

デンタルハイジーン別冊



臨床の？が！に変わる！

ペリオ & インプラントの

疑問とエビデンス

Periodontal disease & Implant

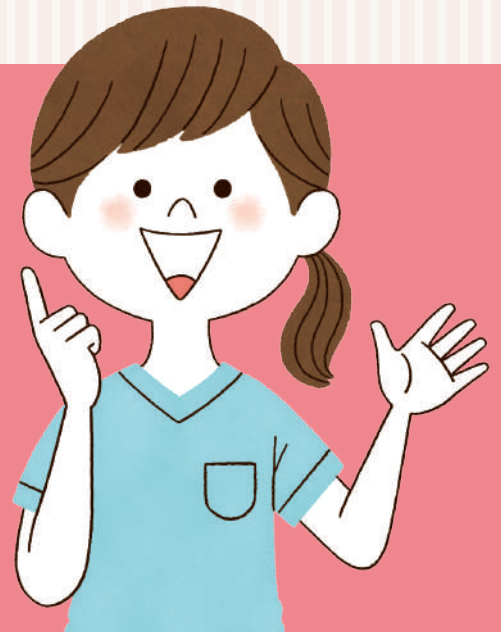
大月基弘 編著



Q&Aで わかりやすい！

臨床の“なぜ”の根拠がわかると、
臨床にもっと自信がもてる！

医歯薬出版株式会社



ここからはEBMの流れについて見ていきましょう。EBMは図4に示すような5つのSTEPから成り立っています⁴⁾。このように見ると難しく感じるかもしれませんが、実は皆さんの日常生活でも似たような流れで行動をしているものです。

たとえば、あなたが新しい洗濯機を購入するとしましょう。その際、あなたには“数多くある洗濯機のなかからどの製品を買うべきかわからない”という問題が生じます（STEP1：問題の明確化）。その後、あなたはスマホで「洗濯機 おすすめ」と検索します（STEP2：情報の収集）。検索の結果、複数のおすすめサイトや口コミサイトがヒットしましたが、なかにはやらせサイトも存在するため、その情報が本当に正しいか、特定の商品を買わせるよう誘導するものではないか、複数のサイトを見比べながらチェックします（STEP3：情報の批判的吟味）。こうして調べた情報に加えて、予算や設置スペースなどみずからの置かれた状況を加味し、自分にとって最適と思われる洗濯機を購入し、実際に使用します（STEP4：患者への適応）。その結果として、事前の想定通りの結果が得られたかを評価します（STEP5：事後評価）。

このように、日常生活においてわれわれはEBMの流れに近いことを何気なく行っており、日常臨床で生じた疑問に対してこのSTEP1～5を行うことがEBMの実践となります。

