

My First Stage

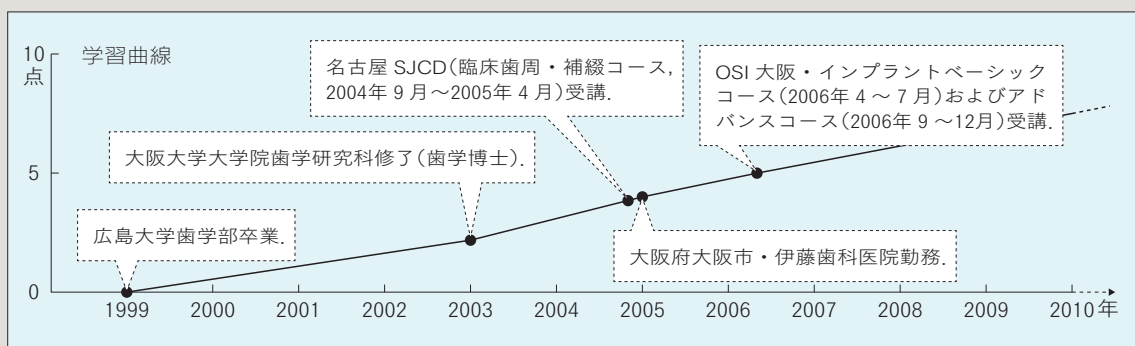
患者の希望と術者の臨床技術 —前歯部審美インプラント治療を通して—

黒住琢磨

キーワード：患者の希望，審美修復，インプラント治療，過剰歯，GBR

臨床経験

卒後12年目。大学院卒業後，大阪府大阪市・伊藤歯科医院に勤務。大阪 SJCD，OSI スタディクラブ大阪に所属。

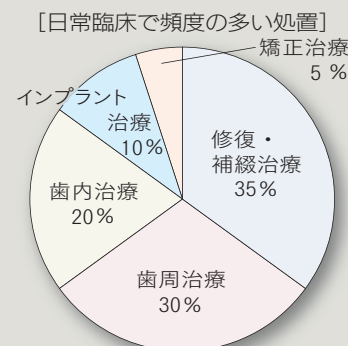


診療方針

患者に良質な歯科医療を提供するためには，“明確な治療ゴールのイメージ”とそれを遂行する“技術力”が必要であると考えます。治療計画では，エビデンスを正しく伝え，理想的なゴールとともに患者の意見も取り入れるように心がけている。

日々の臨床

勤務先がビジネス街にあることから，20代後半～40代のサラリーマンが来院されることが多く，う蝕や中等度以下の歯周病などに対する処置や単冠～ブリッジの修復処置が中心となる。当院のホームページを見て遠方から来院される方も多く，そのような場合はインプラントを含む全顎的な修復治療などに移行するケースもある。



▲修復・補綴治療，歯周治療を軸に治療を行っている。

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。

エビデンスは患者のためにある！

黒住琢磨

Takuma Kurozumi

伊藤歯科医院
連絡先：〒532-0003 大阪府大阪市淀川区
宮原3-5-36 新大阪トラストタワー 2F



初診時の状態



図 1a 初診時の口腔内写真。

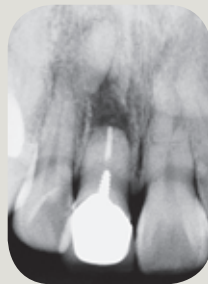


図 1b 初診時の上顎前歯部デンタルエックス線写真。

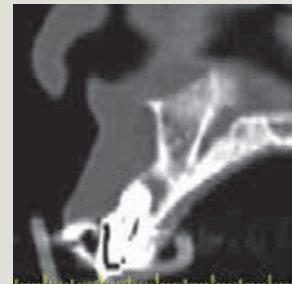


図 1c 初診時の1根尖部 CT 画像。

患者のバックグラウンド

●患者：温厚な30歳の女性で、インターネットでインプラント治療をしている歯科医院を検索時、当院のホームページを見つけ来院に至った。隣在歯を削らないインプラント治療に強い興味をもたれていた。

●主訴：1の審美障害。最近になって、自分の前歯が写っている写真を見て、1と他の天然歯の色調が異なることが気付き、意識するようになってきた。

●歯科既往歴：中学時代のクラブ活動中に竹刀で上顎前歯部を強打し、近医にて1の歯根破折と診断された。根管治療とメタルセラミッククラウンによる修復処置を受け、年1～2回のメンテナンスを受けていた。

