

CASE
20

複数の歯根穿孔および
分岐部病変をもつエンドペリオ症例

梅田 貴志 ソフィアデンタルクリニック分院（東京都立川市）

症例概要

年齢・性別：46歳・男性
来院経緯：7|における咬合咀嚼時の鈍痛を主訴として来院。
既往歴：約3年前に3回目の再治療を受けたとのことであった。以前の処置による歯質の過剰な切削および分岐部病変が認められる。6|は比較的大きな根尖周囲透過像が見られる（図2）が症状はなく、根管口部の過剰な歯質切削および被覆冠の不適合を認める。7|は損傷の度合いが激しく、予知性は乏しいことが予想されるため治療対象としないほうが良いことを説明したが、患者の歯牙保存に対する強い希望があった。

術前写真

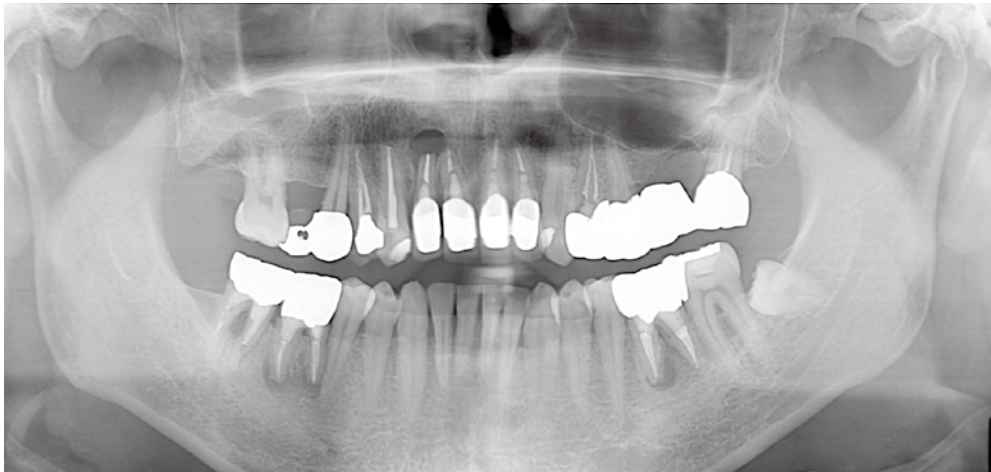


図1 紹介元での初診時パノラマエックス線写真では根尖部透過像が複数散見される。



図2 7|分岐部および6|根尖周囲に比較的大きな透過像を認める。

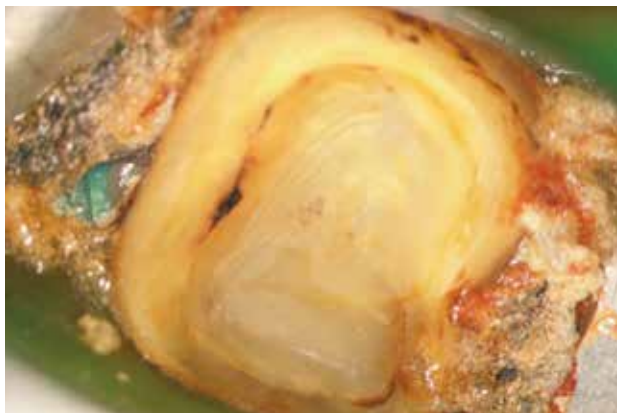


図3 7|の歯冠修復を除去した直後の状態。歯質菲薄が予想されるためコア材を慎重に除去する（ミラー像）。



図4 ある程度のコア材を除去したところ。以前の治療による過剰な歯質削除のため、分岐部髓床底頬側と近心根管内彎に穿孔を生じている（ミラー像）。



図5 既存の充填材料をすべて取り除いた状態。未処置の根管が認められる（ミラー像）。

読者への問いかけ

エンドペリオ病変の場合には紹介元の先生との連携が必要となる。なぜなら多くの症例では根尖病変の治癒の見込みは高く予想されるため、紹介元の先生での歯周治療かまたは歯周治療専門医による治療により、ペリオ病変の治癒が見込めるかの意見が重要となるからである。本症例では根管治療と歯周治療が功を奏したとしても、残存歯質量の観点から長期予後に乏しいことも予想しなければならない。補綴修復についてもいくつかの選択肢を用意して患者に説明しなければならないだろう。

