

症例報告

肺結核症に合併した口腔内, 下顎骨,
頸部リンパ節結核の1症例

松本建志・上田眞太郎・堀江孝至

日本大学医学部第一内科学教室

受付 平成6年11月1日

受理 平成6年12月6日

PULMONARY TUBERCULOSIS COMPLICATED WITH TUBERCULOSIS
OF ORAL MUCOSA, MANDIBLE AND CERVICAL
LYMPH NODES

Kenji MATSUMOTO*, Shintaro UEDA and Takashi HORIE

(Received 1 November 1994/Accepted 6 December 1994)

A case of pulmonary tuberculosis complicated with tuberculous of oral mucosa, mandible and cervical lymph nodes in 53-year-old man is reported. He was firstly treated for right side dental caries. He also received routinely an empiric antibiotic therapy, but discharge of pus continued. Then, pain of oral cavities spread to the right shoulder. The diagnosis of oral mucosa, osteomyelitis of mandible and lymph node tuberculosis was made by the histological examination of biopsy specimens and positive smear test for *M. tuberculosis* in granulation. The chest X-ray film showed multiple nodular shadows in bilateral lungs.

The combination of INH, RFP and SM was applied initially and then SM was replaced by CS due to its side effect. Negative smear test for *M. tuberculosis* of oral mucosa was achieved five months after the initiation of treatment.

Key words : Pulmonary tuberculosis, Oral tuberculosis, Mandible tuberculosis, Tuberculous cervical lymphadenopathy

キーワードズ : 肺結核, 口腔内結核, 下顎骨結核, 頸部リンパ節結核

日本における結核症は, 結核予防法に基づいた予防方法の確立, 健康診断による早期発見, 治療費の公費負担, さらに薬剤の開発などにより, 著しく減少したが, 未だ欧米とくらべると発症率が高い。この減少に伴って, 肺

外結核を伴うような頻度も減少したが, 常にこれを念頭において診断にあたらなければ, 見過ごされる可能性のある病像である。

今回, われわれは, 肺外結核のなかでも, 極めて稀と

* From the First Department of Internal Medicine, Nihon University School of Medicine, 30-1 Oyaguchi Kamichou, Itabashi-ku, Tokyo 173 Japan.

される下顎骨結核を伴った肺結核の1例を経験したので報告する。

症 例

53歳，男性，職工。

主 訴：右口腔内疼痛，右下顎骨腫脹，左右頸部リンパ節腫脹。

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：1990年1月末から，左右のう歯の治療を受けていたが，ある程度軽快したため中断した。同時期に両側耳介後部，両側頸部のリンパ節腫脹に気がついてしたが放置していた。1991年4月初旬に右下顎歯槽の疼痛が出現したため歯科医を受診し，加療を受けたが軽快しなかった。その後，疼痛は右頸部，右肩部に徐々に広がり，右歯槽より膿汁が流出するため日本大学歯学部病院を受診した。7月中旬に口腔内の右頬部の生検を行い，組織学的に乾酪壊死を伴う肉芽腫性病変を認めるとともに，ガフキー2号を認めた。同時に施行した胸部X線写真上でも異常を認めたため当科を紹介受診し，8月7日に入院となった。

入院時現症：身長167 cm，体重64 kg，体温36.8°C，脈拍84/分 整，血圧146/82 mmHg，意識清明，聴診上呼吸音の異常は認められなかった。右口腔部に径2 cm大の潰瘍性病変を認め（図1），右小臼歯歯槽部および下顎骨に腫脹を認めた。また，両側耳介後部，頸部，鎖骨上窩リンパ節の腫脹を認めた。

入院時検査所見（表）では，CRP 1.3 mg/dL，血沈32 mm/時であったが，白血球増多などの異常は認めなかった。また，ツベルクリン反応は12×15 mmと陽性

であった。なお，喀痰検査において，結核菌は検出されなかった。

胸部X線単純写真（図2）では，両側肺に多発性の散布性浸潤影を認めた。

下顎骨単純写真（図3），および下顎骨CT写真（図4）で，右下顎部に径3 cm大の骨溶解像を認めたが，下顎骨前額断のMRI検査では壊死組織と考えられた。骨シンチグラムでは，右下顎部の病巣に一致して著明なアイソトープの集積を認めた。右頸部リンパ節の生検組織（図5）では乾酪壊死巣の周囲に類上皮細胞の増殖を認め，Langhans 巨細胞の存在も認め，結核性病変と考えられた。同様の組織所見は口腔部粘膜生検組織からも得られた。また，両生検組織において乾酪壊死巣内に抗酸菌を認め，培養にてナイアシンテスト陽性であった。

