

口腔領域における放線菌症の3例

Three cases of actinomycosis in oral region

浜崎倫子・小川隆嗣・吉田浩紀・領家和男・濱田 駿

Tomoko Hamasaki, Takaaki Ogawa, Hironori Yoshida,
Kazuo Ryoke, Takeshi Hamada

鳥取大学医学部歯科口腔外科学教室

Tottori University, School of Medicine, Department
of Oral and Maxillofacial Surgery

口腔領域における放線菌症の3例

Three cases of actinomycosis in oral region

浜崎倫子・小川隆嗣・吉田浩紀・領家和男・濱田 駿

Tomoko Hamasaki, Takaaki Ogawa, Hironori Yoshida,
Kazuo Ryoike, Takeshi Hamada

鳥取大学医学部歯科口腔外科学教室

Tottori University, School of Medicine, Department
of Oral and Maxillofacial Surgery

緒 言

口腔領域の放線菌症は、板状硬結、高度開口障害、多発性膿瘍などを特徴とする慢性特異性炎である。

しかし、抗生物質が繁用される今日、その典型的な症状を呈しない症例も増えてきており、臨床症状も多様化を示している。放線菌症の確定診断は、膿汁中より菌塊 (Druse) を証明する必要がある。

今回、当科において放線菌症と診断した3例について若干の考察を加え、その概要を報告する。

〈症 例〉

・症例1

患 者：27歳 男性

初 診：昭和57年3月16日

主 訴：右側顎下部腫脹

既往歴：特記すべき事項なし

現病歴：昭和57年1月、某開業医にて「8」の抜歯後、右側顎下部が腫脹したが、1週間で症状は自然に緩

解した。約1カ月後、再び同部の腫脹をきたしたため某内科を受診し抗生剤の投与を受けるも症状軽快せず、3週間経っても腫脹が消退しないため精査を求め来院した。

現 症

全身所見：特記すべき事項なし。

局所所見：右側顎下部に弾性硬の、び慢性腫脹及び口底(876部)に軽度び慢性腫脹があった。腫脹部の圧痛は著明であったが、皮膚は正常色、開口障害は25mmであった(写真1)。

臨床検査所見：血沈、CRP、血液一般の検査を行ったが異常値は認められなかった。

X線所見：オルソパントモグラフィーにて異常像は認められなかった(写真2)が、右側顎下腺造影により導管の拡張が認められた。

臨床診断：唾液腺炎、またはリンパ節炎。

処置および経過：外来通院にて抗生剤・消炎剤の投与を行った。抗生剤は、セフトリジン[®]を内服にて14日間投与した。開口障害は次第に改善し、顎下

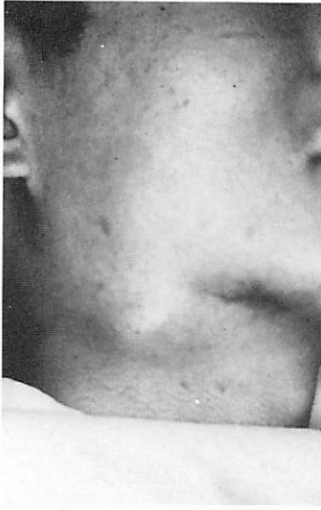


写真1 症例1の局所所見

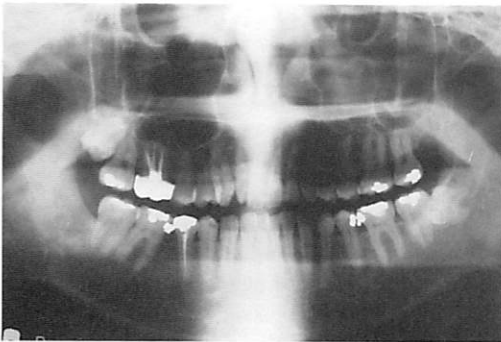


写真2 症例1のオルソパントモグラフィ

部の腫脹も限局した。ところが4月初旬、腫脹部皮膚は暗紫色を示すようになり、表在性膿瘍を形成し波動を触知するようになったため、切開・排膿・搔爬を行い、切開部からは少量の粘稠で黄色の膿汁を認めた。

