

89歳

INTRODUCTION WHY

長期予後良好症例：術後17年
P145に掲載



本症例は、インプラントを用いた全顎補綴治療により咬合再構成を行ったものであり、術後17年が経過している。

治療終了後は一切の再介入を行うことなく経過し、

生理的下顎位は安定して維持されている。また、咬合面には顕著な咬耗やポーセレンのチッピングは認められず、根面う蝕の原因ともなる歯肉退縮も生じていない。

69歳

INTRODUCTION

WHY

長期予後不良症例：術後17年
P99に掲載



本症例は同様にインプラント治療を用いた全顎補綴治療により咬合再構成を行ったものであり、術後17年が経過している。

術後5年時点では良好な経過が確認されていたが、8年目以降は通院が途絶え17年目に再来院した。

生理的下顎位は維持されず右側へ偏位し、咬合面の顕著な咬耗やポーセレンのチッピングを認め、インプラント補綴部位以外では歯肉退縮が生じ根面う蝕を併発している。

1-1 包括歯科臨床における先天的风险と後天的リスク

Point

- ①**先天的风险 (Congenital risk : C リスク)** 生まれもった個体差に起因するリスク。
 ②**後天的リスク (Acquired risk : A リスク)** 生活習慣や加齢, 環境要因, 歯科医原性の疾患などによって生じるリスク。

筆者が研修医として麻酔科にローテーションした際, 同科では臨床的なパラメーターや合併症の有無に基づき, リスクを相対的に5段階で評価し, それに応じたマネジメントが実践されていた。この評価手法が全身管理においてリスク回避に大いに寄与していることを, 臨床の現場で実感したことは今でも鮮明に記憶している。

この経験は, 包括歯科臨床においても同様にリスクを相対的に評価し, 治療戦略や長期的なマネジメントに反映させるべきであるという発想につながっている。患者にとっても術者にとっても, これは治療の安全性と予後の安定性を高めるうえで大きなベネフィットになるはずである。

そこで本章では, まずリスクを「**先天的风险**

(Congenital risk : 以下, **C リスク**)」と「**後天的リスク** (Acquired risk : 以下, **A リスク**)」に分類し, これらを整理・分析することで, 各症例の病態把握と予後予測に役立てるアプローチを提示したい。

C リスクとしては, 包括歯科臨床の根幹をなす「力(機能)」と「炎症」のコントロールに関連する個体差¹(詳細は後述)に加え, 全身合併症の影響(CHAPTER 6にて詳述)に着目する。

一方, **A リスク**については, 生活習慣による影響, 顎関節症(TMD), 偏側咀嚼, 歯科医原性の疾患, 加齢(エイジング), さらに全身状態の変化にともなうリスク(こちらもCHAPTER 6で詳述)を含め, 多角的に検討する必要がある。

1) 先天的风险 (C リスク) = 個体差 (Individual differences)

Individual differences				
Facial pattern	Mesofacial		Dolichofacial	
	Normal	Convex	Straight	Concave
	Class I		Class II	Class III
Bite depth	Normal bite	Deep bite	Shallow bite	Open bite
Chewing pattern	Chopping		Grinding (IO)	Grinding (IT)
C/P risk	Caries risk			Perio risk
Bio-type	Normal	Thick	Scallop	Flat
	High crest		Normal crest	Low crest
Tooth shape	Middle type		Tapered type	Square type
Risk Assessment	Low risk		Middle risk	High risk

図1 個体差評価表。

なお, Grinding (Inclined Oval : IO) はグラインディングタイプの斜め卵型を示し, Grinding (Inverted Triangle : IT) はグラインディングタイプの逆三角形型を示す。

図1は, 筆者が用いている個体差評価表である。赤枠部分には, 筒井照子氏が提唱した「SMC分類」²を列記しており, 水色枠部分は筒井昌秀氏が長年注視してきた要素³を, 筆者の視点で整理・再構成したものである。本