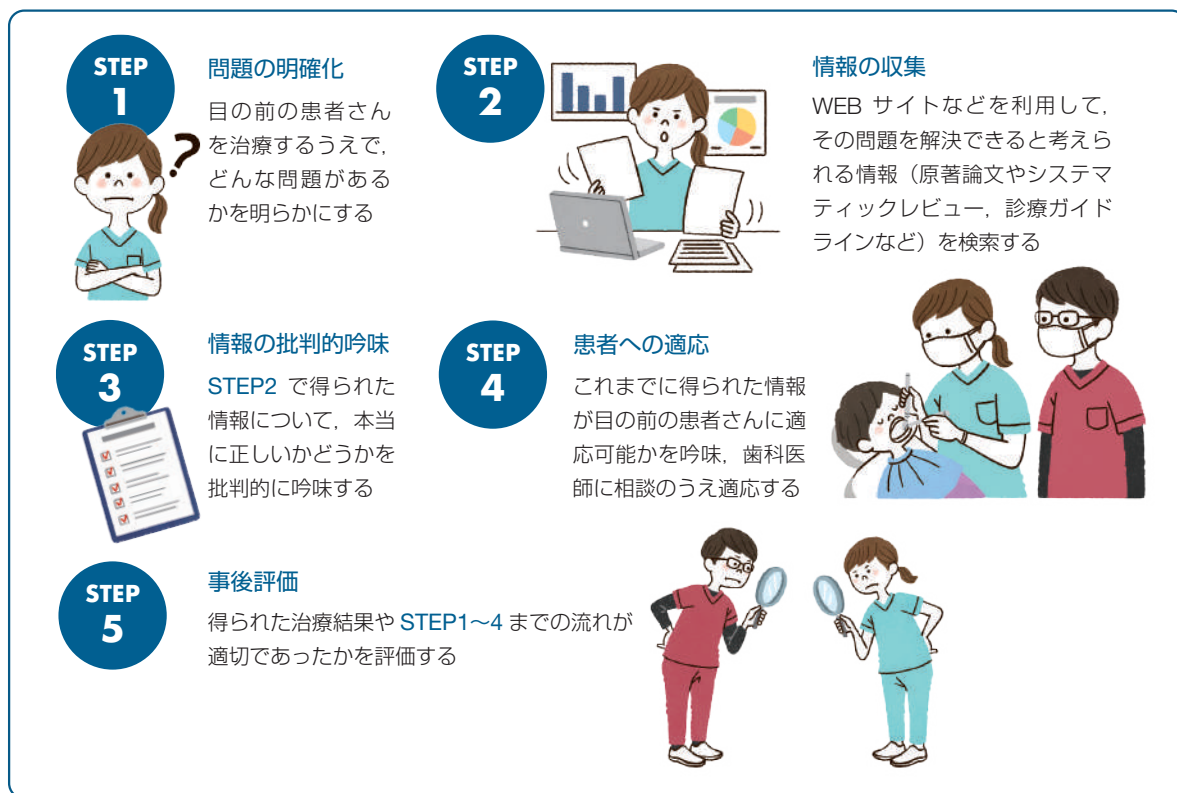


図4 EBM実践のための5つのSTEP

Q 13

患者さんごとに メンテナンスの内容を 変えたほうがよいですか？



齊藤伸和 (DUO specialists dental clinic)

口腔の健康を維持していくうえで、定期的なメンテナンス (SPT) の重要性は広く認識されており、歯科衛生士の皆さんは自院で治療を終えた患者さんのメンテナンスを担当する機会も多いと思います。では、メンテナンス行う際、処置内容をどのように決めればよいでしょうか。

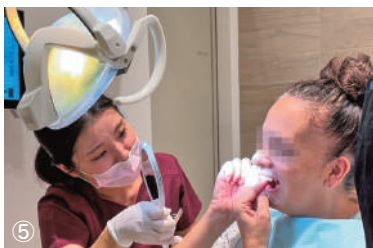
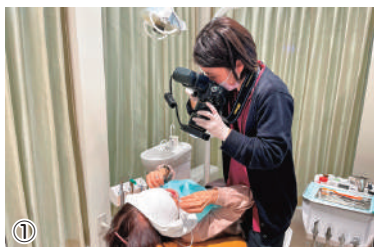
● リスクが高い疾患へのアプローチ

表に一般的にメンテナンスで行われている処置を列記しました。メンテナンスのアポイント時間

は医院により異なりますが、これらすべてを一度のメンテナンスで行うことは、時間的な制約から困

表 一般的にメンテナンスで行われる処置内容

- | | | |
|-----------------|----------------|--------------|
| ● 口腔内写真撮影 (①) | ● デンタルX線検査 (②) | ● 歯周精密検査 (③) |
| ● プラークの染め出し (④) | ● OHI (⑤) | ● PMTC (⑥) |
| ● スケーリング | ● デブライドメント | ● 咬合のチェック |
| ● ナイトガードのチェック | ● 生活習慣についての問診 | ● フッ化物の塗布 |



テーラーメイドなメンテナンスをしましょう

患者さんがなぜメンテナンスに通ってくださっているのか、その理由を把握していますか? 「長く自分の歯を残したい」「初診のころの口腔内に戻りたくない」といった理由をもつモチベーションが高い患者さんには、問題点をみつけて排除し、継続的な管理を行うことが重要です。しかし、歯周治療後のメンテナンスの重要性を伝えたにもかかわらずメンテナンスの意義を感じにくい患者さんもいます。そんな方は「歯がツルツルして気持ちがいい」ことがモチベーションにつながるかもしれません。その場合は、メンテナンスにPMTCを組み込むことが不可欠です。

毎回、同じメンテナンス内容を繰り返すだけでは、患者さんの来院意欲が低下してしまいます。継続的な来院を促進するためには、病変を見逃さず、リスク部位を管理するという本来のメンテナンスの目的に加えて、**患者さんのニーズに合わせたアプローチが不可欠です**。患者さんに気づきを提供し、要望に応え、満足感を得られるようなメンテナンスプランを構築することができれば、そして患者さん一人ひとりに合わせたケアが継続できれば、口腔の健康が維持できるでしょう。

