



関東歯内療法学会

第 24 回学術大会

テーマ

内部吸収・外部吸収
～基礎から臨床での対応まで～

2026 年 1 月 25 日 (日)

東京科学大学 湯島キャンパス D 棟 4 階 歯学部特別講堂

主催

関東歯内療法学会

タイムスケジュール

開会式

09:30 大会長挨拶 八幡 祥生
(東京科学大学 大学院医歯学総合研究科歯髄生物学分野)

テーマ講演

座長：八幡 祥生

09:35～09:55 テーマ講演①
橋本 貞充 「歯周組織の防御機構と修復機序について」
(東京歯科大学生物学的研究室)

09:55～10:40 テーマ講演②
村野 浩気 「歯根吸収－現在の分類と今後の展望－」
(神奈川歯科大学歯科保存学講座 歯内療法学分野)

10:40～10:55 テーマ講演②に対するコメントおよびディスカッション
橋本 貞充
(東京歯科大学生物学的研究室)

10:55～11:15 休憩

11:15～12:00 テーマ講演③
野間 俊宏 「歯頸部外部吸収 その特徴から考える原因と治療方針」
(野間デンタルオフィス天神)

12:00～12:15 テーマ講演③に対するコメントおよびディスカッション
橋本 貞充
(東京歯科大学生物学的研究室)

12:15～13:10 休憩・昼食

13:10～13:25 総会

タイムスケジュール

一般口演

座長：勝呂 尚 天川 由美子

- 13:30～13:50 一般口演① 渥美 克幸（デンタルクリニック K）
- 13:50～14:10 一般口演② 山内 真人（代々木歯科）
- 14:10～14:30 一般口演③ 長谷川 智哉（いまえだ歯科口腔外科・矯正歯科）
- 14:30～14:45 休憩
- 14:45～15:05 一般口演④ 安川 拓也（日本大学歯学部歯科保存学第Ⅱ講座）
- 15:05～15:25 一般口演⑤ 石崎 秀隆（岡口歯科クリニック）
- 15:25～15:40 休憩・投票

受賞講演

座長：澤田 則宏

- 15:40～16:10 大森 智史（東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 口腔機能再構築学講座 歯髄生物学分野）
- 16:10 閉会

ビアパーティー

- 16:45～18:30 場所：御茶ノ水トライエッジカンファレンス

大会長挨拶

八幡 祥生

東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 歯髄生物学分野

2026 年 1 月 25 日，東京科学大学湯島キャンパス歯学部特別講堂におきまして，関東歯内療法学会第 24 回学術大会を開催いたします。

今大会のテーマは「内部吸収・外部吸収～基礎から臨床の対応まで」です。歯根吸収は近年の歯内療法臨床において注目を集めるトピックであり，その基礎的メカニズムの理解から実際の臨床対応まで，包括的に学ぶ機会を企画いたしました。

特別講演では，臨床の最前線でご活躍されている神奈川歯科大学の村野浩気先生，野間デンタルオフィス天神の野間俊宏先生に，歯根吸収症例への実践的な対応法についてご講演いただきます。さらに，東京歯科大学の橋本貞充先生には，歯根吸収の基礎的メカニズムを解説いただくとともに，基礎的視座からの臨床例への考察を展開していただきます。基礎的な視点から臨床を捉えることは，私たちが対峙するそれぞれの症例に対して，何に介入し，どのような結果が予測されるのかを考える上で非常に重要なアプローチだと思います。基礎研究者を交えて直接ディスカッションを行う本企画は，参加される皆様にとって，多くの学びの機会となると確信しています。

午後には一般口演 5 題に加え，東京科学大学の大森智史先生による昨年度一般講演の受賞講演を予定しております。症例を通して学びを得ること，治療の疑似体験をすることは，歯内療法の臨床力向上において格好の機会となります。また，プログラム終了後にはビアパーティーも企画しております。講演中に生じた疑問をさらに議論する場として，臨床をきっかけに新たなネットワークを築く場として，ぜひご活用ください。

知識を吸収し，基礎的理解を深め，それを自らの臨床に落とし込む。そして仲間と議論し，つながりを広げる。そのような充実した一日となるよう，多数のご参加を心よりお待ちしております。

