

**<臨床>急性偽膜性口腔カンジダ症の2例**

著者名(日)	谷内 政喜, 北村 完二, 磯貝 治喜, 村瀬 博文, 堀越 達郎, 原田 尚也, 額賀 康之, 金澤 正昭, 鎌口 有秀, 馬場 久衛, 秋貞 泰輔
雑誌名	東日本歯学雑誌
巻	2
号	1
ページ	79-88
発行年	1983-06-30
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1145/00007036/">http://id.nii.ac.jp/1145/00007036/</a>

[臨床]

急性偽膜性口腔カンジダ症の2例

谷内 政喜, 北村 完二, 磯貝 治喜,  
村瀬 博文, 堀越 達郎, 原田 尚也,\*  
額賀 康之,\* 金澤 正昭,\* 鎌口 有秀,\*\*  
馬場 久衛,\*\* 秋貞 泰輔\*\*

東日本学園大学歯学部第二口腔外科学講座  
\*東日本学園大学歯学部第一口腔外科学講座  
\*\*東日本学園大学歯学部口腔細菌学講座

(主任 堀越 達郎 教授)  
\*(主任 金澤 正昭 教授)  
\*\*(主任 秋貞 泰輔 教授)

Two Cases of Acute Pseudomembranous Oral Candidiasis

Masaki TANIUCHI, Kanji KITAMURA, Haruki ISOGAI,  
Hirofumi MURASE, Tatsuro HORIKOSHI, Naoya HARADA\*,  
Yasuyuki NUKAGA\*, Masaaki KANAZAWA\*, Arihide KAMAGUCHI\*\*,  
Hisae BABA\*\*, and Taisuke AKISADA\*\*

First Department of Oral Surgery, School of Dentistry,  
HIGASHI-NIPPON-GAKUEN UNIVERSITY  
\*Second Department of Oral Surgery, School of Dentistry,  
HIGASHI-NIPPON-GAKUEN UNIVERSITY  
\*\*Department of Oral Microbiology, School of Dentistry,  
HIGASHI-NIPPON-GAKUEN UNIVERSITY

(Chief : Prof. Tatsuro HORIKOSHI)  
\*(Chief : Prof. Masaaki KANAZAWA)  
\*\*(Chief : Prof. Taisuke AKISADA)

Abstract

Candidiasis is a fungal disease caused by the infection of a fungus. *Candida albicans* is a normal flora of the oral cavity, pharynx and gastrointestinal tract, and it lives in symbiosis with the mixed bacterial flora of the oral cavity. But it is an opportunist and can become a pathogen if the proper environment prevails. Candidiasis occurs in infants and becomes recognizable as thrush. In adults it occurs usually in individuals who have been debilitated secondarily to prolonged chronic disease and terminal-illness in whom immunosuppressive drugs such as adrenal cortical hormone, radiotherapy and long-term antibiotic therapy are administered. Recently, we observed two cases of

受付：昭和58年3月31日

本論文の要旨は第2回東日本学園大学歯学会総会（昭和58年3月）において発表した。

oral candidiasis of adults.

Case 1 was 54 years old male. He was subjected to a gastric resection and was prescribed a cartinostatic agent three months hence. Recently, he experienced a fever (suspected as pneumonia) and was given some unknown antibiotics and adrenal cortical hormone. Big white plaques were seen in the lower lip and he felt pain by contact.

Case 2 was a 76 years old female. The patient underwent a resection of a malignant tumor of the cheek, a radical neck dissection and a skin grafting for the cheek 6 months hence in our clinic. A remarkable quantity of carcinostatic agents and antibiotics was administered 6 months hence. Recently, she had a feber (suspected as pneumonia) and was prescribed penicillin and adrenal cortical hormone. So many small white plaques in left ceek were noted and she complained of pain when touched.

Both cases were treated effectively by mycostatin gargle.

**Key words :** Oral Candidiasis, *Candida albicans*

## 緒 言

口腔カンジダ症(口腔 CD 症と略記)は, *Candida albicans*(*C.alb.*と略記)の感染によって発生する。*C.alb.*は, 口腔常在菌であり健康者の口腔からも15~20%の割合に検出されているが, 屢々日和見感染により消化器, 呼吸器, ときには全身性に複雑な障害を起すことが知られている<sup>4,6)</sup>成人における口腔 CD 症発生の要因は, 広域抗生剤或は細胞毒となる薬剤の長期投与, 頭頸部腫瘍の放射線治療, 不適合な義歯床の刺激, 齶蝕の多発などがあげられている。また重篤な基礎疾患による宿主の抵抗力の減弱, 内分泌障害, 免疫不全などの関連も挙げられている<sup>1,2,3,5)</sup>我々は手術侵襲の前後に, 多量の制癌剤, 抗生剤, および副腎皮質ホルモンを投与された癌患者に発生した口腔 CD 症 2 例を経験し, 精細な細菌学的検索を行ったので, その結果と併せて報告する。

