



# 関東歯内療法学会 第19回学術大会・総会

2020年1月26日（日）

会場：秋葉原コンベンションホール2F

## 『再根管治療のここがポイント！ —根管充填材の除去』

《大会長》

平井 順

《実行委員長》

岸本英之

《実行委員》

石川洋子 石田博也 井出祐樹 内山秀樹 小原俊彦

金沢紘史 末安貞治 立浦秀丸 高橋さゆり 山内真人

《主催》 関東歯内療法学会

# 大会長挨拶

平井 順

神奈川県川崎市 平井歯科

関東歯内療法学会 2020 年第 19 回学術大会・総会は、1 月 26 日（日）、秋葉原コンベンションホールにて開催いたします。この度、本大会の大会長を仰せつかりました平井 順です。

今回のテーマは、「再根管治療のここがポイント！根管充填材の除去」です。中でも再根管治療は、前医の治療の問題点の改善に向かって全力でリカバーするわけですが、その技術力や労力は数倍ともいえることをまず覚悟する必要があります。特に根管充填材の除去の過程において、多発する穿孔や、根管の削片や内容物の押し出し、根尖孔の破壊といった新たなリスクを回避するために何をすべきか大いに悩むところです。

午前の部では基調講演として、新進気鋭の 3 名の先生方、田中浩祐 先生（東京都港区 石井歯科医院）、田中利典 先生（東京都杉並区 川勝歯科医院）、吉岡俊彦 先生（広島県広島市 吉岡デンタルキュア）に御登壇頂きます。教科書や書籍ではあまり見受けられない根管充填材の除去という感染根管治療では欠かせないステップとなりますが、臨床症例を提示してもらいながら、実践的な講演が行われる予定です。午後には 5 人の先生方に歯内療法に関わるあらゆるテーマでの一般口演が行われます。専門家として心がける点や明日の臨床に直結する興味深い内容のご発表です。口演発表が鈴木賢策賞の対象となります。参加の先生方の投票により決定いたしますのでよろしくお願いいたします。その後、18 回大会のテーブルクリニック発表で学会長賞に選ばれました岡口守雄先生の受賞講演があります。

今大会も、また、学会終了後には恒例の懇親会と一般口演に対する鈴木賢策賞授与があります。演者の先生方に掘り下げた質問が出来る機会ですし、関東歯内療法学会の会員間の親睦を図る絶好の機会ですので、奮ってご参加ください。令和になって初めての新時代の幕開けにふさわしい大会となること必至です。多くの先生方の参加を関係者一同、心よりお待ち申し上げます。

## タイムスケジュール

9 : 35 開会式 司会：岸本 英之 実行委員長  
石井 隆資 学会長挨拶  
平井 順 大会長挨拶

◇テーマ講演 座長（平井 順・高橋 慶壮 先生）  
9 : 40～10 : 25（45分） テーマ講演① 田中 浩祐 先生  
10 : 25～11 : 10（45分） テーマ講演② 田中 利典 先生  
11 : 10～11 : 20（10分） 休憩  
11 : 20～12 : 05（45分） テーマ講演③ 吉岡 俊彦 先生  
12 : 05～13 : 00（55分） 休憩 昼食（理事会 12:35～12:55）  
13 : 00～13 : 15（15分） 総会

◇一般口演 座長（岸本 英之・立浦 秀丸 先生）  
13 : 15～13 : 35（20分） 一般口演① 石崎 秀隆 先生  
13 : 35～13 : 55（20分） 一般口演② 佐古 亮 先生  
13 : 55～14 : 15（20分） 一般口演③ 宮島 大地 先生  
14 : 15～14 : 20（5分） 休憩  
14 : 20～14 : 40（20分） 一般口演④ 山内 真人 先生  
14 : 40～15 : 00（20分） 一般口演⑤ 山川 駿次郎 先生  
15 : 00～15 : 05（5分） 休憩 投票用紙回収

