



関東歯内療法学会

第20回学術大会

テーマ

改めて見直す歯根膜の力
～移植の基礎から臨床まで～

2022年2月6日(日)
Zoom ウェビナー配信

主催
関東歯内療法学会

タイムテーブル

- 9:00～9:10 大会長挨拶 澤田 則宏 会長
- 9:10～9:40 鈴木賢策賞受賞講演 石崎 秀隆 先生
- 9:45～11:15 ご講演 下野 正基 先生
- 11:20～12:50 ご講演 下地 勲 先生
- 12:50～13:15 質疑応答とディスカッション
- 13:15～13:20 閉会の辞

大会長挨拶

澤田則宏

関東歯内療法学会 会長

新型コロナウイルス感染拡大により、2019年のサマーセミナーは中止せざるを得ず、2020年冬の学術講演会は初の「Web学術講演会」という形で発信をさせていただきました。2020年夏のハンズオンセミナーもWebデモセミナーと改め、サマーセミナーもWeb開催という形を取らせていただきました。第20回となる本学術講演会は対面で開催したいと考えておりましたが、まだコロナの感染がどうなるかわからないことを踏まえ、やはりWeb開催とさせていただくことになりました。

本学術講演会では、「改めて見直す歯根膜の力 ～移植・再植の基礎から臨床まで～」と題して、基礎の部分を下野正基先生に、臨床の部分を下地勲先生にお話頂くことになっております。しっかりとした知識と豊富な経験のあるお二人の先生の話はとても興味深く、楽しく勉強できると思っています。また、第19回学術講演会で鈴木賢策賞を受賞された石崎秀隆先生の受賞講演も楽しみです。

Web開催ということで直接お目にかかれませんが、皆様からの活発な質問も期待しております。なお、本学術講演会は1週間の振り返り聴講も可能としました。当日どうしても都合がつかない先生は是非振り返り聴講で見て頂きたいと思えます。

関東歯内療法学会は「歯内療法で悩まれている臨床医に寄り添います」とテーマを掲げて、今後も情報発信をしていきます。本学術講演会および今後の活動について、皆様からのご意見も是非お聞かせください。

穿孔の予防や診断、 および治療を成功に導く Key Point

石崎 秀隆 先生

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科歯周歯内治療学分野

緒言

穿孔は歯内療法の際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、今回私が治療した髄床底部の穿孔（Furcal Perforation）症例を元に紹介し、またいつ穿孔が起こりやすいのか、その診断や処置のポイントなどをお話したい。

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、時々腫脹や違和感があるため再治療を希望して来院された。患歯は根管治療後、メタルクラウンが装着されていた。口腔内 X 線写真からは分岐部に透過像が観察され髄床底部の穿孔が疑われ、近心根・遠心根共に歯根膜腔の拡大を認めた。また CBCT 所見より髄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、メタルクラウンとメタルコアを除去し穿孔部の封鎖処置後を行い、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

歯頸部に近い穿孔や大臼歯・小臼歯における髄床底穿孔は感染が拡大すると歯周ポケットや分岐部病変の形成へと発展しやすく予後不良となりやすいため、穿孔したら早めに封鎖し感染の拡大を抑える事が重要である。また髄床底穿孔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髄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ればその後の治療が行いやすい。今回のような陳旧性の症例では穿孔部に炎症性の不良肉芽が満たされている事もあり、出血のコントロールも必要である。穿孔封鎖時に用いられる Internal Matrix は穿孔の大きさ、出血や穿孔部の骨の喪失の有無などに応じて使用の検討をすれば良い。また穿孔予防の観点からいつ穿孔が起こりやすいのかを把握しておくことも重要であると思われる。

結論

穿孔は発生した時点で封鎖することが最善である。しかし陳旧性の穿孔であっても歯周ポケットや分岐部病変が現れる前に封鎖処置を行えば、良好な経過が期待できる。

歯根膜の特性と機能

下野 正基 先生

東京歯科大学名誉教授

歯の移植・再植を成功させるために、術者が歯根膜の特性と機能を理解することは極めて重要と考えられる。歯根膜の特性を示すキーワードとして、歯根膜の幅径、歯根膜線維芽細胞、マラッセ上皮遺残、歯根膜コラーゲン、をあげることができる。歯根膜の幅径は、ヒトでは 0,15~0,38mm である。一般に歯頸部と根尖部では幅は広く、根中央部では狭くなっているため、意図的歯の移植を行なう場合、抜歯時にこの部の歯根膜を挫滅、剥離させないように注意することが必要である。歯根膜線維芽細胞は高いアルカリフォスファターゼ活性を示し、骨形成タンパクを発現して、骨およびセメント質形成能を有することが知られている。さらに、歯根膜線維芽細胞には豊富なアクチンを有する「筋線維芽細胞」が存在し、創傷治癒における組織収縮の機序などが明らかになってきた。マラッセ上皮遺残は歯根膜の裏装上皮の起源となるほか、歯根膜幅径の恒常性維持との関係が示唆されているものの、その詳細は今なお不明である。歯根膜コラーゲンのターンオーバーは極めて迅速で、ラットにおいては僅か 2 日以内である。これによって、矯正学的歯の移動のみならず歯の移植・再植の際の組織再構築に、歯根膜は極めて重要な役割を果たしていると考えられている。本講演では、移植・再植後の創傷治癒、歯根膜の保存液、および Bio-implant（歯根膜付きインプラント）の有用性についても、病理学的に考察してみたい。

歯根膜の機能を活用した外科的歯内療法

下地 勲 先生

東京都開業

歯科において歯根膜程身近で重要な組織はないと思われ、既に膨大な量の基礎研究は発表されている。しかし、臨床の中で歯根膜が実際にどのような役割をはたしているのか、更には治療中の様々な局面で具体的に歯根膜をどう活用すればよいのかを包括的に示した報告はあまり見受けられない。歯根膜を最大限に活用する治療が自家歯牙移植および再植であるが、本講演では移植以外にも臨床全般に及ぶ歯根膜の活用例について理論背景と結びつけてお話ししたい。

近年、GTR、EMD、GBR、PRP、FGF-2 など、また新たな歯胚形成の可能性など、いわゆる再生療法への期待は高まるばかりである。しかし、今回は特別な手段や材料を利用するのではなく、既に存在する生体組織である歯根膜のもつ機能をいかに最大限に引き出し、臨床効果をあげるのかをとりあげたい。歯根膜が予想以上に優れた生物学的特性を有する組織であることを先生方に実感して頂き、天然歯保存の意義の再認識に繋がればと思う。確かに近年インプラントの普及はめざましいものがあり、当医院でも導入以来 20 年以上たつが、インプラント自体の失敗例を殆ど経験していない程信頼性は高い。しかし、その影響もあってか、歯牙保全のための努力が以前に比べて薄れていく傾向がみられることは誠に残念である。

日常臨床においても、十分に保存できるケースが安易に抜歯と診断され、インプラントその他の処置を勧められたと Second opinion を求める患者さんが急増している現実からも感じられる。更には臨床誌等に掲載される講習会の案内もインプラント関連が圧倒的に多く、天然歯の保存療法をめざした内容は殆ど見られないのが現状であり、今後の歯科医療の動向はこの儘でいいのだろうかと不安をおぼえる。症例の選択にあたっては、歯科臨床における個々の処置の妥当性は長期的な予後がどうかにかかっていることから、原則として 15 年以上経過したケースをもとに述べる。

