

A CASE REPORT OF AN ACTINOMYCOSIS OF THE SUBMANDIBULAR REGION

Satoshi Fukuda¹⁾, Yukio Inuyama¹⁾

Toshiya Suganuma²⁾

¹⁾Dept. Otolaryngology Hokkaido Univ. School of Medicine

²⁾Otolaryngology Section, Bibai Hospital

Abstract

1. We report a rare case of Actinomycosis originating in the submandibular lymph node.
2. Histopathological finding shows typical Druse (sulfur granule) and club formation by H & E, Gram and Grocott staining.
3. Recent progress of antibiotics decreases the incidence of typical cases and make it difficult to diagnose preoperatively, and surgical excision is the choice of treatment.
4. We must keep in mind that Actinomycosis is the one of the diseases otolaryngologist may handle with.

顎下部放線菌症 (Actinomycosis) の1例

福田 諭 犬山 征夫

北海道大学医学部耳鼻咽喉科

菅沼 俊哉

美唄労災病院耳鼻咽喉科

はじめに

放線菌症 (Actinomycosis) は古くより記載のある感染症で、通常抜歯後などに下顎部や頸部に見られるが、その頻度は決して高くない^{1)~7)}。しかも最近抗生物質の発達と普及に伴い日常臨床で本症に遭遇することが少なくなり、又一方、定型的な症状を呈するものも少なくなり診断困難になってきたとも言われている。今回、私共は顎下リンパ節に発生した放線菌症を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：48歳，男性

主 訴：左顎下部腫瘍

家族歴，既往歴：特記すべきことなし

現病歴：平成元年某歯科にて左上顎4，16を抜歯。11月29日咽頭痛あり，同時に左顎下部の腫瘍に気付き某耳鼻咽喉科受診。同医にて抗生物質投与され一時軽快するも12月末再度左顎下部腫瘍増大。抗生物質点滴治療を3日間受けたが軽快しない為，平成2年1月4日当科初診。左顎下部に硬い腫瘍を触れ，悪

性腫瘍も否定できない為1月19日手術目的で入院となった。

入院時所見：左顎下部に50×40mmの硬い腫瘤を認めた。腫瘤は弾性硬、表面平滑で自発痛、圧痛はなかった。下顎骨及び周囲組織とは癒着していた。その他耳鼻咽喉に腫瘍性病変は認められなかった。

検査所見：CBC、生化学、ECG、胸部X-Pは異常なし。

CRP：(-)，ESR：15/42mm，ツ反：(-)であった。尚その際にFBS 251mg/dlと高値を示し、尿糖も1 (+)であった為内科受診した処、糖尿病と診断された。

sialo CTにて左顎下腺を前方より圧排し中にlow density areaを伴う腫瘤を認めた (Fig-1)。Gaシンチにて、左顎下部にuptakeを認めたが顎下腺造影の2週間後であり確定的な所見とは診断できなかった。以上より左顎下部腫瘍を疑い、平成2年1月13日全麻下に腫瘍摘出術を行った。

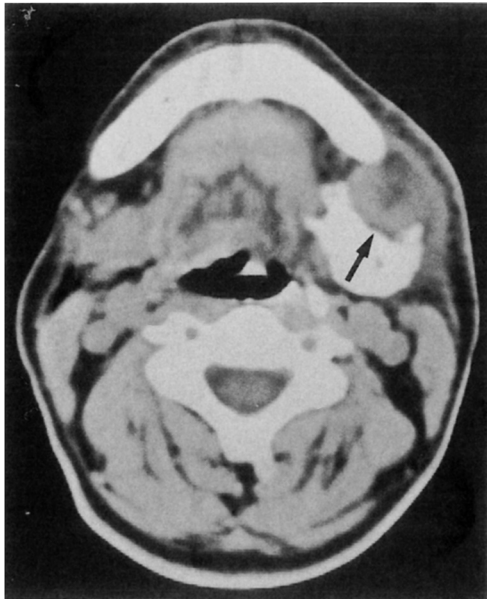


Fig-1 : Sialo-CT scan showing mass lesion (arrow) just anterior to the left submandibular gland

手術所見：腫瘤は左顎下腺の前上方に位置し、通常の顎下腺摘出術に準じて手術を行った。腫瘤は下顎骨や顔面神経下顎縁枝と癒着していたが、神経は剥離保存した。摘出物は顎下腺を含め35×25×20mmで割を入れると腫瘤内に灰白黄色の小顆粒が認められた。

病理組織学的診断：H-E染色で、顎下腺は軽度から中等度の形質細胞、リンパ球等の浸潤が認められるのみで慢性炎症の所見であった。腫瘤と思われたものはリンパ節で卵胞性過形成と共に著しい好中球、マクロファージの浸潤があり、その1部に菌塊 (sulfur granule, Druse) が認められた (Fig-2)。強拡大にて、菌塊は好塩基性の菌糸自身と特徴的な辺縁にみられる好酸性の棍棒状構造 (club formation) から成っていた (Fig-3)。

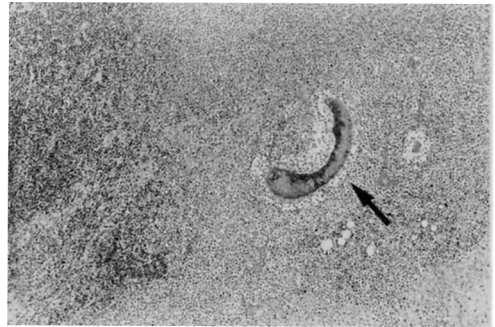


Fig-2 : H & E staining of the lesion demonstrates the severe cell infiltration and typical Druse (sulfur granule, arrow, X50).

