



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. 15

今回は2022年5月22日(日)に行われた第54回一般社団法人日本顎関節学会学術講演会について、佐藤歯科医院今戸クリニックの佐藤文明先生に報告させていただきます。

第54回一般社団法人日本顎関節学会学術講演会報告

「顎関節症の基本治療が奏功しない場合の対応 -外科治療を中心に-」

2022年5月22日 zoom形式開催

第54回一般社団法人日本顎関節学会学術講演会は「顎関節症の基本治療が奏功しない場合の対応 -外科治療を中心に-」をテーマとして2022年5月22日に新型コロナウイルス感染拡大防止を考慮してWEB(ZOOM形式)にて開催された。小見山 道学術委員会 委員長(日本大学松戸歯学部)より今回の学術講演会の内容について説明があった。

はじめに小見山 道先生(日本大学松戸歯学部)から「顎関節症診察、診断、基本治療の考え方」と題して参考資料をもとに、顎関節症の定義、鑑別すべき疾患、顎関節症の診断基準(2019)について解説があった。さらに世界共通の診断基準であるDC/TMDの質問票と診察用紙を用いた診察法については、予め決まったコマンドを使って医療面接することが特徴であり、触診についてもpalpeterなどを用いてキャリブレーションを行い、正確なコマンドで診察する方法について動画を交えたわかりやすい解説が行われた。その診察に基づき日本顎関節学会診断決定樹を用いて診断する一連の流れについて詳細な説明があった。

一般社団法人日本顎関節学会 第54回学術講演会

顎関節症の診察、診断、基本治療の考え方

日本大学松戸歯学部 クラウンブリッジ補綴学講座

小見山 道

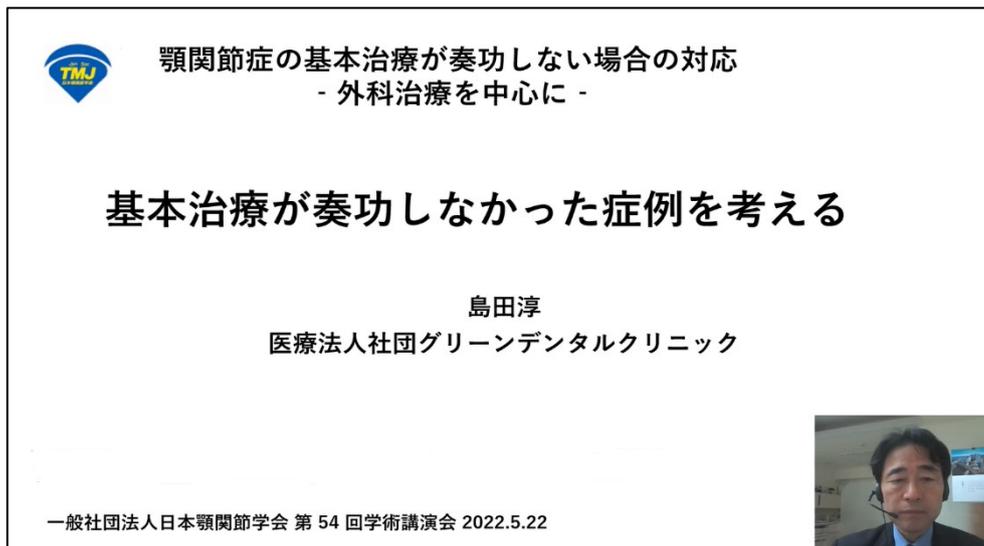


令和4年5月22日 WEB開催

続いて基本治療について患者教育として行われる顎関節症の疫学、自然経過、疾患教育、さらにはリスク因子である悪習癖の是正、生活指導、セルフケア指導についての注意点について説明があり、病態説明では特にX線画像、MRI画像について予備知識のない患者への説明の際の注意について話された。また、期待される治療経過の説明では、併存疾患、難治性となる持続因子、悪化因子の

存在により慢性化する可能性への説明を行うことで、患者とのラポールも築きやすくなるとの解説があった。その後、患者指導の方法、治療について症例を供覧しながら TCH に代表される悪習癖の是正法、運動療法の方法など動画も用いたわかりやすい解説があった。注意すべき点として 3 ヶ月続く慢性疼痛では MRI などによる診断の再評価が必要であるとの解説があった。また小見山先生は約 90%の顎関節症患者は基本治療で寛解すると説明されており、残り 10%程度の症状が改善しない難治症例についてさらに外科治療を含めた専門的な治療が必要になると解説されていたが、同様の臨床実感であった。

