

口腔・咽頭カンジダ感染症例

熊本大学医学部耳鼻咽喉科学教室（主任：石川哮教授）

増山敬祐・東家倫夫・木庭一浩

登坂 薫・石川 哮

緒 言

口腔カンジダ症は一般に口腔の常在菌である *Candida albicans* と生体側の種々の誘因とが結びついて起こる感染症である。今回我々は、口腔、舌、咽頭と広範囲に発生した本症でファンギゾンの点滴、含嗽によく反応を示した1症例を経験したので若干の文献的考察を加えてここに報告する。

症 例

患者：84才，男性

初診：1982年7月19日

主訴：嚥下困難

家族歴：特記すべきものなし

既往歴：特記すべきものなし

現病歴：10日前より体重減少，嘔声に家族が気付く。その後嚥下痛，嚥下困難が次第に増強し，3日前より食事が通らなくなったということで某医を受診し，下咽頭あるいは食道腫瘍の疑いにて当科を紹介された。

現症：耳，鼻に著変なかったが，口腔，舌，下咽頭に著明な白苔の付着を認めた（図1）。頸部では，左中深頸リンパ節，鎖骨上窩リンパ節を触知した。

臨床検査成績：表1に示すごとく，血液検査では白血球が15,300と増多を示し，分画では核の左方移動とリンパ球の減少が認められた。血液生化学検査では総蛋白，尿素窒素，クレアチニンの増多，血糖の上昇，血清鉄の減少を認めた。蛋白分画ではアルブミンの減少と γ -グロブリンの増多を，免疫グロブリンではIgGとIgMの増多が著明であった。

真菌症の診断も兼ねた治療の意味でファン

ギゾンの点滴と含嗽を試みた。

ファンギゾン1バイアル50mgのうち $\frac{1}{4}$ バイアル量(12.5mg)を5%ブドウ糖500mlに入れ点滴静注し，残り $\frac{3}{4}$ バイアル量を生食100mlに溶解し含嗽用とした。

点滴を開始した翌日より口腔内の白苔は著明に減少し，頸部リンパ節の腫脹も軽減してきた。そこで，点滴静注は2日間で中止し，3日目は吸入を行なった。吸入用としてファンギゾン50mgを蒸留水10mlに溶解し，1日1mlを吸入させた。すると口腔，咽頭の白苔はほとんど消失し経口摂取も可能となった(図2)。

細菌学的検査では糖利用能試験，形態学的検査より *Candida albicans* と同定された。

以上より口腔，咽頭カンジダ症と診断した。4日目からはファンギゾンの含嗽のみにて治療を継続し，5日目に間接喉頭鏡検査を施行したが，下咽頭，喉頭には腫瘍を認めなかった。また食道透視にても通過障害はなかった。



図1

表1 臨床検査成績 (初診時)

血液検査		BUN	67mg/dl
赤血球	339万/mm ³	クレアチニン	3.6mg/dl
白血球	15,300/mm ³	血糖	145mg/dl
赤色素量	12.2g/dl	血清鉄	25μg/dl
ヘマトクリット	35.1%	総ビリルビン	0.5mg/dl
白血球分画		アルブミン	88μ/l
Myelo	1%	GOT	26μ/l
Meta	1%	GPT	14μ/l
Stabs	29%	LDH	248μ/l
Segs	58%	TTT	7.0μ
Lymph	7%	ZnTT	19.7μ
Mono	4%	CCLF	(+)
		蛋白分画	
血液生化学検査		ALB	40.2%
総蛋白	9.4g/dl	α ₁	3.1%
アルブミン	3.1g/dl	α ₂	7.2%
Na	140mEq/l	β	6.3%
K	4.1mEq/l	γ	43.2%
Cl	102mEq/l	IgG	4,189mg/dl
Ca	11.0mg/dl	IgA	253mg/dl
		IgM	1,337mg/dl



図2

考 按

Candida albicans は健康人の咽頭、消化器、膣に非病原性の常在菌として存在しているが、時として病原性をもって臨床症状をあらわしてくる¹⁾。常在菌である *Candida albicans* による感染症が成立するためには、宿主側の要因すなわち抵抗力の減弱が大きく関与している。さらに、この宿主側の抵抗力を弱める誘因としていくつかの因子をあげることができる。つまり(1)年令因子、(2)局所性因子、

(3)全身性因子、(4)医原性因子などである²⁾。 (2)の局所性因子としては、熱傷、外傷、う歯、義歯不適合、唾液分泌低下などによる局所の不衛生があげられる。(3)の全身性因子としては、白血病、再生不良性貧血などの血液疾患、糖尿病、悪性腫瘍、結核、免疫不全症候群、内分泌疾患などをあげることができる。(4)の医原性因子とは、抗生物質や副腎皮質ホルモンの投与、放射線照射などである¹⁾。抗生物質については、特に広域スペクトルをもつ薬剤の長期投与と副腎皮質ホルモンとの併用時に多いとされ、これらは菌交代現象としてとらえられている⁴⁾。自験例においては、84才という高令であること、多数のう歯による口腔内の不潔という局所性因子、基礎疾患として糖尿病の存在が本症発症の誘因として考えられる。