切開後創部の経過も良好であり、病状も緩解すると思われたが、5月に入り右側顎下リンパ節が腫脹し、自発痛を訴えるようになり、38°Cの発熱がみられた。

腫脹部皮膚は赤紫色を示し、更には膿瘍形成を認めるようになり、自潰寸前であったため再度切開を行ったところ黄白色の膿汁を排出し、膿汁中に直径1mmの黄白色の菌塊(Druse)を認めた(写真3)。顆粒をつぶし塗抹を行い、グラム染色にてグラム陽性の放線菌を証明した(写真4)。

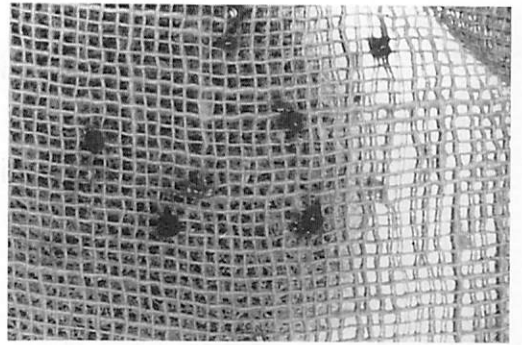


写真3 症例1の菌塊

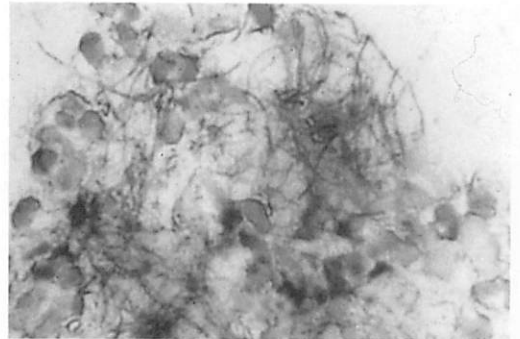


写真4 症例1のグラム染色像

放線菌症の確定診断を得たのち、治療はセフェム系(セファレキシン、セファトリジン)単独にて8日間、ペニシリン系(アンピシリン、アンピシリン/クロキサシリン)・セフェム系(セファレキシン)3剤併用にて7日間、ペニシリン系(アモキシシリン、バカンピシリン、スルベニシリン)、セフェム系(セフロキサジン、セファクロル、セフラジン)を単独にて96日間、合計111日間内服にて投与した。抗生剤投与約3週間後には創部は治癒し、リンパ節の腫脹も消退した。

・症例2

患者：68歳 男性

初診：昭和61年9月26日

主訴：右側耳介前部の腫脹、疼痛及び開口障害

既往歴：昭和47年より心弁膜症

昭和48年より糖尿病

昭和59年頃、老人性白内障

昭和61年、小脳梗塞

現病歴：昭和61年7月右側耳介前方部～下顎角部に自発痛及び軽度の腫脹を認めた。8月中旬某歯科医院を受診し多数歯抜歯と薬剤投与を受けたが、腫脹及び疼痛が増悪してきたので、9月中旬某病院脳外科を受診し即入院した。同科より同病院歯科へ紹介、蜂窩織炎を疑われ投薬を受けるも症状が消退しないため同歯科より当科紹介され来院した。

現 症

全身所見：特記すべき事項なし

局所所見：口腔外は右側耳介前部、口腔内は右側頬粘膜に弾性硬のび慢性の腫脹を認め、圧痛は著明であった。腫脹部皮膚はわずかに発赤を認めた(写真5)。右側顎下リンパ節はエンドウ豆大2個、小指頭大1個を触知し、可動性で圧痛を認めた。開口

