

セッション名	質問先	
特別講演Ⅱ	西田 亙 先生	質問
		大変興味深いご発表、ありがとうございました。バイオジェンとエーザイが共同開発したアルツハイマー治療薬アデュカヌマブとは、先生の講演にあったジンジバイン阻害薬のことなのでしょうか？
		回答
		アデュカヌマブは、アミロイドβに対するモノクローナル抗体であり、ジンジバイン阻害薬とは全く異なります。ちなみに、アデュカヌマブは大変高価な薬であり、一人の患者を治療するために、年間56,000ドルもお金が掛かるそうです。ジンジバイン阻害薬が無事認可された暁には、間接的に「歯周治療による認知症予防効果」が期待されることになるでしょう。高価なアデュカヌマブに比べれば、「歯周治療の費用は格安」と考えられるようになるのではないのでしょうか？
		質問
		楽しいお話ありがとうございました。歯科衛生士として歯周治療が全身疾患に影響を及ぼす責任感をひしひしと感じることができました。炎症症状が強い患者様に必要に応じて、抗生物質を投与が必要になる場合がありますが、ジスロマックの効果について西田先生はどのようにお考えでしょうか。
回答		
		内科医が扁桃炎や肺炎の急性期に抗生物質を使用するように、歯周治療においても、炎症が重度の場合は内服治療の適応になると思います。ただし、患者さんというのは往々にして、「お薬で治る」と勘違いがちです。扁桃炎や肺炎とは違い、歯周炎の根本治療は「歯周病菌の駆逐」、すなわち、バイオフィームと歯石の物理的除去であることをわかりやすい言葉で、歯科衛生士の立場から説明しあげると良いでしょう。
シンポジウムⅠ	小方 頼昌 先生	質問
		生物学的幅径が、Biologic widthからSupracrestal tissue attachmentに言い改められたとのことですが、いつ頃からその名称で呼ばれることになったのでしょうか？
		回答
		2018年6月に、アメリカ歯周病学会（AAP）・ヨーロッパ歯周病連盟（EFP）より公表された歯周病の新分類の中で、Biologic width（生物学的幅径）から Supracrestal tissue attachment（骨縁上組織付着）に言い改められました。（参考：Jepsen et al. JCP2018;45（Suppl 20） p5226） The term biologic width should be replaced by supracrestal tissue attachment.
		質問
	貴重な講演、本当にありがとうございました。自家骨を併用していましたが、やはりリグロス単独では歯槽骨の改善は難しいのでしょうか。	
	回答	
	質問	
	質問ありがとうございます。幅が狭い垂直性骨吸収部位では、リグロス単独で十分効果が得られると思います。臨床治療はリグロス単独で実施されたため、リグロスは単独使用が基本です。しかし、臨床現場では、幅の広い骨欠損、1壁、2壁、3壁性骨欠損が混合した症例等が多々あり、その様な症例では、スペースの確保および自家骨内の細胞成分、成長因子の放出等を期待して自家骨移植を行い、有効な結果が得られています。そのため、幅の広い骨欠損部位等で、自家骨が採取できる症例では、自家骨移植が有効と考えます。	
	回答	
質問		
骨移植ですが、今回は自家骨移植のみでしたが欠損部が大きい場合、自家骨+保険で認められているオスフェリンやネオボーンを混ぜる事はやらない方が良いのでしょうか？		
回答		
質問		
リグロスと自家骨移植の併用の経験は多数ありますが、オスフェリンやネオボーンとの併用の経験はありません。オスフェリンはβ-TCP、ネオボーンは多孔性のハイドロキシアパタイトで性質が違いますので、使用する場合は、患者さんに十分な説明が必要になります。		
高井 康博 先生	質問	
	骨補填材の量に対して添加するリグロスの割合をご教示ください。	
	回答	
	M.GBR程度であればお米一粒くらいで大丈夫です。Stagedで行うGBRでもお米2-3粒程度です。あとは生理食塩水を適度に加え術野に滞りやすい状態にして下さい。さらさらになりすぎないようにして下さい。また、減張切開を加えた粘膜内にリグロスが入り込むと過度な腫脹や硬結の原因になりかねませんのでご注意ください。	
	質問	
根先病巣や抜歯窩へのリグロスの応用はどうなんでしょうか？		
回答		
個人的に経験がありませんが、歯槽骨の治癒を促進する可能性は充分にあると思います。今後の研究が待たれます。		
歯科衛生士教育講演	西村 英紀 先生	質問
		I型小児糖尿病の患者ではどのような歯周病管理を何歳くらいから行うべきですか？また、小児糖尿病患者の歯周病ケーススタディはありますか？
		回答
		1型糖尿病はインスリン依存性ですので、低血糖に注意しながら歯周病管理を行う必要があります。多くの場合、ブドウ糖を含む飴玉などお持ちなので事前に確認の上、治療してください。食事を抜かして来院されていないかなども問診で確認ください。年齢は永久歯が生えそろくくらいから始めるのがいいと思います。ケースレポートは検索すると確認できますが、多くは海外の文献のようです。
		質問
抗菌療法の具体的な方法を知りたいです。		
回答		
講演の中で出てきた抗菌療法は局所の抗菌療法です。糖尿病では医科からの紹介に基づき、初診から局所抗菌療法を併用した歯周基本治療を行うことが、保険で認められています。通常、4連投まで認められています。それ以外の糖尿病患者さんに対する経口抗菌療法については、歯周病学会のガイドラインをご参照ください。尚、現在ガイドラインは第3版に向けた改訂作業を進めており、来年度末には新版が発刊予定です。		
学会学術賞受賞記念講演	前川 知樹 先生	質問
