

翼突下顎隙の放線菌症の1例

池本 公亮, 小原 勝, 井上 伸吾, 福田 節子
安井 良一, 石川 武憲, 下里 常弘

A Case of Actinomycosis of Pterygomandibular Space

Kimiaki Ikemoto, Masaru Ohara, Shingo Inoue, Setsuko Fukuda,
Ryoichi Yasui, Takenori Ishikawa and Tsunehiro Shimosato

(平成4年9月30日受付)

緒 言

放線菌症は、顎顔面領域に好発し、板状硬結、多発性小膿瘍形成、開口障害などを主徴とする難治性の慢性特異性炎で、口腔感染症の中で特殊な位置を占めてきた。しかし、近年、抗生物質の発達、繁用と初期治療の普及により、典型的な臨床症状を呈する頭頸部放線菌症は減少または潜在化傾向にある。我々は、8抜歯後に著明な開口障害を認め、診断に苦慮した翼突下顎隙から顎頭下窩におよぶ放線菌症の1例を経験したので、臨床病態ならびに治療法について文献的考察を加えて報告する。

症 例

患 者： 58歳，男性

初 診： 平成4年6月23日

主 訴： 開口障害

既往歴・家族歴： 特記事項なし

現病歴： 初診約1カ月前より左側頬部の腫脹、自発痛および軽度の開口障害を認めたため、某歯科医院を受診した。8根尖性歯周炎による左側頬部膿瘍の診断下、消炎後、6月1日に8の抜歯を施行した。左側頬部の腫脹、自発痛は一時消退したが、抗生物質の投与、中止により消退、再燃を繰り返し、初診約1週間前にさらに6残根を抜歯した。しかし、左側頬部の腫脹に著変は認められず、著明な開口障害を認めるようになったため、紹介により当科を受診した。

現 症： 体格中等度、栄養状態良好で発熱、倦

怠感、食欲不振等の全身所見は認められなかった。口腔外所見は、顔貌はやや左右非対称で、左側耳下腺咬筋部がわずかに腫脹し、軽度の圧痛を認めた(図1)。同部の皮膚は正常色を呈し、硬結、波動等の異常所見は認められなかったが、開口度は切歯間距離で約11mmと著明な開口障害を認めた。口腔内所見は、8相当歯肉頬移行部に軽度圧痛を認めたのみで、硬結、波動、排膿等の所見は認められなかった。7は動揺(+), 打診痛(-)であり、68抜歯窩は、肉眼的には良好な治癒過程と思われた。

X線所見： 8抜歯窩に残根様のX線不透過像を認めた。また、上顎洞後壁の骨は一部不明瞭となって

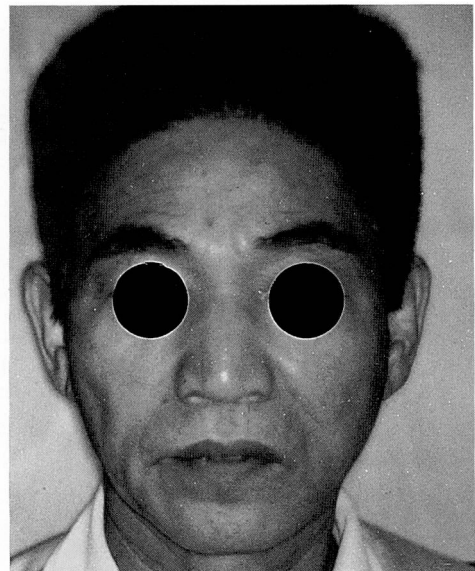


図1 初診時の顔貌所見.

