

全国共通がん医科歯科連携講習会Q&A(第2版・平成28年4月26日)

質問番号	大分類	中分類	小分類	質問	回答
1	がん外科手術	予防的処置	歯	手術時の挿管等による歯牙損傷を予防するためのマウスガードを依頼された場合、マウスガードは、ハードタイプ、ソフトタイプ、厚いか薄いか、いずれの形態のものが最良でしょうか。	挿管時の邪魔にならないよう容積が小さく、かつ外的衝撃から歯を保護できる形態が求められます。ハードタイプでマウスガード全体で力を受けるもの、あるいはソフトタイプで緩衝のためのある程度の厚みを持たせたものが望ましいと思われまます。
2	がん薬物療法	粘膜炎/ 口内炎	対症療法	含嗽剤について、ハチアズレ <sup>®</sup> とキシロカイン <sup>®</sup> を混ぜる方法は、アズレイ <sup>®</sup> うがい液でも適用してよいですか。	ハチアズレ <sup>®</sup> には、アズレンスルホン酸ナトリウムと重曹(炭酸水素ナトリウム)が含まれており、アズレンスルホン酸ナトリウムの抗炎症作用による粘膜の鎮静作用と重曹による洗浄作用を期待しています。 アズレイ <sup>®</sup> うがい液(アズレンスルホン酸ナトリウム)には、重曹が含まれず、抗炎症作用のみになります。上記の違いがありますが、含嗽自体は症状に合わせた対症療法であるため、多少の差はあるかもしれませんが、大きな違いはないと考えます。
3	がん薬物療法	粘膜炎/ 口内炎	対症療法	42ページの口腔粘膜の疼痛コントロールの”うがい”についてなのですがこれに塩素系の電解機能水やアルコールを含まない市販の洗口剤等は、取扱いとしていかがなものなのでしょうか。	疼痛コントロールのための対症療法としてのうがいですので、患者さんの疼痛緩和が可能であれば、基本的にはどの含嗽剤でも構いません。本テキストでは、経験則から疼痛をとり、食事摂取などが可能になるうがいを紹介しています。
4	がん薬物療法	粘膜炎/ 口内炎	対症療法	口腔粘膜のGrade 3は外来患者の何%にみられますか。外来ではこの状態は殆どみられないのではないですか。どのがん治療ですか。粘膜炎にはステロイド軟膏は駄目と言われていましたが、mTORの場合は可なのですか。38ページのレジメでRTは放射線療法のことの良いですか。	粘膜炎の発症は、がん腫、治療方法によって頻度が異なります。先生のご指摘通り、CTCAEではGrade 3の有害事象は入院適応となり、連携医の外来受診は稀です。粘膜炎に対する知識としてご理解ください。 分子標的薬であるmTOR阻害薬は、少量では免疫抑制剤として使用されており、アフタ性口内炎と同様の対応で改善するとの報告があります。 P38のRTは放射線治療の略です。
5	がん薬物療法	粘膜炎/ 口内炎	対症療法 ステロイド	口腔内清掃保持で電動歯ブラシの可否についてはいかがですか。動かす量が少ないので痛みはでにくいようです。エベロリムス投与例でデキササルチン <sup>®</sup> を使っていましたが、制限はないのですか。	電動歯ブラシに関しては、使用制限はありません。 mTOR阻害剤時のデキササルチン <sup>®</sup> ですが、通常は1週間程度で口内炎は改善します。ですので、2週間以上継続しての使用は必要ないと考えられます。長期の使用はカンジダのリスクがあります。2週間以上口内炎が改善しない場合、薬剤性以外の原因の鑑別をすすめてください。
6	がん薬物療法	粘膜炎/ 口内炎	対症療法 ステロイド	P39で、ステロイド軟膏の塗布を否定するような表現がみられます。しかし、内容では症例に応じて使用する場合がありますと話されています。これは漫然と使用するなという意味と受け止めていいのですか。	殺細胞性抗がん剤による粘膜炎に対しては、欧米でもステロイド軟膏の塗布は推奨されていません。 ただし、新しい分子標的薬であるmTOR阻害剤は、アフタ性口内炎に近い病態とされており、ステロイドが効果があるようです。まだ比較的新しい薬ですので情報が少ないです。漫然と使用しないというのは、その通りです(カンジダなどの感染リスクのため)。
7	がん薬物療法	粘膜炎/ 口内炎	対症療法 オピオイド	Grade 3の口腔粘膜炎における疼痛コントロールとしてのモルヒネ剤についての使用方法として経口だけで良いのですか。坐薬や注腸法(直腸内注入)などは行われていないのですか。	CTCAEでGrade 3は基本的には入院加療が前提ですので、投与経路は複数から選択することが可能です。ただし、WHOの「鎮痛薬使用の5原則」では、調節性の高さなどから、第一に経口投与が推奨されているため、このように記載しております。その他、薬剤によって、静注、皮下注、貼付剤、坐薬等で投与が可能ですので、経口投与が不可能な場合は、患者さんにもっとも適切な投与経路を考慮して処方する必要があります。
8	がん薬物療法	粘膜炎/ 口内炎	対症療法 レーザー	mTOR阻害薬による口内炎などに対し、レーザー処置は可能ですか。	現在、MACC/ISOOのガイドライン上でレーザー治療が推奨されているのは以下の2つです。 1)大量化学療法を併用する造血幹細胞移植の場合、口腔粘膜の予防のため、低出力レーザー(波長650nm、40mW、1cm×1cmで2J/cm <sup>2</sup> )を強く推奨する。 2)放射線単独の頭頸部癌に口腔粘膜の予防のため、低出力レーザー(波長632.8nm)を弱く推奨する。
9	がん薬物療法	粘膜炎/ 口内炎	対症療法	生理食塩水を使用して1日8回の口腔内保湿の時間配分等について教えてください。	睡眠時間を除いて、起床中に2時間おき8回ですと14時間となります(あくまで目安です)。

