

第2回学術講演会

日時: 11月4日(金) 19:00から

場所: ホテルサンプラザ

今年度2回目の学術講演会は、会員が普段からお世話になっている北海道中央労災病院歯科口腔外科のお二人の先生にお願いした。演題は笠原和恵先生が「ビスフォスフォネート誘発顎骨壊死(BRONJ)の診断と治療」、堀川雅昭先生が「歯科治療と感染性心内膜炎」であった。ともに最近の学会等での情報を基に資料を提示し、注意を喚起し、欧米と日本とのガイドラインの違いについても解説していただいた。参加27名のうち2/3のメンバーは懇親会にそのまま移行して、自らが抱える症例について相談したり、お礼を述べたりしていた。





学術講演会 要旨

「ビスフォスフォネート誘発顎骨壊死(BRONJ)の診断と治療」

北海道中央労災病院歯科口腔外科 笠原和恵 先生

こちらの労災病院に着任して今年で5年目だが、予想以上にBRONJの症例は多く、手術すべきか否か苦慮することは少なくない。学会でもこのテーマはいつも議論されている問題である。

ビスフォスフォネート(BP)は骨を吸収している破骨細胞に取り込まれ、アポトーシスを誘導することにより骨吸収を抑制する。さらに抜歯後では、口腔粘膜上皮細胞の増殖を抑制し、抜歯窩の閉鎖を遅らせることにより顎骨壊死発生に関与すると推察されており、第1世代のダイドネルの骨吸収抑制能を1とすると、第2世代(フォスマック、ボナロン)はその1000倍、第3世代(アクトネル、ベネット)はその10000万倍である。注射用BP製剤では第2世代(アレディア)が5000倍、第3世代(ゾメタ)が10000倍である。

口腔内は、感染源が骨に直接波及し、粘膜が薄くて咀嚼で障害を受けやすく、細菌が多い、骨代謝回転が速い、抜歯で骨面が露出する、など骨壊死が起きやすい環境である。特に下顎骨はBPの影響を受けやすく、下顎後方の舌側皮質骨が後発部位である。

我が国での発生頻度は0.01~0.02%で、その半数以上は静注BP製剤によるものである。

BRONJは骨露出が見られないSTAGE 0から重篤なSTAGE 3までに分類され、治療の基本は洗浄と抗菌薬の投与である。重篤な症例では手術も検討される。画像所見ではSTAGEがあがるにつれて骨表面が不整になり、あるいは腐骨分離が見られる。CTでは進行すると破壊像をとらえることができる。

BPの種類、投与期間でリスクは変化し、抜歯等の外科手術が行われれば7倍リスクは高くなる。下顎は上顎より2倍高く、特に歯肉が薄い部分に好発する。衛生不良、歯性炎症、悪性腫瘍、糖尿病、肥満、飲酒、喫煙、薬物(サイクロフォスファミド、エリスロポエチン、サリドマイド)などでもリスクが高くなる。

予防としては、外科手術を極力回避し、保存不可能歯でも根管治療・歯冠切離を行い、動揺歯の連結、義歯の調整等を行うことが推奨される。保存修復処置、補綴治療は安全だとされている。抜歯が不可避な場合はインフォームドコンセントが重要である。

BP連続服用1年経過後からBRONJの危険性は高まる。3年以上服用では特に要注意。6か月休薬すると手術は可能(抜歯前3か月+抜歯後3か月が理想)。しかしこの休薬期間については必ず処方医が設定し、治療方針については歯科医との相談が必要である。

「歯科治療と感染性心内膜炎」

北海道中央労災病院歯科口腔外科 堀川雅昭 先生

心疾患患者への外科処置の際の抗生剤の予防投与等について、欧米のガイドラインが数年前に改定されたが、日本人には合わない面もあり、日本でもガイドラインが循環器・胸部外科・小児循環器・心臓病学会により改定されたので紹介したい。

感染性心内膜炎(IE)は多彩な臨床症状を呈する全身性敗血症性疾患であり、頻度は少ないものの、一度発生してしまうと、的確な診断の下で適切な治療をしないと多くの合併症を引き起こして死に至る疾患であり、十分な注意が必要である。

菌血症は衛生不良や歯周病や根尖病巣だけでも日常生活時に起こりうる。しかし菌血症からIEへ移行するためには一定の時間の菌血症の持続が必要と言われている。

菌血症が起こってからIEの症状発現までは、80%以上の例で2週間以内である。急性の場合は高熱・心不全の急速な進行がある。亜急性の場合は、発熱・全身倦怠感・食欲不振・関節痛と、一見風邪と似たような症状であり、診断が遅れることがあるので注意されたい。