カンジダ症の診断に際しては高率に健常者に検出されることから、臨床所見、細菌学的検査、病理組織学的検査および免疫血清学的検査の総合的な判断が必要である²⁾。

口腔カンジダ症の臨床所見は、その病型により多少異なった像を示すが、最も多いと言われる急性偽膜性口腔カンジダ症では、焼灼感などに続いて口腔粘膜の一部に灰白色の斑点状の苔状物が出現する。初期の苔状物は易剝離性で、はがれると発赤した粘膜面が残るとされている⁸⁾。初期の病巣は限局性かつ散在性であるが、次第にその範囲が拡大して口腔のほぼ全域におよびさらに咽頭から食道にも波及することがある³⁾。我々の症例も急性偽膜性口腔カンジダ症で白苔は口腔全域から下咽頭にまでひろがっていた。

次に細菌学的検査だが、この検査で重要な点は病巣からの直接塗抹検査で菌糸体を証明することである²⁾。自験例では直接塗抹検査は施行しなかったが糖利用能試験、培養による形態学的検査により *Candida albicans* と同定した。

またカンジダ症の免疫血清学的検査として

は、皮内反応、沈降反応、補体結合反応、凝集反応、蛍光抗体法などがあるが、*Candida albicans*が口腔内常在菌であるという点からその診断的価値については疑問が持たれている。¹⁾

Lehner⁵⁾は口腔カンジダ症についての研究で間接蛍光抗体法により、健康者、保菌者および患者について血清および唾液中の抗体価を測定し、血清抗体価32倍以上、唾液抗体価1倍以上という基準が*Candida albicans*感染の診断に役立つと述べている。²⁾我々も間接蛍光抗体法にて血清中の抗体価を測定した。方法は表2に示すごとく、カンジダスマアを乾燥後1%アセトンで1分間固定し、PBSのstaining bufferにて3回洗浄したあと患者および対照の希釈血清を室温で30分反応させた。同様に洗浄後、FITC標識ヤギ抗ヒトIgG抗体を室温で30分反応させ再び洗浄後グリセリンbufferで封入し蛍光顕微鏡にて観察した(図3)。

*Candida spore*の表面蛍光を認める最大希釈倍数によってその抗体価をあらわすと患者血清では243倍、対照血清では27倍であった。これはLehnerの診断基準に合致しており興味ある結果である。

口腔カンジダ症の治療は、各種消毒剤の含嗽、色素製剤の塗布、抗真菌剤の軟膏または全身投与などである。このうち抗真菌剤のファンギゾン⁶⁾は腎障害などの副作用があり、長時間を要する点滴静注のため使いづらい難点はあるが、作用は強力であり、⁷⁾武藤らは含嗽に用いて有効な症例があったと述べている。自験例においてもファンギゾンの点滴静注ならびに含嗽にて劇的にその症状は改善し大いに有効であったと考える。

結 語

激甚な症状を伴った口腔、咽頭カンジダ症例でファンギゾンで劇的な効果のあった1例を報告した。

表2 蛍光抗体法(間接法)

1. カンジダスマア
2. 1%アセトンで1分間固定
3. 患者および対照血清を室温で30分反応させる。
4. PBSで3回洗浄
5. FITC標識ヤギ抗ヒトIgG抗体を室温で30分反応させる
6. PBSで3回洗浄
7. 鏡 検

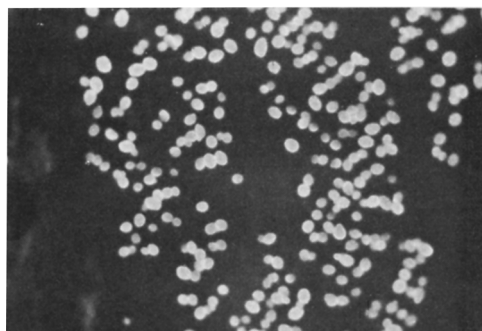


図3

文 献

- 1) 阪本栄一, 他: 口腔カンジダ症の1例。口科誌 30: 284~287, 1981。
- 2) 杵渕孝雄, 他: 慢性肥厚性口腔カンジダ症の1例。日口外誌 25: 1165~1171, 1979。
- 3) 植木直之, 他: 急性偽膜性口腔カンジダ症の1例。日口外誌 18: 602~607, 1972。
- 4) 森 和久, 他: 口腔カンジダ症の3例。歯学 67: 518~524, 1979。
- 5) Lehner, T.: Immunofluorescence study of *Candida albicans* in candidiasis, carriers and controls. J Path Bact 91: 97~103, 1966。
- 6) 下里常弘, 他: 嘔声を伴った重症口腔カンジダ症の1例。日口外誌 12: 165~168, 1966。

- 7) 武藤二郎, 他: 口腔, 咽頭真菌症の診断的治療。耳喉 47: 967~970, 1975。
8) 伊藤秀夫, 他: 口腔カンジダ症および顎

部放線菌症。日本臨床 38: 129~132, 1980。

質 疑 応 答

質問 小宮山荘太郎 (九大)

Amphotericin Bは, クロラムフェニコールやT.C.などと併用すると, その効果が増強されるといわれている。この症例には, 抗生剤の投与の有無は,

応答 増山敬祐 (熊大)

抗生物質は投与していない。

質問 古内一郎 (独協医大)

- ① 診断名としてこの症例は浅在性カンジダ症なのか。
② *Candida albicans*のsero typeはなにか。

応答 増山敬祐 (熊大)

- ① 浅在性のカンジダ症と思う。
② sero type は検索していない。

質問 内藤雅夫 (名保大)

点滴静注および含嗽に使用されたファンギゾンの使用量を御教示下さい。

応答 増山敬祐 (熊大)

点滴の量は $\frac{1}{4}$ vialを500ml のボトルに入れ3日間。含嗽は $\frac{3}{4}$ vialを生食10mlにて3日間。4~6日目は50mgを10mlに溶解し含嗽に用いた。