

顔 頸 部 放 線 菌 症 の 2 症 例

川崎医科大学 口腔外科学教室

福田 道男, 三木 幸夫, 細田 超
近藤 龍彦, 蔵内 真, 瀬上 夏樹
馬越 通成, 秋田 周子, 田中 昭裕

(昭和56年2月10日受付)

Two Cases of Cervicofacial Actinomycosis

Michio Fukuda, Yukio Miki
Masaru Hosoda, Tatsuhiko Kondo
Makoto Kurauchi, Natsuki Segami
Michinari Umakoshi, Shuko Akita
Akihiro Tanaka

Department of Oral Surgery, Kawasaki Medical School

(Accepted on February 10, 1981)

顔頸部に好発する放線菌症は元来、板状硬結、多発性小膿瘍形成および開口障害などの定型的な臨床症状を呈していたが、抗生物質の繁用化に伴って定型的症状をもつ症例は少なくなり、またその発病頻度も低下しているといわれている。一方では菌体、菌塊の確認が困難となっているために本症と診断される症例が少なくなっているのではないかと考えられる。著者らの経験した最近の症例について臨床所見を中心に病理組織学的所見さらには治療について検討を加えた。

Actinomycosis, predilected on the cervicofacial region, used to show typical clinical signs such as board-like hardening of the skin, multiple small abscesses and trismus. However, after the widespread use of antibiotics, the incidence of the disease itself and also cases with typical symptoms were lowered and it became difficult to find the fungus and druse. Consequently, diagnoses of the disease came to be made less frequently at present time.

Considering the above mentioned situations, the authors discussed the clinical signs and histo-pathological findings of our recent two cases and referred to their treatment.

はじめに

経験したのでその概略を報告する。

放線菌症は口腔外科領域では代表的な特異性炎として知られているが¹⁾、化学療法の進歩により最近では比較のまれな疾患となっている。^{2),3)} 著者らは、最近2例の顔頸部の放線菌症を

症 例

症例 1
患者 47歳 男性 工員
初診 1980年2月14日

主訴 右側頬部の腫脹

家族歴 特記すべきことなし

既往歴 1975年から糖尿病にて加療中

現病歴 1980年1月20日右側上顎第1大臼歯の抜歯を某医にて受け、その後同年2月4日頃より右頬部の腫脹が出現しその数日後より疼痛を覚え某皮膚科から2月14日紹介来院した。その間特に加療は受けていない。

現症 全身的には発熱などの異常所見は認められない。局所所見としては右頬部に49mm×40mmの比較的境界明瞭な楕円形の硬結を認め(Fig. 1) 圧痛が著明で皮膚との癒着があ

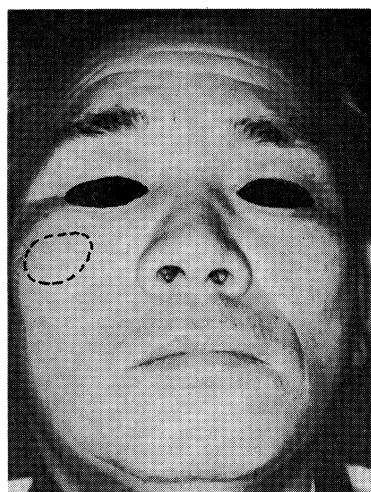


Fig. 1 Case 1. Swelling of right face in the first visit

った。開口障害は認めていない。口腔内では右側上顎第1大臼歯相当部の齦頬移行部に慢性の硬結をみ、軽度の圧痛を認めた。他に口腔内は著変を認めていない。

X線所見 顎骨には著変はない。

初診時検査成績 尿検査で糖半定量で卅の他は末梢血、血清などは異常を認めていない。

臨床診断 頬部慢性炎症の疑い

処置および経過

初診時局所の穿刺を行なったが内容は血液のみであった。細菌検査では鏡検ならびに培養の結果はいずれも陰性であった。また同部より一部肉芽様組織を採取し病理組織学的に検索を行なった結果菌塊を確認した(Fig. 2)。広域半

