パイプ喫煙の関与が疑われる口腔白板症の2例

橋本 大門・中山 明仁・山本 一博*
八尾 和雄・岡本 牧人

Leukoplakia of the Oral Cavity Possibly Induced by Pipe Smoking: Report of Two Cases

Daimon Hashimoto, Meijin Nakayama, Kazuo Yao and Makito Okamoto

(Kitasato University School of Medicine)

Kazuhiro Yamamoto

(National Sagami Hospital)

We experienced two cases of leukoplakia of oral cavity that were induced by pipe smoking. The first patient, a 62-year-old-male, complained of oral dysesthesia. The leukoplakia was found in the palatum durum on the left side, in the inner surface of the gingiva (right maxillo dental first molar). He had smoked pipe tobacco for about 10 years. The second patient, a 59-year-old male, complained of pain in the oral cavity. The leukoplakia was found in the left palatum durum and gingiva (left maxillo dental second molar, bilateral mandibulodental second molar). He had smoked pipe tobacco for about 15 years. Their leukoplakia was excised by CO₂ laser.

The shape of the pipe's lip was related to the locations where leukoplakia was found. A perfect match of leukoplakia location to the place where the pipe's lip contacted suggested the pipe smoking as the cause of the disease.

Key words : leukoplakia, pipe smoking

はじめに

口腔における良性の扁平上皮の増殖・角化病変には、白板症、乳頭腫、扁平苔癬などが含まれる¹⁾。これらの誘因として、慢性の機械的な刺激や感染などの報告がなされており²⁾、なかでも白板症と喫煙との関連は強く指摘されている^{3)~5)}。

今回われわれは口腔に発生した白板症の2症例を経験した。白板症が発生した原因の一つとして、パイプによる喫煙を疑った。自験例の発生原因や治療方法について考察を行い若干の知見を得たので報告する。

症 例

症例1: 62歳, 男性。

主訴: 口腔異常感。

既往歴: 胃十二指腸潰瘍。

飲酒歴: なし。

喫煙歴: 20歳から30歳までパイプによる喫煙を行い、30歳から現在にいたるまで紙巻タバコを3本/日喫煙している。

現病歴: 1996年から口腔内のざらざらとした異常な感覚を自覚した。疼痛や出血が生じたことはなく、放置していた。2002年4月6日に歯科を受診した際に、口腔内の白色病変を指摘され、精査加療を目的として5月16日

1) 北里大学耳鼻咽喉科学教室

2) 独立法人国立病院機構相模原病院耳鼻咽喉科

図1 初診時の口腔所見（症例1）

右側の上顎第1大臼歯の歯肉内側（直径10×15mm）、左側の硬口蓋（直径20×30mm）に病巣周囲炎のない白色病変を認めた。

に当科を紹介されて受診した。

初診時所見：右側の上顎第1大臼歯の歯肉内側と左側の硬口蓋に白色病変を認めた（図1）。白色病変の色調は均一で、出血はみられなかった。表面には少し凹凸不整があり、正常部分との境界は明瞭で腫瘍浸潤を思わせる病巣周囲炎は認めなかった。びらん、潰瘍、壊死、肉芽な

どの病変も伴っていなかった。その他、耳鼻咽喉科学的所見に異常を認めなかった。

細菌学的検査所見：口腔の白色病変から細菌検査を行った。常在菌のみを検出し、カンジダは検出されなかった。

約6ヵ月間、経過観察を行ったが、自覚症状および白色病変は縮小しなかったため、手術を行った。

手術所見：2002年11月6日にチューブが術野の妨げとならないよう経鼻挿管による全身麻酔下で行った。万能開口器を用いて術野を確保した。炭酸ガスレーザー（出力6W）を用いて左右の白色病変を別々に切除した（図2a）。病変の安全域は全周性に5mm、深部に2mmとした。また創傷治癒を考慮して硬口蓋の骨膜を温存することを心掛けた。右口蓋の摘出物を示す（図3）。白色病変を切除した後に、図2bのごとく切除面と、その周囲粘膜を蒸散し手術を終了した。炭酸ガスレーザーの焼灼時間は477.7秒であった。