◇受賞講演 座長（内山 秀樹・井出 祐樹 先生）  
15 : 05～15 : 35（30分） 受賞講演 岡口 守雄 先生  
15 : 35～ 閉会の辞  
15 : 40 懇親会 感謝状授与・鈴木賢策賞発表  
16 : 40 懇親会 終了  
17 : 00 閉場

## ◇テーマ講演

再根管治療における根管充填材除去の意義とその方法

田中浩祐 東京都中央区 石井歯科医院

再根管治療のエビデンスと勘どころ

田中利典 東京都杉並区 川勝歯科医院

ガッタパーチャ除去へのこだわり

吉岡俊彦 広島県広島市 吉岡デンタルキューア

## ◇一般口演

髄床底穿孔症例を成功に導く **Key Point**

○石崎 秀隆 東京都千代田区 岡口歯科クリニック

歯科用 CBCT と手術用顕微鏡を用いた歯内歯の治療

○佐古 亮 東京歯科大学歯内療法学講座

誤診を防げ！診断に取り入れたい仮説演繹法と筋触診法

○宮島大地 神奈川県川崎市 ダイアモンド歯科医院

大きな根尖病変に対して非外科的感染根管治療により改善した1症例

○山内 真人 東京都渋谷区 代々木歯科

Er:YAG レーザーならびに半導体レーザー照射による歯髓細胞に対する影響

○山川 駿次郎 鶴見大学歯学部歯内療法学講座

## ◇受賞講演

根尖周囲の透過像は失活を意味するのか

岡口守雄 東京都千代田区 岡口歯科クリニック

## テーマ講演①

# 再根管治療における根管充填材除去の意義とその方法

田中 浩祐

東京都中央区 石井歯科医院

### 【抄録】

病変を有する歯の再根管治療において、治癒を得るために必要なことは根管系から根管充填材を含む細菌を可能な限り取り除くことである。しかし根管充填材を除去するのは、充填材そのものが病変を引き起こしているからではなく、根管系の細菌を効率良くかつ最大限に除去するための、環境作りである意味合いが強いことを理解する必要がある。根管充填剤の除去を達成するあまり、根管形態を損ねたり過剰な歯質の削除に至ってしまうことは、本来の目的である“根尖性歯周炎の治療と予防”を達成できず、患者利益に寄与できないこともありうる。本講演ではこのことを理解した上で、

- ① 根管充填材の種類
- ② 根管充填材除去に用いる薬剤および器具
- ③ 根管充填材除去の実際
- ④ 根管充填材除去の限界およびその対処法

について、臨床例を交えながらエビデンスに基づいた考察を行い、患者利益につながる再根管治療に役立つきっかけになれば幸いである。

### 【略歴】

2002年 日本歯科大学歯学部卒業  
2004年 東京医科歯科大学歯学部附属病院臨床研修医修了  
2014年 ペンシルバニア大学大学院歯内療法学科卒業  
2014年 石井歯科医院勤務

AAE（米国歯内療法学会）Specialist member  
日本歯内療法学会会員  
石井歯内療法研修会講師  
ペンエンドスタディクラブインストラクター

## テーマ講演②

### 再根管治療のエビデンスと勘どころ

田中 利典

東京都杉並区 川勝歯科医院

#### 【抄録】

例えば、初回根管治療の症例において適切な治療が行われ、定期的な予防メンテナンスが行われたとする。このような根管充填歯に根尖性歯周炎の問題が残った場合、次の治療は外科的再治療一択になるであろう。しかし既存の根管充填の質や再治療のアプローチに関する現実はそうではなく、日本の歯科臨床では再根管治療のほうが多く行われている。そしてそれがむやみに繰り返されると歯の喪失に近づいてしまうことは、歯科医師であれば誰も感じているであろう。

根尖性歯周炎を有する根管充填歯に対して再治療を行う場合、非外科的ならば術者は既存の歯科材料を順に取り除いていかななくてはならない。その時、我々は何に気を付けて、どのように行くと再根管治療成功への近道になるのであろうか。