		DEL-1を応用して、将来歯周病の治療薬の開発なども期待できるのでしょうか？
		回答
ご質問大変ありがとうございます。 DEL-1の生体内での誘導および作用メカニズムの詳細な説明が必要ですが、将来的に歯周病を含む炎症性疾患治療薬としてのDEL-1作用薬剤の展開を目指しております。		

セッション名	質問先		
一般口演 1	岩下 瑞穂 先生	質問	
		素晴らしい手法で大変勉強になりました。3点ほど質問があります。PLAP-1+ 細胞は歯根膜中央に発現し、より未分化性が高いと予想されるのですが、PLAP1-GFP+ 細胞のin vitroでの分化誘導能はいかがでしょうか。また今後、PLAP1-creER等を作製してin vivoでの分化能を検討する予定はありますでしょうか。シングルセル解析について、他のPDLマーカであるScxやPeriostinと比較してPLAP-1陽性細胞のクラスターや特性に違いがあれば教えていただけると幸いです。	
		回答	
		ご質問ありがとうございます。1点目、そのように私たちが考えており、in vitroにおける分化能を現在検討しております。2点目、今回使用したマウスはGFPIに加えてCreERも2Aペプチドでつなげてノックインしており、in vivoでの検討も現在行っております。3点目、シングルセル解析についても今後そのような解析を行ってまいりたいと存じます。	
一般口演 2	前 めぐみ 先生	質問	
		興味深い発表をありがとうございます。発表していただいたデータによると調整した歯石がおそらく選択的にNLRP3のリガンドとして機能していると思いますが、どのような経路でNLRP3を活性化しているのか、今までのリガンドとの違い、歯石どの部分がリガンドとして認識されているのか情報がありませんらお願いします。	
		回答	
		ご質問いただきありがとうございます。NLRP3インフラマソームはNLRP3、ASC、カスパーゼ 1 で構成され、これらの因子が会合することで、カスパーゼ 1 が活性化し、このカスパーゼ 1 がpro IL-1βを成熟型IL-1βへと変換します。NLRP3インフラマソームはシリカやリン酸カルシウムなどの結晶によって活性化されることが知られていますが、その活性経路についてはリソソームやミトコンドリアの損傷が関与しているとされているものの、不明な点も多く残されています。本研究では、歯石中の結晶成分がNLRP3インフラマソームを活性化し、IL-1β産生に関与したと考えられます。	
一般演題ポスター	清水 雄太 先生	質問	
		マウスの n 数を教えてください	
		回答	
			ご質問ありがとうございます。マウスn数: PS : 5、DP74 exosomes : 5、DP94 exosomes : 5、DP263 exosomes : 4です。
	生田 貴久 先生	質問	
		図6,図7のn数が異なるのはなぜですか？	
回答			
		ご質問ありがとうございます。当初、従来型検出キットPG-1000の検出および、可能であれば、PCRでの線毛型を調べることを行っていました。2型検出キットPG-2000を途中で導入しており、そのために n 数に差が少なくなっております。	
臨床（認定医・専門医）ポスター	鈴木 瑛一 先生	質問	
		素晴らしい、ご発表ありがとうございます。右下6番の遠心骨欠損は骨壁も少なく、歯肉、残存歯槽骨も薄く、再生療法は難しいように見えますが、吸収性膜の使用は検討されなかったのでしょうか。	
		回答	
			ご質問いただき、ありがとうございます。ご指摘の通り、骨補填材を填入した場合は吸収性膜を検討することが多いですが、今回は歯肉の厚みの確保を目的に、吸収性膜の代わりに結合組織を使用いたしました。
	石井 洋行 先生	質問	
		再生療法前に外傷性咬合を除去しておくことは重要とお考えでしょうか。# 27は咬合性外傷の関与がありそうですが、どの程度の期間あけてますか？再生療法を行う際に動揺や歯根膜腔の改善が得られてからですか？	
		回答	
			再生療法前後に外傷性咬合を除去しておくことは重要だと考えます。27は保存不可能のため治療初期に抜歯しております。その段階で37の咬合接触はなくなり孤立歯となったため初期治療後2カ月ほど孤立歯のまま動揺・炎症症状の改善を見て再生療法を行いました。術後はバーチカルサポートは反対側インプラントで確保した状態で、固定のため34、37支台のTEKを入れ、25、26との咬合接触は避けて約7か月後に最終補綴を行いました。
	安田 忠司 先生	質問	
		どんなインプラントを使用されているのでしょうか？	
		回答	
			本症例のインプラントはノーベルバイオケア社のノーベルテーパーDCCを埋入しておりました。
横山 大樹 先生	質問		
	素晴らしい発表ですね。上顎前歯部結果的にポケットはなくなりましたが、歯肉も失ってしまいました。その点はどうお考えでしょうか。		
	回答		
		今症例の前歯部においては、審美と機能の両立は難しと判断しました。患者さんと相談した結果、審美性よりも、ポケットを減少させメンテナンスをしやすくすることにより、再発の防止を最優先に考えました。	
目澤 優 先生	質問		
	素晴らしい発表ありがとうございます。#26#27のエンドをオベ前にしなかった理由、#26#27が、最初のオベで治らなかった理由をしりたいです。		
	回答		
		ご質問有り難うございました。#26および#27は、歯周外科治療中に抜歯も想定されたのでエンドの処置は行いませんでした。最初の再生療法で治らなかった理由は、#26の近心分岐部と頰側分岐部および#27の頰側分岐部と遠心分岐部がそれぞれ貫通したのが理由です。	