

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

「診断と治療方針の立案」④

GPのための1ピースAQB講座 ●その5

For Relief and Safe Dental Treatment

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
杵渕 孝雄 先生

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5回目は、診断と治療方針の立案④「欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針―片顎無歯顎、上下顎無歯顎」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！！

※これまでのご連載はAQBのホームページ
<http://www.aqb.jp/>に掲載しています



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4回目となるが、今回は欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針(AQB新聞No.23,P.6)の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さまざまな考慮すべき要因(1)～(12)(AQB新聞No.22,P.6)を考察し、臨床例として必要最小限の植立例と有床義歯を部分的に何段階かに分けてAQBのCrに置き換えた症例を供覧した。今回は欠損様式と咬合状態を考慮した治療方針の分類C2「片顎無歯顎」と分類C3「上下顎無歯顎」を取り上げ、その場合に関連すると思われる要因の考慮と臨床例の供覧を行う。

1) 片顎無歯顎と上下顎無歯顎

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C2など「咬合支持がなく片顎無歯顎の歯列」や分類C3の「上下顎とも無歯顎」の場合で、すでに適正な義歯が装着されていたれば、それを使用しながらインプラント治療に進むことができる。しかし、

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

好ましくない咬合関係や不適な義歯の場合は、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総義歯の再製作を行い、第二段階としてその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必要かつ可能な部位に、分類B4,C1に対するものと同様に1ピースAQBを植立してCr-Brに置き換えるのが安全であると思う。この場合、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。しかし、無歯顎の場合、一般に欠損部の顎骨は吸収が進んでおり、欠損部すべてにインプラントを植立して補綴ができる症例は限られ、欠損歯数も多いので(11)経済的要因も考慮して、可能な部位に植立してCr-Brを装着し、それを鉤歯として有床義歯と併用することが多いと思われる。

2) 上顎無歯顎の場合の考慮すべき要因

上顎が無歯顎で下顎が有歯顎の場合と、逆に下顎が無歯顎で上顎が有歯顎の場合、さらに上下顎が無歯顎の3通りがあるが、1ピースAQBにとって上顎無歯顎は最も難しい。実を言うと、後述するように上顎無歯顎は1ピースよりも2ピースの適応症と考えた方がよい場合が多いかもしれない。1ピースは植立時から支台が口腔内に出ているため、上顎の不安定な総義歯や鉤歯の動揺が激しい多数歯欠損義歯の場合、たとえ初期固定良く植立できたとしても、その後義歯による外傷性要因にさらされやすく、骨結合に導くのが困難な場合がある。上顎は下顎と異なり歯槽頂部の皮質骨があるとはいえず、基本は海綿骨なので植立初期の外傷に弱い。対策として予め適合吸着のよい上顎総義歯を作成して十分馴染ませておき、考慮すべき要因の(3)植立部位は最も植立に耐える顎骨の残っていることの多い犬歯・小白歯部の2,3本とし、(3)植立サイズは4M系、可能なら4L系を使いたい。それもインプラントの先端が鼻腔底あるいは上顎洞底の皮質骨に接してbicortical anchorageを期待するつもりでサイズを選択した方がよい。植立後、同部の義歯床はコの字型に切除して義歯の安定が悪くなるので、義歯安定剤を使用してできるだけ植立したインプラントに外傷性要因を与えないような工夫が必要となる。また同時に多数歯、例えば両側犬歯・小白歯に5,6本植立して左右でそれぞれ連結レジン冠を装着して、1本当たりの外傷を軽減するという方法も有効かもしれない。犬歯・小白歯部の植立に成功し、補綴後それにクラスプを掛けて鉤歯とすれば、安定のよい部分床義歯の入った多数歯欠損症例となり、他の欠損部で植立可能な顎骨が残っている部位には、(7)有床義歯か

