

Q：そのポケットは、本当に歯周病が原因？

A：

歯周治療ではプロービングは重要な検査で、なかでも炎症の有無を表す出血と進行の程度を表す深さは歯周病の診断の重要な指標となろう。しかしこれらの検査のみに頼れば誤診しかねない。ここでは、一般的な歯周炎と鑑別診断が必要となる偶発的アタッチメントロスについて考えてみよう。

偶発的アタッチメントロスには次に示したものなどが挙げられる。

『**歯根破折**』はすぐにポケットが形成されるわけではなく、破折線に沿って感染が広がることでポケットが形成される。一般的に患者が症状を訴え来院する時には、すでにポケットが形成されていることが多い。臨床的な特徴は、プローブは1点のみ、あるいは対称な2点で、幅が狭く深く挿入される。X線写真で破折線を確認することは難しく、ポスト装着歯ではポケット底部がポストの先端と一致することが多い。破折後長期に経過した症例ではポケットの幅が広がり、X線写真上は歯槽硬線が消失し根周囲に陰影が広がり、さらに経過すると破折が確認できるようになる。経過に関わらず、多くの場合は抜歯となる。

『**根尖病変の排膿路**』は、歯根膜から歯肉溝に作られ、排膿路に沿ってプローブが挿入される。臨床的特徴は、無髄歯で起こりプローブが1点のみ幅が狭く深く挿入される。X線写真上では根尖部に病変がみられ、ポイントを挿入して造影を行えば先端が病変まで到達する。早期に感染根管治療を行い奏効すれば、歯周治療を行う必要はない。しかし長期に経過すれば歯周組織に感染が広がり、歯周炎との合併症となり難治性となる。

『**パーフォレーション**』は、根管治療時に根管壁を誤って穿孔した状態で、歯根膜に感染が広がる。臨床的特徴は、歯髄処置済歯で起こり、根分歧部やコーンケープ、グループなどの部位によくみられる。これらは歯周病の好発部位でもあり鑑別が難しい。通常のX線写真上で不明確な場合は、造影や偏心投影によって確認できることもある。穿孔部位によって、治療法や予後に違いがある。

『**智歯による7番遠心の損傷**』は、水平智歯の歯冠部が7番遠心に接触することでアタッチメントを損傷し、智歯抜歯後7番遠心に深い歯肉溝が形成される。抜歯後にプラークコントロールが適切に行われれば、抜歯窩に骨が回復し、新付着は起こらないものの長い上皮性の付着によってプローブは挿入できなくなる。しかし、不適切なプラークコントロールでは歯周病が進行し、ポケットが形成される。

すべての項目について共通することは、

- ・ 口腔内全体を評価し、1歯のみが進行しているような場合
- ・ 歯周炎が進行しやすい部位ではないところに、深いポケットが存在する場合

などであり、歯周病にかかわるいくつかの所見や検査結果に互いに矛盾がある場合は、偶発的アタッチメントロスを疑う必要がある。