舌 放 線 菌 症 例

野村研一郎・林 達哉・岸部 幹
国部 勇・野中 聡・原渕 保明

A Case of Actinomycosis of the Tongue

Kenichiro Nomura, Tatsuya Hayashi, Kan Kishibe,
Isamu Kunibe, Satoshi Nonaka and Yasuaki Harabuchi

(Asahikawa Medical College)

Actinomycosis is an infectious disease that can involve the cervicofacial region, however infection of the tongue is extremely rare. We report a 44-year-old man with poorly controlled diabetes mellitus who developed actinomycosis of the tongue. He complained of odynophagia and pain of the tongue which demonstrated thick fur over the median ulcer. The lesion was diagnosed actinomycosis of tongue based on typical histopathological findings.

Key words : actinomycosis, tongue, diabetes mellitus

はじめに

放線菌 (actinomycosis) は嫌気性グラム陽性菌であり、口腔内や腸管に存在する常在菌である。耳鼻咽喉科領域では下顎、頬部、頸部等で多くの報告がみられるが、舌に発生した症例はまれである。今回われわれは舌にみられた放線菌症を経験したので報告する。

症 例

症例：44 歳，男性。

主訴：嚥下時痛，舌痛。

現病歴：平成 13 年 9 月 8 日より嚥下時痛を自覚し，4 日後より舌正中部の疼痛も出現したため，9 月 14 日に近医耳鼻咽喉科を受診した。舌腫瘍が疑われ精査加療目的で 9 月 18 日に当科紹介受診となった。

既往歴：30 歳時に肺結核にて 8 ヶ月間の入院歴がある。また糖尿病にて 3 年前より治療中である。

舌の外傷，齲歯治療の既往はない。

家族歴：父親も 40 歳代より糖尿病である。

現症：口腔内所見では舌正中部に縦 5 cm，横 2 cm で舌根まで達する厚い白苔がみられた。白苔の周囲は 5 mm

程度の幅で軽度隆起しており，硬結として触知された。白苔は容易に剥離でき，剥離すると厚みは 1 cm 程度であった (図 1)。白苔の下で舌正中部は深い潰瘍となっていた。口腔内は強い口臭が認められた。

検査所見：初診時の採血にて白血球数 $10880/\text{mm}^3$ ，CRP $8.3 \mu\text{g}/\text{ml}$ と上昇していた。尿糖は 4+ であり糖尿病のコントロールは不良と考えられた。白苔より採取した細菌培養検査にて検出された菌は口腔内の常在菌のみであり，病原菌と考えられる細菌は認めなかった。腫瘍が第一に疑われたため剥離した白苔と，その周囲の隆起病変を病理組織検査に提出した。白苔には放線菌に特徴的な放線菌塊いわゆるドルーゼが認められ (図 2)，放線菌症の確定診断に至った。また周囲の隆起病変は炎症性の肉芽によるものであり細胞の異型は認めなかった。

経過：治療は初診時より局所の細菌感染が疑われたためレボフロキサシン 300 mg/日を 1 週間投与し，放線菌症の診断に至った後はアモキシシリン・クラバン酸カリウム 1125 mg/日を 4 週間投与した。また糖尿病に関しては，通院中の病院に厳重なコントロールを依頼した。治療開始 3 週間後には，白苔はほぼ消失した (図 3)。ま

図 1 初診時口腔内所見

舌の正中部に厚い白苔を認め、容易に剥離することができた。

図 3 治療開始 3 週間後の口腔内所見

白苔が消失していた。

図 2 病理組織所見 (HE 染色, ×100)

炎症細胞浸潤を伴った放線菌塊を認めた。

た初診時にみられた舌痛や、嚥下時痛は治療開始 1 週間後には認めなくなり、口臭も改善した。

考 察

放線菌症は嫌気性グラム陽性菌である放線菌による慢性化膿性疾患である。放線菌は菌糸の形成、真性分枝において真菌と共通性を示すが、細胞形態の相違より現在では細菌として分類される¹⁾。放線菌には *Actinomyces* (*A. israelii*, *A. boris*, *A. odontolyticus*, *A. naeslundii*, *A. viscosus* などの菌種があるが、人の病原菌として問題になるのは

A. israelii である²⁾。この菌は自然界からは分離されず健康人の口腔、特に齲歯、歯垢および扁桃から多く分離される口腔内常在菌である。しかし宿主側の感染防御機能の減弱、すなわち抜歯、粘膜損傷、顎骨骨折などの機会に初めて病原性を発揮する²⁾。放線菌症はその好発部位から頭頸部、胸部、腹部の 3 つの病型に分類されるが、頭頸部を侵すものが最も多く、50 ~ 60% を占めている³⁾⁴⁾。頭頸部領域での発生頻度は下顎が 61%、頸部が 8%、頬部が 7%、舌は 4% 程度と報告されている⁵⁾。本邦における舌放線菌症の報告はわれわれが検索し得た限りでは 4 例^{6)~9)} のみであった (表 1)。舌に発生する頻度がまれな理由として、放線菌は嫌気性菌であるため、結合組織に好んで感染するが、舌は血流に富んだ筋肉で構成されているためと考えられる¹⁰⁾。

舌放線菌症の症状は舌の有病性の腫瘍が初発であり、嚥下障害、舌の可動性障害などが出現すると報告されている¹¹⁾。原因としては外傷の可能性が考えられる。その外傷機転はさまざまであり、チューイングガムによる自傷¹⁰⁾、義歯による損傷¹²⁾、誤って舌をかんだ¹³⁾¹⁴⁾、等の報告もあるが、外傷の既往が不明の報告が最も多い⁶⁾⁸⁾⁹⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。しかし外傷の既往の有無にかかわらず舌は咀嚼時などに無意識のうちに微細な損傷を受ける可能性が考えられる。発生部位として舌の外側、前方 3 分の 2 が大部分であるのもこれを裏付ける結果である¹⁰⁾。舌に発生した放線菌症の形態は、本症例と本村ら⁷⁾ による報