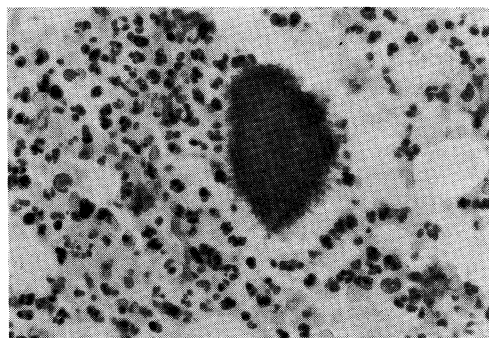


Fig. 2 Case 1. Photomicrograph of actinomycotic sulfur granule (H and E, ×200)

合成ペニシリン1.0gならびに消炎酵素剤の投与を6週間行ない腫脹ならびに硬結は消退し治癒した。

症例 2

患者 39歳 男性 自営業

初診 1980年10月6日

主訴 左頬部の無痛性腫脹と開口障害

家族歴 特記すべきことなし

既往歴 小児期に中耳炎、20歳のときに急性虫垂炎の手術をうけた。

現病歴 1979年11月中旬、左側上顎第2大臼歯に歯痛を覚え某医にて同部の加療を受けたが疼痛増強し開口障害が出現してきた。レントゲン検査の結果左側下顎智歯の埋伏による炎症症状ならびに開口障害であると説明され投薬(薬名不明)を約3週間受けている。しかしその後も開口障害は完治をみず、1980年1月某病院を紹介された。某病院では2カ月間症状によって抗生物質の投与を繰り返した。しかし、休薬すると開口障害が増強した。症状が一時軽減した3月15日左側埋伏智歯の抜去をうけた。しかし抜歯後も休薬をすれば開口障害を起こしていた。同年6月左側頬部の腫脹が著明となり開口度も約15mmと増悪したため他医にてさらに抗生剤の投与をうけやや開口障害も軽減したが6月中旬頃より左側下顎角部に限局性の楕円形小腫瘤状の硬結をみとめさらに8月には頸部に拇指頭大の腫脹硬結をみとめるようになったため、同年10月6日本院紹介来院した。

現症

全身的には発熱などの異常所見はみとめない。局所所見としては、開口度15 mm, 左耳下腺咬筋部にび慢性の硬結を伴った腫脹があり左

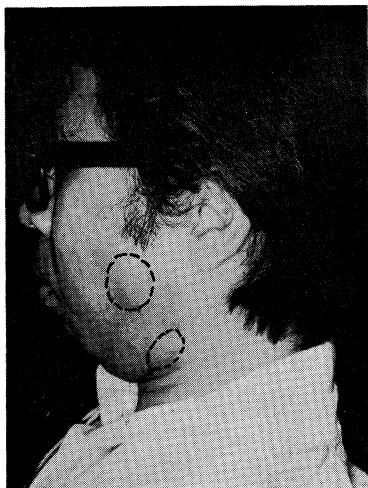


Fig. 3 Case 2. Swelling of left face in first visit

下顎角部に 15 mm × 10 mm の境界明瞭な腫脹と左側顎動脈三角部 胸鎖乳突筋前縁に 21 mm × 26 mm の硬結を伴った腫脹があり境界は明瞭で可動性, 圧痛は認められなかった(Fig. 3)。口腔内所見としては臼後三角頰部に拇指頭大の硬結を伴った腫脹をみとめ圧痛があった。

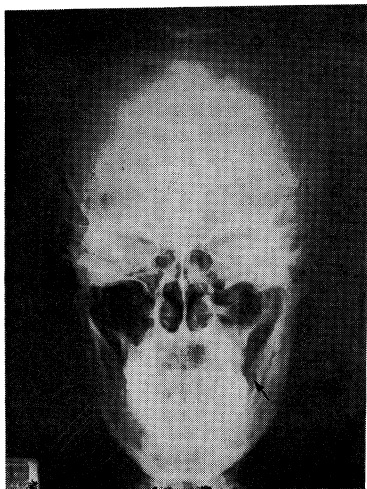


Fig. 4 Case 2. Posteroanterior radiograph showing destruction of bone (arrow)

