

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21

「最終補綴と咬合調整」(5)

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、最終補綴と咬合調整の5回目、余剰セメントの徹底除去です。治験から22年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「5.最終補綴と咬合調整」の⑤補綴物の種類・材質と技工指示書について述べた。今回は⑥余剰セメントの徹底除去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。

⑥余剰セメントの徹底除去

補綴物の装着にはセメントが必要となる。1975年に歯科医師となって以来すべてのCr-Br、インレー、キャストコアには長らく合着セメントのリン酸亜鉛セメント(松風のハイボンドジंकセメント)を使用してきた。しかし時代の流れで、接着セメントが主流となり、筆者の診療所では1997~8年頃、グラスアイオノマー系レジセメント(3M ESPEのビトレマー)に変えて今日に至っている。インプラント補綴の装着も同様に1997~8年を境に、それ以前はハイボンド、それ以降はビトレマーであった。しかし2,3年前からすべてのAQB失敗症例の徹底分析調査を行っていくうちに、ビトレマーの余剰セメントによると思われる慢性インプラント周囲炎が無視できない症例で関与していることが判ったため、2010年12月からAQBのインプラント補綴の装着をハイボンドセメントにもどした。

1)余剰セメントの残留

装着後の余剰セメントを除去する際、接着性のレジセメントの場合、硬く粘り気が強くて探針でポロツとは取れにくい。ハイボンドセメントの場合、X線造影性が高いため発見しやすく(図1)、探針でバリツと取れやすいという利点がある(図2)。審美性を追求するあまり、天然歯よりやや深めの歯肉縁下形成をしてCrを装着した場合、余剰セメントの残留が起きやすい。特に近遠心にover contourな冠が装着されている場合は注意が必要である。装着直後のデンタルX線写真をよくみて、残留のないように注意する。ただし、X線写真で判るのは近遠心部である。頬舌側はインプラント体と重なるので

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)~(5)
6. 補綴後の口腔清掃
7. トラブル時の対応

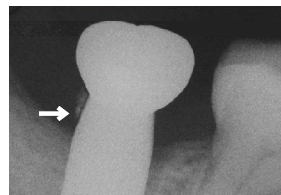
判らない。しかし頬舌側は余程豊隆の強い冠でない限り、余剰セメントは除去しやすい。

装着に仮着セメントというユーザーもいる。その場合、定期的に補綴物を外して補綴物と支台部をクリーニングして、再仮着するという話を聞く。また、どの部位かのAQBにトラブルが起きた場合に外せると対処しやすいという話も聞く。しかし余程支台歯のテーパが少なく維持の良いCr-Brでないとは難しい。粘着性の食物を咀嚼時、外れかかったCr-Brを誤咬して、Cr-Brを破損したり、インプラント支台部や顎堤粘膜の損傷が起こる危険性などを考えると肯定できない。2ピースでアクセスホールからのネジ止めの場合なら、術者可撤式にして定期的に除去してクリーニングということもあり得るが、1ピースAQBはあくまでも天然歯の支台に補綴物を装着するのと同じなので、仮着という概念はないと思う。また、顎堤幅の細い部位に複数本植立する直径3mm症例では、強固に連結することにより全体として咬合力に耐えているため、仮着は危険なわまり

図1 装着後にセメントが写っているX線写真



7 | 冠装着直後のX線撮影で発見された残留セメント



ハイボンドセメントはX線造影性が高いため残留があった場合に発見しやすい

ないということになる。装着後は徹底的にインプラント周囲の口腔清掃技術のレベルアップを図り、患者の口腔清掃だけでインプラント周囲の健康を維持できるように教育することが重要であると思う。また、術者は患者の通常の口腔清掃で健康を維持できるようなマージン設定や冠の豊隆度設定を考慮して補綴物作成の指示をする必要がある。

2)ポケットの深化と同部の骨吸収に対するFOp

補綴物の装着時に余剰セメントの徹底除去を行っても、あくまでブラインド操作なので、部分的な取り残しが起きている可能性はある。インプラントポケット底部にセメント塊が残留していても、歯周組織の抵抗力の強い患者や、ブラッシングの良

