

## P-1-9 上顎洞隔壁の1分類と歯槽頂アプローチによる上顎洞底挙上の1症例

A classification of maxillary sinus septum and a case sinus floor elevation by alveolar crest approach

○日高 敏郎<sup>1)</sup>, 日高 恒輝<sup>2)</sup>, 多田 久代<sup>3)</sup>, 西山 晃司<sup>1)</sup>, 土屋 令雄<sup>1)</sup>, 山崎 一宏<sup>1)</sup>  
○HIDAKA T<sup>1)</sup>, HIDAKA K<sup>2)</sup>, TADA H<sup>3)</sup>, NISHIYAMA K<sup>1)</sup>, TSUCHIYA R<sup>1)</sup>, YAMAZAKI K<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 東京形成歯科研究会, <sup>2)</sup> 神奈川歯科大学保存修復学分野, <sup>3)</sup> 関東・甲信越支部

<sup>1)</sup> Tokyo Plastic Dental Society, <sup>2)</sup> Kanagawa Dental University, Division of Restorative Dentistry, <sup>3)</sup> Kanto-koshinetsu Branch

I目的：上顎臼歯部欠損のインプラント治療で歯槽頂から上顎洞底への骨高径が短い場合、上顎洞底挙上で骨造成を行う。挙上時の問題が上顎洞底部から上顎洞を分けるように隆起した突起状構造物の隔壁である。日本人の約3割にみられる隔壁は洞底挙上を困難にして上顎洞粘膜の穿孔をきたしやすい。隔壁の有無にかかわらず上顎洞はさまざままでよく把握できていないのが実情である。今回「上顎洞隔壁の分類 (Wen et al.)」の紹介と歯槽頂アプローチでの上顎洞底挙上の1症例を報告する。

II症例の概要：患者は52歳女性、上顎右側臼歯部ブリッジの違和感と上顎右側側切歯根端部違和感を主訴として2016年2月に来院。同月口腔審査、口腔内写真、パノラマエックス線、CT撮影および診断用模型を作成。全身状態は特に問題なかった。CTにて上顎右側臼歯欠損部に近遠心、矢状方向に走行する隔壁を認めた。Wenらの分類、「クラスD（困難な状況）：頬骨突起より前方／後方に位置、前後（矢状）方向へ走行するものと隔壁が複数存在する場合」であった。歯周組織検査ではPCR52%，BOP38.9%，上顎右側側切歯は抜去の要を認めた。欠損12.16部に患者は義歯、ブリッジを拒みインプラント治療を希望した。16部は上顎洞底挙上が側方アプローチでは不可能で歯槽頂アプローチを選択する旨を説明し同意した。口腔衛生指導後歯周基本治療へ進んだ。同年6月16部へ患者自己血

のPRF作製後、超音波骨切削機で歯槽頂アプローチの上顎洞底挙上を行い、PRFと骨補填材(maxresorb®, botiss Co., Zossen, Germany)を填入後、直径5mm長径6.5mmのインプラント体（エイトロープPro FB®, Platon Japan Co., Tokyo, Japan）を埋入した。初期固定は25N、PRFで被覆し縫合した。埋入後は患者の訴え、臨床症状もなく同年11月にジルコニア冠をセメントにて装着、口腔内写真とエックス線写真を撮影後治療終了とした。

III経過：2022年2月（5年3か月後）のメインテナンス時まで口腔内に異常所見はなく、エックス線写真においても顕著な骨吸収像はなく、患者は機能・審美ともに満足していた。経過良好と判断した。

IV考察および結論：上顎洞底挙上を困難にするのが隔壁であり上顎洞と隔壁、術式の研究は今後進むと考える。本症例では歯槽頂アプローチにより洞底挙上が行えた。造成した骨は安定していて口腔機能の維持が長期的に期待できるが、今後も予後観察は必要である。

（治療はインフォームドコンセントを得て実施した。発表についても患者の同意を得た。倫理審査委員会番号：17000104承認 承認番号：25210号）

## P-1-10 上顎臼歯部頸堤萎縮症に対し、移植材を用いないソケットリフトとショートインプラントを併用して治療を行った1例

A case of combined treatment using socket lift without bone grafting and short implants for maxilla posterior alveolar ridge atrophy

○飯島 洋介、権田 和弘、山崎 晨作、望月 秀人、牛窪 健太、高橋 匠、日野 峻輔、金子 貴広  
○IIJIMA Y, GONDA K, YAMAZAKI S, MOCHIZUKI S, USHIKUBO K, TAKAHASHI T, HINO S, KANEKO T

埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Saitama Medical Center, Saitama Medical University

I目的：移植材を使用しないサイナスリフトは臨床において広く認知され、移植材を併用した従来法と比較しても遜色ない結果が報告されている。本術式にはラテラルアプローチのほか、クレスタルアプローチを用いた方法も報告されており、低侵襲な治療法として期待されている。今回われわれは、上顎臼歯部頸堤萎縮症に対し、移植材を用いないソケットリフトとショートインプラントを併用して治療を行ったので報告する。

II症例の概要：患者は70歳女性、右上臼歯部の咀嚼障害を主訴に、2015年8月、当院を受診した。既往歴は胃がん、胆石症、C型肝炎、2型糖尿病であった。口腔内所見は、26欠損を認めた。患者は欠損部の治療方法としてインプラント治療を希望したため、画像精査を行ったところ、既存骨の垂直的骨量は約3mmであった。骨造成を含めたインプラント治療の必要性を説明したところ、患者は既往歴を理由に低侵襲な治療を希望したため、ショートインプラントと移植材を使用しないソケットリフトを併用した治療を行うこととした。術式は、クレスタルアプローチを用い、洞底部の1mm手前までドリル長径を減じて埋入窩を形成した。その後、深度調整可能なオステ

オトームを用いて上顎洞底を挙上し、洞内への移植材填入は行わずにインプラント体(Osseospeed TX φ4.0 × 6mm, Dentsply IH AB, Sweden)を埋入した。埋入約6か月後に2次手術を施行した。周囲歯肉の安定後に印象採得を行い、スクリュー固定式の上部構造を装着した。上部構造装着1年後のエックス線写真でインプラント先端を覆う骨形成が確認された。

III経過：2021年1月（埋入3年6か月後）口腔内所見、X線所見において異常は認められず経過良好と判断した。

IV考察および結論：移植材を使用しないソケットリフトは感染に対して安全な術式と考えられるが、洞粘膜の挙上量が限定されるほか、既存骨量が不足する際には、インプラントの初期固定が得られないという危険性がある。本症例では、洞粘膜挙上量を抑える目的からショートインプラントの埋入を選択し、良好な骨形成と経過が得られた。しかし、本術式の臨床応用は、埋入時に十分な初期固定が得られる症例に限定されるべきあり、慎重な手術操作が重要と考えられた。（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。）