歯周組織の防御機構と修復機序について — 健康な歯と歯周組織はどのようにして維持されていくのか? —

橋本 貞充

東京歯科大学生物医学研究室

長期にわたって歯を支え続ける歯周組織とは何か? 健康な私たちはどうなっているのか? どのような防御機構によって歯周組織の恒常性が維持されているのか? 炎症によってどのように壊れていき、一度破壊された歯や歯周組織は、何によってどう修復されるのか? 日常の臨床の中でぶつかるいくつかの疑問のなかで、病理組織学的な眼を通して観ることが、解決の糸口につながることもある。

病理組織を観ていくときに常に意識するのは、一枚のプレパラートから組織学的な位置関係と立体構造をイメージすることであり、現在の状況から、過去（発生由来・既往）と未来（予後）の時間軸について想像し、物語を考えることである。

目の前の細胞や組織は上皮性かそれとも非上皮性なのか? 外胚葉性かそれとも内胚葉・中胚葉性、あるいは神経堤に由来するのか? 歯に関連した歯原性の組織かそうでは無い上皮や結合組織なのか? そして、炎症にともなう増生による変化なのか、それとも腫瘍性の増殖なのか? 的確な病理診断に近づくためには、組織や細胞の由来を考えることが必要となってくる。

また、同じ歯小嚢に由来する組織であっても、破骨細胞と骨芽細胞が互いにカップリングしながら、既存の骨を破壊・吸収し、吸収窩に新生骨を添加して骨を改造し続ける歯槽骨と、反対に、生涯にわたって常に添加し続け、経時的に肥厚していくセメント質とでは、大きな確執がある。性格が異なる両者をシャープリー線維と筋線維芽細胞でつなぎ止め、緩衝地帯の役割を果たしているのは歯根膜であり、その中に分離壁のように両者を分けるMalassez上皮遺残の網目構造があることは、何か理由があることだと思われる。

このような、同じ由来に生まれ、時に協力的になりながらも決して同居することのできない、歯の世界と歯周組織の世界のバランスが、炎症によって崩れるとき、歯根の吸収が始まる。炎症によって歯根膜とMalassez上皮遺残が破壊され、その空洞に形成された歯根膜に由来しない幼若な肉芽組織によってつくられた新生骨組織が、空洞内に露出したセメント質や象牙質とアンキローシスを起こす結果、歯槽骨の持つ代謝回転のシステムに組み込まれた、セメント質、象牙質、エナメル質は、やがて、肉芽組織内で分化した破骨細胞によって吸収され、新たな骨組織へと置換されていくと、考えられるのである。

講演では、健康な歯周組織と歯との関係とは何か? 若年者から高齢者への加齢変化によって正常像はどのように変遷していくのか? を軸として、辺縁性あるいは根尖性の歯周炎後の治癒形態や、歯根の吸収とその治癒像などについて私見を述べ、議論したい。

略歴

1981年 東京歯科大学歯学部卒業
1985年 東京歯科大学大学院歯学研究科（病理学専攻）修了
1985年～1987年 イタリア・ミラノ大学に客員研究員として研究留学
1987年～2002年 東京歯科大学病理学講座・講師
1991年 日本病理学会認定口腔病理医（第49号）
2002年～2011年 東京歯科大学病理学講座・准教授
2011年～2014年 東京歯科大学生物医学研究室・准教授
2014年 日本臨床細胞学会認定細胞診専門医（第8037号）
2014年～2022年 東京歯科大学生物医学研究室 教授
2022年～現在 東京歯科大学 客員教授

著書

・「やさしくわかる 歯と口腔のビジュアルガイド」著分担 2019年医歯薬出版
・「成人矯正に必須の歯周治療 適切な矯正歯科治療を行うために」著分担 2019年医歯薬出版
・「新口腔病理学 第2版」著分担 2018年医歯薬出版
・「新編口腔外科・病理診断アトラス」著分担 2017年医歯薬出版
・「口腔組織・発生学 第2版」著分担 2015年医歯薬出版