新規

全国共通がん医科歯科連携講習会Q&A(第2版・平成28年4月26日)

質問番号	大分類	中分類	小分類	質問	回答
10	がん薬物療法	粘膜炎/ 口内炎	対症療法	NSAIDsを頓用で処方する場合、例えば10回分/1処方や20回分/1ヵ月を超える場合の処方はどうすればいいですか。	疼痛に対する長期間・大量の内服薬処方に関しては、治療している病院の担当科で対応する必要があります。病院で処方されていないかをご確認ください。もし、処方されていないようであれば、診療情報提供書を作成して、現在の状況を説明して、処方適応について問い合わせ、処方開始してもらうことも一つの方法です。
11	がん薬物療法	粘膜炎/ 口内炎	対症療法	キシロカインスプレーの使用はいかがですか。	製剤としては、8%リドカイン含有、エタノールが配合されているため、粘膜炎による潰瘍部には刺激が強いかもしれません。
12	がん薬物療法	歯科処置	抜歯	化学療法前でも、抜歯する事に躊躇します。特に頭頸部ガンの場合、リンパ節の関係もあり、P63の半埋伏智歯の抜歯等は心配です。応急処置では不十分である事はわかりますが、処置前1週間に観血的処置をすることは慎重にせねばならないと考えますが、いかがですか。「薬物投与前の抜歯基準について」、「がんそのものと抜歯の注意について」、また、薬物(次回)の2日程前に抜歯することについても心配です。	質問内容が多岐にわたっているため、整理してお答えします。 1) P63は、造血幹細胞移植前のため、頭頸部癌を例に出しても異なります。地固め療法や移植の前処置の影響で菌性炎症が増悪することは良くあるので、炎症の既往がある歯牙の場合、時間が許せば抜歯推奨です。 2) 処置前一週間で観血的処置の推奨は、3-4週間毎に繰り返すレジメンのがん薬物療法の場合です。それ以外は骨髄抑制の影響で抜歯するタイミングがありません。
13	がん薬物療法	歯科処置	抜歯	やむなく抜歯をする際、次回、抗がん剤治療開始2-3日前が血も血液状態と全身状態が安定しているということで、開業歯科医からするとそこが最も抜歯しやすいと思いますが、抗がん剤治療する側からすると、1週間前の方がよいとのことですか。その兼ね合いは対診して決めるべきですか。	ご指摘の通りです。 がん治療の主治医、患者さんと密にコミュニケーションをとって処置して頂けることが本懐です。
14	がん薬物療法	歯科処置	抜歯	テキストP56の「Chemo時の抜歯ガイドライン」では、抜歯は少なくともChemo開始前5日前(上顎)、7日前(下顎)とありますが、「Chemo中の歯科治療の考え方まとめ」のスライドでは2-3日前が抜歯のタイミングとなるとあります。 1) chemotherapy初回の場合とchemo中でコースの間の場合とでは、そのタイミングが異なるという理解でよろしいですか。 2) 抜歯術後、創の安定という観点からは5-7日前、血液状態の安定という観点からは2-3日前ということですか。	ご指摘の通りです。 