開口障害をきたした顎関節部痛風結節の1例

宮島 久・本柳智樹・大野 敬・大野朝也・斎藤武郎*

Tophus of the temporomandibular joint with trismus: Report of a case

Hisashi MIYAJIMA・Tomoki MOTOYANAGI・Takashi OHNO
Tomoya OHNO・Takeo SAITO*

Abstract: Gout is a chronic metabolic disorder characterized by acute exacerbations of joint pain and swelling associated with elevated uric acid in the blood. The attacks result from deposition of crystals of monosodium urate in and around the joints. However, gout of the temporomandibular joint is rare. The case reported here had a gouty tophus arising on the temporomandibular joint which was associated with trismus.

Key words: tophus (痛風結節), temporomandibular joint (顎関節)

緒 言

痛風は、尿酸の代謝過程の異常により発生した高尿酸血症を基礎病変として、特徴的な急性関節炎を初発症状とする疾患である。その特徴は、反復する関節痛発作、痛風結節の形成および高尿酸血症、しばしば家族的に多発する。痛風結節は通常、指趾関節特に第1趾に認められ、顎関節部に発症する痛風結節はきわめてまれである¹⁾。

今回私たちは顎関節部に発症した痛風結節により、開口障害をきたした1例を経験したので報告する。

症 例

患 者: 39歳 男性。

主 訴: 左側顎関節部の腫脹および疼痛。

現病歴: 約12年前より顎関節雑音を覚える(左右側は不明)も放置。7年ほど前より左側顎関節部に疼痛を伴うようになったため、某歯科医院受診。咬合調整にて緩

解。その約半年後、悪寒戦慄、開口障害が発現したので某総合病院入院。抗菌剤投与、開口障害は緩解したが関節雑音は改善せず、以後時々顎関節疼痛および開口障害が現われるも日常生活に支障ないため放置。約3年前再度症状が悪化したので再入院し、左側下顎頭部腫瘍の疑いにて生検施行するも確定診断は得られず、入院中ステロイド局注を何度か受けている。以後経過観察していたが、開口障害が漸次増強したため左側顎関節症の疑いにて平成3年11月■日当科を紹介され受診した。

既往歴: 約5年前アルコール性肝炎にて加療。現在完治。その他特記事項なし。

家族歴: 実弟に痛風を認めた。

全身所見: 全身倦怠感はあるが、その他特記事項なし。

臨床検査所見: CRP (+)、赤血球沈降速度の亢進、好中球の増加、 γ -GTP、CPK の高値がみられたが、その他に異常所見はなかった。

顔貌所見: 左側顎関節部が軽度膨隆を示し、最大開口時のみに患側顎関節部に疼痛を認めた。開口時、下顎は患側に偏位し、患側下顎頭の滑走運動はなく、最大開口 15 mm であった。

X線所見: 左側顎関節突起部の肥大と関節腔の狭窄が認められ、肥大部は境界比較の明瞭で周囲下顎骨よりやや不透過性の弱い不均一な像を示した(写真1)。CT、MRI 検査においても同様で腫瘍性病変あるいは骨髓炎が疑われた。RI 検査にて異常所見はみられなかった。

臨床診断: 左側顎関節突起部腫瘍の疑い。

処置および経過: 初診時炎症所見が認められたため、

奥羽大学歯学部口腔外科学第2講座

(主任: 大野朝也教授)

* 奥羽大学歯学部口腔病理学講座

(主任: 山崎 章教授)

2nd Department of Oral Surgery, Ohu University School of Dentistry (Chief: Prof. Tomoya Ohno)

Department of Oral Pathology, Ohu University School of Dentistry (Chief: Akira Yamasaki)

受付日: 平成5年3月11日

写真1 初診時オルソパントモX線写真

写真2 摘出物写真

写真3 病理組織写真 (H-E 染色, ×10)

抗菌剤投与。消炎後、平成4年1月■日入院、1月■日全身麻酔下に手術を施行した。下顎枝を下顎孔より後方で垂直骨切りし下顎枝後方を摘出、腫瘤部を関節突起頸部に離断した。腫瘤の上方は一部下顎窩と癒着していたため十分搔爬した。その後顎関節部の再建の意味で離断した下顎枝の下方を下顎頭の形態に整形し下顎窩に戻しミニプレートにて固定した。術直後より開口訓練施行。経過良好にて2月■日退院した。

