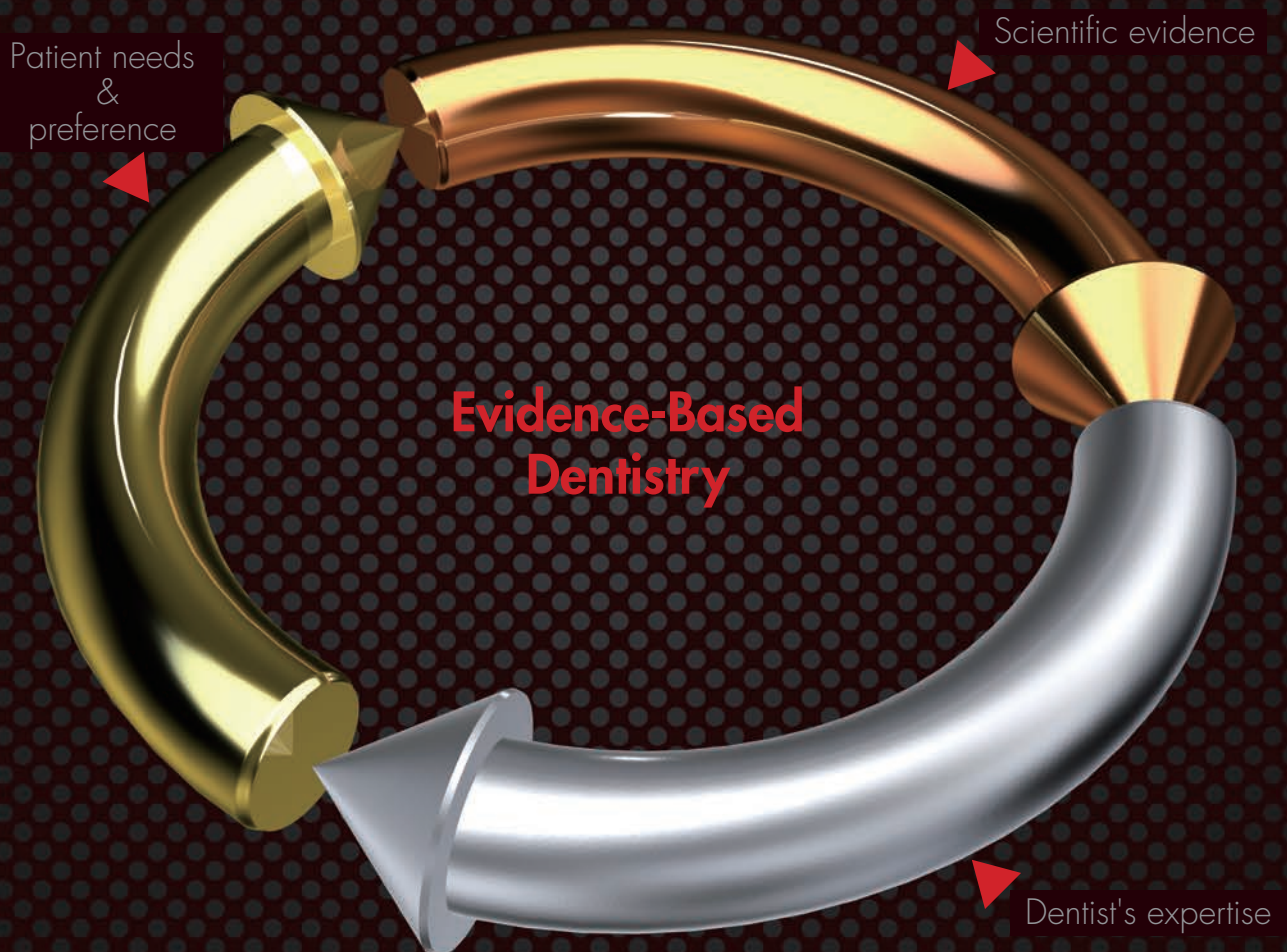


科学的根拠に基づく 歯周病へのアプローチ

Evidence-based approach for the treatment of periodontal disease

清水宏康 著



医歯薬出版株式会社
<http://www.ishiyaku.co.jp/>

歯周病患者へのインプラント治療

—歯周病患者へのインプラント治療は予後が見込めるか?—

予後に関する文献的考察

歯周病患者に対するインプラント治療は、健常者に行った場合と比べて同じぐらい成功するのには、以前より関心がもたれているトピックの一つである。そのため、インプラントは天然歯より歯周病、つまりインプラント周囲炎に罹患しやすいため徹底したメンテナンスが必要であるという意見や、侵襲性歯周炎患者にはインプラントを使用すべきではないといった意見など、さまざまなものを耳にする。

それでは、実際に歯周病に罹患した患者に行われたインプラント治療の成績を調べてみると、多くの論文で良好な残存率 (survival rate) が報告されている。たとえば、Baelum ら¹⁾ は、歯周病に罹患し、外科治療を含む歯周治療を行った患者に埋入されたインプラントの残存率は、二回法インプラントの場合、5年後で97%、10年後でも97%を維持していたと報告している。

また Karoussis ら²⁾ は、インプラント治療を受けた患者を慢性歯周炎の既往のあるグループと既往のないグループとに分けて調べた結果、10年後の残存率に関しては歯周炎患者は90.5%、その他の患者は96.5%であったと報告している。この数字をみると、歯周炎患者は成績が若干落ちるが、臨床的には許容できる範囲なのではないかと捉えることができる。

