

依 頼 論 文

◆企画論文：オベイトポンティックを考える

オベイトポンティック作製のための補綴前処置と補綴処置

大村祐進

Prosthodontic techniques and preliminary treatments for creating an ovate pontic.

Yushin Omura, DDS

抄 録

オベイトポンティックは、卵型の基底面を同型に形成された歯槽堤粘膜に適合させることにより、あたかも天然歯が植立しているように見せて、審美性や機能性の向上を図ろうとするものである。歯槽堤に受け皿となる凹面形態を付与するためには、切開やダイヤモンドバーなどを用いた外科的対応、プロビジョナルレストレーションにより圧痕を形づける非外科的対応等、いろいろな方法が考えられる。本稿では、2014年5月25日、仙台での日本補綴歯科学会第123回学術大会で発表した筆者の臨床症例を通して、その使い分けを呈示する。

和文キーワード

抜歯窩へのポンティックの挿入、切開による凹面形態の付与、歯槽堤増大術、歯肉のクリーピング

症例1：抜歯直後にオベイトポンティックで形態を整えた症例

抜歯前であれば、抜歯直後に暫間補綴物のポンティックを抜歯窩に挿入することにより、歯槽堤に良好な凹面形態が形作られることが多い。ただし、抜歯前に歯槽骨および歯肉の位置や形態を整えておかなければ、抜歯後に思いもよらない歯槽堤の吸収を起こすこともあるため、綿密な治療計画が必要である。

この症例は、1を抜歯して212を支台歯とするブリッジを計画した。1は抜歯前に矯正的挺出により歯槽骨の再生を図る予定であったが、根管治療の際にファイルを根尖まで到達させることができずに、逆根充と同時に外科的挺出を行った。1に対しては生物学的幅径の確立を目的に臨床歯冠長延長術を施した。治癒を待った後、1を抜歯した。抜歯直後にオベイトポンティックを付与したプロビジョナルレストレーションを装着して、歯槽堤に凹面を形作った。抜歯窩の治癒を待ちながら、プロビジョナルレストレーションのポンティック基底面に対して即時重合レジンを追加あるいは削合することにより、歯槽堤の凹面形態を整えた。212は支台歯形成をおこない、ブリッジを作製

した。

現在、術後13年以上経過したが、支台歯周囲の歯肉、ポンティック周囲の歯槽堤粘膜ともに退縮することもなく安定している。

症例2：粘膜弁の移動（口蓋側から頬側）によりオベイトポンティックの凹面を形成した症例

歯槽堤にオベイトポンティックの凹面を付与する際に、ダイヤモンドバーにより外科的に凹面を形成する方法がある。しかしながら、これには歯槽堤の粘膜を減じさせるという欠点があるため、筆者は部分層弁にて切開を入れ、粘膜弁を移動させて凹面を形成した後に、プロビジョナルレストレーションのポンティックの基底面を圧接して歯槽堤の形態を整えることが多い。この方法は粘膜を切りとらないので、その量を維持することができる。切開を頬側から入れる場合と口蓋側から入れる場合があるが、歯槽堤の頬舌幅が十分あれば口蓋側から頬側に向けて切開を入れている。

