

## C-6. The Bone Graft in Infrabony Defects : A case report

김형섭\*, 양승민, 설양조, 계승범, 이영규, 손성희

삼성의료원 치과진료부 치주과

Hegedus(1923)가 골이식술을 소개한 이후, Nabers & OLeary(1965)에 의해 현재의 골이식술이 정립되었다. 이들은 chisel로 깎아낸 alveolar bone chips을 이용하여 골결손부의 bone height를 증가시켰다고 보고하였다. 이후, 여러 종류의 이식재료와 술식들이 개발되고 소개되고 있으며, 골결손부위의 depth, width, associated bony walls 등과 관련하여 골이식술의 예후와 관련된 articles 등이 보고되고 있다. Carraro(1976)는 two-wall defects가 one-wall defects에 비해 치료에 더 잘 반응한다고 보고하였으며, Cortellini & Bowers(1995) 등은 골결손부위가 narrow, deep defects가 wide, shallow defects보다 예후가 좋다고 보고하였다. 또, Laurell(1999) 등은 meta-study를 통하여, 4 mm 이상의 골결손부에서는 골이식을 하는 것이 유리하다고 보고하였다.

사용되는 재료를 보면 자가골, 동종골, 이종골, 그리고 합성골을 들 수 있다. 이들 중, 합성골은 초기에 사용되어 biocompatibility, clinical attachment levels의 개선, probing depth의 감소, hard tissue fill 등에서 고무적인 결과를 보였으나, 조직학적인 면에서 attachment apparatus formation에는 맹점을 보여 현재는 거의 사용되지 않고 있다.

자가골은 살아있는 세포를 함유하기 때문에 능동적으로 신생골 형성에 관여하므로 동종골, 이종골보다 선호되나, 골결손부위의 크기에 따라서 그 양이 제한될 수 있고, 시술상의 문제 등으로 동종골과 이종골이 선택될 수 있다.

골이식술의 본질적인 문제는 root surface와 altered grafted bone 사이의 junctional epithelium의 downgrowth이다. 이는 치주조직의 재생속도에 기인한 것으로, Moskow(1979), Listgarten(1979) 등이 보고하였으며, 이러한 문제점을 보완하기 위해 골이식술에다 치주차폐막의 사용을 병행하기도 한다.

골이식술을 한 후 생긴 재생골의 예후에 대해서 Shallhom을 비롯하여 많은 학자들이 보고한바, 적절한 구강위생이 유지된다면 재생골과 기존의 골간에 차이가 없다고 보고하고 있다.

이에 몇가지 골이식술에 대한 치료증례를 발표하고자 한다.