

歯肉を読み解く

臨床×病理の眼から歯肉の“なぜ”にこたえます！

金子 至 編著
下野正基



臨床的に健康な

歯肉とは？



長野県大町市・金子歯科医院

金子 至 (歯科医師)

歯肉には、それぞれの年代に、患者さんそれぞれの個性に準じた「健康な歯肉」があります。つまり、大多数が健康的な生活を送る10代、20代の若年層の歯肉と、加齢とともに全身疾患に罹患し、薬を服用することが多くなる70代、80代の老年層の歯肉とでは「健康な状態」がおのずと違ってきます。また、歯周炎に罹患して歯槽骨が吸収し歯肉が退縮しても、歯周治療によって健康を取り戻すことは可能です。

では、臨床的に健康な歯肉の条件とはどのようなもののでしょうか？ 当院では以下のように考えています。

- 1) プラークコントロールが良好で、臨床的に炎症がない
- 2) 口腔機能に悪影響を及ぼす歯肉の退縮がない

具体的には、「健康的な食生活を営むための口腔環境を、長期間にわたり維持することのできる歯肉」と考えています。本章では、各年代の「臨床的に健康な歯肉」の例をあげてみましょう。

各年代の「臨床的に健康な歯肉」について考えていきましょう！



5歳



50代



10代



60代



20代



70代



30代



80代



40代



90代



フェストゥーンやクレフトが 起こる理由

東京歯科大学名誉教授 下野正基

フェストゥーン

歯肉辺縁にみられるロール状の膨らみ(肥厚)を「フェストゥーン」といいます(図1-A)。この歯頸部の膨らみの原因は、歯肉に加わる刺激で、咬合による刺激、歯ブラシの誤用(オーバーブラッシング)などによる外傷、プラークによる刺激などが考えられています³⁾。

フェストゥーンの臨床像から、どのような組織変化が起こるのかを考えてみると、「歯肉辺縁への刺激によって、上皮結合組織の炎症が引き起こされ、続いて炎症の部位に肉芽組織が形成され、それが線維化した」ものと思われます。また、歯槽上線維群のなかの環状線維(p.35, 図3-A参照)が増殖して太くなれば、フェス

トゥーンの膨らみに一致してみられると考えられますが、フェストゥーンが起こる本当の理由はわかっていません。しかし、歯ブラシの誤用などが原因の場合は、その原因を取り除けば治癒していくことが考えられます。

クレフト

歯肉辺縁がV字状に裂けた状態を「クレフト」といいます(図1-B)。そのおもな原因は歯ブラシによる外傷とされていますが、咬合も一因になると考える人もいます。

歯ブラシによる外傷は「擦り傷」ですから、感染が起これなければクレフトは自然に治癒すると考えられます。

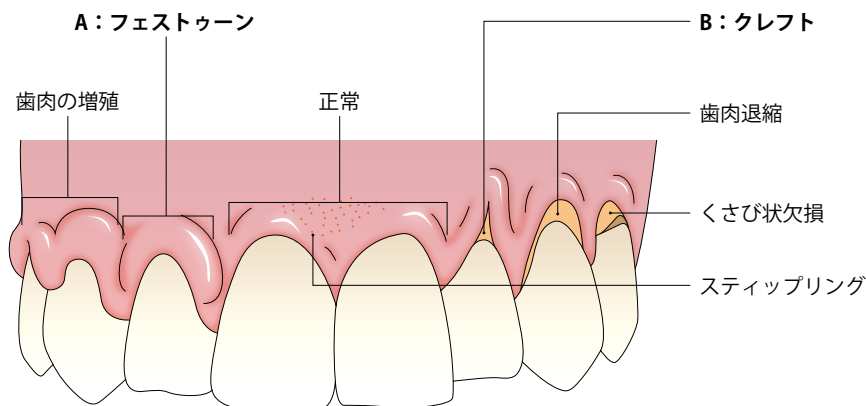


図1 フェストゥーンおよびクレフトの模式図⁵⁾



クリーピングはなぜ起こるの？

東京歯科大学名誉教授 下野正基

クリーピングアタッチメント

クリーピングの“クリープ (creep)”とは、「這う」という意味です。歯肉の細胞が赤ちゃんのように「はいはい」をして動く姿をイメージするとわかりやすいかもしれません。

臨床的には、炎症によって下がった（退縮した）歯肉縁が元の位置（歯冠方向）へ「這う」ように徐々に移動する現象をいい、遊離歯肉弁移植，歯周ポケット搔爬，SRPなどの処置の後にみられます。このような，クリーピングアタッチメント（退縮歯肉の修復性変化）が起こるには3つの条件が必要である，と考えられます。

3つの条件

まず第一の条件は，退縮歯肉や移植歯肉弁の歯根表面に長い付着上皮が形成され，その長い付着上皮が短くなること（短小化）です（**図1**）。長い付着上皮が歯根の表面を「這う」ように移動して短小化するために，ラミニンとインテグリンという接着性タンパクが深くかかっています（これと同時に，長い付着上皮による上皮性付着は結合組織性の付着に変化していると考えられます）。

