

下顎臼歯部1歯中間欠損に対してインプラント治療を行った1症例

笹本 祐馬

SASAMOTO Y

日本大学松戸歯学部付属病院口腔インプラント科

Oral Implant Clinic Nihon University School of Dentistry at Matsudo



I. 緒言

従来、下顎臼歯部1歯中間欠損に対する補綴処置として、ブリッジまたは可撤性義歯による治療が一般的であった。近年、インプラント治療は予知性の高い治療として確立されつつある。今回、下顎臼歯部1歯中間欠損に対しインプラント治療を行い、隣在歯の切削の回避ならびに咀嚼機能の改善が得られた症例を報告する。

II. 症例の概要

患者：27歳，男性。

主訴：左下奥歯の咀嚼障害。

初診日：2010年10月。

全身的既往歴：特記事項なし。

現病歴：他院にて10年程前に36部に歯冠補綴処置を受けたが，数年前に脱離し，放置していた。今回，咀嚼障害のため，2010年10月に当院に来院した。



図1 初診時パノラマエックス線写真（2010年10月撮影）



図2 術前口腔内写真（2011年5月撮影）

現症：全身所見；特記事項なし。

口腔内所見；抜歯窩の状態は良好。残存歯の歯周ポケットは3mm以下，PCRは16％で，口腔衛生状態は良好であった（表1）。咬合に支障をきたすような歯列不正はなく，顎関節その他に異常所見は認められなかった（図1，2）。CTエックス線写真では，下顎骨の骨梁構造はやや疎，歯槽骨頂から下顎管までの垂直的距離は約16mm，頬舌的幅径は約14mmであった（図3）。

診断名：36部欠損

表1 歯周組織検査 (2011年4月実施)																																				
動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
ブラーク																																				
出血																																				
ポケット																																				
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																			
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																			
ポケット																																				
出血																																				
ブラーク																																				
動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