(DUO specialists dental clinic/山下優子)



ミニコラム⑥

歯磨きにより齲蝕は予防できるか

筒井らは新潟県燕市の小学校を卒業した生徒を対象に、齲蝕の罹患状況を調査しました³⁾。4校の小学校のうち、A校は毎給食後の歯磨きを実施、B校は入学時よりフッ化物洗口を週3回行い、残る2校(C校、D校)では特記すべき歯科保健対策は採られていませんでした。図4は各小学校の卒業生の中学1年生時のDMFT指数です。フッ化物洗口を行ったB校ではDMFT指数が大きく減少したのに比べて、毎日の歯磨きを実施したA校のDMFT指数はC校・D校と大きく変わりませんでした。この結果から、筒井らは**齲蝕予防における歯磨き単独の有効性は証明できず、フッ化物洗口法を優先的に採用すべきである**と結論づけています。同様の報告は複数あり^{4,5)}、現時点でもブラッシング単独が齲蝕予防に対して効果的であるという強いエビデンスはありません。

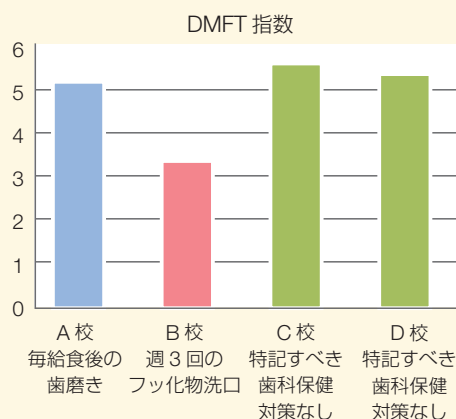


図4 フッ化物洗口を行ったB校では有意に齲蝕が少ない。一方、歯磨き単独を実施したA校では、特に歯科保健対策を行っていないC・D校と齲蝕罹患歯の数はほぼ同等であった³⁾

Q 1

歯周炎と インプラント周囲炎の 違いは何ですか？



大月基弘 (DUO specialists dental clinic)

歯肉炎とインプラント周囲粘膜炎は病理組織学的にも、臨床的にも類似点が多く、似た病変といえます（図1-①, p.69, Chapter3-Q2参照）。一方、歯周炎とインプラント周囲炎（図1-②）は異なる点が多く、同じ病気だと思ってのんびりしていると痛い目に遭います。ここでは歯周炎とインプラント周囲炎の類似点や相違点を学んでいきましょう（図2）。

炎症性細胞浸潤の大きさや解剖学的な違い

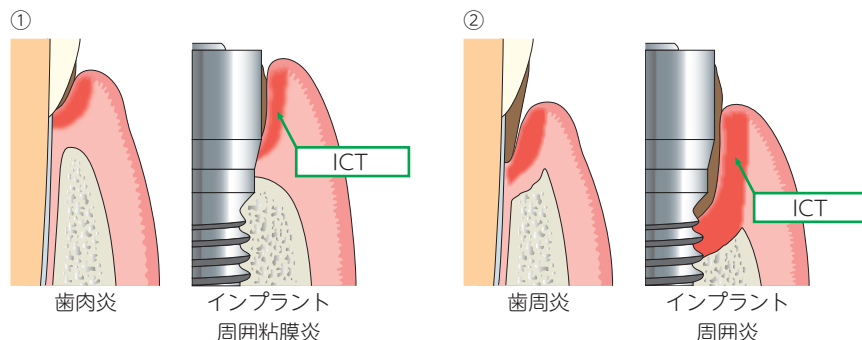
インプラント周囲炎では炎症性細胞浸潤（ICT, Inflammatory Cell Infiltrates）*が歯周炎よりも大きく、多形核白血球細胞やマクロファージの分布が広いといった特徴を認めます（図2, Point 1）。すなわち、炎症が大きく、より急性的であり、歯周炎とは病態が異なっていることが示唆されています。

また、インプラントと歯の解剖学的な大きな違いは、歯の周りにみられるセメント質に垂直に挿入される結合組織（シャープピー線維）が、インプラントの周囲には認められず、インプラントに対して平行に並んでいることです（図2, Point 2）。そのため