## 症 例

### 症例 No.1

患者: 54才, 男性

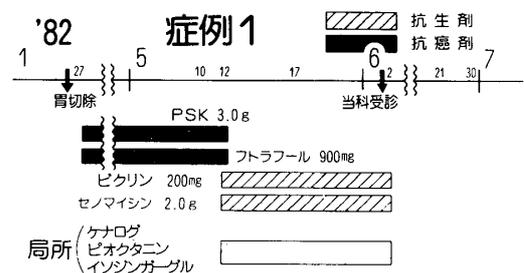
初診: 昭和57年 6 月 2 日

主訴: 下唇粘膜の接触痛

家族歴, 既往歴: 特記事項なし

現病歴: 昭和57年 1 月 26 日胃癌により某病院にて胃切除手術を受け, 続いて再発予防の目的を以て 5 Fu 1 日量 900 mg, クレスチン(PSK) 1 日量 3.0 g 等の制癌剤を連日投与され, その期間は約 1 ヶ月に及んだ。当科受診約 1 ヶ月前より口腔出血および 39℃ の発熱を招来し, 下唇粘膜の接触痛が著明になった。さらに血液培養により敗血症の疑いがあるとされ, 抗生剤の大量投与, ステロイド軟膏の局所塗布, イソジンによる含嗽などが施行され解熱した。しかし下唇に広範な白苔が出現し, 同部の接触痛は依然消失しないので, 同病院より紹介されて当科に受診した (Table 1)。

Table 1



現症：体格中等大，栄養やや不良

口腔をみると，下唇粘膜，頬粘膜に白色被苔を有し，周囲に軽度の発赤を伴う炎症病巣が広範囲に認められ，局所の接触痛が著明であった。白苔は表在性で，軽く擦過すると容易に剝離され，その下には発赤した粘膜面がみられたが，同部よりの出血は認められなかった (Fig. 1-a, b)。



Fig. 1-a Case No. 1, white plaque of lower lip, before treatment

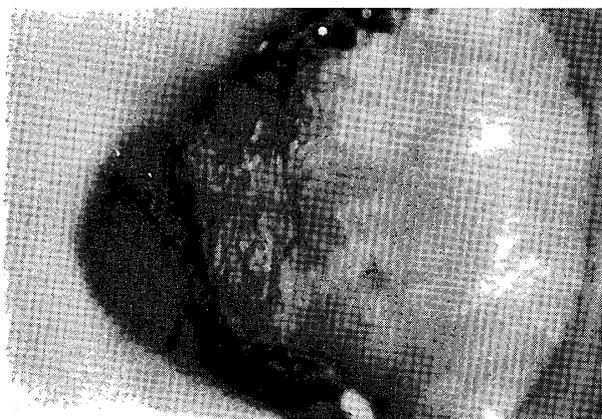


Fig. 1-b Case No. 1, white plaque of cheek, before treatment

臨床検査所見：Table 2 に示す様に，血液，血清，赤沈所見，および尿定性試験に特に異常は認めなかった。白苔より採取した smear を，グラム染色により鏡検すると明らかに Candida 属とみられる特有の菌糸の形成が認められた。培養試験の結果については，症例 No. 2 と共に，一括して後述する。

診断：口腔カンジダ症

処置および経過：上記診断のもとに制癌剤

Table 2

### 臨床検査所見 症例 1

血液一般検査		
赤血球数		$435 \times 10^4 / \text{mm}^3$
白血球数		$7.7 \times 10^4 / \text{mm}^3$
ヘモグロビン		14.1 $\frac{\text{g}}{\text{dl}}$
ヘマトクリット値		39.9 %
血小板		$20.5 \times 10^4 / \text{mm}^3$
血液像	Stab	9 %
	Seg	65 %
	Lym	23 %
	Mono	3 %
血清検査		
CRP		(-)
赤沈	1 時間値	8 mm
	2 時間値	14 mm
尿検査		異常ナシ



Fig. 2-a Case No 1, lower lip treated with mycostatin gargle 4 days



Fig. 2-b Case No 1, left cheek treated with mycostatin gargle 4 days

(5 Fu, PSK), 抗生剤の投与並びにステロイド軟膏の局所応用を一切中止すると共に，抗真菌

剤であるマイコスタチン 240 万単位を 500 ml の蒸溜水にて希釈し、1 日 4 回に分けて患者に含嗽させた。含嗽開始 4 日目には、下唇粘膜で著明な白苔の減少がみられ、その時点で局所の接触痛も著明に消退していた (Fig. 2-a, b)。

含嗽開始 9 日目では、下唇粘膜、頬粘膜共に正常健康色を回復し、白苔およびその周囲の発赤は全く認められず、接触痛も完全に消失していた (Fig. 3-a, b)。

