

上顎小白歯根分岐部に再生療法を用いた1症例

牛窪建介

大阪府開業 うしくぼ歯科
連絡先：〒577-0033 大阪府東大阪市御厨東2-5-18

キーワード：エンド・ペリオ病変， 歯内療法， 再生療法



臨床経験年数

卒後8年。大阪歯科大学卒業後、同大学で臨床研修を修了。2014年、大阪府東大阪市うしくぼ歯科院長。

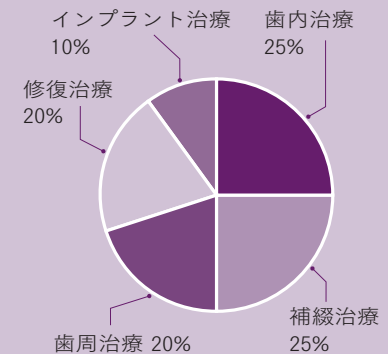
診療方針

歯内治療，歯周治療をとくに力を入れ，われわれが本当に受けたいと思う治療の実践を心掛けている。

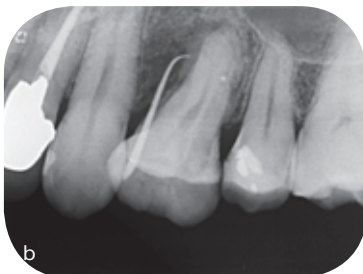
日々の臨床

当院では周辺地域はもとより，遠方から来院される患者も多く，とくに根管治療で悩まれている人が多い。日々，歯内療法専門医と連携をとりながら，包括的に治療を行っている。

日常臨床で行う治療の内訳



初診時の状態



- ・左上の歯茎に膿の溜まったオデキができ，2011年3月～10月まで他院に通院。
- ・神経は抜いていない。
- ・初診時に歯の根に膿が溜まっており，歯槽骨もなくなっていると説明を受けた。
- ・治療は，初診時に膿をだした後は，ほぼ週1回のペースで通い，歯と歯茎の境目にゼリー状の消毒剤を塗っていた。
- ・その間，4月，8月の2回，歯肉を切開して搔爬。
- ・しかし，1回目は3週間後，2回目は5週間後にオデキが再発。
- ・症状が変わらないまま，10月に「症状が

- 安定している」と治療終了を告げられ，次回は2か月後に来院するように指示を受けた。
- ・8月の時点でも，一度「症状が安定している」との理由で治療終了を告げられたが，そのときは治療継続を願ひし，2回目の搔爬を受けた。
- ・なかなか治らないことについては，「治療している歯は乳歯なので，歯肉との密着が弱く，そこから菌が入りやすくなっている」との説明を受けていた。
- ・2012年1月に再受診し，再度歯と歯茎の境目にゼリー状の消毒剤を塗ったが，その後は受診していない。

図1a 初診時口腔内写真。排膿路が形成させており，ガッタパーチャ(以下，GPと略)が挿入できる。

図1b 初診時デンタルエックス線写真。2根が確認できる。電気歯髄診では生活反応をみせていた。

図1c ④の経緯(患者作成)。

患者のバックグラウンド

患者

48歳，男性．穏やかで協力的であるが，歯科用語をよく調べている．

主訴

近隣の歯科医院で歯周治療をしたものの，歯茎のできものが治らない．歯内療法専門医に相談したが，現段階で歯内治療は必要なしと判断し，当院を紹介されて来院．

歯科既往歴

└4の経緯について患者自身が作成，持参したものを参照(図1c)．

その他

費用はかかってもよいので，できる限り自分の歯を保存してほしいとの強い希望をもつ．



診査・診断，治療計画

■ **どのように診査を進め，診断したか：**問診，視診，エックス線診査，歯髄検査を行った．過去の治療経緯，紹介元の検査を踏まえて診断を行った．

■ **診査結果および治療計画説明時の患者の反応：**紹介元および当院での電気歯髄診ではいずれも生活反応を示した．冷温痛のテストでも痛みはなく，歯周検査の結果，近心頰側に垂直性の骨欠損が確認された．エックス線写真より2根が確認でき，ネイバースのプローブによりII度の根分岐部病変と判断できた．患歯が生活歯であり，マイクロスコープ下での視診でもクラックは認められず，症状が1年近く続いていることから，Simonの分類¹による辺縁性歯周炎由来のエンド・ペリオ病変プライマリーペリオリージョンと仮診断を行った．通法どおり原因除去のため，浸潤麻酔下でSRPを計画し，改善がみられない場合は歯周外科を行う，または予後不良とみなし，抜歯の選択がある旨を伝えた．患者は歯の保

