

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

For Relief and Safe Dental Treatment
GPのための1ピースAQB講座 ●その2

「診断と治療方針の立案①」

日本先進インプラント医療学会常任理事
杵渕 孝雄先生

杵渕 孝雄 先生

PROFILE



杵渕 孝雄先生
Kinebuchi Takao
東京医科歯科大学歯学部卒業。歯学博士。三井記念病院歯科・歯科口腔外科科長、東京医科歯科大学非常勤講師(兼務)などを経て、現在、杵渕歯科医院院長。

杵渕孝雄先生の新連載【GPのための1ピースAQB講座】
第二回目の今回はいよいよ実践編、診断と治療方針の立案に入ります。
治験から20年近く1ピースAQBを施術され非常に多くの症例に対応されてきた
杵渕先生ならではのご経験に基づくポイントと創意工夫が満載です。
AQB1ピースインプラントを、より安全に！
より確実に！そして長年に！
明日からの臨床に、ぜひご活用ください！！



診断と治療方針で考慮すべきこと

1ピースAQBインプラント治療の一連の流れ(右表)の「診断と治療方針の立案」を3〜4回に別けて取り上げることにする。
診断と治療方針の立案では視診、触診、X線診断(CT診断を含む)、歯牙欠損様式と咬合状態などを参考に植立時期、植立位置、植立サイズならびに植立方向の決定、複数部位の植立の場合はインプラント植立の順序、審美性を要する部位ではレジンTekの準備、骨結合後の最終補綴物の種類と形態(単冠でよいか連結にすべきか)などの検討が必要となる。そのほか、有床義歯から1ピースAQBインプラントのCr-Brに置き換える場合はさらに綿密な植立順序の検討や、さらに抜歯後に骨陥凹が進み、そのままの植立では審美的な補綴物で修復ににくい場合は、植立前増骨術(staged approach)の必要性の有無などの検討も必要で、植立順序を考える時に重要な要因となる。
また、筆者の診療所で比較的高頻度で実施している手技に、遅延植立や時間差植立などがあり、治療方針の立案では考慮すべき重要な手技となっている。この2

GPのための1ピースAQB講座

インプラント治療の一連の流れ

- (1) 診断と治療方針の立案①〜④
- (2) 植立手術
- (3) 術後処置と管理
- (4) 暫間被覆冠
- (5) 最終補綴と咬合調整
- (6) 補綴後の口腔清掃
- (7) トラブル時の対応

つの用語は一般用語ではなく私の診療所でわかりやすいため使っている用語なので解説する必要があるが、遅延植立とは、抜歯予定部位を含めた欠損部への植立の際、抜歯部位の近傍で骨が既に安定している部位に先に植立し、抜歯した部位には骨治癒を待ってから後日(4、5ヵ月後)植立する手法をいう。また、時間差植立とは、2本以上の欠損部に植立する時、そのうちの1カ所が相当に植立条件がきびしい場合、植立条件のよい部位に先に植立して骨結合させた後、近傍の条件のきびしい部位に植立し、もし初期固定が悪い場合には、先に植立したAQBを固定源として即重レジンにて暫間固定し、骨結合を促進させる手法をいう。実際

の臨床の場では、条件の恵まれた症例ばかりではなく、厳しい条件を何とかクリアーするにはこの2つの手技は有効な手段である。(症例1)

欠損様式に見合った治療方針の立案

一般的なインプラントの教科書に記載されているような診断、適応症、禁忌症や治療計画はそれらにゆずることにする。もっとも、教科書に書いてあることは一昔前のインプラントについてのもので、やや時代遅れの感はある。またさまざまな種類のインプラントに共通のことが書いてあるので、1ピースでかつアパタイトコーティングのインプラントにテーマを限定すると、参考になることはほとんど載っていないのが現状であると思う。そこで筆者は自分なりに試行錯誤しながらさまざまな症例に1ピースAQBを植立して補綴してきたが、インプラントの治療計画で重要なことは、先ずはその患者さんの欠損様式と咬合状態を詳しく観察し、その患者さんに相応しい理想的な咬合を模索して治療方針を立案することであると思う。

歯牙の欠損様式といえば、Eichnerの分類を思い出す(表2)。大多数の歯が残存して良好な咬合状態の患者さんに生じた少数歯欠損については、あまり迷う必要はない。すなわち分類A2,A3,B1の「4つの支持域のうち全部または3つに対合接触がある場合」は、そのまま残存歯の咬合に調和するように植立、補綴すればよい。分類B2,B3など「4つの支持域のうち2つまたは1つにしか咬合接触がない場合」は、一般に低位咬合になっていることが多く、咬合高径を幾分挙上する計画を組む必要があるが、インプラントの強大な咬合支

Eichner'sの分類(表2)

この分類は Kennedyの分類より30年ほど後に発表(1950年代)されたもので、有歯顎を左右側の小臼歯群と大臼歯群の4つの咬合支持域の有無で大分類し、さらに支持域数で小分類するような大雑把な分類であるが、明確に病態を把握しやすいといわれている。Aは4つの支持域すべてに対合接触のあるもの、Bは支持域すべてには対合接触のないもの、Cは対合接触のまったくないものである。

A-1	咬合支持域が4カ所あるもので欠損のない歯列
A-2	咬合支持域が4カ所あるもので片顎に局限した欠損のある歯列
A-3	咬合支持域が4カ所あるもので上下顎に欠損のある歯列
B-1	咬合支持域が3カ所あるもの
B-2	咬合支持域が2カ所あるもの
B-3	咬合支持域が1カ所あるもの
B-4	咬合支持域がなく前歯部のみで接触している歯列
C-1	咬合支持がなく上下に残存歯が存在する歯列
C-2	咬合支持がなく片顎は無歯顎の歯列
C-3	上下とも無歯顎