難易度評価表

		条件悪い	妥当	条件良い	
補綴学的要因	フェルルの確保（5点/10点/15点）	●			26/50 点
	歯冠歯根比（5点/10点/15点）		●		
歯周病的要因	動揺度（1点/2点/3点）		●		
	プロービングデプス（1点/2点/3点）	●			
	支持骨の量（1点/2点/3点）		●		
	分岐部病変の有無（1点/2点/3点）	●			
	プラークコントロールレベル（1点/2点/3点）		●		
歯内療法的要因	外科的介入の難易度（1点/3点/5点）		●		

診断のポイント

根管治療は可能であるがペリオのアプローチと補綴修復の問題点をまず考察しなければならない。7|においては初診時に Highly Questionable の診断をしたが、患者の歯牙保存の強い希望があったために施術している。既存の歯質が脆弱なため、歯根破折についても視野に入れておく必要がある。

問題点

症状の原発がエンドかペリオかを見極めることは難しい問題点である。処置介入の手順を考慮しなければならず、また保存治療ができたとしても下顎第二大臼歯の歯根分割または、最後方歯遠心根を支台としたブリッジでの補綴修復のリスクは高く、本症例での残存歯質が患者の咬合力に長期的に耐えるかの予知性も非常に乏しいことが予想される問題点である。

