

歯槽頂アプローチによる サイナスフロアエレベーション成功の法則

Part 2

CBCTによる術中の動的診査

—骨補填材料0.1cc 填塞後の上顎洞粘膜挙上形態の分類と追加填塞の可否—



園田 哲也

略歴
1992年 日本歯科大学卒業
1993年 財団法人日本歯科研究研修協会ポスト・グラデュエート・コース全日卒業
1994年 福岡県大牟田市にて開業
2012年 日本大学にて歯学博士号取得
所属
近未来オステオインプラント学会、OJ、山道同門会



原田 武洋

略歴
2001年 九州大学歯学部卒業
2005年 九州大学にて歯学博士号取得
2007年 山道歯科医院勤務
2012年 福岡県福岡市にて開業
所属
日本口腔インプラント学会、山道同門会

はじめに

上顎白歯部の吸収した顎堤に対して上顎洞内に骨を造成する方法として、上顎洞側壁を開窓して洞内に骨補填材料を填塞する側方アプローチ法とインプラント形成窩から洞内に骨補填材料を填塞する歯槽頂アプローチ法がある。垂直的既存骨が7mm以上ある場合は、歯槽頂アプローチ法が適応となる。歯槽頂アプローチ法は、外科的侵襲が少ないため広く応用されているが、決して容易な手術法ではなく、適切な手順で行わなければ大きなトラブルに発展する。歯槽頂アプローチ法は、「歯槽骨の状態、上顎洞形態、洞粘膜の状態」に個体差があるため術前にCT画像で診査しても予定どおりの挙上ができないことや、洞粘膜の伸展や損傷を起こすことがある。その理由として次のことが挙げられる。

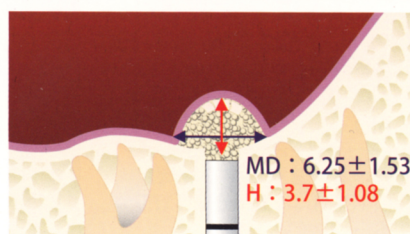
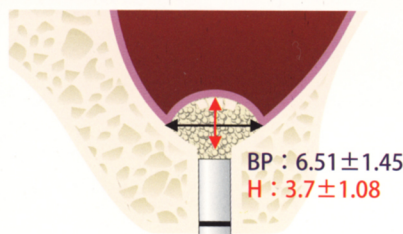
- ① 洞底骨骨折の誤診
- ② 洞底骨骨折範囲の差
- ③ インプラント形成窩周囲の骨密度の違い
- ④ 洞粘膜の挙上形態の多様性

手術を成功させるためには、術前のCT画像による診査だけでは不十分であり、術中の上顎洞粘膜の状態を判定し状況に応じて手術計画を変更する「動的診査」が必要になる。

筆者らは、Part 1で骨補填材料と挙上範囲(H：垂直的挙上範囲、BP：頬舌の挙上範囲、MD：近遠心的挙上範囲)の関係を調査した結果から、0.1cc填塞時の上顎洞粘膜の挙上形態をCT画像で診査することで、その後の填塞の可否を診断できることを報告した¹⁾。洞底骨骨折時に洞粘膜の損傷がなければ、0.1ccの填塞で洞粘膜を裂開させることはきわめて少ない。たとえ洞粘膜を裂開させたとしても洞内に散乱した量が少なければ自然孔より排出されるため上顎洞内の感染の可能性は低い。

今回は、骨補填材料0.1cc 填塞後の上顎洞粘膜の挙上形態をH/BP、H/MDの比をもとに4つに分類し、その状況やその後の追加填塞の可否について考察する。

0.1cc 填塞時の上顎洞粘膜の挙上範囲(平均 mm、n=61)と各比率



H/BP : 0.62 ± 0.37
H/MD : 0.64 ± 0.36
BP/MD : 1.07 ± 0.24