

## — 臨 床 —

# 陳旧性顎関節突起骨折に Dal Pont-Obwegeser 法による 観血的整復術をもちいた 1 症例

安 住 知 彦      上 田      健

横 林 敏 夫      中 島 民 雄

新潟大学歯学部第 1 口腔外科学教室（主任：常葉信雄教授）

（昭和 55 年 11 月 25 日受付）

Surgical Correction of Malocclusion Following Condylar Fracture  
by Dal Pont-Obwegeser's Osteotomy: Report of A Case

Tomohiko AZUMI, Ken UEDA, Toshio YOKOBAYASHI &  
Tamio NAKAJIMA

First Department of Oral Surgery, School of Dentistry, Niigata University  
(Director: Prof. Nobuo Tokiwa)

## 緒 言

顎顔面の外傷は交通事故や労働災害の増加とともに、その症状も複雑化してきている。また、他部の損傷を合併するものも多く、そのため顎顔面外傷の方は放置されたり、不慣れな処置を受け、機能障害を残したまま陳旧化する症例も再々みられる<sup>1)-3)</sup>。今回、咬合不全を主訴とした陳旧性の左顎関節突起骨折に Dal Pont-Obwegeser 法による観血的整復術をおこない、咬合の改善をはかった症例を経験したので報告する。

## 症 例

患者：24 歳，男性

主訴：咬合不全

初診：昭和 53 年 1 月 9 日

既往歴：特記すべき事項なし。

現病歴：昭和 52 年 8 月 24 日，バイクにて前走車を追い越したところ，対向車に衝突し，道路に左顔面を強打した。意識喪失があり，ただちに救

急車にて某病院に入院し，下口唇部裂傷の処置を受けた。また，脳振盪の診断を受け，さらに左顎関節突起の骨折を指摘されたが治療は受けなかった。その後，経過は順調で開口障害もなくなったが，咬合不全が改善されないため，某整形外科にて左顎関節内に 2～3 回，ステロイド系の注射をされ，さらに，同部に赤外線療法を受けた。しかし，症状に変化はなかったため，近所の某歯科医院を受診したところ，左顎関節突起骨折の治療が必要と言われ，当科を紹介され来院した。

現症：体格，栄養ともに中程度で，顔貌はオトガイ部がわずかに左方に偏位していた（図 1）。顎運動をさせると，顎関節部の疼痛はないが右側への側方運動制限があり，最大開口時には下顎は左方へ少し偏位した。左顎関節頭の動きは触知できなかった。

口腔内所見では開口障害ないが，左顎関節突起骨折のため，右顎関節突起を中心に下顎が左後方に回転している。このため， $\overline{34}$  と  $\overline{34}$  部にて交叉咬合となり，前歯部から右小臼歯部では open