摘出物所見：摘出物の骨は非薄化しており、モルタル状の内容物を認めた(写真2)。

病理組織学的所見：腫瘤中心部の低倍率所見では、エオジン淡染の基質様組織内に多数の類円形あるいは紡錘形の細胞が遊離、埋没した粘液腫様の部分とその周囲を囲むように不規則に増殖した肉芽組織がみられた(写真3)。

写真4 病理組織写真 (H-E 染色, ×40)

写真5 病理組織写真 (非脱灰, 無染色, ×40)

写真6 走査型電子顕微鏡写真 (スケール: 5.1 μm)

基質様部分の高倍率所見では、周囲肉芽部分に多数のマクロファージと異物巨細胞が認められ、基質様部分の本体は針状、紡錘状構造物の集簇としてみられた(写真4)。

腫瘤内容を非脱灰、無染色で観察すると、明らかな針状、板状結晶が集積していた(写真5)。

腫瘤内容を走査電子顕微鏡にて観察すると、大小の板状または角柱状の結晶体がみられ、結晶には線維がからみあい、あるいは線維中に埋没していた(写真6)。

なお、この結晶は Murexide 試験にて尿酸塩であるこ

とが確認された。

確定診断：痛風結節。

術後経過：現在経過観察中であるが、開口度は42 mmと改善され、不快症状は認めない。しかしX線検査にて患側下顎窩の一部に不透過像が増してきており、痛風結節の再形成が疑われた。

考 察

顎関節部に発症した痛風性関節炎はきわめてまれで、著者らが渉猟した限りでは顎関節部に痛風結節を形成した症例の報告は本邦にはみられない。Brachmann²⁾, Kleinman and Ewbank³⁾が顎関節部に発症した痛風性関節炎を報告しているが、本症例ほどの大きな痛風結節を形成した報告ではない。

組織学的な特徴は、尿酸および尿酸塩結晶の沈着とその周囲の組織球や異物巨細胞より成る肉芽腫の増殖である¹⁾。本症例の場合も尿酸塩結晶の沈着からなる基質部分を取り囲むように多数のマクロファージと異物巨細胞が認められた。さらに無染標本による結晶の所見、走査型電子顕微鏡所見、Murexide 試験などにより尿酸塩であることが確認され痛風結節との確定診断を得た。

痛風の病態の大きなものの一つに高尿酸血症がある。本症例も術後20日で尿酸値 7.4 mg/dl (正常値 2.5~6.9 mg/dl), 2 か月で 7.3 mg/dl, 4 か月で 8.4 mg/dl, 6 か月で 7.8 mg/dl, 8 か月で 8.9 mg/dl と定期的な術後の尿酸値測定において高値を示した。しかし、術後10日では 5.5 mg/dl, 1 か月で 6.4 mg/dl, 5 か月で 6.8 mg/dl と常に正常値を超えているわけではなく、正常値内ではやや高目ではあるが標準値を示していた。このこと

は痛風性の顎関節炎が疑われる場合、1回の尿酸値測定で否定することは危険であり、また定期的な尿酸値の長期経過観察が必要であることを示唆している。今回は初診時に顎関節部腫瘍あるいは骨髓炎を疑っていたため手術前の尿酸値は測定しておらず不明であるが、顎関節疾患のスクリーニングとしての尿酸値測定の必要性を痛感させられた症例であった。

痛風結節は一度形成されると再沈着を起こしやすく、長期経過観察が必要である。本症例の場合も術後6か月で顎関節部に不透過像を認め、その不透過像が手術後の治癒過程における骨新生であるのか痛風結節の再形成であるのかは不明であるが、今後も慎重に経過観察を続けていくつもりである。

結 語

今回、私たちは本邦初と思われる左側顎関節部に発症した痛風結節の1例を経験したので報告した。

本論文の要旨は、第37回日本口腔外科学会総会(1992年11月、横浜市)において発表した。

引 用 文 献

- 1) 石川梧朗監修：口腔病理学Ⅱ。改訂版、永末書店、京都、1982、354-355頁。
- 2) Von Fr. Brachmann: Isolierte gichtische Kiefergelenkserkung. Stoma 14: 168-175 1961.
- 3) Kleinman, H.Z. and Ewbank, R.L.: Gout of the temporomandibular joint. OS OM OP 27: 281-282 1969.