

치주 보철 치료시의 Decision making



강우진 강우진 치과의원 원장

1983	연세대 치과대학 졸업
1986	연세대 치주과 수련 및 석사
1989 ~ 1991	미국 Boston 대학교 보철과 Postgraduate Program
1992	미국 UCLA Implant Center 과정수료
1996	고려대학교 의학박사
1996 ~ 1997	미국 Harvard대학교 Implant Center 객원교수
1993 ~ 2000	연세대 치과대학 보철과 교수
현재	강우진치과 원장, 연세대 치과대학 외래교수

TFO의 임상증상으로 increasing tooth mobility, 치아의 migration, wedging과 저작 불편감 등이 나타나며 x-ray 상에서 periodontal ligament space의 widening을 볼 수 있다.

그 중 increasing tooth mobility가 대표적인 증상이라 볼 수 있는데 1976년 Lindhe와 Ericsson은 동물실험을 통해 TFO와 inflammation이 동반되어 초래되는 치아동요도의 증가는 두 가지 원인을 모두 제거시 감소되지만 inflammation만 제거할 경우에는 계속적으로 증가한다는 보고를 하였다. 이러한 증가된 동요도는 pocket depth의 증가와 더불어 치주치료의 결과에 좋지 않은 영향을 미칠 수 있다는 것이 Fleszar 등의 연구를 통해 보고되었다.

임상적으로 중요한 것은 TFO와 periodontitis가 동반되는 경우 치주조직의 파괴가 급속히 일어나며 inflammation에 의한 골흡수가 초래되었기 때문에 trauma와 periodontitis를 제거하여도 원래 상태로의 회복이 불가능하다는 것이다.

따라서 치주질환이 진행된 경우의 보철치료시 TFO가 동반되었다면 가급적 빠른 시간내에 trauma를 제거해줌으로써 치아의 동요도를 감소시켜 치주와 보철치료의 결과에 도움을 주어야겠다.

치아의 동요도는 initial periodontal therapy로 20~25%, 치주수술시 40~50%까지 감소될 수 있다고 보고되었으나 TFO와 inflammation이 동반되고 예후가 불분명한 치아가 있을 경우에는 교합조절과 splinting을 통해 치열의 안정을 얻는 것이 중요하다.

따라서 scaling과 curettage등의 initial therapy가 시행된 후, Flap operation을 하기 전에 교합조절과 splinting을 통한 예후판단이 필요하다고 생각된다.

또한 치주질환이 진행되어 missing된 치아가 많은 경우의 보철치료 시에는 잔존치아들의 치주조직 지지상태를 고려하여 측방력이 과도하게 가해지는 것을 막는 design이 필요하다.