

口部ジスキネジアは、口腔内に食物がない場合でもモグモグと口を動かし、舌の捻転・突出、口唇の異常な運動、下顎の開閉・振戦などの比較的常同的かつ多様な不随意運動からなっている。特定の薬剤服用に関連したものと、原因不明の特発性があり、前者は抗精神病薬の長期運用に伴う遅発性ジスキネジア (Tardive dyskinesia) と、DOPA製剤や抗コリン薬などの抗パーキンソン病薬によるものであり、いずれも高齢者や女性に多い傾向がある。多くの報告や医学書には、口部ジスキネジアの原因の一つとして不適合な義歯が挙げられている。歯科の立場から、注目すべきことである。

口部ジスキネジアは比較的希望な疾患ではあるが、歯科治療のすべてのステップに支障を生じ、プレパレーションや咬合採得時には特に問題となる。さらに、遅発性ジスキネジア等によって頭部の動揺が加われば、歯科治療は一層困難である。

口部ジスキネジアを発症した患者さんの歯科処置を私が初めて経験したのは20年前のことだが、今でも鮮明に記憶に残っている。患者さんはパーキンソン病のため神経内科に通う78歳男性であった。無歯顎であり、総義歯を装着していたが不適合で食物も噛みにくいというのが主訴であった。診査後、通法に従って上下顎に総義歯を作製することにしたものの、比較的激しい不随意運動があったため、咬合採得はまさに至難の業であった。義歯完成後は、困難ながらも粘膜面の調整を行い、咬合関係についてはパラフィンワックス

を左右均等に噛むようにという指示のもとに得た記録で咬合器にリマウントして調整したが、下顎に不随意運動がある患者さんの咬合関係の確立に適切かどうか判断できる根拠はなかった。

新義歯装着後、口部ジスキネジアの状態に変化はなく、精神状態は以前より悪くなったかもしれないと介護者から訴えがあった。主治医に相談し下顎の不随意運動に対する治療を求めるとともに、患者さんには下顎の不随意運動に変化があれば速やかに連絡するよう指示した。約2週間後の朝、不随意運動が止まったとの連絡があったため、同日、来院していただいた。義歯を咬合器にリマウントし咬合調整したところ、下顎中切歯で約3分の1の幅径分右側にずれた位置で咬合位を設定することになった。

—— 障害者歯科治療における咬合の回復③ ——

口部ジスキネジアについて



日本大学松戸歯学部障害者歯科学講座教授 妻鹿純一

本症例では、抗パーキンソン病薬を徐々に減量することによって不随意運動が消失し、その時に得たタツピンク位において咬合位を設定した。そして、その後、以前通りの服薬を開始しても、口部ジスキネジアの再発はなく、精神状態にも明らかな改善が認められた。

一方、遅発性ジスキネジアは原因と考えられる抗精神病薬を中止しても改善困難なことが多いと言われている。抗精神病薬の治療効果は、ドーパミンD₂受容体の遮断効果と相関があり、脳内のD₂受容体に70%以上の結合率の時に薬効が現れるが、80%を超えると不随意運動が出現するという報告があり、薬剤の投与方法が不随意運動の発現に関わることを示している。しかし、D₂受容体との結合力が比較的低く、ジスキネジアを発症しにくい非定型の抗

精神病薬も存在する。ここで述べた不随意運動以外にもacute dystoniaなど鑑別が必要なものがあり、主治医との医療連携は口部ジスキネジアがある患者さんの歯科治療を進める上で重要な要素である。

口部ジスキネジアの多くは特発性であり、加齢現象に加え、歯牙欠損やそれに伴う不正咬合、あるいは不適合な義歯が発症の閾値を下げていると思われる。主治医の協力等によって良好な治療結果が得られた症例も数多く経験したが、不可逆性のジスキネジアや認知症を併発している場合では、治療が功を奏さないこともあり、歯科治療のためのプロトコルは完成していない。

以上を要約すれば、全身疾患や障害が生じる前に、歯科的に咬合の管理がなされていれば、このような患者さんをより少なくできるということになる。すなわち、健康な歯を残し高齢になっても臼歯部の咬合が維持できるよう8020運動を推進することや、「義歯を装着したら歯科と一生の付き合いになる」というイメージを社会に浸透させることが、口部ジスキネジアを減少させる方法の一つになるのかもしれない。

【参考文献】

(1)越川憲明、妻鹿純一：オラルディスキネジア、歯界展望、98：748-752、2001。

