

My First Stage

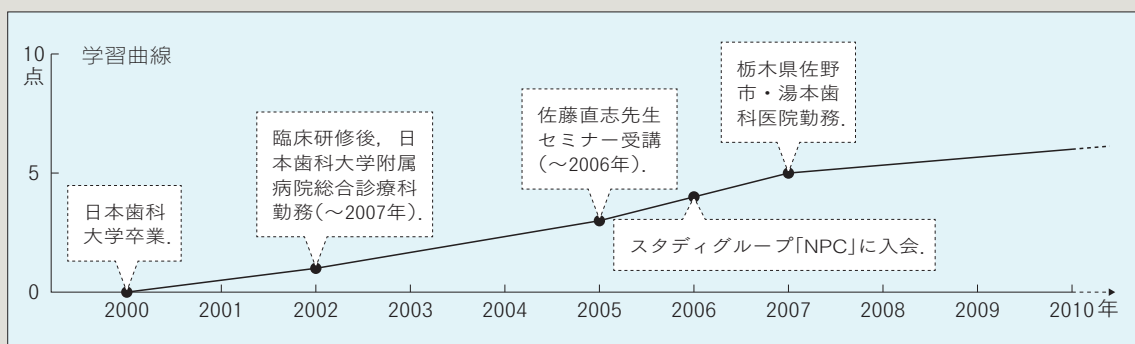
支台歯歯周組織の改善に 考慮した一症例

湯本雅一

キーワード：支台歯歯周組織，歯周外科，歯周治療と補綴治療

臨床経験

卒後10年。臨床研修後は大学附属病院に5年間勤務する傍ら、佐藤直志先生のセミナーで学び、歯周治療を主体とした包括的な歯科治療に取り組みはじめる。2007年より父のオフィスに勤務。



診療方針

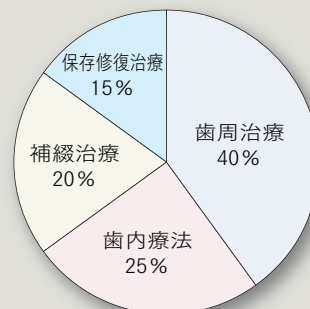
基本手技の研鑽および注意深い観察を重視して、常に自分の行った処置を客観的に評価し、一歩一歩積み上げていくような地道な臨床をしていきたいと考えている。

日々の臨床

筆者の勤務する診療所は北関東の地方都市にあり、歯周疾患患者や欠損補綴を要する患者が多く、咬合崩壊をとまなうケースも少なくない。歯科全般の処置を要する傾向にあり、口腔内全体を考え、診療を行っていかなければならないことが多い。

日常臨床のなかでは歯周治療に重点をおき、可能な限り歯を保存することを治療目標の1つとしている。また、歯周治療と深くかかわる修復・補綴治療や歯内療法などに配慮して総合的な歯科治療を行うように心がけている。

[日常臨床で頻度の多い処置]



▲歯周治療を中心に日々臨床を行っている。

企画趣旨

患者の主訴や口腔内状態など、その背景はさまざまであるが、「1 歯の治療にこだわること」、それがすべての基本であり、はじめの1 歩といえよう。

本欄では、患者の背景を踏まえつつ1 歯に対する治療にこだわる若手歯科医師に、どのように診査・診断し治療計画を立て、治療結果を得たのか、その患者と信頼関係を築くまでの過程を自己評価も含め提示いただく。また、師匠や先輩歯科医師からのメッセージもあわせて掲載。

1 歯の治療にこだわる！

湯本雅一

Masakazu Yumoto

湯本歯科医院
連絡先：〒327-0016 栃木県佐野市大祝町
2324



初診時の口腔内



図 1a~c 初診時正面観および右側方面観，上顎右側臼歯部デンタルエックス線写真。

図 1a | 図 1b | 図 1c

患者のバックグラウンド

- 患者：49歳，女性．非喫煙者．初診日は2007年4月10日．職業は会社員で，まじめで，おとなしい性格の持ち主．仕事をしているため，仕事の合間に治療に来院する形となる．基本的には保険診療による治療を希望している．
- 主訴：1週間前からの $\overline{8}$ の疼痛および歯肉からの出