入院経過：両側肺に散布する結核性病変に加え，右口腔部，右下第8，9臼歯と右下顎骨および，両側頸部，耳介後部，鎖骨上窩リンパ節の結核と診断し，SM 0.5 g/日，INH 0.4 g/日，RFP 0.45 g/日で治療を開始した。治療開始後20日目より，汎血球減少を認めたため，薬剤投与を一時中止した。骨髓吸引生検ではhypocellular bone marrowであり，結核性病変は認められなかった。SMに変えてCS 0.75 g/日を投与し，INH，RFPの3者で治療を再開した。その後汎血球減少の増悪は認められなかった。5カ月後の頬部粘膜病変の塗抹検査では結核菌が陰性化し，潰瘍性病変も軽快したが，下顎骨結核の空洞からの膿流出が軽快しないため，数回におよぶ空洞搔爬術を施行した。同時にSM 0.5 gを混じたガーゼを空洞開口部に連日充填した。その後，膿流出は徐々に消失し，口腔内の結核菌も陰性化したため，1992年1月22日退院した。

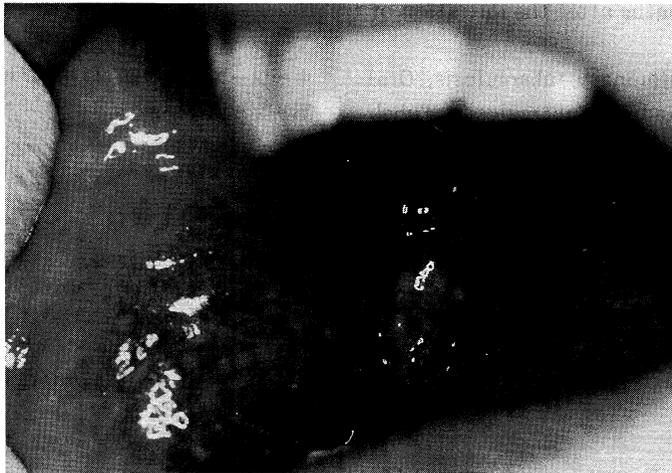


図1 右口腔部肉眼所見

表 入院時検査所見

Hematology		TTT	14.5 mg/dl
WBC	2400 mm ³	ZTT	19.0 mg/dl
band	7.0 %	T. Cho	152 mg/dl
seg	7.0 %	T. G.	108 mg/dl
Eosino.	2.0 %	BUN	9.2 mg/dl
Baso.	3.0 %	Cr	1.0 mg/dl
Mono	5.0 %	UA	4.0 mg/dl
Lymph	75.0 %	Na	139 mEq/l
RBC	379×10 ⁴ /mm ³	K	4.2 mEq/l
Hb	11.5 g/dl	Cl	102 mEq/l
Ht	34.9 %	Ca	8.7 mg/dl
PLT	8.0×10 ⁴ /mm ³	P	3.1 mg/dl
Blood chemistry		BS	110 mg/dl
T. Bil	0.27 mg/g/l	CRP	1.3 mg/dl
D. Bil	0.10 mg/dl	ESR	32 mm/hr
GOT	9 IU/l	Urynalysiss	
GPT	5 IU/l	protein	(-)
LDH	483 IU/l	sugar	(-)
ALP	186 IU/l	blood	(-)
LAP	50 IU/l	ツベルクリン反応 22×20 mm	
γ-GTP	22 IU/l		
ChE	329 mg/dl		

結核菌の薬剤感受性検査においてSMが完全耐性で、INH, RFP, CSのいずれもが不完全耐性を認めたためか、結核菌の陰性化などの軽快傾向は示してはいるものの、病勢は遷延化しており、胸部X線上の結節影、下顎骨単純写真、下顎骨CTにおける空洞の遺残などが残っ

ている。今後とも嚴重な外来管理を行っていく予定である。

考 察

下顎骨結核は非常に稀な疾患である。1992年 Chapatelらは22例を報告しており¹⁾、その後 Mengが1922年から39年までの間に14例の発生を報告している²⁾。