病理組織学的所見：角化を伴う重層扁平上皮で、細胞異型は認められなかった（図4）。すなわち白板症に矛盾しない所見であった。

術後経過：手術後3ヵ月目の口腔所見を示す（図5）。手術直後から切除面は白苔で覆われていたが、手術後3ヵ月頃には白苔は完全に脱落し、正常粘膜の新生を認めた。現在、手術後2年が経過するが再発を認めていない。

症例2：59歳、男性。

a

b

図2 手術所見（症例1）

a：白色病変を別々に切除した。

b：切除面を含め、その周囲を蒸散した。

図3 摘出標本（症例1）

右側の上顎第1大臼歯の歯肉内側を切除したものである。

a: 上方より観察。横方向に割を入れた。

b: 割面を観察。メジャー側が白色病変。

図4 症例1 病理組織標本（HE染色，×40）

主訴：口腔の疼痛。

既往歴：特記事項なし。

飲酒歴：機会飲酒。

喫煙歴：30歳から40歳までパイプタバコの喫煙を行い、40歳から現在にいたるまで紙巻タバコを30本/日喫煙している。

現病歴：2004年1月に口腔内のピリピリした疼痛を自覚した。そのまま様子をみていたが疼痛が変わらないため3月に近歯科を受診した。口腔内の白色病変を指摘され、6月17日に当科を紹介されて受診した。

初診時所見：硬口蓋左側と両側の下顎歯肉内側に白色

図5 手術後3ヵ月の口腔所見（症例1）

白色病変を切除した部分には正常粘膜が新生した。

病変を認めた（図6）。白色病変の色調は均一で、表面は平坦、正常部分との境界は明瞭で病巣周囲炎は認めなかった。びらん、潰瘍、壊死、肉芽などの所見も伴っていなかった。その他、耳鼻咽喉科学的所見に異常を認めなかった。

約5ヵ月間、経過観察を行ったが、自覚症状および白色病変は縮小しなかったため、手術を行った。

手術所見：2004年11月10日にチューブが術野の妨げ

a

b

c

図 6 初診時の口腔所見 (症例 2)

- a: 左側の硬口蓋 (直径 15×30 mm) から上顎第 2 大臼歯の歯肉内側にかけて白色病変を認めた。
 b: 右側の下顎第 2 大臼歯の歯肉内側から白後三角にかけて、白色病変を認めた。
 c: 左側の下顎第 1 小臼歯から第 2 大臼歯の歯肉内側にかけて、白色病変を認めた。
 a, b, c いずれにおいても白色病変周囲に発赤を伴う炎症所見はなかった。

とならないよう経鼻挿管による全身麻酔下で行った。万能開口器を用いて術野を確保した。炭酸ガスレーザー (出力 6 W) を用いて口腔の白色病変を別々に切除した (図 7)。病変の安全域は全周性に 5 mm, 深部に 2 mm とした。しかし、歯牙と接した病変は歯牙を温存するため病変を可及的に搔爬した後に周囲を含め蒸散した。また創傷治癒を考慮して硬口蓋の骨膜を温存することを心掛けた。炭酸ガスレーザーの焼灼時間は 507.0 秒であった。

病理組織学的所見: 角化を伴う重層扁平上皮で、細胞異型は認められなかった (図 8)。すなわち白板症に矛盾しない所見であった。

術後経過: 現在、術後 1 ヶ月が経過し、切除面は白苔が脱落しはじめ一部では正常粘膜の新生を認める。

考 察

高橋ら¹⁾は口腔における良性的扁平上皮の増殖・角化病変は舌に好発する傾向があることを報告した。この報

告によると、舌に発生したものが 108 例中 82 例で最も多く、硬口蓋が 12 例、歯肉が 5 例、頬粘膜と口腔底と口唇を合わせたのが 9 例であったとしている¹⁾。この部位別頻度を考えると、自験例は硬口蓋と歯肉という頻度の少ない部分に発生した症例といえる。自験例の場合、パイプ喫煙がこれらの部位と関係していると考えられ以下の項目に考察を加えた。

