

6班 発表



牧野♥ 五十嵐♥ 山本♥ 鎌田♥

主訴：下顎左側中切歯の根管充填後の**長期観察**で
根尖部透過像が**消失せず**、他院からの紹介で来院。



頬側*	3	2	3
歯種	┌1┐		
口蓋側*	3	2	3

1 問診

◎違和感が少しある

全身既往歴 なし

服薬 なし

2 視診

異常なし

3 触診

◎波動は触れない

4 打診

◎鈍い濁音がある



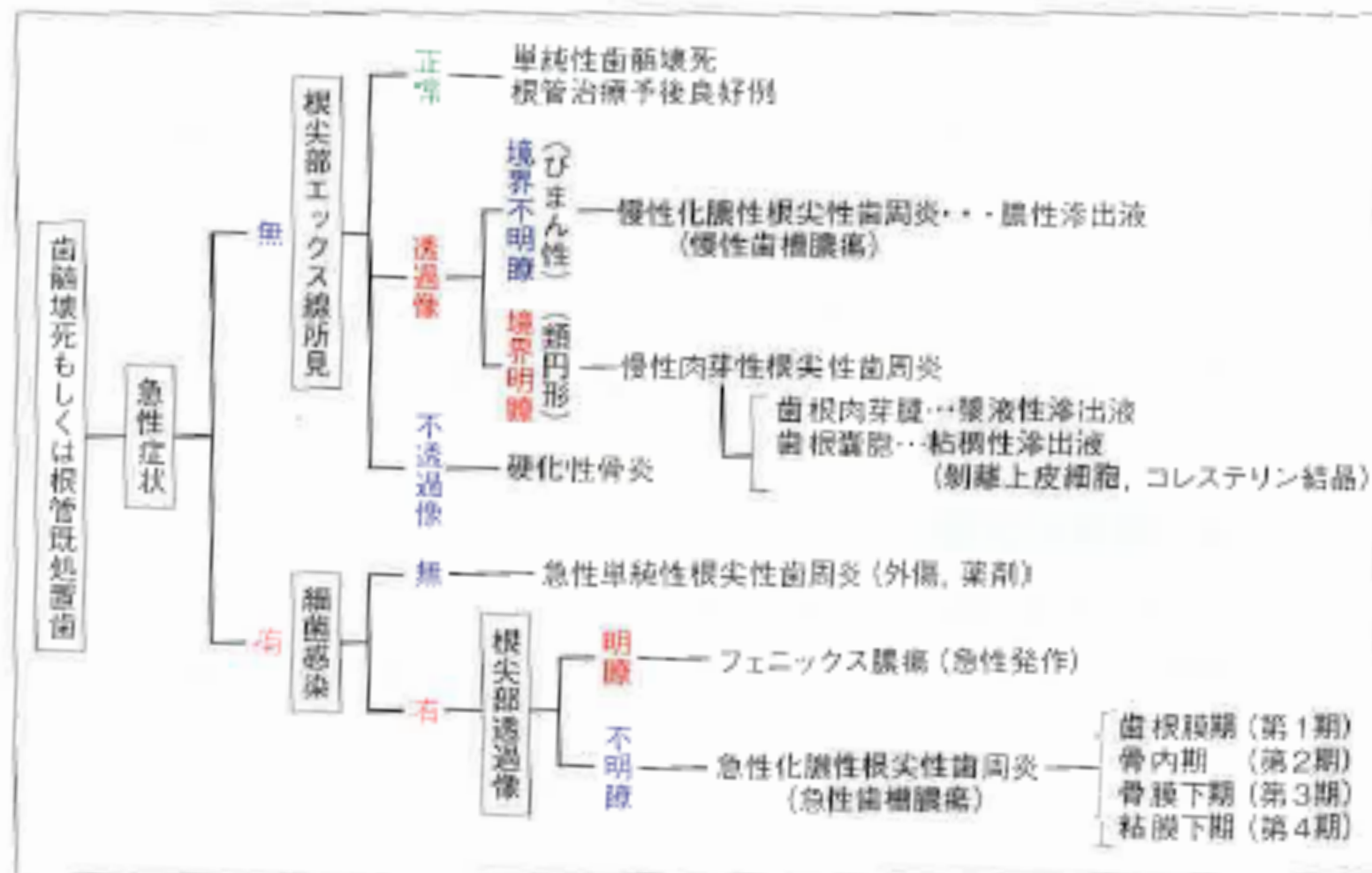
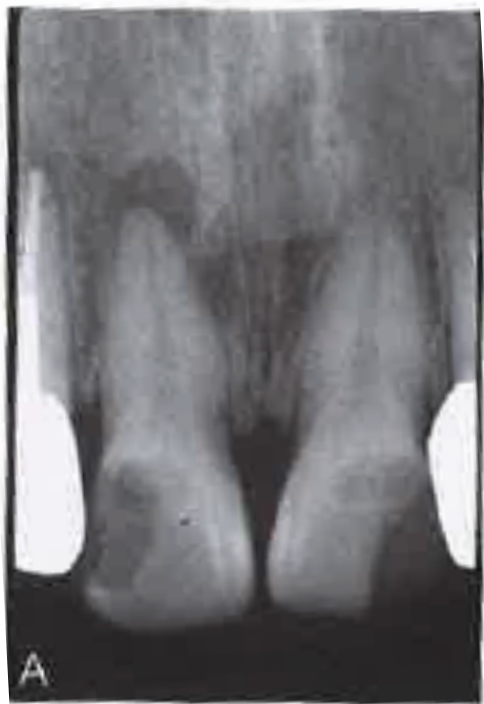


図 6-22 根尖性歯周組織疾患の診断手順

この時点での診断名は慢性化膿性根尖性歯周炎としか診断が難しい



齒根肉芽腫



齒根囊胞

放射 中山先生の講義プリントより



歯根嚢胞の特徴

- 1) 類円形で
- 2) 辺縁硬化線を有し
- 3) 境界明瞭な
- 4) 単胞性の
- 5) 内部均一な透過像
- 6) 根尖を中心に
- 7) 歯根膜腔と連続し
- 8) 根尖部の
歯槽硬線なし

加藤先生の講義プリントより

感染根管治療での治癒機転

(6か月以上の経過観察が必要)