いた (図2)。

血液検査所見： 生化学的検査で CRP が 3.3 mg/dl と軽度上昇を示したが、血液一般、血清学的検査では特に異常は認められなかった (表1)。

臨床診断： 翼突下顎隙に波及した 18 抜歯後感染症

処置および経過： 上記診断下、外来通院下にトミロン (CFTM-P1) 300 mg/day を 8 日間、経口投与したが、開口障害等の症状に改善傾向は認められなかった。そこでフルマリン (FMOX) 2 g/day の点滴静注とケフラル (CCL) 750 mg/day の経口投与に変更し、11日間消炎を継続した。しかし、開口障害に改善傾向は認められず、口腔内所見として翼突下顎ヒダ部に腫脹を認めるようになったため、7月14日消炎およ

び精査目的で入院した。入院当日、炎症の波及状態を確認するため、CT 撮影を行った。CT 所見では左側側頭下窩から翼突下顎隙にかけて肉芽様組織の増生を認め、特に内側、外側翼突筋、咬筋、側頭筋は著明に腫脹していた。膿の貯溜所見、上顎洞後壁の完全な骨の破壊像は認められなかったが、上顎洞内に反応性の粘膜肥厚が認められた (図3)。入院2日目に 18 相当歯肉頬移行部より切開を行ったが、排膿は認められなかった。また、同日より抗生物質療法として、パンスポリン (CTM) 2 g/day、バストコール (CMX) 2 g/day の持続点滴を11日間行った。入院10日目に左側翼突下顎ヒダ部に表面やや浮腫状の腫瘤形成が著明となったため、同部より生検を行った (図4)。病理組

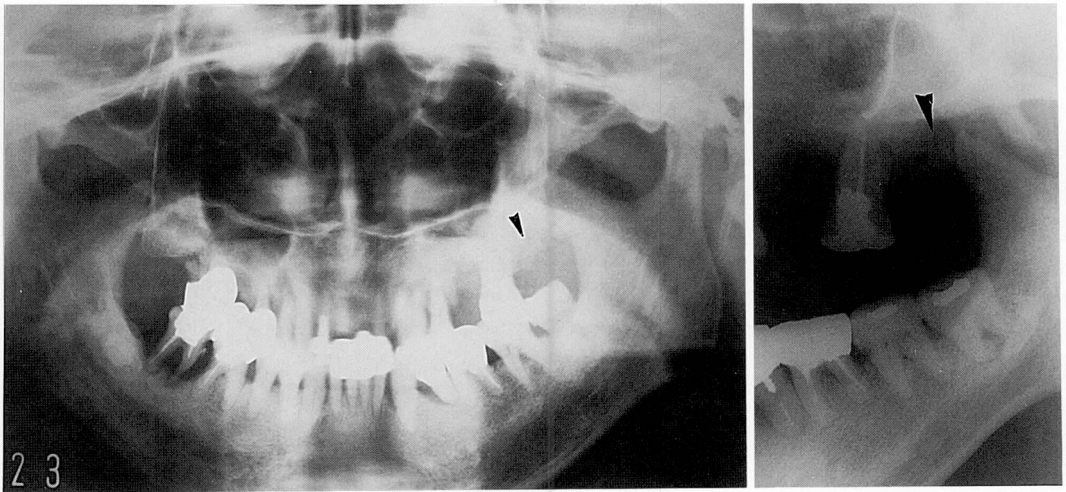


図2 初診時のX線所見。

◀ 部に残根様のX線不透過像を認める

表1 治療経過表

月 日	6/23	7/1	7/14	7/20	7/29	8/6	8/7
WBC (/mm ³)	7000		7500	5200	5900	4100	
RBC (10 ⁴ /mm ³)	438		435	422	455	459	
Hgb (g/dl)	15.0		14.5	13.6	14.4	14.4	
CRP (mg/dl)	3.3		5.1	0.4	0.0	0.2	
切歯間距離 (mm)	11		9	12	16	30	
抗生剤 (/day)		CFTM-P1 300 mg CCL 750 mg			CMX 2 g CTM 2 g		AMPC 1000 mg
	↑ 初診		↑ 入院	↑ 切開	↑ 試切		↑ 退院