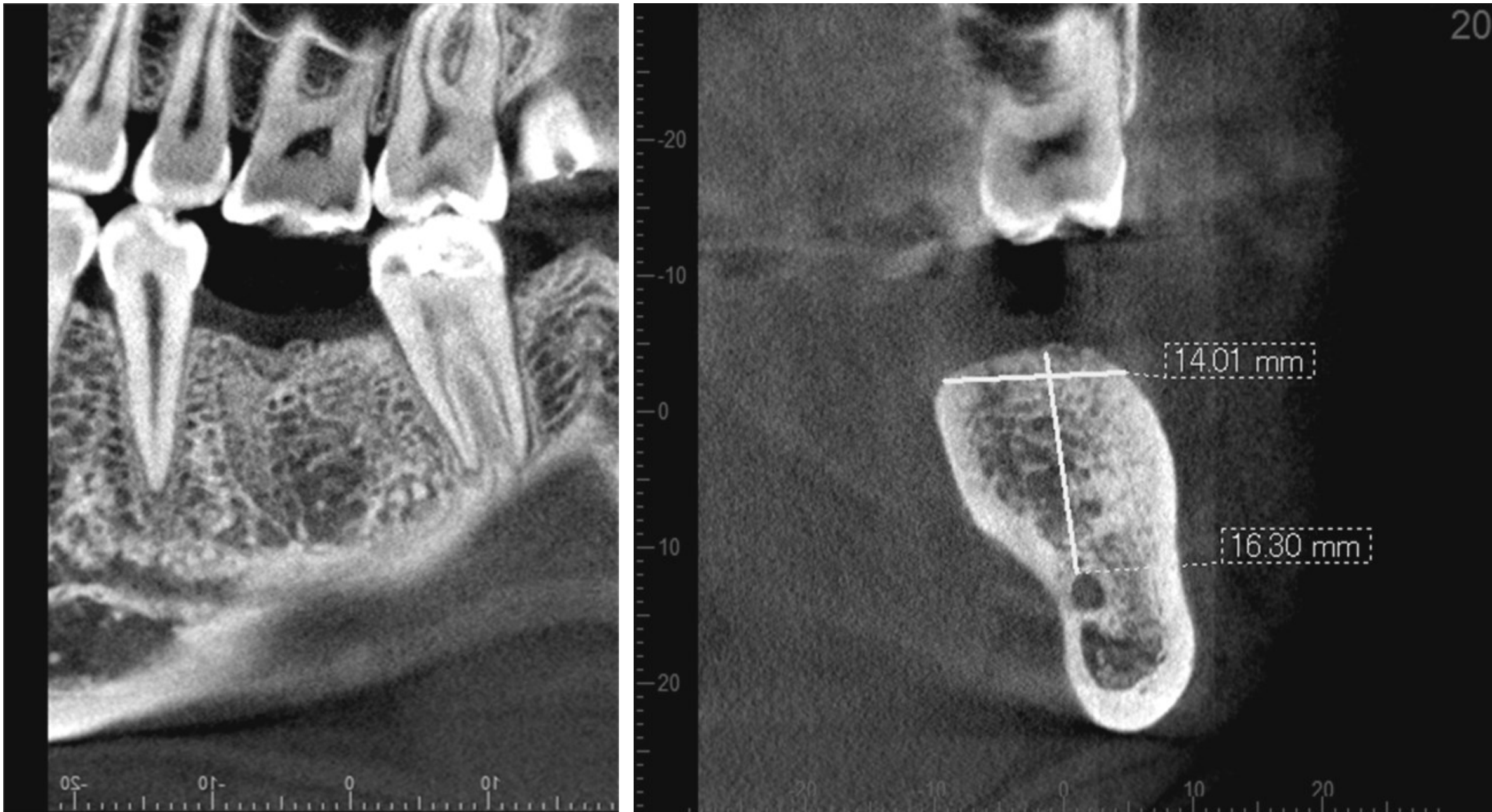


図3 術前CTエックス線写真（2011年5月撮影）

III. 治療内容

治療方針：中間欠損部への補綴治療を行う。

インフォームド・コンセント：36部欠損における，ブリッジ，可撤性義歯とインプラント治療の利点欠点，治療期間，費用，メンテナンスの重要性を説明したところ，患者はインプラント治療を希望した。

治療計画：前処置として保存不可能な36の抜歯，口腔衛生指導および歯周基本治療を行うことにした。そして，抜歯後約6カ月間の治癒期間が経過後，模型およびCTエックス線写真による診査の結果，36部に1本のインプラントを埋入し，咀嚼障害の改善を図ることにした。

処置内容：

〔1次手術〕2011年5月

- ① 抗菌薬を術前に経口投与。
- ② 通法に従って顔面および口腔内消毒。
- ③ オーラ®注歯科用CT（3.6ml 昭和薬品化工株式会社製，日本）にて浸潤麻酔。
- ④ 歯槽頂部に切開を加えて，粘膜骨膜弁を形成。
- ⑤ 通法に従って埋入窩を形成。
- ⑥ インプラント体埋入
Nobel Replace™Select Tapered（直径5.0mm，長径13.0mm，Nobel Biocare，Göteborg，Sweden）。
- ⑦ 5－0ナイロン糸にて縫合。圧迫止血。止血確認。
- ⑧ 手術後の指導および投薬。



図4 上部構造装着直後口腔内写真（2011年9月撮影）

〔2次手術〕2011年8月

- ① 通法に従って，口腔内消毒。
- ② オーラ®注歯科用CT（1.8ml）にて浸潤麻酔。
- ③ 通法に従い，ヒーリングアバットメント（粘膜貫通部3.0mm）装着。

〔補綴処置〕2011年9月

- ① クローズドトレーを用い，フュージョンⅡ®（GC社製，日本）にて印象採得。
- ② 上部構造を作製（金銀パラジウム合金鑄造冠，スクリュー固定，術者可撤式）。
- ③ 調整後，35Ncmにて装着し，アクセスホールはユニフィルフロー®（GC社製，日本）にて封鎖した（図4，図5）。

〔メンテナンス・リコール〕

メンテナンス・リコールは上部構造装着直後に刷掃指導を行い，現在は6カ月ごとに実施しており，インプラント部のエックス線写真を撮影し，インプラント周囲の骨吸収および歯肉粘膜の状態，口腔衛生状態，咬合診査，隣接歯と対合歯の診査などを行なっている。

IV. 経過と考察

上部構造を装着し，咀嚼機能の回復がなされ患者の満足が得られた。定期的メンテナンス・リコールを行い，口腔衛生状態，咬合状態等の経過観察を続け，装着後3年2カ月以上が経過したが，現在も問題なく機能している（図6）。また，エックス線所見においても周囲骨の吸収等，異常所見は認められない（図7）。

Scurriaらは1歯欠損に代表される少数歯欠損症例においてはブリッジが最も一般的でかつ有効な選択肢であると報告している¹⁾。しかし，ブリッジは隣在歯の切削や支台歯への負担の増加などが欠点として挙げられる。本症例においてはインプラント支持の固定性補綴処置を選択したことにより，咀嚼機能の改善を図りながら，隣在歯の切削を回避でき，支台歯への負担も軽減できたと考えられた。また，インプラントは天然歯よりも口腔内細菌による感染に対するの抵抗性が弱いと考えられている²⁾ことから今後も長期にわたる経過観察が必要であり，良好な口腔清掃状態の維持に努めることが重要であると考えられる。

V. 結論

下顎臼歯部1歯中間欠損に対するインプラント治療を行ったことにより，隣在歯の切削の回避，残存歯に対する負担軽減，さらに咀嚼機能の回復を図るうえで有効な治療法であることが唆された。

VI. 文献

- 1) Scurria MS, Bader JD, Shugars DA. Meta-analysis of fixed partial denture survival:Prostheses and abutments. J Prosthet Dent 1998;79:459-464.
- 2) 赤川安正，松浦正朗，矢谷博文，ほか編．よくわかる口腔インプラント学，第1版，東京：医歯薬出版，214-220，2005.