本講演では、治療介入に先立って行う診査や、上部補綴物から根尖側までで障害になりうるものを整理していく。また、術者の意思決定や患者説明のポイントについて確認してみたい。さらに、近年の論文を引用し、ガッタパーチャ除去をはじめとした再根管治療に関する科学的考察を行い、現在私が用いている器具・器材、術式をお伝えしたい。残念ながら、いとも簡単に根管充填材を取り除く術はない。しかし本講演が術者にとっても患者にとっても長期的な予後に立った歯科治療を目指すヒントになれば幸いである。

#### 【略歴】

2001年 東北大学歯学部 卒業

2001年 東京医科歯科大学摂食機能評価学分野 専攻生

2004年 澤田デンタルオフィス（東京都新宿区） 勤務

2010年 米国コロンビア大学歯学部歯内療法専門医課程 卒業

2010年 川勝歯科医院 副院長

2014年 日吉歯科診療所（山形県酒田市）専門医診療室 歯内療法担当医（2017年まで非常勤）

#### 【所属学会】

米国歯内療法学会 専門医（スペシャリストメンバー）

日本歯内療法学会  
日本歯科保存学会  
国際外傷歯学会  
日本口腔顔面痛学会

専門医、学術委員会委員、ガイドライン委員会委員  
認定医

## テーマ講演③

### ガッタパーチャ除去へのこだわり

吉岡 俊彦

広島県広島市 吉岡デンタルキューア

#### 【抄録】

再根管治療を成功に導くための最も重要なポイントの一つがガッタパーチャ除去であると考えている。教科書的には「ガッタパーチャは熱・溶剤・器具を用いることで容易に除去が可能である。」と書かれているが、実際の臨床に置いて完璧なガッタパーチャ除去が容易でないことは多くの先生が体感されていると思う。

近年のマイクロCTを用いた研究ではガッタパーチャ除去後でも、術前の3～8%のガッタパーチャが残存しているとの報告もある。画一的な除去方法は存在しないが、術前に根管充填の状態を分析し、除去手順をイメージしてから再根管治療を開始するようにしている。そして各根管の3次元的な方向や解剖学的形態を理解できているかも非常に重要となる。

やはり歯科用マイクロスコープの使用が望ましく、肉眼やルーペよりも残存している部位の把握や、明視野下でのガッタパーチャ除去が可能である。私が使用しているのは回転切削器具、手用ファイル、除去用インスツルメントがメインであり、溶剤は必要最小限での使用を心がけている。根管壁に残存しているガッタパーチャを除去するためには、根管洗浄も有効であると報告されており、超音波洗浄や洗浄用Ni-Tiファイルの使用も必要と考える。また、イスマスやフィンといった解剖学的形態に入り込んだ際にどうすべきか、湾曲のどこに残りやすく、どのように除去するのが効率的か、なども常に考えながら処置を行っている。

本講演では私のガッタパーチャ除去に対するこだわりを多くの症例とともにお伝えできればと考えております。

#### 【略歴】

2007年 東京医科歯科大学歯学部 卒業

2008年 広島大学病院 歯科臨床研修医 修了

2008年 東京医科歯科大学 歯髄生物学分野 入局

2012年 博士(歯学) 取得

2013年 吉岡歯科医院 勤務

2013年～東京医科歯科大学 歯髄生物学分野 非常勤講師

2016年～日本歯内療法学会 専門医

2016年 吉岡デンタルキュア 開設

## 一般口演①

### 髓床底穿孔症例を成功に導く Key Point

○石崎秀隆、岡口守雄

岡口歯科クリニック

#### 【緒言】

穿孔は歯内療法の偶発症としてしばしば見受けられる。穿孔部の感染の拡大を防ぐためには早期の穿孔封鎖処置が必要であるが、それがなされないまま根管治療を終えられている事も少なくない。それをどう治療したら治癒に導けるのか、今回私が治療した髓床底部の穿孔 (Furcal Perforation) 症例を元に紹介したい。