しかし、見方をインプラントが喪失したか否か (残存率) ではなく、インプラント周囲炎の徴候があるか否かに変えると、違った見解が現れてくる (図1)。前述の Karoussis らの論文では、インプラント周囲炎の発症率に関しては、歯周炎のグループが28.6%であったのに比べ、その他のグループでは5.8%と歯周病のグループが有意に高いことを報告している。また、インプラント成功のクライテリアとして10年後にPPDが5mm以下、BOP (-)、年平均骨喪失量0.2mm未満と設定した場合、その成功率 (success rate) は歯周炎グループが52.4%、その他のグループが79.1%と歯周炎グループの成績が悪いことが理解できる (図2)。

さらに、より予後が不良の可能性が高い広汎型侵襲性歯周炎患者のインプラント治療の成績をみると、Mengel ら³⁾ は、10年後の残存率では広汎型侵襲性歯周炎グループが83.3%であったのに対して歯周病的に健康なグループは100%で、アタッチメントレベルは歯周病的に健康なグループの残存歯ならびにインプラント、そして広汎型侵襲性歯周炎グループの残存歯が安定していたのに比べて、広汎型侵襲性歯周炎グループのインプラントでは高いアタッチメントロス (平均2.4mm) が観察されたと報告している。また Swierkot ら⁴⁾ によると、3～16年間の観察期間でインプラント生存率を比

▼
インプラント周囲炎の発症率に関しては、歯周炎のグループが28.6%であったのに比べ、その他のグループでは5.8%と歯周病のグループが有意に高い (Karoussis 2003)

残存率 (SURVIVAL RATE)

インプラント周囲の疾患の有無にかかわらず、そのインプラントが存在するかどうかの割合

成功率 (SUCCESS RATE)

