

患者番号 1

歯周外科(有・無)

部位、手術法:16遠心部:○○○○による歯周組織再生療法

初診時、歯周基本治療終了時、メンテナンス移行時(およびメンテナンス後)の口腔清掃所見(プラークスコア等)と歯周組織検査のチャート(6点計測の歯周ポケット、BOP、歯の動揺度等を含む)を原則1ページ以内にまとめて記入してください。

なお、チャート(様式8-1, 8-2)は、日本歯周病学会指定のものを使用してください。

年齢、性別: 初診時53歳 男性・女性

初診: 2018年8月

主訴: 右上の歯が揺れる

ポイントとなる観点: 糖尿病患者に暫間被覆冠装着により外傷性咬合を除去し、術前抗菌薬投与後に歯周組織再生療法を行い、良好な予後が得られた1症例

家族歴

両親と2人の姉に侵襲性歯周炎の既往はないと思われる。

全身既往歴

2010年(45歳)時、職場の健診にて尿糖陽性であった。近在内科で検査したところHbA1c: 8.6%で、2型糖尿病と診断され、その後食事療法、運動療法、およびビッグアミド剤内服と3ヶ月ごとの通院加療を継続し、現在HbA1c: 6.8%を維持している。それ以外に特記すべき全身疾患の既往はない。

口腔既往歴

2005年(40歳)頃より、う蝕治療のため近在の歯科医院に通院し、16-17は2006年(41歳)時に歯内治療後、全部鑄造冠を装着した。矯正治療の経験はない。2017年(52歳)頃、16部の歯肉腫脹を自覚し、近在の歯科医院を受診したところ、歯周病を指摘され、除石処置と半年に1回定期検診を受けてたが、16、17は動揺を自覚するようになった。通院中の歯科医師に抜歯と欠損補綴処置を提案されたが、患者は可及的に歯の保存を希望したため通院を中断した。今回友人の勧めにて当院に来院されるにいたる。口腔清掃指導は近在の歯科医院で1度受けたのみである。1日の歯磨き回数は2回、歯磨き時間は5分、補助道具は使用していない。

現症

全身所見

身長: 165cm、体重: 60kg、BMI: 23.4、1985年(20歳)から1995年(30歳)まで喫煙し、現在は喫煙していない。喫煙歴は10pack-year。

局所所見

歯列・咬合所見

46,47には歯内治療が施行されているが、根管充填は不良であった。下顎位置関係はAngleⅡ級で前歯の被蓋関係は切端咬合であった。歯列弓形態は放物線状を呈し、左右側方運動時は上下3-7のグループファンクションであり、アンテリアガイダンスは上下3-3であった。16、17は左側側方運動時の平衡側干渉と咬頭嵌合位でのフレミタスを蝕知した。ブラキシズムの自覚はないが42、43、44にくさび状欠損に対する治療痕や咬耗からその存在が強く疑われた。口呼吸や食片の圧入はない。16、17の歯冠修復物の舌側咬頭は摩耗していた。

歯周組織所見

PISA: 2480mm²、PESA: 3650mm²、PD平均: 4.5mm、4mm以上PD部位率: 30.4%、6mm以上のPDを有する歯: 5歯、BOP(+)率: 72.0%、オレリーのPCR: 75.1%で、歯間部隣接面でのプラークの付着が多かった。歯肉の炎症は顕著ではなく、乳頭歯肉は退縮型であった。全体的骨吸収程度は歯根長の15%以上1/3以下で、16、17歯間部の骨吸収は歯根長の50%と歯根膜腔の拡大が観察され、最も重度な17近心での骨吸収%/年齢比は0.98であった。5mm以上のプロービングデプスを認めた部位はBOP(+)であり、16-17はプロービング時の排膿、頬側根分岐部には水平的に5mmプローブを挿入でき、修復物マージン部の不適合を触知した。

患者番号 _____

様式7-1の観点に沿って様式7-2の記載は、10.5ポイント以上の文字で、原則1ページ以内にまとめてください。

病因

全身的风险因子: 2型糖尿病

局所的风险因子: 細菌性プラーク、不適合修復物(16、17)、外傷性咬合(16、17)、ブラキシズム

臨床診断(「歯周治療のガイドライン2022」に準ずる) (「AAP・EFPの新分類2018」併記)

限局型慢性歯周炎、咬合性外傷(16、17)、ステージIII グレードB

治療計画、治療目標(初診時)

1. 歯周組織検査
2. 歯周基本治療
 - 1) 口腔清掃指導
 - 2) スケーリング・ルートプレーニング
 - 3) 16、17暫間被覆冠を装着による咬頭嵌合位と側方運動時の咬合調整とマージン修正
3. 再評価検査
4. 歯周外科治療
 - 16、17 FGF-2による歯周組織再生療法
5. 再評価検査
6. 口腔機能回復治療
 - 16、17ジルコニアクラウン装着
7. 再評価検査
8. SPT

歯周外科手術の種類とその術式選択の目的

16、17は深い2または3壁の垂直性骨欠損があると推察される事と頰側に2度の根分岐部病変があることからFGF-2による歯周組織再生療法の適応であり、術後に結合組織性の付着による新付着が得られることを目的とし術式を選択した。

治療時の留意点(治療計画の修正等)

2型糖尿病患者であるため、HbA1cのコントロール状態を把握し、歯周外科治療時は抗菌薬アモキシシリンを術前投与し、術後6週間は毎週来院させ、施術部の洗浄、咬合診査と調整を行い、患者には含嗽剤使用の徹底を指示した。

治療経過

- 2018年8月 歯周組織検査、口腔清掃指導
8月 口腔清掃指導、上下顎縁上スケーリング、16、17暫間被覆冠装着
9月 口腔清掃指導、16、17咬合調整
10月-12月 口腔清掃指導、スケーリング・ルートプレーニング
2019年2月 再評価検査、口腔清掃指導
4月 16、17 FGF-2による歯周組織再生療法
2020年2月 再評価検査
4月 16、17ジルコニアクラウン装着
6月 ナイトガード装着
8月 再評価検査、SPTへ移行
11月 再評価検査(以降、3ヶ月ごとのSPT継続)

特記事項と今後の問題点等

現在オレリーPCR: 18.4%、平均PD: 2.4 mm、4mm以上PD部位率: 3.0%、6mm以上のPDを有する歯数: 0は、BOP(+)率: 1.2%と安定している。2型糖尿病患者であり、SPT時のリスクアセスメントとから考えると中程度リスクと判定され、厳密なSPTを継続し続けることが重要となる。また16、17ジルコニアクラウンはプラーク付着しにくいのが、エナメル質より硬度が高く、今後対合歯の咬耗、16、17に亀裂の有無に配慮する。

SPT(メンテナンス)時の問題点とその対応

来院ごとに16、17咬合状態、接着状態、破損を検査する。現在PCRは低値で維持され、清掃状態は良好であるが、プラーク残存部位は洗浄・PMTCを徹底する。今後歯周ポケットが再発した場合、スケーリング・ルートプレーニングを実施する。