血を主訴に来院された．既往歴に特記事項はない．

- 歯科既往歴：今まで対症療法的な歯科治療を受けてきており，本格的な歯周治療を受けていない．歯科に対する意識や知識は高いとはいえない．

診査・診断，治療計画

- どのように診査を進め，診断したか：口腔内の現況を把握するため，歯周組織の診査およびエックス線診査を行った．歯周組織のバイオタイプはthick-flatであり，歯肉の発赤，腫脹がみられ，臼歯部において6 mm以上のプロービング値，そしてプロービング時の出血を認めた．とくに7はkey toothであり，不良補綴物の存在，エックス線写真上で骨吸収像，歯石の沈着を認め，さらに前歯部開咬であることから，臼歯部に咬合性外傷が加わりやすく，主訴である $\overline{8}$ よりも多くの問題があると判断した．その点を患者に説明し，主訴への対

応後，治療を行っていくこととした．

- 診査結果および治療計画説明時の患者の反応：

① 7における治療計画とその経過

7は歯周病の問題，不良補綴物の問題が大きいと判断．補綴物を除去し，初期治療を行い，その後の再評価の状況により歯周外科を考えていくこととした．

初期治療の第一段階として歯肉縁上を中心に口腔清掃指導，スケーリング，PTCを2か月程度行い，腫脹の改善および出血の減少が得られた．この頃から患者自身が口腔衛生の改善，モチベーションの向上とともに



図2 初期治療より2か月後.



図3 初期治療より6か月後.



図4 切開時.



図5a, b 歯周外科時の頬側および口蓋面. オステオプラスティにより頬側の棚状の骨の整形を行った.



図5a|図5b



図6 歯周外科後3か月.



図7a~c 歯周外科後1年の正面観および右側方面観, デンタルエックス線写真.



図7a|図7b|図7c

に治療に対して、より積極的になってきたように感じられた。その後、さらに治癒しやすく清掃しやすい環境を得るために75は不良補綴物から暫間補綴物に置き換えると同時に、歯肉縁下のスクーリングを行っていった。8は対合歯がなく、7への清掃性の配慮から抜歯が妥当であると判断し、抜歯を行った。

初期治療より6か月経過後、再評価において7近心のプロービング値は6mm。歯周組織のタイプがthick-flatであり、非外科的治療の効果が得られにくく、またポンティック部の軟組織が厚く、不良形態を呈し、歯周ポケットの減少を困難にしていることから、歯周外科処置が必要と判断した。この時点で外科の必要性について説明したところ、患者自身も治療効果を実感し、

よい状態になるのならということで外科の了解が得られた。

②歯周外科における治療計画とその経過

浅いプロービング値の獲得、メンテナンスしやすい歯肉形態を目的として、フラップキュレタージ+ウェッジ手術を選択した。ウェッジ手術はペディクル切開法にて行った。75は口蓋側隅角部を結ぶ一次切開を加え、フラップを剥離し、フラップ内面の厚い軟組織の中そぎによる厚みの修正を行った。

歯周外科より4か月経過後、再評価を行い、補綴処置へ移行した。7近心のプロービング値は3mm。現在メンテナンスを行いながら、経過観察している。

治療結果の自己評価と患者の様子

●自己評価：10点満点で6点。術前と比べ浅いプロービング値が得られ(外科1年後の7]近心のプロービング値は3mm)、清掃しやすい歯肉形態になった。外科術式は歯周ポケット除去には歯肉弁根尖側移動術が有効だが、本症例で行うと歯根露出が大きくなり、それを被覆するための支台歯形成により抜髄の危険性が高くなる。前歯部開咬のため、白歯部に咬合性外傷が加わりやすいので支台歯を有髄のまま維持し補綴することが重要と考えた。ポンティック部の軟組織が厚く、骨形態も浅いクレーター状欠損程度であったのでフラップキュレターージ+ウェッジ手術にて効果が得られた。歯周治療と補綴治療は互いに補完しあう関係にあり、双方の観点から考えることが大切である。反省点は厚

