杉山　貴志　先生

略歴

1993年　神奈川歯科大学卒業
1993年　同大学歯周病学講座入局
1999年　日本歯周病学会認定医（現専門医）取得
2006年　大船駅北口歯科開業
2014年　神奈川歯科大学　歯周病科　特任講師

日本歯周病学会評議員

新しいSRPの幕開け＝歯科用内視鏡を使用したSRP＝

大船駅北口歯科
杉山　貴志

従来の歯周病治療では細菌由来の内毒素であるLipopolysaccharide（LPS）は，セメント質の深くまで侵入しているため，徹底した感染物質の除去が必要であると考えられ根面の滑沢化（ルートプレーニング）が行われてきました。しかし，徹底したルートプレーニングが結果としてオーバートリートメントとなり，臨床的には歯肉退縮や知覚過敏等，患者にとっては決して良い結果とはならない場合もありました。1980年代からLPSはセメント質の表層（20～30μm）に存在するため徹底した除去は必要ないとの報告がされるようになり，これが現在のSRPの考え方（デブライドメント）となっています。

それではSRPではどれくらいの歯石が取れるのでしょうか？ Brayerらの「SRPにおける歯根面の歯石除去率の報告：1989年」によると歯周ポケットが1～3mmの歯石除去率は，歯周病専門医で96％，歯周病研修医で86％でしたが，歯周ポケットが6mm以上になると歯周病専門医で81％，歯周病研修医で34％の歯石除去率でした。またFleischerらの「根分岐部におけるSRPの歯石除去率の報告：1989年」によると歯周ポケットが6mm以上になると歯周病専門医で37％，歯周病研修医で22％の歯石除去率でした。歯周ポケットが深くなると明らかに歯石除去率は下がることがわかります。複根歯ではさらに歯石除去率は下がります。また誰が行うかによっても歯石除去率に違いがあることもわかります。

歯石除去率が下がる理由の一つとして，根面を直視できないことがあります。一般的に根面の性状を判断する方法としてエキスプローリングが行われています。しかし，エキスプローリングやSRPは，術者の経験に頼る部分が大きいため個人差が出やすく，歯肉縁下の見えない部分の歯石が確実に取れたかの判断は困難です。そのため先の研究データのように歯周ポケットが深くなると歯石除去率は格段に下がるのです。

本講演では歯科用内視鏡（ペリオスコーピーシステム）をSRP時に使用した症例を報告します。ペリオスコーピーシステムは，従来では目視することができなかったポケット内を直径0.98mmの内視鏡を使用して拡大された画像をモニターに映し出すことができるため，歯石の有無を確認することができるだけでなく，分岐部や根面溝の深さ等の解剖学的形態も可視化することが可能です。また今まではレントゲンやプロービング値を患者に説明することで歯周病の進行や改善状態を理解してもらうことはできても，どの程度歯石が付着しているかやSRPによってどれだけ歯石が取れたかを説明することは困難でした。ペリオスコーピーシステムをSRP時に使用した場合，患者に記録された術前，術中，術後の根面の状態を見せることで的確に治療効果等を理解してもらうことが可能になります。SRPが可視化できることで歯石除去率が高まることはもちろんのこと，オーバーデブライドメントの防止になり，歯周外科処置の可能性を減らすことは患者負担の軽減につながります。