

今回は、12月11日に行われました 神経障害性疼痛関連歯科学会合同シンポジウム 2016 について川崎市立井田病院の村岡渡先生に、報告していただきます。

神経障害性疼痛関連歯科学会合同シンポジウム 2016 参加レポート

川崎市立井田病院歯科口腔外科 村岡 渡

神経障害性疼痛関連歯科学会合同シンポジウム2016が、平成28年12月11日、本学会主催、日本口腔外科学会、日本歯科麻酔学会、日本歯科薬物療法学会との共催、日本歯科医学会、日本歯科医師会の後援という形で慶應義塾大学病院において開催された。今回のテーマは「歯科医師に求められる神経障害性疼痛に対する知識と診療上の注意点：特に新規保険収載薬アミトリプチリン（トリプタノール®）の使用について」であった。

アミトリプチリンは、2016年2月29日付けで「末梢性神経障害性疼痛」の効能・効果が追加承認され、口腔顔面領域の末梢性神経障害性疼痛に対して歯科医師が処方することが可能となった。しかしその使用にあたっては、神経障害性疼痛およびアミトリプチリンを熟知するべきであり、今回は疼痛関連学会である複数の学会との連携体制のもと研鑽を積むべく本シンポジウムが開催された。今回の参加者は合計84名で、共催学会からも日本口腔外科学会会員が30名（当学会との共入会者を除く）、また、日本歯科麻酔学会会員、日本歯科薬物療法学会会員の先生にも多数ご参加をいただいた。

はじめに、本シンポジウムの企画運営を担当された福田謙一先生（東京歯科大学）から開会の挨拶が行われ、続いて日本歯科医師会常務理事で社会保険事業を担当されている遠藤秀樹先生にも、薬剤を取り巻く社会保険の現状説明を含めたご挨拶をいただいた。



日本歯科医師会常務理事
遠藤秀樹先生

午前は嶋田昌彦先生（東京医科歯科大学）座長のもと、今村佳樹先生（日本大学歯学部）にて「口腔顔面領域の神経障害性疼痛とは？（神経障害性疼痛概論）」として痛みの分類、特徴、病態、診断について解説があった。今回対象となる神経障害性疼痛は、疾患や外傷によって生じる神経障害性疼痛であり、顎骨骨折、顎変形症の手術、インプラントの植立や抜歯などであることが述べられた。

次に、岡田明子先生（日本大学歯学部）が「神経障害性疼痛の発症機序」について基礎的な発症メカニズムを末梢神経および中枢神経系の変化を最新の知見を含めて詳しく解説された。末梢神経系での感作、神経細胞とサテライト細胞の機能変化、中枢神経系での感作、アストロサイトやミクログリアなどグリア細胞が数日から数週間で活性化すること、遺伝子も含め相互に経時的にさまざまな因子が絡み合って上位中枢への修飾も生じていくとのことであった。痛みは、基礎的なメカニズムと臨床的な側面をリンクさせると、できるだけ早期から制御を行うべきであるとのことであった。

大久保昌和先生（日本大学松戸歯学部）は、「神経系の評価と神経障害性疼痛の診断」と題して2016年夏に発表された最新のGrading systemを用いた神経障害性疼痛の診断手順について解説された。神経障害性疼痛に携わる際には、脳神経の機能とスクリーニング検査、定性的感覚検査などが必須となることを症例を交えてわかりやすく提示された。

続いて、安藤彰啓先生（東京都開業）より「神経障害性疼痛ガイドラインにおける海外の動向」と題して、最新版のNICEや国際疼痛学会のガイドラインが紹介された。アミトリプチリンやプレガバリンなどの推奨度は改訂後も依然として高く、リドカインパッチやオピオイドは推奨度がダウンしたことなどを報告された。

今回のシンポジウムを企画された福田謙一先生（東京歯科大学）は、「もし、神経を損傷したら？（神経損傷時の対応）」と題して、神経損傷のSeddonの分類と対応および予後について解説された。外傷性の神経障害性疼痛の原因として、抜歯後がおおよそ68%、インプラント後が16%とその多くを占め、インプラント後によるものが増加傾向にあるとのことであった。急性期の神経損傷の治療としては、SGB、ステロイドやビタミンB12の内服などが挙げられるが、心理的な面に配慮して対応することが重要であると述べられていた。