次に島田 淳先生（医療法人社団グリーンデンタルクリニック）から「基本治療が奏功しなかった症例を考える」と題して講演が行われた。



顎関節症の基本治療が奏功しない場合の対応  
- 外科治療を中心に -

**基本治療が奏功しなかった症例を考える**

島田 淳  
医療法人社団グリーンデンタルクリニック

一般社団法人日本顎関節学会 第 54 回学術講演会 2022.5.22

最初に顎関節症における開業医の役割として、ほとんどの顎関節症が基本治療により症状が改善することから、早期発見、慢性化予防に開業医で行う初期治療が大切であることに触れた。3ヶ月程度の治療で痛みや開口障害が改善しないケースでは MRI などですらなる病態の検索による鑑別診断の必要性、高次医療機関への紹介や連携が必要であると解説された。また実例を挙げて鑑別診断が必要だった症例について解説があった。次に病態診断のポイント、基本治療について、開業医で行うべき医療面接や支持療法についての解説があった。運動療法については基本治療の中軸をなすものであり、各種運動療法について解説があり、更にアプライアンスについては睡眠時ブラキシズムによる関節の過負荷について顎関節、咀嚼筋の安静、保護を目的として必要であると説明された。最後に顎関節症の周辺群と呼ばれる慢性疼痛症例や機能身体症候群（FSS）などを持つ患者については歯科だけでは対応できないケースもあり、躊躇せずに紹介することが大切であると説明があった。このように多くの症例は基本治療で改善するが、症状改善が困難なケースにおいては心理社会的要因など問題点を考える必要があり、高次医療機関との連携が必要であることは想像に難しくなく、患者を抱え込まないことが大切であると再認識した。

続いて岡本 俊宏先生（東京女子医科大学医学部歯科口腔外科）は「顎関節症として歯科口腔外科に紹介された症例について」と題して講演された。最初に顎関節症患者の年齢分布で 50 歳代以降の高齢者が増えてきていることが示された。病態では咀嚼筋痛障害、復位性顎関節円板転位が多く、その紹介の 40%は歯科医院からであったと解説があった。一方、紹介元の歯科医院ではその大半が治療を一切せずに紹介してきており、治療を行なっている医院でも鎮痛剤処方、アプライアンス装着がメインであり、運動療法を行なっている医院が少ないという説明があった。顎関節症の初期対応である基本治療は開業医である一次医療機関が担う必要があるが、顎関節症をよく理解していない開業医ではこのような傾向があると実感している。本学会としてもこれら開業医への基本治療の啓蒙を積極

的に行なっていく必要性を感じた。

更に顎関節症として紹介された患者のうち 2.6%が顎関節症以外の疾患であったと説明があり、関節突起骨折の例が紹介され、明確な自覚症状を持たない症例では咬合の変化が無く、明確に X 線写真で外形性のズレがみられない症例、交通事故などの重複骨折では顎関節部の骨折が見逃され強直症を呈する症例、認知症、総義歯患者では周囲が骨折に気づけない症例などの問題が提起された。このようなケースは一般の開業医にも受診する可能性は高く、注意が必要である。また、リウマチによる顎関節炎について解説があり、他関節にリウマチを持つ患者の 60-70%は顎関節に症状があると説明があり、症状の進行した症例では開咬が生じるため、ブラケット付きスプリントを使用した治療法について解説があった。基本治療により症状の改善しない症例については他の疾患との鑑別診断が大切であり、病歴、治療経過についてはより詳細に聴取して必要と思えば、高次医療機関に早期に紹介することが重要であると思われた。



顎関節症として  
歯科口腔外科に紹介された症例について

東京女子医科大学  
歯科口腔外科  
岡本俊宏

一般社団法人日本顎関節学会

引き続き登壇された濱田 良樹先生（鶴見大学歯学部）から「変形性顎関節症に対する顎関節洗浄療法ならびに低侵襲な顎関節開放手術について」と題して講演が行われた。



“変形性顎関節症に対する顎関節洗浄療法  
& 低侵襲な顎関節開放手術について”

