



ゼロ から見直す 歯周外科治療

〔著〕

松延 允資

Masayasu Matsunobu

歯周基本治療の標準的な進め方

『歯周治療のガイドライン 2022』（日本歯周病学会）に記載されている歯周病治療の標準的な進め方を図1に示す。当該ガイドラインによれば、歯周外科治療適応となるのは、適切な検査・診断のもと（図2）に徹底的な歯周基本治療を行ったのち、以下の条件を満たしたものである³⁾。

- ①患者への説明が行われ、同意を得られていること
- ②患者の全身状態が良いこと
- ③患者の口腔衛生状態が良いこと
- ④再評価検査のプロローピングデプスが4mm以上であり、プロローピングの出血（+）

また、深い歯周ポケットの他に、根分岐部病変など解剖学的に器具の到達が困難な場合には、起炎物質の除去が不十分となりやすく、そのような場合にも歯周外科治療が必要となる。

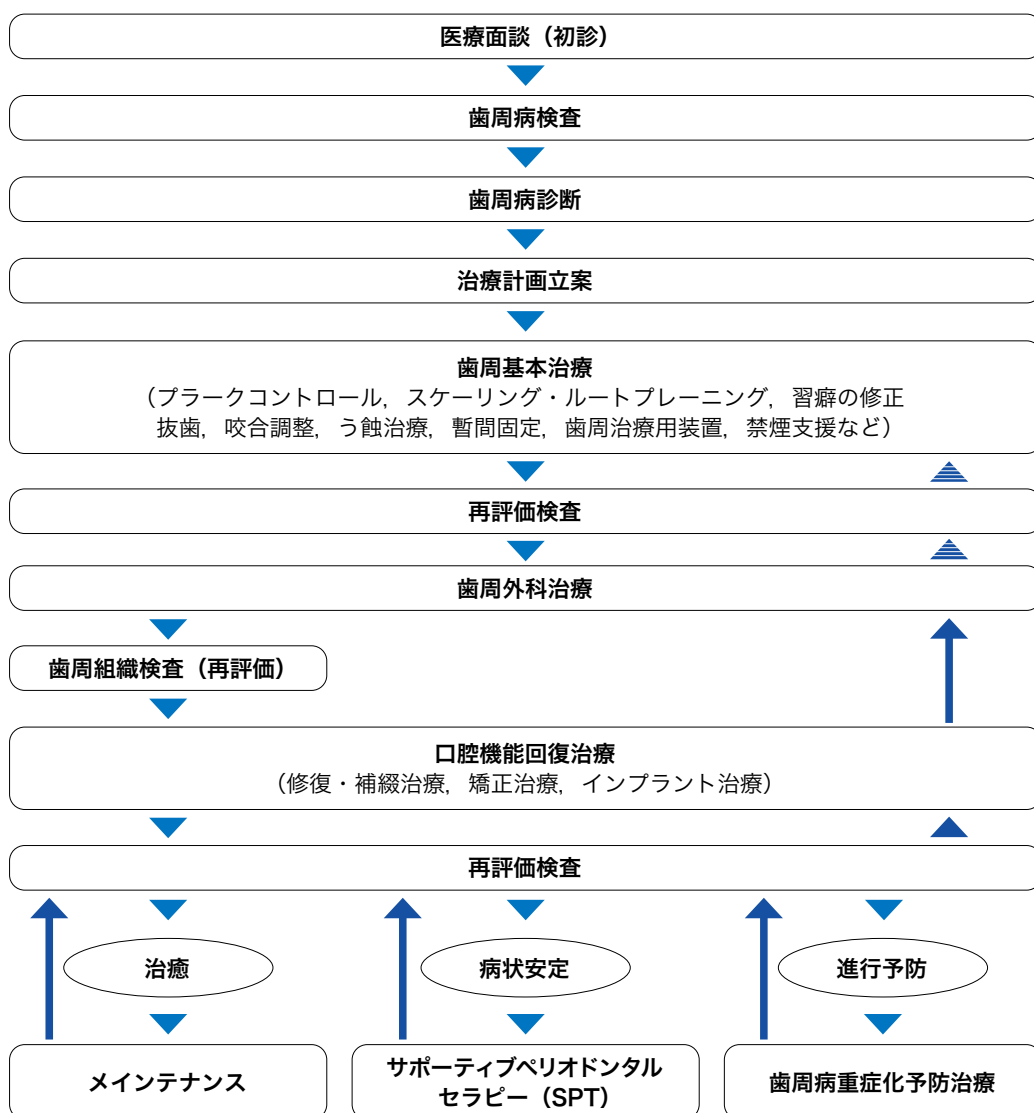


図1：歯周病治療の標準的な進め方

歯周外科治療の適応

歯周外科治療適応となる条件については、前項で説明したとおりであるが、それでは、歯周基本治療によりプロービングデプスが4 mm未満となった場合は、歯周外科治療を行わなくてよいのであろうか？ ここで、プロービングデプス6 mmであった歯周ポケットが3 mmとなった場合について考えてみたい（図3）。

