

0-1-3-26 上顎洞底挙上術後骨補填材の関与する上顎洞炎の2症例

○川口和子¹⁾, 渡辺孝夫¹⁾, 山内大典¹⁾, 高橋常男¹⁾, 清水治彦²⁾

¹⁾神奈川歯科大学 人体構造学講座, ²⁾関東・甲信越支部

Two cases of maxillary sinusitis in conjunction with bone substitute of maxillary sinus floor elevation

○KAWAGUCHI K¹⁾, WATANABE T¹⁾, YAMAUCHI D¹⁾, TAKAHASHI T¹⁾, SHIMIZU H²⁾

¹⁾Department of Anatomy, Kanagawa Dental College, ²⁾Kanto-Koshinetsu Branch

I 目的: 上顎臼歯部歯槽堤高度骨吸収症例におけるインプラント埋入術の選択肢のひとつとして上顎洞底挙上術がある。本術式は開発当初より洞粘膜挙上スペース内に補填材を填塞することが一般的であり、自家骨をはじめ様々な人工材料が使われてきた。しかしながら、感染した時の骨補填材の影響が危惧される。今回、補填材を用いた上顎洞底挙上術を行い、感染し上顎洞炎を起こした2症例を経験した。経過を分析し、感染の原因と補填材の影響について検討した。

II 症例の概要: 症例1 女性, 51歳。初診2002年8月, 左上6が痛いと訴え某歯科に来院。根管治療を施したが経過不良で2003年8月抜歯。2003年9月静脈内鎮静法下パンチングで歯槽粘膜を除去, いわゆるソケットリフト法にて床形成し, 患者の同意を得て補填材1.0gを填塞し洞粘膜を挙上しながらヒドロキシアパタイト (HA) コーティングチタンインプラント (6.0mm×13mm) を埋入した。術終了より同部の激痛を訴え, 2003年11月インプラントを摘出した。しかしながら症状の改善が観られなかったため, 都合3回, 右上4, 5の根端切除, 洞内を含め補填材の徹底搔爬を行った。2009年10月, CTにて治癒を確認した。症例2 女性, 66歳。2002年4月右上6,7欠損の治療を希望し某歯

科受診した。2002年5月, 側壁法にて洞内アプローチ, 挙上スペースに補填材1.5gを自家骨粉と混ぜて填塞した。2003年6月, 粗面チタンインプラント2本 (3.7mm×13mm) を埋入したが動揺のため2004年5月に摘出した。2004年8月, いわゆるソケットリフト法にてHAコーティングチタンインプラント (4.2mm×14mm) トを埋入, 補填材はHA顆粒を用いた。2011年7月右上6, 7が相次いで洞内迷入し, 同年9月インプラントを摘出したが, 後鼻漏が観られた。

III 経過: 症例1は治癒確認後現在まで経過良好。症例2は後鼻漏が続いたため某歯科大学口腔外科にて洞内搔爬を行い, 現在に至っている。

IV 考察および結論: 症例1は隣在歯の根尖病巣, 症例2は迷入したインプラントが感染源と考えられ, いずれも補填材は感染を遷延化したものと考えられた。上顎洞底挙上術における補填材の使用に際しては, 感染に注意を払うとともに補填材を使用しない術式も考慮すべきと考えられた。