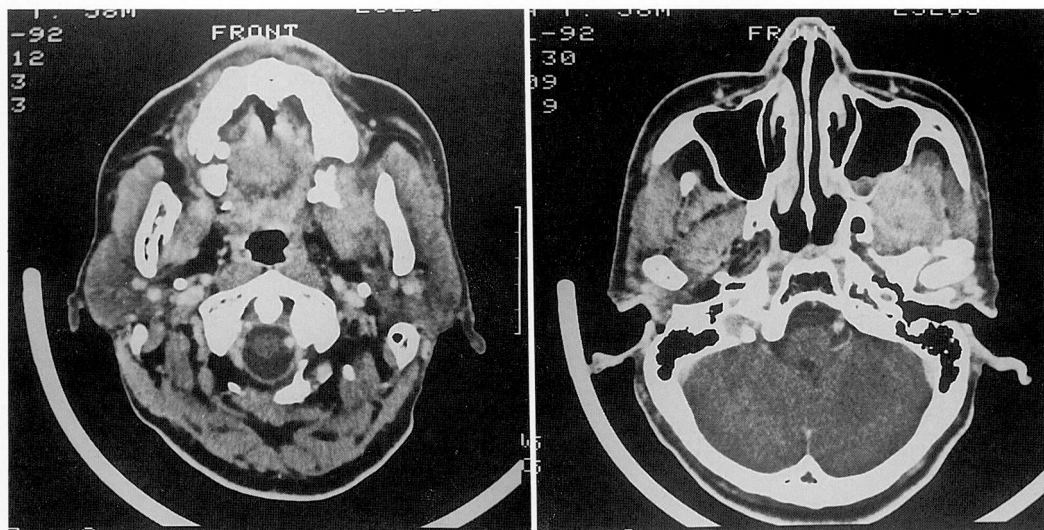


図3 入院時の CT 所見.

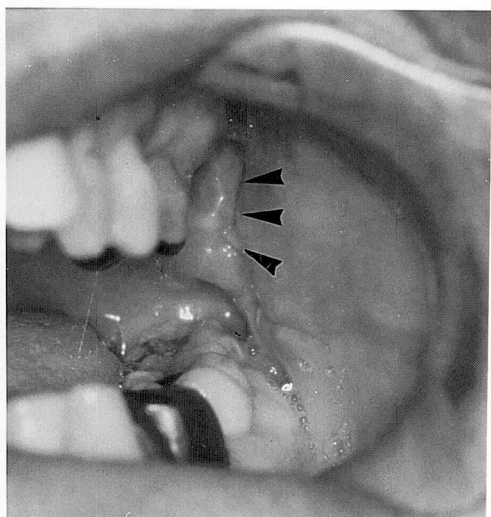


図4 生検前の口腔内所見。
翼突下顎ヒダ部に腫瘤形成を認める (◄部)

組織学的所見では、被覆粘膜上皮直下から下層の筋脂肪組織にかけて肉芽組織のび慢性の増生を認め、一部に膿瘍形成を認めた。また、膿瘍内にはヘマトキシリン好性の中心部と、その周辺部に位置するエオジン好性の棍棒体からなる定型的な放線菌塊が認められた(図5)。入院12日目頃より開口度の改善を認めるようになり、点滴静注を CMX 2g/day のみとし、退院日までの13日間施行した。入院24日目の血液検査所見では CRP が 0.2 mg/dl で、白血球数も正常値を示した。臨床所見においては、開口度は切歯間距離で約 30 mm、左側頬部の腫脹、圧痛などの異常所見も認め

