

口唇・口蓋裂

大分大学医学部歯科口腔外科学講座

教授 河野憲司

はじめに

口唇・口蓋裂は、日本人ではおおよそ500回の出産に1回の割合で生まれます。裂の範囲により唇裂、唇顎口蓋裂、口蓋裂などに分類され、口唇と口蓋の形成術、歯科矯正治療、言語訓練など多職種による総合的な治療が行われます。

今回は口唇・口蓋裂に関する最近の話題を紹介します。

1. 口唇・口蓋裂の出生前診断

胎児の発育状態を評価するために妊娠中に超音波検査が行われます。妊娠20週前後には胎児の顔、手足、心臓をはじめ内臓臓器がはっきり見えるようになり(図1)、胎児に唇裂あるいは唇顎口蓋裂があると、この時期に診断がつきます。

現在、当科を受診する口唇・口蓋裂児のほとんどが胎児の時期に診断されています。図2は唇裂児の2次元超音波像です。産婦人科での超音波検査で唇裂が指摘され、母親は出生前に当科を受診しました。当科では、両親に口唇・口蓋裂について詳しく説明し、治療によりきちんと治ることを理解してもらいました。当科のアンケート調査では、出生前に説明を受けることで安心して出産を迎えている、という結果です。

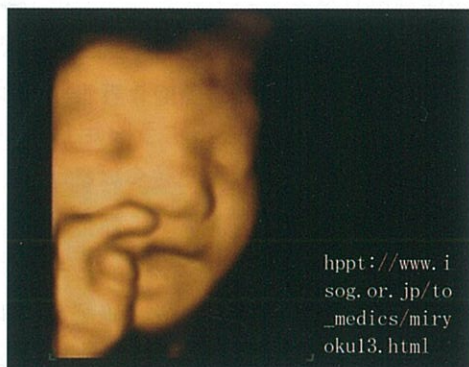


図1 胎児の3次元超音波像
超音波検査機器の発展により出生前に赤ちゃんの顔を見ることができるようになっている。



図2 妊娠18週目の胎児の2次元超音波像
口唇部に切れ込み(→)を認め、唇裂と診断された。

2. 創が目立たない口唇形成術

口唇形成術は生後3か月頃に行います。この手術では口唇の皮膚を縫合するだけでなく、不連続になっている口輪筋をつなぎ、鼻の形を整えます。代表的な手術法としてクローニン法とミラード法があります。当科ではクローニン法に準じた手術を行っています。この方法は三角弁法とも呼ばれ、患側の口唇に三角弁をデザインして短い患側唇を伸ばします(図3)。原法では三角弁の幅は3mmですが、顔の発育とともに三角弁も大きくなり目立ってくるという欠点があります。そこで最近では、三角弁の幅を小さくしたり(2mm以下)、術創が直線になるような工夫が行われます。図4、

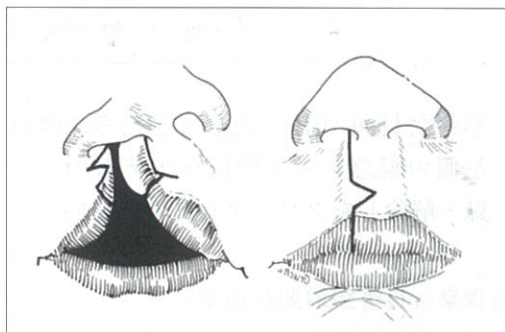


図3 クローニン法による口唇形成術 幅3mmの三角弁により患側唇を延長して上唇の対称性を図る。

図5は当科の患児の口唇形成術後の写真で、いずれも三角弁を小さめに設計しました。



図4 口唇形成の術前・術後（術後1年8か月）



図5 口唇形成の術前・術後（術後3週間）

3. 上顎骨発育に影響しない口蓋形成術

口蓋形成術は1歳6か月から2歳までの間に行います。口蓋形成術にもいくつかの方法がありますが、一般に図7、8のように裂縁に沿って挙上した粘膜骨膜弁同士を縫合して裂隙を閉じます。縫合した弁は、鼻咽腔閉鎖機能を獲得させるために後方に移動して固定します。その結果、前方に骨の露出部が残り（図7）、上顎の発育抑制の要因になります。図6は上顎劣成長を生じた唇顎口蓋裂患者です。

軟口蓋を後ろに下げることが正常言語のために必須ですが、骨露出ができるとう顎発育には負の影響を生じます。そこで弁を元の位置にもどして骨露出を作らず、同時に軟口蓋を後ろに下げするための工夫をします（図8）。つまり、軟口蓋の筋肉を口蓋骨後縁から完全にはがして十分に可動性を持たせることで（intravelar veloplasty といいます）、軟口蓋の後方移動を行います。

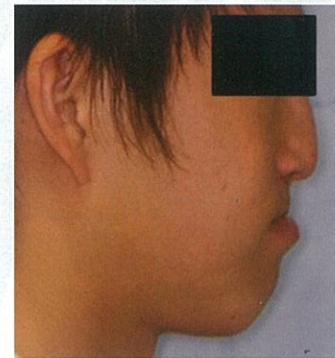


図6 上顎劣成長を生じている唇顎口蓋裂患者

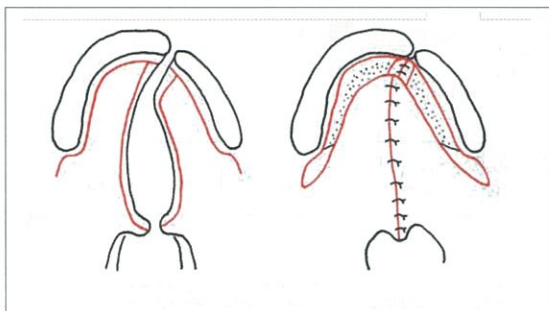


図7 口蓋形成術のシェーマ“Push-back 法”

口蓋粘膜に挙げた粘膜骨膜弁同士を縫合して、裂隙を閉鎖する。この際に弁を後方移動して鼻咽腔閉鎖機能を獲得させる。口蓋前方に骨露出部（点々の部分）が残り、これが上顎の発育抑制の要因となる。

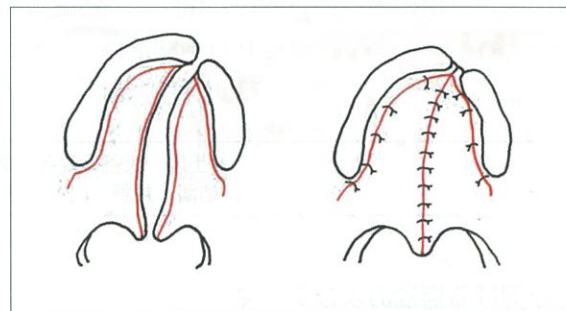


図8 口蓋形成術のシェーマ“Two-flap 変法”

口蓋粘膜に挙げた粘膜骨膜弁同士を縫合して元の位置に戻して固定する。口蓋前方に骨露出部を残さない。軟口蓋部の筋肉に十分な可動性を持たせることで、軟口蓋は後方に移動する。

おわりに

今回は口唇・口蓋裂についてお話ししました。口唇・口蓋裂では、出生から成人になるまでの一貫した計画的な治療が組まれます。口腔外科または形成外科の手術執刀医が治療の中心になり、一般歯科医、歯科矯正医、小児科医、耳鼻科医、言語聴覚士、さらに臨床心理士など多くの職種が協力して治療を進めます。審美性だけでなく、咀嚼や言語などの機能を回復することが大切です。