図表は, 各項目が左に位置するほどとローリスク, 右に位置するほどハイリスクとして視覚的に評価できるように構成している。

力(機能)のコントロールに関する後天的リスク(Aリスク)は、「生活習慣」、「下顎位の偏位」、「機能的咬合面形態」、「リモデリング」の4項目に大別される。これらは、筒井照子氏が咬合治療において重視されているキーワードでもある²。

これらの要素は、従来の咬合論とは異なる視点から病態を捉えており、中下顔面の歪みや顎関節症(TMD)の発症とその予後に深く関連する。とくに、口腔外圧に起因する顎関節障害や下顎の偏位、歯列不正といった現象は、ブラキシズムや歯科医原性の非機能的な咬合面形態と相互に関係し合い、病態の改善にともなってリモデリングを誘発する可能性が高まる。

ここでいう「リモデリング」とは、本来、**機能の変化によって生じる形態の二次的変化**を指す⁴。しかし本書では、「咀嚼筋のディコンプレッション(減圧)によって臼

包括歯科臨床におけるリスク評価を行うにあたり、チェックの優先順位としては、**先天的リスク(Cリスク)を起点とし、つぎに後天的リスク(Aリスク)へと進める**流れが、診断から治療計画立案に至るまでのプロセスをよりスムーズにするものと考えている。

Point 力(機能)のコントロールにおける後天的リスクの4つのキーワード (A Risk Factors)

- ①生活習慣(口腔外圧) (Extra Oral Pressure)
- ②下顎位の偏位 (Mandibular Position Shift)
- ③機能的咬合面形態 (Functional Occlusal Form)



中下顔面の歪み (Mid-Lower Facial Deformity),
顎関節症 (TMD)



- ④リモデリング (Remodeling)

歯部に離開が生じたり、下顎位が前方へ移動したりするような適応的变化」も、このリモデリングの一形態と捉え、重要な所見としていることを理解していただきたい。

Point 包括歯科臨床におけるリスクチェックの優先順位

- ①力(機能)の個体差(C リスク) (図1)
- ②炎症の個体差(C リスク) (図1)
- ③力(機能)の5大禁忌(A リスク) (図2)

2) 後天的リスク(A リスク) = 生活習慣

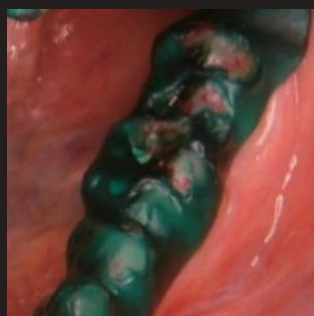
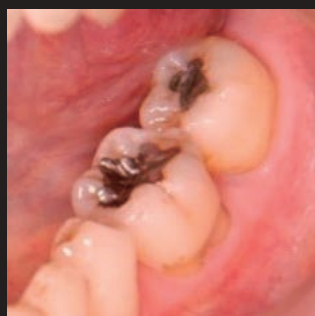
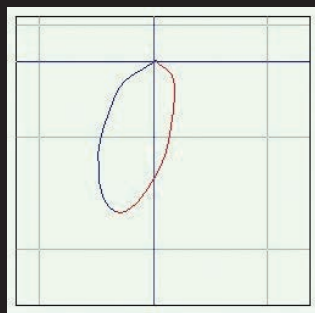


図2 力(機能)の5大禁忌⁵。

力(機能)の5大禁忌は、患者の日常的生活習慣と密接な関係がある。

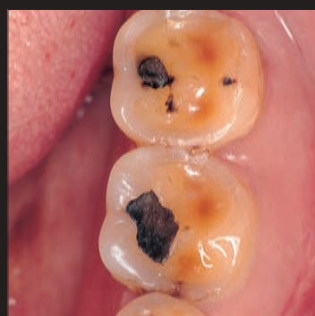
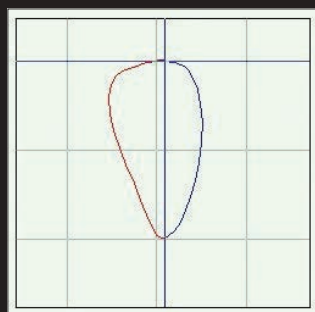
- ①歯ぎしりは噛み合わせの高さを低くする。
- ②うつぶせ寝などは上下顎を後方に押し込む。

