

一般口演-56 訪問診療におけるインプラント体撤去の考察

○渡辺 泰典<sup>1)</sup>, 古谷田 泰夫<sup>1)</sup>, 今井 有蔵<sup>2)</sup>, 三壁 信洋<sup>1)</sup>, 寺田 利久<sup>1)</sup>, 鳥村 亜矢<sup>1)</sup>, 橋爪 美香<sup>1)</sup>, 反町 友絵<sup>1)</sup>  
 1)一般社団法人東京形成歯科研究会, 2)新潟大学医歯学総合病院歯科麻酔科

Consideration of implant body removal during dental visits

○WATANABE T<sup>1)</sup>, KOYATA Y<sup>1)</sup>, IMAI Y<sup>2)</sup>, MIKABE N<sup>1)</sup>, TERADA T<sup>1)</sup>, TORIMURA A<sup>1)</sup>, HASHIZUME M<sup>1)</sup>, SORIMACHI T<sup>1)</sup>

1)Tokyo Plastic Dental Society,

2)Niigata University Graduate School of Medical and Dental Science Department Dental Anesthesiology

I 目的: 近年インプラントによる補綴が一般的な治療になってきている中で, 訪問診療において基礎疾患をもつ高齢者のインプラント体撤去が予測される。本学会でも「訪問歯科診療におけるインプラントのトラブル対応」をポジションペーパーとして出している。上部構造体の撤去のみでインプラント体を機能させずに補綴を行うケースもあるが, さらにインプラント周囲炎になった場合には撤去を考慮せねばならない。今回, 訪問診療先でインプラント体を撤去した2例を経験し, 訪問診療先でのインプラント体撤去における問題点と, 撤去の可否について考察を加えて報告する。

II 症例の概要: 1. 84歳女性, 身長151cm, 体重45kg, 47, 46連結インプラントの47がインプラント周囲炎。デンタルエックス線画像で, 4壁性の骨欠損を認めた。既往は, 脳塞栓症による右半身麻痺, 心房細動, 高血圧症, 特発性血小板減少性紫斑病, イオパミロンアレルギー, 右膝人工関節置換術後, 肺癌のため2009年に手術し, その後12年間再発なし。インプラント体を撤去する前に, モニター下で浸潤麻酔をしてSRPを行い, 2週間後に再度モニター下で浸潤麻酔をして47, 46の連結を切断して47のインプラント体を撤去した。いずれも明らかな血圧変動はなく, その他合併症も認めなかつた。

た。

2. 71歳男性, 身長165cm, 体重65kg, 35, 36, 37にスリーピングしているインプラント体の36がインプラント周囲炎。デンタルエックス線画像でインプラント全長に対し約2/3の骨欠損を認めた。脳幹部海綿状血管腫による右半身麻痺, 高血圧症, 左鼠径部ヘルニア術後, 心房細動のため2017年にアブレーションの治療歴あり。1. と同様にインプラント体を撤去する前に, モニター下で浸潤麻酔をしてSRPを行い, マウントジグ装着後, リバーストルクを約20Ncmかけて36のインプラント体を撤去した。術中合併症は認めなかった。

III 考察および結論: 術前にインプラント体撤去の難易度を予測し, その可否について検討することで, 本症例のような低侵襲な処置であれば, 器材を整えることが難しい訪問診療先でも問題なく撤去することが可能であると考えられた。また, 術前のSRPやデンタルエックス線画像での骨欠損状態の把握は, 訪問診療先でのインプラント体の撤去の難易度を予測する有用な指標の一つと思われた。

(治療はインフォームドコンセントを得て実施した。また, 発表についても患者の同意を得た。)

一般口演-57 切歯孔にインプラントを埋入して全顎ブリッジを支えた1症例

○高橋 瑋, 古屋 延明, 浜地 宏哉, 宮崎 暁男, 高橋 章太郎  
 武蔵野インプラント研究会

A case of full bridge supported by an implant inserted into incisal canal

○TAKAHASHI A, FURUYA N, HAMAJI H, MIYAZAKI A, TAKAHASHI S

Musashino Implant Reserch Institute

I 目的: 上顎前歯部のインプラント埋入では, 骨吸収が大きく埋入部位に苦慮することが多い。今回, 前歯部の埋入に十分な既存骨が存在しないため, 切歯孔にインプラントを埋入し全顎ボーンアンカーブリッジの安定を岡り咬合回復したので報告する。

II 症例の概要: 患者は72歳男性, 平成18年8月上顎総義歯の状態に11本インプラントを埋入して全顎ボーンアンカーブリッジを装着した。しかし, 喫煙, 清掃不良, 検診放棄のため右上3番部を除き10本のインプラントを喪失した。にも拘らず, 患者はボーンアンカーブリッジの使用感が気に入り, 可撤式義歯ではなく固定式の補綴物を希望した。そのため, 再び禁煙指導を行い, 平成28年7月から29年2月にかけて, 先ず右上75番部左上256番部にインプラントを埋入し, ロケーターシステムで総義歯を支えた。

前回は埋入した残存右上3番部と新たに埋入した左上2番部のインプラントでは支持力不足のため, 全顎ブリッジの咬合の安定を考え, 更に前歯部に1本のインプラントは不可欠と考えた。しかし上顎前歯部にはインプラントを埋入するに足る歯槽骨は不足のため, 平成29年8月切歯孔にインプラントを埋入するため, 切歯孔の神経血管を搔爬しA-PRFとcerasorbを填入し骨造成を施術した。切歯孔の骨造成部に負荷がかかる

のを避けるため, 骨造成が得られるまで左上753番部右上256番部のインプラントで支えるロケーターシステムの総義歯で支えた。8カ月後の平成30年3月切歯孔部にストローマン社製BL直径4.8mm長径8mmのシリンダー型インプラントを埋入した。平成30年8月右上7531番部左上256番部にフレームワークで強化したブリッジを, 右上75番部正中部左上56番部の5カ所ですクリュー固定し装着した。術後2年10カ月経過し患者は固定式の補綴物に満足している。

III 考察および結論: 全顎インプラント補綴の咬合を安定させるには, 前歯部にインプラントを埋入することが望ましい。インプラントの埋入には, 造成骨よりも既存骨のほうが信頼できると考えられる。上顎前歯部の既存骨にインプラントを埋入するためには, 鼻腔底挙上か切歯孔にインプラントを埋入する方法が考えられる。術後の違和感を考えると, 術後の疼痛は大きい切歯孔に埋入する方が患者としては受入しやすいと考えられる。

(治療はインフォームドコンセントを得て実施した。また, 発表についても患者の同意を得た。再生医療等委員会承認計画番号PC3160162)