



理事長 近藤壽郎

社会連携・広報委員会委員長 北川善政

News Letter No. 11

今回は2020年2月23日に行われた第49回一般社団法人日本顎関節学会学術講演会について、静岡県静岡市でご開業されている深沢歯科医院院長 深澤敏弘先生に報告していただきます。

第49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? -」

(各種鑑別を有する疾患についての詳細解説)

2020年2月23日 日本大学歯学部1号館 大講堂

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になっている。また、本学会員のみならず非会員や一般開業医の先生方にも門戸を開いており、少しでも多くの先生方に顎関節症治療の一次医療機関としての役割を担っていただける様、顎関節症やそれに関連する医学的知識の基礎と最新の知見を整理できるようなテーマを、委員会の先生方を中心に毎回ご準備いただいている。第49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? -」(各種鑑別を有する疾患についての詳細解説)と題し2020年2月23日 東京(日本大学歯学部1号館 大講堂)にて開催された。



今回は、新型コロナウイルスの影響を考慮し、事前に事務局よりメールで出席者に対し、マスク着用と手指衛生の協力要請の連絡があるなどの対応がなされた。開会の挨拶では、一般社団法人 日本顎関節学会理事長 近藤壽郎 先生（日本大学松戸歯学部 顎顔面外科学講座）が、今回の開催に際し、当日までの状況、イベント規模、翌日の新認定医試験の日程を鑑みて予定通り実施される運びとなったいきさつを説明された。また、事前に多くのキャンセル者が予想されたが、当日登録も含めた参加者総数は76名（会員：63名 非会員7名 研修医：3名 暫定指導医：3名）と事前申込者数80名とほぼ変らなかったため通常通りの運営となった。このことから今回のセミナーに対する受講者の期待がうかがわれた。このような中で、講演の準備にかかわった方々に感謝申し上げたい。



冒頭、座長の小見山 道 先生（日本大学松戸歯学部顎口腔機能治療学分野）から、作成されたばかりの「顎関節症の診断基準（2019）」と診断決定樹の作成背景とその解説をご講演いただいた。この診断基準は「顎関節症治療の指針2018」の中の「顎関節症の診断基準（2018）」をアップデートしたものであるが、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いた。これらは国際基準である DC/TMD に準拠し作成されたが、あくまでも参考としたものであり、DC/TMD の問診におけるコマンド迄は要求しない等の説明があった。その中で、DC/TMD と異なる点としては日本国内での画像診断の普及の優位性を海外と比較、考慮してそれらの項目を追加、変更したとのことであった。ただし海外誌に論文を投稿する際は、本診断基準を使用した場合には、DC/TMD に準拠したと書き加えることは可能であるとのことでもあった。一開業医として、このような国際規格に準じ、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。





次に、「画像検査による顎関節症の鑑別」と題して講師の五十嵐千浪先生（鶴見大学歯学部口腔顎顔面放射線・画像診断学講座）にご講演いただいた。

先生は、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、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。その中でパノラマ 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、顎関節症と鑑別を要する疾患としていくつかの症例をご供覧いただいた。その中で、下顎頭、茎状突起、筋突起の過形成や外傷性顎関節炎はパノラマで鑑別可能であるとお話された。筆者も自院に CBCT を導入後は診断をそれに頼りがちであったが、改めてパノラマ X 線の情報の多さを再認識し読影の基本に立ち返る必要があることを痛感した。



午後は各論としてはじめに、「顎関節症と鑑別が必要な疾患①（有痛疾患）」を村岡 渡先生（川崎市立井田病院歯科口腔外科）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。先生はまず、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（ひりひり、ズキズキ等）が鑑別に役立つこと、これらの訴えを効率的に整理するためには構造化問診が有用であると述べられた。また、鑑別診断を行うにあたり、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、菌性感染症、帯状疱疹の鑑別に加え、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。



次に、岡本俊宏 先生（東京女子医科大学歯科口腔外科）に、「顎関節症と鑑別が必要な疾患②（口腔外科疾患）」と題しご講演いただいた。先生には、顎関節症以外の顎関節疾患を全身疾患に起因するものと起因しないものに分けて解説していただき、前者として先天・発育異常、脱臼骨折などの外傷、腫瘍とその類似疾患、顎関節強直症、後者として関節リウマチ、乾癬性関節炎等の症例をご供覧いただいた。

特に高齢者の習慣性及び、陳旧性脱臼に対し行った関節隆起切除手術の動画等、一般臨床医としては、なかなか見ることのできない大変貴重な資料を見せていただいた。こういった処置は、摂食の改善、誤嚥の予防など患者のQOLの改善に大いに役立つことを知った。また、高齢者の関節突起骨折が増えており、放置すると顎関節強直症に移行してしまうため、的確に診断し早期に発見することの必要性和、そのポイントについて解説された。





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）と題して玉置勝司 先生（神奈川歯科大学大学院歯学研究科顎咬合機能回復補綴医学分野）の予定であったが、体調不良により急遽、小見山 道 先生に同じテーマでご講演いただいた。当日、先生に於かれては、座長、第1部講師、第5部講師とフル回転でご活躍いただいた。お疲れ様でした。先生には先ず顎関節症の治療におけるⅡ軸診断の位置づけを解説していただき、よく見る疾患について知っておく必要があるとして、いくつかご提示いただいた。そして、これらの疾患をスクリーニングするための心理テストとして、PHQ-4（患者健康質問票）、PHQ-9（気分障害）、GAD-7（不安障害）、PHQ-15（身体表現性障害）等の活用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の傾向を見るものであり、診断をするものではないとのことであった。また、抑うつ障害などはかなりコントロール可能であるが、統合失調症はアドヒアランスが悪いことが多く、パーソナリティ障害の患者も難症例であることなど、実際の患者のケースを基にお話しいただいた。

そして、これらの患者に対しては、「真っ向勝負しない」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プロフェッショナルへ紹介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だとまとめられ、筆者も深く同意した。

顎関節症は有病率からすると、齲蝕や、歯周病と比較してもそれほどまれな疾患ではない。にもかかわらず一般歯科臨床医にとって未だ手強く感じてしまう原因の一つには、鑑別診断が必要な疾患が多岐にわたることも一因であると考えられる。午後のセミナーでご講演いただいた村岡 渡 先生が医科でよく言われている言葉を引用して「知らない疾患は診断できない」とおっしゃったが全くその通りで、本講演を受講しその重要性を再認識した。同時に、これらをどのように一般歯科臨床医に向けてわかりやすく発信できるかが、今後の課題ではないかと思った。

