

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3

「診断と治療方針 ②」

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3回目の今回は、
診断と治療方針の②「欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針」です。
治験から20年近く1ピースAQBを施術され多くの症例をお持ちの
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！そして予後良好に！
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(続)

1ピースAQBインプラント治療の一連の流れ(表1)の(1)「診断と治療方針の立案」で、前回は「診断と治療方針で考慮すべき要因」(表2)、「欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針」(表3)などを述べた。考慮すべき要因といっても今回は総論的な話になり、臨床的には厳しい条件下での植立に有効な遅延植立や時間差植立(表4)について特に解説し、臨床例では遅延植立例を供覧した。実際の臨床の間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からである。
今回はもう一つの有効手段である時間差植立の臨床例供覧と、欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針として少数歯欠損を取り上げ、その場合に関連すると思われる要因を考察し、植立方向を考慮しなければならない症例を供覧することにする。

欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針

(1)少数歯欠損
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。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。一般にそのまま残存歯の咬

GPのための1ピースAQB 講座(表1)

はじめに 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

合に調和するように植立、補綴をすればよい。とはいっても、考慮すべき要因(表2)で少数歯欠損の場合にも関連するものを拾うと、(3)植立方向、(4)植立順序、(5)レジンTek、(6)補綴物の種類と形態、(8)植立前増骨術、(9)遅延植立、時間差植立、(10)対合挺出歯の咬合平面適正化、(11)経済的要因の考慮、(12)重症ペリオ、などが可能性として浮かび上がる。そこで、それらを順に考察してみることにする。

(2)少数歯欠損の場合の考慮すべき要因
(3)植立方向は1ピースの場合、植立位置、植立サイズと共に重要で、最終補綴物が対合歯と良好な咬合接触を持ち、かつ口腔清掃し易い冠のcontourを得るのに重要である。(4)植立順序に関しては、一般に大白歯部の咬合支持を最優先にするわけであるが、大白歯部での咬合支持が得られている場合は、審美性の要求の強い前小臼歯部からあるいは、抜歯後の顎骨治癒のよい部位からということになると思う(5)レジンTekに関しては、予め準

診断と治療方針で考慮すべき要因(表2)

- (1) 視診、触診、X線診断(CT診断を含む)
- (2) 歯牙欠損様式と咬合状態の分析
- (3) 植立時期、植立位置、植立サイズならびに植立方向の決定
- (4) 複数部位の植立の場合はインプラント植立順序の検討
- (5) 審美性を要する部位では植立後のレジンTekの準備
- (6) 骨結合後の最終補綴物の種類と形態(単冠か連結か)の検討
- (7) 有床義歯から1ピースAQBのCr-Biに置き換える場合の綿密な植立順序の検討
- (8) 骨陥凹で審美修復が困難な場合の植立前増骨術の必要性の検討
- (9) 厳しい条件下での植立に有効な遅延植立や時間差植立の検討
- (10)欠損部に对合する挺出歯の咬合平面適正化
- (11)経済的要因の考慮と患者との十分な相談
- (12)重症慢性歯周炎患者の欠損部に対する治療方針

備しておくというより、植立後アルジネート印象して、翌日の洗浄時に仮着セメントで装着というのが好ましい。(6)補綴物の種類と形態では、審美性の要求の高い前小臼歯部ではメタルボンド冠、審美性の要求の低い大白歯部では合金金冠ということになるが、歯根膜のないインプラントの場合、メタルボンド冠が欠けやすいため、咬合面にメタルを出す形態で対応したり、メタルを喰う大白歯部の合金金冠では頬側面を硬質レジン前装したりといろいろ工夫することになる。また直径3mmAQBでは下顎前歯部以外は複数本の植立をして連結が大原則となり、直径4mmAQBでは前小臼歯部では審美性や口腔清掃性からも単冠が好ましいが、歯冠歯根比が厳しい場合、遊離端ポンティックを付ける場合、あるいは大白歯部の場合、連結した方が安全である。また、植立したインプラント間や残存歯との間に微妙な隙間が残った場合、不自然なover contourの冠にするより ponticを入れると、審美性や清掃性からも良好な結果となることが多いように思う。(8)植立前増骨術は、骨陥凹がひどくそのままの植立では審美修復が困難な場合、他部位の外科処置時や植立時にそこから骨ノミやトレフィンバーで、骨片(塊)を採取し、陥凹部に onlay graft の移植手術を行って増骨をしておく(staged approach)ような工夫が好ましい。(9)遅延植立、時間差植立に関しては表4や前回と今回の臨床症例を参照されたい。(10)対合挺出歯の咬合平面適正化はわざわざ述べるまでもなく当然のことであるが、せっかくインプラントで補綴するのであるから咬合平面は顎運動に無理のないようスムーズな連続性の咬合平面にしておきたい。(11)経済的

欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針(表3)

- 歯牙の欠損様式といえ、Eichnerの分類を思い出す(AQB新聞No.21・7P)。その分類を拝借して欠損様式に見合った治療方針をまとめると次のようになると思われる。
- (1) 分類A2,A3,B1の「4つの支持域のうち全部または3つに对合接触がある場合」
→ そのまま残存歯の咬合に調和するように植立、補綴
 - (2) 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」
→ 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
 - (3) 分類B4の「前歯部(支持域外)の対合接触しかない場合」
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」
→ 前歯部のflare outを伴った低位咬合となっている症例が多く、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
→ 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-Biに置き換える
 - (4) 分類C2の「片顎無歯顎」、C3の「上下顎無歯顎」
→ 必要の場合は、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製作
→ 必要かつ可能な部位に分類B4,C1に対するものと同様に治療方針を立てる

遅延植立、時間差植立(表4)

- こ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に使っている用語。
- 遅延植立:** 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カ月後)植立する手法。
- 時間差植立:** 2本以上の欠損部に植立する時、そのうちの1か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て初期固定が悪い場合、先に植立したAQBを固定源に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。

要因の考慮は多数歯欠損の場合に最も考慮すべきことであるが、少数歯欠損の場合も重要な要素である。この問題についてはAQB新聞No.19に詳しく述べているので参照されたい。必要最小限の植立本数で最大限の効果を上げるには、大白歯部での咬合支持を最優先にすべきことは前号で述べた。(12)重症ペリオ患者の欠損部に対するインプラント治療はまだ適応症として結論が出ていないと思われる。歯周組織の抵抗性は個人差があり、ブラークで汚れているにもかかわらず歯周炎として進まない人から、かなり口腔清掃をしていても歯周炎として進んでしまう人までさまざまである。歯周組織の抵抗性が極度に弱く、進行性に骨吸収し

て歯周炎が悪化しやすい人は重症あるいは俗に悪性ペリオ患者といわれ、そういう患者の欠損部にインプラントを植立しても徐々に骨吸収しやすいと考えられている。今後症例の蓄積により結論が出ると思われるが、患者の口腔清掃がよい場合には、十分インプラントの恩恵を受けることができると筆者は考えている。患者とよく相談してから実施するわけであるが、徹底した口腔清掃の励行が欠かせないことは論を待たない。

今回は欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針として分類B2,B3,B4など中位の歯牙欠損を取り上げ、その場合に関連すると思われる要因の考察を臨床例の供覧と共に予定している。

症例1「ソケットリフトにおける時間差植立」

【2006/04/14】左側植立前

【2007/01/09】25部に5SSをソケットリフトで植立。剥離挙上された洞底粘膜の影が映っている。骨結合の得られた後、レジン冠を装着した。

【2007/07/24】27部に#588をソケットリフトで植立(時間差植立)。25部の洞底粘膜の剥離挙上で、27部も剥離挙上しやすくなった。植立直後にアルジネート印象で26,27部のレジンBのバーを作成し、翌日の洗浄時レジンBにしようと思って準備していたが、幸い27は初期固定が良く、骨結合した後のレジンBの時点で使用することにした。

【2007/09/28】洞底部に新生された骨の骨密度を上げるため、レジンBrとして弱い咬合力を加え始める。

【2007/12/27】最終Brの装着。挙上された洞底部に明瞭な皮質骨が形成されている。

症例2「植立方向を考慮すべき症例」

植立部位の顎骨と対合歯の位置関係を観察し、顎骨のどの部位にどのサイズをどの方向に植立するかが1ピースAQBの植立術の最初の判断で重要。供覧するに極端な症例でないといわなければならない。上下の顎骨の大きさのdiscrepancyが著しい症例をお見せする。上顎に対して小さく後退した下顎であるため、両側にAQBを頬側傾斜させて植立し、下がっていたバイトもわずかに挙上させた症例。

【2005/03/26】初診時

【2005/05/13】35,36部に頬側傾斜で、ソケット付連結冠装着2カ月後、左側で咬合挙上させた。

【2006/01/07】35,36部に近心ポイント付連結冠装着2カ月後、左側で咬合挙上させた。

2006/01/28 頬側傾斜で植立した冠によって、臼歯部で安定した咬合支持が得られている。