ら1ピースAQBのCr-Brに置き換える場合に準じて、さらに植立が可能となる。

3) 下顎無歯顎の場合の考慮すべき要因

下顎は上顎と異なり歯槽頂部の皮質骨が厚くて硬く、骨髄の海綿骨も上顎と比較すると一般に硬く、強固な初期固定が得られやすい。そのため多少の外傷にさらされても骨結合に導くことができることが多い。なお、予め適合吸着のよい下顎総義歯を作成して十分馴染ませておくことは上顎と同様である。考慮すべき要因の(3)植立部位も上顎と同様、最も植立に耐える顎骨の残っていることの多い犬歯・第一小白歯部の1,2本とし、(3)植立サイズも4M系、可能なら4L系を使いたい。植立後、同部の義歯床をコの字型に切除して義歯安定剤を使用し、できるだけ植立したインプラントに外傷性要因を与えないような工夫も上顎と同様である。ただし、下顎総義歯は上顎より基本的にアソビが大きいので、上顎のような両側同時の植立は避けた方がよいと思う。犬歯・小白歯部の植立に成功し、補綴後それを鉤歯とすれば、安定のよい部分床義歯の入った多数歯欠損症例となり、他の欠損部で植立可能な顎骨が残っている部位には、上顎で述べたように順次植立が可能となる。また、片側の犬歯・小白歯部の植立後、レジン冠を装着してそれを鉤歯として義歯を安定化させ、反対側も同様に植立できれば、下顎の場合はブリッジも可能となる。

4) 上下顎無歯顎の場合の考慮すべき要因

上顎無歯顎の場合と下顎無歯顎の場合を前述したが、考慮すべき要因の(4)植立順序では成功率の高い下顎から植立し、下顎を安定させてから上顎の植立に移った方がよい。ただし、上顎総義歯は下顎総義歯と比べて異和感が少なく、ほとんどの患者は義歯である程度満足してくれ

ることが多いので、骨吸収の進んだ悪条件の上顎無歯顎にはあまり冒険し過ぎない方が無難であると筆者は考えている。

(5) 上下顎とも安定の悪い総義歯で、2ピースが好ましい場合

2ピース2回法を選択すべき症例は、より確実なオッセオインテグレーション(Ti系インプラントの場合)やバイオインテグレーション(AQBのようにアパタイト系インプラントの場合)を獲得し、かつ骨増生をする必要がある症例が適応症である。骨増生処置と同時にフィクスチャーを埋入し、インテグレーションするまで、オーバーデンチャータイプの暫間義歯で対応できるため埋入後の外傷を受けにくく、比較的多数歯欠損や無歯顎に対して一度に多数歯埋入の手術計画を組みたい時などに有効なシステムであると思う。

2ピース1回法は骨増生を必要としない顎骨に対して適応されるため、植立術は既存骨を重視した1ピースシステムに近く、植立後はヒーリングアパットメントが粘膜から顔を出しているが、暫間義歯はオーバーデンチャーが使えるので2回法に近いという特徴がある。そのため2ピース1回法を選択すべき症例は、骨造成を必要としない顎骨に対して、植立できる部位にまず植立し、上部構造は後日よく検討してから決めたい時などに有効なシステムであると思う。

最後に述べた安定の悪い大きな義歯や総義歯で、1ピースでは術後に外傷性要因を受けて骨結合が困難となることが予想され、2ピースの選択が向いている症例以外は、基本的にすべての欠損様式を通じて、1ピース1回法で対応可能というのが、長年1ピースAQBを植立してきた筆者の選択基準である。これで「診断と治療方針の立案」は終了し、次回はいよいよ「植立手術」に入ることにする。

症例1「下顎両側犬歯部への植立と部分床義歯の併用」

上顎は3本の残存歯があるが、下顎は8本が水平埋伏しているものの、義歯としては総義歯が装着されている。下顎に必要最小限の植立をして、咬合支持と有床義歯の安定を得るには両側犬歯部への植立が好ましい。

【1997/10/06】初診時	【1998/03/30】両側犬歯部に植立。植立部の床を丸くくり抜いて使用	【1998/07/04】両側犬歯にMBCrを装着し、そこにレスト付き二腕鉤を掛けた部分床義歯を装着	【2008/02/04】植立10年後。上顎は総義歯に、下顎はクラスプ破折、修理程度で健全な状態を保っている。
	【1998/05/20】植立2ヵ月後で、形成印象		

症例2「下顎両側犬歯・第一小白歯部への植立後、Brと部分床義歯の併用」

上下顎無歯顎で、下顎へのインプラント治療を希望して来院。43への植立、Tek、134への植立、Tek4本支台のMB-Br、7-5、15-7部の部分床義歯の手順で治療した症例。遠隔地からの通院のため、診療間隔は長目になっている。

【2004/04/09】初診時	【2004/05/21】43への植立	【2004/07/10】Tek装着	【2004/11/29】Brの形成印象	【2004/12/14】臼歯部の部分床義歯装着
			【2004/12/06】Br装着	【2005/04/12】植立1年後の健診時
		【2004/09/07】134への植立		