- ③頬杖・横向き寝などで歯列を狭くさせる。
- ④頬杖・横向き寝などで上下の歯列や歯がはまり込む。
- ⑤頬杖・横向き寝・うつぶせ寝などで顎関節に負荷をかける。



- ①咬耗が進行すると、上下の歯を抱え込む
→歯単位の窮屈な咬合による側方・後方の干渉
- ②クレンチングの顎関節症の症状
- ③歯を揺さぶる(ジグリング)→歯の破折
- ④垂直的な骨欠損+炎症(歯石・プラーク)=二次性咬合性外傷

図62 Grindingタイプの斜め卵型
(inclined oval : IO) ¹⁾.



- ①咬耗が進行すると、アンチモンソンカーブ→ルーズな咬合
- ②Grindingタイプの顎関節症の症状
- ③顎位の不安定
- ④垂直的な骨欠損を起こしにくい

図63 Grindingタイプの逆三角形型
(inverted triangle : IT).

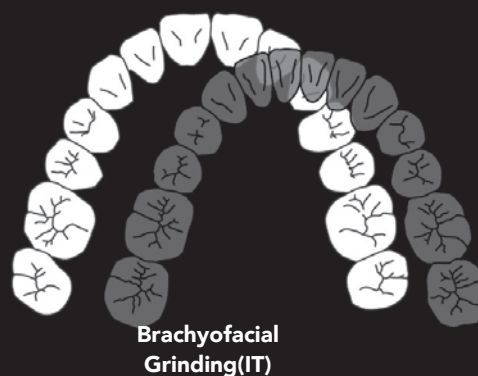
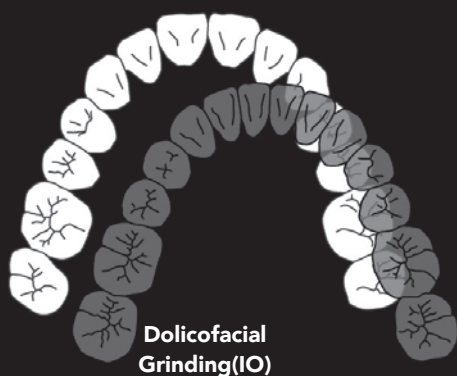


図64 Dolico-facial, Grinding(IO)では下顎の運動領域は後方で、Brachy-facial, Grinding(IT)では下顎の運動領域は前方となる。

Case 9 咀嚼サイクルにおける後方の干渉

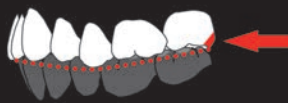
Dolico-facial
Grinding(10)

図65 下顎の運動領域が後方となるDolico-facialのGrindingタイプ斜め卵型チューイングで、スピー彎曲が強くなる場合や、最後方臼歯の遠心辺縁隆線などが高くなるときに、後方の干渉が生じる。



図66 初診時2の破折と2-1間の歯間乳頭の消失がみられるが、10年後にはほぼ回復している。

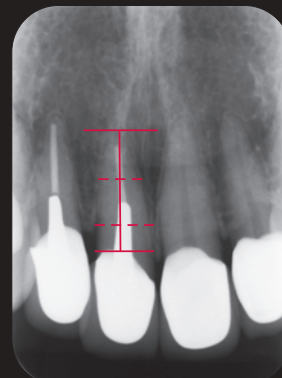


図67 全顎での歯周病リスクは認めないが、2-1間歯頸部の顕著な垂直性骨吸収を認める。右は術後5年で、同部骨造成を認める。

A>Cリスクマネジメント



図68 7後方の干渉の排除と、ICPとRPの整合性を獲得し、11年後も維持できたことで2-1部の再発はみられない。