

# 중증의 성인성 치주염 환자에서의 임프란트 치료

신사크리닉 치과의원

원장 이 상 업

전체 무치악 틀니 환자의 치료를 위해 개발된 임프란트는 점차 그 이용 범위가 넓어져 부분부치악에 적용하여 부분틀니를 대체하고, 더욱 발전해 단일치아 결손시에도 이용하여 브리지를 대신하게 되었고, 치주과 영역에서는 1985년의 미국 치주학회에서 처음 공식적으로 치주학 분야의 한 부분으로 포함하기로 합의 되었다.

## (1) 치주질환 환자의 임프란트의 적용

필자의 경우 임프란트 환자의 과반수는 '치주 origin'의 환자이다. 즉 치주질환에 의해 발치하여 생긴 치조정인 것이다.

충치에 의해 발거되어 생긴 'endo origin'의 bed는 Implant의 식립에는 별문제가 없다. 전형적인 '치주 origin'의 bed는 치아를 유지하기에는 조직의 파괴가 너무 심하므로 발치후 잔존골의 양이 심히 모자라는데, 이때 임프란트의 식립에 어려운 선택을 강요한다.

Langer(1990)는 치주보철케이스에서 Implant를 이용하는 증례를 다음과 같이 다섯가지로 분류하였다.

- 1) 구치부 유리단, 또는 긴 전치부 결손인 케이스로 환자가 가철성 보철물의 장착을 기피하는 경우.
- 2) 한, 두 개 치아의 결손으로 통상적인 보철치료의 적응증이나, 인접한 자연치의 삭제를 기피하는 경우.
- 3) 광범위한 보존 및 보철케이스로 심각한 제발

을 보인 경우.

- 4) 편측성, 또는 양측성 유리단 케이스이거나, 최후방 지대치의 예후가 극히 불량한 경우.
- 5) advanced periodontitis로 전체 치아의 임상 소견이 중증이나 아직은 충의치에 의한 진료는 환자가 동의하지 않는 경우.

그림 1-1, 2의 임상케이스는 상기 5항의 경우에 해당되며 우측의 잔존치아의 상태는 치주적으로 상당히 심한 골과괴 양상을 나타내나 환자 및 술자가 충의치의 진료를 피하고자 한다면 multiple implant therapy의 계획을 세워야할 것이다. 근지에는 2)의 케이스, 즉 인접 치아의 삭제를 원하지 않아 implant 치료를 요구하는 환자가 많이 늘어나는 추세이다.

## (2) 치주 질환 환자의 Implant bed의 특징

### 1) 잔존골의 높이의 극소

서두에서 언급하였듯이 치주질환에 의한 implant bed는 잔존골의 양이 극히 적다. 그림 2-1은 치주질환에 의한 구치부 결손의 케이스인데, 작은 화살표는 상악동의 기저부를, 큰 화살표는 발치와의 기저부를 나타내며 여기에서 상악동의 기저부와 발치와의 두께는 약 3~4mm 로 implant를 식립하기에는 부족한 양이다. 그러나 그림 2-2과 같이 endo origin의 bed는 (이 경우 root fracture에 의한 병소)상악동과의 길이는 15mm 이상으로 implant 식립에 충분한 양으로, 그림 2-1과 비교하면 양자간의 차이가 극명하게 드러난다. 그림 1-2와

같이 endo origin의 경우 비록 상악 구치라도 충분히 긴 fixture의 삽입이 가능하다.

2) 증가된 수직고경

치조골 파괴가 많은 치주질환 환자는 회복치아의 수직고경이 상당히 증가한 상태를 보이며(그림 2-3, 4), 그 결과 정상적의 '치관대 치근'의 비율과는 확연히 다른 Ante's Law를 나타낸다. 이 때문에 치주질환 환자는 식립 implant 수도 가능한 많게 하고, 회복 보철물의 교합면의 형태도 좁고 평탄하게 할 필요가 있다.

3) 잔존치아의 동요도

치주질환 환자는 현저히 늘어난 잔존치의 동요도를 고려하여 보철을 디자인하고 교합을 형성할 필요가 있다.(그림 2-5)

(3) 치주병소 발치외의 치조골 높이의 유지

발치한 부위의 bone level은 정상치아의 경우 약 70% 정도라고 알려져 있고, 치주병소의 발치시 흡수되는 골의 양은 정상보다 더 심할 것이 예상된다. 이렇듯 열악한 치주병소의 implant bed를 사전에 양호하게 유지하기 위하여 발치전에 적절한 bone graft와 Guided Tissue Regeneration의 방법을 이용한 "발치외보존술"을 권한다.

이로서도 bone level이 불충분한 경우는 sinus

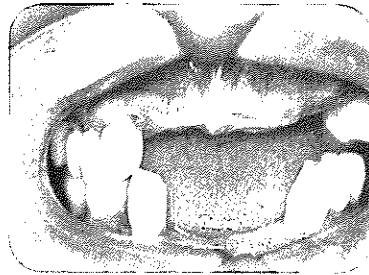


그림 11

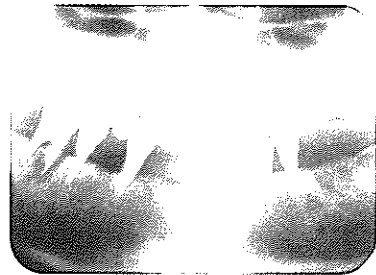


그림 12

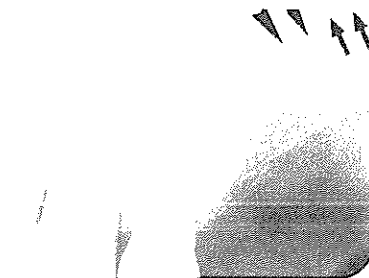


그림 21



그림 22

lift procedure에 의해 socket하방으로의 bone을 확장하는 술식을 검토해야 할 것이다. 필자의 경험에 의하면 sinus lift procedure환자의 90%는 치주 origin의 환자이며, 그러므로 모든 수술 과정 및 보철회복에 있어 치주환자의 경우와 동일한 주의를 요한다고 하겠다.