1) Chemo開始前の場合、可能であればもっと前の時点で抜歯を済ませることが望ましいですが、ガイドライン上では、上顎5日前、下顎7日前までに施行となります。 2) Chemo中の場合、骨髄抑制の程度は使用するレジメンの種類や患者個人にかなり依存します。採血が可能であれば、Nadir期から回復して好中球>1000(WBC>2000)となっていることが一つの目安です。一連の抗がん剤治療の流れの中で、血球が最も回復しているのは抗がん剤投与の当日になります。しかし抗がん剤の当日の抜歯は患者さんの負担が大きいのと考えられますので、その2-3日前あたりの抜歯が現実的と考えられます。
15	がん薬物療法	歯科処置	抜歯	化学療法時の抜歯ガイドラインに関する質問です。どうしても抜歯しなくてはならないならば「予防的抗菌薬を使う」とありますが、どのような抗菌薬をどのくらいの量(通常量でよいのか)をどのくらいの期間(何日間)使うべきなのですか。レジメはあるのですか。	標準的なガイドラインはありません。 また、化学療法剤の投与中に一般開業医で抜歯を行うことは推奨しません。診療情報提供書を作成して病院の歯科・口腔外科への紹介を推奨します。
16	がん薬物療法	歯科処置	歯科治療	62ページの水酸化カルシウム製剤による仮封とは何ですか。	Ca(OH) <sub>2</sub> による根管内貼薬です。
17	がん薬物療法	カンジダ	対症療法	テキストP48カンジダ性口内炎で実際に使用している義歯洗浄剤の名称を教えてください。	個別の商品に関しては回答困難ですが、義歯洗浄剤に関しては、抗真菌作用を持つものを推奨します。
18	がん薬物療法	カンジダ	治療	化学療法中の患者への抗真菌薬を処方する際に、相互作用等で考慮すべき点がありましたら教えてください。	ミコナゾール・ゲルの添付文書には、ワルファリンを投与中の患者や経口血糖降下剤(グリベンクラミド、グリクラジド、アセトヘキサミド等)を投与中の患者に薬物相互作用が起こることが記載されています。また、化学療法薬であるドセタキセル、パクリタキセル、イリノテカン塩酸塩水和物による骨髄抑制等の副作用が増強するおそれがあると記載されています。しかしこれらの記載は、臨床的に確認された事実ではないこと、ミコナゾール・ゲルの使用によって、臨床的に問題となるほどの血中濃度となる可能性は少ないと思われます。アムホテリシンBの経口薬は、消化管からほとんど吸収されないため薬物相互作用が起こる可能性はほとんどありません。
19	がん薬物療法 緩和ケア	粘膜炎 カンジダ	対症療法 治療	DVDの中で紹介された薬は、一般歯科診療所から処方されますか。薬:抗真菌薬含嗽剤:ハチアズレ <sup>®</sup> +グリセリン <sup>®</sup> は、どのように請求したらよいですか。	抗真菌薬:【傷病名】口腔カンジダ症 で処方可能です。 含嗽剤:【傷病名】口内炎 で処方可能です。

新規

新規

全国共通がん医科歯科連携講習会Q&A(第2版・平成28年4月26日)

