両側の上顎臼歯部歯肉に認められた結核性潰瘍の1例

宇和山純也・重松久夫・馬越誠之
岡田宗久・濱尾綾・鈴木正二A case of tuberculous ulcer of the bilateral
maxillary molar gingivaJunya UWAYAMA・Hisao SHIGEMATSU・Seishi MAGOSHI
Munehisa OKADA・Aya HAMAO・Seiji SUZUKI

Abstract: Oral tuberculous lesions are uncommon and usually develop secondarily to pulmonary tuberculosis (Tb). A case of tuberculous ulcer of the bilateral maxillary molar gingiva is presented here.

The patient was a 75-year-old man with a chief complaint of contact pain in the hard palate for 2 weeks. His medical history disclosed pulmonary tuberculosis (Tb) 43 years ago and asthma 2 years ago. Intraoral examination revealed irregularly shaped ulcerative lesions, measuring 14×13mm (left side) and 15×14mm (right side), on the bilateral maxillary molar gingiva. Laboratory examination revealed no noteworthy findings except for an abnormal erythrocyte sedimentation rate (80mm at 30min, 135mm at 60min, and 160mm at 120min). A tuberculin skin test was tentatively positive. ASLO, CRP, and TPHA were negative. The clinical diagnosis was oral Tb or malignancy, and a biopsy was performed. The pathological diagnosis was a suspicion of Tb. The chest X-ray film showed extensive pulmonary Tb. However, cultures of the sputum revealed no tuberculous bacilli. Therefore, a biopsy was performed again, and the material was examined by polymerase chain reaction (PCR) method. Based on the results of the PCR-Tb, a final diagnosis of oral Tb was established. The patient was given anti-Tb drugs (SM, REP, INH, and EB) for 6 months. The ulcer completely healed.

Key words: oral tuberculosis (口腔結核), tuberculous ulcer (結核性潰瘍), pulmonary tuberculosis (肺結核), polymerase chain reaction method (PCR法)

緒言

我が国の結核罹患率は、1950年以降結核治療法の進歩等により漸次減少し続け、1977年には、死亡原因の10位以内から姿を消した。これに伴い口腔結核に遭遇する機会は大変まれとなったが、今日では、肺結核が

不顕性のまま、2次性結核として口腔に症状を初発する症例が報告されてきている^{1~4)}。また、病像は複雑化、非定型的となり診断に困る例が少なくないことも現在の結核症の特徴の1つと言われる。今回われわれは、両側の上顎臼歯部歯肉に発生した結核性潰瘍の1例を経験したので、その概要を報告する。

明海大学歯学部口腔外科学第2講座
(主任：山本美朗教授)

Second Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Meikai University (Chief: Prof. Yoshirou Yamamoto)

受付日：平成9年7月21日

症例

患者：75歳、男性。

初診：1995年2月

主訴：両側上顎歯肉部の接触痛。

写真1 口腔内写真

写真2 胸部X線写真

		表1 治療経過						
		入院	3か月				6か月	
INH		<div></div>						
REP		<div></div>						
SM		<div></div>						
EB		<div></div>						
Gaffky	(号数)	9~4	0	8~6	3~0	0	0	
培養(8週)	(コロニー)	100	50	15	10	—	—	
ESR	30分 (mm)	98	76	81	52	18	18	
	60分 (mm)	127	119	120	37	46	42	
CRP	(mg/dl)	9.8	2.5	8.6	1.6	0.3	0.5

写真3 病理組織像(×50, HE染色)

現病歴：2週間前から両側上顎歯肉部の接触痛を認め、症状改善しないため、某歯科受診、当科紹介され来院した。

既往歴：32歳頃肺結核、73歳時喘息で通院の既往を有していた。

現 症：

全身所見：体格はやせ型、咳、喀痰などの症状は認めなかった。

口腔外所見：頸部リンパ節に異常所見は認めなかった。

口腔内所見：上顎は左側犬歯のみ残存、下顎は両側第1大臼歯と前歯部が残存していた。上顎臼歯部歯槽頂から口蓋側にかけて左側は14×13mm、右側は15×14mmの潰瘍性病変を認めた。潰瘍部は、穿掘性で、表面粗造、やや赤みを帯び、接触痛を認めた。なお、義

歯は使用しておらず下顎両側第1大臼歯が病変部に咬み込む様に接触していた。

臨床検査所見：血液一般検査では赤血球数 $421 \times 10^4 / \text{mm}^3$ 、Hb12.8g/dlとやや貧血傾向が観られた。赤血球沈降速度(以下、ESR)は、30分80mm、60分135mm、120分160mmと著明に亢進していた。ツベルクリン反応は弱陽性で、ASLO、CRP、TPHAは陰性を示していた。

X線所見：胸部X線写真では全肺野にわたり、ところどころに融合傾向のある微細な斑点状陰影を認め、右上肺野には空洞陰影も観察された。オルソパントモグラムでは異常な骨吸収を疑わせる所見はなかった。