(1) 発生部位とパイプの形状

症例 1 と 2 で使用していたパイプを示す (図 9)。この 2 つのパイプはリップ (口に入れる部分) の形状が異なっている。症例 1 のパイプはリップが直線的な形状をしており、これを口に入れるとリップが硬口蓋や上顎歯肉に触れることになる。一方、症例 2 では図 9a のほかに図 9b のようなパイプも使用していた。これはリップが下方へ弯曲しており、これを口に入れるとリップが下顎歯肉に触れることになる。したがってこれらのパイプで喫煙をすることにより、リップの先から出る高温の煙や刺激

図7 手術所見 (症例2)

a: 硬口蓋から軟口蓋, 上顎歯肉にかけて病変を切除した。上顎歯肉の歯牙と接した病変は可及的に切除し, 切除面を蒸散した。
b: 歯牙と接した病変は可及的に切除し, 切除面を蒸散した。

図8 症例2 病理組織標本 (HE 染色, $\times 40$)

物質が各部位に集中した可能性が考えられた。症例1の場合、硬口蓋の病変が左側に集中したのは患者が右利きで、右手でパイプを持つことが多かったためと考えた。白板症の発生に喫煙が大きく関与しているとされており^{3)~5)}, 煙の刺激物質が特定の箇所に慢性的に集中するとそこに白板症が発生しやすくなると考えた。

自験例は2例ともパイプ喫煙を止めてから紙巻タバコを喫煙していた。そのため白色病変の発生には少なから

ず紙巻タバコが影響を与えた可能性も否定できない。パイプ喫煙は葉巻タバコや紙巻タバコに比べて口蓋における白板症の発生率が高く、紙巻タバコは頬粘膜における発生率が高いとされている⁶⁾。また、紙巻タバコの喫煙が1日30本未満である群は喫煙数が30本以上である群より、口蓋における白板症の発生率が優位に低い⁶⁾。これらの報告と前述した発生部位とパイプの形状との関係から、症例1では白板症が発生した主な原因はパイプ喫煙による局所への刺激と考える。しかし、症例2においてはパイプ喫煙をやめてから1日30本の紙巻タバコを喫煙しているので、パイプ喫煙だけでなく紙巻タバコによる刺激も白板症の発生に影響を及ぼしたものと考えた。

(2) 治療方法

当科では、口腔における良性の扁平上皮の増殖・角化病変は前癌状態と考えており原則的に切除する方針をとっている¹⁾²⁾⁷⁾⁸⁾。患者と相談し、即時にまたは数ヵ月間経過を観察し、白色病変が縮小しないか悪性化の所見⁸⁾を少しでも認めた場合はただちに切除を行うという方針である。自験例においては、明らかな悪性化の所見は認めなかったが縮小傾向を示さなかったため、診断を兼ねて切除を行った。前癌状態である白色病変への刺激を避

図9 使用していたものと同形のパイプ

a: 症例1と2が使用. リップが直線的である.

b: 症例2が使用. リップが下方へ弯曲している.

けるため, 経過観察中に生検は行わなかった. レーザーを用いた悪性疾患の切除の場合, 触診しつつ切除していくことは当然として, 7~10mmの安全域をつけることが望ましいとされている⁹⁾. 自験例は白色病変に悪性化の所見⁸⁾, 特に腫瘍浸潤を思わす病巣周囲炎の所見がなく手術前に強く悪性を疑うものではなかったため安全域は若干小さめとし, 可能な限り周囲組織の温存につとめた. 症例2においては歯肉の白色病変は抜歯を行わず搔爬した. この操作は機能温存のため周囲組織の損傷を最小限に心掛けたためである. 白色病変を切除もしくは搔爬した後でその切除面と周囲を蒸散した理由は, 肉眼では確認できない粘膜病変の存在を懸念したためである. 摘出物の病理組織学的検査では安全域は十分確保されていた.

術後3ヵ月で正常組織の新生を認めたこと, 感染等がなかったことから, 自験例の創傷治癒は良好であったといえる. この理由として硬口蓋や歯肉の骨膜を温存したこと, レーザー照射時間が短時間であったことが, 正常組織の新生を容易なものとしたと考えた.