X線所見

左下顎智歯相当部の根尖部に歯槽骨の吸収像ならびに左下顎枝の中央部相当に虫蝕い状の骨吸収像が認められた (Fig. 4)。

シンチグラム所見

^{67}Ga で腫脹部位に相当して強い集積が認められた (Fig. 5)。

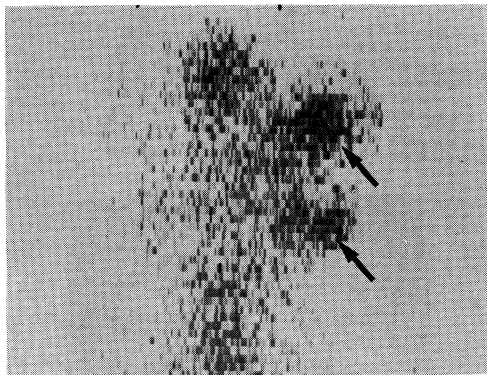


Fig. 5 Case 2. ^{67}Ga scintigram showing two hotter areas (arrows)

初診時検査成績

特に異常は認められなかった。

臨床診断 放線菌症の疑い

処置および経過

長期にわたる頑固な開口障害, 数カ所の硬結, 慢性炎症の徴候が完全に消炎されず, ある状態では再び炎症の再燃, 亜急性にまたは慢性に腫脹を見, さらには全身症状を伴わないことから放線菌症を疑った。前医からの抗生物質の長期連用をうけていることから意識して, 抗生剤を中止して理学療法(赤外線局所照射)のみにとどめてみた所, 初診より2週間目で開口度20 mm と改善傾向を示し頰部の腫脹も限局し, やや軟化を示した。顎動脈三角部より切開をこころみた所, 肉芽様組織中に直径約1 mm の帯黄色の菌塊を数個認めた。ただちにこの顆粒をスライドガラス上でつぶし塗抹, グラム染色後鏡検したが放線菌は認めなかった。その後も数回他部位からの鏡検さらには細菌培養をこころみたがいずれも細菌は認められず培養されなかった。しかし, 顆粒をホルマリン固定, パラフィン包埋し切片作製後ヘマトキシリン・エ

オジン染色およびPAS染色をし鏡検にて菌塊であることを確認した (Fig. 6). そこで広域

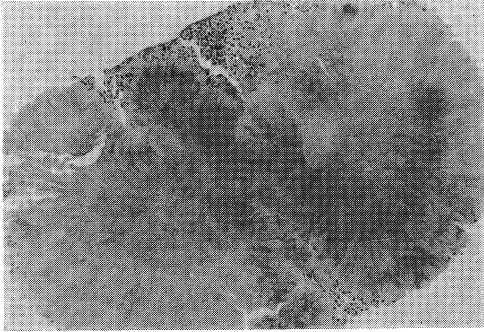


Fig. 6 Case 2. Photomicrograph of actinomycotic sulfur granule (H and E, $\times 50$)

半合成ペニシリン1日量1.5g および消炎酵素剤の投与を行なった。抗生剤投与後3週で開口度28mm, 4週後開口度32mmと改善をみて下顎角部と頸部の硬結も漸次縮小傾向を示して症状は著明に改善され、投与後5週では腫脹、排膿とも認めなくなり切開創も閉鎖されたので治癒とみなした。

考 察

放線菌症は以前は症例も多く特に顎口腔領域では好発部位として諸家の報告にも注意がもたれていたが、^{5),6)}最近では抗生物質の使用などにより減少傾向にあるとされて、^{2),7)}その報告例も少なくなっている。発生部位としては顔頸部が最も多く報告者によって多少差があるが、55~60%でついで腹部、胸部、その他となっている。^{5),6)}このうちで顔頸部放線菌症は口腔病変となんらかの関係があると推定される症例が少ないといわれている。^{2)~4),8)}すなわち誘因疾患として口腔病変の智歯周囲炎などの歯周囲炎、抜歯を含む術後感染、齶蝕歯さらには骨折などの外傷が考えられている。罹患部位は主として下顎骨周囲の頬部が中心で、大臼歯部に大多数がみられる。また上顎骨はまれであるといわれている。^{6),8)}著者らの経験した2例では1例が上顎大臼歯部、1例は下顎智歯部が侵入門戸と考えられた。

