

치아재식 및 이식 : 자연치 보존의 마지막 보루

이 승 종 교수
연세대학교 치과대학 보존과



재식수술은 수술부위를 잘 볼 수 없거나 기구도달이 어려울 때 시행한다. 특히 상악제이대구치 구개 측 근관처럼 기구도달이 된다 하더라도 주위의 혈관 등(**greater palatine artery**)을 다칠 위험이 있을 때나 하악제이대구치 에서와 같이 기구도달이 되어도 협측골이 두꺼워서 완전한 역z충전을 할 수 없을 때 차선택으로 시행한다. 간혹, 전치나 소구치 부 위의 재식에 관한 문의를 받곤 하는데, 특별한 경우가 아니면 전치, 소구치 및 제일대구치는 재식의 대상이 되지 않는다.

일반적인 치근단수술에서 가장 문제가 되는 것은 치근단으로의 접근이다. 요행히 접근이 되어 치근단절제가 수행될 수 있다 하더라도 치근단역충전이 되지 않는다면 차라리 손을 대지 않는지만 못한 경우가 많은데 그 이유는 치근단으로부터 2-3mm 되는 부위에 치근부지부가 노출되어 근관내 감염원을 더 노출 시킬 수 있기 때문이다. 연구에 의하면 상악인 경우 협측 치근에서 보면, 상악 제2대구치 근협 및 원심측 치근단으로부터 협측 외벽 끝까지의 두께가 각각 4.63mm, 3.61mm 이었고하악인 경우 제2대구치의 원심측치근단으로부터 협측 외벽끝까지의평균계측두께는8.51mm로서 가장 두꺼웠으며, 그 다음으로 제2대구치 근심측 치근 7.34mm과 융합근7.19mm인 경우의 순위로 나타났다. 제1대구치의 원심 및 근심측평균계측두께는 5.05mm, 4.09mm였으나 원심치근이 두개인 경우 원심설측 치근이 9.52mm로서 가장 두껍게 나타났다. 보통 전치나 소구치의 협측골 두께가 2mm 내외인 것을 보면 위에 열거된 대구치 쪽 골 두께가 얼마나 두꺼운 것인가를 짐작할 수 있다.

재식수술은 치아를 발거한 후 브라켓 위에서 역충전 조작을 하기 때문에 시야가 잘 확보되고 역충전이 용이하다는 큰 장점을 가진다. 재식수술에서 가장 중요한 것은 발거된 치아의 구강외 시간을 최소화 하는 것이다. 대부분 의도적인 재식수술에서는 근관치료가 이미 되어있는 상태이기 때문에 **tray set-up** 만 잘 되어 있으면 10분 내외로 수술을 마칠 수 있다. 치아이식도 기본적인 술식에 있어서는 수용부골을 성형해야 한다는 점만 제외하면 재식과 동일하다. 본 강좌에서는 성공적인 재식과 이식을 위한 임상적인 요소에 대해 논의해 보고자 한다.

연자약력

- 연세대학교 치과대학 보존과 교수
- Diplomate, American Board of Endodontics
- Scientific Advisory Panel, Journal of Endodontics
- 서울대학교 치과대학 졸업 및 석.박사
- 미국 미네소타대학교 근관치료 수련 및 석사