歯根吸収 - 現在の分類と今後の展望 -

村野 浩気

神奈川歯科大学歯科保存学講座 歯内療法学分野

マイクロスコープと CBCT、そして MTA やニッケルチタンファイルなどの登場により近年の歯内療法は目覚ましい発展を遂げ、根尖性歯周炎に対する予知性の高い治療を可能とした。それでもなお、臨床で遭遇する機会の少ない歯根吸収（Root Resorption）は、我々臨床家にとって厄介な課題であり続けている。歯根吸収は1830年にBellにより記述され、外傷歯の大家であるAndreasenによって数多くの症例報告とともに1970年には体系的にまとめられている。その診断や分類は時代とともに変化を続け、2023年にはヨーロッパ歯内療学会よりポジションステートメントが発表された。その中でも特に、歯頸部外部吸収（ECR）に代表されるように、CBCTによって3次元的な評価が可能となり、より詳細な分類となっている事は注目すべき点である。しかし、この分類も臨床における治療方針を決定づけるような完全なものではなく、その機序や病態に不明な点が多くあることから検討の余地はまだまだあるように思われる。本講演では、歯根吸収をその歴史的な変遷や解明されているメカニズムから再整理し、より臨床に即した考え方を探ってみたいと思う。

略歴

2013年 神奈川歯科大学歯学部卒業、神奈川歯科大学歯学部附属病院 臨床研修医
2014年 山水会杉山歯科医院 勤務
2021年 東京医科歯科大学（現東京科学大学）大学院歯髄生物学分野 修了、同医員
2022年 神奈川歯科大学 歯内療法学分野 助教
2024年 神奈川歯科大学 歯内療法学分野 特任講師

歯頸部外部吸収 その特徴から考える原因と治療方針

野間 俊宏

野間デンタルオフィス天神

歯頸部外部吸収（ECR）は歯頸部の歯牙構造の破壊を特徴とし、ときに侵襲的な形態を示す疾患である。またその他の特徴として、自覚症状を伴うことが少なく、3次元的に病変が進行することが知られている。このため X 線検査などで偶然発見され、既に病変が広範囲に広がった状態となって見つかることが多い。

現在まで原因は不明であり、関連要因として矯正治療や外傷の既往を認めることが報告されている。また、猫に多発性の歯頸部外部吸収を認めるため猫との関連も示唆されている。

また ECR の治療では、歯根吸収の病変自体を除去、修復し、その後の経過観察を行う必要がある。だが3次元的な病変の進行のため、歯質の菲薄化により破折の可能性が上がり、病変の取り残しにより再発の可能性が残ってしまう。また、硬組織が吸収されるだけでなく、骨様組織の添加を認めることもある。このため、病変の範囲が広い場合や、骨様組織が病変の内部に入り込んでいる場合などは病変の除去および修復を行うのではなく、経過観察をすることも一つの選択肢であると考えられる。

本講演では、過去の報告と病理組織切片を含めた自験例をもとに ECR の原因、および治療方針について考察してみたい。

略歴

2011 年 九州大学 歯学部 卒業

2016 年 九州大学大学院歯学研究院 博士課程 修了

2016 年 ～ 2021 年 医）雄之会 つきやま歯科医院 勤務医

2021 年 ～ 2025 年 複数の歯科医院に非常勤勤務

いまはやしデンタルオフィス、まつうら歯科歯内療法専門室など

2025 年 野間デンタルオフィス天神 開業

症例報告

歯内－歯周病変に対する歯周組織再生療法の有用性について

渥美 克幸

デンタルクリニック K

緒言

歯周治療のガイドライン 2022（日本歯周病学会）では、歯内－歯周病変は発症原因に基づき①歯内病変由来型、②歯周病変由来型、③歯内－歯周病変複合型の 3 分類に整理されている。鑑別において最重要となるのは歯内病変の診断であり、失活歯であれば歯内療法を先行し、およそ 3 か月後に歯周状態の待機的再評価を行う。その後、改善が乏しい場合には歯周治療を追加する。このように、適切な治療方針の決定には歯内・歯周の両領域に対する深い理解が求められ、特に③複合型では診断・治療の難易度が高い。

今回、歯内－歯周病変に対し歯周組織再生療法を併用し、良好な結果を得た症例を報告する。

症例

患者は 57 歳男性。左下 6 番の咬合痛を主訴に来院した。頬側中央に 6mm の歯周ポケットと、Lindhe & Nyman 分類でⅡ度の根分岐部病変を認めた。エックス線所見では遠心根根尖部および根分岐部に透過像を認めた。