存を強く望まれたが，治療の限界もあることを理解していただき，できる限り保存的に治療を行うことを治療の主軸とした．

■ **治療の実際：**浸潤麻酔下でのSRPにて排膿路は消えたものの，中央近心側に9mmのポケットが残存．根分岐部の改善のため，歯周外科処置を行った．患者の審美的要求もあり，アタッチメントロスによる審美性の問題から，切除療法ではなくDFDBAおよび吸収性メンブレン(BIOMEND)を用いた再生療法を行った．2か月後，頰側に再度排膿路が出現．電気歯髄診では(-)を示していたため，歯内療法専門医に治療を依頼した．術後のデンタルエックス線写真を確認すると根尖は大きく近心にカーブしており，歯髄が失活した原因として歯周外科処置時に根尖孔付近への器具による傷害が疑われた．経過をみるため，最終補綴は歯周外科後14か月，根管治療後12か月となった．

	EPT	cold	hot
└3	+	+	±
└4	+	±	±
└5	+	±	±

図2 電気歯髄診ではいずれも生活反応を示した．

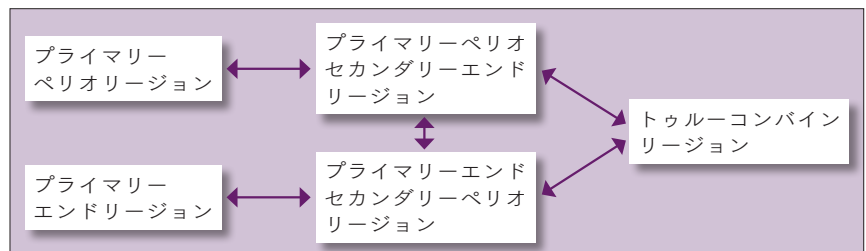


図3 Simonの分類．プライマリーペリオリージョンは辺縁性歯周炎に起因した病変で，歯根面上を根尖側に破壊が進んだ状態．歯周治療のみで対応する．



図4 | 図5

図4 術後2か月。排膿路はみられないが、中央に9mmの歯周ポケットが残存する。改善がみられないことから、歯周外科処置を選択した。

図5 歯肉を翻転。近心部に根分岐部欠損がみられるが、隣接部の骨は高い位置にある。根尖部に及ぶ欠損。開口部が大きく、視野は良好で器具操作も行きやすかった。



図6 | 図7

図6 審美面を考慮し、切除療法ではなく、再生療法を選択した。入念なデブリッドメント後、欠損部にDFDBAを充填し、吸収性メンブレンを設置した。

図7 減張切開を追加し、歯肉弁が無理なく戻る状態で縫合を行った。なお、患者の希望により犬歯には同時に結合組織による根面被覆を行っている。

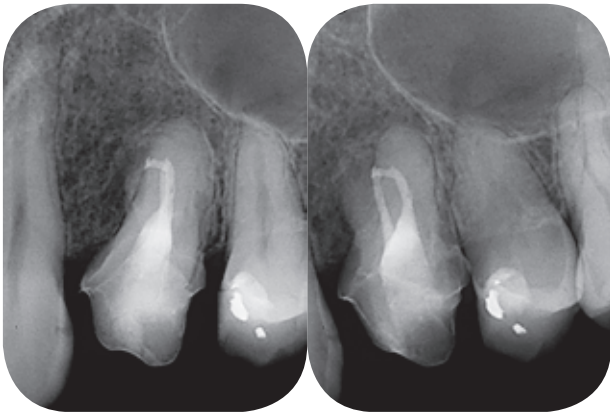


図8 | 図9

図8 歯周外科後、再び排膿路を形成。電気歯髄診では(-)を示した。歯内療法専門医にて治療を行った。

図9 かなりの根管の湾曲がみてとれる。根尖は根分岐部病変があった部位へ向かっており、廓清時に損傷してしまった可能性がある。



図10a 最終補綴物装着は歯周外科後14か月、歯内療法後12か月となった。



図10b 最終補綴物装着後のデンタルエックス線写真。

治療結果の自己評価と患者の様子

■**自己評価**：予知性の低い上顎臼歯の根分岐部の再生療法に結果がでて患者に喜んでもらったことにまず安心してている。術前診査より、根分岐部以外の骨頂は高い位置にあり、キーホール状態であること、根分岐部の開口部が近心方向に傾いており、アクセスがよかったことが要因と思われる。ただ、自身での器具操作で根尖を破壊した可能性があり、根尖付近まで骨欠損があるような場合の再生療法では便宜的に抜髄を行うべきであったのかと疑問が残る。

