

[最近のトピックス]

インプラント周囲炎への外科的対応

白井 要, 古市 保志

口腔機能修復・再建学系 歯周歯内治療学分野

インプラント治療は、歯の喪失による失われた咬合機能の回復に有効な治療法として日常的なものとなりつつある。しかしながら、インプラント治療により咬合機能が回復する一方で、インプラント周囲疾患が多く認められるようになってきている。インプラント周囲疾患には、インプラント周囲炎とインプラント周囲粘膜炎がある。インプラント周囲炎は骨破壊を伴う炎症性疾患で、インプラント周囲粘膜炎は周囲粘膜組織に局限した骨吸収を伴わない可逆性炎症と定義されている¹⁾。適切な診断のもとで埋入されオッセオインテグレーションの獲得によって咬合機能が可能となったインプラントでもメンテナンスが十分に行なわれなければ、インプラント周囲疾患を引き起こす。インプラント周囲疾患は、インプラント周囲の細菌感染によりインプラント周囲軟組織の炎症（インプラント周囲粘膜炎）が惹起され、それに引き続きインプラント周囲の骨破壊（インプラント周囲炎）が認められる疾患の総称である。インプラント周囲疾患の罹患率には様々な報告がある。インプラント周囲疾患に罹患したインプラントを1本以上有している患者はインプラント埋入患者の約80%いると言われている²⁾。また、インプラント周囲炎はインプラントを埋入した患者の約30%が罹患しているという報告もある³⁾。このように、インプラント周囲疾患は罹患率の高い疾患で今後も増加する傾向にある。しかしながら、インプラント周囲炎に対する治療法については未だ確立されていないのが現状である。

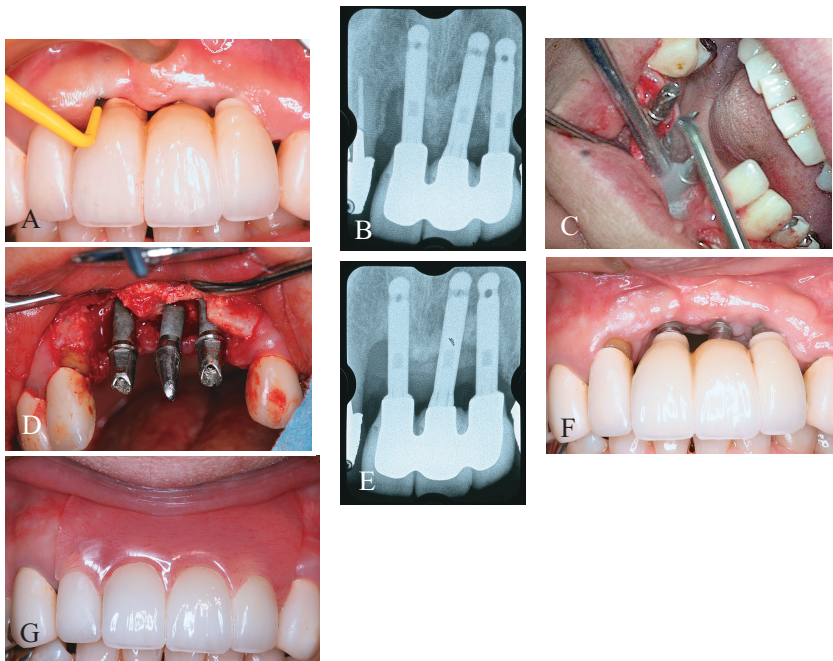
インプラント周囲炎はインプラント周囲粘膜炎と異なり、周囲組織破壊が周囲骨まで波及していることから治療には外科的処置を行うことが多い。動物研究や臨床研究結果として、インプラント周囲炎に罹患した周囲組織には、非外科的処置より外科的処置を行ったほうが臨床

成績が良いことが報告されている^{4),5)}。さらに、累積的防御療法（CIST）¹⁾から、インプラント周囲骨がエックス線写真で3 mm以上吸収していれば外科処置の適応となることから、インプラント周囲炎には外科処置が必要なケースが多い。

インプラント周囲炎に対する外科処置として、粘膜弁根尖側移動術を用いた切取的外科療法と自家骨／骨補填材料を用いた骨再生療法が行なわれている。良好な予後を得るために重要なことは、両手法においてインプラント体表面の汚染物除去を徹底的に行うことである。下記に、粘膜弁を剥離翻転することによって汚染したインプラント体を露出させ、インプラント体表面にエアアブレーション（図-C）を行った症例を紹介する（図A-G）。この方法によってインプラント体表面の汚染物は肉眼的には効果的に除去されていた（図-D）。また、粘膜弁を根尖側に移動することによってポケットの除去が確実に行なわれ、患者による清掃が容易になった（図-F）。周囲軟組織治癒後はポケット深さとBOPの減少を認めたことから、周囲軟組織の再付着が促され健康な周囲軟組織の回復に至ったと考えられる。今後は、確実な除染と周囲粘膜への適切なマネジメントを行うことによってインプラント周囲炎における炎症の消退と、健康なインプラント周囲組織の回復・維持が可能か症例を重ねながら検討してゆく予定である。

<参考文献>

- 1) Mombelli A & Lang P. 1998 Periodontology 2000 17: 63-76
- 2) Roos-Jansäker, et al. 2006 J Clin Periodontol 33: 929-935.
- 3) Fransson C, et al. 2005 Clin Oral Implant Res 16: 440-446.
- 4) Schwarz F, et al. 2006 J Clin Periodontol 33: 584-595.
- 5) Renvert S, et al. 2009 J Clin Periodontol 36: 604-609.



図：インプラント周囲炎に対する外科処置

- A：術前の口腔内写真（上部構造装着後 14年、プロービングデプス 9 mm）
 B：術前のエックス線写真
 C：術中のエアアブレーション
 D：インプラント体表面の汚染物除去後
 E：術後1年後のエックス線写真
 F：術後1年後の口腔内写真
 G：オーラルスクリーン装着後