

ゼロ

診断・
治療コンセプト編

倉富 覚、著

か
ら
見
直
す
根
尖
病
変

コラム 隣在歯の影響による疑似根尖病変

ときに生体は、想像でしか説明のつかない興味深い現象をみせてくれる。

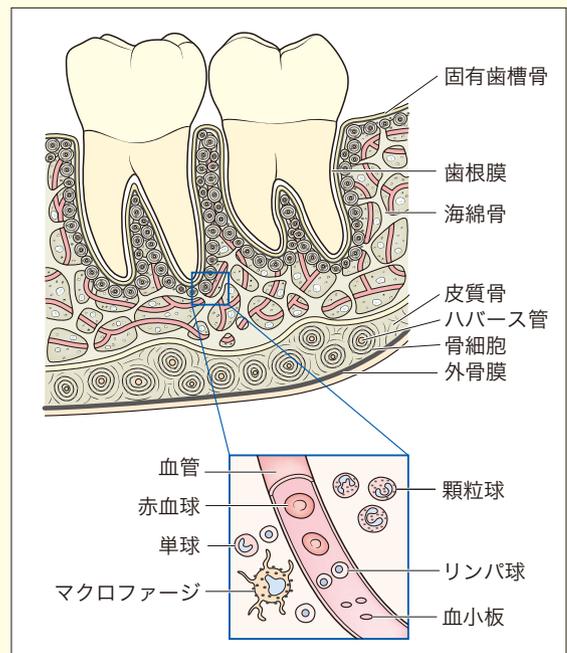
症例 1のように、隣在歯の影響で生活歯にあたかも根尖病変のような透過像が示されるのを経験することがある。歯髄は最良の根管充填材であり、生活歯と失活歯では歯の寿命は10年単位で変わると考えられる。何より、根尖病変をつくらぬ最良の方法は抜髄しないことである。診断を誤り、保存できる歯髄を抜髄することだけはあってはならない (**症例 2**)。

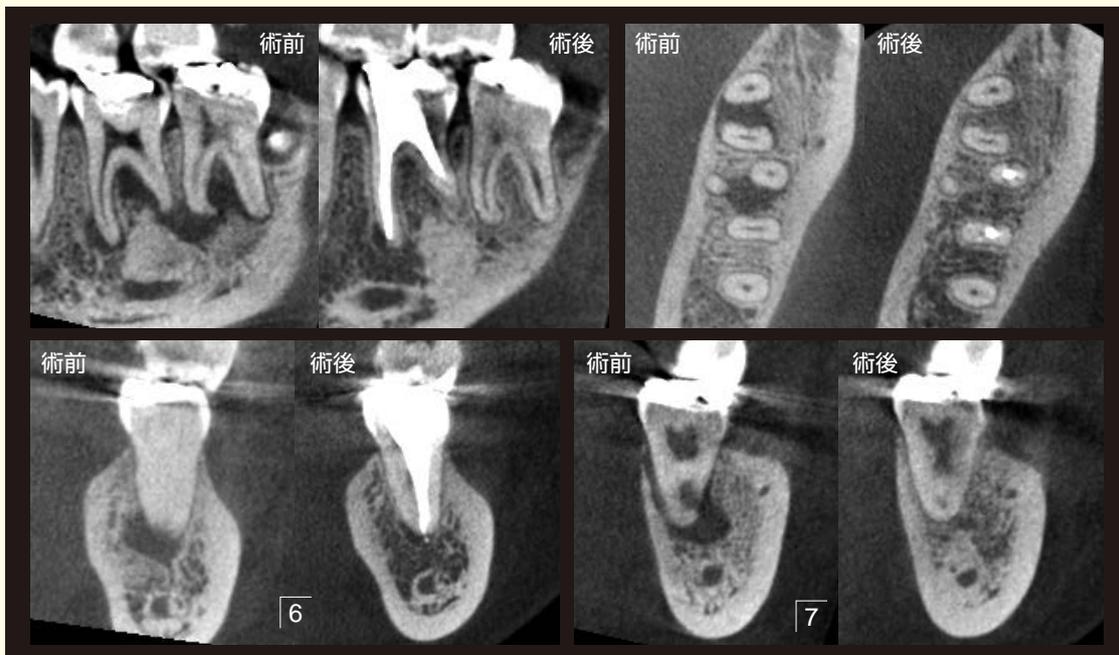


症例 1-a 39歳，男性。右下臼歯部の咬合時の違和感を主訴に来院された。7]に根尖病変を認め、この歯を原因歯であると診断したが、6]遠心根に明らかなエックス線透過像を認めた。6]には齲蝕や修復の既往もなく、歯髄電気診 (+) であったため、7]にのみ根管治療を行った結果、6]の透過像も消失した。6]の透過像は7]の根尖病変と何らかの関係があったとしか思えない。

症例 1-b 根尖病変の主役は白血球やマクロファージ、リンパ球などの免疫担当細胞と、それらの活性化に伴いサイトカインによって活性化される破骨細胞などといえる。これらに分化できる未分化間葉細胞は結合組織である歯根膜の重要成分の一つとして知られている。

