「前歯部審美領域におけるインプラント治療 Step by Step」

Uke Dental Office

宇毛玲

略歷

1992年 明海大学歯学部卒業

1994年 山の手歯科医院勤務

2005年 ウケデンタルオフィス開業

所属

日本臨床歯科医学会会員、日本歯周病学会会員、EAO 会員、AO 会員

抄録

審美性の高いインプラント上部構造とは隣接する天然歯周囲軟組織とインプ ラント周囲辺縁歯肉と歯間乳頭とが連続性と調和が保持していることが重要で あるが抜歯後における唇側板の吸収による歯槽骨の形態変化がそれの妨げとな る。よって失われた硬軟組織を回復させるためになんらかのオギュメンテーシ ョンが必要である。これまでそれをなし得るために多くの方法やマテリアルが マーケットに登場しては儚く散って行った。手技やマテリアルを選択するにあ たり何を基準にして臨床家は選択すべきか、臨床家の技量、エビデンス、メー カーの宣伝、根拠に基づかない臨床家の言及など様々な要素があげられる。 私は前歯部審美領域にインプラントを施行する際、歯槽骨の形態を診査し3つ のタイプに分類する。タイプ1: 歯槽骨の欠損がない、タイプ2: 唇側部の歯 槽骨欠損、タイプ3:唇側、隣接部の歯槽骨の欠損。これらのタイプに応じて 処置を行う、タイプ1で歯牙が存在する場合は抜歯即時埋入、結合組織移植、 またはソケットシールドテクニック、タイプ2において、歯牙が存在する場合 はエクストルージョンを適応できるか検討する、歯牙が存在しない場合は水平 的 GBR と CTG を吸収性メンブレンを使用しソーセージテクニックなどを行う。 タイプ3の場合、非吸収性メンブレンまたはチタンメッシュと ABBM と自家骨 を 1:1 で水平、垂直的 GBR を行い 3 次元的に骨の造成を行う、 2 次オペの際に メンブレンを除去しインターポジショナルグラフトを行い軟組織の増生と付着 歯肉の位置を整えて3ヶ月に粘膜貫通部を構築しプロビジョナルレストレーシ ョンで歯間乳頭と辺縁歯肉の形態を調整していく。本講演において上記の処置 についての詳細を説明した。また、GBR はテクニックセンシティブな手法でメ ンブレンの露出などの合併症を併発することがあると報告されているが、これ は外科の基礎となるフラップデザイン、減張切開縫合、縫合に起因することが ほとんであると思われる、この辺りについても動画を交えながら詳しく解説し た。

IMPLANT POSITION

<mark>唇□蓋側</mark>:予定している歯冠形態唇側エマージエンスプロファイルより1.5

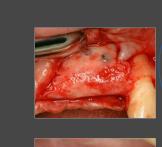
to 2mm口蓋側よりにインプラントを位置づける

近遠心側:インプラントー天然歯>1.5mm

インプラントーインプラント>3mm

深度:予定している歯冠形態唇側ゼニスより根尖側3-4mm

方向:予定している歯冠形態インサイザルエッジより僅かに口蓋側にする



細胞外基質

創傷の初期には血餅中のフィブリンフィブロネクチンが足場、その後、線維芽細胞などが産生するコラーゲンが足場となる

4月7世囚

血小板の増殖因子は
PDGF,TGF-βなどでありその効果は約3日間で、その後にマクロファージが増殖因子を分泌する、作用期間受傷後3~7日間である



骨をつくる細胞

骨膜、骨内膜、骨髄に骨 芽細胞や間葉系幹細胞が 存在

血管の新生

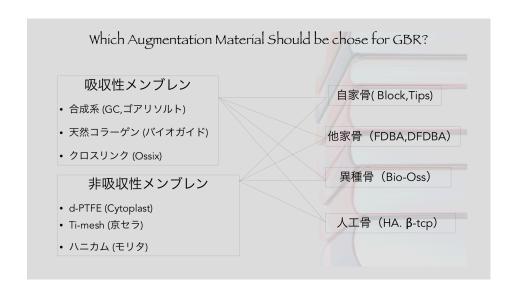
血小板の血管活性因子に より血管内皮細胞が出現、 マクロファージに含まれ るFGFなどが関与

インプラントポジション

Augmentation Classification implant site and timing placement Tooth present site Healed site Immediate placement Socket Shield Technique CTG Typel CTG Early or Late placement GBR MTM Type II CTG GBR CTG Late placement GBR Type III GBR CTG CTG

創傷治癒の原則

歯槽骨形態における処置



メンブレンと補填材の組み合わせ