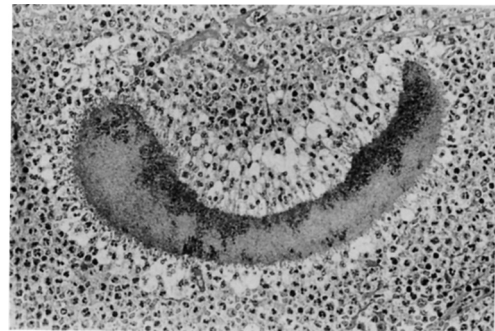


Fig-3 : High magnification finding of the Druse demonstrating the typical "club formation" (H & E staining, X200)

Actinomycesのような細い菌糸も明瞭に染色される優れた方法であるとされているGrocott染色（メセナミン銀染色）でも菌塊は明瞭に染色された（Fig-4）. グラム染色でも、グラム陽性の特徴的な菌糸が認められた（Fig-5）.



Fig-4: Druse by Grocott staining (X200)

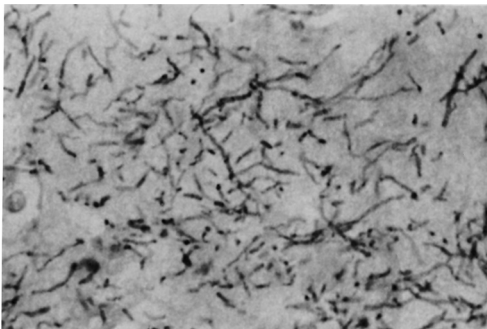


Fig-5: Branched mycelium of Actinomyces (Gram staining, X400)

以上より顎下リンパ節の放線菌症と確診された。手術後2月6日よりAB-PC 2g/日を4日間点滴静注射し、その後AB-PC経口剤を投与し経過良好にて2月9日退院した。その後もAB-PC経口投与を1ヶ月間継続し、現在まで再発認められない。糖尿病も食餌療法とオイグルコンにて良好にコントロールされている。

考 按

Actinomyces（放線菌）は分類学的には細菌に属するが、放線菌症は臨床経過や病理組織像がある種の真菌症に似ているところから、慣習上真菌性疾患のとり扱いをうけていたり、

細菌と糸状菌（真菌類）の中間に位置するとされたりしている⁸⁾。ヒトの感染はActinomyces israeliiによっておこりヒトからヒトへの伝染はなく、また自然界からは分離されず、正常人口腔、齶歯周囲、歯垢、歯石、扁桃窩などに正常細菌叢として生息し、他の感染や損傷（粘膜損傷、抜歯など）があった時にはじめて病原性を発揮する内因性感染といわれている⁸⁾。

一般に頭頸部に発生することが最も多く（50～60%）次いで腹部、胸部に多い。典型的な例では初期に側頸部や顎下部の腫脹、硬結が出現し皮膚が発赤、腫脹する。次いで多数の膿瘍を形成し瘻孔を生ずる。しかし抗生物質の発達後こういった典型例は激減し、板状硬の腫脹が唯一の比較的特徴的な症状であることもあり、悪性腫瘍との鑑別が困難である例も報告され¹⁾、“the most misdiagnosed disease”あるいは“masquerader in the head & neck”とも言われている。

確診は病理学的診断による。即ち、菌塊（sulfur granule, Druse）の証明と返縁にみられる放射状の棍棒状構造（club formation）である。

感染経路としては直接伝播、血行性が最も多いとされているがリンパ行性の場合も少なからずあるとされており⁶⁾、本症例は抜歯が上顎であったこと、罹患部位がリンパ節であったことより、リンパ行性と考えられた。

治療は本症例のように術前診断がつかず、従って手術療法が治療法となった報告が多数を占める。またペニシリン系、テトラサイクリン系の抗生物質の比較的多量、長期の投与が有効である。

ま と め

1. まれな顎下部リンパ節に発生した放射菌症の1例を報告した。
2. リンパ節に強い炎症所見と共に本症に特徴的な菌塊（Druse, sulfur granule）を認

め本症と確診した。

3. 近年の抗生物質の発達と普及により瘻孔形成、膿流出を伴う例は少なく術前診断は困難な場合もあり治療は腫瘍摘出となる例が多い。
4. 頭頸部に発生する腫瘍はその鑑別診断に苦慮することがしばしばあるが、放線菌症もその存在を銘記すべき疾患の1つである。

文 献

1. 菅野 享他：悪性腫瘍を思わせた側頸部放線菌症の1例—放線菌確認の経緯ならびに放線菌の分類学的位置について—。耳喉42：83-86, 1970.
2. 山田篤伸他：頸部・顔面における放線菌症例。耳鼻17：179-184, 1971.
3. 徳永 修他：顎下部放線菌症の3例。耳鼻22：537-541, 1976.

4. 毛利 学他：側頭部放線菌症。耳鼻臨床65：1369-1373, 1972.
5. 熊川孝三他：側頭部に発症した放線菌症。耳喉55：975-979, 1983.
6. 新藤潤一：口腔領域における放線菌症の現況—全国45施設140症例の分析—日本口腔外科学会雑誌29：1879-1889, 1983.
7. 深澤元晴他：頸部放線菌症の1例。耳喉頭頸62：783-786, 1990.
8. 池本秀雄：放線菌症。新内科学大系55。吉利 和編。中山書店：3-11, 1975.
9. Cope V Z：Actinomycosis. Practitioner 142：319-326, 1939
10. Rankow R M et al：Actinomycosis：Masquerader in the head and neck. Ann Otol 87：230-237, 1978.

質 疑 応 答

追加 向井貞三（八尾市立病院）

抜髄前の亜硫酸によるDevitalisationで痛みが消えたのでそのまま歯科受診を中断して数ヶ月の発症例を追加した。