

## O-2-45 インプラント予後不良例のうちインプラント体破折をきたした2症例

Two cases of implant failure due to implant body fracture among poor-prognosis implant cases

○梶原 稜<sup>1)</sup>, 酒井 洋徳<sup>1)</sup>, 草深 佑児<sup>1)</sup>, 秋田 大輔<sup>2)</sup>, 栗田 浩<sup>1)</sup>  
 ○KAJIHARA R<sup>1)</sup>, SAKAI H<sup>1)</sup>, KUSAFUKA Y<sup>1)</sup>, AKITA D<sup>2)</sup>, KURITA H<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 信州大学医学部 特殊歯科・歯科口腔外科学教室,

<sup>2)</sup> 安曇野赤十字病院 歯科口腔外科

<sup>1)</sup> Department of Dentistry and Oral Surgery Shinshu University School of Medicine,

<sup>2)</sup> Department of Dentistry and Oral Surgery Japan Red Cross Society Azumino Hospital

I 目的： 近年，歯科用インプラントが一般に普及し，欠損補綴治療法の選択肢として欠かせないものとなっている。しかしながら，インプラント予後不良例も同時に多数報告されている。当科は地域基幹病院として，歯科医院より予後不良となり，インプラント体の抜去，保存の可否診査を目的とした紹介受診が多い。そこで，われわれはインプラントトラブル症例のうち，インプラント体が破折し，抜去に至った症例を後方視的に検討することを目的とした。

II 材料および方法： 2006年～2024年にインプラントトラブルにて当科を受診した，158症例を対象とし，診療録よりを抽出した。そのうち，インプラント体の破折が原因でインプラント体抜去に至った症例について後方視的に検討した。

III 結果： 対象期間内のインプラントトラブル（インプラント周囲炎・インプラント迷入・インプラント破折）症例のうち，インプラント体に破折を認めたのは2例であった。症例1は，右上4番のインプラント体の破折のため当科紹介受診となった。約20年前に右上45番にインプラントは埋入され，上部構造にて45番は連結された。右上4番の上部構造が破折し，か

かりつけ歯科医院を受診，連結を切断した際に右上4番インプラント体の破折を認めた。当科初診時，破折した右上4番のインプラント体は骨性に埋伏し，頬側皮質骨には欠損を認めた。また，右上5番の上部構造には緩みがあり，左側臼歯部に咬合支持は無かった。局所麻酔下にて破折したインプラント体を除去した。症例2は，約8年前に埋入した左上5番のインプラント体の破折のため当科紹介受診となった。破折した左上4番のインプラント体は粘膜下に埋伏していた。右上臼歯部のブレードタイプのインプラントも破折のため既に抜去され，右側臼歯部に咬合支持は無かった。局所麻酔下にて破折したインプラント体を除去した。

IV 考察および結論： インプラント体の破折は長期の繰り返し応力による金属疲労が原因と考えられている。上部構造の緩みも金属疲労を助長させる要因とされ，インプラント体の破折を予防するためには定期的なメンテナンス及び長期経過観察が必要であると考えられた。

## O-2-46 クレスタルアプローチにおける術中偶発症の対応と臨床的考察

Management of intraoperative complications in the crestal approach and clinical considerations

○市場 敬基

○ICHIBA H

東京形成歯科研究会，関東・甲信越支部

Tokyo plastic dental society, Kanto-Koshinetsu Branch

I 目的： 上顎洞挙上術は，歯槽頂側から上顎洞穿孔及び上顎洞粘膜剥離を行うクレスタルアプローチと，上顎洞側壁から開窓，上顎洞粘膜剥離を行うラテラルアプローチがある。クレスタルアプローチは，外科的侵襲が少なく臨床的有用性の高い術式である。一方で，骨質・骨量および上顎洞粘膜の状態により術中偶発症が発生し得ることが知られている。本報告では，クレスタルアプローチ施行時に術中偶発症を認めた2症例について，その対応および経過を報告し，術前評価および術中判断の重要性について臨床的考察を加える。

II 症例の概要： 症例1：患者は41歳女性。左上第一大臼歯部に対しoneCASkit（OSSTEM, Seoul, Korea）を用いて上顎洞底粘膜の挙上を行った。粘膜挙上操作は良好に進行したが，骨質が軟化しておりインプラント体の初期固定が困難と判断したため，一次手術時の埋入を中止し閉鎖した。3か月後の再評価にて，上顎洞粘膜剥離部に新生骨の形成を認めたため，インプラント体（ET4 NH Regularfixture  $\phi 4.5 \times 8.5\text{mm}$ , Hiossen, New Jersey, USA）を単独で埋入し，さらに5か月後に上部構造を装着し経過は良好である。

症例2：患者は56歳男性。左上第一大臼歯部に対しoneCASkitによるクレスタルアプローチを実施した。粘膜剥離後，水圧挙

上の過程でシリンジ吸引時に空気逆流を認め，上顎洞粘膜穿孔の可能性を察知した。洞内にはコラテープのみを填入し，同時にインプラント体（TS III SA Regularfixture  $\phi 5.0 \times 8.5\text{mm}$ , OSSTEM, Seoul, Korea）を埋入した。3か月後に二次手術を行い，6か月のプロビナライゼーションを経て上部構造を装着し経過良好である。

III 考察および結論： クレスタルアプローチは，ラテラルアプローチに比して低侵襲であるが，骨質不良や上顎洞粘膜の菲薄化などにより術中偶発症の発生リスクが存在する。症例1では，初期固定が得られない状況を的確に判断し，埋入を延期したことで骨形成の促進と良好な予後を得た。症例2では，水圧挙上時の空気逆流から粘膜穿孔を早期に察知し，洞内填入物を最小限に抑えることで感染リスクを低減しつつ同時埋入を完遂した。これら2症例の経験から，術前における骨質・骨量，上顎洞の評価と，術中に起こりうる偶発症の予測，そして実際に術中における偶発症の有無の判断とその対応および予後について考察した。

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。