^尖根穿孔から溢出したポイント/シーラーがある場合

- 肉芽組織による吸収
- 線維性結合組織による **被包化**

う～ん・・・



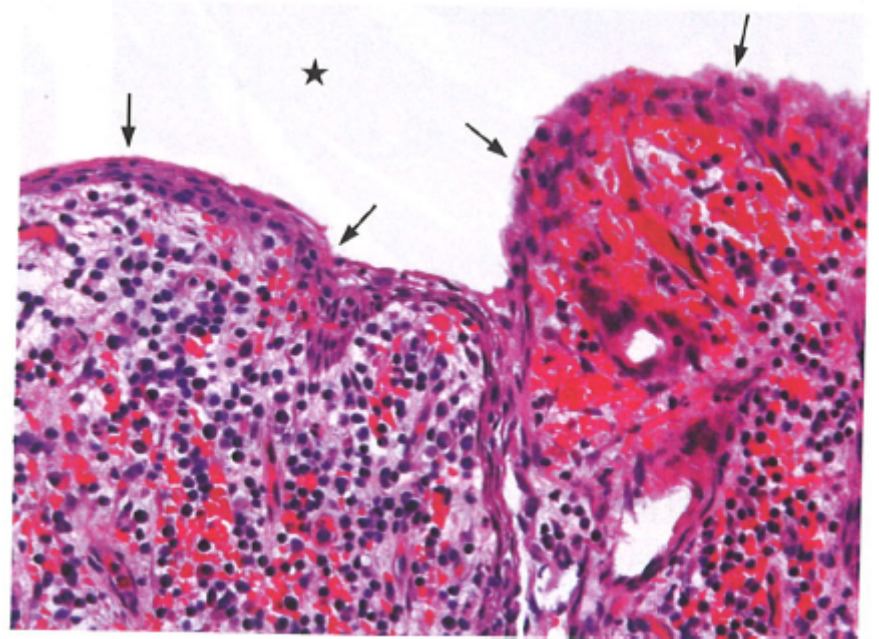
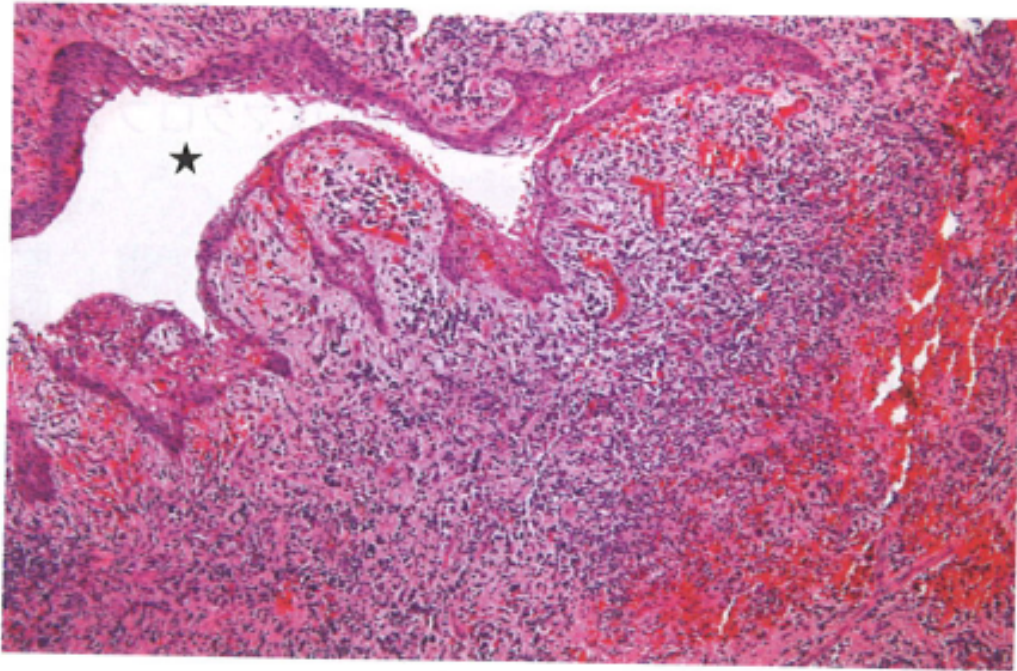
そうだ！
確定診断をしよう！

ただし、事前の確定診断は不可能
臨床では嚢胞摘出後に組織診をお願いする。

組織診→術後



拡大像



○考えられる診断名

慢性肉芽性根尖性歯周炎→
歯根嚢胞

○必要な処置は……

- ①嚢胞摘出
- ②歯根端切除
- ③逆根管充填

表 2-9 歯根尖切除術の適応症

解剖学的な問題	1 歯根尖の屈曲 2 根管の狭窄 3 根尖孔の閉鎖
根管治療上の問題	1 大きな根尖病巣 2 根管側枝の感染 3 根尖側での歯根破折 4 セメント質の感染 5 根管治療器具の破折・根管内残存 6 根尖付近での穿孔 7 除去不能なポストおよび築造体 8 根管治療後における根尖病巣の残存・拡大または再発

表 2-10 歯根尖切除術の禁忌症

1 通法の根管治療による再治療が見込める根尖病巣歯 2 根尖のエックス線透過像が大きい場合 (拡大の著しい病変では、歯根嚢胞以外の歯原性嚢胞や歯原性腫瘍の可能性もあることから、生検による確定診断が先行する) 3 歯冠/歯根比が不良な場合、すなわち歯根長の比率が低く、短い歯 4 辺縁性歯周炎との連続がある根尖病巣歯 5 歯頸部歯槽骨の吸収が著しい場合 6 歯根に縦破折が存在する歯

ここで、医療面接Time！

レッツ、インフォームドコンセント！



1 手術野の消毒

国師に頻出！！！！

2 局所麻酔

門先生より♡

3 切開と粘膜骨膜弁の形成

4 根尖病巣部の肉芽組織の搔爬、除去

5 歯根の先端の切除

6 逆根管充填

7 縫合

表 2-15 嚢胞の各術式の比較

手術名	開窓術(副腔形成法) Partsch I 法	摘出術 Partsch II 法	摘出開放術
術式	嚢胞壁を保存して嚢胞壁の一部を切除し、口腔と交通させて内容液の貯留を防ぎ、減圧により嚢胞の縮小をはかる。	嚢胞壁をすべて摘除するとともに、手術創を一次的に縫合閉鎖する方法	嚢胞壁をすべて摘除し、嚢胞腔内へタンポンを挿入して、手術創は縫合閉鎖を行わず、開窓法と同様に開放する方法
適応	・嚢胞が大きく多量の骨除去を要する場合 ・閉鎖創では術後感染の危険性が大きい場合 ・含菌性嚢胞の原因菌の萌出をはかる場合 ・術後性上顎嚢胞 ・ガマ腫	・小さい嚢胞 ・嚢胞の完全摘出が可能な場合 ・ガマ腫以外の軟組織の嚢胞	・嚢胞が大きい場合 ・閉鎖創では術後感染の危険性が大きい場合 ・周囲組織を損傷せず、完全摘出が可能な場合
利点	・手術侵襲が少ない ・感染を起こしにくい ・死腔を残さない ・周囲組織に損傷を与えない	・治癒が早い ・術後の不快感がない ・口腔の形態変化が少ない	・感染の危険がない ・創腔の閉鎖が早い ・骨の形成がすみやか
欠点	・開放腔の維持装置(オプチュレーター)が必要 ・治療に時間がかかる ・陥凹が残る	・感染を起こしやすい ・死腔を残す ・大きい場合、骨が再生しにくい(骨移植が必要となる) ・周囲組織の損傷	・術後の不快感 ・開放腔の維持装置(オプチュレーター)が必要