経過および予後

精査の結果、近心頬側根の分岐部側にパーフォレーションを確認したため、通法に従い歯内療法を実施し、根管充填と同時にケイ酸カルシウム系セメントによりリペアを行った。しかし、9 か月後の再評価で分岐部病変の改善が認められなかったため、エナメルマトリックスデリバティブ（EMD）を併用した歯周組織再生療法を実施した。13 か月後に行った確定的外科処置では、当該部に骨様硬組織の形成を確認し、良好な治癒が得られていると判断した。その後補綴処置を完了しメンテナンスへ移行した。再生療法後 10 年を経過した現在も良好な状態を維持している。

考察

2018 年に発表されたアメリカ歯周病学会とヨーロッパ歯周病連盟による歯周病の新分類では、歯内－歯周病変は歯根損傷の有無で分類される。歯根損傷は外傷や医原性要因によることが多く、一般に予後不良とされるが、その原因として損傷部位に新たな付着を獲得しにくい点が挙げられる。しかし、本症例のように適切な歯内療法に加え歯周組織再生療法を併用することで、治癒の可能性を高められるケースも存在する。ただし、このような治癒経過を示す報告は依然少なく、今後も継続的な観察が必要である。

結論

歯内－歯周病変複合型において、歯周組織再生療法の併用は治癒促進に有効な選択肢となり得る。

新しいコンセプトの根管洗浄法の開発報告

山内 真人

代々木歯科

緒言

根尖性歯周炎はバイオフィルム関連の感染症であり、治療の主な目標の1つは、根管系から微生物を除去することである。しかし、解剖学的に複雑な領域は、器具ではアクセスできないことが多いため、完全な除去は困難となる。したがって、根管洗浄により、器具を適切な根管洗浄と組み合わせて根管内の微生物負荷を減らす必要がある。そこで、効果的な根管洗浄を目指して、超音波根管吸引洗浄法（Continuous apical negative pressure ultrasonic irrigation：CANUI）の開発を行った。また、根管洗浄剤として使用される次亜塩素酸ナトリウムは0.5%から6%の範囲で使用されることが多い。高濃度の次亜塩素酸ナトリウムは、術後の疼痛、象牙質の劣化、ヒポクロアキシデントのリスクなどが報告されている。そこで、開発した超音波根管吸引洗浄法を用いて、安全な範囲で加温する（40℃）ことで低濃度（1.5%）の次亜塩素酸ナトリウムを活性化して、6%の次亜塩素酸ナトリウム以上の有機質溶解性を示す根管洗浄方法を開発した。そして、この根管洗浄方法を側枝と根尖分岐を有する症例に応用し、良好な結果を得た。

症例 1

患者は75歳女性。上顎前歯の痛みを主訴に来院した。上顎左側中切歯部歯肉腫脹、打診痛および咬合痛を認めた。デンタル、CBCTより破折ファイル、不良な根管充填、側枝を疑う歯根近心中央部に透過像を認めた。根側病変を有する急性根尖性歯周炎と診断し、再根管治療を行った。マイクロスコープ下でファイルを除去し、JHエンドシステムを用いて根管形態に沿った形成を行った。ジャスティアー4（ヨシダ社）にて側枝を確認した。側枝部で超音波根管吸引洗浄法を適応したところ、主訴の改善を認めた。根管充填後に最終補綴を行った。臨床症状も認めず経過良好である。

症例 2

患者は62歳女性。下顎右側第2大臼歯の自発痛を主訴に、他医師より根管数が不明とのことで紹介され来院した。下顎右側第2大臼歯は仮封されており、露髄しており、打診痛を認めた。デンタル、CBCTより槌状根を認め、イスマスやフィンの存在が疑われた。根管中央から根尖側では狭窄が進んでいた。不可逆性歯髄炎と診断し、JHエンドシステムを用いて根管治療を行った。CBCT画像から解剖学的な形態を考慮してマイクロスコープ下にて、柔軟性と適度な剛性を持ったステンレススチールKファイルにプレカーブを付与し、コルクコントロールを意識しながら根尖部の根管形成を行った。槌状根はイスマスなどから未形成域が残しやすいこと、根管体積が広いことから、根尖部で超音波根管吸引洗浄法を適応した。根管充填後に根尖分岐を確認した。その後、臨床症状も認めず経過良好である。

