

三叉神経痛に合併した 口腔セネストパチーの1例

小林尚平, 貞友 隆, 品川勝弘, 江藤慎平

国立病院機構東広島医療センター脳神経外科 〒739-0041 広島県東広島市西条町寺家 513

三 叉神経痛に対する微小血管減圧術 (micro-vascular decompression : MVD) 後, 異常感覚が残存し, 精神科にて口腔セネストパチーと診断された81歳男性の症例を経験した. 口腔セネストパチーの半数に神経血管圧迫症候群 (neurovascular compression : NVC) が合併するとされ, 症状に影響を与えている可能性が報告されているが, 病態の詳細な解明はなされていない. 本症例では術後, 精神科での投薬治療にて症状が改善し得た. 術後の症状残存時に, 脳神経外科医にとって馴染みの薄い口腔セネストパチーの鑑別を行う必要性が示唆された.

Key Words

oral cenesthopathy, oral somatic delusions, microvascular decompression (MVD), neurovascular compression (NVC)

Key Slide



(Received September 1, 2025; Accepted October 2, 2025)

I. 緒 言

セネストパチー (cenesthopathy) は、「常に奇妙ではっきりせず、痛みというよりもむしろ苦痛であること」「病的な感覚が持続し、部位が限局しているが、多彩で変動があること」「自分自身の病的な状態をよく理解していること」といった特徴をもつ体性感覚の異常で、身体症状症および関連症群に分類される^{1, 2)}。口腔領域に生じた場合は口腔セネストパチーと呼ばれ、「口腔内の異常感を奇妙な表現で執拗に訴える」「多彩で変動性のある異物感や違和感」を特徴とする病態である^{2, 3)}。客観的異常所見が認められないにもかかわらず、患者は唾液の粘稠感や口腔内のざらつきなどの比較的理解しやすい症状から、「ワイヤーがある」「鉄板が張り付いている」などの異物感、「ねじれている」「狭まっている」「歯がぐにゃぐにゃする」といった奇異な表現まで、様々な症状を訴えることがある²⁾。これらは幻覚や妄想とは異なり、「体内感覚の異常 (変質)」とされてきた。多くの患者は「実際に異物はない」と理解しているものの、強い苦痛を伴う訴えを執拗に繰り返す傾向がある。

一方、三叉神経痛には明らかな器質的要因が存在するものと、原因不明とされるものがあり、後者の多くは神経血管圧迫症候群 (neurovascular compression : NVC) によると考えられている⁴⁾。治療には微小血管減圧術 (microvascular decompression : MVD) が選択され得るが、術後には永続的な合併症が約 5.2% に起こるとされ、特に 1.9% に顔面のしびれが報告されている⁵⁾。感覚障害の表現は患者によって多様であり、口腔セネストパチーとの鑑別が必要な場合があると考

えられる。

本報告では、典型的な痛みの誘発部位 (トリガー) をもつ三叉神経痛に対して MVD を施行し、疼痛は改善したものの、口唇の違和感が残存し、口腔セネストパチーとして軽快を認めた 1 例を報告する。

II. 症 例

患 者：81 歳，男性。

既往歴：高血圧症，大腸ポリープ，うつ病を含む精神疾患の歴なし。

現病歴：10 年以上前から出現した左歯肉部感覚異常，疼痛に対し，歯科・耳鼻科・精神科を多数受診したが明らかな器質的異常は認められず，経過観察となっていた。75 歳時より，咬合時に誘発される左三叉神経第二枝領域の発作性電撃痛を主訴に歯科を受診していた。その際，感覚異常の訴えがあったがカルバマゼピンの内服で症状は一時軽快したため，三叉神経痛疑いとされた。その後，2023 年 10 月に当院神経内科へ紹介され，MRI で左三叉神経の NVC を認め，三叉神経痛の疑いとして，2024 年 5 月に当科に外科治療目的に紹介となった。

初診時所見：上下口唇左側に「触れると痛い」「動かすと痛い」と訴える痛みがあり開口困難であった。左頬部の圧迫や歯磨きにより誘発される三叉神経第二枝領域の電撃痛を認めた。視診では口唇・歯肉に明らかな異常所見を認めなかった。異常感覚の訴えはなかった。

画像所見：MRA にて左三叉神経に対し，左上小脳動脈 (SCA) および錐体静脈 (petrosal vein) が近接して走行しており，これらが NVC の原因血管と考えられた。SCA は分枝が腹側から三叉