持能力は従来の方法では困難で繁雑であった咬合挙上をいとも簡単に実現できてしまうので、その意味では単純である。それに対して、多数歯欠損に起因して咬合が崩壊した患者さんでは、一筋縄ではいかない。すなわち分類B4の「前歯部(支持域外)の対合接触しかない場合」は前歯部のflare outを伴った低位咬合となっている症例が多い。分類C1の「上下顎に残存歯はあってもすれ違い咬合の場合」も一般に低位咬合となっている。これら分類B4,C1では第一段階で有床義歯による適正な咬合高径と上下歯列弓のより好ましい咬合関係の回復を行い、第二段階としてそれを通常の咀嚼に使用しながら部分的に何段階かに分けて1ピースAQBのCr-Brに置き換えていくというのが最も堅実な方法であると思う。分類C2の「片顎無歯顎」、C3の「上下顎無歯顎」でも必要な場合は、適正な咬合高径と上下歯列弓のより好ましい咬合関係の回復のため有床義歯の再作成を行った後、必要な部位に分類B4,C1に対するものと同様に治療方針を立てるべきであると思う。

方針立案上その他の考慮すべきこと

一般に歯牙欠損を放置すると、経年的に対合歯の挺出が起きて咬合関係が乱れてくることが多い。この場合は分類A2,A3,B1の場合でも、植立前に挺出部の削合調整や既に冠などが入っている場合では、冠などを入れ直して適正な咬合平面にしておくことが望まれる。

また、局所的には可能であっても欠損部すべてに植立するということではなく、経済的な要因も大きいので、患者さんとよく相談して、必要な部位を選ぶということも重要である。その場合、必要最小限の植立本数で最大限の効果を上げるには、大臼歯部での咬合支持を最優先にすべきと考える。

今回は治療方針の立案でも総論的な話になってしまい、臨床例では遅延植立の供覧に留めた。次回からは時間差植立、各種欠損様式と治療方針例、慢性歯周炎での欠損部に対する治療方針、植立前骨増生術の場合の治療方針など臨床例を豊富に供覧していただく予定である。

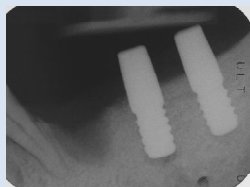
症例 1

患者 ■61歳男性
現症及び治療計画■

前歯部だけの咬合接触で、Eichnerの分類ではB-4、咬耗、歯周炎など進み、すれ違い咬合ではないものの、有床義歯では極めて安定が得にくい症例。「456と5432」に順に植立して臼歯部の咬合支持を得たいが、2「4」は抜歯直後で抜歯窩の治癒待ち。そこで「56」に先に植立補綴し、「4」は遅延植立を予定した。また、とりあえず咬合を安定させるため、7-2「部」に有床義歯を作成した。



【2005/04/19初診時】2「4」は依頼元で半月前に抜歯済み



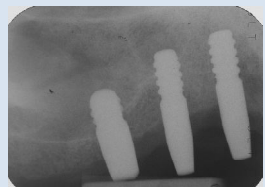
【2005/05/25】「56」部に5MSを植立



【2005/07/27】「56」部植立2ヵ月後



【2005/08/17】「56」部に合金金単冠を装着。これにより左側大臼歯部の咬合支持を得る。なお、その際咬合挙上を行い、前歯部にはCR充填を行った。次は543」に植立を予定した。



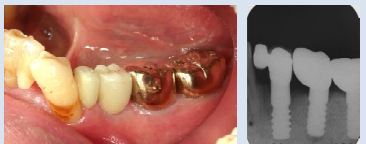
【2005/10/03】「543」部に5SS,4MM,4MMを植立。54」はソケットリフトにて植立した。



【2005/12/26】5」に合金金冠、43」にはメタルボンド連結冠を装着。2」部は有床義歯の人工歯で体裁を保っている。



【2006/03/03】「4」部に5MMを遅延植立。右は2.5ヵ月後口腔内。



2006/05/30「4」部に近心ボンティック付きのメタルボンド冠を装着。インプラントの近心にある天然歯が近心傾斜している場合は、インプラントの冠をコンタクトさせると不自然な清掃性の悪いover contourな冠になってしまうので、筆者はボンティック付きの冠でそれを解決している。歯ブラシを入れてもらうことは勿論、デンタルフロスをボンティックの下をくぐらせて、インプラント近心根面のポケット部にも入れてもらう。



【2006/07/19】2」部に4MMを遅延植立。既に3」部のAQBにメタルボンド冠が入っているため、切開線は歯肉縁切開を避けてY字切開として前後の歯の顎堤粘膜(歯肉)を温存した。実をいうと、筆者はこのY字切開を審美補綴に接する部位だけではなく、通常の切開として6、7年前から愛用している。いろいろメリットがあるのだが、それに関しては2、3回先の植立手術で説明しようと思っている。



【2006/10/16】2」部にメタルボンド冠装着。前歯部だけの不安定な咬合接触から、早期に「56部と543」部で咬合支持を回復し、「4」2」部は抜歯後の骨欠損が大きかったため、抜歯窩の骨が十分に安定形成されてから遅延植立し、強力な臼歯部の咬合支持が回復できた。