周囲組織の変化がある一定範囲内までに抑えられているインプラントの割合

図 1 残存率と成功率の違い

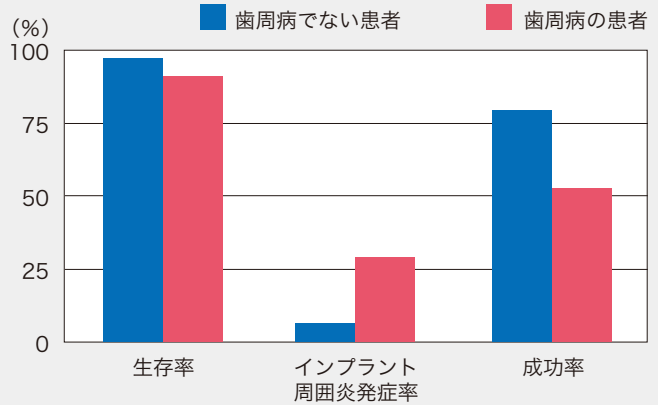
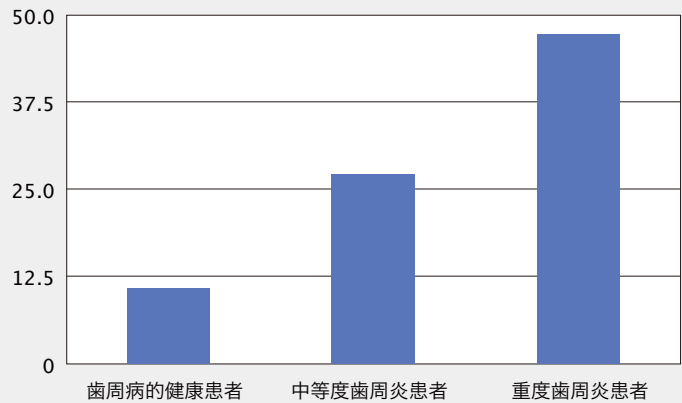


図 2 歯周病患者と歯周病でない患者に行ったインプラント治療の比較 (Karoussis 2003²⁾)

インプラント周囲炎発症率と成功率 (年平均骨喪失量 < 0.2mm, PPD ≤ 5mm, BoP(-)) では差が認められる

図 3 メンテナンス中にインプラント周囲組織への消炎治療行為を行った割合 (Roccuzzo 2012⁵⁾)

歯周病の重篤度とその後の問題発生に相関関係が見られる



▼
広汎型侵襲性歯周炎患者ではインプラント周囲粘膜炎になるリスクが3倍高く、インプラント周囲炎になるリスクは14倍高い (Swierkot 2012)

▼
歯周病的に健全な患者、中等度歯周炎患者、重度歯周炎患者に行われたインプラント治療の経過を10年間観察した結果、何かしらの問題によりインプラント周囲に抗菌療法や外科的治療が行われたケースはそれぞれ10.7%、27%、47.2%存在した (Roccuzzo 2012)

べると広汎型侵襲性歯周炎グループでは96%で、その他のグループでは100%であったが、成功率では33%に対して50%であり、広汎型侵襲性歯周炎グループはその他のグループに対してインプラント周囲粘膜炎になるリスクが3倍高く、インプラント周囲炎になるリスクは14倍高いと報告した。

また Roccuzzo ら⁵⁾ は、歯周病的に健全な患者、中等度歯周炎患者、そして重度歯周炎患者に行われたインプラント治療の経過を10年間観察した結果、何かしらの問題によりインプラント周囲に抗菌療法もしくは外科的治療が行われたケースはそれぞれ10.7%、27%、47.2%存在したと報告している (図 3)。

以上により、歯周病患者のインプラント治療は、臨床的に十分適用が可能であると判断できるが、健常者へのインプラント治療と比べてリスクが高いことを念頭にいれる必要があり、歯周炎としての重篤度、難治性を考慮してそれに応じた十分な管理が必要であることが理解できる。

れに従って分類すると、Seibert Class 1 ならびに HVC Classification H-s となり、ブリッジのポンティックを予定していたことから、パウチ法、ロール法によるインレーグラフトが考えうる治療オプションとなる。

参考までに章末に 2 症例を提示した (Case 2, 3)。これらのように臨床的には、各症例の違いを理解して、軟組織グラフトのみならず硬組織グラフトを選択、併用して対処することが望ましい。参考として顎堤吸収に対するフローチャートを図 7 に示す。