■**患者との信頼関係が築けたと感じた瞬間**：初期

治療の SRP 後にサイナストラクトが消失したとき、術前にしっかりと説明しており、その後の歯周外科治療や歯内治療にもスムーズに移行ができた。

■**今後の課題**：インプラントに予知性はあるものの、自身の歯の保存を訴える患者は多い。その希望にできるだけ寄り添えるように、診断と予知性をもった治療を行えるように日々研鑽を重ねたい。

参考文献

1. Rotstein I, Simon JHS. The endo-perio lesion: a critical appraisal of the disease condition. Endo Topics 2006; 13: 34-56.

message

先輩ドクターから

▶ ケースから感じること

本症例は4の治療であるが、歯の形状に異常があり、歯の近遠心径が大きく、欠損してしまった場合にマネジメントが難しい箇所、治療上、歯の保存に努めることは有意義である。歯自体も形態的に特異なところもあるが、健全歯質の多い生活歯であったことも条件がよかったのではない。臨床的な症状は歯根頰側面根尖付近からの排膿、後に歯が失活状態に陥ったことからエンド・ペリオ病変のなかでもプライマリーペリオリジョンという診断は的確である。同歯の近心隣接面の骨欠損の病因は根面溝の存在、不適切な咬合力の影響、そして付着歯肉の喪失が背景にある。根面溝は付着の喪失ともなると骨縁上に露出すると、感染が定着しやすい環境を形成され、歯周治療・管理を困難にする。また、口腔内写真から、遠心頰側・舌側咬頭内斜面は対合歯(15)と慢性的な咬合干渉、ブラキシズム・クレンチング等の外傷的な要素も考えられる。これらの影響が初期治療後の残留ポケットと間接的に関与している可能性もある。当初の診査では動揺はないが、これは歯の根形態(頰側根・口蓋根)による影響かもしれない。初期治療中に咬合調整を行ったかどうか興味深い。

II度の根分岐部病変に対する GTR の術後経過が良好なことは、動揺がなかったこと、アクセスがよく明視野下にて適切な搔爬を実行できたことが影響している。現在はメンテナンス中であろうが、将来的には頰側中央部付近の付着歯肉の欠如、歯の周囲の付着歯肉によるシールが得られなければ遊離歯肉移植を検討できる。



藤本浩平

東京都開業・藤本歯科医院

▶ さらに成長してもらうためのメッセージ

臨床ではさまざまな問題を抱えた歯の治療を行う／行わない(抜歯)あるいはインプラント治療に方針を判断するために口腔内全体の状況のなかでの患歯を歯周治療、歯内療法、補綴治療の3つの観点から評価を行い、それぞれの側面からの状況を複合的にとらえることが求められる。今回の症例では治療開始時には大きな修復歴のない(健全な歯質が十分存在)生活歯が治療の対象であった。この観点からは補綴、歯内療法的には介入が必要であれば治療上の制約がない自由な状態にあった。この歯の治療上で焦点となるには重度の付着の喪失に対する対応となる。治療の段取りとしてはもっとも重要なペリオ的な治療から開始し、治癒の状況を観察しながら非外科的な治療から外科的な治療が段階的に行われたことは高く評価されるべきと考える。

本症例では全体的な口腔内の状況は誌面の都合で明確な情報の提示は困難であったかもしれないが、治療にあたりわれわれは1歯に局限した処置でも、フルマウス症例であっても、治療計画立案時には口腔内の全体的な状況を把握しておく習慣を身につけることを忘れてはならない。口腔内全体の状況を踏まえた観点から個々の歯の問題をとらえれば、雑多でランダムな患者の主訴や表面的な問題が整理され、口腔内の根本的な問題が把握しやすくなる。表面的な問題にとらわれることなく根本的な問題を見据えた治療をめざすことは歯科医師として重要でさらなる成長につながる姿勢である。