

C-11. Flapless Implant Surgery : Case Report

궁동호, 유정아, 김상훈

서울보훈병원 치과 치주과

1965년부터 시작된 치근형 임플란트는 고정성, 및 가철성 국소의치, 총의치의 대안으로 발전되어왔다. 임플란트의 디자인도 초기 Brånemark의 원통형 디자인에서 현재는 다양한 디자인을 가진 여러 임플란트가 임상적으로 쓰이고 있다.

초기 Brånemark의 수술에서는 점막을 절개하는 방법이 쓰였는데 이는 임플란트 식립부로부터 최대한 절개선을 멀리 두어 감염을 예방하기 위함이었다. 그러나 1993년 Scharf와 Tarnow는 치조능에 절개를 시행하는 수술법이 이전 점막절개법과 비교하여 성공률에서 차이가 없었고 오히려 부종과 동통은 더욱 적었다고 보고하였다.

임플란트 수술을 위해 연조직을 거상시키면 연조직 거상만으로도 골흡수가 일어난다. 또한 연조직으로부터 혈액공급이 차단되고 초기 치유기 동안에 골흡수가 일어나고 혈관이 적은 피질골의 경우 골흡수는 증가하게 된다. 또한 절개 후 봉합 자체 만으로 부종과 동통 등 술후 불편감이 발생된다.

위와 같은 술 후 불편감을 최소화시키고 판막 거상으로 인한 골흡수를 줄일 수 있는 연조직을 임플란트 직경에 따른 원형 절개 후 판막 거상이 없는 무판막 수술이 시행되고 있다.

Campelo 등은 10년 간의 임상 연구로 무판막 수술이 예측성 있는 시술법이라고 보고하였다. Hahn은 무판막 수술법에서 충분한 각화치은과 충분한 골폭, 최소의 언더컷이 요구된다고 하였다. Kan 등은 전치부의 무판막 수술에서의 수술, 보철의 원칙을 보고하였다. Pertungaro는 무판막 수술 후 즉시 임시보철을 이용한 치간유두 보존방법을 제시하였다. van Steengerghe 등은 CT를 이용한 surgical stent를 제작하여 정확한 무판막 식립 방법에 대해 보고하였다.

이번 임상증례에서는 충분한 골폭을 보이는 치조골에서의 무판막 임플란트 식립의 다양한 증례를 보고하고자 한다.