(3) 鑑別診断

現在では社会的啓蒙に従って喫煙者の数は減少している. しかし喫煙嗜好はまだ存在し, 喫煙といえば紙巻たばこが主流であり, パイプで喫煙をする者は多くはない. 1970~1980年頃に30歳以上の男性の間ではパイプで喫煙することが流行したようである. 自験例の2人も当時

の流行に従ってパイプで喫煙をしていた. この2人がパイプで喫煙をしていた期間は10~15年で, この間に硬口蓋や歯肉にパイプ喫煙の刺激が加わり, その後も紙巻たばこを喫煙し続けたことで白板症が発生したと考えた. 今後, 自験例と同様に1980年頃からパイプで喫煙をしていた人口のなかから, 硬口蓋や歯肉に白板症が発生する症例が多くなるのではと考える. パイプ喫煙人口は現在, 50~60歳になっており癌年齢にも相当する. 彼らが受診した時には白板症と癌との鑑別が診療上, 重要になってくる. そこで硬口蓋や歯肉内側の白色病変をみた時にはパイプ喫煙の既往がないかを念頭において問診することが大切である.

口腔内疾患は全身病や歯牙との関係もあって多種多様である. また耳鼻咽喉科, 口腔外科¹⁰⁾, 皮膚科¹¹⁾¹²⁾などの境界領域の疾患もあり, 耳鼻咽喉科医はそれらを鑑別し, 患者に適切な治療を受けさせる必要がある. 本論文がその一助になれば幸いである.

ま と め

1. 硬口蓋と歯肉に発生した白板症の2症例について報告した.
2. 発生原因の一つとしてパイプによる喫煙を考えた.
3. 今後, パイプ愛好者らの硬口蓋や歯肉の白板症増加を予想した.
4. 硬口蓋, 歯肉内側の白色病変はパイプ喫煙の既往が

ないか念頭において問診するべきである。

参考文献

- 1) 高橋廣臣, 八尾和雄, 稲木勝英, 他: 口腔扁平上皮の増殖・角化(良性)病変. 口咽科 3: 95 ~ 99, 1991.
- 2) 八尾和雄, 高橋廣臣: 頭頸部領域の乳頭腫—その基礎と臨床— 口腔・咽頭の乳頭腫. 耳喉頭頸 69: 845 ~ 850, 1997.
- 3) 市来英雄: 喫煙と疾患—歯科における喫煙による疾患—. 治療 82: 305 ~ 308, 2000.
- 4) 高田典彦, 郷家久道, 関谷秀樹, 他: 口腔の癌腫および前癌病変を主対象とする集団検診. 口科誌 44: 662 ~ 667, 1995.
- 5) 池田憲昭, 石井拓男, 落合栄樹, 他: 口腔癌集団検診の試み(第2報)—有用性の検討および白板症の疫学調査—. 日口外誌 36: 2423 ~ 2429, 1990.
- 6) Baric JM, Alman JE, Feldman RS, et al.: Influence of cigarette, pipe, and cigar smoking, removable partial dentures, and age on oral leukoplakia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 54: 424 ~ 429, 1982.
- 7) 高橋廣臣: 口腔疾患の診断と治療—口腔の早期癌とその鑑別診断—. 耳喉頭頸 69: 120 ~ 124, 1997.
- 8) 高橋廣臣: 口腔病変の鑑別診断—早期癌について—. 耳喉頭頸 62: 796 ~ 797, 1990.
- 9) 中山明仁: 口腔・咽頭疾患のレーザー治療の適応と成績. 耳喉頭頸 72: 723 ~ 728, 2000.
- 10) 高橋廣臣: 口腔の潰瘍性疾患. JOHNS 12: 1757 ~ 1760, 1996.
- 11) 橋本大門, 平山方俊, 井口芳明, 他: Stevens-Johnson 症候群の2症例. 口咽科 14: 313 ~ 319, 2002.
- 12) 正来 隆, 石井豊太, 中山貴子, 他: Sweet 病例. 耳鼻臨床 96: 147 ~ 150, 2003.

原稿受付: 平成17年1月17日
原稿採択: 平成17年6月7日 急載
別刷請求先: 橋本大門
〒228-8555 相模原市北里1-15-1
北里大学医学部耳鼻咽喉科学教室