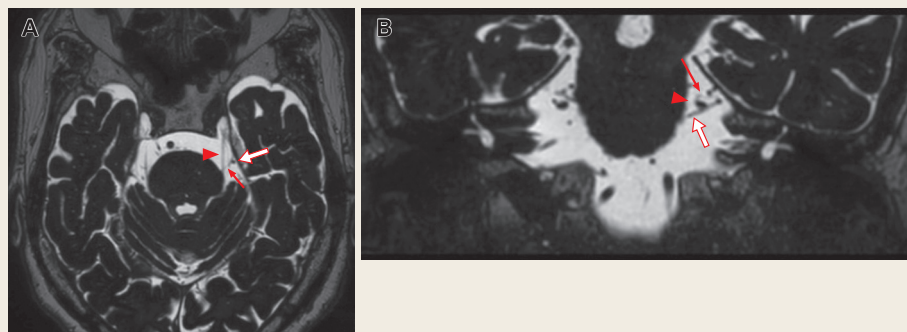


Fig. 1 Pre-operative MRI

A: Axial view. **B**: coronal view. Pre-operative CISS images showed the left SCA (arrow) was incontact with the root entry zone (REZ) of the left trigeminal nerve (arrow head) and the left petrosal vein (open arrow) was also in contact with the left trigeminal nerve.



Fig. 2 Intra-operative images

A: The left petrosal vein (arrow) was crossing and in contact with the left trigeminal nerve.
B: The left SCA (arrow head) was in contact with the root entry zone (REZ) of the left trigeminal nerve.
C: Intra-operative image after transposition.

神経上面を伴走し、広く三叉神経との接触が疑われた。Petrosal vein は root entry zone (REZ) を横走していた (Fig. 1)。

手術所見: 2024 年 6 月下旬、患者の希望もあり MVD を施行した。全身麻酔下、右下パークベンチ位にて左外側後頭下開頭を行った。三叉神経周囲を観察すると、術前画像所見どおり、REZ を横走する petrosal vein が観察され、周囲のくも膜が癒着していた (Fig. 2A)。これを丁寧に切離すると、裏面に伴走する SCA 分枝が確認され、同血管は三叉神経に接触していた (Fig. 2B)。SCA は遊離後、繊維状に整えたテフロンフェルトを用

い、錐体骨側に接着固定した。裏面を走行していたこともあり、三叉神経の圧痕は確認できなかった。三叉神経の完全遊離を確認し、手術を終了した (Fig. 2C)。術中、血管剥離に際し三叉神経への多少の機械的ストレスはあったものの、明らかな損傷はなかった。

術後経過: 術後、左三叉神経領域の電撃痛は消失したが、口唇接触時の疼痛や歯肉痛、「口の中がマラソンしている」「球体が回っている」と表現される口腔内異常感覚を訴えた。歯科に紹介したが、以前と同様に歯科的異常所見は指摘されなかった。術後の MRI では移動した SCA は三叉

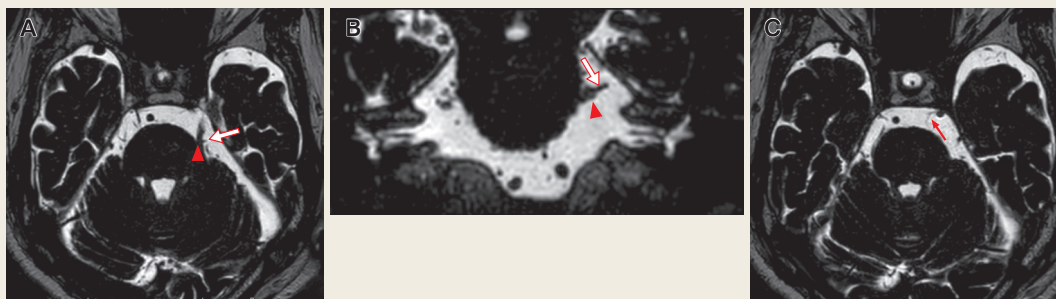


Fig. 3 Post-operative CISS images

A, B: The petrosal vein (open arrow) remains close to the left trigeminal nerve (arrow head) .

C: The left SCA (arrow) runs apart from the left trigeminal nerve.