現在初診時より約半年を経過しているが、再発はみられず経過は良好である。



Fig. 3-a Case No. 1, lower lip treated with mycostatin gargle 9 days

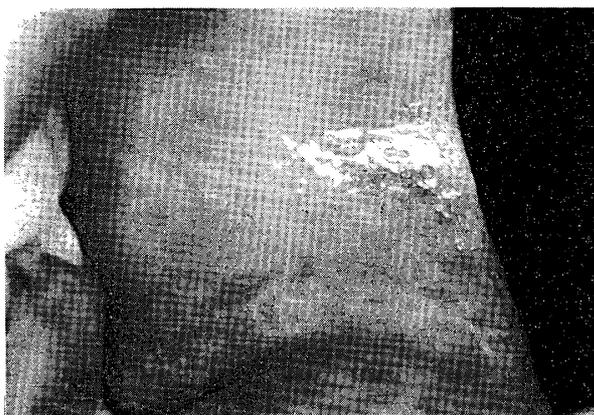


Fig. 3-b Case No. 1, left cheek treated with mycostatin gargle 9 days

症例 No. 2

患者：76才 女性

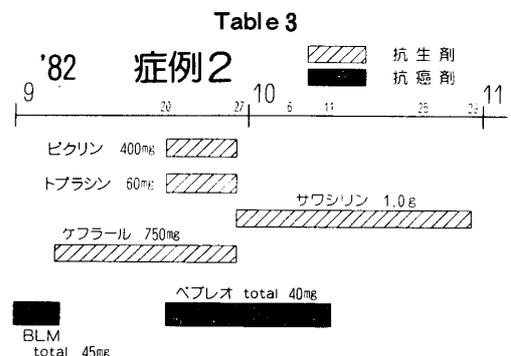
初診：昭和57年 3 月12日

主訴：左側外頬部の腫脹

家族歴・既往歴：特記事項を認めない

現病歴：昭和57年 3 月当科に入院し、左側頬部粘膜癌の診断のもとに制癌剤の術前投与を施行していたが、経過中その副作用と思われる肺炎を併発したため、抗生剤大量投与並びにステロイド剤の大量投与（プレドニン 5 mg×16回、同 20mg×4 回、計 160 mg）を施行して、内科的、X線的に肺炎症状の回復を認め、体力回復を待って頬部粘膜癌の切除及び皮膚移植による頬部再建手術を実施した。

昭和57年 8 月に至り顎下、頸部リンパ節に癌転移の疑いを生じ、同年 9 月 2 日には頸部リンパ節根本廓清術を実施した。移植準備のための前頭皮弁形成手術、頬部粘膜癌切除並びに頬部の即時再建手術、及び頸部リンパ節根本廓清術など数回にわたる手術侵襲のため、貧血、血小板減少など若干の全身症状の悪化がみられ、それらの回復を考慮した輸血、補液、および再発防止のための制癌剤の投与を行っていたが、9 月 20 日に至り再度発熱と呼吸器症状の変化を認めたので、再び抗生剤の大量投与とステロイド剤の併用の余儀なきに至った。その際ステロイド剤としては、プレドニン 1 日量 30mg を先づ初回投与し、3 日毎に漸減して 1 日量 5mg に至る遞減療法を応用し、合計 280mg を投与した (Table 3)。



昭和57年 10 月 6 日頃より、頬粘膜に潰瘍性口内炎様の症状と白苔が出現し、同部の接触痛が著明になって来たため、(Fig. 4) 消炎剤内服およびアズノールの含嗽を行って経過を観察していたところ、10 月 25 日に至り潰瘍性口内炎様の

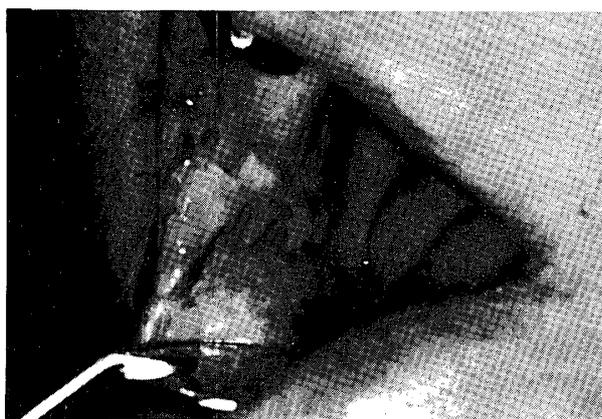


Fig. 4 Case No. 2, initial changes of cheek mucous membrane

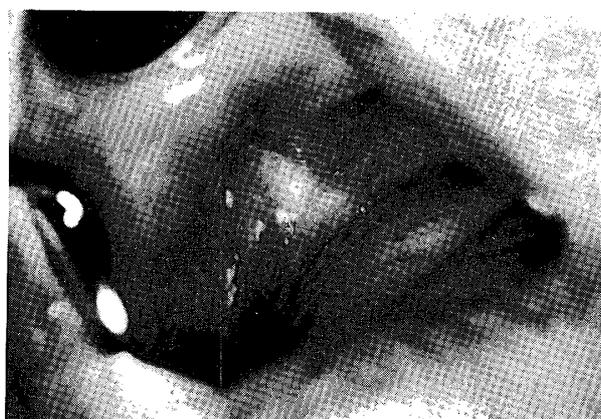


Fig. 5 Case No. 2 many small white plaque of gingiva,

症状は消退したが、これに換って口腔粘膜に米粒大の白苔が広範囲に簇出して来た。

現症：

口腔所見：上顎前歯部歯肉 (Fig. 5)

