

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4

「診断と治療方針の立案」③

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
東京医科歯科大学非常勤講師

PROFILE



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4回目は、**診断と治療方針の立案③「欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針—中位から多数歯欠損」**です。
治療から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！！



欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針

GPのための1ピースAQB講座(表1)の1.「診断と治療方針の立案」の3回目となるが、前回は欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針(表2)の少数歯欠損を取り上げ、その場合に関連すると思われるさまざまな考慮すべき要因(1)～(12)(AQB新聞No.22,P6)を考察し、臨床例として植立方向を意図した症例と時間差植立(AQB新聞No.22,P.7)の症例を供覧した。今回はEichnerの分類B2,B3,B4,C1など中位から多数歯欠損を取り上げ、その場合に関連すると思われる考慮すべき要因の考察と臨床例の供覧を行う。

中位から多数歯欠損

インプラントの治療計画で重要なことは、まずはその患者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。Eichnerの分類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」には一般に低位咬合の傾向があり、咬合高径を幾分挙上する計画を組む必要がある。また分類B4の「前歯部(支持域外)の対合接触しかない場合」や分類C1の「上下顎に残存歯はあってもすれ

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

違い咬合の場合」には前歯部の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を図ったのち、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に置き換えるのが安全であると思う。

中位から多数歯欠損といってもかなり幅があるが、程度の差こそあれ低位咬合を改善させる必要があり、有床義歯で咬合を確保しながらAQBを植立することになるので、考慮すべき要因で特に関係するのは、(7)有床義歯から1ピースAQBのCr-Brに置き換える場合の綿密な治療順序の検討である。その他の要因は多くを前号で述べてはいるが、今回も関連するものに言及しようと思う。

欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針(表2)

歯牙の欠損様式といえば、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つに咬合接触がある場合」
→ 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」
→ 一般に低位咬合の傾向があり、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-Brに置き換える
- ④ 分類C2の「片顎無歯顎」、分類C3の「上下顎無歯顎」
→ 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

症例1【必要最小限の植立例】

患者の経済力を考慮し、必要最小限に植立し、部分床義歯と併用するという治療も考える必要がある。両側遊離端義歯の7]、「7部にAQBを植立して冠が入り、それが鉤歯となって臼歯部が中間欠損義歯に変わっただけでなく異和感が減り、遊離端義歯の時より硬い食物が食べられるようになった症例。



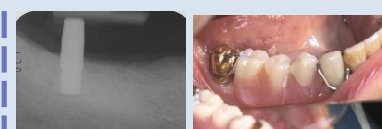
【1999/08/31】保存困難な両側第1小臼歯を抜歯後、両側遊離端欠損義歯装着



【1999/09/28】「7部に5MS植立し、義歯の相当部を丸く削除し咀嚼に使用



【1999/12/27】「7に冠を装着し、レスト付き二腕鉤を既存の義歯に取り付け修理



【2000/06/19】7部に5SMを植立し、冠を装着したのち、レスト付き二腕鉤を同様に取り付け修理



【2008/04/15】遊離端義歯から中間義歯に変わって8年経つが、7]、「7は健全で、その咬合支持により下顎6前歯は健全さを保っている。

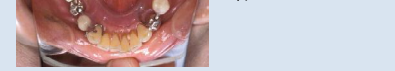
症例2【有床義歯を部分的に何段階かに分けてAQBのCrに置き換えた症例】



【2000/02/23】上顎左側臼歯部の床を切除してAQB植立



【2001/06/27】下顎右側大臼歯部の床を切除してAQB植立、冠装着



【2007/06/13】臼歯4ブロックを順次AQBの冠に置き換えて7年後。もともといわゆる悪性ペリオ患者であったが、大臼歯部がAQBで咬合支持され、残存歯もきわめて安定している。

中位から多数歯欠損の場合の考慮

考慮すべき要因の(3)植立サイズと方向は、咬合挙上の場合できるだけ直径が太く根部も長いに越したことはない。また方向も対合歯機能咬頭を方向を意識した方が咬合性外傷を避ける意味で有利である。(6)補綴物の種類と形態は中位から多数歯欠損では大半の臼歯部に欠損があり、インプラントで挙上した咬合を支持しなくてはならず、大臼歯部で直径5mmが植立できれば単冠でもよいが、直径4mmしか植立できない場合は連結冠やブリッジ、直径3mmの場合は間引かずに、かつ植立間隔を詰めて植立し、補綴物は連結冠にする必要がある。