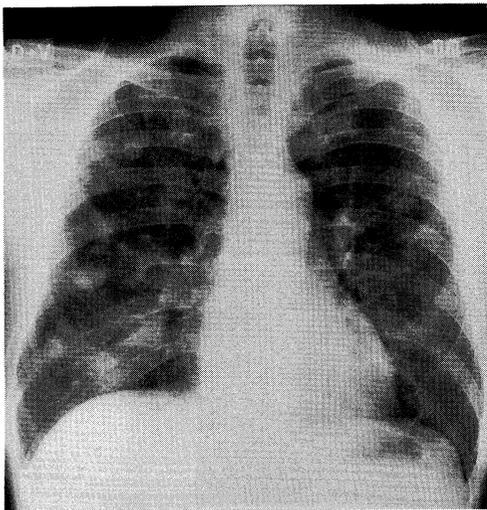


図2 入院時胸部X線写真

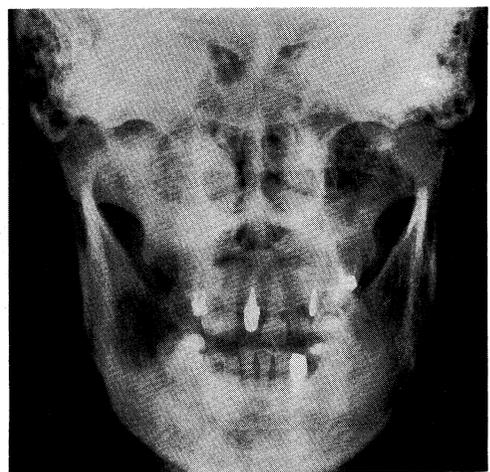


図3 入院時下顎骨単純X線写真



図4 下顎骨 CT 写真

1960年代までは報告例が散見されるが、その後の20年間の報告はわれわれが検索したかぎりにおいては数例のみである³⁾⁻⁵⁾。

下顎骨結核の感染様式としては、1) う歯に感染した結核菌の直接浸潤によるもの、2) 原発巣より血行性に進展したもの、3) 原発巣より下顎リンパ節を介してリンパ行性に進展したもの、4) 原発巣より管内性散布の形式でう歯を介して下顎骨に進展したものの、4つの経路が考えられている⁶⁾。

一般的に下顎骨結核の発症は肺結核病巣からの血行性の進展によるとされる場合が多く^{7,8)}、Meng は、下顎骨結核患者の43%の症例において他部位にも骨関節結核が存在することを指摘している⁹⁾。しかし、Stein は、う歯、または抜歯後の病変からの直接浸潤を報告してい

る⁹⁾。

本症例にあてはめて進展様式を考えると、胸部X線写真上、初感染巣と思われる石灰化像が認められることから、原発巣は肺であり、管内性散布により肺内、およびう歯を介して下顎骨に進展した可能性が強いと思われる。また、血行性進展の可能性は、肺内散布の形式が粟粒結核の形式とは異なること、下顎骨以外の部位に血行性散布を思わせる病変が認められていないことなどから、血行性進展の可能性は低いと考えられる。リンパ行性の進展に関しては、炎症の時期をいつとらえるかの問題とも関連するが、う歯の治療開始時期に両側耳介後部、両側頸部リンパ節腫脹がすでに存在していたわけであり、その可能性も考慮しておく必要がある。一方、肺内散布と下顎骨への進展形式が異なっている可能性も十分にあり得るが、下顎骨結核発病以前の胸部X線写真が存在しないため断定することは困難である。

近年の結核治療の抱える問題点として、初回耐性菌の存在があげられる。本症例は薬剤感受性検査で当初から多剤耐性が認められており、治療開始後2年を経過した時点でも3剤を用いて治療を行っているが、肺病変ならびにリンパ節腫脹は治癒にはいたっていない。

肺外結核の治療は、系統的な結核症という考え方で化学療法が基本である。膿瘍化や潰瘍瘻孔形成には外科的に切開排膿や搔爬を行うが、化学療法でなかなか治癒しない場合には摘出も必要とされている¹⁰⁾。本症例では搔爬を数回行ったが、それでも病巣からの膿の流出が軽快しないため、搔爬に加えてSM 0.5gを加えたガーゼドレナージを連日追加した。その結果膿流出は止まり、結核菌も陰性化し、治癒促進に有効であった。SM完全耐性であったが、通常のSM投与方法では効果が期待できない場合でも、局所投与により局所病巣中に薬剤耐性



図5 右頸部リンパ節生検像

濃度以上のSMが移行するために有効であった可能性が示唆された。

結 語

右口頬部および下顎骨結核と両側多発性頸部リンパ節腫大を伴った肺結核の1例を報告した。本症例はう歯および頸部リンパ節腫大に気がついてから治療開始まで2年が経過している。非常に稀なものではあるが、肺外結核病巣の1つとしてう歯の介在するものがあることは留意する必要がある。

文 献

- 1) Chapotel : Tuberculose mandibulaire. Rev Odont. 1930 ; 51 : 444-454.
- 2) Meng CM : Tuberculosis of the mandible. J Bone and Joint Surg. 1940 ; 22 : 17-27.
- 3) Khosla VM : Tuberculous osteomyelitis of the mandible : Report of case. J Oral Surg. 1970 ; 28 : 848-853.
- 4) Park TW, Ahn HK, You DS, et al. : Tuberculous osteomyelitis of the mandible : Report of case. Oral Radiol. 1987 ; 13 : 183-185.
- 5) Fukuda J, Shingo Y, Miyako H : Tuberculous osteomyelitis of mandible : a case report. 福大医紀. 1991 ; 18 : 241-245.
- 6) 日本結核病学会教育委員会 : 結核症の基礎知識. 結核. 1981 ; 56 : 85-87.
- 7) Stuteville OH, Hulswit FF : Tuberculous osteomyelitis of the mandible with report of case. J Oral Surg. 1948 ; 6 : 255-259.
- 8) Spilka CJ : Tuberculous of mandible : report of case. J Oral Surg. 1956 ; 9 : 240-245.
- 9) Stein G : Newer aspect of the problem of focal infection. Amer J Orthodont. 1942 ; 28 : 28-42.
- 10) Kbosla M : Tuberculous osteomyelitis of the mandible : report of case. J Oral Surg. 1970 ; 28 : 848-853.