昼食後の午後は、座長、笠原正貴先生（東京歯科大学）のもと「口腔顔面痛に対するアミトリプチリン使用の意義と注意点」について和嶋浩一先生（慶應義塾大学）の講演で開始された。アミトリプチリンの添付文書に基づいて、鎮痛効果と副作用がそれぞれどのようなメカニズムで生じるかが解説された。内服方法は、1日1回10mgで開始し（高齢者には1回5mgから）、眠気、ふらつき、便秘などの副作用をみながら1週間ごとに5mgずつ漸増していくこと、効果が出た段階で最少用量での内服を継続すること、服用時間は、半減期を考慮して18時が推奨されることなどが提案された。また、重大な副作用の一つに自殺念慮、自殺企図があり注意が必要であることを訴えられた。



左：午前の部 座長 嶋田昌彦先生
右：午後の部 座長 笠原正貴先生

続いて、「薬物療法上の注意点」と題して、戸苅彰史先生（愛知学院大学歯学部）より神経障害性疼痛治療薬についての薬理作用を、その主な作用機序に基づいて解説いただいた。電位依存性ナトリウムチャンネル遮断薬、電位依存性カルシウムチャンネル遮断薬、NMDA受容体拮抗薬、モノアミントランスポーター阻害薬、オピオイドなどについて詳細に解説いただいた。神経障害性疼痛のメカニズムは明確ではなく、つまり治療も明確ではないこと、痛みは、侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、心因性疼痛の単独あるいは複合により生じており、薬もそれと同様に必ずしも1箇所作用するものではなく、さまざまな作用機序によりさまざまな部位に作用しているということ述べられたことが印象的であった。また、これらの多くの鎮痛薬は、主たる作用が鎮痛作用ではなく、即効性は低いため、コンプライアンスを高めるためには服用前の事前説明が大切であると述べられていた。

次に、愛知学院大学歯学部附属病院においてリエゾン歯科診療を行っている伊藤幹子先生（愛知学院大学歯学部）と精神科医の徳倉達也先生（名古屋大学医学部）による「関連医科との連携における注意点」についての講演であった。初めに伊藤先生から、精神科との連携について、紹介を急がないことや歯科も併診を継続することが重要である旨のお話があった。次に徳倉先生より、患者との基本的な接し方について、家族などを含めた多面的で支持的な介入を心掛けること、短期間で症状軽快を目標にしないこと、口腔所見も毎回確認することといったポイントを解説いただいた。また、三環系抗うつ薬による薬物療法では、重大な副作用の一つであるQT延長症候群（三環系抗うつ薬はQT延長が生じやすい）について説明された。医薬品副作用被害救済制度（PMDA）を紹介され、必要な検査が行われていなかったり、承認された効能、用法、用量を厳守しなかった場合には、救済制度の適応が難しくなる可能性があるとのことであった。さらに最近のトピックスとして、服用者の自動車運転について触れ、道路交通法と自動車運転施行の処罰法が変更になり、三環系抗うつ薬服用中は、運転に従事させない必要があるとのことであった。

最後に、「口腔顔面痛治療上の法的注意点」として佐久間泰司先生（大阪歯科大学）から歯科医師による疼痛治療の法的問題点について講演がおこなわれた。添付文書が公文書的な役割をもつため、アミトリプチリンの処方にあたっては、求められる医療水準が医科と同様になること、研鑽義務があり添付文書、教科書、診療ガイドライン、禁忌などをきちんと把握することが必須であることを強調された。また、歯科医師が行える医療として、

保険・自費診療に関わらず歯科領域以外の治療は行えないが、治療手段には制限はなく口腔顔面領域に生じた痛みの治療のために中枢神経作用薬を処方することは可能であるとのことであった。

最後に、座長の嶋田先生および笠原先生進行のもと総合ディスカッションが行われ、改めてアミトリプチリンの使用にあたっては、その効能や副作用を熟知し、適正な使用を行うことが重要であること、そして何よりも末梢性神経障害性疼痛の診断をしっかりと行うことが大切であることが確認された。会場からは、神経障害性疼痛を生じさせないための予防への取り組みや、歯科医師への啓蒙啓発がさらに必要である旨のご意見もあり、今後もさらに取り組まなければならない課題を確認したとともにタイトなスケジュールであったが非常に充実した1日となったシンポジウムであった。