歯の周りでは、歯周組織を細菌の攻撃から守るかのように健康な結合組織が1～1.5mmの幅で存在しているのに対し、インプラントの周囲では炎症性細胞浸潤は骨髓にまで至ることが示されています（図2, Point 3）。またバリア上皮（接合上皮）部にも潰瘍をよく認めます。このように、歯とインプラントの周囲では防御機構に大きな違いがあり、そのことが病変の進行スピードの違いに関与しているのではないかと考えられています。進行自体は時間に比例して進行するというよりは、非線形的なパターンで進行します⁵⁾。この点は歯周炎と同様でしょう。

図1 歯周病とインプラント周囲疾患

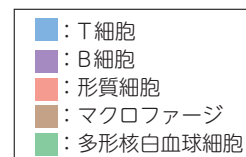
歯肉炎とインプラント周囲粘膜炎は病理組織学的・臨床的に類似点が多いが、歯周炎とインプラント周囲炎は異なる点も多い



Point 1

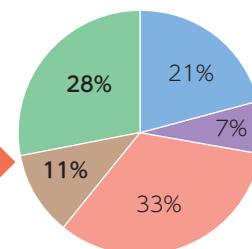
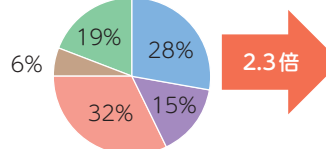
炎症性細胞浸潤の大きさと多形核白血球細胞・マクロファージの分布

- インプラント周囲炎の炎症性細胞浸潤 (ICT) *の大きさは**歯周炎の約2.3倍¹⁾**
- インプラント周囲炎では〇〇である (説明:) 多形核白血球細胞, マクロファージの分布が広く, **歯周炎よりも炎症がより急性的である¹⁾**



インプラント周囲炎

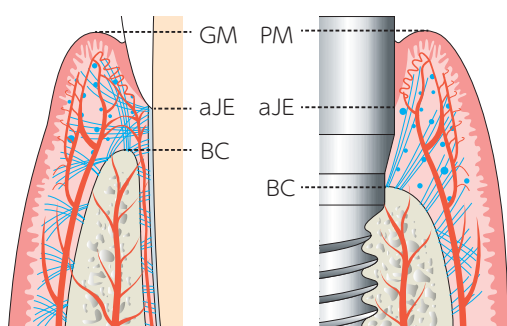
歯周炎



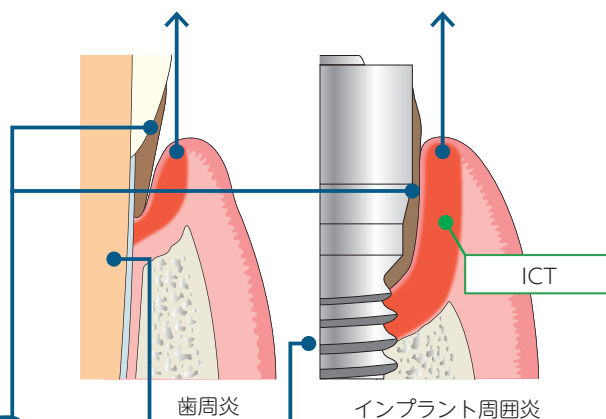
2.3倍

ICTの範囲=1.49±1.05mm²

ICTの範囲=3.48±2.54mm²



GM: 歯肉辺縁, PM: インプラント周囲粘膜辺縁,
aJE: 上皮性付着根尖側端, BC: 骨頂



Point 4

細菌学的特徴

一部異なる細菌がみられるが, 研究によって報告にばらつきがある. おおむね**類似した細菌叢**を認める³⁾

Point 5

臨床的特徴

深いポケットとBOP/排膿を両病変ともに有し, 歯, インプラント周囲組織の非可逆性の破壊を伴う. **インプラント周囲炎の進行は通常, 歯周炎と比べ速い⁴⁾**

Point 3

解剖学的な違い

歯周炎では炎症性細胞浸潤は**約1mmの健康な結合組織によって骨から隔てられている**のに対し, インプラント周囲炎では骨にまで炎症が到達する. また, バリア上皮に潰瘍が存在し, 開放創のような状態となっている²⁾

*炎症性細胞浸潤 (ICT) …炎症における生体の防御反応として, 炎症性細胞が血管内などから病変部へ遊走すること. 炎症初期は好中球が多く遊走して異物を貪食する. 時間経過に従い, 好中球に代わってリンパ球 (抗体産生, 病原体の排除), マクロファージ (貪食), 形質細胞 (抗体産生・放出) が優位になる

図2 歯周炎とインプラント周囲炎の類似点と相差点