●バックグラウンド：前医から「1は長くもたない」といわれており、今回の治療を機に健全な隣接歯を削らないインプラントによる審美的修復を希望していた。

診査・診断、治療計画

●どのように診査を進め、診断したか：1の修復物にブラックマージンを認める(図 1a)。全顎的な歯列不正があり上顎前歯部では、左上がりの切歯平面の傾斜が認められる。歯周組織検査では7の舌側近心に5 mmのプロビングデプスを認めたが、それ以外の歯に関しては、病的な所見は認められなかった。

デンタルエックス線写真より、1根尖部に透過像が

あり、その根尖に歯牙様の不透過像を認める(図 1b)。CT値などにより歯牙様組織は過剰歯と判断し(図 1c)、1の歯根吸収および根尖周囲軟組織が過剰歯周囲にまで達していると診断した。

●診査結果および治療計画説明時の患者の反応：歯列不正に対して矯正治療を行い、1はインプラント修復を行うことが予知性の高い治療となると説明した。患

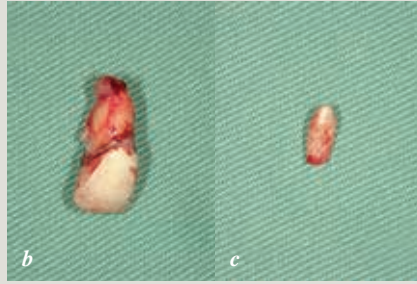


図2a~c 抜歯時。1(b)および過剰歯(c)の抜去。

図3 骨補填材と吸収性メンブレンを用いたGBR。

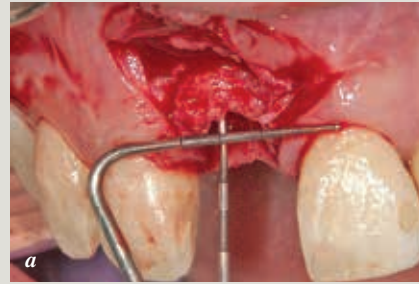
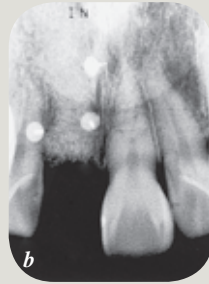


図4a,b 縫合後の状態。

図5a,b 粘膜の剥離およびフィクスチャーヘッドの位置確認。



図6a,b 最終補綴物装着時の正面観およびデンタルエックス線写真。

図7a,b 最終補綴物装着後2年の正面観および1部のCT画像。

者は費用や治療期間の問題から矯正治療は行わず、1のみインプラントにて隣在歯と調和のとれた形態で修復することを希望した。1根尖部の過剰歯を除去する必要性、CT画像より頬側の歯槽骨吸収への対応および術者の外科スキルを考慮し、抜歯同時GBRを行った後、十分な治癒期間を待ってインプラント埋入+即時プロビジョナイズーションが妥当であると判断した。

粘膜を剥離し、1と過剰歯を抜去した(図2)。根尖部軟組織を徹底的に除去し、デコルチケーション後に骨補填材を充填後、吸収性メンブレンで欠損部を覆った(図3)。メンブレンが不安定だったので固定ピンにてメンブレンを固定し、十分な減張切開を行い縫合した(図4)。術後の粘膜の裂開や感染などはなかった。

GBR後6か月、インプラント埋入部位の顎堤粘膜を骨膜弁と粘膜弁に分けて剥離し、ボーンタックの除去、インプラント埋入、および頬側CTGを同時に行い(図5a)、フィクスチャー立ち上げのプロビジョナルクラウンを装着した(図5b)。フィクスチャー埋入4か月後、前歯部の審美性を考慮し、2のラミネートベニア、1と3の形態修正を行い、キャストゴールドのカスタムアバットメントおよびジルコニアクラウンで最終補綴を行った(図6)。

メンテナンスは3か月ごとに行った。2年後、インプラント修復した1に若干の歯肉退縮(約0.3mm)が認められたが(図7a)、CT画像より、インプラント周囲歯槽骨は安定している(図7b)。