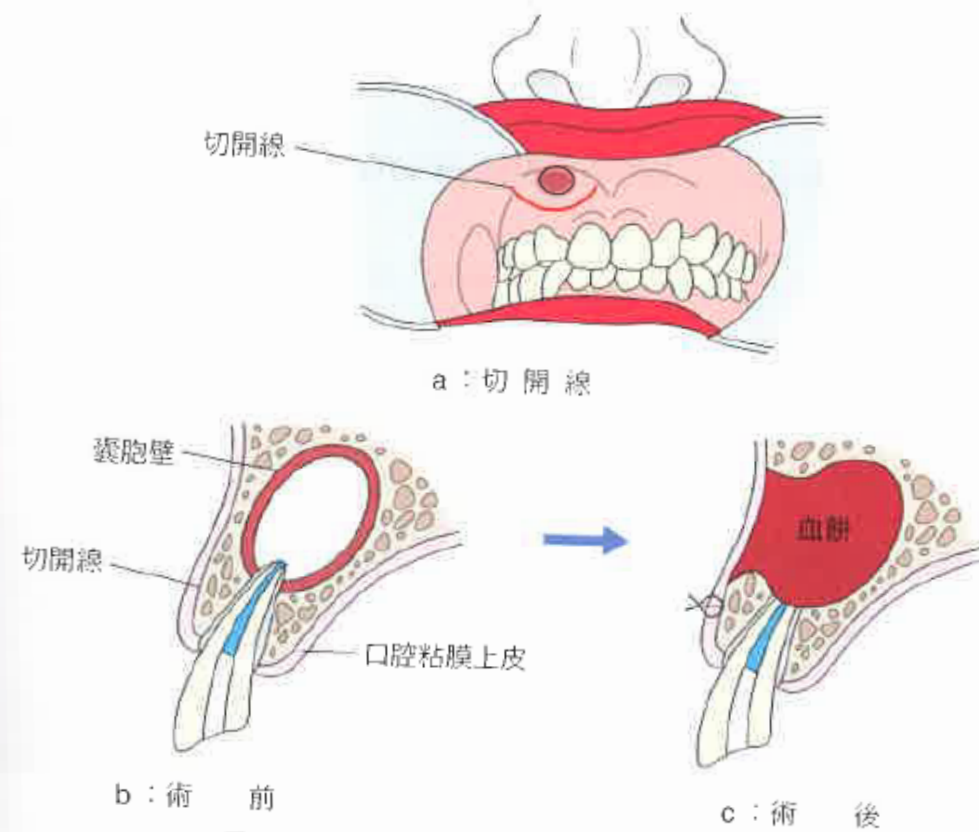
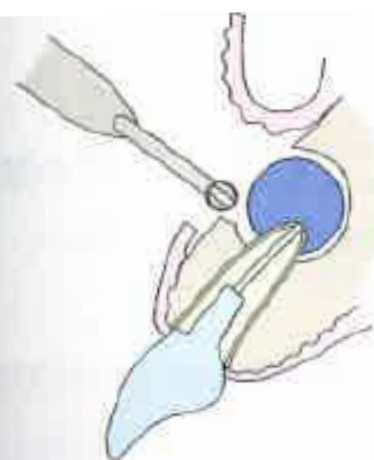


図 2-80 歯根嚢胞摘出術 (Partsch II 法)
歯根尖切除術が併用されている。



a : 根尖相当部の骨の開削
と病変の明示(ラウン
ドバーによる骨削除)



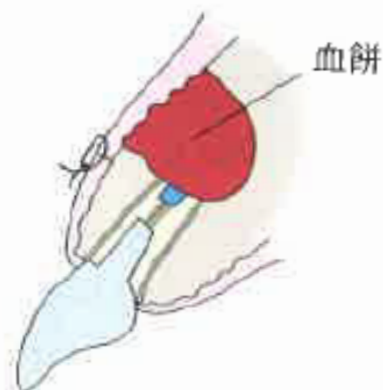
b : 根尖病巣の剥離摘出(小
剥離子による病変摘出)