#### 【症例】

患者は59歳女性。下顎右側第一大臼歯を数十年前に治療したが、時々腫れたり違和感があるため再治療を希望し、他院より紹介され来院した。患歯は根管治療後、メタルクラウンが装着されており、デンタルX線写真では分岐部に透過像があり髓床底部の穿孔が疑われた。また近心根、遠心根共に歯根膜腔の拡大を認め、CBCT所見より髓床底の穿孔部までメタルコアが装着されている事が分かった。治療計画として1)穿孔封鎖処置後、通常の根管治療 2)分割して保存 3)抜歯して補綴処置 を提案したところ、患者は1)穿孔封鎖処置後、通常の根管治療により歯の保存を希望されたため、クラウン・メタルコアを除去し穿孔部の封鎖処置を行い、通常の根管治療を行なった。

#### 【経過および予後】

術後、不快症状や歯肉の腫脹はなくなりデンタルX線写真で分岐部に骨の再生傾向を認めたため支台築造後、セラミッククラウンにて補綴処置を行った。穿孔部の封鎖処置から2年、現在のところ良好に経過している。

#### 【考察】

大臼歯や小臼歯における Furcal Perforation は感染が拡大すると分岐部病変へと発展してしまう。そうなる予後は確実に悪くなるため、穿孔したらその場で封鎖し感染の拡大を抑える事が重要である。また今回のような陳旧性の症例では炎症性の不良肉芽が満たされている事が多く、そのコントロールも必要である。封鎖時に Internal Matrix を使用するべきか否かは賛否あると思うが、筆者は穿孔部の感染と歯肉のコントロールができれば必要ないと考えている。また Furcal Perforation はラウンドバーやシャンファーなどの太めのバーによる髓腔開拓時に起きる事が多く、穿孔のサイズも大きくなりやすいため封鎖が難しい。穿孔部と根管口を隔壁で隔てるなど根管口を塞がない工夫をするとその後の治療が行いやすい。

#### 【結論】

穿孔は発生した時点で封鎖すべきであるが、陳旧性の穿孔であっても感染を制御し封鎖処置を行うことで良好な経過が期待できる。しかし分岐部病変へ発展したものは予後不良であるため、分岐部病変が現れる前に封鎖処置を行うべきである。

## 一般口演②

### 歯科用 CBCT と手術用顕微鏡を用いた歯内歯の治療

○佐古 亮、山田雅司、田宮資己、古澤成博

東京歯科大学歯内療法学講座

#### 【緒言】

歯内歯は陥入歯とも言われ、歯冠部のエナメル質および象牙質が歯髓腔に陥入している歯である。発現率は、上顎側切歯部で 0.5-5%と遭遇することは少ないが、形態学的に複雑で、その診断と処置は難しい。今回は、失活した幼若永久歯の歯内歯に対して、CBCT による診断の下、手術用顕微鏡下で最小限の開拡窩洞での根管治療を試みた 1 症例について報告する。

#### 【症例】

患者は 16 歳の女子。かかりつけ医からの紹介で、上顎右側側切歯の根管治療の依頼で当科を受診した。自覚症状はなく、温度診と歯髓電気診に対する反応を認めず、根尖部圧痛と打診痛とを認めた。動揺度は 1 度で、歯周ポケットは全周 3 mm 以内であった。デンタルエックス線画像で根尖部にびまん性透過像を認め、歯科用 CBCT 画像によって観察された形態より、Oehlers らの歯内歯分類の II 型と判断された。手術用顕微鏡下での舌面からの観察で、遠心舌側の髓角部付近からの感染による歯髓壊死由来の根尖性歯周炎と診断し、患者に説明、同意の上で感染根管治療を行った。

#### 【経過および予後】

歯科用 CBCT 画像により、感染経路である遠心髓角からの最小限の開拡窩洞を設計して髓室開拡を行い、感染根管治療を開始した。3 ヶ月間ほど水酸化カルシウム製剤を貼薬し、治癒傾向を認めたためバイオセラミック系シーラー（ニシカ キャナルシーラー BG、NISHIKA）とガッタパーチャにて根管充填を行なった。1 年後の経過観察時に臨床症状はなく、デンタルエックス線画像と CBCT 画像とにより病変の縮小傾向を認めており、治癒中と診断した。