考察および結論

一般的に根管は狭く細く湾曲しており、残存した有機質や感染性起炎因子やヴェイパーロックなどが洗浄効果を低下させる。根管洗浄中は、根管全体に、特に根尖3分の1に洗浄剤を行き渡らせられるかどうか、および、側枝やイスマスなどのファイルではアクセスできない領域のデブリメントができるかどうかが重要となる。今回、開発した超音波根管吸引洗浄法と加温低濃度の次亜塩素酸ナトリウムの適応は、複雑な根管への対応法の一助となることを期待している。

本発表は東京勤労者医療会代々木病院倫理委員会の承認を得ている（倫理審査番号2025-004）

症例報告

タイプ1 陥入歯の早期発見と予防的対応の重要性

長谷川 智哉

いまえだ歯科口腔外科・矯正歯科

緒言

近年、歯科用コーンビーム CT（以下、CBCT）の普及に伴い陥入歯の報告は増加している。Oehlers は、陥入部の歯根方向への到達度に基づき 3 タイプに分類しているが、症例報告では問題の生じたタイプ 2 もしくはタイプ 3 の治療例が中心である印象を受ける。しかし、タイプ 1 の陥入歯は画像所見で把握しにくく、見逃されやすいことから、後に問題化する可能性もある。今回、その課題を示唆する症例を経験し、陥入歯の早期発見と予防的対応の重要性を再認識したため報告する。

症例

患者は 27 歳女性。上顎左側口蓋側の歯肉腫脹を主訴に来院した。来院時に自発痛は認めず、上顎左側側切歯（以下、#22）の歯髄検査では歯髄電気診、寒冷診・温度診ともに陰性反応であり、根尖部周囲組織検査では打診痛、圧痛があった。X 線検査では、歯冠部にエナメル質様不透過性ループ像を確認したことから陥入を示す構造が疑われ、根尖部には透過像が確認された。そのため CBCT 画像検査を行ったところ、根管の口蓋側に陥入構造が観察された。以上より、患歯は #22、歯髄 / 根尖部周囲組織診断は歯髄壊死 / 症候性根尖性歯周炎、Oehlers 分類タイプ 1 陥入歯と診断した。また、X 線画像から、上顎右側側切歯（以下、#12）にも同様の陥入所見を認めたため、追加で検査を行ったところ、う蝕を疑う所見は認めるものの歯髄 / 根尖部周囲組織診断はともに正常であり、Oehlers 分類タイプ 1 陥入歯と診断した。

経過および予後

治療方針として、#22 は陥入部を根管窩洞に含めた根管治療、#12 は陥入部に対して窩洞形成・充填処置を行うことにした。#12 は術中に露髄を認めたが、術前診断が正常歯髄であることを踏まえ、覆髄処置を選択した。術後 9 ヶ月の経過観察では、#22 の根尖部 X 線透過像は縮小傾向を示し、#12 の歯髄は正常反応を示した。

考察

本症例は、同一口腔内で処置方針の異なる 2 歯のタイプ 1 陥入歯を認めた点が特徴である。陥入部はその構造から萌出直後から細菌侵入のリスクを有しており、両歯の病態の違いは陥入部の感染度に起因すると推測された。そのため、陥入歯の早期発見と予防的対応が有効であると示唆された。一方で、タイプ 1 陥入歯は画像所見で把握しにくいことや、タイプ別出現割合では最も多いことを鑑みると、実際には潜在的なリスクを有する症例が多く存在していることが考えられる。視診のみでは発見は困難であることから、陥入構造の理解と画像所見に基づく慎重な評価が不可欠である。