表 1 舌放線菌症の本邦での報告

報告者	症例	外傷の既往	全身疾患	部位	深さ	大きさ	治療
赤坂ら ⁶⁾ (1973 年)	40 歳, 男性	なし	なし	舌左半側	深部	母指頭大	腫瘍摘出術
本村ら ⁷⁾ (1986 年)	63 歳, 女性	白板症の生検後	動脈硬化症	舌背中央部	表層	10 ~ 20 mm	抗生剤投与 (アミノペンシジルペニシリン)
金川ら ⁸⁾ (1992 年)	53 歳, 女性	なし	パーキンソン病	左舌背中央部	深部	10 × 8 mm	切開排膿と抗生剤投与 (トフロキサシン)
峯田ら ⁹⁾ (1999 年)	45 歳, 女性	なし	なし	左舌尖部	深部	5 mm	腫瘍摘手術

告以外は舌の粘膜下の腫瘍である。これは嫌気性細菌であるためと考えられるが、本症例は粘膜表層に白苔として発生した。本症例は糖尿病による易感染状態であったことが粘膜表層に発生した原因と考えられる。本村ら⁷⁾の報告も白苔として粘膜表層に発生しており、この場合生検後の絹糸が原因で感染したと報告されている。ほかに糖尿病での易感染状態で発生した報告はないが、HIV 感染の患者に発生した例が報告されている¹⁷⁾。

放線菌症の確定診断は培養により菌を同定し、膿汁や組織中の菌塊を病理学的に同定することによる。しかし、嫌気性菌であり、また混合感染も多いため培養による診断は困難とされる。舌に発生した放線菌症に関しても細菌培養検査にて放線菌が検出された報告はなく、生検組織にて、放線菌に特徴的な菌塊いわゆるドルーゼの所見より診断に至っている。実際に本症例においても細菌培養検査では放線菌は検出されず、病理診断で確定診断に至った。

一般的に放線菌症の治療として、抗菌剤投与と腫瘍摘出等の外科的治療が併用される。放線菌で耐性菌の報告はなくペニシリン系抗菌剤の感受性が良好であるとされている。舌に発生した症例でもペニシリン系の経口投与が第一選択であり、アモキシシリンの倍量投与などが推奨されている¹⁷⁾。投与期間は3週⁸⁾から2ヵ月¹⁶⁾までと報告によりさまざまである。また腫瘍の切開排膿を施行した報告も半数程度でみられる。治療後に再発することはまれである。本症例でも確定診断に至った後はアモキシシリン・クラブラン酸カリウムを1ヵ月間投与し、糖尿病をコントロールした結果、良好な経過を得ることができ、約1年後の現在まで再発していない。

ま と め

糖尿病を合併したまれな舌放線菌症を経験した。腫瘍性の病変を疑い行った病理組織検査にて確定診断に至つ

た。ペニシリン系抗菌剤の投与と糖尿病のコントロールにより良好な結果を得た。

参考文献

1) 斉藤 肇：アクチノミセス，ノカルジア．戸田細菌学（森良一編）．478～482 頁，南山堂，東京，1989.

2) 海野徳二：Actinomycosis. JOHNS 8：81～83, 1992.

3) Robbin TS：Actinomycosis; the disease and its treatment. Drug Intell Clin Pharm 15：99～102, 1981.

4) Pollock PG：Cervicofacial actinomycosis rapid diagnosis by thinneedle aspiration. Arch Otolaryngol 104:491～494, 1978.

5) 高橋瑞生，白崎英明，渡辺雅子，他：口蓋扁桃および舌扁桃放線菌症例. 耳鼻臨床 88：1447～1452, 1995.

6) 赤坂和美，伊藤光子，上村卓也：舌放線菌症の1例. 耳鼻 19：529～532, 1973.

7) 本村和彌，山城正宏，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.

8) 金川昭啓，上村俊介，亀井俊昭：舌放線菌症の1例. 日口外誌 38：1669～1670, 1992.

9) 峯田昌之，片田竜司，長沢研一，他：舌放線菌症の1例. J Med Ultrasonics 26：983～986, 1999.

10) Morris JT, McKinney CD, Moss J Jr, et al.：Actinomycosis of the tongue. South Med J 85：1267～1268, 1992.

11) Belmont MJ, Behar PM and Wax MK：Atypical presentations of actinomycosis. Head Neck 21：264～268, 1999.

12) Sodagar R and Kohout E：Actinomycosis of the tongue as a pseudotumor. Laryngoscope 82：2149～2152, 1972.

13) Kuepper RG and Harrigan WF：Actinomycosis of the tongue, report of a case. J Oral Surg 37：123～125, 1979.

14) Brignall ID and Gilholy M：Actinomycosis of the tongue, a diagnostic dilemma. Br J Oral Maxillofac Surg 27:249～253, 1989.

15) Leafstedt SW and Gleson RM：Cervicofacial actinomycosis. Am J Surg 30：496～498, 1975.

16) Laforgia P and Mangini F：Nodular isolated actinomycosis of the tongue; a case report. Dent Surv 55：48～51, 1979.

- 17) Vazquez AM, Marti C, Renaga I, et al. : Actinomycosis of the tongue associated with human immunodeficiency infection. J Oral Maxillofac Surg 55 : 879 ~ 881, 1997.

原稿受付：平成14年 8 月19日

原稿採択：平成14年 9 月 4 日

別刷請求先：野村研一郎

〒078-8302 旭川市緑が丘東 2 条 1 丁目

旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科医局