(4) 치주 질환 정도에 따른 임플란트의 적용 원리

치주질환의 분류에는 여러 가지가 있겠으나 Glickman의 분류에 의하면 아래와 같다.

PERIODONTAL DISEASE(Glickman)

\*Marginal periodontitis

Slow progressive P.



그림 23



그림 24

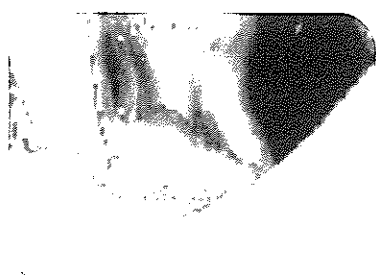


그림 25

Raped progressive P.

Mild P.

Moderate P.

Advanced (severe) P.

\*Juvenile Perildontitis

\*Necrotizing Ulcerative Periodontitis

그림 4-1는 전형적인 Marginal periodontitis에서 Moderate periodotitis 증례인데, 하악 전치부에서 치석침착, 치은 종창등의 임상 소견을 보인다.

1) Treatment of Moderate Periodontitis Patient incorporated with implant Dentistry.

중등도 치주염의 수술시 골 파괴가 많은 경우 구

치에서 1~2개의 치아결손을 초래하는 경우가 많다. (그림 4-2, 3) 이 경우 전통적인 부분틀니에 의한 회복은, 환자가 저작의 비효율과 착용의 불편함을 호소하여 끼지 않는 경우가 대부분이다. 이와 반대로 구치부를 임플란트 회복하게 되면 탁월한 장기예후 (long prognosis)를 기대할 수 있어 기존의 방법과는 비교할 수 있는 장점을 가지게 된다.

그림 4-4의 케이스는 10년 경과한 경우로 Corevent란 씨스템에 의해 회복하였으며, 환자의 치태관리 상태가 좋아 잘 관리되고 있다.

2) Treatment of Advanced Perildontitis Patient incorporated with Implant Dentistry

중증의 치주염의 환자에서의 특징은 수술도 난이

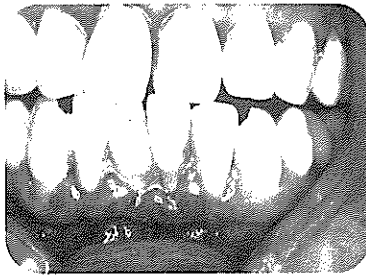


그림 4-1

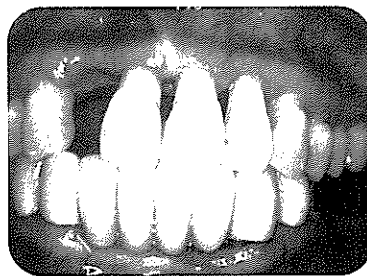


그림 4-2



그림 4-3

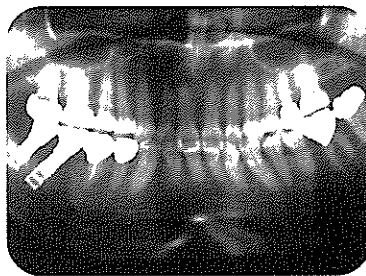


그림 4-4

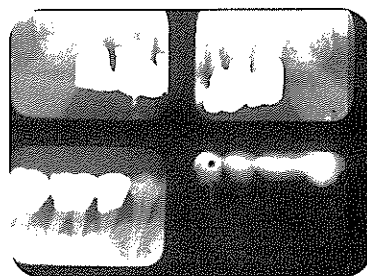


그림 4-5



그림 4-6

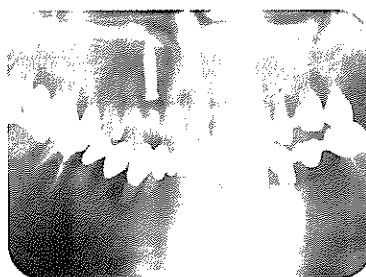


그림 4-7



그림 4-8



그림 4-9



그림 4-10

도가 높고 이보다 몇 년후에 재발되는 경우가 많다는 것이다. 그림 4-5 케이스는 약 8년전에 치주수술과 보철을 마치고, 처음 5년을 Recall에 잘 응하다가 후반 3년에 개인적인 사정으로 치과 통원을 끊은 결과 재발한 케이스이다. 이 경우 가장 심한 상악좌측을 발치하게 되었다.

그림 4-6는 중증치주염으로 치주수술후 상악 전치부를 제외한 전체치아를 치주보철로 회복하였으나, 당뇨병, 음주습성 및 흡연의 전신요인과, 치태 관리 불량으로 재발하였다.(4-7)

상악 좌측의 제 1대구치를 제거하고 여기에 두 개의 임프란트를 심어 회복하였는데,(4-8, 9, 10) 임프란트에 의해 강력하게 저작을 감당하므로써 장기예후에 상당한 발전이 있으리라 기대된다.

이로써 치주염 환자의 진료에 있어서의 임프란트의 적용은 좀 더 확실한 장기 예후를 확신 할 수 있다는 큰 장점이 있어, 향후에도 그 적용의 범위와 개념이 점점 더 확산될 것으로 본다.