



理事長 鱒見進一

社会連携・広報委員会委員長 北川善政

News Letter No. 12

今回は2021年3月28日に行われた第51回一般社団法人日本顎関節学会学術講演会について、千葉県市川市で開業されている石井歯科医院院長の石井広志先生に報告させていただきます。

第51回一般社団法人日本顎関節学会学術講演会報告

「顎関節症の鑑別診断コース – それ本当に顎関節症ですか? –」

(顎関節症との鑑別を要する各種疾患についての詳細解説)

2021年3月28日 zoom形式開催

本学会学術講演会は定期的に年3回程度行われており、専門医や認定医等の各種認定資格の申請や更新条件の一部である。学会ではDC/TMDが公表されてから整合性を考慮した病態分類、診断基準、治療指針と模索が続いている。それを皆が共用・運用するための機会だと思う。今回、第51回学術講演会は「顎関節症の鑑別診断コース-それ本当に顎関節症ですか?-」(顎関節症との鑑別を要する各種疾患についての詳細解説)と題し2021年3月28日に開催された。前回同様、コロナ禍の中、Web参加型(Zoom形式)で行われた。開会にあたり、学術委員会の小見山道委員長(日本大学松戸歯学部顎口腔機能治療学分野)と事務局早瀬様からWeb参加型講演会の注意点等の説明を行い、そのまま小見山先生が座長として進行。



一般社団法人日本顎関節学会 鱒見進一理事長(九州歯科大学歯学部顎口腔欠損再構築学分野)が挨拶され、いよいよビデオ形式による講演会が開催された。参加者(入室者)総数は189名(会員174名、研修医6名、非会員7名、暫定指導医2名:申し込みは202名)とこれまでの対面受講での人数を大幅に上回った。Web環境での受講者の距離的不利が無くなったことの利が生まれた結果と思われる。新しいスタイルの講演会の準備に関わった皆様に感謝申し上げたい。

最初に「顎関節症の病態分類と診断基準」と題して講師の石垣尚一先生（大阪大学大学院歯学研究科）にご講演いただきました。「顎関節症の概念(2013)」「顎関節症と鑑別を要する疾患あるいは障害(2014)」「顎関節の疾患あるいは障害(2014)」について説明、そして「顎関節症の病態分類(2013)」について病態分類毎に解説、「顎関節症の診断基準(2019)」についてはDC/TMDの症状質問票(SQ)と診察用紙(E)、「いつもの痛み」、診断決定樹の詳しい解説後、各病態について、それぞれの診察の際の触診法のポイントなどを詳しく解説していただきました。これらは国際基準であるDC/TMDに準拠しているが、あくまでも参考としたものであり、日本国内での画像診断の普及の優位性を海外と比較、考慮し、項目を追加、変更があることも付け加えられた。日本の実情に合った臨床で使用可能な共通の認識が、本学会を通じ、少しでも多くの歯科医師に周知されるようになることが、今後の顎関節症治療に不可欠であると感じた。これらの情報は本学会のホームページからダウンロードができるので是非利用していただきたい。

最近の顎関節症の考え方：<http://kokuhoken.net/jstmj/medical/recently.html>


The Japanese Society for Temporomandibular Joint
一般社団法人 日本顎関節学会 第51回学術講演会 2021年3月28日(日) 10:00~10:50

顎関節症の病態分類と診断基準

大阪大学 大学院歯学研究科
顎口腔機能再建学講座クラウンブリッジ補綴学分野
石垣 尚一

本日のコンテンツ

1. 顎関節症の概念(2013)
2. 顎関節症と鑑別を要する疾患あるいは障害(2014)
3. 顎関節・咀嚼筋の疾患あるいは障害(2014)
4. 顎関節症の病態分類(2013)
5. 顎関節症の診断基準(2019)
6. 顎関節症治療の指針2020



