

지상진료실

보철을 위한 외과적

치주치치

연세치대 치주과
조규성

보철물을 시행하기 전에 존재하는 또는 불량으로 제작된 수복물에 의해 야기된 치주질환을 정확히 인지하고 보철물의 기능에 필요한 치은 및 점막상태를 만들어 주어야 보철물이 오랜기간동안 유지될수가 있다. 일차적 치주치료로 환자자신이 치태제거능력을 갖게 교육을 시키고 그것이 완전하다면 치석제거술, 치근활택술 및 치은소파술을 시행하고 또한 부적합한 수복물의 제거를 시행하는 것은 초기 치료에 있어서 매우 중요한 단계이다. 원인적 요소를 제거하면 1-2주 이내에 개선된 치은상태를 나타내게된다. 그후 치주조직상태를 재평가하여 직접 보철치료를 시행하거나 염증성 치주질환이 잔존하는 경우는 다음과 같은 외과적 치주수술을

시행하게 된다.

1. 무치악점막에 인접한 치주낭의 외과적 처치

치주낭은 무치악 점막 인접 치주조직에 흔히 존재한다. 따라서 치주낭의 제거뿐만 아니라 무치악 점막의 처치를 함께 시행할 필요가 있다.

각화치은이 충분하고 supra-bony pocket이 존재하거나 치은증식증이있는 경우는 치은절제술이 적응증이 된다(그림 3 참조) 그러나 무치악 부위에 각화치은이 부족하거나 골내낭이 있는 경우, 치조골의 외과적 처치가 병행될때에는 치은판막술을 시행하여야한다. 그림1과 같이 절개를 시행하여야만 무치악점막 인접 치주낭이 제거가 된다.

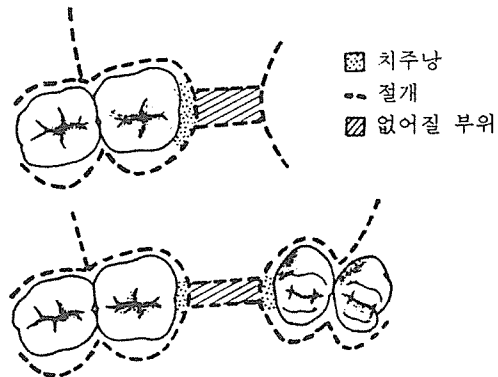


그림1. 치은판막술.

2. 치관길이 확장술(crown lengthening procedure)

치아파절이나 치아우식증이 치은연하나 치조골 하부까지 연장되어 있거나 임상적 치관 길이가 짧아 보철물의 유지에 좋지 않은 경우 치관길이 확장술이 필요하다. 이 경우 치아와 치은의 정상적인 부착상태의 폭 즉 부착상피 0.97mm, 결합조직부착 폭 1.07mm를 합

한 2.04mm의 생물학적 폭경(bioiologic width)의 개념을 알아야한다.(그림 2) 해당치아에 수복치료를 하기 위해서는 부착상피를 위해 1mm, 결합조직의 부착을 위해 1mm, 수복물을 위해 1mm, 즉 치조골능상부에서 후에 시행될 수복물 변연까지의 거리가 최소한 3mm가 되는 치질이 치조골능 상부에 존재하여야만 성공적인 수복치료를 해줄수 있다. 치조골

능 상부에 3mm의 치질이 존재하고 치주낭깊이가 중증도이고, 부착치은이 충분한 경우 치은절제술 방법을 이용한다.(그림 3)

치조골능 상부에 3mm의 치질이 존재하지 않는 경우나 골내낭이 있는 경우 결손부위는 치료하고 biologic width를 형성하기 위해 골절제술을 동반한 치은판막술이 이용된다.(그림 4,5)

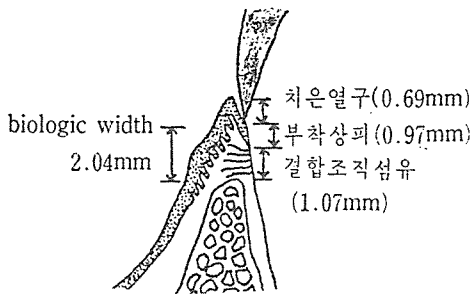


그림2. biologic width.

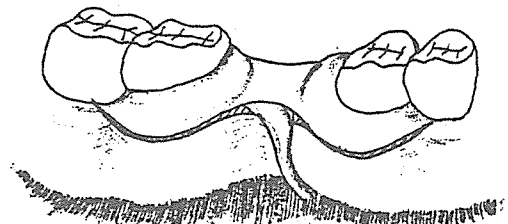


그림3. 치은증식에 의해 치관길이 짧은 경우 치은절제술을 이용한 치관길이 확장술.

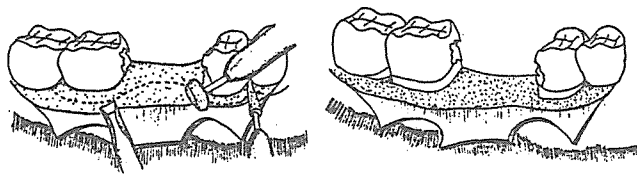


그림4. 치아우식증이 치조골부위까지 확장된 경우 biologic width를 형성하기 위해 골절제술이 동반된 치관길이 확장술.

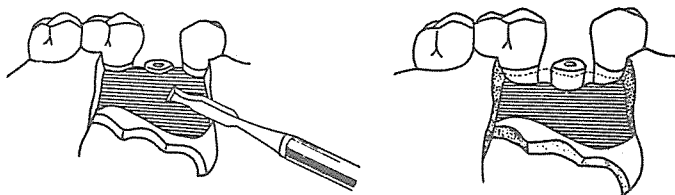


그림5. 치아파절시 치관길이 확장술.