

造釉細胞瘤

■ 羅金文 / 臺北醫學大學附設醫院牙科部
口腔顎面外科主治醫師

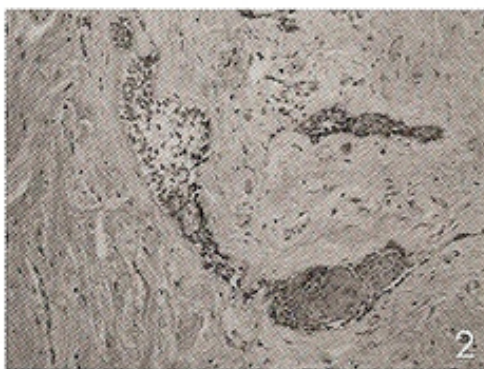
病歷報告：

病歷一

患者江女士 61 歲，因左上顎小白齒無牙區的固定牙橋下方發現一無痛性腫脹，持續約一個多月未消失且有增大跡象，而由贗復科醫師轉至口腔顎面外科就診。理學檢查發現，在患者的左上顎犬齒到第二小白齒處頰側，有一骨性突起約 2 X 2 公分大小，口腔黏膜完整無潰瘍，無紅腫疼痛等發炎現象。放射線檢查發現，在左上顎小白齒無牙區有一泡沫狀病變〈圖 1〉。當天進行切片檢

查，手術時發現一實質病灶，皮質骨大致完整但有膨脹突起現象。切片報告顯示為造釉細胞瘤〈圖 2〉。

在與患者充分溝通之後，考慮此為實質性腫瘤而非囊腫型，故安排患者接受廣泛腫瘤切除〈圖 3〉，同時以 0.5 公分安全距離切除部分左上顎骨，手術創口以頰脂墊 (buccal fat pad) 重建，並以手術模板保護。術後患者情況穩定順利出院，目前於門診追蹤治療中。



病例二：

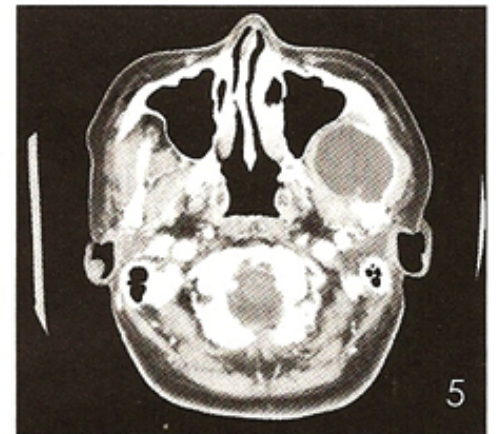
患者宋女士 42 歲，主訴左臉部腫脹持續數月之久，並在最近開始出現張口困難的現象，於是經開業醫師轉診到本

院口腔顎面外科就診。理學檢查發現患者在左下顎臼齒區有明顯的手術疤痕，且有向頰側膨出的現象，黏膜完整而無

潰瘍，患部無波動感及壓痛現象。放射線檢查發現在左側下顎臼齒區及冠狀突 (coronoid process) 有蜂窩狀放射線透射性 (radiolucency) 病變 (圖4)，左下顎自小白齒之後為無牙脊。追溯其過去病史發現，患者曾在七年前因左下顎造釉細胞瘤在台北某醫院接受摘除手術，並在五年前再度因造釉細胞瘤復發而接受手術，術後在門診追蹤，但最近兩年因個人因素未再按時回診檢查。當天進行切片檢查並安排電腦斷層攝影。手術發現為一囊腫狀 (cystic) 腫瘤，內含清澈稻



黃色液體，皮質骨已有部分因腫瘤侵蝕而破壞。病理報告顯示為造釉細胞瘤。電腦斷層攝影檢查更發現在冠狀突的病灶已延伸到顳下間隙 (infratemporal fossa)，並懷疑有顳骨侵犯 (圖5)。在與患者溝通說明後，患者仍拒絕接受手術治療，而希望尋求其他中醫或民俗療法。患者未再回診。