第54回日本顎関節学会 学術講演会  
鶴見大学歯学部口腔顎顔面外科学講座 濱田良樹  
Hakuba peaks

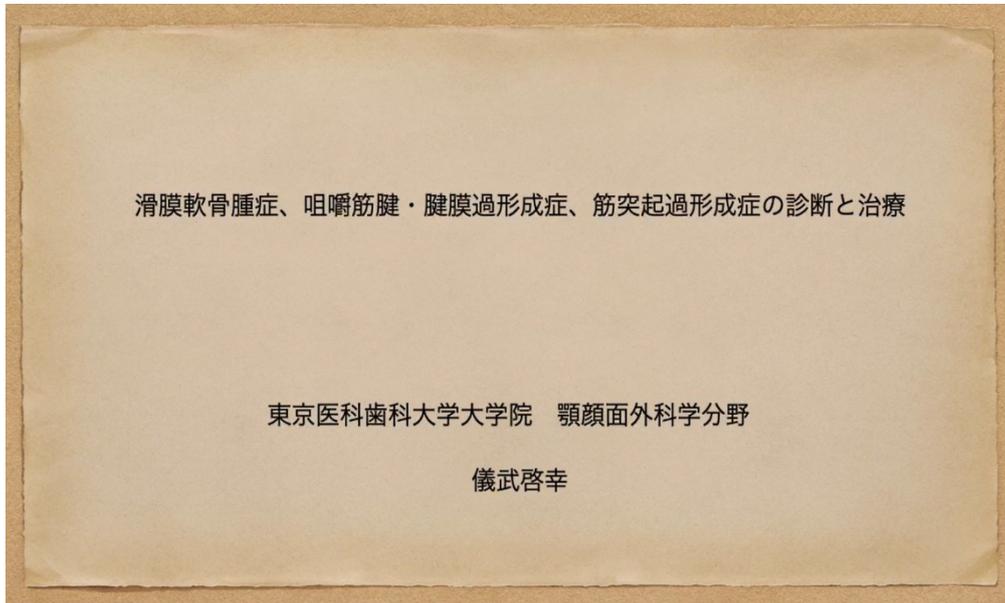
顎関節症については口腔外科においてもほとんどの症例が保存療法で解決するとの前置きの後、外科療法に至った症例についての解説が行われた。最初に顎関節や咀嚼筋の疼痛発現の機序について説明があり、ブラキシズム、TCH などから咀嚼筋群への疲労や過緊張から筋痛が起り、続いて顎関

節への圧迫から荷重負担が生じて炎症性サイトカイン、蛋白分解酵素、活性酸素が発生し、滑膜炎や関節軟骨の変性が生じることで変形性顎関節症（炎）となるメカニズムの解説があった。さらに活性酸素の発生が滑液の主成分であるヒアルロン酸の低重合化が起こり滑液粘性の低下を引き起こし結果的に関節内部の摩擦抵抗が増え、関節軟骨や関節表面のコラーゲン繊維の破壊が起こりその線維化により円板穿孔、骨変形が起こり、その結果、円板転位が起こるのではないかとする解説があった。

