

# インプラント治療部

教授 魚島勝美 准教授 星名秀行

近年、歯科インプラント治療は予知性の高い治療として広く普及するようになり、欠損補綴治療の選択肢の一つとなっています。新潟大学医歯学総合病院（以下、本院）では1997年7月にインプラント外来を設置し、インプラント診療班運営委員会の下でチームアプローチによる治療を行ってきました。その後、2006年4月にインプラント治療部が発足し、専任部員と兼任部員の協力の下に組織的かつ効率的な治療を行ってきました。今年でインプラント治療部（以下、当治療部）発足後10年が経過しました。今回、過去の10年の治療実績を把握するとともに、現状、今後について報告させていただきます。

外来における患者実績について：年度別の新来患者数は当治療部が発足後増加し、最多は2008年の213人で、当治療部開設後の5年間は患者数が毎年ほぼ倍増していました。最近5年間は年間130人前後で推移しています（図1）。これら患者の紹介は院内からの紹介が33.3%、院外からの紹介が43.0%と多くを占めていました。10年間の外来における年度別インプラント埋入手術件数および本数は年間90件から150件（平均114件）および平均199本でした。

入院における患者実績について：入院管理は口腔外科との協力体制の下で行っています。当治療

部発足当初の2006年度は26人でしたが、近年患者数は増加し、2015年度が75人と最多でした。手術は局所麻酔によるもの315件、全身麻酔によるもの148件でした。手術の内訳はインプラント埋入が185件、骨造成が183件、骨造成とインプラント同時埋入が46件と続いていました。最近、短期入院下、静脈内鎮静法を併用した局所麻酔によるインプラント埋入症例が年々増加しており、高齢、有病患者さんには周術期の痛みなどの苦痛がなく、満足が得られています。

インプラント治療の流れについて：インプラント埋入のため診査、X線CT撮影後、シミュレーションを行い、インプラント症例検討会を行います。症例検討会では数十人が参加して、インプラント治療の妥当性、具体的な診療計画、埋入部位、本数、長さなどを検討し、場合によって骨移植や骨造成が計画されたりもします。インプラントは埋入（一次手術）一定期間後に二次手術が必要なシステムもあり、プロビジョナルレストレーションによる補綴後に最終補綴物を装着し、その後もメンテナンスにより定期的なフォローアップをすることが重要です。

前処置としての骨造成について：近年のインプラント治療の進歩の1つにトップダウンリートメントの概念に基づく骨増成法の改善が挙げられます。骨があるところにインプラントするという発想から、インプラントが必要なところに骨を作るという発想への転換です。骨増成法としては、自家骨を用いる骨移植術が一般的であり、下顎支部やオトガイ部から骨を採取しますが、時に腸骨から多くの採取をしたり、骨延長術を用いたりすることもあります。入院下の骨造成手術は前述の通り10年間で183件であり、その内訳は顎堤形成術82件、上顎洞底挙上術42件、顎堤形成術と上顎洞底挙上術を同時に行った症例は59件でした。

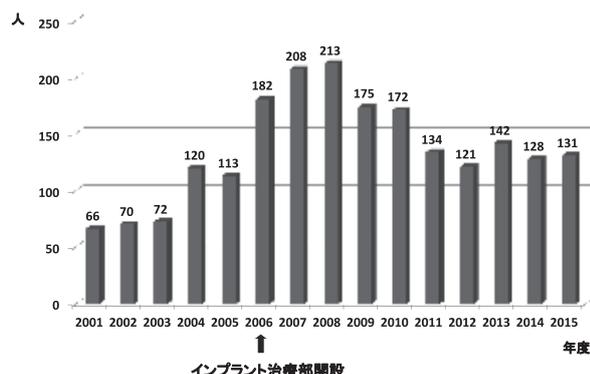


図1 年度別 新来患者数

先進医療および保険適用の症例について：本院は2004年2月より特定承認保険医療機関の認定を受け、『インプラント義歯』による治療が先進医療として認可され、広範囲な顎骨欠損の患者のインプラント治療の費用の一部が保険適用となっていました。すなわち、インプラント埋入前の検査、画像検査、骨移植などの前処置、入院費などに健康保険が適用され、2011年3月まで計60例に先進医療を行いました。平成2012年4月からは先進医療が終了し、『広範囲顎骨支持型装置』として保険が導入され、現在までに計16例を対象に治療しています。これらの認定基準は悪性腫瘍、良性腫瘍、嚢胞の術後、歯の先天性欠損症、外傷症例などに限られ、広範囲に顎骨が欠損しているものです。