討論：

造釉細胞瘤是一常見的齒源性腫瘤，由牙釉器官 (enamel organ)，囊腫上皮 (cyst lining epithelium) 或口腔黏膜基底細胞 (basal cell) 衍生而成。最好發於下顎後臼齒區及上升枝 (ramus)，是一種緩慢生長但具局部侵犯性 (local invasion) 的腫瘤，也被形容為組織學上良性 (histological benign) 但臨床上惡性 (behavior malignancy) 的腫瘤。臨床症狀多為一無痛性腫脹，有些甚至到發生病理性骨折才發現病灶，放射線檢查呈現一蜂窩狀或泡沫狀的放射線透射性病變。在好發族群方面，發生年齡約在二十到四十歲最多，無

明顯性別上的差異。組織學上可分為五種細胞型態：單純濾泡型 (follicular type)，叢狀型 (plexiform type)，棘細胞瘤型 (acanthomatous type)，基底細胞型 (basal cell type)，顆粒細胞型 (granular cell type)，有些為實心型 (solid) 有些則為囊腫型 (cystic)。由於此腫瘤雖為良性但具有局部侵犯性，常在主腫瘤週邊出現副腫瘤，且此種腫瘤絕少發生轉移多數只為局部病變，故治療主張上有許多分歧，由保守刮除術到廣泛切除均有學者主張，但無論何種治療方式均應長期追蹤，及早處理，以免侵襲到生命構造而有不幸的結果。

植牙一天 OK !?

■ 程國慶 / 臺北醫學大學 22 屆
波士頓大學植牙專科醫師

代價 60 萬，回家可吃芭樂

當報紙這樣寫的時候，很多人會問真的假的？我的答案是可以是真的也可以是假的，問題是你準備好了嗎？過幾個月會不會要拿一百萬出來？如果你準備好了，那麼錢是可以安心的放到口袋，不過還是別教你的病人馬上吃芭樂切記！

在這裡要提到的就是 Immediate Loading 以及 Immediate Restoration。傳統上植牙後我們要等三到六個月才開始製作假牙(Branemark 1977)，其目的就是要讓植體和骨頭有足夠的時間生長結合，我們稱為骨整合 (Osseointegration)，不要打擾他們的好事，以免纖維及結痂組織偷偷長入植體和骨頭之間造成植牙失敗，而且這種觀念也普遍為大家所接受...，但是為減少病人的痛苦或者至少可以減短植牙的療程，我們不禁要問真的要那麼久嗎？一定要三到六個月嗎？如果植牙當天就裝置假牙會如何？所以才有 Immediate Loading 的想法，不過在改變治療程序的同時，也同時要確保有我們最重視的 — 可靠性，否則就失去了意義。

爲什麼？

植牙手術後當天立刻有假牙當然有其好處，病患可以很快增進咬合的能力，尤其在失去那種咀嚼感多年之後，竟然可以一夕之間回到從前，讓他們覺得很自在很舒服值回票價，而且大大的縮短診治的時間和痛苦，(Kinsel 2000) 有

問卷調查發現 94% 的病人覺得很好而且百分之百要介紹他人也做同樣的治療。

之前我們採取 Delayed Loading 的理由是怕纖維組織長入仿礙骨組織的增生 (Albrektsson 1986) 並且有學者說植體的骨床上這些受傷壞死的骨頭不能承受力量，應該先由新骨取代才可，(Roberts 1989) 也說快速的骨重整可能會減弱其強度，也可能讓植體旁骨質的完整性受影響。

那到底理論基礎為何？70 年代就有很多學者研究 Micromovement 到底對骨頭癒合有什麼影響，Cameron (1972) 等人覺得 Micromovement 確實會影響骨癒合並且會導致纖維組織增生取代我們想要的骨整合，次年又發現其實並不是所有 Movement 都會導致我們所不要的纖維增生，應該是有一個閾值存在的。1986，Maniatopoulos et al；也確認在植體和骨頭間是可以容許一定程度的 Micromovement 存在，而且只要不超過閾值，骨整合也會產生得很好。

直到 1998，Szmukler et al；整合各家實驗結果。下了一個結論，就是骨整合有一個很重要的閾值，如果超過它，那麼在骨整合之前纖維就已經長入了，如果不超過，骨整合可不受影響，而這個閾值應該介於 50 到 150um 之間。

其實如果以 Wolff' s law 來看，在不損害骨頭的前提之下，壓力越大骨生成越多，所以在前 16 週，如果植體適度的受力反而可以促進骨生成速度和程度，再者製造假牙過程中因不良排列造成的傷害，也因骨整合尚未完成有

