

〈口頭発表〉

GP 穿孔状左下 6 番の再植にて 処置後 9 年間の経過観察

大河原 泰雄 Yasuo OOKAWARA

大河原歯科医院 〒 994-0013 山形県天童市老野森 3-8-2

【はじめに】

LSTR 療法に出会い、それを信じて、長年患者さん色々の症例に施術してきました。応用というか、現在通常では保存が困難である症例を経験した。長期間の臨床経過を報告する。

【臨床例】

H.21.03.28 に左下 6 番、咬合痛及び頬側歯肉軽度腫脹を主訴で来院。FCK 除去、後通常法の感染根管処置（3Mix-MP 貼薬）後、GP 使用の側方圧根管充填を行った。症状改善した後、同年 04.07 に CR-INLAY 作成する。（図 1、図 2）

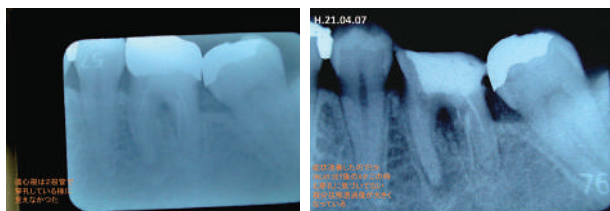


図 1.

図 2.

同年 05.12 に同部位が持続痛、頬側歯頸部の主張を訴えて来院。パノラマ撮影で遠心根からの GP 穿孔に気がつく。（図 3、図 4、図 5）



図 3.



図 4.



図 5.

直ちに CR-INLAY 除去し NIET を行う。この時点で分割抜歯し Bdg の作製、GP 除去し再根治後 FCK の作製、歯根分岐切断搔爬し FCK 等を考えたが、長期間の使用と維持には問題があるやり方である。歯根分割、歯根切断は、歯根分岐部の歯根膜を破壊しセメント質の誘導、象牙質・歯槽骨の新生を放棄したやり方である。又、プラークコントロールも容易ではない。長期間の使用に耐えるのは、破壊されていない歯（可能な限りの現

在歯)を修復無菌化し、口腔外からの細菌の侵入を極力防ぐ再植ができれば歯周組織の新生が期待できる唯一の方法ではないだろうか。年齢を考慮し、少し危険であったが抜歯しGPを除去し、歯を無菌化しての再植を選択した。患者さんに説明同意を得てH.21.05.19に再植を行う。(図6、図7)



図 6.



図 7.

H.21.05.20に
 加强線とスーパーボンドにて固定(図8)



図 8.

その後、H.21.07.28に同部位が骨植良好であり歯肉状態も良いのでFCKの形成し08.18に装着。H.30.08.17までの経過について考察をしてみたいと思う。(図9、図10)



図 9.



図 10.

【考察】

H.21.05.19に抜歯。根分歧不良肉芽の除去では過度に搔爬し過ぎてはいなかったか、又歯頸部周囲の歯肉の処理はこの方法で良かったか(もっと歯面を滑沢にして酸処理すべきだったか)、穿孔部位の封鎖はFujiNo.9だけで良かったか、抜去歯は3Mix-MPにて無菌化は出来ていても再植時抜歯窩の処理はどうだったか、今回の学会特別講演で抜歯窩の無菌化の重要性をいわれていたが、当時からその点については、意識したことが無かった。私の再植歯の暫間固定は、再植後3~4日後に口

腔内で行うことが多い。暫間固定除去の明確な判断基準が無く、臨床上歯肉の状態が回復されていて、且つ動揺が殆どないと確認できたら（本症例では、2カ月）除去してきた。その後、状態により暫間被覆冠を仮着して経過観察をする時もあるが、本症例は、直ちに全部鑄造被覆冠を作製装着している。今回、講演で示唆された基準①固定期間4ヶ月以上②歯周ポケット5mm以内③固定装置除去時M1以下を鑑みて見ると、除去時期が早過ぎたのかと少し悔いが残る。その後の再植歯の経年変化を見ると、根分岐部の歯槽骨の改善機転が全く認められない。只歯根長の1/2位しつかりと植立されており、歯根の吸収はなく、周囲歯槽骨の状態も良好に見える。根分岐部の骨の整理が行われて皮質骨様の新生が認められる。現在の動揺度はM0である。X-Pにて根分岐部の治癒（歯槽骨の増殖様の回復）が認められない原因として、当該歯が歯周炎に罹患したのもあげられるかも？その適切な処理をしていれば、もうすこし分岐部の改善があったかもと考えられる。（患者は数年毎にしか来院せず）再植歯の歯肉内縁上皮の増殖を的確に抑えられたか、当時の私の知識と技術では、適切に行えたとは言えないが、曲がりなりにも失敗して抜歯の運命を辿ったかもしれない歯を救えたことも、3 Mix-MP法があれば出来たと考えております。根分岐部修復部位での歯周組織再生は、解剖学的に見ると厳しい場ではないかと実感している。最後に生体内生体外の考えを教えてくださいました星野先生、宅重先生に感謝と、自戒反省を込めて。