

B-1 치근 절제술을 이용한 치근 이개부 병소 치료의 임상 증례

방은경*, 박지숙, 최성호, 조규성

연세대학교 치과대학 치주과학교실

치근 이개부 침범은 염증성 치주질환, 염증부위의 외상성 교합, 치수질환, defective plaque retentive restoration, anatomic variation 등으로 발생할 수 있다. 이개부 병소는 상당히 발생률이 높아, Tuisi(1980)의 83구의 사체에서의 연구에 따르면 35세 이상의 나이에서 70%이상이 이개부의 골소실을 보였다.

이개부는 일단 구강내에 노출되면 치태조절이 힘들고 지속적인 악화를 보이므로, 이개부 병소 치료의 목적은 1) 치근활택을 위한 시야 확보와 기구 접근을 용이하게 하고, 2) 병적으로 깊어진 치주낭을 제거하고, 3) 스스로 구강위생을 유지할 수 있는 분지부 형태를 만들어 주는 데 있다.

치료방법은 크게 regenerative therapy와 resective therapy로 나누어 지는데, resective therapy의 하나인 root resection은 부가적인 근관치료와 보철 치료를 필요로 하기는 하나, 환자 스스로 치태관리를 할 수 있는 환경을 만들어 주는 성공적인 치료방법으로서 지속되어 왔고 효과적이라고 증명되어 왔다.

Basarada(1969)에 따르면, 치근절제술은 하나 혹은 그 이상의 치근에 심한 골소실이 존재하거나, 2급 또는 3급의 이개부 침범 존재시, 인접치와 부적절한 root proximity를 가질 때, 치근 천공, 치근파절, 우식증, 치근흡수가 존재할 때, 근관치료가 효과적으로 시행될 수 없을 때 적응증이 되며, 잔존치근의 골지지가 부족할 때나 긴 trunk, convergent, fused root 등의 부적절한 해부학적 구조를 가질 때, 인접 치간골 높이에 discrepancy가 심할 때, 잔존치근에 근관 치료가 불가능할 때, 잔존 치근의 수복이 불가능할 때, 잔존 치근의 유용성이 부족할 때는 적당하지 않다.

치근절제시 어느 치근을 유지할 것인가를 결정할 때는 치아의 동요도, 치아구조의 수복상태, 치주 결손의 형태, 근관치료 가능여부, 치근의 해부학적 구조, 무치악의 길이, 대합치의 존재여부, 치간 공극의 문제, 치아의 전략적 가치 등이 고려되어야 한다.

1990년 Carnevale의 치근절제술 후 실패에 관한 후향적 분석 연구에 따르면, 3년에서 12년까지 62%-100% 사이의 성공률을 보였고, 치주원인으로 인한 실패율은 10%를 넘지 않았다. Carnevale 등(1990)은 1년-11년 사이에 488개의 절제된 치아를 평가하였는데, 총 5.7%의 실패율을 보였다. 이 중 12개의 치아가 치근 파절로 인해 실패하였고, 9개가 우식증으로, 4개가 근관치료의 문제로 실패하였으며, 전체의 0.61%, 단지 3개의 치아만이 치주질환으로 인해 발치되었음을 보고하였다. Langer 등(1981)은 100개의 절제된 치아를 평가하였는데, 가장 빈번한 실패 원인은 역시 치근파절로 모두 18개의 치아에서 나타났고, 7개의 치아가 근관치료의 문제로, 3개가 우식증으로 인해 실패하였으며, 10개의 치아가 치주적 원인으로 실패하였다. Blomlöf(1997)의 연구에서는 80명의 환자에서 159개의 절제된 대구치를 평가하였는데, 10년간의 관찰 후 성공률은 56%-89%로 나타났다.

치근절제술 후 보고된 실패의 원인으로는 root fracture, endodontic failure, caries cement washout,

periodontal breakdown등이 있으며, 대부분의 실패의 원인은 비치주적인 것이었다. 따라서, 치근 절제 시 성공적인 근관치료를 위해서는 상대악의 교합력, 무치악의 길이, 치근의 길이, 넓이 및 형태 등의 근관 체계의 명확성을 평가하는 것이 필요하다.