右側下顎臼歯部歯肉に米粒大，頬粘膜に小指頭大から中指頭大の白斑の散在がみられ，白斑は擦過により容易に剝離され，その下には発赤した粘膜面が露出していたが，出血は認めなかった。

臨床検査所見：Table 4は白苔出現時の検査所見であるが，血小板の減少を認めるほかは異常所見は認めない。白苔より採取した smear にグラム染色を施して鏡検すると，第1例と同様に特異な菌糸の散在が多数みられた。

処置および経過：白苔出現をみた10月25日より，症例1と同様にマイコスタチン懸濁液による含嗽を開始した。含嗽開始4日目頃より白苔の減少を認めたが，同時点では軽熱の散発等が持続し抗生剤の投与を継続していたためか，白苔は完全には消失しなかった。含嗽開始1ヶ月頃，発熱，血小板減少，貧血等全身症状の緩解をみて抗生剤投与を中止したところ，数日を経て口腔粘膜の白苔は完全に消失した。

Table 4

## 臨床検査所見 症例2

血液一般検査		
赤血球数		$480 \times 10^4 / \text{mm}^3$
白血球数		$4.1 \times 10^4 / \text{mm}^3$
ヘモグロビン		14.8 g/dl
ヘマトクリット値		43.0 %
血小板		$5.5 \times 10^4 / \text{mm}^3$
血液像	Stab	14 %
	Seg	63 %
	Lym	13 %
	Mono	10 %
血清検査		
CRP		(-)
赤沈	1時間値	11mm
	2時間値	28mm
尿検査	異常ナシ	

## 細菌学的検索

被検材料および菌の分離：症例No.1, No.2の口腔内の病巣より滅菌綿棒を用いて試料を採取し，これを滅菌スライドガラスに直接塗抹し塗抹標本を作製した。試料No.1, No.2は共にグラム陽性の菌糸形が多数と，少数の酵母形のものが観察された (Fig. 6)。次にこの試料をサブローグルコース寒天平板培地に直接塗抹し，37°Cで好氣的に2日間培養したところ，多数のクリーム色をした円形の集落が得られた (Fig. 7)

グラム染色の結果，この集落はグラム陽性の酵母形の菌であった。試料No.1とNo.2から得られた上記の集落を任意に10個ずつ選択して，これらについて以下の性状検査を行って菌の同定を試みた。

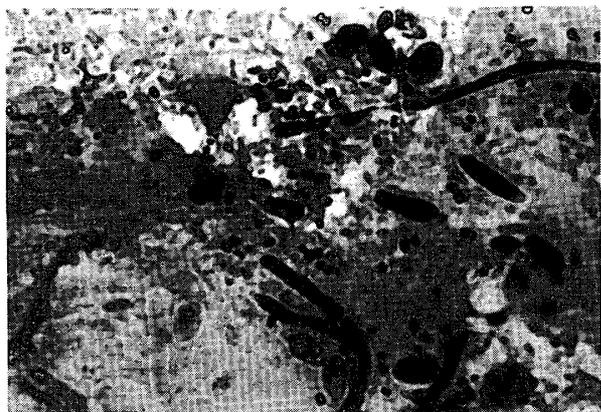


Fig. 6 Gram-stained preparation of scraped material from oral mucosa lesion (Sample No. 1)

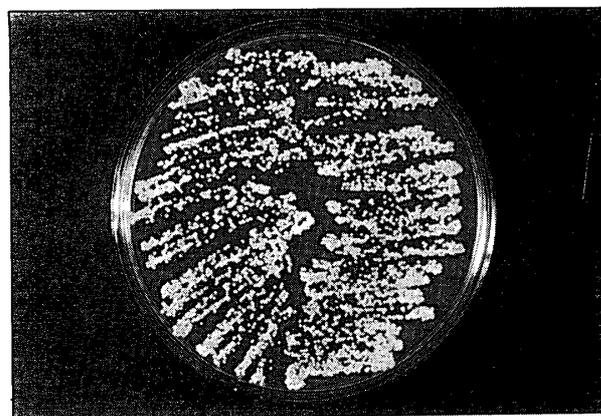


Fig. 7 Colonies on Sabouraud's glucose agar plate (Sample No. 2)

被検菌の同定: a) germ tube 形成能<sup>7)</sup>:

被検菌をサブローグルコース寒天平板培地で2代通過させた後その1白金耳量を滅菌水5mlに懸濁し, その1滴をSCLT変法寒天培地〔コーンミール寒天(Difco)12g, tween 80 3ml, Nアセチルグルコサミン1g, 寒天10g, 水1000ml, pH7.0~7.2〕に乗せ, カバーガラスを覆せて, 37°Cで好氣的に2~3時間培養の後に直接鏡検した。No.1およびNo.2の試料から得られたすべての被検菌にgerm tubeの形成が認められた (Fig. 8)。

b) 厚膜胞子形成試験: 培養菌をSCLT変法寒天培地に塗抹し, 25°Cで好氣的に2~3日間培養後集落を直接鏡検した。No.1及びNo.2から得られた被検菌に, 共に多数の厚膜胞子の形成が認められた。またこれらの集落をメチールブ

