

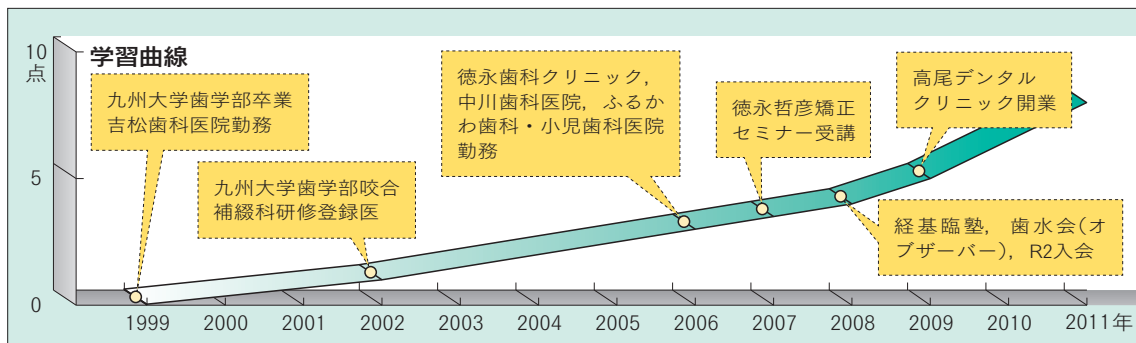
# 歯の保存にこだわり、 1 歯に長い期間を費やした症例

高尾洋平

キーワード：基本治療，骨縁下欠損，CO<sub>2</sub>レーザー，犬歯誘導

## 臨床経験年数

卒後13年目。1999年九州大学歯学部卒業後，福岡県久留米市・吉松歯科医院勤務。2002年九州大学歯学部咬合補綴科研修登録医，2006年徳永歯科クリニック，中川歯科医院，ふるかわ歯科・小児歯科医院勤務。2007年徳永哲彦矯正セミナー受講，2008年経基臨塾，歯水会(オブザーバー)，R2入会。2009年高尾デンタルクリニック開業。



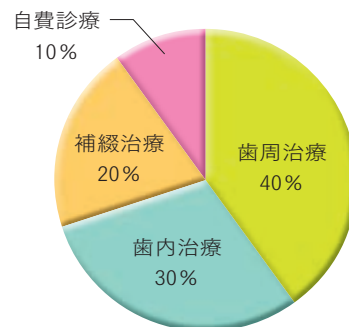
## 診療方針

もっとも重要視しているのは，口腔の機能的な回復である。その基盤として，歯周治療や歯内治療などの基本治療を大切にしている。また，患者の多様な病態やニーズに対応するため，保険診療や自費診療の枠にとらわれない診療を心がけている。そのためには，幅広い技術および知識の習得が必要と考えている。

## 日々の臨床

開業立地は郊外で，年齢や職業などの偏りがなく，多様な患者層が来院。歯周病罹患患者が多く，治療期間が比較的長期にわたるケースが多い。治療終了後のメンテナンスを重視しており，治療効果の持続に努めている。基本的に保険診療を中心としているが，インプラント，審美補綴，矯正治療を主とした，自費診療も行っている。

【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の状態など、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て提示いただく。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。

「メンテナンスを重視し、  
治療効果の持続に努める」

高尾洋平

Youhei Takao

福岡県開業 高尾デンタルクリニック  
連絡先：〒838-0138 福岡県小郡市寺福童  
287-1



### 初診時の状態

図 1a | 図 1b



図 1a 6] 頬側歯肉にフィステルを認める。  
図 1b 6] 近心側で歯槽硬線、歯槽頂線が消失し、根尖に達する骨縁下欠損を認める。全周にわたり歯根膜腔の拡大を認める。

### 患者のバックグラウンド

- 患者：61歳，女性。2010年11月初診。遠方より通院。主婦で時間の都合がつきやすく，治療にも協力的である。穏やかな性格で，こちらの話をよく聞き，意思表示をしっかりとってくれるため，治療が進めやすかった。
- 主訴：上顎右側の奥歯が痛くて噛めないとのこと。