い患者では、周囲粘膜の炎症、ポケットの深化、同部の骨吸収などみられず、数年間見かけ上健康な状態を維持することもある(図3)。しかし、いずれそれらの炎症所見が徐々に明瞭化してくるので、その場合はセメント残留を疑って、FOp(歯肉剥離掻爬術)を実施することをお薦めしたい(図4)。残留セメントの有無にかかわらず、ポケットの深化を放置すると、慢性インプラント周囲炎はさらに広範囲に進むことになり好ましくない。単純に植立術中の外科的侵襲により歯槽頂部のすり鉢状骨吸収が相当量に起こり、それに伴い歯周ポケットの深化が起きることもあり、また残留セメントではなく、小腐骨片などがインプラント周囲に残留して同部に局限し

た骨吸収性炎症がみられることもあるので、躊躇なくFOpを行い、ブラッシングで健康を保てる周囲ポケットの形態に変えてあげる必要がある。もしその時残留セメントが見つければ原因除去ができてラッキーと考えればよい(図5)。ただし、骨吸収がスレッド部まで起きていると、いくら原因除去できても、その後慢性インプラント周囲炎は独り歩きする可能性があるもので、スレッド手前の平滑面までの初期の骨吸収のうちに対処することが重要である。そのため、定期的なAQB検診をして、早期に問題点を発見して対処する診療システムが必要である。

今回はインプラント補綴物の咬合調整について解説したい。

図2 咬合調整時のセメントチェック

ハイボンドセメントは、歯科用探針でバリツと除去しやすい。

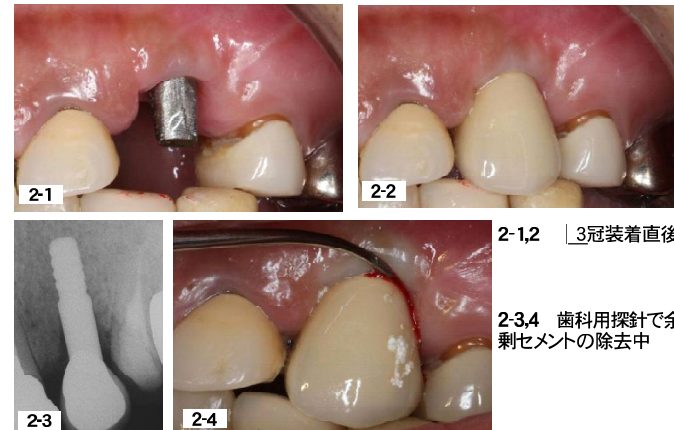


図4 残留セメント再除去を要した例

2009/05/23 43 | 連結MBCr装着後に残留セメント塊が発見され、2009/08/29除去したつもりでいたが、除去しきれておらず、2009/09/13切開摘出し、その後骨吸収もなく経過良好。



図3 無症状で経過し6年後に除去された例

1 | MBCrのインプラント歯周ポケット内から6年目に除去されたセメント塊。この症例では口腔清掃が良く、歯周組織の抵抗力もあるため、無症状で経過していた。除去後も骨吸収などみられない。

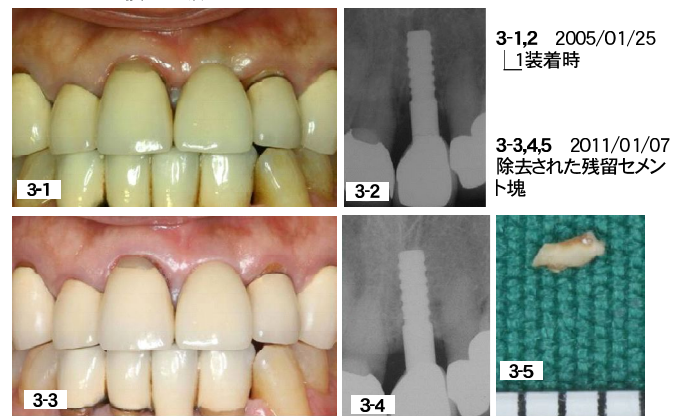


図5 FOp時に残留セメント塊が発見されて除去した例

2Y5M後にインプラント周囲炎の症状が出てフラップを開けたところ、残留セメントが発見された。