ここで改めて本症例を考えると、HVC Classification H-s のためにパウチ法、ロール法等の水平的増大を行う軟組織グラフトが推奨されてはいるが、審美的配慮が最も必要な部位であること、経年的に生じる再度の顎堤吸収に備えること、そしてポンティックにオバート型を予定したため若干の垂直的増大も期待できることから、インターポジショナルグラフトを採用した。

なお、改善後の顎堤の長期予後に関する論文を調べてみたが、軟組織グラフトによる

Case 1 治療経過と結果①

歯周基本治療後、不良補綴物ならびにカリエスの除去を行い、テンポラリーブリッジを全顎的に装着した。1] 欠損部には、水平的な顎堤吸収が認められる (1-7, 1-8)。

予定どおり歯槽頂部より頬側根尖部に向かって部分層弁を形成し、受給床を準備した後、右側口蓋部より上皮付き結合組織を採取し、同部に移植して縫合・固定した (1-9, 1-10)。術後 6 カ月、顎堤の水平的かつ垂直的増大が認められる (1-11, 1-12)。その後、同部は適正なポンティック形態を受容する歯肉形態とするため、テンポラリークラウンの調整とバーによる歯肉整形を行い、最終補綴へと移行した (1-13 ~ 1-18)。増大した顎堤より移行的に立ち上がるポンティック形態が得られた (1-19, 1-20)。

術後 2 年経過時でも大きな顎堤吸収は認められず、安定している (1-21 ~ 1-27)。



1-7, 1-8 1] 欠損部の顎堤に水平的吸収が認められる



1-9, 1-10 インターポジショナルグラフトによる顎堤増大を行った

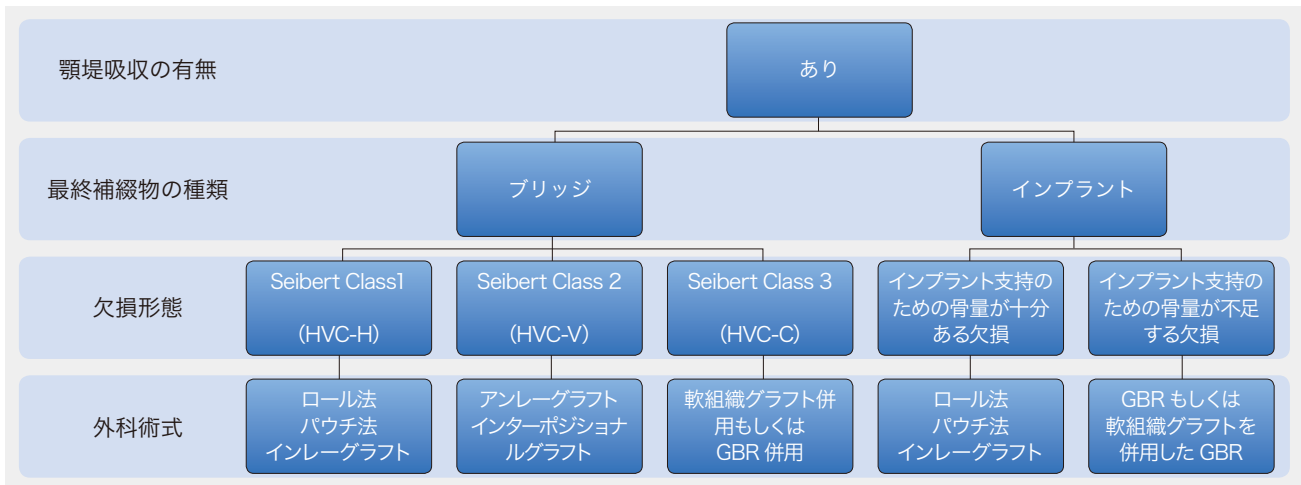


図 7 顎堤吸収に対するフローチャート



1-11, 1-12 術後 6 カ月. 顎堤の水平的かつ垂直的増大が認められる



1-13 ~ 1-17 最終補綴後. 増大した顎堤より移行的に立ち上がるポンティック形態が得られた