1つめのシチュエーションは、歯周基本治療により炎症を起こしていた歯肉の腫脹が改善し、その結果3 mmの歯肉退縮を起こしている場合である。3 mmの歯肉退縮を起こしていることから、6 mmの歯周ポケットが純粋に3 mmの歯肉溝になっていることを意味し、これは治癒したと考えてよい。

2つめは、歯周基本治療によりプラーク・歯石等の起炎物質の除去が適切になされた時で、この場合基本的には新付着は起こらず根面に対し長い上皮性の付着で治癒することになる。長い上皮性の付着は、良好なプラークコントロールが継続されることにより結合組織性付着になるとも言われており⁴⁾、これも1つの治癒形態である。

最後は、プラーク・歯石等の起炎物質が残っているにも関わらず歯肉が引き締まっているため、単にプローブが3 mmしか挿入できない状態である。この場合が問題で、一見治癒したかのように思えるが、起炎物質が残存していればメンテナンス中に急性発作を起こす可能性があり、また徐々に骨吸収を起こしていく可能性もある。患者に治癒したと説明したにも関わらず、その後急激に悪化した場合には、患者の信頼を失うこと

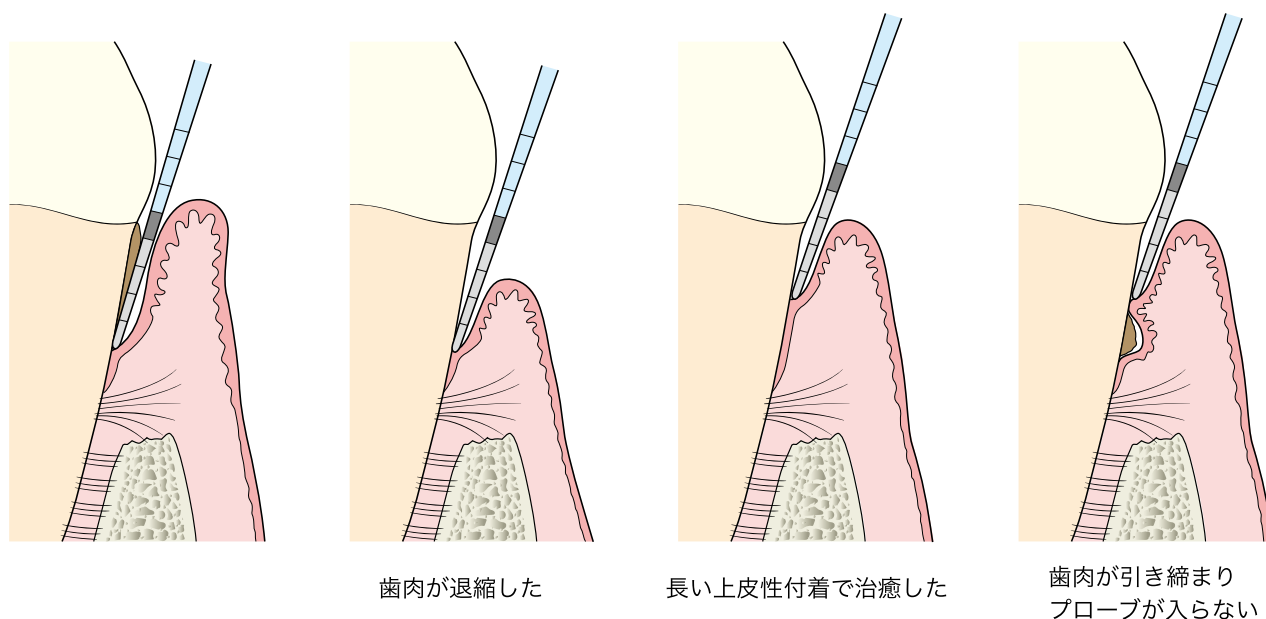


図3：プロービングデプスが6 mm→3 mmになる場合

歯周外科治療のラーニングステージ

歯科治療にラーニングステージがあると同様に、歯周外科治療にもラーニングステージがあると考えている（図 17）。歯周外科治療のなかでも歯肉切除術・歯肉剥離搔爬術、骨外科手術は歯周外科治療のベースであり、そのなかでまずは切開・剥離・デブライドメント・縫合といった基本手技をマスターしなければならない。基本手技が未熟であれば、その後の歯周組織再生療法を成功に導くことはできないし、歯周形成外科手術も到底行えない。

