

Series of
Simple Implant
AQB新聞
連続紙上講座



GPのための1ピースAQB講座 ●その17

「最終補綴と咬合調整 (1)」

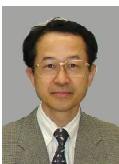
For Relief and Safe Dental Treatment

日本先進インプラント医療学会副理事長
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・歯科口腔外科科長などを経て、現在、杵渕歯科医院院長。

杵渕孝雄先生のご連載【GPのための1ピースAQB講座】は、今回から最終補綴と咬合調整に入ります。 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経験に基づくポイントと創意工夫が満載です。 AQB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



はじめに

1ピースAQBインプラント治療の一連の流れ(右表)で、前回は「4. 暫間被覆冠」(2)の③暫間被覆冠の装着とその後の管理 ④簡便な口腔内即時連結固定法について述べた。今回は章を改め、「5. 最終補綴と咬合調整」にテーマを移し、①単冠、連結冠またはブリッジの選択基準について考慮すべき要因や注意点を述べてみようと思う。

①単冠、連結冠またはブリッジの選択基準

1ピースAQBインプラントの場合、視診触診はもちろんのこと、あらかじめX線やCT検査で植立計画を立てておくが、基本コンセプトは既存骨重視で、植立手術時、フラップを開け顎骨の状態を詳しく観察し、咬合位で対合歯の位置を確認し、顎骨のどの部位にどのサイズのAQBを何本どの方向に植立し、その上をどのように補綴しようかと思案をめぐらせて決定するシステムであることは繰り返し述べてきた。それゆえ骨結合が完成し、いよいよ補綴の段階になってから、初めて考える問題ではない。しかし、術後の状態や治療経過など様々な要因により、植立時に想定した補綴法を修正することも重要である。また、Eichnerの歯牙欠損様式ごとの治療計画については、「AQBインプラントの基礎と臨床・臨床編」で詳しく解説しているので参照されたい。

1歯欠損で、ちょうどAQBを1本植立して単冠を装着するのに適度なスペースの場合は、上顎でも下顎でもあまり迷うことはない。ただ、次節で述べるように、いろいろな要因を考慮して、両隣在歯と必ずしも接触させないこともある。2～4歯欠損でAQBを2～4本植立する場合には、口腔内の部位ごとにかなり条件が変わってくる。

1)上顎前・小白歯部

上顎前・小白歯部で4M系または4L系が欠損歯数分植立できている場合は、単冠のMBCrが最良の選択であろう(症例1)。連結冠より単冠の方が審美

GPのための1ピースAQB講座

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(1)～(6)
3. 術後処置と管理(1)～(3)
4. 暫間被覆冠(1)～(2)
5. 最終補綴と咬合調整(1)
6. 補綴後の口腔清掃
7. トラブル時の対応

的に優位にあることは間違いないし、適度のコンタクト圧の場合はデンタルフロスも使用可能なこともあり、口腔清掃性も優れている。連結冠にした方がよい場合は、顎間クリアランスが大きく、歯冠歯根比が厳しい場合や、隣在歯とのスペースが大きくなり、over contourにしたり、近心あるいは遠心pontic付きの連結冠で作らざるを得ない場合などである。上顎前・小白歯部で4M系または4L系が欠損歯数分植立できていない場合、すなわち顎骨の骨幅や両隣在歯とのスペースが不足して、3本欠損に2本、あるいは4本欠損に2または3本しか植立できていない場合は、ブリッジまたはpontic付き連結冠ということになる(症例2, 3)。

2)上顎大臼歯部

上顎大臼歯部で5M系や5L系が欠損歯数分植立できている場合は、単冠の硬レ前装合金冠が最良の選択であろう。連結しない方が口腔清掃性は優れている。連結した方がよい場合は、前・小白歯部同様、顎間クリアランスが大きい場合や隣在歯とのスペースとの関係でover contourにしたりpontic付きの連結冠で作らざるを得ない場合などである。上顎大臼歯部は咬合性外傷を受けやすいので、少なくとも5M系が植立できる時は1本の植立でも咬合支持できることが多いが、骨幅が不足して4M系または4L系しか植立できない時は、2本植立して連結冠を装着するのが安全である。また、上顎洞底までの距離が少なく、#568や5S系の場合も1本ではなく2本植立して連結するのがよい。し

かし、洞底までの距離が少ない時は、2本以上でソケットリフト植立して連結するのが理想である。ソケットリフトをすることによって、洞底皮質骨が強力な咬合支持として働くからである。大臼歯部に2本の植立ではなく1本の場合では、小白歯部のAQBと連結した方がよい。