術中写真

※ 4-f、5-a、5-b を除き、すべてミラー像

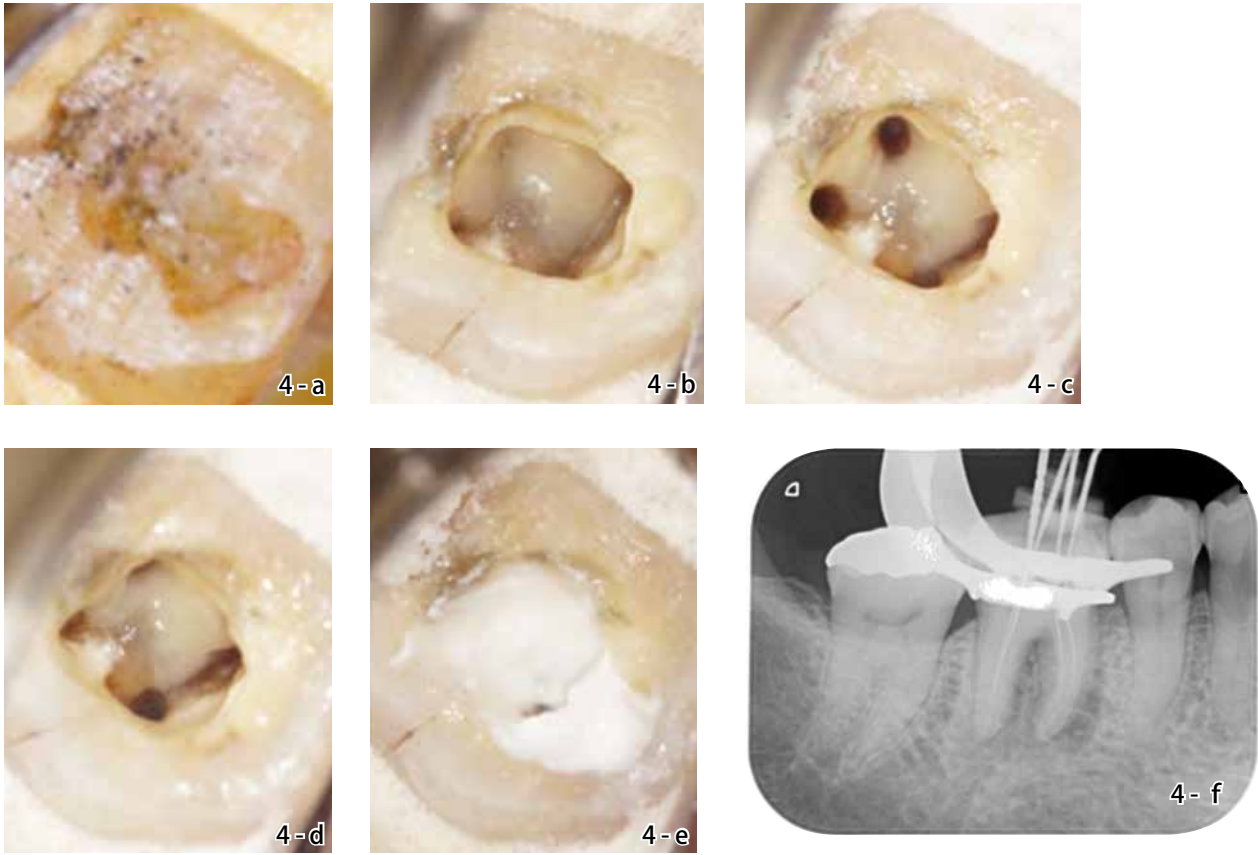


図 4 まずラバーダム防湿と術野の消毒を行った(a)。術前の診断どおり、天蓋除去時には歯髄腔からの出血はみられなかった(b)。初回の治療でアクセス・根管の探索・ファイルトライ・根管形成・洗浄を完了させて、水酸化カルシウムと精製水にて貼薬した(c~f)。根管形成完了後近心根管(c)、遠心根管(d)、貼薬時(e)、ファイルトライ時のデンタルエックス線写真(f)。

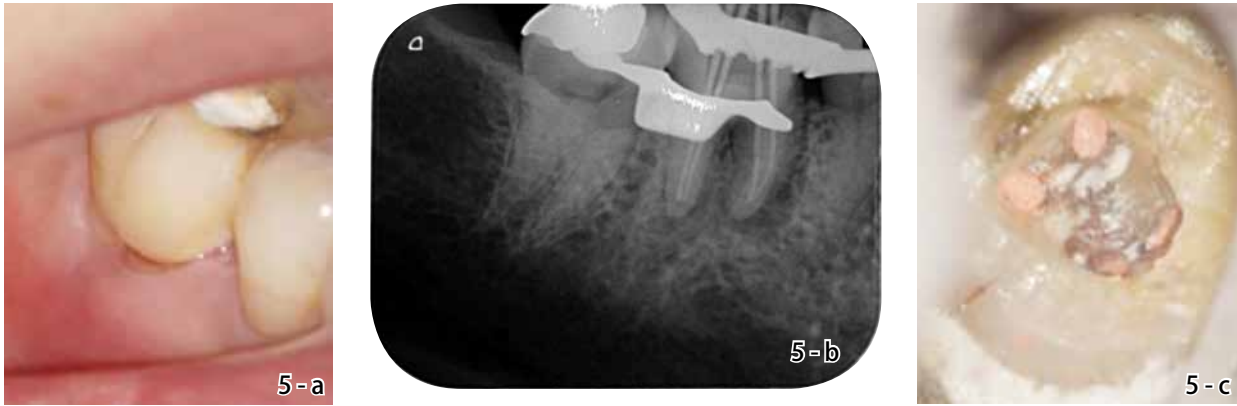


図 5 2回目の来院時には腫脹と瘻孔は消失していた(a)。ガッタパーチャポイントを試適した後(b)、CWCTにて根管充填を行った(c)。

治療経過

初回の診断どおり、アクセス時には歯髄腔からの出血はみられなかった。根管治療に反応して腫脹と瘻孔は消失し、歯周ポケットにも改善がみられた。以降の修復治療はかかりつけ医に依頼したが、頬側中央の歯周ポケット内のルートプレーニングなどの歯周治療については2～3ヵ月行わないように伝えた。術後7ヵ月経過においては分岐部と根尖部の透過像は消失しており、頬側中央の歯周ポケットも2mmと落ち着いているのが確認できた(図8)。