い歯肉にもかかわらず歯周外科後の治癒期間を十分に経過観察せず、4か月程度の短期間で補綴処置へ移行してしまった点である。

●信頼関係が築けたと感じた瞬間：初期治療を丁寧に行うことで、患者自身の歯科に対する関心が増加し、口腔内の環境が良好になるのに気づいて、コンプライアンスが高まり、外科処置やメンテナンスに対しても積極的に同意していただけるようになった。

●今後の課題、力を入れていきたいこと：①適切な診査にともなう正確な診断の確立、②診断に基づいた歯周治療と補綴治療のバランスのとれた治療計画の立案、③治療計画を遂行する臨床手技の精度の向上、の3つをめざして日々研鑽を積んでいきたいと考えている。

先輩 Dr. からのメッセージ



夏堀礼二

1986年 岩手医科大学歯学部卒業
1992年 夏堀デンタルクリニック開院
日本口腔インプラント学会
日本補綴歯科学会
日本顎咬合学会

〔診療方針〕

患者利益を第一に考慮し、最新の技術と設備とこだわりをもってそれに応えたい。患者利益とは、生涯患者と向き合っていく前提で可及的に長期にわたり口腔の健康を願ってのことである。ホープレスだから、欠損があるからインプラントではなく、他に歯牙保存の方策はないか、歯牙喪失の原因は何か、長期的な咬合の安定を図るうえで患者に何がより効果的で効率的なのかを、決して急がず、経過観察も含めて慎重に診療していきたい。

▶ケースから感じること

全体像がわからないため局所的にみてコメントさせていただく。動機付け後の初期治療、8]の抜歯は清掃性の向上のため必要であると考えた。またブリッジの支台歯となる7]の欠損側にあたる近心側に水平性の歯周ポケットが存在し、厚い歯周組織ということもあり歯周外科が第一選択となろう。その術式はウェッジ手術と口蓋歯肉に対するパラタラアプローチを併用したフラップキュレターージがもっとも安全で有効な歯周ポケット除去の術式と考える。そして、7]を生活歯のままブリッジの支台歯としたことも予後を考えるうえで重要である。

初診時正面観から、前歯部の開咬が認められ、アンテリアカップリングが確立されておらず、側方運動時の小白歯部への負担が疑われる。また上顎前歯の唇側辺縁歯肉の炎症が著しく、これは単純にプラークコントロール不良のためか、他に原因がないのかなど、もっと詳しい情報が知りたかった。術後1年のデンタルエックス線写真から炎症のコントロールは十分に奏効したといえるだろう。今後の継続的なメンテナンスセラピーにより、治療結果を長期的に維持していけると思う。

▶さらに成長してもらおうためのメッセージ

本症例のように、デンタルIQの低い歯周病患者に対して、動機付けを含めた初期治療がもっとも重要であり、ここで初診の状態、放置した場合のリスク、治療計画、再発のリスク、メンテナンスの必要性などを詳しく説明し、同意はもちろんのこと、十分に理解をしていただいたうえで、治療を開始しなければならない。

術後1年の口腔内写真で上顎前歯部歯肉に若干の発赤がみられるが、治療終了後、最初の頃のメンテナンスで問題がない場合、往々にして患者は中だるみで、ついついプラークコントロールが不十分になることが多い。

患者も補綴治療した上顎右側だけに集中していたかもしれない。初診時の診断で、前歯部の発赤はプラークが原因だろうが、二次的要因として、不良補綴なのか口呼吸なのかも診査し、計画に加味していかなければならない。

また、保険診療とはいえ、5]のマージン適合はやや難があるし、術前の咬合様式、咬合面のファセット、歯の動揺度、パラファンクションの有無などの記載がなく、最終補綴の製作時の咬合様式および装着時の調整なども触れていればなおよかったと感じた。

本欄に対するご意見・ご質問は、本誌編集部：edit-q@quint-j.co.jp までお寄せください。