

My First Stage

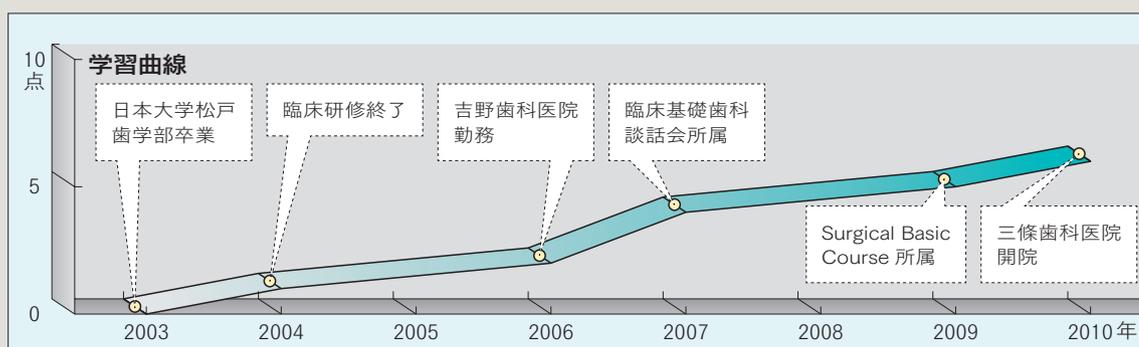
治療期間の長期化からみえた課題 —歯周治療と骨移植症例を通して—

三條直哉

キーワード：自家骨移植，垂直性骨吸収，生物学的幅径，リエントリー

臨床経験

卒後7年目。日本大学松戸歯学部卒業後，母校にて臨床研修を終え，埼玉県川口市・吉野歯科医院に勤務。2010年に東京都北区で開業し，現在に至る。



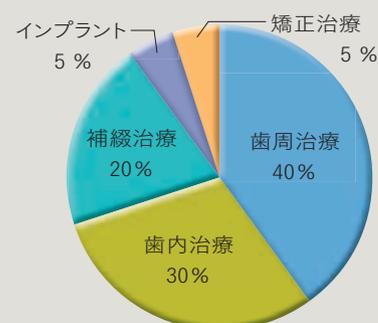
診療方針

患者を総合的に診断し最良の治療計画を提案することを基本とし，すべての治療においてエビデンス，技術を十分に備えた総合歯科医を目指している。

日々の臨床

確実な資料収集を軸に，正確な診断を行い，最良の治療計画立案を基にした予知性の高い治療に取り組んでいる。勤務地は住宅地にあり，患者層として日中は主婦や高齢者，夕方以降は会社員が中心。急性症状を訴える患者の来院が多く，口腔内全体にさまざまな問題を抱えた患者が多い。筆者は急性期治療のほか，主に根管治療，歯周治療を担当している。

【日常臨床で頻度の多い割合】



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。

天然歯の保存にこだわる！

三條直哉

Naoya Sanjoh

東京都開業 三條歯科医院
連絡先：〒114-0032 東京都北区中十条
3-35-1 桑沢ビル4F



初診時の状態



図 1a 初診時の右側方面観。



図 1b 初診時の上顎右側白歯部デンタルエックス線写真。

Mo				II	II	I								
P.D.				6	2	3	5	2	2	2	2	4	2	2
BoP				6								4		
	8	7		6		5		4				3		
BoP				6								7		
P.D.				6	2	2	7	6	2	2	2	7	6	2

図 1c 初診時の上顎右側白歯部のペリオチャート。

患者のバックグラウンド

■患者：55歳，女性。職業は事務員。性格は温厚で真面目，自己主張はあまり強くない印象を受けた。喫煙は1日10本。

■主訴：歯周治療を希望し来院。5]が頻繁に腫れるという。最近になり前歯が出てきたとの訴え。

■歯科的既往歴：20歳前後から歯周病を指摘され，ブ

ラッシングには気をつけていたが徐々に抜歯になったという。治療は急性症状がでたときのみの投薬とポケット内の洗浄のみにとどまり，歯周治療の既往はない。

■バックグラウンド：仕事の繁忙期には来院が途絶えてしまうが，それ以外は治療に対して協力的であった。娘が大学生で資金面であまり余裕はないとのこと。

診査・診断，治療計画

■どのように診査を進め，診断したか：主訴の5]は模型診査にて早期接触を認めた。同歯遠心部には7mmの深いポケット，6]の遠心根歯は根尖部付近に及ぶ大きな骨欠損を認め，ポケットも6mmであった。前歯部のフレアアウトもあり，白歯部の咬合支持の喪失による咬合の低下が考えられた。また過度のブラキシズムを認め，患者自身も自覚していた。

■診査結果および治療計画説明時の患者の反応：当該

部の骨の喪失は大きく，動揺もII度であったため，インプラントによる補綴が予知性の高い治療と説明したが，患者の希望や生活背景などを踏まえ，歯周外科処置および補綴による保存的治療を行うこととした。上顎は6]，下顎は5]までの短縮歯列を治療ゴールとし，ナイトガードを併用することとした。

■治療の実際：初期治療後，ブラキシズムへの対応としてナイトガードを装着した。少しでも欠損を浅くす



Mo				II	II	I							
P.D.				5	2	2	6	2	2	2	2	2	2
BoP													
	8	7	6	5	4	3							
BoP													
P.D.				5	2	2	6	2	2	2	2	4	5