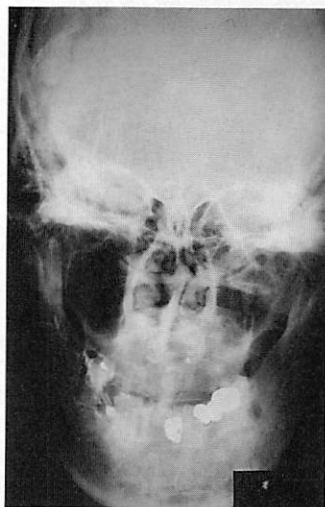


写真7 症例2の顔面正面像

障害は5mmであった。

X線所見：オルソパントモグラフィー、顔面正面写真にて異常像は認められなかった(写真6、7)。

臨床検査所見：血沈、CRP、血液一般検査を行ったところ、血沈の亢進、CRP値の上昇が見られた。

臨床診断：耳下腺炎

処置および経過：9月29日、当科入院の上、抗生剤・消炎剤の投与を行った。抗生剤はセフェム系(セフピラミド、セフォチアム)・アミノグリコシド系(トブラマイシン)3剤併用にて6日間、リンコマイシン系(クリンダマイシン)・アミノグリコシド系(ネチルマイシン)2剤併用にて7日間、セフェム系(セフロキサジン、セファクロル)を単独にて8日間、内服および静注にて合計21日間投与した。

ところが、腫脹部皮膚は波動を触れるようになり、穿刺を行ったところ、血液の混ざった少量の膿汁が採取できた。性状は黄白色のかなり粘稠なものであった。また、口腔内は右側臼歯部相当の頬粘膜部にも波動を触れたため口腔内からも穿刺を行い、少量の白色の膿汁と組織を採取した。しかし、菌の同定はできず、組織検査からも確定診断の手掛かりとなる結果は得られなかった。