質問番号	大分類	中分類	小分類	質問	回答
20	がん薬物療法 放射線	歯科処置	歯科治療	根生病巣は認めますが、無症状である歯牙は、がん治療前に積極的に治療(根治あるいは抜歯)するべきですか。	正しくは、根尖部X線透過像でしょうか。無症状である場合、歯根嚢胞ではなく歯根肉芽腫であり、がん治療中もまったく無症状の場合があります。診察時の所見や炎症既往、治療によるメリット・デメリットを勘案して、方針を決定します。
21	放射線	骨壊死	医科治療	P90下、“HBO”が急に出てきて、どのようにするものか、よくわかりませんでした。適応とやり方についてもう少し詳しく教えて下さい。(P97下も同様)	放射線性骨髄炎は、口腔領域悪性腫瘍に対する放射線治療が行われた後に発生することがあり、放射線治療後に起こる口腔乾燥、多発う蝕、歯周病、放射線性骨壊死などの発生に注意を払うことが必要です。まず抗菌剤、抗炎症剤の投与により急性症状の改善をはかりますが、顎骨切除、腐骨除去や顎骨内の肉芽組織などの外科療法で治療することが必要な事もあります。難治例に対しては、抗生物質の動脈内注射や、状況に応じて高圧酸素療法が行われることもあります。高圧酸素療法は、組織の創傷治療能力を改善し、放射線照射骨の血管新生を促し骨代謝も促進されると考えられていますが、未だ確立した治療法ではありません。
22	放射線	骨壊死	歯科治療	放射線治療を行ってから年単位の年月が経過しても顎骨壊死等のリスクは減らないのですか。当院に数十年前に放射線治療を受け照射線量等も不明な患者がおり困惑したことがあります。	放射線による顎骨への影響は照射線量にもよりますが半永久的と考えられます。顎骨の有害事象は、晩発性の障害なのでいつまでも注意が必要と言えるでしょう。
23	放射線	骨壊死	歯科治療	顎下腺の悪性腫瘍後5年経過した人で、4 C4が進行し歯冠が崩壊しfistelが消失したり、出現したりを繰り返している人がいます。主治医より抜歯可と伝えられたとのことで照射野等照会せず、抜歯施行したのですが、まずは歯肉息肉切除を行い、感染根管治療したほうがよかったですか。	主治医とのやりとりで、抜歯可と伝えられたとのことですが、可能であれば、診療情報提供書による文書での確認をとることをおすすめします。本テキスト内容は一つの参考例であり、個々の治療内容に関しては、担当する歯科医師の裁量内です。
24	放射線	骨壊死	症状	下顎骨への照射量が65Gyを上回った場合、照射による骨への障害が回復することはないと考えてよいのですか。	放射線による顎骨への影響は照射線量にもよりますが半永久的と考えられます。照射線量が65Gyを超えると顎骨壊死の頻度は高くなります。顎骨の有害事象は、晩発性の障害なのでいつまでも注意が必要と言えるでしょう。
25	放射線	歯科処置	歯科治療	P157の抜歯を行った事例で40Gyでかつ化学療法を行っていたのかどうかを教えてください。抗菌剤の投薬期間はどの位ですか。	事例では放射線治療とともに抗がん剤治療も行われました。抜歯に当たっての抗菌薬の投与期間に規定はありませんが、本事例では局所感染・治癒不全のリスクが高いと判断し、抜歯創部が上皮化するまで(7日程度)継続しました。
26	放射線	歯科処置	抜歯	放射線治療後、長期経過(10年程)している場合の治療に制限はありますか。(抜歯など)	放射線治療による歯槽骨への影響は半永久的と考えて下さい。放射線がどの部位まで照射されているかをまず確認してください。照射がされている部位の抜歯や抜髄は骨髄炎のリスクを高める処置であり、可能であれば避けたい処置ではありますが、歯肉を放置すると当然感染のリスクは増大しますので、処置方法・抗生剤投与方法などを熟慮して、慎重に行なってください。
27	放射線	歯科処置	抜歯	放射線治療後の抜歯の際、抜歯窩をラウンドバー等で出血させて縫合した方が良いでしょうか。	放射線治療後の抜歯は、より愛護的な操作が求められます。不良肉芽などの感染巣はしっかりと搔爬して除去すべきですが、歯槽骨の骨髄炎や腐骨が無い状態での歯槽骨母床への必要以上の操作は感染のリスク要因となるため、行うべきでないと考えます。
28	放射線	歯科処置	除冠	MRIやCT撮影時に口腔内補綴物をはずすよう指示されますが、口腔内に固定された物ははずせないと思いますが如何ですか。	放射線診断時と治療時に分けて考える必要があります。CT、MRIの撮影時に口腔内に金属が存在すると画像診断に影響します。CTではX線の反射によるハレーションが発生し、その近傍の病変の診断は困難になります。MRIでは通常金銀パラジウム合金等の貴金属の場合は問題ありませんが、既製ポストのような卑金属やマグネットなどの磁性体では画像に歪みが生じます。しかしながら病変の存在が確定していない診断過程においては、入れ歯などは外していただきますが、口腔内に固定された金属までを除去することを強要することはできないと考えられます。治療時にも同様にX線の反射の影響があるため、必要に応じて金属を除去することも多いですが、個別の患者状況、治療施設や担当医の判断により、除去するか温存するかは様々な意見があるのが現状です。金属除去によるメリット・デメリットを検討して治療担当医と相談してください。

新規

全国共通がん医科歯科連携講習会Q&A(第2版・平成28年4月26日)