■ 歯科的既往歴：以前，当該歯の治療のため，他院に1 年ほど通っていたが，なかなか噛めるようにならなかった。

■ バックグラウンド：時間的，経済的にも問題はなく，全身疾患などの特記事項なし。非喫煙者である。

### 診査・診断，治療計画

■ どのように診査を進め，診断したか：初診時，6] は動揺(+)，PUS(+)，BOP(+)，近心頬側にPD が12mm 存在し，保存困難と思われた。歯周基本治療後，PD が7 mm に，CAL が12mm から8 mm に改善した。動揺も治まり，フィステルも消失した。歯根破折の有無の確認，および骨縁下欠損への対応が必要であるため，歯周外科を行うこととした。

■ 診査結果および治療計画説明時の患者の反応：当該歯は key tooth でもあり，患者の心境としては保存を

強く希望しているため，外科に抵抗を示されなかった。保存不可能な場合は，インプラント治療に移行する旨の了承を得た。

■ 治療の実際：十分な角化歯肉があるうえ，骨欠損が2～3 壁性と予想され，骨補填材を用いた再生療法を行うこととした。骨縁下欠損症例では少なからず咬合力のコントロールが必要と考える。よって，最終補綴はディスクルージョンの確立に努め，前方のブリッジと連結することとした。

歯の保存にこだわり、1歯に長い期間を費やした症例



図2 2011年1月29日。術前に、自然挺出による歯の遠心傾斜を利用して、歯間部歯肉の幅を拡大しておいた。口蓋側は骨欠損部を避けて切開ラインを設定した。



図3 歯根に破折線はなく、歯石の残存を確認。除石およびルートプレーニング、徹底したデブリドメントを行った。



図4 骨補填材を填入し、血液に浸す。成長因子を活性化させる目的で、CO<sub>2</sub>レーザーを照射。



図5 歯肉弁を元の位置に戻して縫合。完全に創を閉鎖し、CO<sub>2</sub>レーザー照射。術後は歯冠を削合し、咬合力がかからないようにした。

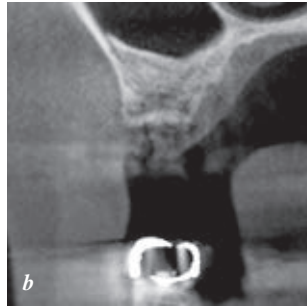


図6a, b a: 2011年7月20日、術後6か月のデンタルエックス線写真。同部位をCBCT画像により骨形態・骨質の評価を行う。b: 術部のcross sectional像。歯間部歯槽骨の平坦化、緻密化を認め、メンテナンス性が向上した。なお、CTによる評価は水上哲也先生の文献を参考にした(インプラント&デンタルCTを有効活用した新時代の歯周治療への提言。the Quintessence 2010; 29(10): 51-66)。



図7a 2011年9月9日。術後8か月の最終補綴物装着時。



図7b 歯間ブラシが通りやすい形態とし、犬歯誘導を確立した。



図8a~c プロービング値の変化。a: 初診時, b: 歯周基本治療終了時, c: 治療終了時。

図8a | 図8b | 図8c

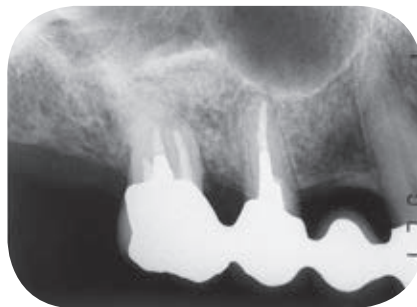


図9 | 図10

図9 近心側の骨吸収は著しく改善されたが、明瞭な歯槽硬線、歯槽骨頂線は確認できない。

図10 最終補綴物装着後6か月の状態。大きな変化はない。

## 治療結果の自己評価と患者の様子

■自己評価：治療終了時、6)近心側のPD、CALはともに3mmとなった。デンタルエックス線写真にて、いまだ明確な歯槽硬線は確認できず、歯根面に長い上皮や結合組織の付着のおそれ、補綴の形態や咬合付与が不適切である可能性がある。治療終了後6か月のPD、CALはともに3mmであるが、今後メンテナンスにより長期にわたり経過をみる必要がある。

■信頼関係が築けたと感じた瞬間：もっとも大きなポイントは、歯の保存にこだわったことにあると思われ

る。1歯に長い期間を費やして歯科にかかっているため、患者の歯の保存に対する執着も強くなり、ある程度の結果をだせたことがよかった。

■今後の課題：歯周再生療法はさまざまな手法、マテリアルが登場し、ますます予知性が高まっている。歯の保存にこだわり、より困難な症例に対応できるように研鑽を積みたい。また、患者の人生に長くかかわれるような歯科医師に成長したい。