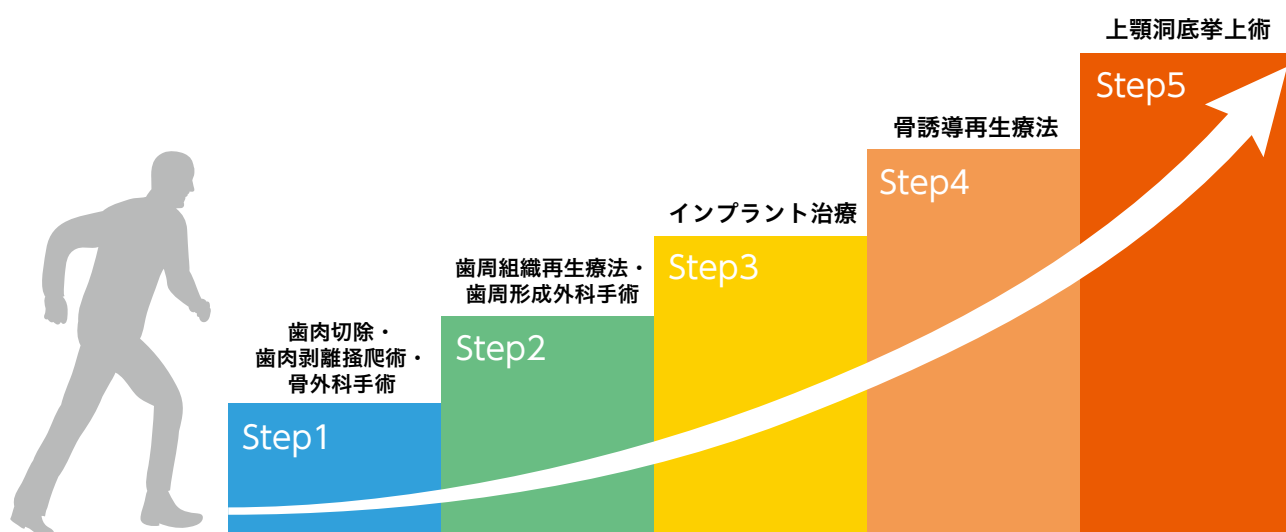


図 17：筆者の考える歯周外科治療のラーニングステージ

また、インプラント治療においても切開などの基本手技が必要なことはもちろんのこと、インプラントを行う際の硬・軟組織の処置や、昨今インプラント周囲炎が大きな問題となっていることもあり、やはり歯周外科治療を含む歯周治療が行える術者がインプラント治療を行うべきだと考えている。

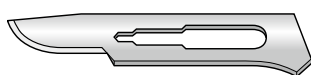
歯周外科治療を始めるにあたり、歯周ポケットが深いほど歯肉弁の剥離・デブライドメントは困難になっていくため、まず浅い歯周ポケットに対して歯肉剥離搔爬術を行うことをお勧めしたい。

替え刃メスによる切開

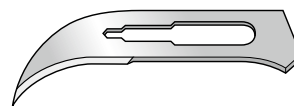


図 9：替え刃メスによる切開

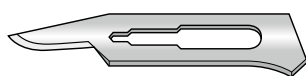
ボーンサウンディングにより最終的な切開線・術式が決定した後，替え刃メスによる切開に入る（図 9）．替え刃メスには 15，15c，12，12B などさまざまな種類が存在するが，筆者は 15 より刃の小さい 15c と 12 の両刃である 12B を使用している（図 10）．



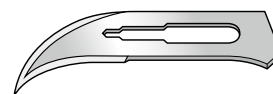
替え刃メス15



替え刃メス12



替え刃メス15c



替え刃メス12B

図 10：替え刃メスの種類

（1）切開の基本

切開は，基本的には粘膜面に対し直角に行う．斜めに切開が入ると弁に薄い部分が生じ，血行が不良となることで治癒が遅延する（図 11）．また，切開は健全な骨が存在する部分に入れることが原則であり，切開を骨欠損部に行うと縫合部が骨腔上にくることその部分は落ち込み，また欠損部には正常な骨膜が存在しないため粘膜骨膜弁が脆弱であり弁の壊死や裂開を生じる．結果として，骨露出や治癒不全の危険性が高まる（図 12）．

