

## トピックス

## 難治性根尖性歯周炎

奥羽大学歯学部歯科保存学第Ⅱ講座 今井啓全

日常の臨床でとくに問題なく抜髄処置を施したにもかかわらず、自発痛、打診痛、排膿などが治まらない症例にときおり遭遇する。また、感染根管治療を行っても臨床症状が改善しない症例や、いったん鎮静化しても再び急性化する症例にも遭遇する。こうした難治性根尖性歯周炎に遭遇すると、我々は根管を開放したり、抗菌剤を投与したり、過去に治療効果があった方法や効果のあるといわれている治療法を試してみたりすることになる。これらの試みが成功すれば良いが、効果が得られない場合は処置の方向性を見失い、試行錯誤を繰り返しているのが現状である。一方、歯根の著しい湾曲や根管の狭窄、除去不可能な器具破折片、穿孔などにより根管拡大・形成・充填が不完全となるため治療に導けない症例もある。これらは原因が推定できていても的確な根管治療を実施することが難しい、いわゆる難症例と呼ばれるものであり、難治症例と難症例の厳密な区別が困難な場合も多い。難治性根尖性歯周炎と呼ばれる場合の多くは細菌が原因である。難治性根尖性歯周炎症例から分離される細菌をみると、*Streptococcus*, *Candida*, *Enterococcus*, *Staphylococcus*, 偏性嫌気性菌および *Enterobacter* と *Lactobacillus* を中心とする通性桿菌が単独あるいは優勢に認められる。難治性根尖性歯周炎症例では通常の根管治療を行っても、*Enterococcus faecalis*, *Candida albicans* や *Pseudomonas aeruginosa* などの治療に対して抵抗性を示す細菌が検出される。難治性根尖性歯周炎の治療法で有効な治療法の1つに抗菌剤による根管貼薬または経口投与がある。しかし、この方法においては原因菌に有効な抗菌剤を選択せずに長期間使用すると、菌交代現象や薬剤耐性菌の出現が起こり根管治療による細菌の排除が困難になってしまう。また、個々の症例でも分離細菌はそれぞれ多様であり、さらに同一菌種であっても薬剤耐性は様々である<sup>1)</sup>。そのために各種薬剤により根管貼

薬処置を施しても治療効果が得られないときには、嫌気培養試験を行い原因菌を確認する必要がある。そして貼薬剤を抗菌剤に変更する場合は抗菌剤の感受性試験を実施し、その結果を参考にすれば治療効果は期待できる。以前は嫌気ポーターにペーパーポイントを入れてラボに送る方法は簡便であったが、蓋を開けてペーパーポイントを入れるときに空気が侵入するらしく正確とは言えなかった。しかし、小川ら<sup>2)</sup>はチェアサイド嫌気培養システムを開発し、臨床応用をしているが、このシステムは保険外診療の為、まだ臨床応用するには困難だと想われる。根尖性歯周炎の発症の引き金は細菌であるが、病巣を進展・増大させるのは細菌により変性や壊死に至った歯髓組織成分を抗原とした宿主生体のアレルギー反応である。本来、生体は自分の組織成分を異物または抗原として認識することはないが、細菌感染や薬剤の化学的・熱などの物理的・熱的刺激を受け、変性または壊死に陥るとその成分を抗原として認識し過剰な反応を示す。周囲を硬組織で囲まれた根管は格好の抗原貯蔵庫となり、生体を長期間にわたり徐々に刺激して根尖周囲に病巣を生じさせることになる。経過不良のケースの中には不適切な根管治療による抗原性物質の取残し、または根管消毒剤などの薬剤に大きく依存した治療であるため、根管内に多量の抗原性物質を作りだしたことが原因と考えられる場合もある。

## 文 献

- 1) 山本宏治, 福島久典, 豊嶋ゆかり, 井上純一ほか: 根管内から分離した *Peptostreptococcus* の抗生物質感受性. 日歯保歯誌 **30**; 545-551 1987.
- 2) 小川 勲, 坪井新一: チェアサイド嫌気培養システムにより根管の無菌化を確認した長期経過例. 日歯内療誌 **17**; 229-237 1996.