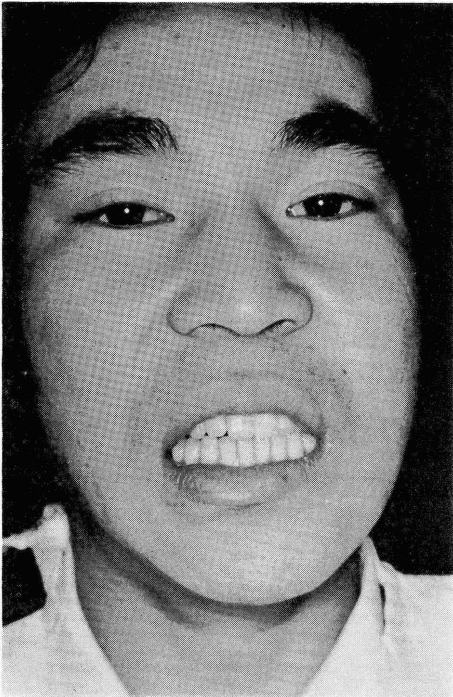


図1 術前の顔貌

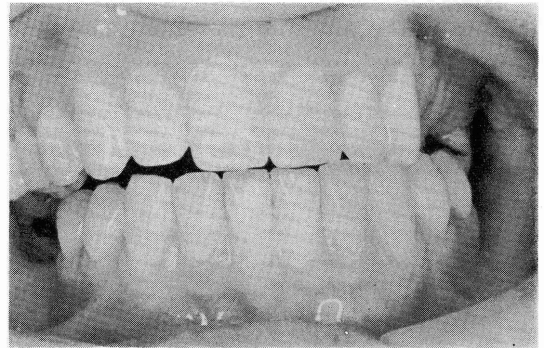


図2 術前の口腔内所見

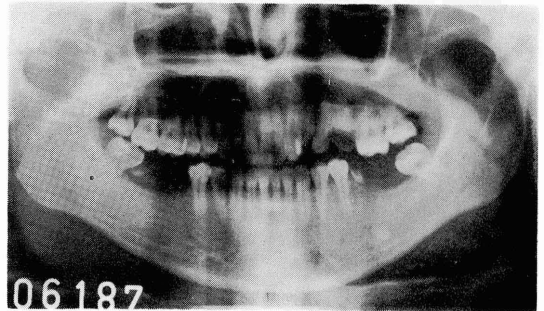


図3 術前のレ線所見

bite となっている(図2)。また、徒手による整復はできなかった。

X線所見: 左顎関節突起が骨折のため、前下方へ転位しているが認められた。下顎骨体部の骨折はなかった(図3)。

臨床診断: 左顎関節突起骨折および咬合不全。

予想模型作製: 顎態模型を作り、下顎を右顎関節突起を中心に右前方へ回転させながら移動させると、正常咬合と思われる安定した咬合が得られることがわかった。

処置: 陳旧症例で顎関節突起骨折の非観血的整復は望めないこと、および開口障害はなく、顎運動の障害もないことを考えて、Dal Pont-Obwegeser 法により咬合の改善をはかることにした。顎関節突起骨折のため、左下顎が後退し、少し挙上しているため、視野が狭く手術はやや困難であったが、上行枝の矢状分割後は咬筋、内側翼突筋の剥離はしなくとも容易に正常咬合の位置まで整復できた。

術後経過: 顎間固定は55日間おこなった。術

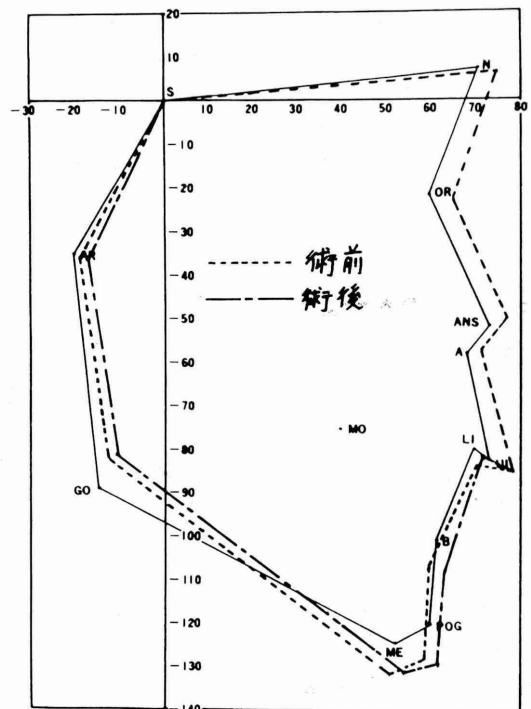


図4 術前・術後のセファログラム

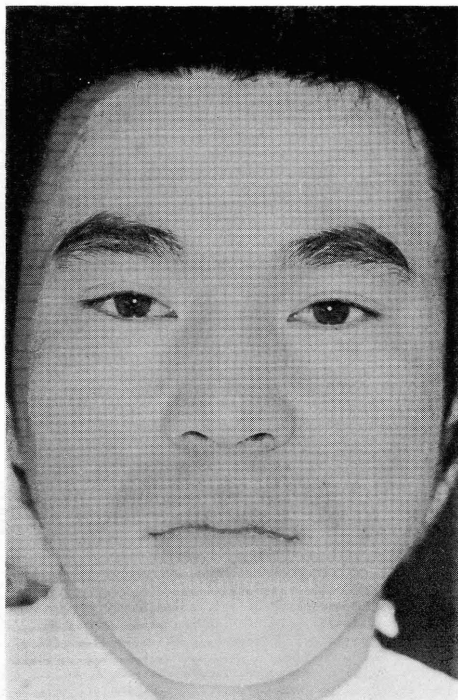


図 5 術後の顔貌

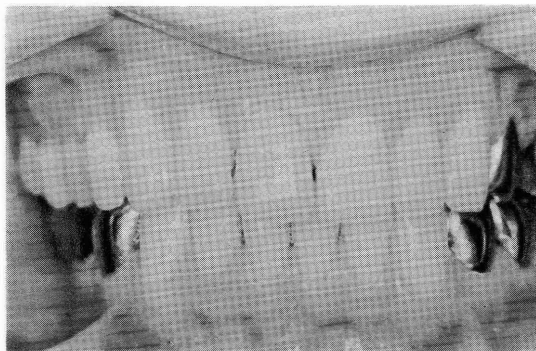


図 6 術後の口腔内所見

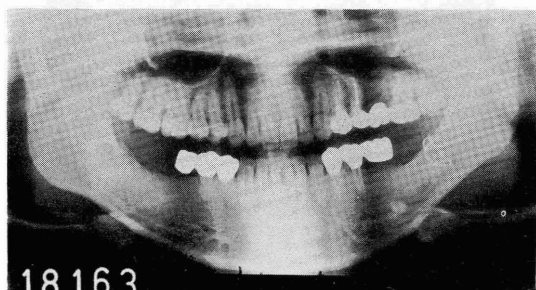


図 7 術後のレ線所見

直後から左下口唇部にみられた知覚純麻は術後4カ月で完全に消失した。図4は術前・術後のセフエログラムであるが、下顎骨が前方に移動しているのがわかる。また、図5～7は術後7カ月の顔貌、口腔内およびX線所見で、開口障害はなく、顎運動もほぼ正常で咬合も安定しており、relapseはみとめていない。