多数歯欠損をインプラントで補綴する場合、どうしても本数が多くなりがちであるが、(11)経済的要因の考慮で、AQB新聞No.19やNo.21でも述べたように、患者の経済力を考慮し、必ずしも欠損部すべてをインプラントで補綴するのではなく必要最小限に植立し、部分床義歯と併用するという治療も考える必要がある。異和感が強く、咬合支持能力の弱い遊離端欠損義歯に対して、7]、「7部にAQBを植立して冠が入り、それが鉤歯となって臼歯部が中間欠損義歯に変わっただけでも異和感が減り、遊離端義歯の時より硬い食物が食べられるようになるということはインプラントの大きな恩恵である。これは鉤歯となっても耐えられる高い咬合支持能力のあるAQBインプラントの強みであると思う。

分類B2,B3で、4つの咬合支持域のうち1つまたは2つで咬合接触し、あまり咬合挙上が必要なさそうにみえる場合は、少数歯欠損に準じて植立し、補綴物作成時に疲弊した天然歯の咬合支持部の負担を軽くする

つもりで、インプラント部でやや挙上した補綴物を装着すればよいと思われる。臼歯部でわざわざにでも挙上した場合、前歯部の咬合接触が弱くなるが、もともと臼歯部の喪失によるflare outによるover jetなので、短期間で前歯部歯軸が改善してup rightし、対合歯切端と接触してくるが普通である。(7)有床義歯から1ピースAQBのCr-Brに置き換える場合の綿密な治療順序の検討では、適正な咬合高径として新作あるいは修理した有床義歯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AQBのCr-Brに置き換えることになるが、その部分や段階で、いろいろ工夫する必要がある。

分類B4で臼歯部の咬合支持が失われ、前歯部のみで咬合接触している場合でも前歯部のflare outがない場合は、分類B2,B3に準じてよいが、ほとんどは前歯部のflare outを伴った低位咬合となっており、まずは咬合を安定させる必要性からも両側臼歯部の有床義歯を作成する。その場合、残存歯の中で前歯部でも臼歯部でも保存不能歯がある場合、患者の便宜を考えると、保存不能歯の抜歯と同時に装着する即時義歯が好ましい。またいくらflare outを伴った低位咬合とはいえ、一気に咬合挙上すると前歯部の咬合接触がなくなり患者が適応できないことがあるので、ほどほどの挙上に留めておく方がよい。義歯で安定した咬合状態で咀嚼できるようになればじめて1ピースAQBの植立が可能となる。とにかくその義歯に適応して通常の咀嚼に使えるようになることが大切で、インプラントの植立は急いではいけない。1ピースAQBを植立した後、植立部の床をコの字形や円形に切除や削除して義歯を使えるように修正するのであるが、床の切除や削除はその分義歯の安定性を悪くするが、

それにもかかわらず骨結合前のAQBに外傷性要因を与えない程度の義歯の安定性が維持され、植立したAQBが無事に骨結合してくれることが最も重要である。その意味からも植立前にはしっかりとじんだ義歯となっている必要があるわけである。

また、AQB植立部の安静を図るには、部分的に何段階かに分けて植立することが重要である。すなわち(4)植立順序は有床義歯のクラスプの位置を考慮して、植立後も義歯の安定性をできるだけ維持しやすい部位からという観点で順序を決めることが重要である。遊離端欠損義歯が入っている場合は、その遊離端部から、中間欠損義歯が入っている場合は義歯の維持に重要な方のクラスプを残してそれ以外の部位からクラスプと床を部分切除して植立してゆくのがよいと思われる。

義歯咬合高径のまま最終補綴するのなら、骨結合したAQBから順次、最終補綴物にかえ、場合によりそこにワイヤークラスプを増設して義歯を安定させながら、次のブロックの植立に進むという手順で徐々に小さな有床義歯に変えつつ、欠損部をAQBのCr-Brに置き換えていくということになる。最終補綴で義歯の咬合高径よりさらに挙上したい場合で、片側ずつ行うには、骨結合の得られたAQBに挙上した冠を装着時、反対側の義歯人工歯にレジニアップして対応することになる。両側同時に行うには、先に骨結合した片側のAQBには挙上前の高さのTek(レジン冠)を装着しておき、最終補綴物で両側同時に咬合挙上したCr-Brで仕上げることになる。

今回は欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針における、分類C2の「片顎無歯顎」、分類C3の「上下顎無歯顎」を取り上げる予定である。