質問番号	大分類	中分類	小分類	質問	回答	
29	放射線	口腔乾燥	対症療法	うがい薬(ハチアズレ <sup>®</sup> ・グリセリン <sup>®</sup> )は、患者自身が作製するものなのですか。ハチアズレ <sup>®</sup> は歯科医が処方できますが、グリセリン <sup>®</sup> は患者さん自身で入手可能ですか。	両薬剤とも処方薬です。歯科医院でも処方可能です。	
30	放射線	口腔乾燥	対症療法	がん薬物療法 口腔乾燥症 #放射線性の口腔乾燥にサラジェン <sup>®</sup> の服用が有効。とありますが、長期服用になると思いますが、何日分の処方が可能ですか。	放射線性口腔乾燥症に対して処方可能ですが、一般開業医での処方が難しい場合には、主治医か総合病院などの歯科・口腔外科に依頼する方が望ましいです。唾液分泌効果を実感するよりも、発汗などの副作用による不快感のために途中で中止する方もいますので、使用開始直後は頻回の再診により、薬剤の効果判定を行うことを推奨します。内服継続に支障がない場合は、1～3ヶ月程度でフォロー間隔をあげることも可能と考えます。	
31	放射線	口腔乾燥	対症療法	乾燥への対処法で、副交感神経刺激薬はサラジェン <sup>®</sup> 以外の薬剤でも良いのでしょうか。(サリグレン <sup>®</sup> など)	口腔乾燥症に対する薬物療法では、ピロカルピン塩酸塩(サラジェン <sup>®</sup> )が放射線性口腔乾燥症に対して保険適応があります。セビメリン塩酸塩水和物(サリグレン <sup>®</sup> )、エボザック <sup>®</sup> はシェーグレン症候群のみ保険適応で、放射線性口腔乾燥症に対する保険適応がありません。	新規
32	放射線	粘膜炎/ 口内炎	口腔ケア	化学放射線療法(CRT)にて超選択的薬物動注法を用いている場合、通常のコRTに比べて口腔有害事象のレベルと部位の広がり異なるものと考えられますが、これに関する口腔ケアはどうか。	CRTにおいて、抗がん剤を全身投与ではなく選択的動注化学療法を行うと、抗がん剤の全身的な副作用は軽減しますが、局所には高濃度の抗がん剤が分布しますので、口腔内の合併症は増大する危険性があります。治療前の口腔ケアに関しては、選択的動注化学療法であっても、基本的には放射線治療ですので、通常のコRTと同様の対処方法でケアや処置を施行してください。治療中の口腔ケアに関しては、放射線照射野と動注する動脈(舌動脈・顔面動脈・外頸動脈など)により口腔粘膜炎などの合併症出現の範囲に大きな違いがあるため、常に放射線科医と連絡を取りながら対処してください。	
33	放射線	粘膜炎/ 口内炎	歯科金属	メタルコアにも放射線の散乱線の為、粘膜炎が増強するのでしょうか。	メタルコアが露出し粘膜が接触しているような状態であれば、散乱線による粘膜炎の増強の可能性があると思われます。	新規
34	放射線	予防的処置	粘膜	スペーサーの材質は何でしょうか。	テキストの症例では、ポリオフィレン系の軟性マウスガード材を使用しています。	新規
35	放射線	カンジダ	治療	カンジダ症に対する抗真菌薬には、含嗽剤、軟膏、内服薬が紹介されているが、症状に応じた使い分けについてご教示願います。第一選択は、広範囲の場合は含嗽剤、局所的な場合は軟膏と考えていいのでしょうか。	カンジダの治療でもっとも重要なのは、口腔内清掃と義歯の管理です。その上で、抗真菌薬を使いますが、口腔内に限られる場合と咽頭部までの広範囲の場合で考えます。口腔内の場合は、軟膏、含嗽剤を使用しますが、咽頭部まで拡がる場合は、内服が推奨されます。また、患者さんの状況により内服や含嗽が困難な場合に軟膏を選択することもあります。	新規
36	放射線 BMA	骨壊死	治療	ORN(放射線性骨壊死)を発症してしまった時の治療方法を教えてください。一般開業歯科医でも対応可能ですか。	ORN(放射線性骨壊死)は難治性ですので、ORN自体の治療は一般開業医での対応は困難です。総合病院などの歯科・口腔外科のある病院に対診することをお奨めします。ただし、その他の部位の齶歯の治療や義歯調整などの歯科治療は可能な範囲で処置をお願いします。	
37	BMA	歯科処置	歯科治療	BP剤使用時にどの程度の医師が歯科の事前治療が必要か認知されているのですか。それが徹底されていなければ今回の講習会の効果が得られないのではないですか。	添付文書に顎骨壊死のリスクについて記載されており、多くの医師が認識しています。医師からは何処の歯科医院に紹介すれば対応してもらえるかがわからないと言う意見がありました。本講習会により皆さんが連携医となり、医師側のがん診療医科歯科連携事業に対する理解・認知が向上することで、患者紹介率も上がることが期待されます。	