c : 骨欠損部の形成と根尖切
除、根尖切断端の形成



d : レトロチップによる窩洞形成



e : 逆根管充填ののち縫合閉鎖

図 2-11 歯根尖切除術の手術手順

パルチ 2 の説明

利点

嚢胞壁をすべて除去できるので再発がすくない

治癒が早く術後の不快感が無い

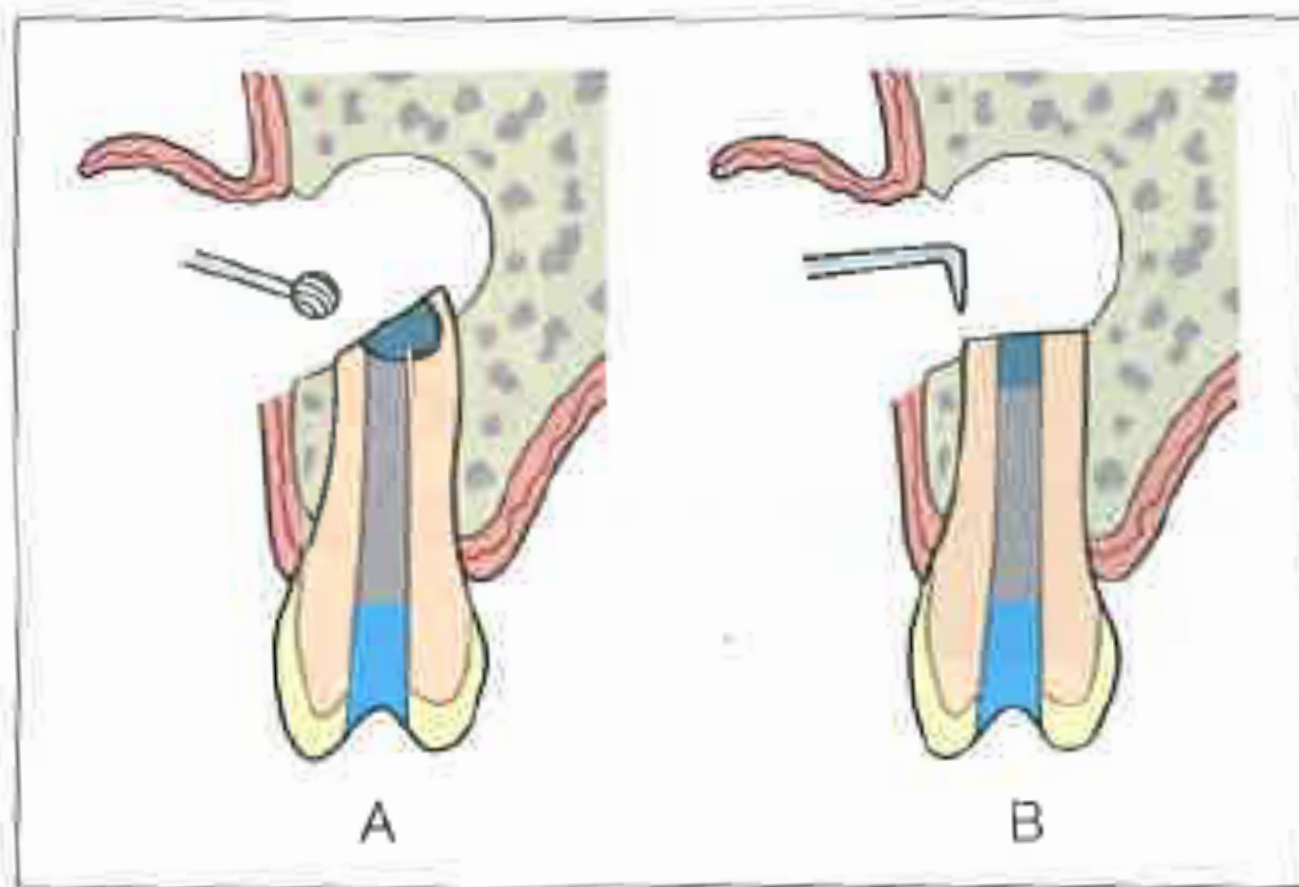


図 12-8 歯根切断の角度の違いによる影響
歯軸に対する角度が 45° (A) と 10° (B) の例。

10度と45度の説明

45度だと象牙細管を伝って内・外に再感染をしやすい

10度だと歯質削除量も少なく、45度より再感染しにくい

根管の走行に沿って窩洞の深さは3mm

(長澤先生プリントより)

逆根管充填にはMTAセメントが良好な成績を示している

だがこの角度の話は以前の方法で
現在臨床では歯軸に対し直角に切除する。



図④ 上段・切開線の種類（黄線：歯肉溝切開、緑線：Ochsenbein-Luebke）。下段・臨床例（左：歯肉溝切開、右：Ochsenbein-Luebke 切開）

エンドの成書を見ると、
切開法はOchsenbein-Luebke切開が推奨されている。

これは水平切開を歯肉縁から3～5mm離れた付着歯肉にスキャロップ状に入れ、縦切開を水平切開の片側、もしくは両側に加える方法。

利点
辺縁歯肉や歯間歯肉に触れられないためワスムンドより歯肉退縮を起こしにくい。

欠点
縫合が難しく、切開線部分に瘢痕形成しやすいがパルチより良好

尚、パルチも瘢痕形成が起こりやすい

Ochsenbein-Luebke切開の注意点はポケット深さをきちんと図ってから行わないと歯肉弁がプンプンになってしまう。

術式に必要な器具および材料

(1)術野の消毒

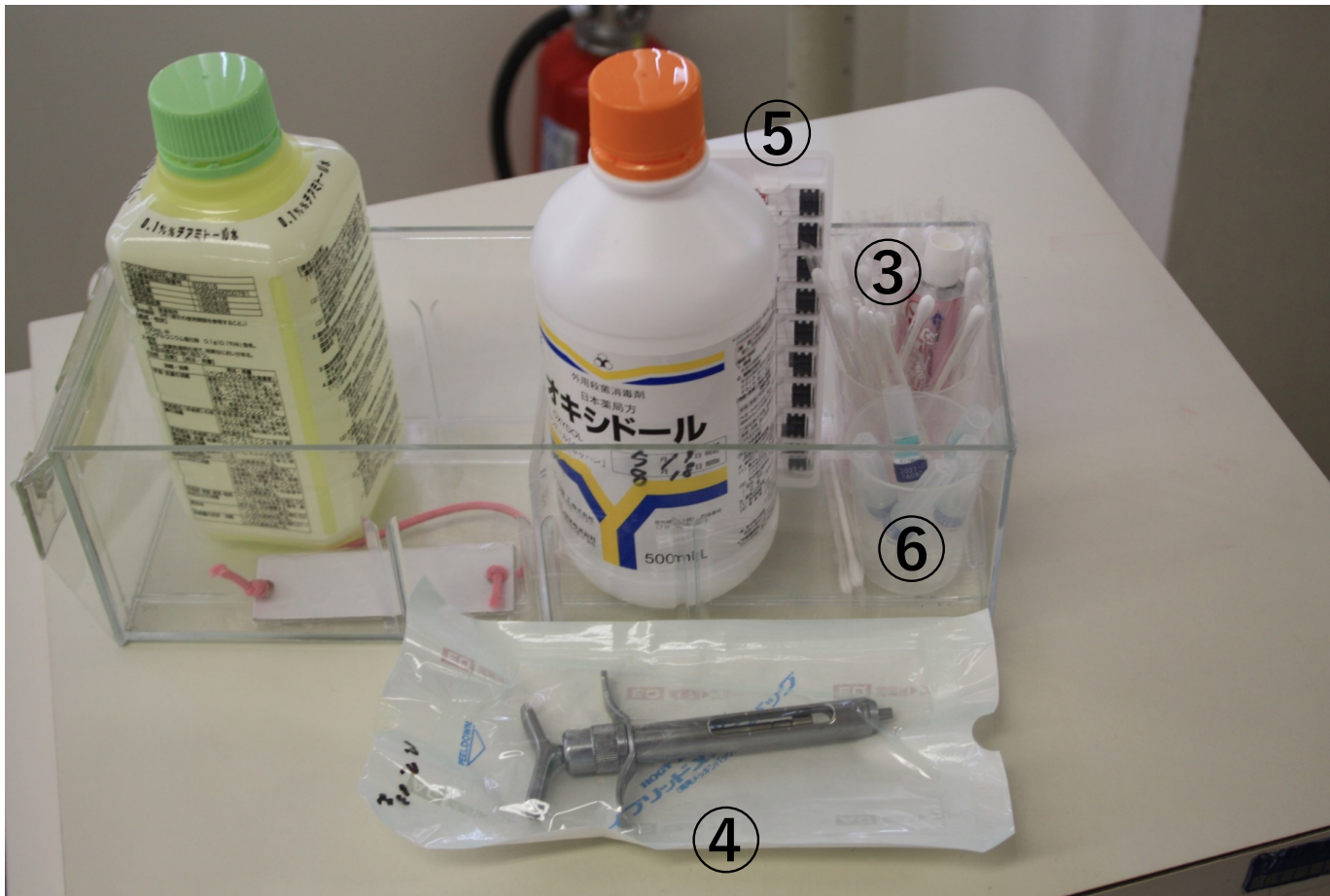


①ネオステリングリーン
(塩化ベンゼトニウム)

