認定医ケースプレゼンテーション抄録

自家歯牙移植により歯冠補綴処置を行った症例

井野 智

The Crown and Bridge Prosthetic Case with Autotransplantation of Teeth

Ino Satoshi

I. 症例の概要

患者：34 歳，女性。

主訴：入れ歯を作ってほしい。

現病歴：約 10 年前，齲蝕の進行により $\overline{6|6}$ を抜歯し，左側に $\overline{⑤6⑦}$ ブリッジを装着したが，右側は放置していたため， $\overline{7|}$ が $\overline{6|}$ 相当部へ近心傾斜移動してきた。3 週間前， $\overline{5|}$ の歯根破折により抜歯となり， $\overline{6|56}$ 欠損となった。

現症：欠損部顎堤は高度な骨吸収が認められず，口腔清掃状態はやや不良で，全顎にわたり生理的咬耗と軽度の辺縁性歯周組織炎が認められた（図 1）。

II. 診断と治療方針

診断： $\overline{6|56}$ 欠損。

治療方針：欠損部は人工歯や義歯床を設計するための垂直的スペースを確保できず，可撤式局部床義歯は困難であった。また，支台歯の歯冠高径の不足から十分な維持・固定が期待できないことや，連結部の厚みの不足からブリッジの設計も困難であった。研究用模型や X 線診査の結果から，上顎両側智歯は健全歯でありながら対合歯がなく咬合機能に関与していないことや，解剖学的に彎曲の少ない円錐型の単根歯であることから，移植歯として有効であると判断した。また，欠損部歯槽堤は移植歯の歯根径に対し十分な骨幅と付着歯肉が認められた。

そこで，欠損部へ上顎智歯を自家移植することで支

図 1 Orthopantomographies
A : before treatment, B : after treatment
パノラマ X 線写真
A : 治療前, B : 治療後

台歯数を増やし，補綴装置のための維持・抵抗力を増加させた後，歯冠補綴処置を行うこととした。

III. 治療内容

移植前処置： $\overline{④56⑦}$ 暫間ブリッジによる咬合機能の回復と歯周初期治療を行った。

移植は片側ずつ行い，欠損歯数の少ない右側から先に行なった。

右側の移植： $\overline{8|}$ を $\overline{7|}$ 部へ移植し（1994 年 7 月），暫間固定を行った。術後 3 カ月経過時において $\overline{8|}$ は，移植床には生着したものの歯冠高径が不十分であり，さらに歯周ポケットが最深部で 4 mm あった。そこ

図 2 Intraoral views after treatment
治療後の口腔内写真

図 3 Radiographies of 4 years and 6 months later
4年6ヵ月後のX線写真

で、補綴前処置として歯周外科処置（根尖側移動術）を行った後、 $\overline{76}$ 連結冠による補綴処置を行った（1995年3月）。

左側の移植： $\overline{8}$ を $\overline{6}$ 部へ移植し（1995年9月）、暫間固定を行った。6ヵ月後、 $\overline{4567}$ ブリッジを装着した（図2）。

IV. 経過観察と考察

$\overline{76}$ 連結冠を装着した後、約2年経過時（1997年2月）、 $\overline{6}$ 近心頬側辺縁歯肉に発赤腫脹が認められ、歯周ポケットが約4mmに深化していた。この原因として、近心傾斜・移動していた $\overline{7}$ を矯正移動させることなく $\overline{6}$ として補綴処置してしまったため、 $\overline{5}$ との歯間鼓形空隙が適正でなく、清掃性が困難な補綴装置であったことが考えられた。幸い、歯周初期治療と歯間ブラシの使用などによる口腔清掃指導の徹底を行った結果、腫脹の消退・歯周ポケットの改善（2.5mm）を得た。

左側の移植は、術後初期から強固な付着歯肉を獲得でき、歯周外科処置を必要としなかった。 $\overline{4567}$ ブリッジ装着後も病的な歯周ポケットや動揺は生じていない。これは、術前の欠損部に十分な付着歯肉が存

図 4 Occlusal contact balance after treatment
治療後の咬合接触バランス

在し、移植床として右側に比べ有利な条件であったためと思われた。

最終補綴装置を装着した後、約1年ごとに経過観察を続けており、現在、約4年半を経過した。検診では、X線写真や歯周組織検査に加え残存歯の動揺度測定（デンタル・モビリティ・チェッカー、共栄電気）と、咬合力測定（デンタルプレスケール、富士フィルム）による咬合接触バランスの評価を行っており、特記すべき異常所見は認められない（図3、4）。

移植歯の予後不良症例は、術後初期に生じる細菌感染や、咬合のコントロール不足から術後後期に慢性的に発生・進行する歯根の置換性吸収などがある¹⁾。本症例における移植歯は、現在のところ異常所見は認められないが、隣接歯と連結固定したことやブリッジの支台歯として利用しているため、通常のクラウンに比べて清掃性や力学的条件が必ずしも恵まれた環境ではない。したがって、今後発生しうる予後不良を回避するため、患者自身のプラークコントロールだけでなく、長期的な咬合調整や歯周専門医との連携した包括的チーム医療の実行が重要であると考えられる。

文 献

- 1) 下地 勲. カラーアトラス 入門・自家歯牙移植—理論と臨床— 18-48, 京都：永末書店, 1995.