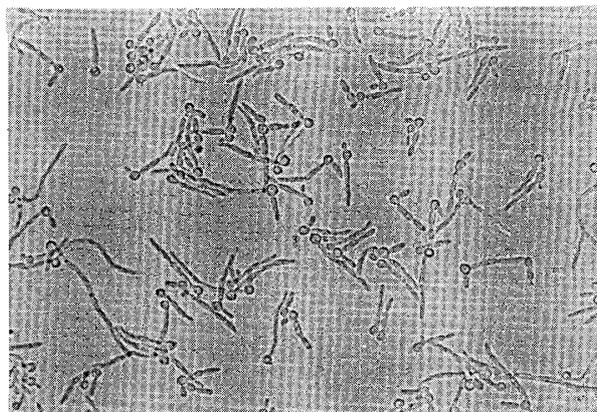


Fig. 8 Germ tube formation

ルー酸性液<sup>8)</sup>(メチールブルー1g, 酢酸3ml, 水100ml, これを2倍に稀釈)による染色を行なって厚膜胞子の形成を確認した。すなわち, 集落上にメチールブルー酸性液を滴下し, カバーガラスをのせて直接鏡検した結果, いづれの集落も菌糸と分芽胞子は染色されずに, 厚膜胞子のみが染色された (Fig. 9)。

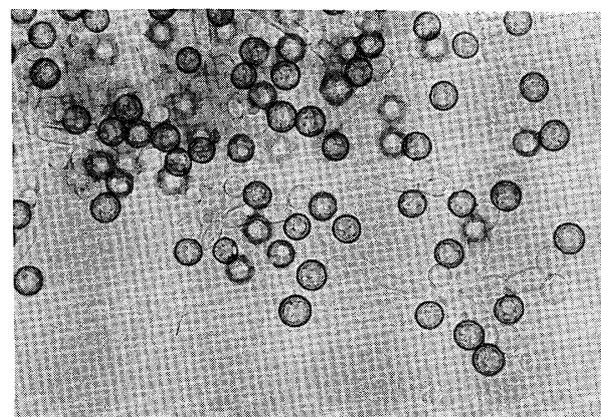


Fig. 9 Chlamydospores vital stained by methylblue acidic solution

c) 糖分解能<sup>9)</sup>: glucose, sucrose, maltose あるいは lactose を含む糖分解用基礎培地 (ペプトン水 100 ml, 糖 1g, 0.2% BTB 液 12ml pH 7.2) を 2 ml 入れた小試験管にダーラム管を入れ, これに被検菌の1白金耳を接種し, 37°Cで好氣的に1週間培養した後に各糖の分解性を検討した。なお標準菌として, *C. alb* Basel A, *C. alb* Basel B, *C. alb*. ATCC 1012 を用いた。No.1 及び No.2 の被検菌及び各標準菌とも1日の培養で glucose と maltose より酸とガスを産生し,

**Table 5**  
Serotype of *Candida albicans* with Candida Check

strain	antigen				13b
	1	4	5	6	
<i>C. albicans</i> Basel A	+	+	+	+	+
<i>C. albicans</i> Basel B	+	+	+	-	+
<i>C. albicans</i> ATCC 1012	+	+	+	+	+
NO.1	+	+	+	+	+
NO.2	+	+	+	+	+

+: positive    -: negative

Acid and gas production from carbohydrates on *Candida albicans*

strain	carbohydrate			
	glucose	maltose	sucrose	lactose
<i>C. albicans</i> Basel A	AG	AG	A	-
<i>C. albicans</i> Basel B	AG	AG	A	-
<i>C. albicans</i> ATCC 1012	AG	AG	A	-
NO.1	AG	AG	A	-
NO.2	AG	AG	A	-

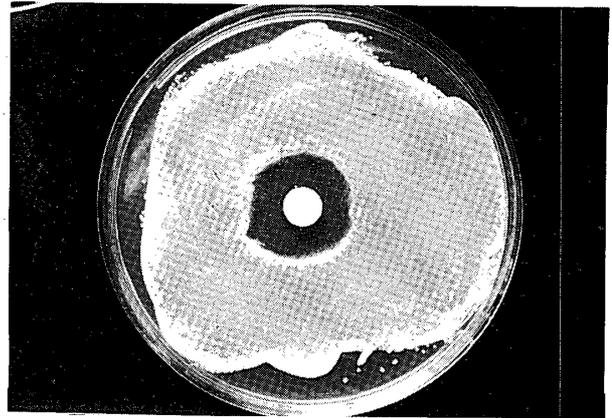
A: acid production    G: gas production    -: negative