続いて当科における顎関節症治療としてフローチャートが提示され、基本治療として咀嚼筋の脱力（安静空隙の体感）、マッサージ、ストレッチ（顎運動療法）を基本とし、夜間ブラキシズムへの対策としてアプライアンス治療を使用する基本治療の重要性を強調されていた。さらに1～3ヶ月（7～8回）行って治療効果が全くない、悪化するなどの場合、追加の検査としてCT、MRIなどを行い鑑別診断の見直しをすること、そして鑑別診断を行い他疾患が否定されたがやはり、顎関節に問題がある場合は外科療法の選択となるとの説明があった。外科治療の適応については開口障害、顎運動障害の原因が顎関節痛にあること、咀嚼筋痛は改善していること（咀嚼筋痛残存したままでの外科治療は術後の運動療法がうまくいかない）など明確な適用条件を示されていた。先生が担当されている病院歯科の顎関節専門外来においても洗浄療法の適応が約5%、開放手術は2%とほとんどの患者が基本治療で解決していると説明があった。外科治療として行われている顎関節有視下洗浄療法（VGIR）は2回実施した奏効率は84%と高かった。さらに鏡視下で行うことでOA、滑膜炎、関節内部の線維癒着の評価ができるとし、奏効群、非奏効群との比較から滑膜炎の改善は期待できると解説され、痛みの改善に有効であることが認識できた。一方で、症状が消退しても炎症性サイトカインについては有意差がなかったことから、症状再燃の可能性を内在していることを示唆しており、これらはブラキシズム、TCHが残存している状態であると再燃する可能性が高く、術後においても咀嚼筋脱力、マッサージ、ストレッチを継続して再燃防止に努める重要性を示されていた。その後、洗浄療法でも改善しない症例について解説があり、このような症例は多くは難治性の変形性顎関節症と顎関節円板前方転位が共存している症例であり、機能関節面上の骨棘こそが顎関節機能時痛の主因であるとし、この骨棘だけを削除する程侵襲な開放手術手技の解説があり、奏効率は93.9%であり、従来の関節円板切除術と比べて術式が単純で関節内軟組織の侵襲が少なく機能回復も早いとの説明があった。濱田先生が示された口腔外科における顎関節症のフローチャートはできるだけ侵襲な治療を取り入れていく整然として非常に納得しやすい考え方であり、大変参考になった。

最後に儀武 啓幸先生（東京医科歯科大学）から「滑膜軟骨腫症、咀嚼筋腱・腱膜過形成症、筋突起過形成症の診断と治療」と題して講演が行われた。これらの疾患の共通点は基本治療により改善せず、外科療法の根本的な解決策であると前置きし、講演が始まった。最初に滑膜軟骨腫症について解説があった。自検例22例について紹介があり、摘出物の病理組織所見で病変の骨化が認められるものが9例、パノラマX線写真にて不透過像が認められたものは3例であり、臨床症状では顎関節部の腫脹は3例、咬合の変化については1例とこの疾患の典型的特徴とされる所見は多くなく、症状の多くは顎関節部痛19例、関節雑音2例、開口障害5例であり、顎関節症との鑑別が不可能であるとの説明があった。このようなことから基本治療により改善しない場合、さらなる画像検査、特にMRI検査を行うことにより改めて診断を見直すことの重要性を強調していた。次に咀嚼筋腱・腱膜過形成症について解説があった。臨床所見では緩徐に進行した硬性の開口障害、最大開口時に咬筋前縁に硬い索状構造物の触知、下顎角が張ったいわゆるsquare mandibleを呈する、下顎前方、側方運動は制限されないといった特徴があり、MRIでは咬筋前縁付近の腱・腱膜の肥厚とstrike root appearanceを呈する、顎関節円板の転位はなく、若干ではあるが前方滑走もあるとし、多くは幼少期より無痛性の開口障害があるなどの鑑別点を示された。続いて、外科治療について説明があり、多くは咬筋腱筋膜部分切除だけでなく筋突起切除が必要であると解説された。診断はMRIが決め手となり、

顎関節症との鑑別が臨床所見からは難しいとの説明があった。最後に筋突起過形成症について解説があり、臨床症状として強固な開口障害があるが基本的に痛みがない、下顎頭の滑走は可能であり、患者が開口障害の時期を明確にできないことも特徴であると解説された。診断では閉口時、最大開口時の CT で筋突起と頬骨と干渉することを確認することが大切であり、特に 3D 構築画像は視覚的に確認しやすいと説明があった。治療は筋突起切除術の適応となるとして術式についても詳しく説明があった。以上のように顎関節症では初期診断から適切な基本治療を行なうが、もしその反応がよくない場合には漫然と治療を続けるべきでなく、さらなる画像検査の追加、高次医療機関でのさらなる鑑別診断のための検査などを行うことが大切であり、抱え込まないことが大事であると思われた。



今回の講演会を通じて改めて基本治療の大切さが認識でき、更に適切な基本治療を行なったが、治療効果が上がらなかった時にどのような顎関節症以外の疾患を考えるかについて再整理ができたものとする。外科を専門としない開業医に対しても基本治療が奏効しない時、紹介された紹介先でどのような治療が行われているのかが良くわかる講演であり、非常に良い企画であったと感じた。