結論

陥入歯の構造理解に基づく早期発見と、適切な予防的対応は、将来的に問題を生じる陥入歯の減少に寄与すると考えられる。

侵襲性歯頸部外部吸収（ICR）の治療法および材料の選択

安川 拓也 勝呂 尚 岡野 真之 武市 収

日本大学歯学部歯科保存学第Ⅱ講座

■ 緒言

侵襲性歯頸部外部吸収（Invasive Cervical Resorption: ICR）は外傷、矯正治療、パラファンクションなどによる歯根膜、歯根周囲組織への損傷が原因と言われているが、未だに不明な点が多い病態である。ICR は進行が早く、無症状で進行することから発見したら早期の治療が望まれる。しかしながら進行状況や吸収部の位置・範囲によって外科介入や根管治療の要否なども異なってくるため、臨床において診断、治療および材料の選択が悩ましい症例が多い。そこで ICR の治療法および材料選択の Decision tree を作成し、ESE の「Position statement on root resorption」の Patel の分類と併せて治療計画を立案した ICR の 2 症例を報告する。

■ 症例

症例①24 歳男性、前歯の疼痛を主訴に近医を受診し、エックス線画像にて上顎左側側切歯の歯根吸収と診断され、日本大学歯学部附属歯科病院歯内療法科に紹介された。2 年前に前歯部の外傷の既往があるという。

症例②50 歳女性、歯肉の腫脹と疼痛を主訴に近医を受診し、上顎右側犬歯に歯根吸収と診断され、当科に紹介された。特に既往なし。患歯はブリッジの支台となっている。

その他、歯髄保存した症例や根管治療のみでアプローチした症例も報告する。

■ 経過および予後

症例①初診時に CBCT 撮影等で診査し、歯根口蓋側の ICR と診断した。根尖病変を有していたため、まずは感染根管治療を行った。根管形成およびマイクロスコープにて穿孔部の肉芽組織を可及的に除去し、MTA にて根管充填を行った。その後、口蓋側から外科的処置にて外側から MTA を歯根吸収部に充填した。

症例②初診時に頬部腫脹および発熱を認めたため、静脈内抗菌薬投与を当院口腔外科外来にて行った。CT 撮影を行い、頬側の ICR と診断した。炎症消退後、根管治療を開始し、根管充填を行った後、外科的処置にて歯頸部付近はコンポジットレジン、歯根中央部は MTA を歯根吸収部に充填した。

■ 考察

ICR の治療法の選択において、歯髄診査および CT 画像検査をもとに作成した Decision tree と Patel の分類を併用することで、容易かつ合理的に治療計画の立案が可能であった。外部吸収部の修復材料は歯根の吸収部の位置、審美的条件、手術時の環境によってコンポジットレジン、グラスアイオノマーセメント、バイオセラミックスを選択または組み合わせることが有効である。

■ 結論

ICR の治療法および材料選択において、今回作成した Decision tree は臨床判断の一助となる可能性が示唆された。

外傷歯の診断とその後の経過に対する考察

石崎 秀隆

岡口歯科クリニック

緒言

外傷歯は日常診療ではう蝕処置や歯周治療などより治療頻度は高くないと思われるが、経過次第では根管治療が必要になる原因の一つである。

本発表では外傷歯の診断と治療、その後に起こりうる経過に関して考察したい。

症例

患者は 56 歳男性。野球の試合の観戦時に強く前歯で噛んでしまい受傷した。紹介元による口腔内エックス線写真撮影の結果、歯の破折を認め、上顎前歯の外傷による破折と疼痛を主訴に患歯の保存の可否の診断と加療を目的として紹介された。

口腔内診査の結果、上顎左側中切歯と側切歯に外傷を受けていることが確認された。両患歯ともに自発痛はなく電氣的歯髄診断の結果、生活反応を認めた。中切歯は打診痛があったが、側切歯に打診痛は記録されなかった。口腔内エックス線写真からは上顎左側側切歯の歯頸部付近に破折線を認め、Cone-Beam CT 画像からは口蓋側に骨縁に及ぶ破折線が認められた。破折は歯肉縁下、骨縁上であることが考えられた。歯周ポケット検査の結果は両患歯ともに 3mm 以内であった。中切歯は振盪、側切歯は歯根の水平破折と診断され、治療は暫間固定による経過観察とした。

経過および予後

暫間固定後、疼痛を訴えていた上顎左側中切歯の痛みは消退傾向にあり、左側側切歯も症状はなく経過している。

考察

外傷歯の治療は日常的に行うものではないかもしれない。しかし誤った診断のもとでは望ましい経過が得られない。また外傷歯の再治療を行う機会も多く、適切な診断と治療が必要であると考えられる。