全国共通がん医科歯科連携講習会Q&A(第2版・平成28年4月26日)

質問番号	大分類	中分類	小分類	質問	回答	
38	BMA	歯科処置	抜歯	BP製剤投与の患者さんの外科処置は、術前・術後どれくらい休薬すればよいのでしょうか。①3年以上投与の場合 ②3年以内投与の場合	日本のビスフォスフォネート関連顎骨壊死検討委員会のポジションペーパー(2010)では、下記のように提言されています。 1) 注射用BP製剤投与中の患者には、BP製剤のリスクと治療効果を勘案して、原則的にBP製剤投与を継続して、侵襲的歯科治療はできるかぎり避ける。 2) 経口BP製剤投与中の患者に対しては、侵襲的歯科治療を行うことについて、 ① 投与期間が3年以上、あるいは3年未満でもリスクファクターがある場合には判断が難しく、処方医と歯科医で主疾患の状況と侵襲的歯科治療の必要性を踏まえた対応を検討する必要がある。 ② 投与期間が3年未満で、他にリスクファクターがない場合はBP製剤の休薬は原則として不要であり、侵襲的歯科治療を行っても差し支えない。	新規
39	BMA	歯科処置	抜歯	資料P116 BMA関連顎骨壊死に関して ・デノスマブ(抗RANKL抗体)に対しても、BP製剤と同様な使用前・後における抜歯等の観血処置に対するポジションペーパーに相当する考え方があったら教えてください。 ・以前に骨転移した患者さんでデノスマブの使用前に抜歯の処置を依頼されて抜歯後どのくらいでデノスマブを投与してよいかわかりませんでした。また、すでにデノスマブを投与されている癌および骨粗しょう症の患者さんに対する観血処置の考え方について教えてください(デノスマブの効果は長期間作用するため)。	デノスマブ(抗RANKL抗体)は、各種の第3相臨床試験の結果から、ゾレドロン酸(注射BP剤)とデノスマブとの比較で、統計学的に有意差なく同等の顎骨壊死の発現したため、注射BP剤に対する処置と同様の対応が必要と考えられます。 抜歯後の投与開始時期は、ポジションペーパーの推奨では、抜歯後の上皮化までの2-3週間、もしくは骨リモデリングまでの2-3ヶ月です。 骨粗鬆症に対しても抗RANKL抗体治療薬があります。6ヶ月に1度の皮下注射となり、BP剤と比較して生体内での効果持続が長いとされています。ただし、デノスマブ自体は皮下から血中への移行は1時間で61%、濃度の最高到達は3-21日、9ヶ月後まで検出され、血中半減期は5-10日、排出半減期は32日とされています。現時点では休薬することの効果など顎骨壊死との関連はわかっておらず、臨床試験の結果からはBP製剤と同様の対応が望まれます。	
40	BMA	骨壊死	外科処置	症例のように骨から完全に分離している場合、不良肉芽の除去は行わない方がいいですか。感染源となるおそれ、あるいは除去により骨壊死の励起のおそれがありますか。同様のケースにおきまして、インプラント周囲炎の場合の注意点を伺いたいです。保存に徹するべきですか。	2014年のアメリカ口腔顔面外科学会のMRONJのポジションペーパーでは、局所感染の制御と、骨壊死の進行、発生を最小限に抑えることを治療の目標とし、安易な歯科外科手術は避けるべき、という考えを基本としています。しかしその上で 1)骨壊死の病期によらず、分離した腐骨は感染制御のために正常骨を露出させないように除去する、2)軟組織の炎症緩和や感染制御のためのデブリードマンもまた治療戦略として記載されています。インプラント周囲炎がある場合も同様の治療戦略が推奨されると考えます。	新規
41	BMA	骨壊死	歯科治療	BP製剤は、顎骨壊死などのトラブルがあるのになぜ投与されているのですか。	がんの骨転移時にもっとも気をつけるべきは、骨痛、病的骨折、神経圧迫などの骨関連事象(SRE:Skeltal related event)です。SREが起こると患者のQOLが低下し、症状に対応するためより多くの治療資源が必要とされ、また場合によっては生命予後にも影響するため、SREの予防がもっとも重要とされています。BP製剤をはじめとする骨吸収抑制剤(BMA)は、多くのエビデンスからその有効性が証明されており、がんの骨転移や骨粗鬆症に対する第一選択薬とされています。現時点での顎骨壊死の発症率は数%とまれな合併症の一つであり、使用する利点の方が上回ると考えられます。 私たちのスタンスは、いかに口腔トラブルなくBP製剤を使用してもらうかを目的とし、そのためにBMA投与前の歯科受診を強く推奨しており、医科の先生方にも働きかけを行っています。	新規
42	BMA	骨壊死	歯科治療	ゾメタ®使用後のONJのリスク上昇は、1ヶ月からなのでしょうか。6ヶ月以降、リスクが高まると後述されたと思います。	ゾメタ®による顎骨壊死のリスクは、薬剤の累積使用量に比例して増加すると報告されています。使用開始後6ヶ月以降より骨壊死の発症が多く報告されていますが、それより短い使用期間でも骨壊死発症の可能性はあると考えられます。ゾメタ®使用1ヶ月目(単回投与)は骨壊死リスクは低いとは思いますが、リスクはゼロではありません。	新規
43	緩和ケア	口腔ケア	口腔ケア	原発:肺がんにて臓器に転移し末期がんのPtです。口蓋部はすでにベコベコしており、転移が認められ、疼痛が酷く、食物摂取もできません。内科主治医より疼痛緩和を求められましたが、応じる事が出来ず口腔乾燥に対応する事が手一杯でした。そのPtは1週間で亡くなってしまいました。その時の緩和方法はどのような事が考えられるのですか。	がんの疼痛緩和は、オピオイドなどの鎮痛剤を経口・点滴・貼付など経路で行います。口腔内の局所での疼痛緩和できる方法は限られています。 終末期は口腔乾燥が著明な時期ですので、主治医は口腔乾燥対策を希望されていたと推測します。先生の対応は間違っていないと考えます。	