緩衝空間所以可能減輕，且因為骨癒合過程 Remodeling 的關係，Stress 可以得到緩解，所以如果我們可以慎選病人，仔細手術且得到最佳初期的穩定，那麼我們就可以當天給病人假牙，大大縮短療程，不過標準的程序及要點還是需要進一步研究，才可以達到我們的可信度。

別人如何做？

2000, Claudio et al；用 ITI implant 種 4 顆植體在病人下顎然後做 U 型 bar 連結，上裝置 Overdenture 於 18 個病人 3/76 失敗 96% 成功。

1997, Tarnow et al；用 One-piece 固定假牙於 10 個病人 2/107 失敗。

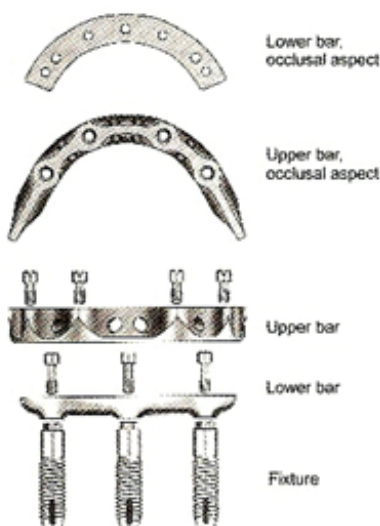
2001, Clomina 則是於下顎種 4 顆牙而後製作固定假牙，觀察 18 個月，結果是 96.7% 成功。

1996, Branemark Novum system 則是用事先

做好的 Bar 依設計位置利用 Stent 鑽洞，只種 3 個 3.75 mm 的植體，當天就將 Fixed Detachable Bridge 完成，整個療程約 6 至 8 小時。

2003 Cannizzaro et al；14 個病人，92 枝 Implants 24 個月後 100% 成功，這是很令人興奮的，但有 76%

是種在 type 2 bone。沒有在 type 4 bone。且植體長度至少 13 mm，上下



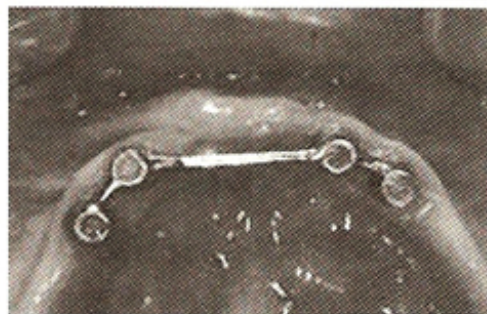
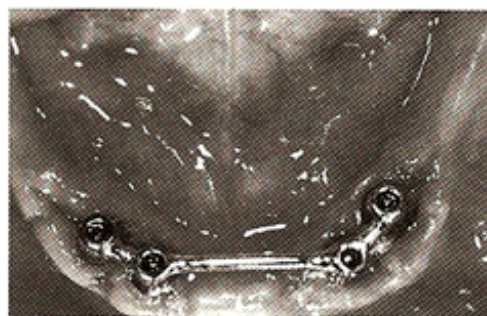
顎，前後牙，單獨或連結都有，前 6 周用臨時牙，之後就用 PFM crown。

2003 Testori et al；15 個病人，在下顎無牙病人，92 個 IL implants. 1 個失敗，這裡有點不一樣的是他們至少 5 個 implants. 10mm 長，但大部分還是 13mm 以上，Hex 全部在 ridge 上，且不做 countersink...，於 4 至 36 小時完成且 deliver 假牙。

我該怎麼做？

首先，我要實說羅馬不是一天造成的，但是假以時日只要 Step by Step 大家就都可以做得到，我們看一下 Lower Overdenture 的做法：

1. 在手術之前把假牙做好，調好咬合包括前突及側方運動就像做全口假牙一般。
2. 我們希望所有植體能連結一起，至少有 4 顆植體，而且不可小於 4X10mm。
3. 按照各個廠牌植體的手術標準程序，完成植牙手術後。只要稍微 Suture 一下馬上取模...，主要的是相關位置的準確性。
4. 然後請技工所馬上製作 Bar Connection。



5. 如果無法當天完成，而我們用的又是 Two Stages 的植體，沒關係我們不用 Covering Screw 改用 Healing Abutment 就好了，當 OneStage 使用，這時要將傷口逢好。

