

Anti-infective treatment of peri-implant mucositis: a randomised controlled clinical trial

Lisa J. A. Heiz-Mayfield et al. 2011; 22: 237-241

要説:

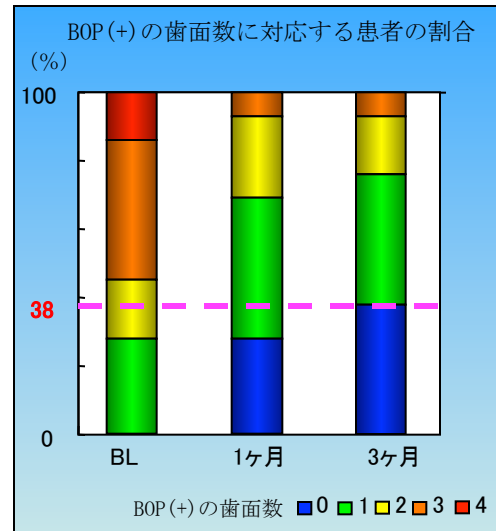
この研究は非外科処置のプロトコルの有効性を評価することを目的とした。

二重盲検化, ランダム化比較, 多施設, 臨床研究として行われ4つのセンターと患者29人が対象とされた。インプラント周囲粘膜炎と診断された1つのインプラントを有する患者が対照群(14人)と実験群(15人)に割り当てられた。研究期間は3カ月で、実験開始時(BL), 1カ月後, 3カ月後に0.2-0.3Nの軽いプロービング圧により測定されたプロービング・ポケット・デプス(PPD), プロービング時の出血(BoP), それに伴う排膿の有無, 総DNA数が記録された。加えて、喫煙の既往歴、歯周炎の既往歴、ブラークスコア、インプラント修復物のマージンの位置等も単相関分析ならびに多重回帰分析にて関連性が評価された。

インプラント周囲粘膜炎に罹患した全患者のインプラント部位を対象に手用キュレットによる機械的デブライドメント、ポリッシングペーストとラバーカップによる歯面研磨、補助的抗菌ゲル剤(実験群は0.5%クロルヘキシジン・ゲル、対照群はプラセボ・ゲル)を使い4週間、1日2回インプラント周囲をブラッシングするように指導した。その後2か月間はゲルの使用を中止し、インプラント部位の口腔清掃をそのまま継続するように指導した。

結果:

BLの1カ月後に2つの治療群においてインプラントの4つの歯面(近心、遠心、唇側、舌側)のBoPおよびPPDに統計学的有意な減少がみとめられ($p < 0.05$)、1-3カ月後にはこれらの数値にいくらか有意な変化が認められた($P > 0.1$)。しかしながら、2つの治療群間に有意差は認められなかった($P > 0.1$)。BLの1カ月後、BoPは治療したインプラントの76%で減少し、3カ月後に38%で完全に消失した。また、粘膜縁上の修復物マージンにおいて、治療に伴うPPDの減少は有意に大きかった($P < 0.01$)。



(オリジナル論文より改変)

臨床への示唆:

機械的デブライドメントと歯面研磨後、口腔清掃に補助的ゲル剤を併用することで、インプラント周囲粘膜炎が改善できることが示唆された(治癒率38%)。しかしながら、0.5%クロルヘキシジン・ゲル剤とプラセボ・ゲル剤の間に有意差はなく、ゲル剤自体の効果はないと考えられる。

また、非外科処置を行い3カ月経過後もインプラント周囲粘膜は一部でBoP(+)であることから、同部はまだ治癒過程にあるかもしれない。そのため細菌感染のリスクを軽減するため、継続して徹底的なブラークコントロールを行う必要がある。

ブラークコントロールが不良な場合やそれを惹起する粘膜下修復物のマージンギャップはインプラント周囲病変を引き起こし、治癒の反応を悪くする可能性が考えられる。インプラント周囲病変の予防や治療には、ブラークコントロールは必須であり、修復物マージンの位置は粘膜縁上にするのが望ましい。

インプラント周囲粘膜炎でさえ、非外科処置での炎症のコントロールは難しい。インプラント周囲病変を引き起こさないよう、インプラントが埋入されたらただちに厳格なST(サポートセラピー)を行わなければならない。