sucrose より酸のみを産生し、lactose を分解しなかった (Table 5)。

d) *Candida* Check による抗原組成の判定：

No.1, No.2 の被検菌及び各標準菌をイーストエキストラクト含有サブローグルコース斜面培地に接種し、25°C で好氣的に2日間培養後の集落を用いてカンジダ同定用因子抗体セット＝*Candida* Check (三光純薬K・K) による凝集反応を行った。その結果No 1, No 2 の被検菌はいずれも1, 4, 5, 6, 13b 抗原を有することが明らかになった (Table 5)。

e) Anticandida substance (ACS) による発育阻止<sup>10)</sup>：*Bacillus natto* の培養上清より分離した ACS をペーパーディスクにしみ込ませ、各被検菌を塗抹したサブローグルコース寒天平板の中央に置き、37°C で好氣的に1日培養した後、阻止円の形成をみた。その結果、各被検菌はともに明確な阻止円の形成が認められた (Fig.



**Fig. 10** Inhibition by ACS (paper disk method).

10)。また患部からの材料を直接この ACS を含有させたサブローグルコース寒天平板培地に塗抹したが、ACS 含有サブロー寒天平板培地上はカンジダ様集落は全く発育しなかった。

上述の性状検査の結果、No.1, 及びNo.2 の症例の病巣より分離された菌は *Candida albicans* と同定された。

### 細菌学的考察

*Candida* は二形成の真菌であるが、病理組織標本で観察される菌形は、一般に菌糸形が多くみられる。本症例の患部よりの直接塗抹標本で菌糸形が多くみられたことにより、病巣において *Candida* が局所的に増殖していた事がうかがわれる。この菌が *C. alb* であるか否かについて更に正確な同定を試みた。*Candida* 属でヒトから検出される菌種には、*Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. pseudotropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. stellatoidea*, *C. guilliermondii* の7種があるが、Martin et al<sup>9)</sup> の鑑別表によれば、サブローグルコース寒天平板培地上におけるコロニー形態は、*C. krusei* が扁平、乾燥性の形態を示すが、他の6種はクリーム色、円形の形態を示すとされている。症例 No.1 及び No.2 からの分離菌はいずれもクリーム色、円形の形態を示すことにより、*C. krusei* である可能性は否定された。

germ tube は迅速同定法として繁用されているもので、germ tube 形成能を有する菌種は *C. alb.* と *C. stellatoidea* の 2 種である<sup>7)</sup>。No. 1, No. 2 症例からの被検菌はいずれも germ tube 形成能を有することから、この 2 種の何れかに属すると考えられる。また厚膜孢子形成能は *C. alb.* の同定上重要な鍵であるが、*C. stellatoidea* の中にも少数形成されるものがあるが、症例 No. 1 及び No. 2 の被検菌の様に定型的に厚膜孢子が多数形成された場合には、この時点でほぼ *C. alb.* と考えることが出来る。さらに糖分解能を検討した結果、これらの被検菌はともに glucose, maltose より酸とガスの産生、sucrose より酸のみを産生し、lactose を分解しなかった。これらは *C. alb.* の定型的な性状であり、*C. stellatoidea* は sucrose と lactose を分解しないことからこれらの被検菌は *C. alb.* の枠組に入る。また Candida Check の結果、6 抗原を有することが確認されたので、分離株はいずれも *C. albicans* A と同定することが出来た。*C. alb.* は血清型として A 型と B 型があるが、一般に A 型が多いとされている<sup>11)</sup>。これら 2 症例の被検菌は共に抗原組成、germ tube 形成能、厚膜孢子形成能、糖の分解性状などからみて *C. alb.* A 型と同定することが出来た。

### 総 括

1) *C. alb.* は、口腔、咽頭、消化器等の常在菌であり、健康者からも 15~20% の割で検される。各種の要因により宿主の抵抗力が減弱したときは、*C. alb.* は日和見感染を起して、消化器、呼吸器、ときには汎発性に重篤な症状を惹起する。三宅<sup>12)</sup> の深在性真菌症患者の剖検所見によれば、肺 39 例、食道 24 例、胃 21 例、口腔及び咽頭 17 例、腎 11 例、肝 8 例にカンジダ病巣が認められ、特に消化器系に多いとされている。その組織反応は、a) 真菌の種類及び菌量、b) 感染の時期及び経過、c) 混合感染及び薬剤の影響等に規制され