#### 【考察】

一般に歯内歯は、根管形態が複雑で十分な清掃と緊密な根管充填が困難である。しかしながら、術前に CBCT による検査で形態を把握した上で、手術用顕微鏡を用いて視野を拡大して治療することにより、必要最低限の正確な髓室開拡と、複雑な形態を三次元的に把握した上での十分なルートキャナルデブライドメントと根管充填が可能であったことから、治癒を示したものと考えられた。

#### 【結論】

歯科用 CBCT と手術用顕微鏡を用いた根管治療は、歯内歯の治療において、大変有用であるものと思われた。

### 一般口演③

## 誤診を防げ！診断に取り入れたい仮説演繹法と筋触診法

宮島大地

ダイヤモンド歯科医院

#### 【緒言】

患者が歯の痛みを訴えた症例のうち、約3%は歯以外の原因であることが統計より言われている。今回の症例は「不可逆性歯髄炎」「根尖性歯周炎」「三叉神経痛」と三つの誤診の末に「筋筋膜性歯痛」の確定診断に至った症例を報告する。

#### 【症例】

患者は53歳女性、「歯の治療を受けても、痛みが止まらない」との主訴で来院された。2年前に血管周皮腫の手術を受け、左側運動麻痺で介助が必要な状態である。数カ月前より左下臼歯部に強い痛みを感じたので近医を受診し、そこで#36の不可逆性歯髄炎の診断で抜髄処置が行われた。しかし、抜髄後も痛みは続き、根管治療を繰り返すも痛みは全く取れず、最後は抜歯を告げられた。そこで、痛みが取れて歯を残せる方法を求めて転院を決め、来院に至った。

#### 【経過および予後】

充填されていた古い修復物を除去して再充填、ラバーダム防湿後に上部の感染を徹底的に除去した。マイクロスコープを用いて根管をよく観察すると、イスマスの下に未処置のMM根を発見した。根管拡大と洗浄を行い、水酸化カルシウム製剤にて貼薬後、水硬性セメントとグラスアイオノマーにて二重仮封した。根管内より感染を取り除くことができたことから、術後の痛みの緩和を期待したが、患者の痛みは変化なく続いていた。その後、三叉神経痛薬が医師から処方されるも効果はなかったが、ついに咬筋の触診による関連痛で主訴の再現が現れ、筋マッサージと電療にて患者の痛みは消失した。

#### 【考察】

誤診を防ぐ為にまずは仮説演繹法に基づく臨床推論を使用すること、次に触診法も「非侵害刺激」と「侵害刺激」によって「鑑別診断を行う。特に筋筋膜性歯痛の関連痛の発現は数秒遅れて現れることから再現には触診テクニックの習熟が必要である。

#### 【結論】

不必要な抜髄を減らす為には歯内療法の分野においても「仮説演繹法」と「筋触診法」を習得する必要がある。米国では研修医教育にも取り入れられ、実際研修医が非歯原性歯痛の疑い患者を専門機関に紹介する報告がいくつもある。日本においてもまずは我々歯内療法医が検査項目に取り入れる必要があると考える。

#### 一般口演④

### 大きな根尖病変に対して非外科的感染根管治療により改善した1症例

○山内真人

代々木歯科

#### 【緒言】

歯根嚢胞を含めた根尖性歯周炎の治療法は、Kumar *et al* (2014)のように外科的治療法が必須であると強調している報告もあれば、一方で、Chaudhary *et al* (2015)のように病因である根管起炎物質を非外科的な歯内療法によって排除し、病変の修復が得られたとする症例も報告されており、いまだ議論がある。

