も認められており、英国および他の地域において若年者の罹患率は上昇していると考えられる。患者の飲酒量、喫煙量は多く、これは口腔扁平上皮癌の主要なリスクファクターである。患者は週に14ユニットを飲酒している。推奨されている最大飲酒量は女性が14ユニット、男性が21ユニットであるが、これは肝疾患と循環器疾患にとって“安全”な量であり、悪性腫瘍に関する上限は不明である。喫煙についてはそもそも安全値はなく、この患者のように喫煙に飲酒が組み合わさった場合の相対リスクは、非喫煙者や飲酒量が少ない人と比べると少なくとも5~10倍高いといわれている。患者の病変は口腔扁平上皮癌の好発部位にあり、白斑と紅斑の混在および喫煙歴は患者の年齢にかかわらず非常に憂慮すべき所見である。この病変は完全に否定されるまでは悪性腫瘍と考えるべきである。

前癌病変はその次に疑われる疾患である。上記鑑別診断の2はすべての病因不明の白斑を指しているが、そのうちのいくつかは悪性形質転換(癌化)する危険性があり、顕微鏡的検査において異形成が認められる。白斑の中に紅斑がみられる病変や、白斑とは別に(多くの場合隣接して)紅斑が存在する病変では癌化の危険性が高い。リスクファクターは悪性腫瘍と同様であり、患者の病変が悪性腫瘍でなければ前癌病変であることはほぼ確実である。

■ 可能性が低いのはどの疾患だと思われますか？ その理由は？

カンジダ症は白斑の原因として常に念頭におくべきであり、特に発赤を伴う場合に可能性が高い。非常によくみられる疾患である。紅斑と白斑の混在は鷺口瘡(急性肥厚性カンジダ症)に特徴的な所見である。しかし、鷺口瘡の病変部は今回のケースよりもっと範囲が広く、白苔の一部(または全部)は擦過により除去される。慢性肥厚性カンジダ症(カンジダ性白板症)は散在性の白苔を形成し、発赤を伴うこともある。一般的には頬粘膜と舌背にみられることが多いが、今回のケースでも否定はできない。口腔内に認められるほとんどの白斑は、上皮表面の角質が肥厚しているためカンジダ感染を生じやすいということ覚えておくべきである。したがって、カンジダ感染が認められるからといって悪性腫瘍や前癌病変あるいは苔癬様病変が除外されるわけではない。

扁平苔癬および苔癬様病変も口腔内で比較的多くみられる白斑である。扁平苔癬、苔癬様病変、エリテマトーデスではレース状の白条、萎縮性病変、あるいは剥離性肉肉炎が両側性・対称性に認められるので、通常は容易に識別できる。喫煙者では扁平苔癬と苔癬様反応はともに散在性の白苔として現れるが、このような白苔タイプの病変は発赤を伴わないことが多い。限局性で単一の白色病変は、修復材料などにより局所的に誘発された苔癬様反応が原因の可能性もある。しかし、これらはすべて外観および分布が患者のものと明らかに異なるので、今回の病変に関与しているとは考えにくい。

■ どのような所見があれば、この病変はすでに悪性化していると考えられますか？ どの徴候が早期のもので、どれが晩期のものですか？

所見	早期	晩期
発赤あるいは紅斑と白斑の混在	*	*
難治性潰瘍	*	*
ロール状に外転した潰瘍辺縁		*
周囲組織の硬化		*
表層からの出血		*
組織の固着		*
隣接する骨の破壊		*
リンパ節腫脹		*
大きさ	早期発見であれば腫瘍のサイズは小さいが、増殖速度は個体差が大きく、サイズは目安にしかない	
疼痛	個体差が大きく、無痛の場合が多いが、症状を訴えることもある	

検査

■ どのような特殊検査が必要になりますか？

一般的に、口腔内の白斑には生検が必須であると考えられている。生検は、原因が明らかではない時には特に重要である。今回のように、悪性もしくは著しい異形成が疑われる場合は、可及的速やかに生検を実施する。早期診断は口腔扁平上皮癌の治療を成功させる重要な要素だからである。

■ この生検を一般歯科医院で行いますか？

それは絶対に避ける。たとえ一般開業医に組織の試料を採取する能力があったとしても、そうしないほうが賢明である。患者が結果を聞くために来院してきた時、歯科医師が悪性疾患の告知を行うのは通常好ましくない。また、生検部位の誤りや小さい病変のすべてを試料として採取してしまうことにより、その後の治療に悪影響が出ることも理論的には起こりうるが、これはあくまでも可能性の問題である。一般歯科医院であればなるべく早く、できれば当日に根治的治療が可能な施設に患者を紹介する。これにより