第二の条件は，細胞質に豊富なアクチンフィラメント*をもつ筋線維芽細胞が歯肉組織内に存在することです。筋肉とは関係のない線維芽細胞でも，細胞内にたくさん

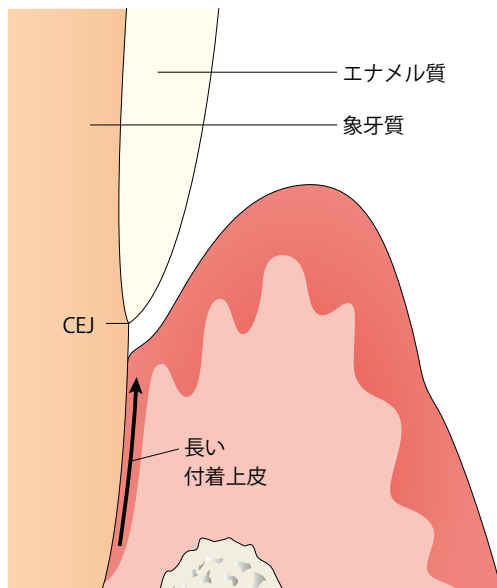


図1 長い付着上皮の短小化

長い付着上皮は，炎症がなければ，時間の経過に伴って短くなる。クリーピングアタッチメントが起こるためには長い付着上皮が短小化し，歯頸側へ移動する必要がある²⁾

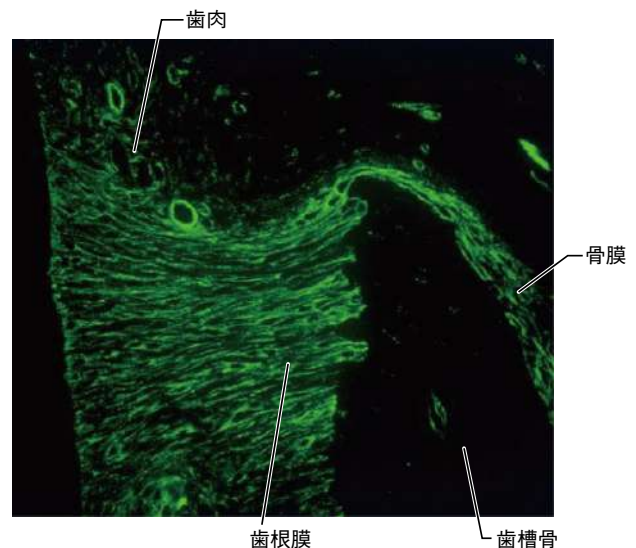


図2 筋線維芽細胞の共焦点レーザー顕微鏡写真

緑色に染まっている部分は豊富なアクチン線維をもつ筋線維芽細胞が存在することを示す。歯根膜や骨膜のみならず，歯肉組織にも筋線維芽細胞が認められる²⁾

Case1 患者さん自身が歯肉の変化に気づく力を!

金子 至 (歯科医師)・松本絹子 (歯科衛生士)

本症例は、臼歯部に著しい咬耗を伴う慢性歯周炎の患者さんです。歯周治療を行い、咬合を管理しながら歯の保存に努めました。初診から 27 年間、ライフステージに対する視点をもって患者さんを見てきました。トラブルが何回あったものの、現在も良好な口腔の状態を維持しています。

Case1

患者：初診時 55 歳、女性。経過 27 年

初診：1987 年 6 月

主訴：右上 (4) が動揺して噛めない

全身的既往歴：特記事項なし

喫煙：なし

初診時の口腔内について

① 歯科的既往歴

患者さんは、若いころは歯で困ったことがなかったそうですが、40 代後半から硬いものが噛みにくくなり、他院を受診。そこでは、歯を磨くように言われただけで、具体的な歯周治療は行われなかったとのことでした。

50 歳を過ぎたころから歯の動揺が増し、特に 4) の動揺が著しくなったため当院の患者さんの紹介で来院。初診日に動揺の著しかった 4) を抜歯 (図 1) し、1987 年 10 月より歯周治療がスタートしました。

② 口腔内所見 (図 2)

唇頬側の辺縁歯肉には過剰なブラッシングによる歯肉退縮があり (図 2 章① 4)「歯肉退縮とクリーピングアタッチメント」参照)、歯間部および口蓋側の辺縁歯肉にはプラークによる強い炎症が認められました。下顎両側臼歯部の補綴物は不適合で、プラークコントロールの障害となっていました。臼歯部には著しい咬耗が認められ、前歯部は過蓋咬合になっていました。

③ X 線写真所見 (図 3)



図 1 初診時 (1987 年 6 月) の X 線写真
4) は同日に抜歯となった

全顎にわたり歯槽骨の吸収が認められました。特に上顎には著しい垂直性骨吸収があり、咬合力の関与が予測されました。

④ プロービング値 (図 4)

プロービング値は、26 歯中、7mm 以上が 3 歯、4 ~ 6mm が 21 歯で、ほとんどの部位で BOP (+) でした。

⑤ 診断

垂直性骨欠損、歯根膜腔の拡大、過度の咬耗などがあることから、咬合性外傷を伴う広汎型中等度慢性歯周炎と診断されました。