



典型症例でペリオドンタルサージカルツリーを理解しよう

1 組織付着療法

組織付着療法 アクセスラップ····・・・・・・・・・▶

Part 2 Case 1





上顎前歯部. 審美的に歯頚線の保存を極力試み, 補綴前処置としてアクセスフラップ. 術後4年

参照	Part 1	p.51, p.61
	Part 2	Case 13

組織付着療法

F-OP

Part 2

Case 19

下顎左側大臼歯部からの出血が気に なる. 組織付着療法. 術後3年





Part 2

Case 9 Case 21

2 切除療法

Part 2 Case 7





上顎臼歯部の挺出による, 咬合平面 の乱れ, 骨切除を伴う歯肉剥離掻爬術. 術後3年

参 照

Part 2

Case 8

切除療法 APF + 骨外科

Part 1

p. 70

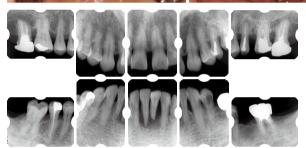




歯肉縁下齲蝕,骨切除を伴う歯肉弁 根尖側移動術.術後2年

Case 8 52歳, 女性. 非喫煙者. 主訴「下顎前歯が腫れている」





8-1~8-7 術前

Case 8 の処置方針と歯周外科の術式 (intrabony technique を準用した歯周外科)

全顎的な歯周病の進行がみられます。臼歯部の歯周ポケットは進行しています。特に上顎では骨縁下ポケットの存在が顕著です。外傷性咬合の関与により歯の動揺も認めます。 臼歯部欠損、補綴装置脱離を放置していたため、ポステリアサポートが喪失し、歯周病の進行は前歯まで及んでいま

す。下顎前歯の歯周病の進行は深刻で、上顎前歯はいわゆるフレアアウトした状態になっています。そのために一口腔一単位とした、歯周病治療が必要です。下顎前歯は $\overline{1 \mid 1}$ の抜歯後に歯槽堤増大処置を行い、 $\overline{3(2)1 \mid 1(2)(3)}$ のブリッジを装置しました(Part 1、p.114 参照)。

上顎左側臼歯部は、歯周ポケットは 4 歯ともに $4 \sim 6 \,\mathrm{mm}$ です。また $\lfloor 5 \,\mathrm{o}$ 動揺を認めました。出血も認めます。CT では、 $\lfloor 6 \,\,7 \,\,$ ともにルートトランクは長く根分岐部病変は認めません。 $\lfloor 5 \,\,$ の唇側から遠心側にかけて、また $\lfloor 6 \,\,7 \,\,$ 間の骨縁下欠損を確認できました。口蓋の歯肉は厚く、頬側の角化歯肉の量は十分あります。

ここで $\lfloor 6.7 \rfloor$ 間のポケット除去のために切除的に徹底的な骨整形を行うと、かなりの支持歯槽骨を失う恐れがあります。歯頚線の調和と歯周ポケット除去、骨欠損の改善のために、この部位には Prichard の提唱した intrabony technique を準用した歯周外科処置を適応しました。歯周外科後に $\lfloor 4.5.6.7 \rfloor$ の連結固定による補綴治療を行うことにしました。

□34567 類側は歯肉溝内切開、□567 は歯肉辺縁切開を加えます。口蓋側は □34567 歯肉溝内切開,歯肉辺縁切開を加え,□7 遠心はウェッジ手術の切開とします。エンベロップフラップの全層弁で弁をデザインします。炎症性の歯冠周囲組織を 郭清します。□4567 口蓋側はパラタルアプローチで口蓋結合組織を一部削除します。

骨縁下ポケットを完全に除去せずに頬側の骨壁を可及的に除去します。残った欠損部に 人工骨を補填し、歯間部の骨縁下欠損の入り口をフラップで被覆せずに露出させ縫合します。

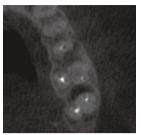
Case 8 治療の実際



8-8 初診時のデンタ ルX線写真

8-9, 8-10 CTでは根分 岐部病変は認めないが し67間に深い骨縁下ポ ケットを認める

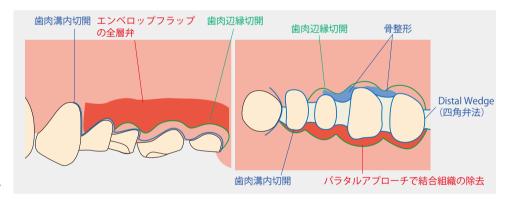








8-11, 8-12 歯周基本治療終了後



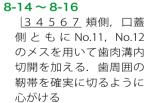
8-13 手術のシェーマ

Step 1 ライニング, ディープニング

















8-17 ~ 8-20 <u>7</u> 遠心部はウェッジ手術の切開. <u>5 6 7</u> 頬側, <u>4 5 6 7</u> 口蓋側は二次切開として歯肉辺縁切開を加える. <u>4 類側は歯頚線の温存を優先して歯肉溝内切開のみ</u>. 歯肉辺縁切開の幅と方向で切除量を調節する



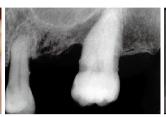
Case 21 治療の実際

上顎左側の治療

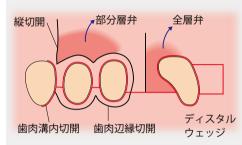
術前のデンタル X線写真,口腔内写真,CT より,457 の歯周ポケットは進行しており,7 近心には骨縁下欠損がみられます.最終的にブリッジで補綴を行う治療方針です。45 は切除的な組織付着療法,7 は遠心側はウェッジ手術,近心側は歯周組織再生療法を行いました.





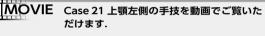






21-16~21-20 歯周基本治療終了後. 歯肉の炎症は収まってきているが, 骨縁下ポケットは存在している. [7] 近心は歯周組織再生療法, [4] 5 は歯肉剥離掻爬術, [7] 遠心はウェッジ手術を行うこととした









Step 1 ライニング,ディープニング



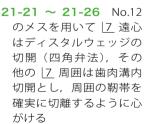




















21-27~21-30 [4.5] は二次切開として歯肉辺縁切開を加える. [6] 欠損部の歯間水平切開はやや口蓋側に加える. [4] 近心に縦切開を加え, そこより部分層弁を作成する. 今回は鋏 (Yamaura No. 27) を使用している







Step 2

|45 歯冠周囲組織の除去









21-34 ~ 21-37 <u>4.5</u> の頬側歯冠周囲組織を除去する. 口蓋側の歯肉辺縁に再度 No.15 のメスでディープニングを行う. その後, 口蓋側歯冠周囲組織を除去する. <u>7</u> 遠心部は四角弁法のウェッジを一塊として切除する

Step 3

| 不良肉芽の除去,組織の郭清











21-38~21-42 スケーラー, 超音波スケーラー, サージカルバーなどを用いて <u>457</u> 部の不良肉芽の除去, 炎症性組織の掻爬を行い, 十分に郭清する. <u>7</u> の近心骨欠損が明示された

Step 4

根面処理,EMD 塗布,人工骨補填









21-43~21-46 <u>7</u> 骨欠損部は根面処理(テトラサイクリン塩酸塩)を行い,その後水洗,乾燥する.EMD を根面に塗布し,スペースメイキングとして骨補填を行う