全国共通がん医科歯科連携講習会Q&A(第2版・平成28年4月26日)

質問番号	大分類	中分類	小分類	質問	回答	
44	緩和ケア	口腔ケア	口腔ケア	訪問診療を行っていますが、患者の口腔内清拭時のヒビテン <sup>®</sup> 綿及びH <sub>2</sub> O <sub>2</sub> の使用についてどのように考えたら良いですか。	3%オキシドールは10倍希釈で口内炎の洗口で適応があります。ヒビテン <sup>®</sup> は口腔内使用禁忌です。	
45	緩和ケア	口腔ケア	口腔ケア	居宅にて誤嚥性肺炎のリスクが高く、バイタルの確認が十分にできない場合に行える口腔ケアの方法はありますか。	誤嚥のリスクを避けるため、なるべく余計な水分を使わないケアなどの留意が必要かと考えます。またSpO <sub>2</sub> を計測しながらのケアは簡便で安全なケアの指標になるかと思われます。	新規
46	緩和ケア	口臭	口腔ケア	口臭の対処方法で、補助的に口臭予防剤を使用するとありますが、どのような薬物ですか(一般名・商品名)。また、がん患者以外の口臭の強い患者さんにも使用可能ですか。	事例では「ハイザック <sup>®</sup> 」という口臭防止スプレーを併用しました。医薬部外品ですので、がん患者以外にも使用可能です。	
47	緩和ケア	口臭	対症療法	メロニダゾールなどの適用外医薬品についての対応を教えてください。	口臭に対する治療方法について、メロニダゾールやクリンダマイシンは一例であり、開業歯科医院での処方 は想定していません。知識としてご理解ください。口腔汚染が顕著な方が多いですので、まずは口腔ケアによる保湿・清掃の徹底をお願いしております。	
48	緩和ケア	カンジダ	治療	口腔カンジダ症で処方できる抗真菌薬を教えてください(保険診療内)。	P81の放射線療法のところ3種記載があります。すべて【傷病名】口腔カンジダ症にて処方可能です。	
49	緩和ケア	カンジダ	治療	紅斑性カンジダにも抗真菌薬が有効ですか。	有効です。ただし、鑑別診断が困難な場合も多いです。1週間で効果がない場合は使用中止をご検討ください。	
50	緩和ケア	歯科処置	拔牙	在宅の終末期のがん患者さんの拔牙は積極的に行ってよいのでしょうか。	終末期の歯科治療で最も重要視されることは、疼痛や違和感などの不快症状の軽減・緩和です。例えば、歯の動揺による疼痛のために食事ができない時や孤立歯などで暫間固定が不可能である時は、拔牙による原因歯の除去がもっとも症状緩和できる処置方法となり、拔牙が推奨されるでしょう。一方で、残根歯が残っていても疼痛や感染症状がまったくない無症状の場合は、歯牙を温存することが患者に不必要な侵襲を与えない方法となります。いずれの場合も、マニュアル通りではなく患者さんの状況にあわせて処置内容を考えることがもっとも重要です。	新規
51	歯科治療の実際	歯科処置	拔牙	病巣部範囲内に植立している歯牙の拔牙は、禁忌であると記憶していますが、放射線治療範囲も含め、術前に動揺強く誤飲、挿管時抜去等を考えて、術前に拔牙する方がよいのでしょうか。	口腔がんなどで歯牙が腫瘍に含まれる場合は、拔牙は禁忌です。	新規