IEの症状として発熱、心雑音のほかに、眼瞼結膜・頬粘膜・四肢に点状出血が起きたり、爪下線状出血、Osler結節が現れたりすることがある。

IEの基礎疾患としては弁膜症が多く、人工弁置換術後、先天性心疾患が続く。

Class I (重篤なIEを起こす危険性大: 予防すべき)

人口弁置換患者、IEの既往がある患者、複雑性チアノーゼ先天性心疾患(単心室、完全大血管転位、ファロー四徴症)、体循環系と肺循環系の短絡造設術患者。

Class II a (IEを起こす可能性が高い: 日本では予防すべき、欧米では否)

殆どの先天性心疾患、後天性弁膜症、閉鎖性肥大型心筋症、弁逆流を伴う僧房弁逸脱

Class II b (IEを起こす可能性は高くないが予防を行う妥当性を否定できない)

ペースメーカー、ICD埋め込み患者、長期にわたる中心静脈カテーテル留置患者
予防の必要なし

心房中隔欠損症(二次口型)、心室中隔欠損症、動脈管開存症、心房中隔欠損根治手術後6か月以上経過した残存短絡がないもの、冠動脈バイパス術後、逆流のない僧房弁逸脱、弁機能不全を伴わない川崎病・リウマチ熱の既往

予防投与が必要な歯科の手技

抜歯、外科手術、スクレーピング、ポケット検査、歯周治療、根尖孔を超えて行う歯内療法、繊維ならびにバンドの歯肉縁下への挿入、矯正用バンドの最初の歯牙への装着、歯根膜内への局所麻酔、インプラントの埋め込み

予防法としてはアモキシシリン(サワシリン、パセトシン)を処置予定の1時間前に投与する。アモキシシリン2.0gという欧米のガイドラインは体重70kgを基準としているため、日本では体格、体重に合わせて主治医の裁量を認め、体重あたり30mg/kgに減量してもいいと言われている。日本化学療法学会ではリスクの少ない患者に対してはアモキシシリン500mgの経口投与を提唱している。ペニシリンアレルギーの場合はクリンダマイシン(ダラシン)、アジスロマイシン(ジスロマック)、クラリスロマシリン(クラリス)を用いる。

学術講演会 会長挨拶

皆さんこんばんは。診療でお疲れのところお集まりいただきましてありがとうございます。今日は学術講演会ということで、労災病院の笠原先生と堀川先生に講演をいただくということになっています。我々はいつも書面でやりとりはしていますけれども、今日はお二人に講演していただくということでより身近に感じられることと思います。よろしく願いいたします。

口腔外科の先生方には平野先生がこちらに就任されてから今日まで二次医療機関として本当に色々活発に活動されていて、会員の先生方に代わってお礼を申し上げたいと思います。ありがとうございます。

さて、会のほうですが、今一般法人を取るべく申請をしております。定款と公益目的支出計画という、申請のための書類が一応そろいましたので、今年中に仮申請をしようと思っています。今後はさらにその方向に向けていきますが、詳しい内容についてはまた後日先生方にお知らせしたいと考えております。

それから日歯のメールマガジンの方を見てますと、口腔と全身疾患についていろいろ報道されて少しずつ歯科界も盛り上がってきているような気がしますけども、日歯がNHKと勉強会をしましていろいろ報道をしております。私もたまたま10月31日に「おはよう日本」を見ていましたときに、「歯周病と全身疾患」ということで報道していましたけども、なかなかいい番組だったなと思いました。今後も11月8日「口腔ケアで立ち上がった寝たきりのお年寄り」が午前8時台に「おはよう日本」の中で特集が組まれます。それから夕方の「ゆうどきネットワーク」にも11月7日、8日、9日の三日間いろいろ報道されます。もし機会がありましたら録画されて見られるといいかなと思います。

またそれに関連しまして我々の方も、岩歯ホームページが今日メールを見ましたら、5万回ヒットしたということで広報部の皆さんに頑張っていたいただいているのですけれども、そういうものを通して、あるいは各事業でいろいろ周辺の皆さんに情報を伝えられたらいいなと思っています。それから皆さんご存知のように市立病院と医療大の先生との間で、歯周病と糖尿病の関連の調査をしていますけれども、その調査の患者さんが行かれたときにはどうかご協力をお願いしたいと思います。

最後になりますけれども、明日もここで保険講習会があります。これからもう少し事業が続きますがよろしくご参集をお願いして、ご挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。