②ジアミトール
(塩化ベンザルコニウム)

術式に必要な器具および材料

(2)局所麻酔



③表面麻酔薬＋綿棒

④注射器

⑤カートリッジ

⑥注射針



術式に必要な器具および材料

(3)切開及び粘膜骨膜弁の形成



⑦No.15メス

⑧骨膜剥離子

⑨マイセル

⑩マレット



ライングロックシステム

生切セット

外科用
バキュームチップ

フッ素・歯磨剤・コン

コーンブライヤー

抜糸鉗

持針器

下顎
前歯用抜歯鉗子 46

上顎
前歯用抜歯鉗子 1

フッ素用紙パッド

イクリナー

替刃メス

メスホルダー

下顎
小臼歯用抜歯鉗子 21

上顎
小臼歯用抜歯鉗子 32

ヘーベル(直)

下顎
大臼歯用抜歯鉗子 27・222

上顎
大臼歯用抜歯鉗子 10

破骨鉗子

ルートチップ

マイセル

下顎
残根用抜歯鉗子 44

上下顎兼用
残根用抜歯鉗子 69

骨やすり

ゾンデ

粘膜剥離子

骨膜剥離子

術式に必要な器具および材料

(4)病巣部の搔爬及び除去



⑪鋭匙

⑫ボーンファイル





(5) 歯根尖の切除



⑭フィッシャーバー
ラウンドバー

⑮ レトロミラー

術式に必要な器具および材料

(6)逆根管充填



①⑥持針器

①⑦針付き糸

