

講演 2



北村和夫 (きたむら かずお)

日本歯科大学附属病院

総合診療科 1 教授 教授

「根管治療の治癒とは病理学的に根尖の治癒形態」

歯内療法は苦手であるという声をよく耳にします。その理由として、「治療すると痛みが出ることもある」、「根管の中がどうなっているのかわからない」、「手間がかかる割に保険点数が低い」など様々なことが推察されます。しかし、何といたっても治療結果が読めないことが大きいのではないのでしょうか？治療結果不良とは、X線写真で根尖部に透過像が現れることを意味します。自分で治療を行った根管治療歯に、根尖病変が現れる像はできれば見たくはないのではないのでしょうか。しかし、根尖病変は、日常臨床で毎日のように目にするのではないのでしょうか？

根尖病変は細菌感染が原因です。その成立機序は複雑ですが、原因菌を理解しておくことは重要です。病変の成立は免疫反応の結果であり、どのようにして歯根や骨が吸収していくのかをご自身で理解し、患者説明に役立てていただきたいと思います。

根尖病変は、歯根肉牙腫と歯根嚢胞に大別されます。どこまでが歯根肉牙腫でどこからが歯根嚢胞なのかの判断は病理診断によるところが大きい。病態を理解するためには病理は必須です。歯根嚢胞は、True cyst (完全に上皮に囲まれ根管と交通がないもの) と Bay cyst (嚢胞壁が根管と交通しているもの) に分けられます。Bay cyst は根管治療のみで、治癒する可能性があり、True cyst は根管治療のみでは治らないと考えられます。根尖に透過像があって歯根嚢胞が疑われた症例のうち、実際に上皮に囲まれた嚢胞壁をもつ病変は15%であり、True cyst はわずか9%であるとの報告があります。すなわち残りの91%は根管治療により治癒する可能性があるのです。しかし、根尖病変のある歯の根管治療の成

成功率は 100%ではありません。ある報告によると、根尖病変のある歯の初発治療の成功率 86%であるのに対し、根尖病変のある歯の再根管治療の成功率 62%しかありません。歯種別にみると根尖病変のある上顎側切歯の成功率 67%なのに対し、根尖病変のある上顎大臼歯再治療の成功率はわずか 15%です。これは、上顎大臼歯の近心頬側根管は 2 根管が多く、4 根管の確率が高いこと、根尖の先に上顎洞があること、骨が緻密でないことなどが原因として考えられます。

講演では、炎症性歯根外部吸収、歯根内部吸収の治療と病理についてお話ししたいと思います。また、根尖病変に関しては、非外科的歯内療法が第一選択です。しかし、非外科的歯内療法で治らない根尖病変も存在します。その場合は、外科的歯内療法が選択されます。外科的歯内療法による治療の病理についても症例を交えてお話ししたいと思います。意図的再植や脱落歯の再植においては、歯根膜の状態が治療に大きく影響することを肝に銘じて治療していただければと思います。本講演が、先生方の明日からの根管治療の参考になれば幸いです。

略 歴

昭和 61 年	日本歯科大学歯学部 卒業
平成 2 年	日本歯科大学歯学部大学院歯学研究科歯科臨床系修了 日本歯科大学歯学部歯科保存学教室第 1 講座 助手
平成 9 年	日本歯科大学歯学部歯科保存学教室第 1 講座 講師
平成 21 年	日本歯科大学附属病院総合診療科 1 准教授
平成 27 年	日本歯科大学附属病院総合診療科 1 教授（現在に至る）

所属学会

日本歯科保存学会（理事、専門医・指導医）、日本歯内療法学会（代議員、専門医、指導医）、日本顎微鏡歯科学会（副会長、理事、指導医）、ジャパンオーラルヘルス学会（理事、認定医）、関東歯内療法学会（理事）