て、症例によって著明な差があり、特にカンジダ症は初期に好中球性反応或いは壊死の所見が多くみられ、慢性期には巨細胞性肉芽腫の形成がみられるという。堂野前ら<sup>13)</sup> の内科学的研究では、消化器カンジダ症 67 例の中では、舌苔 40 例 (59.7%)、口腔粘膜障害 22 例 (32.8%)、口角炎 14 例 (20.8%) 等がみられ、内外の報告を総括して、発生要因として宿主の抵抗力の減弱による日和見感染をあげている。多くの文献<sup>1, 2, 3, 5, 6, 14)</sup> は、*C. alb.* がカンジダ症を惹起するためには、*C. alb.* の増殖以前に何等かの素因の必要をあげており、その素因としては、a) 年齢的素因 (乳幼児、老人に多い傾向) b) 局所的素因 (不適合な義歯床の刺激、齲蝕の多発、唾液分泌の減少)、c) 全身的素因 (広域抗生剤の長期使用、栄養障害たとえばビタミン B 複合体の欠乏、副甲状腺の機能低下 Addison 病、糖尿病、尿毒症、細胞毒となる薬剤の連用、放射線治療) などが挙げられている。上記文献及び三宅ら<sup>12)</sup> の研究を総合すると、口腔 CD 症は急性と慢性、粘膜表在性 (偽膜性) と肉芽腫性に分けられるが、ここに報告する 2 例は白苔が軽い擦過により容易に剝離することからともに急性偽膜性口腔カンジダ症ということが出来る。

2) *C. alb.* は、口腔、咽頭、消化管等の常在菌であり、*C. alb.* の検出のみを以て、カンジダ症の診断は下し得ないことは多くの文献の指摘するところである。特に三宅<sup>12)</sup> は各種真菌症病巣の病理組織学的検索を行った結果より、真菌感染症の組織反応は多くの因子により左右され、病原真菌はその寄生部位及び病変の陳旧度等によりかなり著明に病態の差を示すことから、組織学的鑑別の主眼は組織反応に注目しつつ、病巣における真菌要素の形態及び特徴を精細に検討することにより、真菌病巣からの培養検査がなされていなければ、精確な鑑別診断は不可能としている。また真菌要素は H. E. 染色には僅に淡染するのみであるが、PAS 染色によりその

存在は明瞭に示されるとしている。さらにカンジダ症の場合には、Congorot 染色により紅赤色の蛍光を発生させ、この二次光線を蛍光顕微鏡で捉えて観察すると、その蛍光の強度は顕著に病巣内の *C.alb.* の活性に比例しており、診断に有意義な所見が得られると記載した。

3) 深在性真菌症の診断に関して、皮内反応、沈降反応、補体結合反応、凝集反応の応用についても多数の研究がある<sup>17,18,19)</sup>しかし表在性限局性の病巣では、抗体産生が微弱であるために、抗原抗体反応は健康者と有意の差を示さない例が多く、口腔 CD 症への応用は、未だ疑念が持たれている<sup>15,16)</sup>秋葉<sup>19)</sup>は真菌症の免疫学的研究の中で、独自の多糖体抗原を用いて実験し、口腔 CD 症では沈降反応は 8 例中 6 例 (75%) に陽性反応がみられ、皮内反応は 9 例中 5 例 (55.5%) に陽性、9 例中 4 例 (44.4%) に疑陽性反応がみられたと記載した。しかしこれらは何れも潰瘍型の口腔 CD 症が対象であり、Soor 型及び腔カンジダ症に関しては殆んど陰性の結果に終わり、免疫反応の口腔 CD 症への反応価値に関しては、未だ一步の感を拭い得ない。

4) 我々は、抗生剤、制癌剤、副腎皮質ホルモン等を連用していた、癌患者に併発した口腔 CD 症 2 例を経験した。症例 No 1 は 1 回、症例 No 2 は 2 回にわたり、高熱を伴う肺炎様症状を併発した。深在性真菌症は稀な疾患ではあるが、これらの症例を口腔 CD 症と診断する前には、一応深在性真菌症を否定しておかなければならない。我々は、癌という重要な基礎疾患の対応が切迫しており、これらの症例に対し、免疫学的反応、内視鏡検査、病理組織学的検査等を行っておらず、胸部 X 線所見、血液学的検査所見、および理学的診断所見等から先づ肺炎を疑い、大量の抗生剤及び副腎皮質ホルモンを投与し、呼吸器症状の著明な改善をみているが、このことから、深在性真菌症の合併は否定出来るものと考えている。特に症例 No 2 は、口腔症状に関し

消炎剤内服及びアズノールの合嗽を命じたが、高熱に関し抗生剤及び副腎皮質ホルモン投与を継続している間は、口腔症状は完全には消退せず、解熱に伴って抗生剤及びプレドニンの投与を中止したところ、マイコスタチンの合嗽のみにより口腔症状は急速に軽快した。この事は、また本症が口腔 CD 症である有力な所見と考えている。皮膚粘膜カンジダ症と内分泌機能との関連についても、L. S. Montes;<sup>20)</sup> F. F. Nally;<sup>21)</sup> T. Whitaker, et al.;<sup>22)</sup> R. Wager;<sup>23)</sup> など多数の報告がみられる。両症例ともに、癌手術後の消耗時期に、大量の抗生剤投与により菌交代現象の起きたこと、特に症例 2 は副腎皮質ホルモンの連用による免疫能の抑制がさらに加わったことが、口腔 CD 症の発生を招いた原因と考えられる。