定型的な顎部放線菌症の症状は特徴的で頬部の板状硬結、多発性小膿瘍形成そして強い開口障害が挙げられているが、最近ではこのような定型的症状を示す症例はまれになり単純な皮下膿瘍となる。²⁾著者らが経験した2症例も定型的症状を示さずその診断には菌塊の証明まで明らかでなかった。したがって難治性の慢性化膿性炎の場合は、まず本症を疑ってみてその診断には菌塊の証明または放線菌の証明が必要となる。しかし菌塊および放線菌の証明はかならずしも容易ではなく、⁴⁾何度も細菌学的検査が試みられるべきである。抗生物質が使用されるようになってからは本細菌の検出率が次第に低下して約20%内外といわれている。⁹⁾したがって誘発疾患が日常臨床でしばしばみられることから検出率の低下とあいまって確定診断の決定出来ない潜在性放線菌症が数多く存在する可能性が高い。また菌塊の検出率も低下して約45%位といわれている。^{2),10),11)}菌塊を検出する方法としては、膿汁をガーゼに包んで生理的食塩水中で振ると菌塊が底部に沈殿すると述べられている。^{2),7),8)}菌塊については、以前は、ケン粒大から粟粒大までの灰黄色または白色の固い顆粒といわれていたが、^{7),8)}最近の報告では黄色または帯黄白色の弾力性の顆粒とその記載が変わってきている。^{2),10)}著者らの第2例では帯黄白色の比較的軟かい顆粒を認めている。また菌塊は、ヘマトキシリン・エオジン染色にてヘマトキシリンで青染した小塊の周辺部にエオジンで赤染する棍棒状体で菊花弁状に配列してみられるが、⁴⁾膿より検出される菌塊はこの様な定型像はまれであるという報告もある。²⁾著者らの症例はいずれも切片標本で定型的ではないが菌塊であることを確認した。

ペニシリンの出現により本症の治療は比較的容易になり治療期間が短縮されている。³⁾一般にはペニシリンが最も多く使用されているが、テトラサイクリン系、クロラムフェニコール、エリスロマイシンなども有効であるといわれている。^{3),4),10),11)}この場合、現在では必ずしも大量投与の必要はないと考えられている。また投与期間は症例により異なるが、再発防止のた

めにも症状消失後もしばらく継続投与が必要とされ、ほぼ1カ月から3カ月程症状消失後投与が続けられている報告がある。^{2), 4), 6), 11)} 本症例の場合も症状消失後約1カ月間投薬を続けた。なお病巣が限局したときは切開または不良肉芽の増殖した場合は搔爬を積極的に行なうべきである。

おわりに

最近経験した顔頸部放線菌症についてその診

断、治療、経過を述べ、抗生物質出現後の病態の推移について言及した。すなわち、以前から記載されていた定型的な症状は示さず、その臨床症状のみからでは本症の診断には困惑させられた。放線菌の同定、菌の証明にはその検出率は低く著者らは検出出来ず、採取した肉芽組織より菌塊の存在を知ることができた。治療にはペニシリン系が好んで使用されているが、著者らも合成ペニシリンをもちいて治療をみた。

文 献

- 1) Pindborg, J. J. and E. Hjorting-Hansen: Atlas of diseases of the jaws. 1st. Copenhagen, Munksgaard. 1974, pp. 20—21
- 2) 森吉泰孝, 久保敬司, 香月武: 下顎部に発生した放線菌症の4例. 日口外誌 25: 935—941, 1979
- 3) 伊藤秀夫, 藤森孝司: 口腔カンジダ症および顎部放線菌症. 日本臨床 38: 129—132, 1980
- 4) 常葉信雄: 顎部放線菌症—その診断と治療—. 歯界展望 44: 557—563, 1974
- 5) 美甘義夫, 福島孝吉: 日本に於ける内科的真菌症について. 日本化学療法学会誌 6: 127—140, 1958
- 6) Goldstein, B. H., Sciubba, J. J. and Laskin, D. M.: Actinomycosis of the maxilla. J. oral Surg. 30: 362—366, 1972
- 7) 川島健吉, 星和夫, 藤森繁春, 酒井昭義, 山田崇之, 紺野進, 実藤哲, 田中和雄: 放線菌症. 診断と治療 50: 215—225, 1962
- 8) 中村平蔵: 放線菌症の診断と治療. 歯界展望 17: 544—555, 1960
- 9) 常葉信雄: 放線菌と顎部放線菌症. 歯界展望 28: 665—675, 1966
- 10) Norman, J. E.: Cervicofacial actinomycosis. Oral Surg. 29: 735—745, 1970
- 11) 浜田驍, 高田和彰, 宮地哲彦, 和田卓郎, 堀見克己: 最近遭遇した顎放線状菌症の2症例について. 日口外誌 12: 89—92, 1966