

## O-12 歯性上顎洞炎治療後に上顎にインプラント治療を行う際の工夫 Ingenuity of the implant treatment after the treatment of sinusitis

○大場英典<sup>1,2)</sup>, 金子児太郎<sup>1)</sup>, 池畑直樹<sup>1)</sup>, 濱田勇人<sup>1)</sup>, 近津大地<sup>1,2)</sup>, 松尾 朗<sup>1,2)</sup>  
○H. OBA<sup>1,2)</sup>, K. KANEKO<sup>1)</sup>, N. IKEHATA<sup>1)</sup>, H. HAMADA<sup>1)</sup>, D. CHIKADU<sup>1)</sup>, A. MATSUO<sup>1,2)</sup>

<sup>1)</sup>東京医科大学口腔外科学分野

<sup>2)</sup>東京医科大学茨城医療センター歯科口腔外科

<sup>1)</sup>Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Tokyo Medical University

<sup>2)</sup>Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Ibaraki Medical center, Tokyo Medical University

**I 目的:** インプラント埋入に関連する上顎洞のトラブルに関しては多くの報告がある。しかし、上顎洞炎治療を行った部位へのインプラント治療に関する報告は少ない。今回われわれは、歯性上顎洞炎の治療を行った後、インプラント埋入した2例の治療上の工夫について報告する。

**II 症例の概要:** 症例1は67歳男性、右上7動揺を主訴に当科受診。既往歴は高血圧があった。右上7は動揺度3度で、周囲歯肉に腫脹、発赤、ポケットを認め、CT像で右上7歯根周囲に透過像を認め、その部を中心とし洞内に不透過像を認めたが、自然孔は開大していた。以下の手順でインプラント治療を行った。

①抗菌薬の低用量長期投与、起因歯の精査および(右上7)抜歯

②インプラント治療前にCT撮影し粘膜肥厚の消失を確認

③術中に上顎洞との交通を肉眼的に確認し、必要時は上顎洞内洗浄

本例では、抜歯6か月後にラテラルアプローチにて上顎洞底挙手術を施行した。現在上部構造作製後1年であるが経過良好である。

2例目は、64歳女性、左上臼歯部違和感を主訴に当科に紹介来院した。既往歴は3年前にくも膜下出血。CTにて左上7周囲

に透過像を認め、その部を中心し洞内不透過部を認めたが、自然孔は開大していた。まず、左上7抜歯を行なったが、上顎洞との肉眼的な交通を認めなかった。2か月間マクロライドを低用量投与した後CT撮影し粘膜肥厚の消失を確認した。左上56はオステオームを用いた垂直的上顎洞底挙上を併用、右下6、左下5は通法に従いインプラント体を埋入し、上部構造を作製した。経過観察中にコロナ下での治療中断や子宮癌に対する放射線化学療法および手術療法を施行したが、上部構造作製後3年6か月経過した現在、経過良好である。

**III 考察および結論:** 上顎洞炎を起こしたとしても、適正に対応すれば上顎洞底挙手術も含めたインプラント治療は可能である。その際、以下の注意点に配慮する。

・まず、起因歯の抜歯および抗生剤投与など、適正な対応により上顎洞炎の根治を図る

・安全な埋入手術を担保するため、埋入前の上顎洞の状態は必ずCTにより確認する

・上顎洞炎への対応も含めた一口腔単位での適正な治療を施行し、インプラント治療後の全身状態の変化にも配慮する  
全ての治療は、インフォームドコンセントを得て実施し、発表は患者の書面での同意を得た。

## O-13 歯肉骨膜剥離子の開発について—容易な剥離が可能なデザイン— Development of gingival elevators -Easy to raspatorium design-

○西山晃司, 原田日和, 坂本智彦, 相澤八大, 多保絵美, 北村 豊, 月岡庸之, 奥寺元

○K. NISHIYAMA, H. HARADA, T. SAKAMOTO, H. AIZAWA, E. TABO, Y. KITAMURA, T. TSUKIOKA, H. OKUDERA

一般社団法人東京形成歯科研究会

Tokyo Plastic Dental Society

**I 目的:** 私どもはインプラント臨床を的確かつ迅速に行うために、Osteocrusher, Bone Spreading Expansion System, Periotope を開発してきた。術者の手術処置から、歯肉骨膜剥離を容易にスムーズに行うことは、手術時間の延長に絡み苦痛と創傷治癒に関係し重要である。今回力が出せない術者にも容易に出来る人間工学的でシンプルな歯肉骨膜剥離子を開発したので報告する。

**II 症例:** の概要 開発した歯肉骨膜剥離子はその形態をHeadとHandleに分け、先端部は鋭利な刃をつけて蕾状とした。その大きさは第一大臼歯よりやや小さく、これを大とした。側切歯の歯頸部よりやや小さめのものを小とし、それぞれを9mmと7mmとした。また術者が左右の部位によって移動しながら行う動作を避けるためと、人間工学的に無理がない姿勢のため、45度のアングルを与え、刃は左右につけた。また繊

維化し癒着した歯肉骨膜部に十分な力を与えるために把持部を蕾状の形態としその材質は硬質ステンレス製にした。(YDM制作厚労省医療許可番号11BZ0131) 同意を受けた患者に執行しその感触を把握した。

**III 考察考察および結論:** 従来型の把持部棒状・平状のストレーターは口腔挿入から口腔内の挿入操作に難があったが新剥離子は角度があるため、口腔内に挿入が容易であった。

粘膜癒着剥離において梃子の原理で少量の力で剥離ができ刃の大きさの形態から一気に大きく剥離ができ時間短縮ができ把柄部が手の甲に入り安定感があり安全性が高かった。また最小左右4本組のため多種の症例に迅速に対応もできた。

以上の事から角度付き及び刃の大きさ左右から人間工学的に優位な作業が可能となり女子などの指先の力が入らない状況においても効果的であった。