## 先輩 Dr. からのメッセージ



吉松繁人

1995年 広島大学歯学部卒業  
1995年 福岡県京都郡松延歯科医院勤務  
1997年 福岡県久留米市吉松歯科医院勤務  
2000年 吉松歯科医院開業  
Biomet 3i 社公認メンター、International college of craniomandibular orthopedics 認定医、IPOI 認定医、ICOI インプラント専門医学会認定医、日本顎咬合学会・日本臨床歯周病学会・日本審美歯科協会・AAP

会員、International congress of oral implantologists(ICOI)・International college of craniomandibular orthopedics・Osseointegration Japan 正会員、5-D Japan、経基臨塾、等

## 〔診療方針〕

基礎医学的な背景と病理学に基づく診断と先進機器を用いた治療、ていねいな基本術式を心がけている。社会から必要とされる病院をめざし、公衆衛生の向上に寄与できるように地域貢献にも力を入れている。

## ▶ケースから感じること

患者は、歯を失っていくと難易度の高い疾患状態であったとしてもほんのひと握りの可能性にかけて治療に臨まれる。この診療内容に患者は非常に喜ばれたことであろう。診療結果がよかったのは補綴物を除去し、自然挺出を用いて歯周ポケットの改善を行ったためと推察される。再生療法成功の確率をあげるためには、隣接部の歯肉弁の厚みと幅の確保と、骨線下欠損上に切開を行わないようにする必要がある。自然挺出を行うと歯根幅径が狭くなり、ポケット底部も高位になることから治療が行いやすくなる。これらの要因が相まって先生の作戦が効を奏しているのであろう。また、補綴物の咬合面形態も側方運動時の障害を防ぐために工夫しており、ていねいに診療を進めていることがわかる、先生の謙虚で努力を続けている臨床姿勢のあらわれであろう。

## ▶さらに成長してもらうためのメッセージ

この症例は3つの側面、疾患の程度の診断と評価、ティッシュエンジニアリングを考慮した再生療法、そして補綴設計で整理して考察すべきである。まず治療着手にあたってフィステルの原因が感染根管、歯周疾患、根分岐部病変、歯根破折等の原因を確定しておく必要がある。

この症例では初期治療の結果がよかったからという理由と確認のためのアクセスフラップを行っているが、骨補填を併用している。もう少し初期治療の間にしておくべき治療と診断があると思われる。当該歯の解剖学的形態と診査結果を考慮すると、根分岐部における何らかの問題

が考慮される。デンタルエックス線写真でメタルコアの形成の深さとルートランクの短さが気になるので、歯周外科を行う前にメタルコアを除去しておく必要もある。

歯周外科では切開線を設定する際に術野の明示のために口蓋側、遠心側の剥離をもう少し行ったほうがよい。CTなどで術前診査をしっかりと行い、骨欠損の形態を知ることが切開線のデザインの決定に不可欠となる。また術後においてもその骨の改善をCTにて確認する必要がある。sagittal 画像だけでなくhorizontal, coronalでの診断を行うとよい。さらに再生療法の確実性を高めるためにメンブレンの使用や成長因子などを用いてみるのもよいのではないだろうか。

歯内療法においては、近心根は善処しているが口蓋根、遠心根は心もとない。とくに口蓋根においては術後歯根膜腔の肥厚が認められる。

補綴設計においてはCALの値があまりよくない条件であり、患者はインプラントも含めた治療を希望しているにもかかわらず、最後臼歯にインプラント等の補綴で負担軽減を行う配慮がされていない。患者に経済的な負担をかけたくないとの先生の配慮であろうが、金属焼付ポーセレンのブリッジを装着している。せっかく歯周外科まで治療を行ったのであれば、longevityを考えた設計のほうが長期に患者との信頼を築ける場合もあるのでその点の考察が必要であった。しかしながら、実直で熱意ある診療姿勢は患者にとって大切なことであり、今後来院患者数もますます増えていくと思われるので診断学と治療の手順においてCTなどを効果的に用いて確実性をあげてほしい。これからの先生の診療が楽しみである。

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。