

**T-16
TABLE
CLINIC**

**성인 환자에서 하악 측절치 선천적 결손을 동반한 제I급 부정교합의 치험에
김재혁 · 안정순 · 이기현 · 황현식
전남대학교 치과대학 교정학교실**

부정교합중 발생빈도가 가장 많은 제I급 부정교합은 상하악 악골관계는 정상이므로 순수한 치성 부조화에 속하며 주로 총생을 통해 나타난다. 이러한 총생의 주 원인은 치아크기와 악골크기의 부조화에 의해 발생하며 그 외에 치아 맹출 장애, 구치부의 조기근심이동 등을 들 수 있는데 이를 해결하기 위해 흔히 악궁의 확장, 구치의 원심이동, 발치를 하게 된다. 성장이 완료된 환자에서 고정식 교정장치를 이용한 제I급 부정교합의 치료는 크게 발치 치료와 비발치 치료로 나눌 수 있으며 발치 여부와 발거할 치아의 결정은 매우 중요한 과정으로 모든 진단 자료를 종합적으로 평가하여 결정하여야 한다. 발치 여부는 주로 총생의 정도, 절치의 치축 경사도 및 안모의 심미성 등을 고려하여 결정하며 발치시 총생의 해소에서도 소구치나 대구치 발치외에 전치 발치를 통해서도 양호한 치료 결과를 얻을 수 있다.

본 증례는 하악 측절치 선천적 결손을 동반한 제I급 부정교합의 성인 환자로서 상순의 돌출을 주소로 내원하였다. 기능적, 심미적으로 가장 만족할만한 치료계획을 설정하기 위해 석고모형과 X-ray외에 model set-up과 V.T.O를 시행하였다. 상악 제1소구치를 발거 후 이미 형성된 제I급 구치관계를 유지하면서 발치공간을 이용해 치료한 환자로 양호한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

**T-17
TABLE
CLINIC**

**골격성 II급 1류 부정교합의 악교정 수술을 동반한 교정치료
이 유 현
서울바른이치과(신촌)**

34세 6개월된 여자 환자로서 안모소견상 gummy smile, 심한 상순돌출, deep mentolabial sulcus 및 이부 deficiency가 있었다. 구내소견상 상악 악궁 견치간, 구치간 폭경이 좁았으며 II급 구치 및 견치 관계를 보였고, 과도한 Spee 만곡이 있었다. 파노라마 사진상 상,하악 좌측에 제3대구치가 존재했으며 치근 흡수는 보이지 않았다. 측모두부 방사선상 SNA가 89°, SNB가 78° 였으며, IMPA가 103° 인 골격성 II급 1류 부정교합으로 진단되어 다음과 같은 치료계획을 수립하였다.

1. 술전교정 : 상하악에서 제1소구치를 발치후 상악에서는 전치부 분절골절단술을 위하여 견치와 제2소구치 사이의 치근을 이개시키고, Quad helix로 교정적으로 확대시켰다. 하악은 maximum anchorage로 전치를 견인하였다.
2. 악교정 수술 : 1) 상악 : 전치부 분절골절단술로 전방부를 4.0mm 후방이동 및 3.5mm impaction시켰고 동시에 상악 전치 치축유지를 위하여 시계반대 방향으로 회전시켰다. 2) 하악 : BSSRO로 7.5mm 전방이동시켰다. 3) 이부 : augmentation genioplasty를 시행하였다.
3. 술후 교정 : 남아 있던 Spee 만곡의 배열 및 교합 settling
술 후 교정치료 후 기능 교합 및 안모의 심미적 개선을 얻었으며 교정 치료기간은 20개월이 소요되었다 (Surgeon: Prof. Cho.BY, Hanllym Medical University).