6. Denture 用 Tissue Conditioner reline，教患者當天晚上別拿下，否則第二天會戴不上。
7. 當天或隔天 Bar Connection 裝好之後一樣要襯底..，然後請患者隔天來複診。
8. 接著隔週再來。
9. 傷口完全好後就可用永久材料完成。
10. DONE。

結論:

首先我們別昏了頭，忘了兩階段的植牙方式的好處，它可以保護植體免受到不當的壓力，防止骨質不良，或者微小發炎妨礙骨整合，且所有可植牙患者皆適用，是很安全可靠的做法。

但經由理論和別人的經驗我們知道 Immediate Loading 是可以做得到的，Testori et al 已經 routine 的在下顎無牙的病人用 Immediate Loading。問題是我們要怎樣避免失敗，要怎樣不要將吃下去的連本帶利吐出來，若有人說目前很好，我們已經能控制植牙的 Micromovement 在 100um 之內，一切沒問題；我們將很欣慰且小心翼翼的向他看齊，希望有為者亦若是。

其實今年3月在 Boston 舉行的 AO 年會大家談的倒是著重在 Immediate Restoration。一般而言我們會在下顎做 Immediate Loading，上顎則盡量只做 Immediate Restoration 但不要給于過多的咬合壓力，全口無牙的病人，植牙後立刻給于假牙已經行之有年，應該是沒有問題，可是還有局部缺牙的人，尤其是少了前牙的病人，我們應該要怎樣才能讓他們馬上有牙齒過正常的生活，而且又能夠不妨礙植牙骨整合。我想這應該是大家都要努力做的，有了 Cannizzaro et al 給我們的例子讓我們多一些軌跡可循，不過還是不可大意。

所以若要植牙後當天要有假牙，目前我們能做的：1. 當然慎選病人很重要。2. 手術要達到最佳的初期穩定。3. 膺復盡量減少側方咬合力量。4. 初期避免過度使用假牙。就算患者覺

得很好用。5. 要常祈禱...。6. 明年2月聽BU-TDAA 合辦的演講。

References:

1. Proussaefs P. Lozada J. Immediate loading of single root form implants with the use of a custom acrylic stent. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 85(4):382-5, 2001 Apr.
2. Colomina LE. Immediate loading of implant-fixed mandibular prostheses: a prospective 18-month follow-up clinical study-preliminary report. *Implant Dentistry*. 10(1):23-9, 2001.
3. Jo HY. Hobo PK. Hobo S. Freestanding and multiunit immediate loading of the expandable implant: an up-to-40-month prospective survival study. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 85(2):148-55, 2001 Feb.
4. Tamow DP. Emtiaz S. Classi A. Immediate loading of threaded implants at stage 1 surgery in edentulous arches: ten consecutive case reports with 1- to 5-year data. *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*. 12(3):319-24, 1997 May-Jun.
5. Ericsson I. Nilson H. Lindh T. Nilner K. Randow K. Immediate functional loading of Branemark single tooth implants. An 18 months' clinical pilot follow-up study. *Clinical Oral Implants Research*. 11(1):26-33, 2000 Feb.
6. Kinsel RP. Lamb RE. Development of gingival esthetics in the edentulous patient with immediately loaded, single-stage, implant-supported fixed prostheses: a clinical report. *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*. 15(5): 711-21, 2000 Sep-Oct.
7. Gatti C. Haefliger W. Chiapasco M. Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading: a prospective study of ITI implants. *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*. 15(3):383-8, 2000 May-Jun.
8. Randow K. Ericsson I. Nilner K. Petersson A. Glantz PO. Immediate functional loading of Branemark dental implants. An 18-month clinical follow-up study. *Clinical Oral Implants Research*. 10(1):8-15, 1999 Feb.
9. Chiapasco M. Gatti C. Rossi E. Haefliger W. Markwalder TH. Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading. A retrospective multicenter study on 226 consecutive cases. *Clinical Oral Implants Research*. 8(1):48-57, 1997 Feb.
10. Roberts WE. Smith RK. Zilberman Y. Mozsary PG. Smith RS. Osseous adaptation to continuous loading of rigid endosseous implants. *American Journal of Orthodontics*. 86(2):95-111, 1984 Aug.
11. Szmukler-Moncler S. Salama H. Reingewirtz Y. Dubruille JH. Timing of loading and effect of micromotion on bone-dental implant interface: review of experimental literature. [Review] [75 refs] *Journal of Biomedical Materials Research*. 43(2):192-203, 1998 Summer.