治療結果の自己評価と患者の様子

●自己評価：抜歯待時埋入となり患者にとっては手術回数が増えたが、抜歯・GBR・埋入・補綴といった各ステップを確認しながら治療できたことは、有意義であった。術者の臨床技術に見合った治療計画により、予期せぬトラブルも回避できたと考えている。

上顎6前歯の審美的なバランスをとる作業に苦慮し結果的に隣在歯への処置が必要になってしまった。術前における最終補綴のイメージが甘かったと反省している。今なら生体親和性が高く、審美的なジルコニアアバットメントを選択したであろう。

メンテナンス時には、インプラント部の唇側歯肉や歯肉乳頭の退縮および辺縁骨の変化を注意深く観察し、今回の術式の妥当性について考えていきたい。

●信頼関係が築けたと感じた瞬間：無理のない治療を計画し、文献的エビデンスを用い、起こりうる失敗、その確率および対処法などもあえて説明したことにより、結果的に患者の信頼も得ることができたのではないかと考えている。

●今後の課題，力を入れていきたいこと：本症例の各ステップを写真で確認することで軟組織の管理について未熟さを痛感した。今後も臨床を記録し、批判的吟味をしていきながら、患者に少しでも快適な歯科治療が提供できればと考えている。

※なお、本症例の診査・診断、術式、結果に関する文献的考察は、誌面の都合上、割愛させていただいた。

先輩 Dr からのメッセージ



野阪泰弘

1985年 大阪歯科大学卒業
2005年 野阪口腔外科クリニック開院
日本再生医療学会評議員
日本口腔インプラント学会評議員

〔診療方針〕

当院は一般歯科治療をまったく行わず、口腔外科のみの診療体制で5年前に開業した。しかし、インプラントのトラブル症例が多く紹介されるようになり、現在はインプラントの連携治療のみを行っている。インプラントは生体の反応を利用した治療で未知の領域が数多く残されている。インプラントの術後やトラブル症例をCTで評価し、安全で予知性の高いインプラント治療とは何かということを日々悩みながら診療を行っている。

▶ケースから感じること

本症例は、1]の根尖部にエックス線透過像があり、埋伏過剰歯も存在していたため、難易度が高い症例と考えられる。抜歯と同時にGBRを行い、フィクスチャー埋入時にプロビジョナルクラウンを装着し、短期間で患者が満足する最終補綴に至ったことは高く評価される。また、最終補綴後2年のCT画像で、唇側歯槽骨に皮質骨様のエックス線不透過性のラインが認められ、抜歯同時のGBRは成功したと考えられる。

しかし、術前と比較して2]近心の歯間乳頭部が若干陥凹し、1]の歯冠が少し大きくなったことが強調されていると思われる。抜歯同時のGBRであるため軟組織の不足が生じ、切開線が延長され、縫合時には2]の近心隅角部に可動粘膜が位置している。フィクスチャー埋入時は同部の歯肉が温存された状態でプロビジョナルクラウンが装着されたため、2]近心の歯間乳頭部に陥凹が後遺したと考えられる。フィクスチャーの埋入後、軟組織が十分に治癒してから軟組織の形成術を行ったほうが、より満足する結果が得られた可能性があると思われる。

▶さらに成長してもらうためのメッセージ

インプラント治療において、審美性の回復と治療期間の短縮という患者の要求は、治療のリスクを高くする。当院の臨床データでは、抜歯後6か月以上が経過しても抜歯窩に骨が再生していなかった症例が、322例中26例(8.1%)に認められた。病理組織学的には、線維性治癒や腐骨形成などが認められ、歯槽骨に存在していた慢性炎症が原因と考えている。

本症例では、抜歯同時のGBRで骨が形成されたことによって予定どおりの治療が行われ、患者の満足が得られている。しかし、骨が形成されなかった場合の代償は大きく、審美性の回復は困難になり、治療期間もかえて延長時間の危険性がある。筆者の経験から、同じ術式を続けて行った場合、20例を超えた頃から予期せぬトラブルが生じる傾向があると考えている。英語の論文によりエビデンスを検証し、臨床データを客観的に評価するという先生の姿勢は立派と考えられる。しかし、表に出ないトラブル症例が多く存在していることも事実で、各症例について長期的に術後評価を行い、先生自身のエビデンスを蓄積することが重要と思われる。

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。