

インプラント治療の難症例鑑別のポイントとその対応について—すべての患者さんに—

大阪大学歯学部臨床教授

中谷歯科医院副院長

長崎大学口腔外科学講座口腔外科非常勤講師

Scientific Advisor & Clinical Consultant, Nobel Biocare Japan

元奈良県立医科大学口腔外科学講座助教授

堀内克啓

かつてのインプラント治療は骨のある部位にインプラントを埋入し（外科主導型インプラント治療）、審美性はなくても咬めればよいとされていた。しかし、日本でも最近では、インプラント治療が欠損補綴の第一選択と考えられるようになり、天然歯と遜色のない審美性を求めたり、またかなりの骨量が不足していてもインプラント治療を希望したりということから、難症例が多くなっている。

したがって、これらの難症例を鑑別し、適正に対処するためには、まず補綴主導型インプラント治療を念頭に置いた的確な診査・診断が必要であり、理想的なインプラント埋入ポジションを決めるための診断用ワックスアップの後にCTスキャンを基にコンピュータ・シミュレーションにて2次元のおよび3次元の画像解析にて骨造成量を決定する。歯槽堤造成術には一般的にはGBRが用いられているが、欠損が広範囲な症例や垂直的あるいは水平的骨欠損が7 mmを越える症例では、GBRのみでは対応が難しいと考えられる。そこで、演者は自家骨移植と歯槽骨延長術、生体材料を用いたSinus liftを単独あるいはそれらの併用によって歯槽堤造成を行い、良好な結果を得ている。

本口演では、欠損様式別による歯槽堤造成術のガイドラインを提示し、どのような症例にはどの術式を単独あるいは併用するのが最適であるかを、また併用する場合はどの順番で行うのがよいかを自験例を供覧し、解説したい。

また、骨造成の基本手技である骨移植とsinus liftを失敗しないためのポイントに関して、Bone biologyに基づいた基本知識とビデオ等にて術式を詳細に説明したい。