次に、「画像検査による顎関節症の鑑別」と題して講師の松本邦史先生（日本大学歯学部放射線学講座）にご講演いただきました。

The Japanese Society for Temporomandibular Joint
一般社団法人 日本顎関節学会

画像検査による顎関節症の鑑別診断

松本 邦史
日本大学歯学部歯科放射線学講座



令和3年3月28日
第51回学術講演会 11:00~11:50

画像診断においては正常解剖像の解釈が重要であるとして、パノラマ X 線、パノラマ 4 分割、CT、CBCT、MRI におけるそれぞれの正常解剖像と異常時の形態的相違について解説された。パノラマ X 線写真はそのシェーマを示し、断層軌道からの側面像としてのずれの認識、何よりもパノラマ X 線読像時にはバイアスを防ぐため顎関節を先に診ないという言葉が残った。一方、パノラマ 4 分割撮影は下顎頭の運動経路をある程度把握しやすく、下顎頭の形態を確認する際、開口時の投射角度がパノラマ X 撮影時より水平に近くなり正常な形態を得やすいため、特に CT、CBCT を利用できない場合は有効であるとのことであった。その後、顎関節症の病態分類ごとの画像診断について画像的特徴と鑑別について解説され画像診断が診断の妥当性を高め、確定診断に結び付くことを解説された。その後、顎関節症以外の顎関節疾患の鑑別についていくつかの症例をご供覧いただいた。普段からパノラマ X 線の撮影がファーストチョイスの開業医にとって読影の基本に立ち返り精査することの重要性を痛感した。

午後は、「顎関節症と鑑別が必要な疾患①（有痛疾患）」を村岡渡先生（川崎市立井田病院）に、顎関節症鑑別のポイントを「痛み」の視点からご講演していただいた。

まず、基本的な痛みの分類について述べられ、それぞれに対する痛みの質の違いについて、これらの訴えを効率的に整理するためには構造化問診表(部位、発現状況、経過、痛みの質、痛みの程度、頻度、持続時間、時間的特徴、増悪因子、寛解因子、随伴症状、疼痛時行動)が有用であると述べられた。また、Dodick の SNOOP(Systemic symptoms/signs、Systemic disease、Neurologic symptoms or signs、Onset sudden、Onset after age 40 years、Patternchange)が鑑別診断の際の臨床的手掛りとして紹介された。レッドフラッグ（見逃してはいけない重症となりうる疾患を示唆する徴候や 症状）に注意が必要であるとされ、顎関節症と鑑別が必要な有痛性疾患として 1. リウマチ性多発筋痛症、2. 虚血性心疾患、3. 悪性疾患についてご解説いただいた。その中で、関節リウマチの第一選択薬であるメトトレキサートを使用している患者の口腔顔面痛領域に痛みや開口障害を生じた際には、歯性感染症、带状疱疹、化膿性顎関節炎の鑑別に加え、レッドフラッグとして悪性リンパ腫があることも忘れてはいけないとのことであった。まとめとして、まずは顎関節症の痛みに見合う所見かどうかを確認し、痛みの性状や随伴症状を含め全身所見を注視する重要性について述べられた。