られなくなり、8月7日軽快退院した(図6)。退院後、外来にてサワシリン (AMPC) 1g/day の経口投与を約2カ月施行し、現在経過観察を行っている。

考 察

放線菌および放線菌症に関する最初の記載は、Langenbeck (1845) によるヒト脊柱カリエス症の剖検録、あるいは Lebert (1857) によるヒト顎部の慢性腫瘍の症例報告であるとされている。放線菌症は、Bollonger (1877) がウシの舌、顎骨病巣に糸状の特異な菌体を認め、同年 Harz が同様な観察を経験して、その菌を放線菌 *Actinomyces bovis*、その疾患を放線菌症 Actinomycosis と命名したことに始まる。その後の数々の臨床治験、基礎的研究により、放線菌は口腔、腸管の常在菌であり、ヒトの放線菌症は90%以上が *Actinomyces israelii* が原因菌で日和見的に発症する特異性炎であることが明らかとなってきた¹⁾。抗生物質の出現以前には、放線菌症は極めて難治性の慢性炎症として有名であったが、抗生物質の発達、頻用と初期治療の普及により典型的な症状を呈する症例数は減少傾向にある²⁻³⁾。しかし、他の化膿性疾患に比較して長期に経過し、時に種々の悪性腫瘍を疑わせる場合も多く、現在でも難治性の炎症性疾患の1つであると考えられている⁴⁻⁸⁾。放線菌症は一般に口腔外科領域に好発し、その発現頻度を美甘ら (1958)⁹⁾ は62.5%、Goldstein (1972)¹⁰⁾ は約60%、Williams (1976)¹¹⁾ は60%、新藤 (1983)³⁾ は61%であったと報告している。本症の感染経路は、古くは土壌との関係、あるいは穀物、家畜などを経て感染すると考えられていたが、今日では口腔

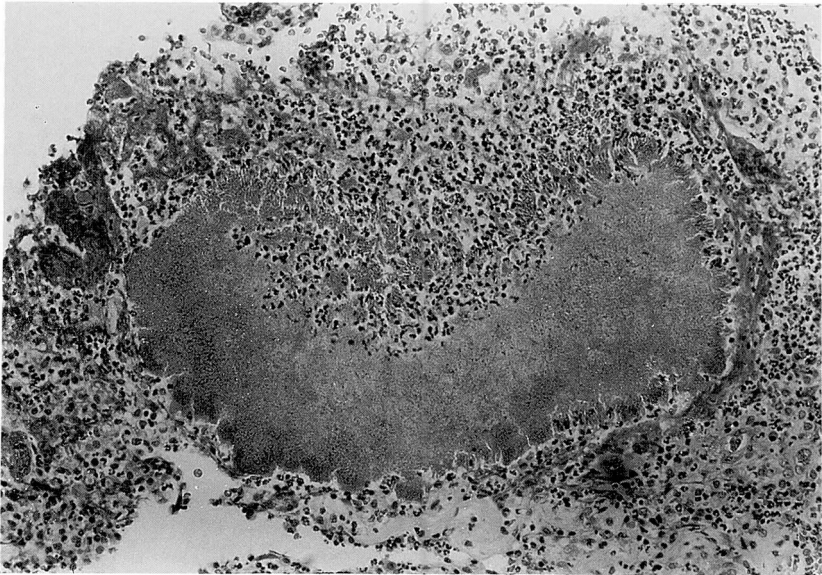


図5 病理組織所見.

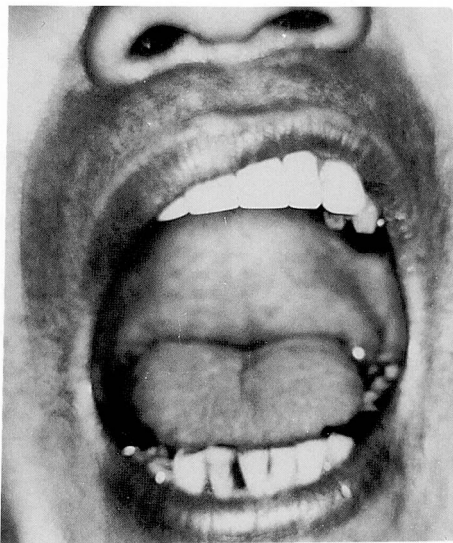


図6 退院時の開口所見.