そこで、CTによる検査を施行したところ耳下腺腫瘍の内部が壊死または膿瘍を形成しているとの診



写真5 症例2の局所所見

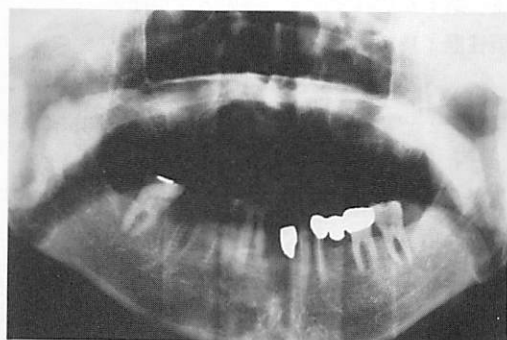


写真6 症例2のオルソパントモグラフィー

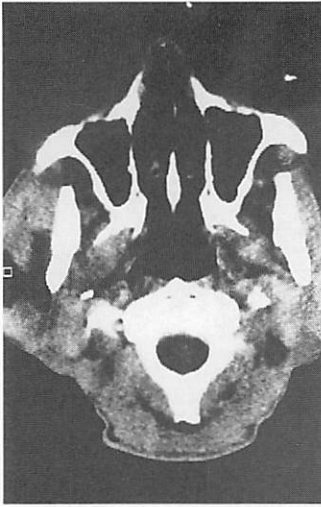


写真8 症例2のCT所見

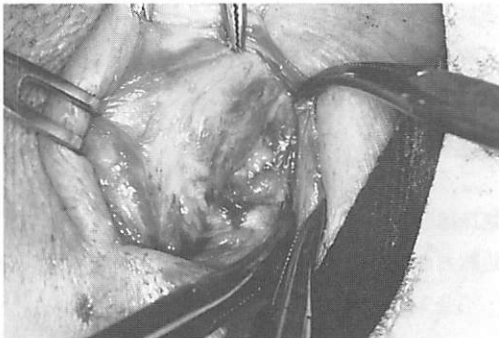


写真9 症例2の生検時所見

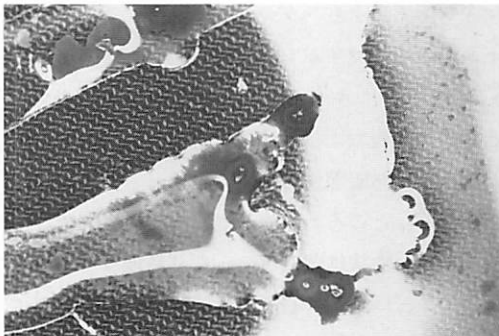


写真10 症例2の菌塊

断であった(写真8)。口腔外より生検を行ったところ、健全な筋層の下に境界不明瞭な腫瘍様の組織があり、その中心部に液状の壊死様物質を認めた(写真9)。その表層に直径1mmの黄白色の小顆粒を

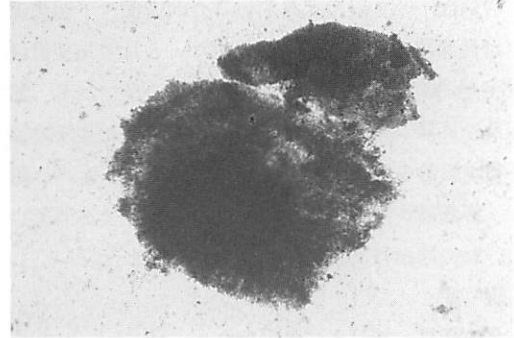


写真11 症例2の塗沫所見

認め、直ちに組織検査を行ったところ放線菌の菌塊が証明され、放線菌症の確定診断を得た(写真10、11)。

確定診断後の治療は、セフェム系(セファクロル)を単独にて3日間、ペニシリン系(アンピシリン)・セフェム系(セファゾリン)、ペニシリン系(スルベニシリン)・セフェム系(セファマンドール)、セフェム系(ビペラシリン、セフメタゾール)それぞれ2剤併用にて32日間、ペニシリン系(アンピシリン、アモキシシリン、バカンピシリン)を単独にて28日間、内服および静注にて合計63日間の投与を行った。生検後、創部からは多量の膿汁が流出したが、約2週間後に創部は完全に閉鎖し、約3週間後には耳介前方部の腫脹も消退し、開口障害も改善をはじめ、50日後に開口障害も消失し、12月13日退院の運びとなった。

・症例3

患者：32歳 男性

初診：昭和62年1月9日

主訴：左側耳介前部の腫脹と開口障害

既往歴：18歳頃、急性肝炎

30歳にて胃潰瘍

現病歴：昭和61年9月下旬開口時疼痛、開口障害が起り、某医院を受診し左側顎関節症との診断にて、関節腔内注射を受けた。一時症状は軽快したが再び症状が発現し10月中旬、某病院外科を受診した。顎関節症との診断下にて入院の上、投薬加療を受け、症状は軽減し退院した。しかし、その後再び同症状が発現し、左側耳介前部の腫脹も現われたため、昭

和62年1月8日某歯科医院受診し、同歯科医院より当科を紹介され受診した。

現 症

全身所見：特記すべき事項なし。

局所所見：口腔外は左側耳介前部から下顎角部に弾性硬のび慢性腫脹が、口腔内は左側口底部にわずかに腫脹が認められた。腫脹部皮膚は正常色であった(写真12)。開口障害は13mmであった。左側顎下リンパ節は、エンドウ豆大に腫脹していた。