今回、X線透過像が15 mm以上の慢性根尖性歯周炎の症例に対して、Weineらが提唱した根管本来の形態を保持した根管形成の概念に基づき、手用ファイルを主体としたオリジナルの根管を逸脱しないように工夫されたJHエンドシステムを用いた非外科的歯内療法を行い、良好な結果が得られたので若干の考察を加え報告する。

#### 【症例】

患者は37歳男性(初診2013年7月)。上顎左側側切歯の腫脹と自発痛を主訴に来院。

#### 【経過および予後】

初診時、患歯周囲に顕著な腫脹を認めたが、歯根部の波動は触れなかった。X線にて、歯根周囲に透過像を認めた。CBCTにより歯根周囲に16 mm×15 mmの透過像を認めたため、患歯を急性根尖性歯周炎と診断した。まず、JHエンドシステムを用いて感染根管治療を行った。約3カ月後に、歯根周囲の不透過性の亢進と認めた。約12カ月後に、根尖周囲感覚の回復を確認できたため、根管充填治療を行ったのち、補綴処置を行った。術後6年以上良好に経過する。

#### 【考察および結論】

Nair *et al* (1996)によれば、256歯の根尖病変のうち35%は根尖性膿瘍、50%は肉芽腫、15%が嚢胞であったと報告している。また、嚢胞のうち、根管の内腔の継続性のない真性嚢胞が61%であり、根管治療が奏功するポケット嚢胞が39%であったと報告している。このことから約9割の根尖性歯周炎は感染根管に起因する病態であり、根管内の可及的な無菌化と、緊密な根管充填により改善できる可能性を示唆している。

本症例では、J.H.エンドシステムによる非外科的な歯内療法により、根管内の起炎物質を取り除き、歯髓腔の形態を基準として可能な限りその歯髓腔形態を追従して3次元的に根管充填の行いやすい形態に形成する歯内療法により、予知性の高い治療が可能となり、良好な治療結果を得たと考えている。

このことは、顎嚢胞による周囲組織への侵襲に緊急性がなく、悪性腫瘍等を否定できる状況であって、患者のコンプライアンスを得ることができれば、大きな根尖病変であっても、非外科的歯内療法によってマネジメント可能とする見解を支持する結果であると考えている。

## 一般口演⑤

Er:YAG レーザーならびに半導体レーザー照射による歯髄細胞に対する影響

○山川駿次郎<sup>1)</sup>、丹羽堯彦<sup>2)</sup>、小林一行<sup>3)</sup>、千葉理紗子<sup>4)</sup>、

山崎泰志<sup>1)</sup>、山越康雄<sup>4)</sup>、細矢哲康<sup>1)</sup>

鶴見大学歯学部歯内療法学講座<sup>1)</sup>、歯周病学講座<sup>2)</sup>、短大部歯科衛生科<sup>3)</sup>、

分子生化学講座<sup>4)</sup>

### 【緒言】

歯科領域では種々のレーザーが使用されているが、作用機序や効果については不明な点が多く、臨床応用にあたっての適応症も十分に確立していない。本研究の目的は、歯髄に対し Er:YAG レーザーならびに半導体レーザー照射をすることで、歯髄細胞の増殖能や生理活性物質に与える影響、ならびに惹起する物質に関して調査することである。

### 【材料および方法】

生後約 5 ケ月のブタの歯髄細胞から樹立した不死化細胞 (PPU-7 細胞) に対して、Er:YAG レーザー (50mJ, 10PPS, 10 秒, 距離 2cm) ならびに半導体レーザー (1W, 10sec, 連続モード, 距離 2cm) を照射し、以下の研究を行った。

〈実験 1〉 照射群と未照射群の PPU-7 細胞の増殖能を、MTS-アッセイにて観察し細胞数を測定した。

〈実験 2〉 照射群と未照射群の PPU-7 細胞のアポトーシスの割合を、照射 1, 3 日後にカスパーゼ 3 の免疫染色を行って観察した。

〈実験 3〉 照射群と未照射群の PPU-7 細胞から total RNA を調製し、定量 PCR を用いて骨芽細胞、軟骨細胞および象牙芽細胞の分化マーカー遺伝子の発現を分析した。