再生医療等について：2007年より、本院顎顔面口腔外科、生命科学医療センター、細胞プロセッシングセンターとの共同研究により、「自家培養骨膜細胞を用いた歯槽・顎骨再生」を臨床導入し、現在まで70数例に施行しています。その結果、骨造成後は形態的にも組織学的にも優れた骨の状態を示していることを国内外に発表しました。現在、本院では再生医療等として、「自己多血小板フィブリン（PRF）を併用する顎骨の骨造成」、「自己多血小板血漿（PRP）を併用する顎骨の骨造成」についても厚生労働省に届け出を行い、臨床応用しています。これらによって、成功率がより高く、手術侵襲が少ない骨増成およびインプラント埋入を行うことが可能となり、患者さんの手術侵襲の軽減に結びついています。

最新の治療法、コンピューターガイドシステム：最近、「All-on-4（最低4本のインプラントで上顎または下顎全ての歯を支える）」と呼ばれるインプラント治療が提唱され、骨量の少ない無歯顎患者でも、骨移植せずに固定性ブリッジを装着することができるようになりました。この手術の際、NobelGuide<sup>®</sup>、SurgiGuide<sup>®</sup>といった「コンピューターガイドシステム」を用います。CTデータに基づいたインプラント埋入シミュレーションを正確に反映させた、光造形によるサージカルガイドを用いるため、計画通りの位置に埋入できます。粘膜を切開・剥離せずに埋入し、術後すぐ固定性ブリッジを装着（即時荷重）することもあります。これにより患者さんへの手術侵襲を減らす

ことが可能で、非常に満足していただけます。

病診連携について：当治療部は大学病院にあって地域医療の中核となるべく努力するばかりではなく、そのためには診療所の先生方のご協力も必要不可欠です。また、診療所の先生方のお役に立てる場面も多いと思っております。実際、CTによる画像診断依頼をはじめ、インプラントのための骨増成、インプラント埋入のみを紹介いただく症例もあります。特に骨増成はインプラント治療の適応拡大とともに日常の歯科臨床においても益々その必要性が高まりつつあると思われます。引き続きご紹介をいただければ幸いです。

最近、インプラント治療の成功率は一般に約95%とされ（本院では98%）、その予知性と信頼性が飛躍的に向上してきました。一方、インプラントによる知覚異常、インプラント周囲炎、インプラントによる上顎洞炎などが起こる可能性も否定できません。これらのトラブルにつきましても当治療部がその対応を行っていますので、下記のスタッフに気軽にご相談、ご紹介いただければ幸甚に存じます。

専門医育成について、当治療部は日本口腔インプラント学会および日本顎顔面インプラント学会の研修施設に認定されています。また、本院では独自のインプラント指導医、認定医システムを構築しています。本院の認定医育成コースの内容は取得希望者による症例検討、症例報告の実施や、学外講師によるインプラントセミナー、ハンズオンセミナーへの参加などを含みます。これらのシステムを通して、専門医の育成、質の高いインプラント治療を提供できるよう努力をしております。

インプラント治療部は発足後10年経ちましたが、専任部員は未だ少ない組織ですので、兼任スタッフの協力を得ながら、スタッフ一同、さらに良いインプラント治療を提供できるよう、努力をして参りますので、諸先輩、諸兄には益々のご協力、ご鞭撻のほど、この場をお借りしましてお願い申し上げます。

診療体制、インプラント治療部スタッフ：  
部長（魚島勝美、兼任（冠ブ））、副部長（星名秀行、専任）、専任部員（山田一穂、小川 信、清水太郎、上松晃也）、兼任部員（藤井規孝（歯総）、小林正治（再外）、荒井良明（顎関節）、櫻井直樹（義歯）、久保田健彦（歯周）、勝見祐二（顎外））



歯学部創立時全景 昭和43年頃



歯学部A棟建設中 昭和55年頃



歯学部正面玄関 平成28年