臨床検査所見：血沈、CRP、血液一般検査を行い、血沈の亢進、CRP値の上昇が見られた。

X線所見：オルソパントモグラフィーにて異常像は認められなかった(写真13)。

臨床診断：耳下腺炎、または耳下腺腫瘍。

処置および経過：1月21日、当科入院の上、抗生剤・消炎剤の投与を行った。抗生剤はリンコマイシン系(クリンダマイシン)・セフェム系(セファレキシン)2剤併用にて4日間、ペニシリン系(バカンピシリン)単独にて5日間、ペニシリン系(アンピシリン)・セフェム系(セフォチアム)2剤併用にて7日間、内服および静注にて合計16日間投与した。耳介前部の皮膚は暗赤色を呈し、波動を触れるようになったため穿刺を行った。穿刺により乳白色のやや粘稠な膿汁を少量吸引した。その後、耳介前部の腫脹は限局し、波動も著明に触知するようになった。再度穿刺を予定したが穿刺前に自潰し2~3mmの膿汁が得られた。膿汁中には10~12個の直径約1mmの黄白色の菌塊(Druse)が認められた(写真14)。グラム染色を行い、放線菌症の確定診断を得た。確定診断後、抗生剤はペニシリン系(アンピシリン)・セフェム系(セフォチアム)・アミノグリコシド系(ネチルマイシン)3剤併用にて5日間、ペニシリン系(アンピシリン)・セフェム系(セファゾリン)、セフェム系(セファゾリン、スルバクタム/セフォペラゾン)それぞれ2剤併用にて26日間、ペニシリン系(アンピシリン、アモキシシリン)単独にて44日間、内服および静注にて合計75日間投与した。穿刺を行ってから約1カ月後自潰部は閉鎖

し、約40日後に開口障害、耳介前部の腫脹、疼痛は消失し、3月9日退院の運びとなった。



写真12 症例3の局所所見

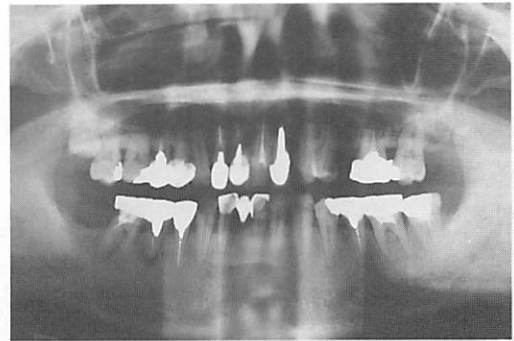


写真13 症例3のオルソパントモグラフィー

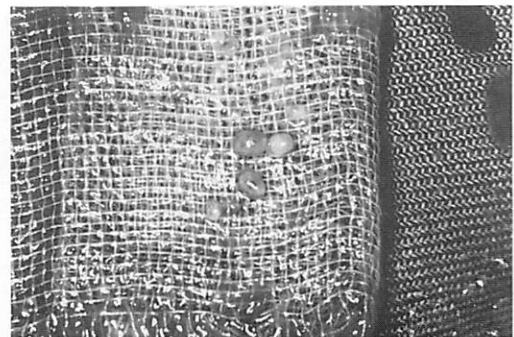


写真14 症例3の菌塊

表1 3症例のまとめ

症例	年 齢	来院までの期間	主 訴	現 症			膿 汁 中 菌 塊	原 因 的 事 項	治 療				
				開 口 障 害	板 状 硬 結	多 発 性 膿 瘍			切 開	搔 爬	抗 生 物 質		期 間
											種 類		
1	27	約2カ月	・右側顎下部腫脹	25mm	+	-	+	8 抜歯	+	+	・ペニシリン系 ・セフェム系 ・テトラサイクリン系	115日	
2	68	約3カ月	・右側耳介前部の腫脹と疼痛 ・開口障害	5mm	+	-	+	不明	生検 ↓ 哆開 排膿		・ペニシリン系 ・セフェム系 ・リンコマイシン系 ・アミノグリコシド系	84日	
3	32	約2カ月	・左側耳介前部腫脹 ・開口障害	13mm	+	-	+	不明	穿刺 ↓ 自潰 排膿		・ペニシリン系 ・セフェム系 ・リンコマイシン系 ・アミノグリコシド系	91日	