52	歯科治療の実際	歯科処置	拔牙	歯肉がんのように腫瘍と動揺歯が近接する場合も、動揺歯の拔牙は必要ですか。	腫瘍内に歯牙が含まれる場合は、絶対禁忌と考えた方がよいでしょう。	新規
53	歯科治療の実際	歯科処置	拔牙	がん治療開始前の拔牙について。	明確な拔牙基準は確立していません。それは、がん患者さん個々でそれぞれの条件や事情が異なるため、医療者側だけの理由で一方向的に決めることができないからです。われわれが最低限のラインで拔牙適応とするスタンスは、 1) 今現在、痛みや炎症症状(腫れ、排膿)があり、今後のがん治療でさらなる増悪リスクが高く、 2) 治療開始後の拔牙はよりリスクが高くなると予想され、 3) 患者さんの同意が得られた場合、と考えます。 これ以外にももちろん拔牙適応例は多数ありますが、個々の条件が異なるため、ここでの明示は困難です。ご理解をお願いします。	新規
54	歯科治療の実際	歯科処置	インプラント	手術後、あるいは抗がん剤治療後のインプラントの適応はどのように考えたらよろしいでしょうか。(治癒あるいは緩解後です)	放射線照射歴・BP製剤の既往などの顎骨に対する影響がなければ、通常がん治療終了後は健常な方々と同様にインプラントの適応を考えていただいて良いと思われます。	新規

全国共通がん医科歯科連携講習会Q&A(第2版・平成28年4月26日)

質問番号	大分類	中分類	小分類	質問	回答	
55	歯科治療の実際	カンジダ	口腔ケア	各カンジタ性口内炎のケースで粘膜面、残存菌に対する口腔ケアの使用道具、材料をお教えください。 また、同様に70歳男性メラノーマ再発のケースでも、どのようにケアを行ったのか、具体的に教えてください。	通常のケアと使用道具、材料は変わりありません。歯牙周囲の清掃には歯ブラシ、ワンタフトブラシ、歯間ブラシ、フロスなどを用います。粘膜は生食綿球などで無圧的に清掃します。メラノーマのケースの方でも同様です。(壊死組織のデブリなどは剪刀などを一部用いました)	新規
56	歯科治療の実際	ヘルペス	治療	ヘルペス性口内炎で、ゾビラックス軟膏 <sup>®</sup> やアラセナAの使用は、よいのでしょうか。(口内炎の使用について)	ヘルペス性口内炎と診断していれば、抗ヘルペスウイルス薬は処方可能です。	新規
57	歯科治療の実際	医科歯科連携	処方	歯科での内服薬の処方について。	薬剤の処方に関しては、がん治療を担当する医師と綿密に連携をとって行う必要があります。特に、内服鎮痛薬などは、すでにNSAIDsやオピオイドが処方されている場合も多くあるため、重複投与とならないよう十分な注意が必要です。	新規
58	歯科治療の実際	医科歯科連携	処方	病棟へ訪問した際の処方はどうすればよいですか。	病院の担当医に相談し、入院中の病院で処方する方法がよいでしょう。	新規

平成26年8月25日 第1版作成

平成28年4月26日 第2版作成