神経と明らかに接触しておらず (Fig. 3), カルバマゼピンとミロガバリンベシル酸塩の用量調整で経過観察を行ったが, 症状の改善は得られなかった。その後, 易怒性の出現, 嚥下困難感の訴えなどがあり, 外来診察時に突然診察台に寝込む転換性障害を疑う症状が出現したため, 当院精神科へ紹介した。同日の診察で精神科では口腔セネストパチーが疑われ, デュロキセチン塩酸塩 20 mg が処方された。具体的な表現は不明だが, 口腔感覚異常は以前より訴えていた症状のようであった。以後, 完全ではないものの症状の改善を認め, 精神科併診の下, 外来治療を継続している。

Ⅲ. 考 察

1. 口腔セネストパチー

前述のとおり, 口腔セネストパチーは口腔内に異常が認められないにもかかわらず, 「唾液がベタつく」「異物がある」「糸やワイヤーが口の中にある」などといった症状を訴える体性感覚の異常である^{1,3)}。確立された診断基準がないことから, 舌痛症や歯科心身症との鑑別が困難なことがある²⁾。この状態の患者は, 複数の歯科受診を行うことが多く, 適切な診断がなされないと不要な外

科治療を繰り返し受けることがある。

精神科の研究ではセネストパチーの有病率は 0.2%~1.9%と報告され, その 85%が口腔セネストパチーとされている¹⁾。また, 女性に多いとされ, 20~30 歳代と 50 歳代の二峰性を示すという報告もある^{1, 6)}。歯科心身症を扱う医療機関では, 患者の約 20%に口腔セネストパチーが含まれるとされ, 精神科初診患者で 2%程度と比較的高頻度である可能性が示唆されている²⁾。明確な原因は不明だが, 歯科治療が契機となることが多く, 特にうつ病既往のある患者が歯科治療 (抜歯, 齲歯処置, 歯周外科治療, 矯正歯科治療, インプラント治療など) を受けた場合, 発症リスクが高まるとされ, 過去の報告では口腔セネストパチー患者の約 30%で歯科治療が発症の契機となったと報告されている^{2, 6)}。病態生理は十分には解明されていない。近年, SPECT を用いた研究が報告され, 口腔セネストパチー患者における側頭葉や帯状回, 視床の右側優位の脳血流非対称性が報告されており, 中枢神経機能異常との関連が示唆される^{7, 8)}。

治療は難治性で, 向精神薬 (抗うつ薬や抗精神病薬) を用いた薬物療法, 電気けいれん療法, 心

理療法が報告されている^{1, 2, 9)}。予後不良因子として、精神疾患の既往がないこと、罹病期間が18ヵ月以上であることが挙げられ⁶⁾、ネバネバ感などの痛みと異なる違和感や異常感を伴うとやや予後不良、リアルな異物感を伴うと極めて予後不良とする報告もある²⁾。

2. NVC との関連性

MRI を用いた研究では、片側性の口腔セネストパチー患者のうち、約45.8%に三叉神経のNVCが認められたと報告されている¹⁰⁾。このうち、68.2%が同側に、13.6%が対側に、18.2%が両側にNVCを認めたとされている¹⁰⁾。

NVCに口腔セネストパチーの合併がある場合、REZへの持続的刺激が視床に伝わり、微妙な口腔違和感を引き起こす可能性が考えられる。一方、NVCがない場合には、より複雑な中枢機構が関与し、多彩かつ耐えがたい口腔症状が出現している可能性がある¹⁰⁾。前述のように、三叉神経痛に対するMVD術後には1.9%に顔面のしびれが報告されており、三叉神経痛に対するMVDと術後の疼痛の改善に関して検討した論文では、12.7～21.7%の症例に何らかの疼痛を残していることが報告されている¹¹⁾。また、三叉神経痛のレビュー論文では、術後に求心路遮断性疼痛（deafferentation pain）を0.8～3.0%で残すと報告されている¹²⁾。このうちには口腔セネストパチーが含まれている可能性があり、術後に器質的疾患のない体性感覚の異常を疑う訴えがある場合、口腔セネストパチーの可能性を考慮する必要があるものと考えられる。なお、三叉神経痛に対するneurolysisではその多くに感覚鈍麻（hypesthesia）が合併するとされる¹³⁾が、口腔セネストパチーが発症したとする先行論文は確認することができなかった。

本症例では、口腔領域の片側性の疼痛の出現を認め、典型的な三叉神経痛の所見を呈していた。MVDにより電撃痛は改善したため、NVCによる三叉神経痛はその病態に関与していたと思われる。同時に、手術による疼痛の改善により、以前より存在していた口腔異常感覚が顕在化したと考えられた。患者と家族の訴えを傾聴することで最終的に精神科にて口腔セネストパチーと診断された。また、投薬により症状の改善が得られたことも同診断を支持するものであった。