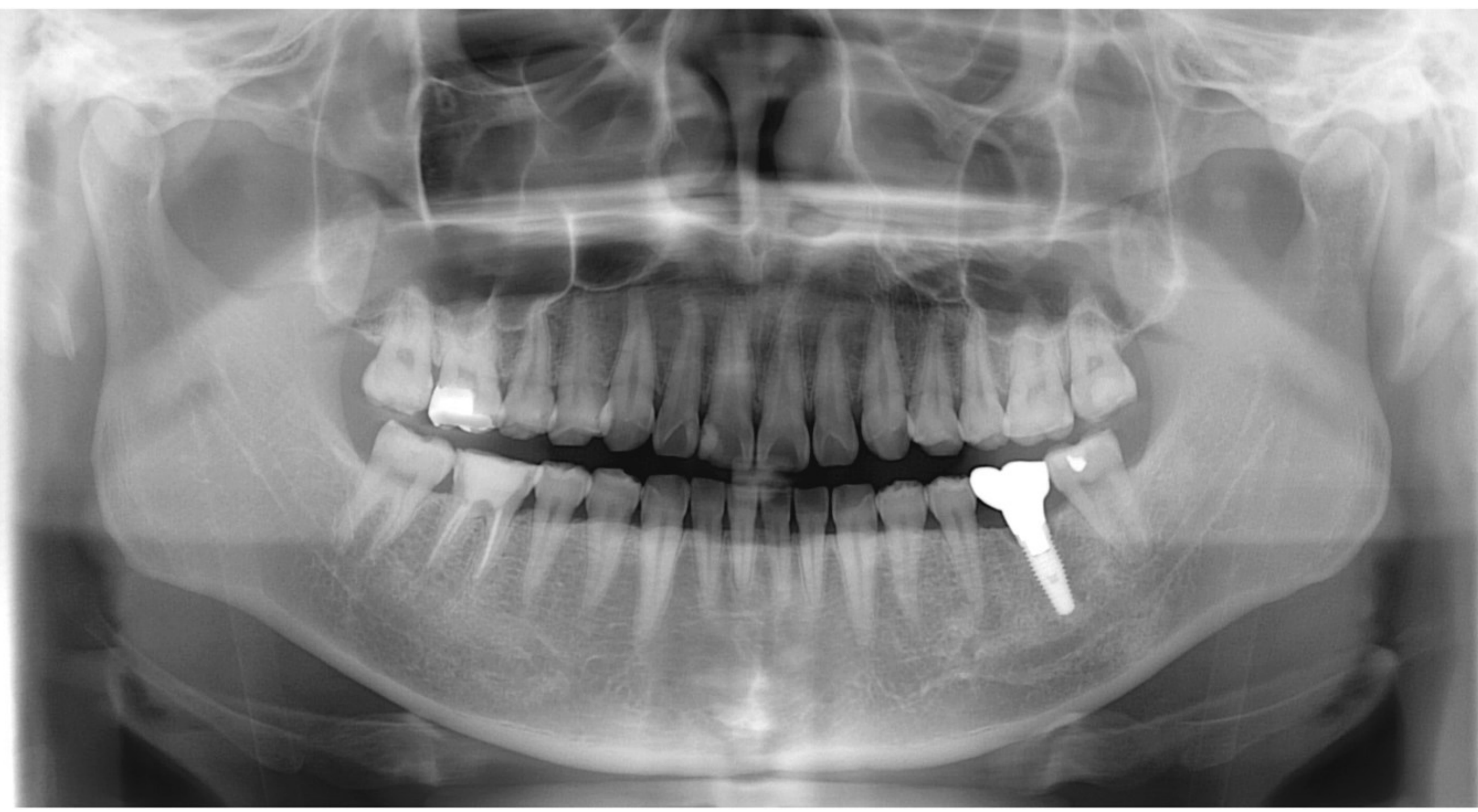


図7 リコール時パノラマエックス線写真（装着後3年2カ月 2014年10月撮影）