考 察

放線菌症の診断は、その特有の臨床症状から行われるが、確定診断には菌塊の証明、あるいは膿汁中からの放線菌の証明が必要とされている¹⁾。しかし抗生物質が発達した現在、放線菌症の典型的臨床像を呈する症例は少なく^{1)~5)}、菌塊や、放線菌の検出も困難となり^{1) 2)}、その確定診断のための診断基準が得にくくなってきている。当科においても菌塊が証明され確定診断が得られた症例は3症例のみであった。表1は3症例の概要をまとめたものである。

3症例とも板状硬結、多発性小膿瘍形成、開口障害などの定型的な臨床症状をとらず、強度の開口障害と板状硬結を伴ってはいたが多発性膿瘍は認められなかった。

放線菌症の確定診断は、前述の如く放線菌の証明が必要であるが、3症例とも放線菌の菌塊を証明するのに長期間が必要であった。

このように3症例とも放線菌症の典型的な症状を呈せず確定診断が遅れたのは諸家^{1)~5)}も述べているように抗生物質の使用により臨床症状がマスクされ、菌塊を証明するまでに時間がかかったためと考えら

れる。

従って、日常の臨床で難治性の感染症に遭遇した場合は、放線菌症を疑ってみる必要がある。

放線菌は口腔内常在菌で感染経路として一般的には、智歯周囲炎などの辺縁性感染、抜歯等の術後感染、う蝕などが考えられる^{2)~5)}。本症例の感染経路について、症例1は「8」の抜歯の術後感染、症例2については不明ではあるが、当科受診までに長期間抗生物質の投与を受けており、それによる菌交代現象が起こり、放線菌症の発症を見たものと考えられる。また患者は糖尿病に罹患しており、宿主の易感染性も放線菌の感染を助長したのではないかと推測される。症例3の感染経路に関しては、全く不明であった。

治療法は、抗生物質の投与に加えて3症例とも何らかの外科的処置を行った。抗生物質は一般的にペニシリン系抗生物質の使用が最も多く、その他、セフェム系、テトラサイクリン系、マクロライド系等が使用されている^{2)~5)}。本症例も同様な抗生物質を使用し効果を得た。

治療期間は、新藤ら²⁾によれば平均81.8日と長期間を要したと述べている。本症例においても同様に

症例1は115日、症例2は84日、症例3は91日であり平均治療日数は約96.7日と長期にわたった。

放線菌症が難治性で長期の抗生剤投与が必要なのは、線維性の病巣と大きな菌塊の中心部まで薬剤が到達しにくいとされている⁶⁾。したがって切開、掻爬などの外科処置が必要になってくることが多く、本症例でも切開、掻爬などの外科的処置を併用して治療に導くことができた。

結 語

- 1 : 放線菌症の3例を経験し、いずれも膿汁中より菌塊を証明した。
- 2 : 3例とも板状硬結、開口障害は認められたが、多発性膿瘍は認められなかった。
- 3 : 抗生剤は、ペニシリン系、セフェム系、テトラサイクリン系、リンコマイシン系、アミノグリコシド系を使用し、治療までの平均投与期間は96.7日と長期間の投与が必要であった。

引用文献

- 1) 中川洋一、他：顎顔面放線菌症13例の臨床的検討、日口外誌 31 : 110-118、1985。
- 2) 新藤潤一、他：口腔領域における放線菌症、歯界展望60 : 833-844、1983。
- 3) 新藤潤一：口腔領域における放線菌症の現状、全国45施設140症例の分析、日口外誌 29 : 1879-1889、1983。
- 4) 柴田芳孝、他：耳下腺腫瘍を疑わしめた下顎放線菌症の一例、日口外誌 34 : 2600-2603、1988。
- 5) 黒川英雄、他：顎部に発現した放線菌症の3症例、口科誌 32 : 219-228、1983。
- 6) 新藤潤一：顎骨の特異感染症、歯科ジャーナル 31 : 208-209、1990。