①⑧糸切りばさみ

NEX
MTA CEMENT
PULP CAPPING MATERIALS
NET WT. 0.3g



GC

GC CORPORATION
TOKYO, JAPAN

TERUMO®

テルモシリンジ®

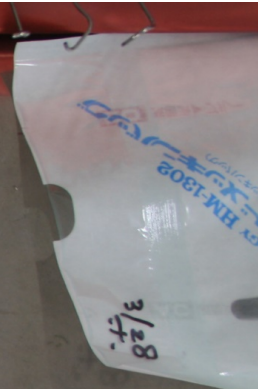
ガンマ線滅菌済



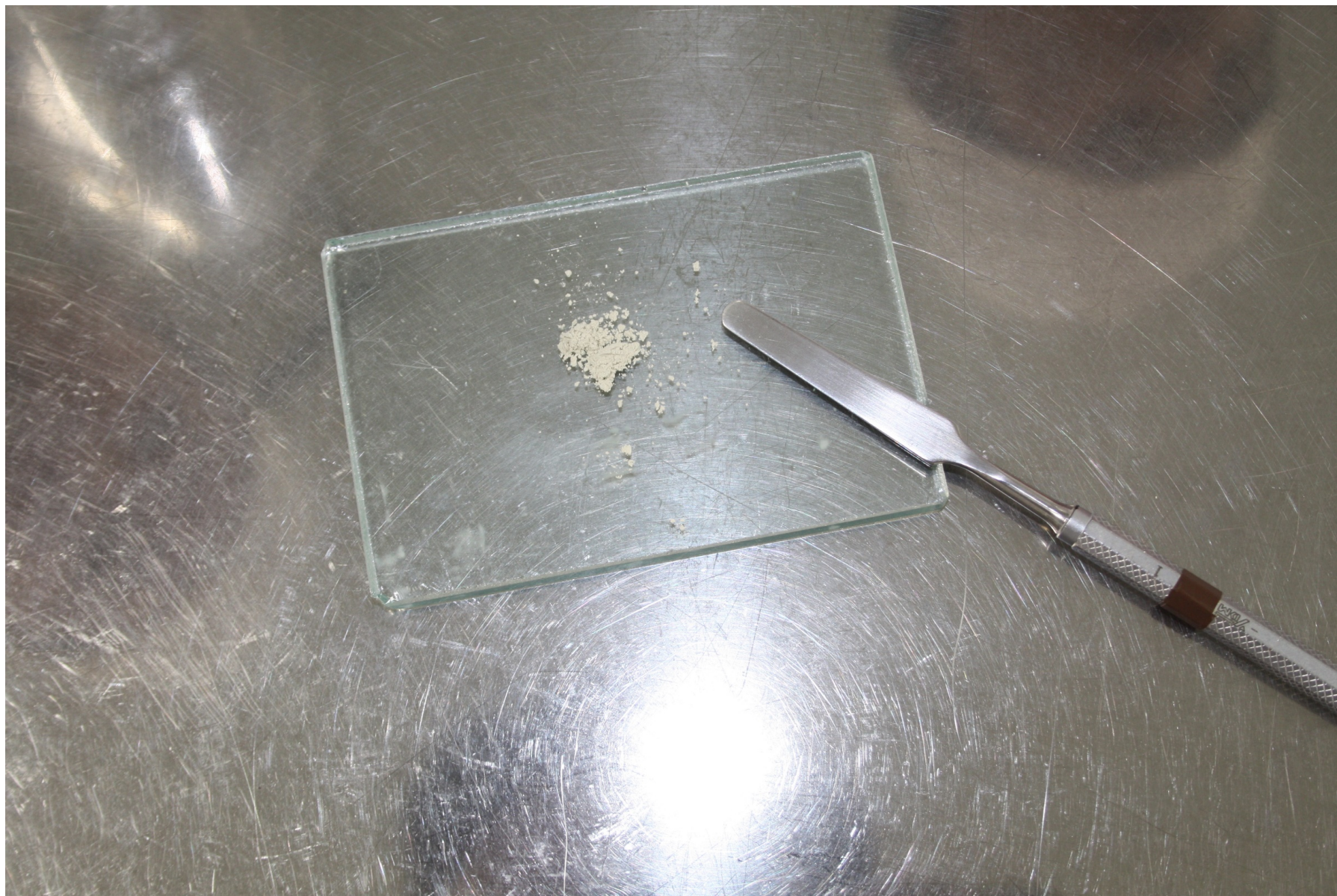
中口

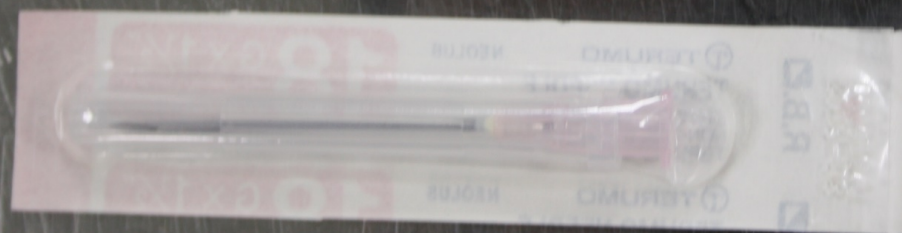
1 mL

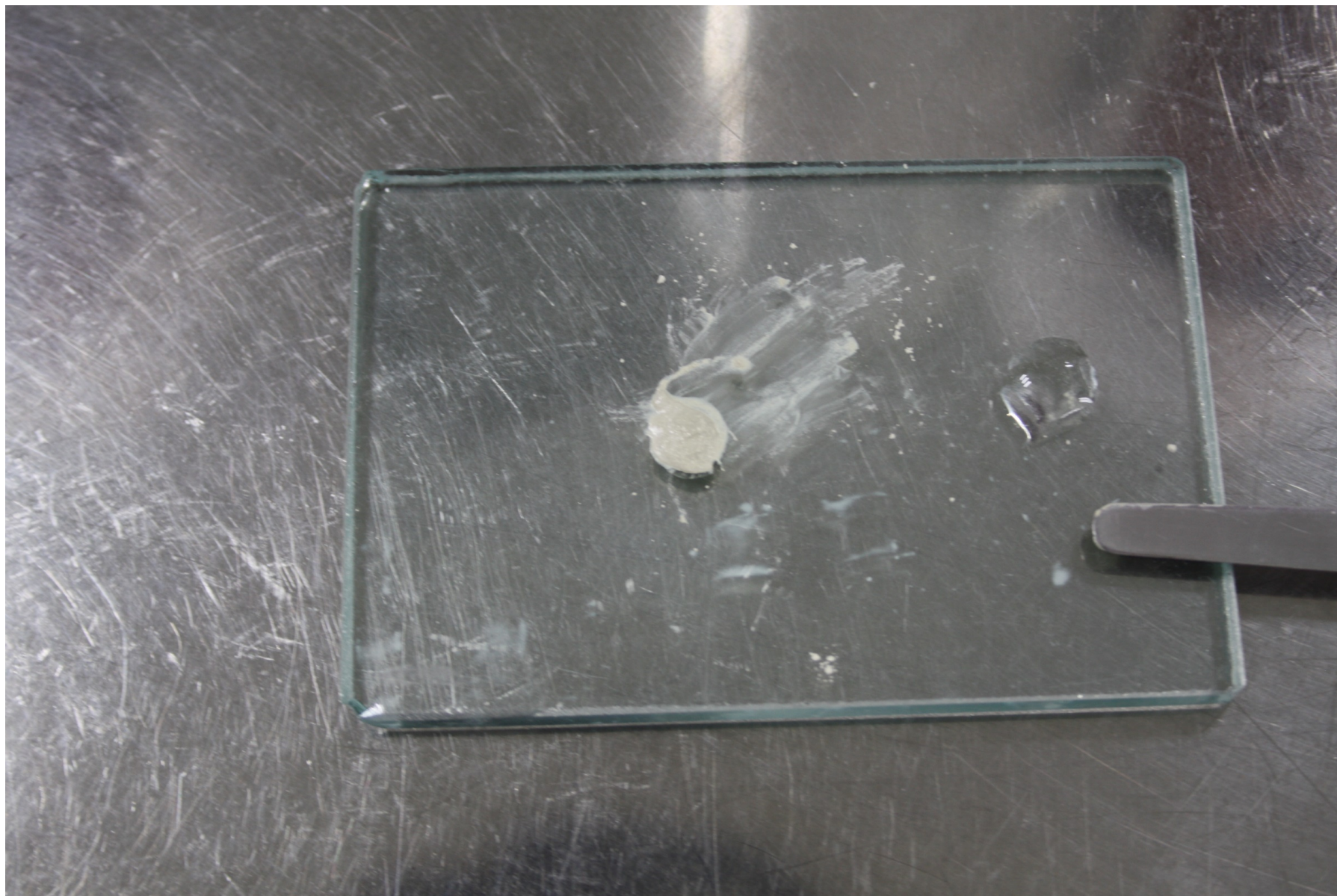