現在術後4年1カ月を経過したが、2部はインプラント周囲粘膜の退縮を認める。12のインプラント周囲粘膜の位置は安定しているが、これらが退縮すると



図 1-1 初診時, 11の根尖付近にフィステルを認めた。

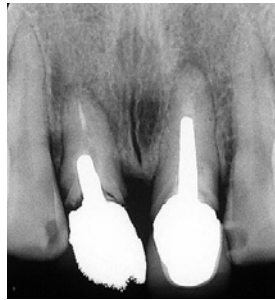


図 1-2 初診時のデンタル X 線, 11を保存することは困難であった。



図 1-3 11は逆根充後, 外科的挺出を行った。11は矯正の挺出を行った。



図 1-4 11は生物学的幅径を確立するために歯冠長延長術を行った。



図 1-5 11を抜歯後すぐにオバイトポンティックを装着して, 歯槽堤を支えた。



図 1-6 2112のリマーニングを行い, プロビジョナルレストレーションにより審美性と機能性を確認した。



図 1-7 2002 年 2 月 5 日, 装着 2 カ月後のブリッジを示す。



図 1-8 補綴装置のティッシュリテンションを示す。



図 1-9 2015 年 2 月 21 日, 装着 13 年 2 カ月後のブリッジを示す。歯肉がクリーピングして安定している。



図 2-1 2 1 2 のインプラントを支台とするブリッジの症例である。1 部凹面形成前の歯槽。



図 2-2 口蓋側から頬側に向けて凹面形成のための半月状の切開を加えた。



図 2-3 プロビジョナルレストレーションを用いてソフトティッシュマネジメントを行った。



図 2-4 プロビジョナルレストレーションを模倣してファイナルレストレーションを作製した。



図 2-5 術後 4 年 1 カ月。2 部インプラント周囲粘膜の退縮が認められる。



図 3-1 初診時、1部の歯槽堤が頬舌的に狭窄していた。

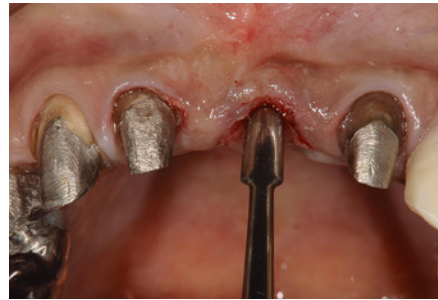


図 3-2 頬側から半月状の切開をいれ、剥離子で頬側の粘膜を広げ、プロビジョナルレストレーションで支えた。



図 3-3 補綴装置のティッシュリテンションを示す。



図 3-4 術後 10 カ月の状態。支台歯周囲の歯肉、歯槽堤粘膜ともに安定している。

ポンティック部歯槽堤も退縮するものと思われる。この点がセメント質を持たないインプラントの難しさである。

症例 3：粘膜弁の移動（頬側から口蓋側）によりオベイトポンティックの凹面を形成した症例
歯槽堤が頬舌的にわずかに吸収している場合でも、頬側から切開を入れ、剥離子等で粘膜を頬側に広げて、プロビジョナルレストレーションの基底面の形を整え

挿入することにより、ある程度の歯槽堤増大が可能である。

術後 10 カ月においても、支台歯周囲の歯肉、歯槽堤粘膜ともに大きな変化はみられない。

症例 4：オベイトポンティックを前提として歯槽堤増大術をおこなった症例

歯槽堤の高さや頬舌幅が不十分な症例を取り扱う場合には、補綴治療の前に歯槽堤増大術が検討されるべ



図 4-1 4部の歯槽堤がかなり狭窄しており，角化歯肉も十分ではなかった。



図 4-2 4部の歯槽堤増大術を行った。



図 4-3 プロビジョナルレストレーションを用いてソフトティッシュマネージメントを行った。



図 4-4 補綴装置のティッシュリテンションを示す。



図 4-5 術後 11 年 9 カ月の状態。35の歯肉のクリーニングにより，ポンティックとの歯間鼓形空隙も減少している。

きである。この症例は4部の歯槽堤に頬舌的に顕著な吸収が認められたことに加え，角化歯肉も不十分であったために，歯肉弁根尖側移動術と歯槽堤増大術を同時におこなったものである。

まず，口蓋部広く部分層弁を展開して根尖側移動ができるような切開を加えた。歯槽堤を増大する目的で，

骨膜弁を展開後ロール状にして頬側に位置づけた。露出した骨に対しては，結合組織を移植して被覆した。上皮側の部分層弁を根尖側に移動するとともに，歯槽頂部は将来オバイトポンティックの基底面が適合するように凹面に形づけて縫合した。

補綴治療に際しては，その凹面に補綴装置のオベイ



図 5-1 広汎性重度慢性歯周炎の症例である。



図 5-2 歯周外科後、歯肉の位置と形態が不整となった。



図 5-3 11を保存することができなかった。抜歯後歯槽堤が陥没した。



図 5-4 歯槽堤増大術を試みた。



図 5-5 補綴装置装着 1 カ月後の状態。歯槽堤の高さを十分確保することができず、ポンティック基底面と歯槽堤粘膜の間にわずかな空隙が生じた。



図 5-6 補綴装置装着 2 年 10 カ月後の状態。ポンティック基底面と歯槽堤粘膜の間の空隙が埋まった。



図 5-7 補綴装置装着 8 年後の状態。ポンティック基底面によって歯槽堤の形態が保たれている。

トポンティックを適合させた。

術後 11 年 9 カ月を経過したが、135 の歯肉のクリーピングにより、ポンティックとの歯間鼓形空隙も減少している。

症例 5：クリーピングによりオベイトポンティックの基底面が適合した症例)

広汎性重度慢性歯周炎の症例である。歯周外科を施したが、11 を保存することができなかった。11 部に歯槽堤増大術を行ったが、ブリッジ装着直後はポンティック基底面が歯槽堤粘膜にわずかに接触する程度であった。

経年的に支台歯周囲の歯肉がクリーピングしてきた。それとともに、11 部歯槽堤の形態が変化してポンティック基底面に接触、適合した。

著者連絡先：大村 祐進

〒 750-0092 山口県下関市彦島迫町 3-8-16

おおむら歯科医院

Tel/Fax: 083-266-1159

E-mail: yushin-ohmura@h5.dion.ne.jp