本症例では上顎左側中切歯と側切歯に咬合による受傷を認めた。主に患者の主訴であった中切歯には目立った所見はなく咬合痛のみであったが、症状もなく患者も気づいていない側切歯に水平破折を認めた。これは側切歯は外傷時の衝撃が歯根の破折により緩和されたが、中切歯は歯根が折れることなく振盪となったことによると考えられる。今後、それぞれ歯髄壊死や歯冠の変色等の経過を見る予定である。

結論

外傷歯の治療には診断とその後に起こりうる可能性を考慮した対応を行う必要がある。

複数の原因に対処した上顎前歯 3 歯に対する外科的歯内治療

大森 智史¹, 興地 隆史², 八幡 祥生¹

¹ 東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 口腔機能再構築学講座 歯髄生物学分野

² 日本歯科大学 生命歯学部歯科保存学講座

緒言

非外科的歯内治療では治癒しない症例に外科的歯内治療を施す場合は、CBCT やマイクロスコープを用いた経過不良の原因の探索と、それに応じた適切な治療術式の選択が求められる。本口演では、上顎右側中切歯、左側中・側切歯に対する外科的歯内治療において、術前の精査および術式の検討の重要性を実感できた症例を報告する。

症例

43 歳男性 上顎前歯の歯茎の腫れを主訴に受診した。上顎右側中切歯唇側辺縁歯肉と左側側切歯根尖相当部に瘻孔があり、当科の前担当医が非外科的歯内治療を行うも改善しなかった。担当初診時自発痛、打診痛、咬合痛は認めず、歯周ポケットは全周 3 mm 以下であった。口内法エックス線画像では、上顎右側中切歯歯根の近心、および左側中・側切歯の根尖部に透過像を認めたが、根管充填は到達度、緊密度とも良好であった。CBCT において、上顎右側中切歯には唇側に側枝様の構造とその周囲の皮質骨の開窓を認めたが根尖部透過像は観察されなかった。また上顎左側には中・側切歯の根尖を含み鼻口蓋管と交通する最大径 12mm の透過像ならびに唇・口蓋側皮質骨の開窓を認めた。9 か月前の CBCT と比較し、病変の縮小傾向は認めなかった。

経過および予後

右側中切歯の側枝様構造や左側中・側切歯を含む嚢胞様大型透過像の存在より、外科的歯内治療を行う方針とした。右側中切歯にはマイクロスコープ下で側枝が確認されたが、骨欠損は根尖まで及んでおらず、側枝のみ逆根管窩洞形成を行った。左側中・側切歯では歯肉剥離後に嚢胞壁様の構造物が確認され、鼻口蓋管との交通部付近はその損傷を避けるため控えめに搔爬を行ったのち、両歯の根尖切除、逆根管窩洞形成を行った。次いで、3 歯に対して Super EBA セメント（茂久田商会）を用いて逆根管充填した。左側の病変組織の病理診断は歯根嚢胞であった。術後 1 年 3 か月に特筆すべき臨床症状は認めず、側枝部を含めた歯根周囲歯槽骨のエックス線不透過性充進が確認された。

考察および結論

本症例では、上顎右側中切歯に側枝が確認されるとともに、左側中・側切歯の病変はスルー・アンド・スルーの骨欠損を伴う歯根嚢胞と診断されたことから、非外科的歯内治療では対応困難であったと考えられる。術前の CBCT により側枝の存在や骨欠損の位置、拡がり进行评估するとともに、骨削除、根尖切除、あるいは搔爬を施すべき適切な範囲を計画し、さらに術中のマイクロスコープ観察で得られた情報を照らし合わせることにより、それぞれの原因に適切に対処できたと思われる。

本症例では、CBCT・マイクロスコープを活用し、原因や病態に応じた適切な術式を採用したことが、不要な外科的侵襲を避けつつ良好な結果を得るために有効であったと考えられる。

協賛企業

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

医歯薬出版株式会社

株式会社クラーク

株式会社デンタルダイヤモンド社

株式会社ヒョーロン・パブリッシャーズ

株式会社モリタ

株式会社茂久田商会

東京歯科産業株式会社

有限会社錦部製作所

マニー株式会社