3)上顎に対する直径3mmAQBの補綴

下顎前歯部以外に植立される直径3mmAQBの場合、連結冠が鉄則なので、欠損歯数分間引かずに植立し、連結するということになる。上顎前歯・犬歯・小白歯部で、骨幅が極度に狭く、直径3mmAQBしか使えない症例も多い。その場合、植立時の平行性が難しいが、中切歯と側切歯は平行性を取りやすく、犬歯と小白歯も平行性が取りやすいので、連結冠といえどもブロックごとの連結冠で上げるとやり易い。1歯欠損で骨幅が狭い場合は、予め骨造成術を行い骨幅を増やしてから4M系または4L系を植立するのが理想であるが、3L系が深めに植立された場合は、比較的弱い咬合接

触をさせる単冠を装着すれば、他部位でしっかりとした咬合支持がある場合には、問題なく経過することが多い。しかし、上顎大臼歯部には間違っても直径3mmAQBは植立すべきではない。

4)下顎前歯・犬歯・小白歯部

下顎前歯部は3M系または3L系を欠損歯数分植立できれば、単冠でもよいが、強い咬合接触に晒されることが予想される場合は連結した方がよい。下顎犬歯・小白歯部も4M系または4L系が欠損歯数分植立されていれば単冠でもよいが、間引いて植立されていればブリッジまたはpontic付きの連結冠となる。骨幅が狭いところにも間引かず3M系や3L系を混在させて植立してある場合は連結冠ということになる。

5)下顎大臼歯部

下顎大臼歯部は5M系または5L系が植立できるのであれば1本でも2本でもよく、単冠でかまわない。ただし、対合歯と咬合させるため、M1とM2が少し離れて植立され

た場合は、over contourの連結冠より、筆者は間に小さなponticを入れたブリッジの方が清掃性や審美性の面でも好ましいと考えている。下顎管までの距離が短く、5S系や#568しか植立できない時は、間引かずに植立し、連結冠というのが安全である。その場合も、連結部は咬合面近くの高位で連結し、歯間部は歯ブラシが入りやすいような清掃性を持たせることが重要である。骨幅が狭く下顎大臼歯部に4M系または4L系しか植立できない時は、連結冠にするのが安全である(症例3)。

6)下顎犬歯・臼歯部に対する直径3mmAQBの補綴

大臼歯部の骨幅が極端に狭く、3M系または3L系しか使えない時は、スプリットクレストで骨造成術を行ってから、4M系または4L系を植立するという手順が正統派のやり方かもしれないが、1ピースの場合、遅延植立となるため、既存骨を信じて、2本欠損部に3本、3本欠損部に4本植立して連結冠にするなどの工夫で、咬合支持に耐えるという臨床例は多数持っている(症例4)。

症例 1

上顎前歯、犬歯、小白歯部に4M系以上のもの、大臼歯部に5M系以上のものが植立されれば、単冠で問題ない。(術後2年10ヵ月)

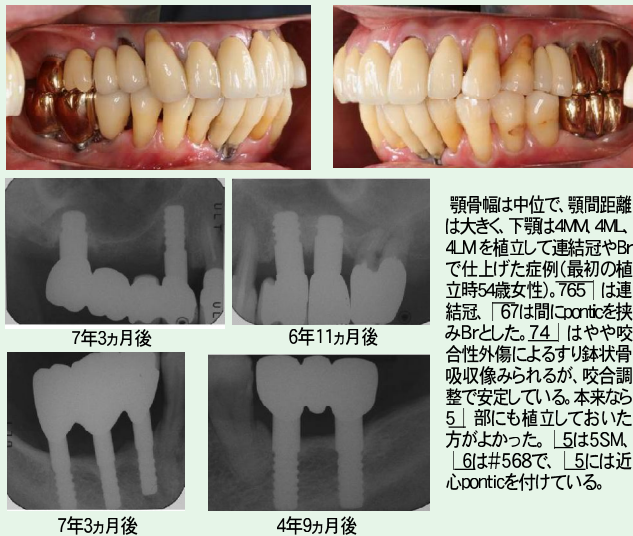


症例 2



重度ペリオ患者(最初の植立時63歳女性)で咬合挙上を図りながら臼歯部に植立して咬合支持を確立した症例。残存歯が近心傾斜の傾向が強く、43「間」は4「」に近心pontic付きの冠を装着し、34間は歯間離開させた。

症例 3



顎骨幅は中位で、顎間距離は大きく、下顎は4M、4L、4Mを植立して連結冠やBrで仕上げた症例(最初の植立時54歳女性)。765「」は連結冠、67は間にponticを挟みBrとした。74「」はやや咬合性外傷によるすり鉢状骨吸収像みられるが、咬合調整で安定している。本来なら5「」部にも植立しておいた方がよかった。5は5SM、6は#568で、5には近心ponticを付けている。

症例 4



「5-7」の3本欠損部に直径3mmAQBを4本植立し、5年半後も健全に機能している