本症例は、非典型的な年齢で発症し、精神疾患の歴がなく、罹病期間が長期であることから予後不良例と考えられる。しかし、治療によって自覚症状が改善し、易怒性は改善し、嚥下困難感も解消された。

IV. 結 語

三叉神経痛に対するMVD後、顔面の疼痛や感覚障害が後遺する場合がある。患者の訴えに耳を傾けることで、併存し得る治療可能な疾患として、脳神経外科医にとっては馴染みの薄い「口腔セネストパチー」の存在を念頭に置き、適切な診断と対応が求められると考えられた。

COI

本投稿に関し、開示すべきCOIはありません。

本論文は、発表に際し本人および家族の了承を得ています。

本論文は院内倫理審査委員会の承認を得て報告しています。

文献

- 1) Umezaki Y, et al: Oral cenesthopathy. Biopsychosoc Med 10: 20, 2016
- 2) 梅崎陽二郎 ほか:「口腔セネストパチー」の概念的整理—診断, 病態生理, 治療に関するナラティブレビュー—. 日本歯科心身医学会雑誌 38: 48-60, 2024
- 3) 阿部貴恵 ほか: 口腔内セネストパチーの1例. 北海道歯学雑誌 34: 127-31, 2014
- 4) 日本神経治療学会ガイドライン統括委員会編: 標準的神経治療: 三叉神経痛 (2021). 神経治療学 38: 761-814, 2021
- 5) 溝渕佳史, 永廣信治: 三叉神経痛と顔面痙攣の疫学. Neurological Surgery 脳神経外科 52: 22-8, 2024
- 6) Umezaki Y, et al: Clinical characteristics and course of oral somatic delusions: a retrospective chart review of 606 cases in 5 years. Neuropsychiatr Dis Treat 14: 2057-65, 2018
- 7) Umezaki Y, et al: Brain perfusion asymmetry in patients with oral somatic delusions. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 263: 315-23, 2013
- 8) Watanabe M, et al: Comparison of cerebral blood flow in oral somatic delusion in patients with and without a history of depression: a comparative case series. BMC Psychiatry 15: 42, 2015
- 9) Takahashi T, et al: A review of recent case reports of cenesthopathy in Japan. Psychogeriatrics 13: 196-8, 2013
- 10) Watanabe K, et al: Clinical Characteristics of Predominantly Unilateral Oral Cenesthopathy With and Without Neurovascular Contact. Front Neurol 12: 744561, 2021
- 11) Bethamcharla R, et al: Long-Term Effectiveness of Early Versus Late Microvascular Decompression for Trigeminal Neuralgia Secondary to Arterial Compression. Eur J Neurol 32: e70184, 2025
- 12) Snel BJ, et al: 13. Trigeminal Neuralgia. Pain Pract 25: e70051, 2025
- 13) Xu R, et al: Trigeminal Neuralgia: Current Approaches and Emerging Interventions. J Pain Res 14: 3437-63, 2021

A case of oral cenesthopathy after microvascular decompression for trigeminal neuralgia

Shohei KOBAYASHI, Takashi SADATOMO, Katsuhiko SHINAGAWA, Shinpei ETOH

Department of neurosurgery, NHO Higashihiroshima Medical Center

Cenesthopathy is characterized by abnormal bodily sensations. Eighty-five percent of cases occur in the oral region. Oral cenesthopathy is characterized by abnormal sensations in the absence of objective clinical findings and has often been categorized as a delusional somatic disorder. Patients usually visit multiple dentists rather than psychiatrists. Without a proper diagnosis, they repeatedly pursue unnecessary surgical procedures to remove abnormal sensations. Neurovascular compression is present in approximately half of oral cenesthopathy cases and may influence the symptoms; however, its detailed pathophysiology remains unclear. Oral cenesthopathy is treated with pharmacotherapy and other approaches; however, it is often refractory in many cases. We present the case of an 81-year-old man who experienced abnormal sensations after undergoing microvascular decompression (MVD) for trigeminal neuralgia and was subsequently diagnosed with oral cenesthopathy by the psychiatry department. This report highlights the importance of considering oral cenesthopathy in the differential diagnosis when symptoms persist after MVD for trigeminal neuralgia.