5) 我々は、病巣より採取した smear の塗抹鏡検所見及び臨床症状から、病原菌は *C.alb.* と推定した。しかしさらに正確な同定を行いたく、サブローグルコース寒天平板培地による分離培養、および分離した菌の germ tube 形成能試験、厚膜孢子形成試験、糖分解能試験、Candida Check による抗原組成判定試験、ACS による発育阻止試験を反覆実施した結果より、2 症例の病原菌は旺盛な発育活性を有する *Candida albicans* A 型であることが証明出来た。

## 結 論

我々は、癌手術後に再発予防のため化学療法を実施した患者、成人男女 2 名に発生した口腔 CD 症 2 例を経験した。細菌学的検索を種々実施した結果、病原菌は A 型の *Candida albicans* であった。療法としては、抗生剤及び副腎皮質ホルモン投与の即時中止、マイコスタチンによる合嗽の励行により有効に処置することが出来た。

## 参考文献

1. Osbon, D. B. and Lilly, G. E. : Present concepts in the management of lesions treated by the oral surgeon, Irby, W. B. : Current Advances in Oral Surgery Vol. 2. 254-302, C. V. Mosby, Co., St. Louis, 1977.
2. DeChamplain, R. W. : Soft tissue infections of head and neck, Irby, W. B. : Current Advances in Oral Surgery Vol. 2, 306-332, C. V. Mosby, Co., St. Louis, 1977.
3. 石川梧郎, 秋吉正豊 : 口腔病理学Ⅱ, 1版, 662-664, 永末書店, 京都, 1969.
4. 成田令博 : 口腔における真菌の動態とその意義, 日口科誌, 20 ; 246-262, 1971.
5. 西山茂夫 : 口腔粘膜疾患, 新編臨床口腔科学. 第1版, 177, 医歯薬出版, 東京, 1968.
6. 後藤敏郎 : 菌交代症, 秋葉朝一郎 : 口腔及び耳鼻咽喉科領域のカンジダ症. 203-208, 医学書院, 東京, 1958.
7. Emmons, C. W., Binford, C. H., Utz, J. P., and Kwong-chung, K. J. : Medical Mycology, 3rd ed., 185-201, Lea & Febiger, Philadelphia, 1977.
8. 秋貞泰輔, 原田薫, 鎌口有秀, 林深雪 : *Candida albicans* 厚膜胞子の連鎖状配列ならびに仮性菌糸の厚膜胞子化について, 歯基礎誌, 21 ; 132, 1979.
9. Conant, N. F., Smith, D. T., Baker, R. D. and Callaway, T. L. : Manual of Clinical Mycology, 3rd ed., 325-364, W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1971.
10. 鎌口有秀, 秋貞泰輔 : 納豆菌の抗カンジダ作用について, 歯基礎誌, 22 ; 183, 1980.
11. Hasenclever, H. F. and Mitchel, W. O. : Antigenic Studies of *Candida* I. Observation of two antigenic in *Candida albicans*, J. Bacteriol., 82 ; 570-573, 1961.
12. 三宅 仁 : 深在性真菌症の病理, 真菌と真菌症, 2 (1) ; 77-106, 1961.
13. 堂野前維摩郷, 螺良英郎, 杉岡秀信 : カンジダ症の診断, 診断と治療, 37 ; 12-17, 1956.
14. 名喜真武男, 皆見紀久男 : 真菌症と発症要因, とくに免疫不全と Chronic mucocutaneous candidiasis, 総合臨床, 21 ; 2265-2278, 1972.
15. 杵淵孝雄, 近藤降秀, 宝田 博, 伊藤秀夫 : 慢性肥厚性口腔カンジダ症の1例, 日口外誌, 25 ; 1165-1170, 1979.
16. 植木直之, 藤林孝司, 南雲正男, 伊藤秀夫 : 急性偽膜性口腔カンジダ症の1例, 日口外誌, 18 ; 602-607, 1972.
17. Comaish, J. S., Gibson, B., and Green, C. A. : Candidiasis-serology and diagnosis, J. invest. Dermat., 40 ; 139-142, 1963.
18. Winner, H. I. : A study of *Candida albicans*, agglutinin in human sera, J. Hygen., 53 ; 509-512, 1955.
19. 秋葉朝一郎 : 深在性真菌症の免疫学的診断法, 日本臨床, 18 ; 30-34, 1960.
20. Montes, L. F. : Chronic mucocutaneous candidiasis, J. A. M. A., 221 ; 156-162, 1972.
21. Nally, F. F. : Idiopathic juvenile hypoparathyroidism with superficial moniliasis, J. Oral Surg ; 30., 356-365, 1970.
22. Whitaker, J., Landing, B. H., and Esselborn, V. M. : The Esselborn, V. M. : The syndrome of familial juvenile hypo-adrenalcorticism, hypoparathyroidism and superficial moniliasis, J. clinical Endocri., 16 ; 1374-1387, 1956.
23. Wagner, R. : The syndrome of chronic hypoparathyroidism, Addison's disease and superficial moniliasis, Exp. Med. Surg., 18 ; 157-160, 1960.