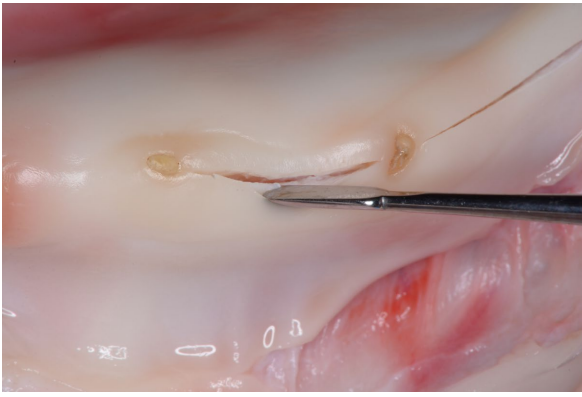


図 16：大きいストローク．切開が十分なされず，断面も汚い

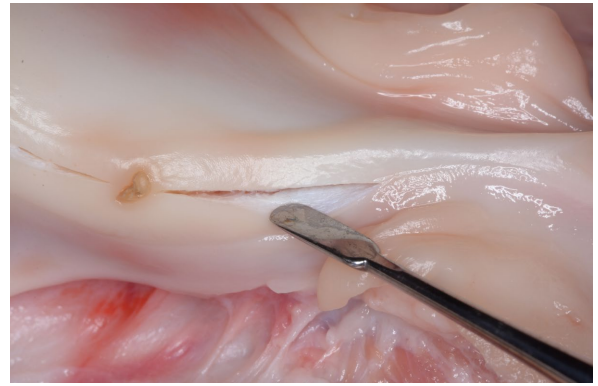


図 17：小さいストローク．確実に切開ができており，断面もきれいだである

(3) 切開

① 辺縁部の切開

辺縁歯肉の切開は，大きく歯肉切除術に使われる外斜切開（Bevel Incision）と歯肉剥離掻爬術に使われる内斜切開（Internal Bevel Incision）に分けられる⁹⁾ (図 18)．

さらに内斜切開には，辺縁歯肉から離れた位置に切開を入れカラー部を切り取る場合と，切開を入れる位置により歯肉縁切開（Crestal Incision）と歯肉溝内切開（Sulcular Incision）とがある (図 19)．どの内斜切開を行うかは，ポケットの深さ，角化歯肉や付着歯肉の量と後述する術式に基づいて選択する．

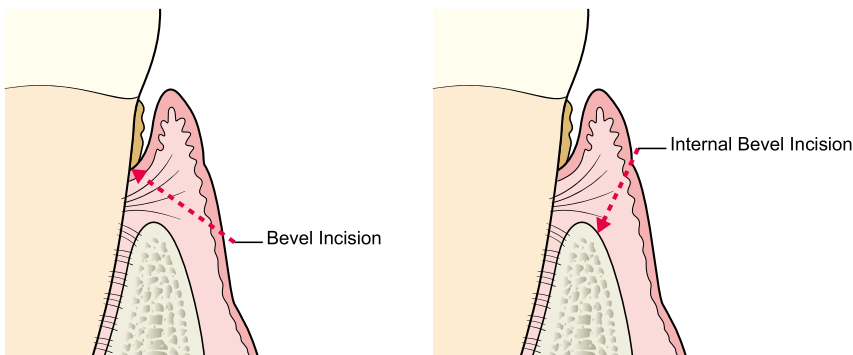


図 18：外斜切開（左）と内斜切開（右）．前者は歯肉切除に，後者は歯肉剥離掻爬術に使われる

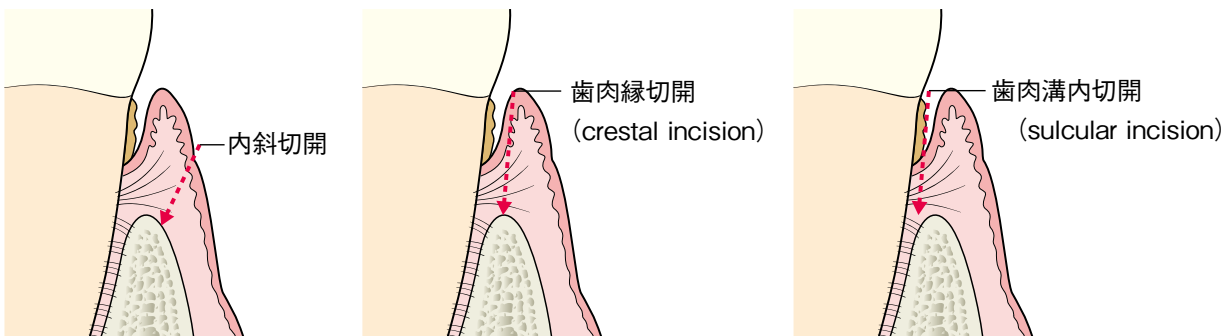


図 19：内斜切開の種類（松延，2018¹⁰⁾ をもとに作成）