また骨組織構造の特徴として、ハバース管やフォルクマン管内には毛細血管が走行し、高度に発達した血管網を形成している。通常であれば原因根周囲の歯根膜中の免疫担当細胞が活性化するのであるが、何らかの理由で豊富な交通網を通じて隣在歯の歯根膜中の免疫担当細胞がサイトカインの影響を受けて活性化すると考えられる。





症例 2 17 歳，女性．左下臼歯部の自発痛と咬合痛を主訴に来院された．1 カ月ほど前に他院にて $\overline{6}$ のインレー修復治療を受けていた．デンタルエックス線写真では $\overline{6}$ 遠心根と $\overline{7}$ 近心根にまたがるエックス線透過像を認め，CT 画像では両歯ともに根分岐部に及ぶ骨吸収像が認められた．

$\overline{7}$ のインレー修復は数年前に行ったという治療歴から， $\overline{6}$ のみでエックス線透過像が消失する可能性を直感した．このような症例を経験することで，「この透過像は隣在歯の影響によるもので，介入せずにひとまず経過をみる」という診断のオプションが広がる．生活歯であればなおさらである．

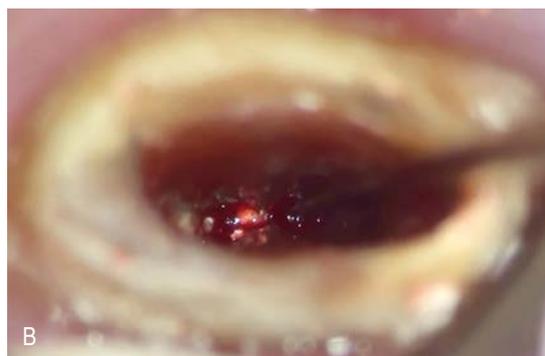
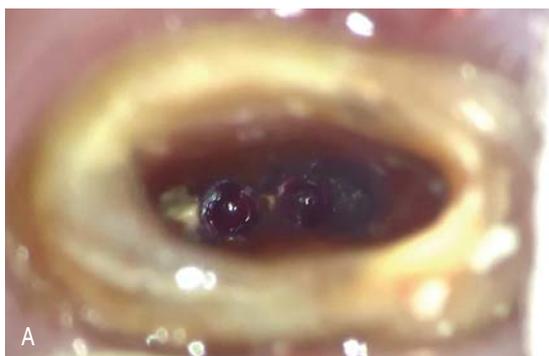


図 5-a 49 歳，女性。A) 前医により 5]には 2 根管の根充がなされていた。B) マイクロスコープ下で口蓋根尖部に残る GP を除去していると，頬側根の根尖部から GP が出てきたため，つながっていることが判明した。C, D) 超音波用チップで隔壁を除去し，2 根に分岐していた根尖孔がひょうたん型になっている。

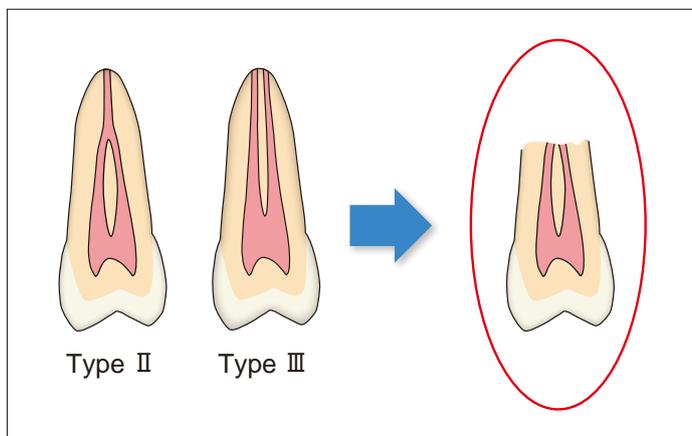


図 5-b この症例では，5]の歯根は，もともと 4]と同じくらいの長さだったと思われるため，Weine の分類の Type II あるいは Type III に属するものが，歯根吸収により根尖部の形態に変化を生じたと考えられる。感染根管では，複雑な根管分岐に歯根吸収を加味した形態になっていることを考慮しなければならない。

3. 上顎大白歯

上顎第一大臼歯近心頬側根に関しては、さまざまな研究者や臨床家がここにフォーカスを当てて、研究や症例報告をしている。それだけ、根管拡大の難所であるといえる。近心頬側根は強く圧平された形態の単根管か副根管（MB2）が存在する。MB2の存在確率が50%を超えるとする文献²⁵⁾もあり、見落とさないよう細心の注意を払う。

MB2が存在する場合、MB1との関係はChapter 4 図 24を参照いただきたい。髓床底の発育溝を追従していくと発見しやすく、① MB1と口蓋根（P）とを結んだ線、②遠心頬側根（DB）から①に下ろした垂線、の交点付近に位置するといわれている（図 6）。



図 6 55歳，女性．偏心投影によりMB2が存在することがわかった．副根管の探索のポイントは髓床底の完全な明示を行うことである．MB1とPを結んだ線にDBから下ろした垂線上にMB2の根管口があるといわれている．