臨床診断：口腔結核ないし悪性腫瘍。

処置および経過：上記臨床診断のもと、2月■生検を施行した。組織学的にも口腔結核が疑われたもの

の, Ziel-Neelsen 染色では抗酸菌は検出しえなかった。また咳などの症状は無く, 喀痰も採取し得ず, 結核症の確定診断には至らなかった。3月 再度生検し, 組織材料より Polymerase chain reaction method (PCR 法) にて結核菌を証明し, 口腔結核と診断した。これらの結果より, 肺病巣からの排菌があるものと考え, 結核専門医に紹介した。約6か月間の入院となり, 硫酸ストレプトマイシン (SM), イソニコチン酸ヒドラジド (INH), リファンピシン (REP), エタンブトール (EB) の4剤併用療法を行い, 口腔内の結核性潰瘍は治癒した (表1)。

病理組織所見: 潰瘍部を中心に肉芽組織の形成, 周辺部には, リンパ球を主体とした細胞浸潤, 更に Langhans 巨細胞, 類上皮細胞等の所見が散見された。

考 察

結核症には, 結核菌の初感染病巣である1次性病変と, 肺など既存の結核病巣から感染を来す2次性病変があるが, 口腔結核の場合, そのほとんどが肺結核病巣からの2次性結核であり, 口腔粘膜の1次感染はきわめてまれとされている^{5, 6)}。1次性よりも2次性のものが多い理由として, 1) 口腔粘膜の治癒能力, 2) 唾液の性状とその洗浄力, 3) 豊富な血液供給, 4) 舌, 頬粘膜, 口唇の運動, 5) 他種の細菌の拮抗作用等の感染抵抗性が挙げられる^{2, 3, 7, 8)}。口腔結核の臨床型は, 潰瘍型, 肉芽腫型, 結節型等に分類されるが, そのうち潰瘍性病変であることが最も多い^{1, 4, 5)}。口腔の結核性潰瘍は, 辺縁不整, 穿掘性で, 比較的深く, 底面は灰白色の壊死性病変が多く, その周囲は多少の堤防状隆起を伴う。これらの所見から, 癌性潰瘍との鑑別を要する症例も多く報告されている。このため口腔結核の診断にあたっては, 悪性腫瘍との鑑別という点も含め病理組織学的診断が重要視されてきた。一般に結核症の診断は, 咳や喀痰等の臨床症状, 胸部 X 線所見, ESR, 血液検査等の総合的評価によるが, その確定診断には喀痰や組織の塗抹, 培養による結核菌の証明が不可欠と言われる^{3, 9)}。しかし, 口腔が初発症状で来院した患者の多くは, 咳や喀痰, 咯血, 胸痛等の肺症状を欠く不顕性の状態であることから, 菌の証明は必ずしも容易ではない。こうしたことから, 口腔結核の診断にあたっては, 病理組織学的に結核が疑

われる様な所見, すなわち, 乾酪巣, 類上皮細胞, Langhans 巨細胞を交えた肉芽組織の増生等が認められた症例では, Ziehl-Neelsen 染色や抗 BCG 抗体を用いた免疫組織化学¹⁰⁾ 等を応用した抗酸菌の検出も試みられてきた。しかし, こうした方法を用いても, 結核菌が証明されない症例も少なくなかった²⁾。1990年代に入り, PCR 法を応用した遺伝子学的な菌の同定が可能となり, 今後結核症の診断に際し, 院内感染等の問題も踏まえ, 結核菌検出までの時間的な短縮とその検出率の向上が期待される^{11, 12)}。

結 語

今回われわれは口腔結核の1例を経験したので, その概略に若干の文献的考察を加えて報告した。

引 用 文 献

- 1) 半沢元章, 畔田 貢, 他: 舌結核の1例. 日口外誌 35: 737-744 1989.
- 2) 長野紀也, 大西正信, 他: 舌に生じた結核性潰瘍の1例. 口科誌 42: 183-191 1993.
- 3) 藤林孝司: 口腔結核症. 歯科ジャーナル 38: 211-216 1993.
- 4) 寺門正昭, 石黒 薫, 他: 上顎歯肉にみられた結核性潰瘍の1例. 日口外誌 40: 619-621 1994.
- 5) 橋本房三, 白水博子, 他: 歯肉, 頬部結核症の1例. 日口外誌 27: 1676-1681 1981.
- 6) 石川梧朗, 秋吉正豊: 口腔病理Ⅱ. 永末書店. 京都, 1975, 104-108頁.
- 7) 柳田則之, 青木国雄, 他: 口唇類結核症の鑑別診断. 耳鼻臨床 65: 953-961 1972.
- 8) Oppenheim, H., Livingston, C.S., et al.: Streptomycin Therapy in Oral Tuberculosis. Arch Otolaryng 52: 910 1950.
- 9) 佐々木英忠, 船山多佳子, 他: 高齢者の肺結核, 臨床と研究 73: 77-80 1996.
- 10) 川井健司, 堤 寛: 免疫組織化学. 病理と臨床 6, 臨時増刊号: 281-286 1988.
- 11) 川山智隆, 大泉耕太郎: 結核菌検査法の現状と進歩. 臨床と研究 73: 44-47 1996.
- 12) 青木正和, 片山 透, 他: PCR 法を利用した抗酸菌 DNA 検出キット (アンプリコア™マイコバクテリアム) による臨床検体からの抗酸菌迅速検出. 結核 69: 593-605 1994.