〈実験 4〉 PPU-7 細胞にレーザー照射を行い、アルカリホスファターゼ (ALP) 活性を測定し、硬組織細胞への分化能を観察した。

〈実験 5〉 石灰化誘導培地にて培養した歯髄細胞にレーザー照射を行い、アリザリン染色および Ca 量の測定を行って石灰化誘導能を観察した。

### 【結果】

PPU-7 細胞の増殖に関して、半導体レーザー照射群は未照射群とほぼ同様な増殖能を示したが、Er:YAG レーザー照射群は徐々に増加する傾向を示した。また Er:YAG レーザー照射群のアポトーシスの陽性率は、半導体レーザー照射群ならびに未照射群と比べ有意に高かった。遺伝子発現に対する影響は、Er:YAG レーザー照射群では象牙芽細胞の分化マーカーの上昇が認められたが、骨芽細胞および軟骨細胞の分化マーカーは、両レーザー照射群で減少を認めた。また、両レーザー照射群で PPU-7 細胞の ALP 活性が上昇したが、半導体レーザー照射群が Er:YAG レーザー照射群に比べ有意に高い活性を示した。しかしながら、石灰化誘導能には差は認められなかった。

**【考察および結論】**

波長の違いにより、歯髄細胞に対する影響が異なると考えられる。Er:YAG レーザーならびに半導体レーザー照射が、歯髄細胞の象牙芽細胞への分化を活性化することが示唆された。

## 受賞講演

### 根尖周囲の透過像は失活を意味するのか

岡口 守雄

岡口歯科クリニック

#### 【抄録】

従来、レントゲン上で根尖周囲に透過像を認める場合、歯髄は失活していると診断され、感染根管治療が行われてきた。しかし歯髄の一部が失活し、部分的にまだ歯髄が生きている場合でも根尖周囲に透過像が認められる事が報告されており、特に根未完成歯では積極的に生活歯髄組織の保存に努めることによって根尖部透過像の改善と歯根の成長を促す事が期待できる。

今回、根未完成歯ではなく、根完成歯において根尖部に透過像を認めたが髓腔開拓時に疼痛を訴えたため知覚のある歯髄組織の保存に努めた結果、根尖部の透過像は改善し歯髄診断においても正常な反応を示す様になった症例を報告する。

患者は29歳女性。上顎右側第二小臼歯部の歯肉の腫脹、咬合痛を主訴に来院。数年前にコンポジットレジン充填をしている。口腔内所見では頬側歯肉にサイナストラクトを認め、デンタルX線写真において根尖部に透過像を認めた。歯髄診断の結果頬側は反応がなく、口蓋側は29でプラスであった。歯髄はほぼ失活していると思われ、感染根管治療を行おうとしたが、根管の中に知覚を訴える部分があったため知覚のある歯髄組織を温存する処置を行った。

術後、サイナストラクトは消失し、定期的なX線検査においても徐々に根尖部の透過像は改善してきた。現在術後1年9ヶ月が経過しているが、歯髄診査においても正常な反応を示し、特に自覚症状もなく経過している。

レントゲン上で根尖部に透過像を認める場合、歯髄は壊死し失活していると思なされてきたが、初期の段階では感染歯髄と健全な歯髄が混在していると思われる。この場合可及的に細菌感染している歯髄のみを除去する事で残存する健全歯髄を温存でき、また根尖部の透過像も改善できたと思われる。

根完成歯においても根尖部に透過像を認めるが知覚のある歯髄組織が残存している場合、可及的にそれを保存する事によって根尖部の透過像の改善を期待できる可能性がある事が示唆される。

## 企業展示

東京歯科産業株式会社

株式会社デンタルダイヤモンド社

デンツプライシロナ株式会社

ペントロン ジャパン株式会社

株式会社茂久田商会

株式会社モリタ

株式会社リード

(五十音順)

# 会場見取り図

