

長くその仕事をしていると、さまざまな状況に遭遇する。インプラント臨床も同じように、長く同じ分野の治療を行っている、さまざまな症例に遭遇する。そのたびに考え、悩み、適切な解決策を導き出さなければならないが、難症例に遭遇した場合は十分な治療結果が得られずに終わってしまうことがある。

例えば、骨再生分野の治療では、適切な GBR 法を行ったにもかかわらず、術後に創部裂開や感染を生じたりして十分な骨再生効果が得られなかったりすることを、インプラント治療を行う歯科医師なら一度は経験したことがあると思う。そして、なぜそのような結果になったのかについて検討しても、失敗の経験数が少なければ、その理由さえ見つかからない。かといって失敗の経験ばかりでは臨床医として成り立たない。そんなときは、経験豊富な年長者へ助言や意見を求めることもあるが、インプラント治療における骨再生分野は歴史が浅く、経験豊富な歯科医師が少ないのが現状である。

一方で、自家骨移植は長い歴史があり、古くから行われてきた基本的な骨再生法である。歯科口腔外科では顎骨腫瘍などの切除後に生じた顎骨欠損部位への骨移植手術が行われ、自家骨からアパタイトブロックによる骨補填材までさまざまな手法が行われてきた。そして、自家骨移植が有利で、特に血流を維持した自家骨の生着性が高いことがわかっている。しかし、血管柄付きの自家骨採取は、採骨手術としては最大規模の手術であるうえに、血管柄を母床骨周囲の動静脈へ吻合するための特殊な手術手技を必要とするので、歯科口腔外科でも一握りの歯科医師しか行っていない。

これに対してインプラント治療は、母床骨が健康なうえに、限定された範囲の骨移植であり、自家骨でなくても他種、他家、人工骨でも骨造成効果が得られてきた。ただし、本邦では他種、他家骨は入手困難であり、人工骨も含めて骨移植材料としては自家骨が最適であり、できれば自家骨移植による骨造成法を行っていきたい。

インプラント治療における骨移植が歯科口腔外科での病変摘出後の骨移植と大きく異なる

点は、単に骨欠損を補うためのものではなく、移植後にインプラント治療を予定していることである。そのため、十分な量の骨造成効果と、良質な骨質が要求される。かつて、血管柄付き自家骨移植後にインプラント体を埋入した症例で、インプラント体の脱落を生じたと聞いたことがある。骨移植の生着性のみを向上させても、インプラント体の骨結合が得られなければ意味をなさないのである。

忘れがちなのが、インプラント体は周囲骨からの骨形成により母床骨と骨結合していることである。周囲骨の骨形成とはリモデリングであり、リモデリングを受けやすい自家骨はインプラント体の骨結合の点でも有利である。それでも、自家骨移植による骨造成法は、いまだインプラント臨床医には普及していない。

インプラント治療は、外科手術でありながらシステマチックな手技が確立されたことにより、多くの歯科医師が実施しても同じ効果が約束された普遍性の高い手術法である。それに対して骨移植、特に自家骨移植は外科的要素が多いうえに、症例ごとに勘所が違うので、インプラント治療のような精度を求めることができず、インプラント臨床医から敬遠されてしまった。その結果、骨造成法として普及したのは、採骨手術の必要がなく、およその症例で同じ手術法で行える遮蔽膜を使用したGBR法であり、残念ながら自家骨移植法は一部の歯科医師が行うのみとなってしまった。

インプラント治療における骨造成法は、骨量不足症例の解決法として避けて通れない治療法である。特に難症例になるほど自家骨移植による骨造成法が効果的であり、そのような患者さんへのインプラント治療は、患者さんの人生を変えてしまうほど劇的である。自家骨移植に関する書籍や文献が少ないなかで、本書が骨造成法の必要なインプラント難症例に遭遇したときに役立てていただければ幸いである。

2010年11月 澤 裕一郎

---