常在菌である放線菌が齶蝕、歯周ポケット、抜歯創、さらには口腔内の損傷部を経て体内に侵入し、感染を引き起こすとされている。しかし、本菌は病原性が低く単独では感染がおこりえず、菌性の慢性炎症の存在や抜歯、骨折などによる組織破壊が必要である¹²⁻¹⁴⁾。放線菌の侵入門戸について黒川ら(1983)¹⁵⁾は、35例中、上顎が10例(28.6%)、下顎が21例(60.0%)、その他4例(11.4%)で、特に下顎智歯が12例(34.3%)で最も多いと報告している。また、新藤(1983)³⁾は、下顎智歯が全体の約45%を占め、これに第一、第二大

臼歯を加えると80%以上となり、上顎は全歯牙合わせでも10%程度に過ぎないと述べている。また、本症の誘因として黒川ら(1983)¹⁵⁾の集計によると齶蝕、抜歯後感染がそれぞれ12例(30.0%)、歯周炎が7例(17.5%)と報告している。一方、常葉(1966)²⁾は、69%が歯牙支持組織炎、16.6%が抜歯後感染であったとし、さらに新藤(1983)³⁾は智歯周囲炎が最も多く、ついで根尖性歯周炎が多いと報告している。以上のごとく一般的に放線菌症は歯牙周囲炎、抜歯が誘因となり、特に下顎大臼歯に好発するようである。本症例は18 抜歯以前より軽度の腫脹と開口障害を認めていたが、抜歯後、一時的に同症状は寛解し、その後強度の開口障害を認めたことより、比較的症例数の少ない上顎智歯の抜歯後感染症と考えている。

顎顔面領域の放線菌症の特徴的臨床所見は板状硬結、多発性小膿瘍形成、高度な開口障害などである¹⁶⁾。このような典型的な症状を呈する症例では診断は比較的容易であるが、抗生物質の使用により典型的な症状を呈する症例数は減少傾向にある。本症例も開口障害は認められたものの、著明な硬結、腫脹、膿瘍形成が認められない非典型例であった。しかも本症が、翼突下顎隙に波及した報告例は渉猟し得た限りではみられず、診断に苦慮した。この様な場合、本症の確定診断には、菌塊(Druse)あるいは放線菌の証明が必要である¹⁷⁾。本症例では、病理組織学検査によって菌塊を認め、放線菌症と確定したが、細菌培養では放線菌の同定はできなかった。これは切開時までのセフェム系抗生物質などの反復投与により静菌的な状態になった

ためと考えている。

治療法としては、かつては外科療法、X線照射¹⁸⁻¹⁹⁾、ヨードカリ内服などが行われていたが、現在では抗生物質療法が主で、時に外科療法が併用されている。抗生物質は、ペニシリン系、セフェム系が第一次選択とされ、他にテトラサイクリン系、マクロライド系の一部が有効とされている²⁰⁻²³⁾。但し本症は日和見的に発症し、混合感染の形をとることが多いため、放線菌以外の起炎菌に感受性を有する抗生物質を併用することが望ましいと思われる。抗生物質の投与期間については、Hyltonら(1970)²⁴⁾は3カ月、Townesら(1978)²⁵⁾は6週間と報告している。本症例では入院下にCTM, CMXを11日間、持続点滴し、退院後ABPCを約2カ月投与し良好な経過を認めた。現在でも本症の治療期間は長く、新藤(1983)³⁾は、診断の確定した61症例で平均治療日81.8日、半年以上経過したものが6例、1年以上が4例と報告している。本症例は初診より約3カ月経過し、現在のところ良好であるが、今後慎重な経過観察が必要であると考えている。