### 考 察

陳旧性顎骨骨折は全身の重篤な合併症のために、その治療が後回しにされたり、骨折の正確な診断と適切な治療がおこなわれなかった場合にみられ、顔面の変形、咬合不全、顎運動の障害等の後遺症が生ずる。本症例も適切な診断と治療がおこなわれなかったために生じた咬合不全であった。顎関節骨折の治療は非観血的療法と観血的療法に大別されるが、その適応についてはさまざまな意見があり、一致をみていない<sup>4)~10)</sup>。一般には顎関節部は自己修復能が比較的大きいことから、非観血的療法が主体をなしているが、完全な整復

は得られず、後遺症として開口障害、顎関節部の雑音、疼痛などがみられることが少なくない<sup>4)~6), 9)</sup>。こうしたことから、積極的に観血的療法を主張するものもあるが<sup>7)</sup>、症例によっては骨折片の整復は困難をきわめ、また手術の合併症として顔面神経障害、顎関節強直症等がみられることがあるので、未だ一般的な治療法とはいいがたい<sup>6), 8)</sup>。しかし、骨折した関節頭の脱臼や著明な転位により開口障害がみられたり、あるいは陳旧性となり、顎運動および咬合に障害を残すものでは非観血的な治療は困難で、観血的な整復が必要となろう<sup>1), 6), 7), 10)</sup>。ただし、小児では顎発育の関係から可能なかぎり、非観血的療法とすべきである<sup>6)</sup>。本症例は陳旧性で、咬合不全がみられたため、観血的療法を用いることにした。観血的療法では耳前切開あるいは顎角部の切開により、骨折部に到達して整復をはかるのが通法<sup>6)</sup>であるが、今回の症例では下顎の右側への側方運動にわずかな障害がみられるものの、開口障害などの著明な顎関節の機能障害はなかったため、咬合改善をはかるこ

とを主目的として Dal Pont-Obwegeser 法により手術をおこなった。Dal Pont-Obwegeser 法は口腔内から下顎の上行枝部を矢状分割して下顎を移動する手術で、下顎前突あるいは後退症による顔貌の変形と咬合不全を改善するために広く用いられている<sup>11)</sup>。しかし、口腔内からの手術であるため、手術法が比較的むずかしく、下顎移動後の骨片の接触状態やその固定法にも問題があり、また咀嚼筋および軟組織の緊張を充分とることができないことなどから、とくに下顎を前方移動させたものでは術後の relapse が大きいとされている<sup>12)</sup>。しかし、本症例のように骨折による偏位を戻す目的でこの方法を行なう場合には、手術により顎骨を移動しても元の正常な位置に整復するため、咀嚼筋の緊張はなく、術後の relapse はおこりにくいようであった。よって、顎関節突起骨折では上行枝がやや上方に偏位しているので十分な視野が得られず、手術そのものが下顎前突症の場合よりやりにくいという欠点はあるが、顔面に手術創を残さずによりよい結果がえられるので、今後このような症例に用いてもよい手術法であろうと考えられた。

本論文の要旨は昭和53年10月29日、第4回日本口腔外科学会北日本地方会で発表した。

### 引用文献

1) 池尻茂他：陳旧性顎関節突起部骨折の3症例。

- 口外誌, 8: 235-239, 1962.
- 2) 大沢一也他：陳旧性顎骨骨折についての考察。口外誌, 17: 253-259, 1971.
- 3) 大橋 靖：陳旧性外傷。歯科ジャーナル, 10: 357-367, 1979.
- 4) 中富憲次郎：顎関節突起骨折の臨床的研究。口科誌, 13: 132-156, 1964.
- 5) 黒井 満：顎関節突起骨折に関する臨床的研究。口科誌, 21: 847-872, 1972.
- 6) 高田和彰：顎関節の外傷。歯科ジャーナル, 10: 343-354, 1979.
- 7) 太田舜他：観血的療法による顎関節突起骨折の6症例について。口外誌, 22: 70-83, 1976.
- 8) 岡 達他：下顎関節突起骨折の予後に関する研究。口外誌, 22: 41-48, 1976.
- 9) 馬場芳雄他：過去10年間の顎関節突起骨折20例の臨床的観察と治療後の遠隔成績について。口外誌, 20: 810-827, 1970.
- 10) 青柳文也他：陳旧性顎関節突起脱臼転位骨折に対する観血的治療の遠隔成績について。形成外科, 20: 1-6, 1979.
- 11) 高橋庄二郎他：下顎枝矢状分割法による下顎前突症手術について。口外誌, 17: 528-538, 1971.
- 12) PEPERSACK, W. H., CHAUSSE, J. M.: Long Term follow-up of the Sagittal Splitting Technique for Correction of Mandibular Prognathism, J. max-tac Surg., 6: 117-140, 1978.