川崎市立井田病院

一般社団法人日本顎関節学会第51回学術講演会
【顎関節症の鑑別診断コースーそれ本当に顎関節症ですか？ー】

顎関節症と鑑別が必要な疾患①（有痛疾患）

川崎市立井田病院歯科口腔外科
村岡 渡

2021年3月28日（日）13:00～13:50
WEB

COI: 発表に関連し、申告すべき利益相反関係にある団体などはありません



次に、濱田良樹先生（鶴見大学歯学部口腔顎顔面外科学講座）に、「顎関節症と鑑別が必要な疾患②（口腔外科疾患）」と題して講演いただいた。



顎関節症の診断は除外診断であり、滑膜性(骨)軟骨腫症、関節リウマチ、乾癬性関節炎、ピロリン酸 Ca 結晶沈着症(偽痛風発作型・腫瘤型)、化膿性顎関節炎、腱・腱膜過形成症、悪性腫瘍、破傷風等との鑑別が必要である。実際の滑膜性(骨)軟骨腫症の症例、偽痛風との併存症例を示し、その中で、偽痛風の診断基準の改訂版の紹介した。似た様な症状を呈した滑膜性(骨)軟骨腫症に起因し発生した軟骨肉腫の最近の症例を示し、怖い症例の存在に対する注意を促した。その後もピロリン酸 Ca 結晶沈着症の症例、脳神経外科から紹介された粘表皮癌、顎関節症の診断に囚われ続けられ死に至った扁平上皮癌の症例と悪性腫瘍の症例、顎関節症の診断から急変した化膿性顎関節炎が頭蓋内に波及した症例と注意が必要な例が示された。また、無痛の開口障害の破傷風で、対応が遅れると死に至る可能性があった症例が示され、破傷風の臨床経過第 2 期の開口障害から第 3 期の呼吸困難まで 1 日で進行するので注意が必要とのことである。が示された。最後に腱・腱膜過形成症の症例が示されたが術後管理が重要だそうである。私の開業地 = 生まれ育った土地であるが、よそ者が転ぶと災難に遭うという伝説(袖掛の松)があり、私が小学校の頃にも破傷風でお亡くなりになった子供もおり、破傷風菌の存在がある土壤と考えられる。今後、無痛性の開口障害の場合の医療面接には注意が必要だと思った。

本講演会の最後は、顎関節症と鑑別が必要な疾患③（精神疾患）と題して座長兼務の小見山道先生にご講演いただいた。

顎関節症の治療におけるⅡ軸診断(心理社会軸)の位置づけを解説、そして顎関節症の診断基準評価インストゥルメント(日本語版)の心理テストとして、PHQ-4(患者健康質問票)、PHQ-9(うつ傾向の質問)、GAD-7(不安傾向の質問)、PHQ-15(身体化傾向の質問)等について解説された。ただしこれらは、あくまでも現在の精神状態を示しているものであり、痛みの原因ではないが参考程度にはなるとのことであった。

その後、各精神疾患(うつ病/大うつ病性障害、不安障害、身体症状症、妄想性障害、統合失調症、パーソナリティ障害)の実際の患者のケースを基に解説があった。精神疾患は脳の疾患と考えることにより付き合いやすくなる。そして、これらの患者に対しては、「真つ向勝負しない」対応も時には必要であり、痛み症状については、傾聴、受容、共感をしながら、精神神経学的疾患の関連各科(心療内科。精神科など)へ依頼することが重要であるとのことであった。ただしその際は丸投げせず、口腔内の管理については紹介者が患者に保証をすることが大事であるとして、精神疾患も良くコントロールされれば治療は十分

可能であるとまとめられた。関連各科と連携は他の疾患においても重要である。私の地元には市川総合病院、国府台病院と歯科医師が常駐する大病院があり、歯科も含め連携がとり易い。国府台病院は精神科、診療内科の充実した病院であり、両科の医師たちとも良い関係が出来ており、紹介患者以外でも気軽に相談できるのがうれしい。是非、この分野も充実させたい。

(一社)日本顎関節学会第51回学術講演会

顎関節症と鑑別が必要な疾患③(精神疾患)

日本大学松戸歯学部 顎口腔機能治療学分野
小見山 道

令和3年3月28日(日)

利益相反はありません。



一般歯科臨床医の私にとって 10 年前に RDC/TMD 分類が取りざたされた時、こんなの一般臨床では無理と正直思った。学会では早速、学会症例分類と RDC/TMD 分類の検証委員会が立ち上がり、整合性を配慮しながら顎関節症の概念、顎関節症の病態分類等が公表され、周知のための研修がなされた。学会役員の先生たちには感謝したい。しかし、未だ DC/TMD の理解が十分か？利用できているか？と問われると恥ずかしい限りである。その後、顎関節症の診断基準、顎関節症治療の指針、診断決定樹が公表されている。石垣先生のおっしゃる通り、日本の実情に合った臨床で使用可能な共通の認識としての運用が臨床の場でも必要と痛感した。自然緩解の言葉の中で、より拗らせた患者さんが学会ホームページの専門医名簿から私たちのところに訪れる場面も多くなってきている様に思う。自分なりの診療も大切にしなければならぬが、基本の部分もしっかり持つべく各指針等を学び臨床に生かしていきたいと思った。