

## 歯周治療における歯科矯正の役割

### Orthodontic therapy in the treatment of periodontal disease

ヒトの口腔内では、生涯にわたって歯が挺出し、かつ近心移動してくる。正常歯列においては口腔内の環境が整えられており、口輪筋や舌あるいは咬合関係によって、歯列の不正が極端には起こらないと考えられている。

ところが、歯周病により支持組織が喪失すると、臼歯部の歯牙は近心に傾斜し、咬合高径の減少が見られる。咬合高径が下がることによって、上顎前歯は下顎前歯からの突き上げを受け、上顎前歯の離開が起こる。と同時に、下顎前歯には咬合関係、口輪筋の影響により叢生が始まる。これがいわゆる病的な咬合関係 (**pathological occlusion**) と呼ばれる状態である。

歯周治療後も存在する臼歯部の近心傾斜、咬合高径の減少、前歯部のフレアアウト、下顎の叢生により、審美、咀嚼、発音の問題が残ることがある。特に、重度の歯周病患者の臼歯部は、近心傾斜と挺出に加え、根分岐部病変の問題により抜歯されることが多い。このようなケースでは、歯周病後に矯正治療を計画するとき、固定源をどこに求めるかという大きな問題が残る。最近になって、インプラントを臼歯部の固定源として用いることが可能になりつつあることは、朗報である。

一方、歯周病患者の矯正治療で問題になるのは、支持組織の減少により、同じ矯正力でも支持組織に対する応用力が過大になる。はたして歯周病によって支持組織が失われて歯の矯正移動は可能であろうか文献的考察を加えたい。歯牙の矯正移動は、歯体移動 (**Bodily movement**) と傾斜移動 (**Tipping movement**) として捉えられる。動物実験からたとえ歯周炎に罹患した歯牙でも歯肉縁上、縁下が適切になされれば矯正移動をおこなっても残存する歯牙支持組織の喪失にはつながらないことがわかっている。もちろん重度の歯周病患者においては支持組織の喪失が大きいので歯牙の移動は主に傾斜移動と考えられる。歯体移動、傾斜移動に関わらず矯正治療中は歯牙の干渉が起こる。つまりジグリングフォースが歯牙にはかかると考えられる。たとえ支持組織が歯周病によって喪失しても歯肉縁上、縁下バイオフィルムのコントロールがなされていればジグリングフォースを加えても支持組織の喪失にはつながらない。

重度歯周病患者の約 **5** 割に **Diastema** が発現されると言われている。その **5** 割に歯周治療後に矯正治療が必要とされている。矯正医も歯周病医も取り扱う組織自体は歯周組織そのものであることから共通理解はしやすいと考えられる。歯周病患者に対して矯正治療を考慮する場合、矯正力はごく弱くかつ歯周組織の炎症がコントロールされ、病的なポケットが消失した後にかけられなければならない。歯周病患者の総合的な矯正の診断と治療計画に立案には、歯周病医と矯正医のインターディシプリナリーなアプローチが必須であろう。

歯周治療における矯正処置の役割について臨床例をあげながら文献考察に加え私見を述べてみたい。

.....

©弘岡 秀明 (ひろおか ひであき) 先生  
スウェーデンデンタルセンター 院長