術後写真



図 6 根管充填後(正方線と偏近心投影)。臨床的な症状は消失しているが、この段階ではまだ透過像がみられる。

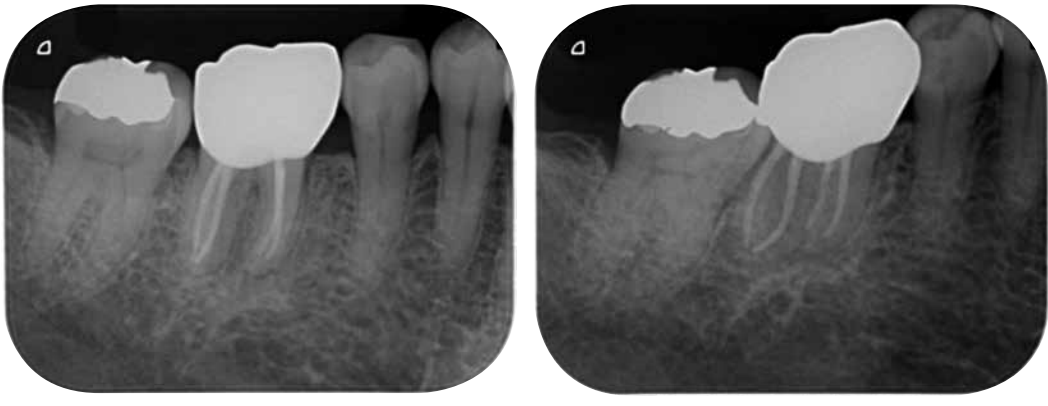


図 8 術後7ヵ月経過(正方線と偏近心投影)。補綴が完了している。分岐部および根尖部周囲の透過像が消失している。

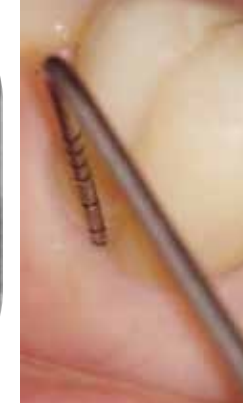


図 7 術後7ヵ月経過。分岐部の歯周ポケットは2mmと落ち着いている。

成功のポイント

まずはエンド治療を先に行い、ルートプレーニングなどの歯周処置は行わずに2～3ヵ月待ち、ペリオ的な再評価を行い、必要であれば歯周処置へ移行するというエンドペリオ治療の原則に沿い、エンド治療終了後から2～3ヵ月間、歯周治療は一切行わず経過をみている。この点について、かかりつけ医の理解があるかどうかは重要なポイントであると考えられる。

根管治療についてであるが、本症例では遠心根管の方が近心根管よりも彎曲がきつく、拡大形成の際には形成のエラーを起こさぬよう、4根管ともに一定の注意を必要とした。

考察

本症例においては年齢的な点と、根尖病巣と歯周ポケットに交通がなかったことから、分岐部病変はペリオ由来で、エンド病変とは別個に存在する可能性もあったが、結果的に分岐部の歯周ポケットはすべてエンド由来のもの(Primary endodontic diseases)であった。複根歯の分岐部側枝の発現率が決してまれではないことからみて、本症例のようにエンド治療の経過を見て、経時的に歯周ポケットがエンド由来であるのかどうか判断しなければならないケースはそれなりの割合で存在するはずである。

本症例においては、分岐部の歯周ポケットに対する歯周治療をエンド治療なしで行った場合、治癒しないどころか歯根膜が損なわれていた可能性がある。治療の順序立てと時期への配慮が治癒を得るために最も重要だったと言えるかもしれない。