図 2a, b 初期治療終了時の口腔内およびペリオチャート。ポケットが残存している部位が認められた。
 図 2a | 図 2b



図 3 欠損部に自家骨を充填したところ。



図 4 縫合時。



図 5 MTMと自然挺出を併用して5]を整直している。



図 6 術後8か月。メタルによる暫間補綴。



図 7 リエントリー直前のデンタルエックス線写真。



図 8 リエントリー時。



図 9 歯肉弁翻転時、骨移植部に硬組織様の組織を認める。



図 10 | 図 11

図 10 縫合時。歯肉弁を骨頂から 3 mm に位置づけた。その際、4 3]間の歯肉弁を損傷している。



図 11 術後1か月、最終補綴装着時。

るため5]は自然挺出を試み、その後オープンフラップデブライドメントと自家骨移植を行った。その際、6]の遠心根を保存不可能と判断し抜去した。術後3か月から挺出により生じた近心傾斜を是正するためのMTMを行い、暫間補綴にて連結固定を行った。術後8か月で暫間的にメタルによる補綴を行った。その後、仮着

の状態経過観察を行った。

6か月の経過観察の後、エックス線診査で骨頂の歯槽硬線が確認できなかったためリエントリーを行い、骨の生理的形態の回復を目指した。自家骨移植部位には骨様の硬組織の形成を認めた(同部の黒色は移植の際、歯面処理でのテトラサイクリン使用によるものと考えられ

る)。フラップは部分層で剥離し、骨整形後、生物学的幅径を考慮し、骨頂から3 mm 上方に位置づけ骨膜縫

治療結果と自己評価

■ **自己評価**：治療の効率が悪く、全顎の治療終了まで3年以上の時間を費やしてしまったことは大きな反省点であり、外科処置の正確さも欠いていると感じる。治療結果はおおむね良好であり、患者自身が満足している部分はよかったと感じる。

■ **信頼関係が築けたと感じた瞬間**：治療開始当初は治療に積極的ではなかったが、歯周治療が進み主訴が解

合を行った。術後1か月で最終補綴物を装着。歯周補綴的観点から6.5.4を連結とした。

決され、急発症状がなくなったことで治療効果を実感し、術者が勧める治療法に「おまかせします」と言ったとき。

■ **今後の課題**，力を入れていきたいこと：今回の一番大きな反省点である治療期間の長期化は診断・治療計画の判断の甘さが招いた結果であると思われる。治療技術はもちろんのこと、患者全体から一口腔内、1歯まですべてを見る目を養いたい。

先輩 Dr からのメッセージ



青井良太

1994年 朝日大学歯学部卒業
1999年 貴和会歯科新大阪診療所勤務
2003年 貴和会歯科銀座ペリオ・インプラントセンター勤務
2007年 あおいデンタルクリニック・麻布十番ペリオ・インプラントセンター開設
2009年 SBC(Surgical Basic Course)歯周形成外科コース設立
米国歯周病学会会員、OJ 会員、SBC 主宰

〔診療方針〕

“歯を保存”するということを念頭に置き、最大限の努力を惜まず5年後も10年後も「ありがとう」と言われる診療を心がけている。

▶ ケースから感じること

臨床にでてからすぐに自分の行った治療の資料をしっかり取り、見直して評価している点はすばらしい。総合的な観点から、インプラント治療が予知性の高い治療とあるがはたしてそうであろうか。インプラント世代の若い歯科医師はインプラント治療を第一選択にする傾向にあるが、本来はいろいろな治療のなかの1つのオプションに過ぎない。本症例においてインプラント治療を適用する場合、抜歯後にサイナスフロアエレベーションやGBRを行う必要があり、失敗したときのリスクや、そのリカバーなどの知識と技術を事前に身につけておかなければならない。それらのイメージができて初めてインプラント治療を行うことができる。実際には、費用の面からこの患者はインプラント治療を受けなかったわけだが、歯周治療と骨移植を行った結果、歯を保存でき、現在も口腔内で機能していることをこの症例で学んでほしい。

診断としては、最初の段階でもポケットが浅く、う蝕にもなっていない4を削合しプロビジョナルレストレーションで連結しているが、最終補綴物は単冠処理をしているのはなぜだろうか。できれば、4を削合するのではなく、6.5のプロビジョナルレストレーションにメッシュワイヤーを内蔵し4の舌側に伸ばし、スーパーボンドで接着して経過観察することを第一選択としてほしい。また、パーティカルストップの役割を果たしていた4をプロビジョナルレストレーションに置き換えたことにより咬合高径の低下が認められる。天然歯を削るときは「本当にこの歯を削っていいのか？ 自分の診断は間違っていない

のか？」をつねに自問自答し、診療を進めてほしい。

手技の点をいえば、切開や縫糸の選択など、改善点はあるものの、自家骨移植した5に再生が認められるのは、きちんと搔爬が行われ根面処理ができていたことであり、動揺度が11度であった歯を助けることができたのはすばらしい。しかし、初診時に3の遠心口蓋側に6 mm のポケットが存在し、リエントリー時にも骨欠損が残っている。木を見て森を見ずとはこのことで、当該歯に集中するがあまり、他の歯の病態を把握できていない。歯周外科処置を行う直前に、術部と周囲の歯をボーンサウンディングすることにより、麻酔が効いた範囲の骨レベルで診査ができる。歯周外科処置を行う前は必ずプローベを持つことを習慣づけるとよいだろう。

▶ さらに成長してもらうためのメッセージ

文献を読み、歯周治療に関して研鑽を積むことを続けていくのはもちろん大切であるが、われわれGPは総合的な治療が求められる。歯周治療や外科処置に専念するのではなく、治療の根幹となる歯内療法を極め、最終的に患者の口腔内で機能する補綴設計を行い、自分の行った治療が長期的に口腔内で機能するための知識と技術、そして経験を積んでいってほしい。術者を信じて治療させてくれる患者に対して最大限の努力をし、“歯を保存する”ことを念頭に置きながら、今後出会うであろう多くの患者に対して、総合的な診断力・技術力をつけ、貢献してほしいと願う。

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。