結 語

1. われわれは⁸抜歯後に高度な開口障害を認め、診断に苦慮した放線菌症の1例を経験した。

2. 本症例は細菌学的には放線菌は証明されなかったが、病理組織学的検査により菌塊を認め放線菌症と確定診断した。

3. 治療は、抗生物質療法としてCMXとCTMの点滴静注、さらに継続療法としてAMPCの経口投与を行い良好な結果を得た。

文 献

- 1) Axhansen, G.: Die Pathogenese und Klinik der Kiferaktinomykose. *Z-M-Khk* 2, 197, 1935. (16より引用)
- 2) 常葉信雄: 放線菌と頸部放線菌症. 菌界展望 28, 665-675, 1966.
- 3) 新藤潤一: 口腔外科領域における真菌症の現状. 感染症学雑誌 56, 943-946, 1983.
- 4) 永原国央, 木村泰之, 磯貝昌彦, 安本寛太郎, 藤木 薫, 後藤俊文: 耳下腺への侵襲を伴った下顎骨放線菌症の1例. 日口外誌 28, 1498-1501, 1982.
- 5) 木村和彌, 山崎正宏, 名嘉真武男: 舌背部白板症に併発し, 正中菱形舌炎に類似した舌の放線菌症. 日口外誌 32, 1635-1640, 1986.
- 6) 中松耕治, 篠原正徳, 竹之下康治, 樋口賀一郎, 木村周一, 岡増一郎: 顎下部に発生した放線菌症の2例. 日口外誌 32, 2042-2048, 1986.
- 7) 柴田芳孝, 北山誠二, 長尾 徹, 豊田哲朗, 織田元, 宇野 裕: 耳下腺腫瘍を疑わしめた下顎放線菌症の1例. 日口外誌 34, 2600-2605, 1988.
- 8) 立花 元, 水城春美, 柴田 宏, 柳澤繁孝, 清水正嗣: 顎下・オトガイ下領域の腫瘍を疑わしめた放線菌症の1例. 口科誌 40, 600-606, 1991.
- 9) 美甘義夫, 福島孝吉: 日本に於ける内科的真菌症について. CHEMOTHERAPY 6, 127-140, 1958.
- 10) Goldstein, B.H.: Actinomycosis of the maxilla. *J. Oral Surg.* 30, 362-366, 1972.
- 11) Williams, F.B.: Cervicofacial actinomycosis in presence of mandibular bone loss. *Br. Dent. J.*, 140, 145, 1976.
- 12) Gold, L. and Doyne, E.E.: Actinomycosis with osteomyelitis of the alveolar process. *Oral Surg., Oral Med. & Oral Path.* 5, 1056-1060, 1952.
- 13) Kapsimalis, P. and Garrington, G.E.: Actinomycosis of the periapical tissues. *Oral Surg., Oral Med. & Oral Path.* 17, 374-378, 1964.
- 14) Fergus, H.S. and Savord, E.G.: Actinomycosis involving a periapical cyst in the anteriormaxilla. *Oral Surg., Oral Med. & Oral Path.* 49, 390-393, 1980.
- 15) 黒川英雄, 梶山 稔, 銅城将紘, 河野博之, 富田久之, 平田嗣正: 顎部に発現した放線菌症の3症例. 口科誌 32, 219-228, 1983.
- 16) 石川梧朗: 口腔病理学Ⅱ. 4版, 永末書店, 京都, 658-661, 1973.
- 17) 浅田洗一, 中川洋一, 丸山泰治, 落合正人, 石橋克禮: Actinomyces を検出した顎口腔領域感染症の検討—放線菌症の診断基準ならびにその成立起点に関連して—. 日口外誌 31, 580-584, 1985.
- 18) 石天泰三: 放線菌症の3例について. 口科誌 24, 319-327, 1975.
- 19) 中島嘉助, 伊田正道, 田辺 均, 福田てる代, 野坂 嵩, 篠崎文彦: 下顎枝放線菌症の治療とその後遺症に対する動的咬筋移行術の適応. 日口外誌 32, 311-317, 1986.
- 20) 池本秀雄, 渡辺一功: 疾病と薬物療法の基礎的知識感染症シリーズ(4) 真菌疾患とその治療. 1版, メディカルリサーチセンター, 東京, 29-38, 1976.
- 21) 植手鉄男: 抗生物質 選択と臨床の実際. 4版, 医薬ジャーナル, 大阪, 288-295, 1983.
- 22) 佐々木容人: 顎放線菌症の抗生物質療法に関する基礎的ならびに臨床的研究. 日大歯学 39, 58-76, 1965.
- 23) Norman, J.E.: Cervicofacial actinomycosis. *Oral Surg.*, 29, 735-745, 1970.
- 24) Hylton, R.P., Samuels, H.S.: Actinomycosis: Is it really rare? *Oral Surg.*, 29, 138-147, 1970.
- 25) Towns, T.M., Rouge, B.: Actinomycosis. *J. Oral Surg.*, 46, 615-617, 1978.