ツベルクリン用











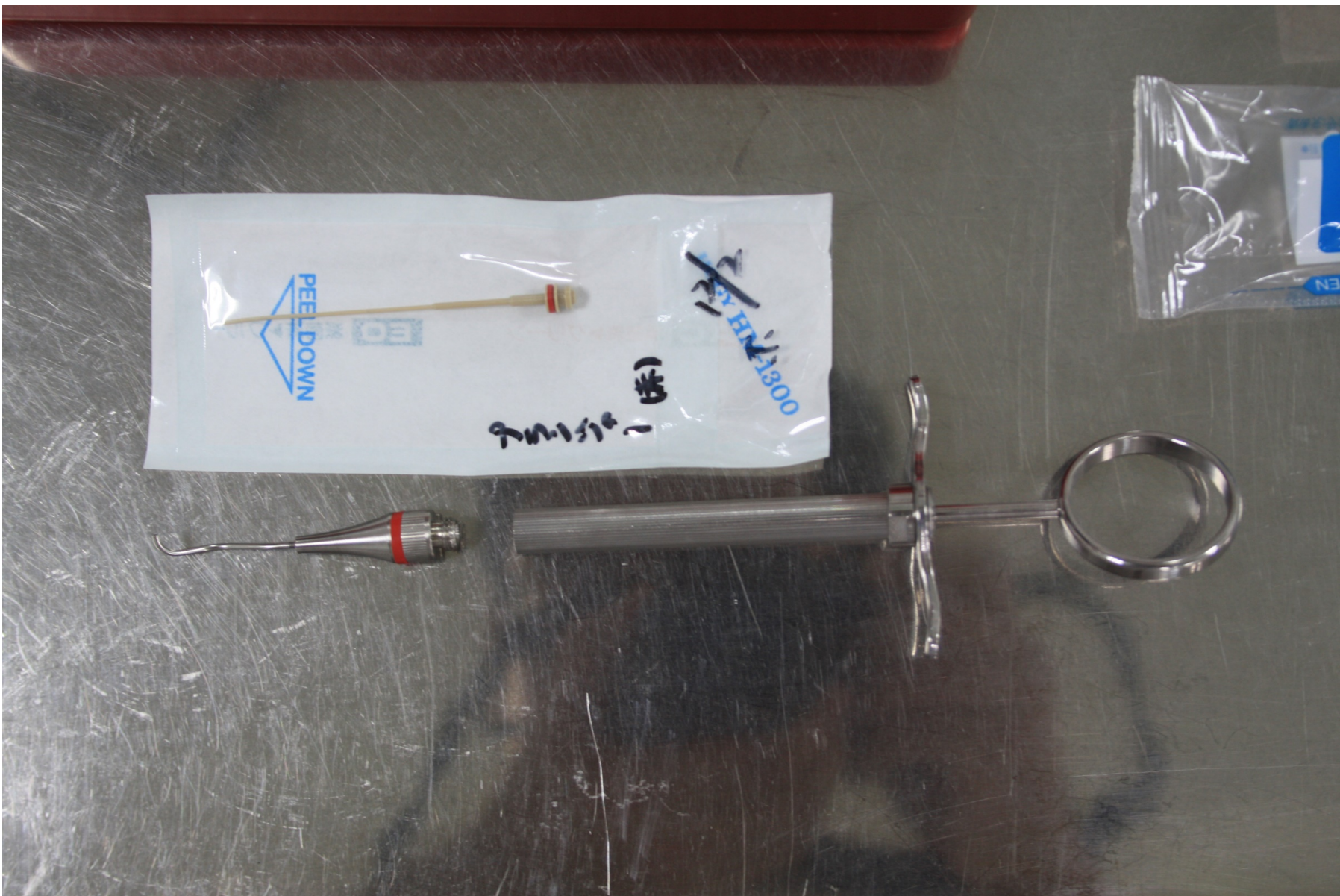


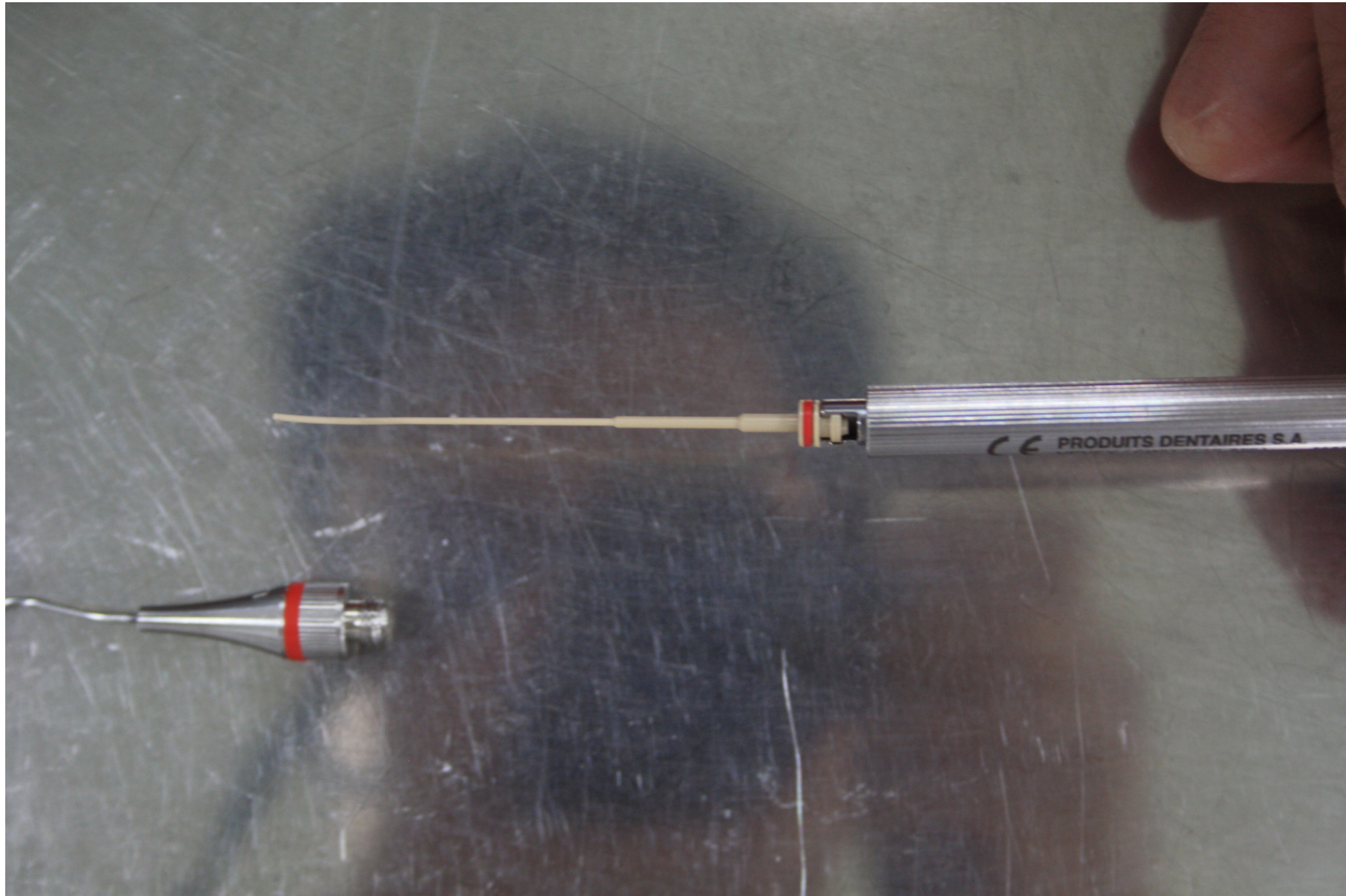


HANDLE No.3

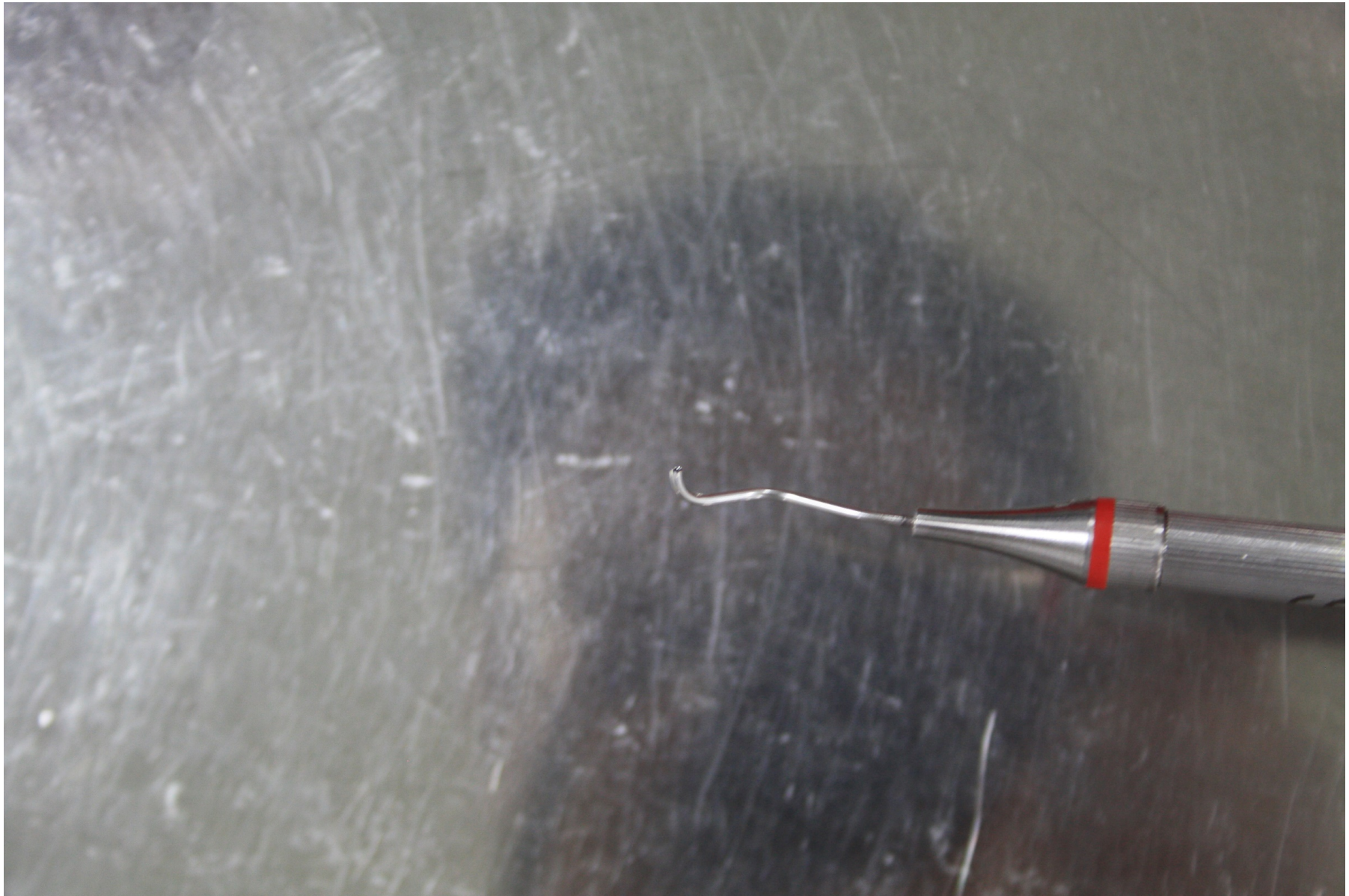


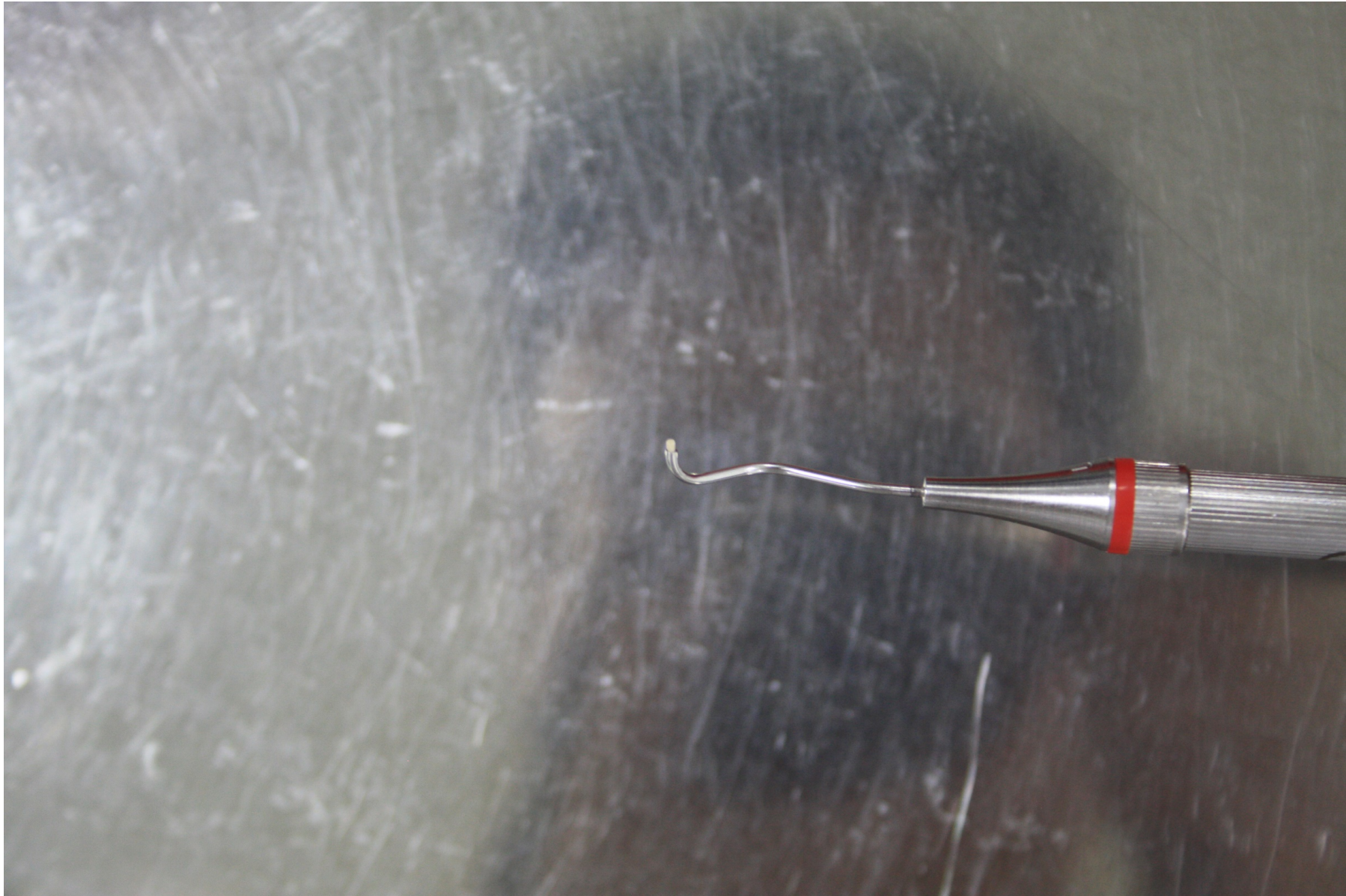














レトロチップ (重要！ B y 門先生♡)



レトロミラー（重要！B y 門先生♡）

