

臨床病理検討会レポート

日時：平成3年5月30日

新潟大学口腔病理学教室

人 見 緑

新潟大学歯科放射線学教室

中 山 均

新潟大学歯学部口腔外科学第一教室

堀 田 千 明

新潟大学歯学部口腔外科学第二教室

中 野 久

症 例 提 示

●症例1

患 者：49才 女性

主 訴：左側眼窩部の疼痛

現病歴：5、6年前[6]を、某歯科にて根治、FCKのSETを受ける。その後ときどき咬合痛及び頬側歯肉の腫脹を自覚する事があったが、放置。平成2年12月[5]の根治を受け[56]連結FCKのSETを受ける。又平成3年1月には[7]の根管治療を受けた。その後、左側のみ鼻汁、頭部不快感、頬部圧迫感を認めるようになり、耳鼻科を受診したところ、歯が原因の蓄膿症が疑われ約1カ月間抗生剤処方され服用するも症状軽減せず、歯が浮く様な感じがするため、2/19歯科受診したところ歯性上顎洞炎が疑われ紹介にて2/20、当科初診する。

既往症：36才頃腎盂炎にて入院し、20日間chemotherapyをうける。37才頃より高血圧症にて投薬を受け、現在も服用中。

初診時現症：

全身所見：身長149.6cm 体重61.8kg 栄養状態良好

口腔外所見：

顔貌左右対称 左側鼻翼～頬部に圧痛認めるが、腫脹はない。鼻症状 膿状鼻汁、鼻閉感、後鼻漏認める。

口腔内所見：

[4567番]頬側歯肉に発赤、圧痛あり[45]頬側歯肉に軽度び慢性腫脹認めるが波動、瘻孔は認めず。

臨床検査所見：特記すべき所見無し。

臨床診断：左側歯性上顎洞炎。

処置及び経過：2/20初診後、約1カ月間抗生剤（ケフラール、エンピナースPD）による、chemotherapyを行い、症状幾らか軽減するも、服用しないと、再発する

ためOPEの適応と診断され3/26入院3/29、全麻下にて上顎洞根治術を成功した。

手術所見：[2-7]の歯肉頬移行部に切開を加えflapを形成したところ、骨欠損は認めなかったが犬歯窩は骨が薄く一部灰白色に変色を認めた。同部に骨削除を行ったところ洞粘膜は浮腫様、或いは肉芽様であり脆く易出血性であった。内容液は黄白色の膿様であり、内部に茶褐色の固形物を多数認め悪臭はなかった。洞粘膜を剝離、摘出し下鼻道に対孔形成し手術を終了した。

●症例2

患 者：64才 女性

主 訴：左側頬部痛

現病歴：15才頃より鼻がつまりやすく20才頃、某医院受診投薬及び、洗浄処置を1週間程受けるが症状軽減せずそのまま放置。30才以降は同症状は自然消失。昭和50年頃より鼻出血時々認め、平成元年12月頃より左側鼻翼～頬部に神経痛様疼痛を自覚し、次第に疼痛の頻度も程度も激しくなり、[M]頬側歯肉部の自発痛が出現し、4月12日保存科受診。紹介にて同日当科初診となる。

既往歴：高血圧の診断にて降圧剤服用中

初診時現症：

全身所見：体格は中等度、栄養状態は良好

口腔外所見：顔貌左右対称 左側鼻翼～頬部にかけて圧痛認めるが腫脹、知覚異常認めず

鼻症状は左側のみ鼻汁、鼻閉感認め、眼症状は認めない。

口腔内所見：左側上顎臼歯部頬側歯肉に発赤、腫脹、圧痛認めず。後鼻漏、持続的に認める。

臨床検査所見：特記すべき所見無し

臨床診断：左側上顎洞炎

処置及び経過：H2. 4/12初診、計約3カ月間抗生剤（エリスロシン、セフスパン、エンピナースPD）によるchemotherapy施行。5/10外来にて穿刺行ったところ、黄色、粘稠、悪臭のない内容液を2cc吸引した。細胞診を行った結果、標本には、多量の好中球が認められるのみで、上皮細胞は認められなかった。5/24頃より症状の軽減認められたが左側頬部の違和感は消失せず。X-P上は改善傾向がみられるものの上記症状変わらないため、H3. 4/8入院、4/12全麻下にて上顎洞根治術を施行した。

手術所見：2-7相当部の、歯肉頬移行部に切開を加え、粘膜を剥離したところ、骨欠損はなかった。犬歯窩部を開削し、上顎洞粘膜を剥離していったところ、洞粘膜前方部に、断裂があり、そこから内容物が露出してきた。内容物は茶褐色、泥状であり洞内にはほぼ充満していた。洞粘膜は厚く3、4mm程あった。通法どおり洞粘膜及び塊状物を摘出し、下鼻道前方相当部に、対孔形成し手術を終了した。(堀田)

●症例3

患者：35才 女性

主訴：右上顎臼歯部の疼痛

現病歴：10年前、65を齲蝕のために抜歯。1990年11月末、同部歯肉の腫脹および拍動性の疼痛を認め、某歯科受診し、6j部歯肉の切開、排膿処置うけ、抗生剤投与され改善みられた。しかしその後、切開部と右上顎洞との交通を指摘され、当科に紹介来院。

初診時現症：

全身所見：体格、栄養状態は中等度。

口腔外所見：顔貌は左右非対称で、右頬部から鼻翼基部に瀰漫性の腫脹を認めた。

口腔内所見：7-4j部歯肉頬移行部に瀰漫性の腫脹を認め、発赤、圧痛を認めた。7j近心歯槽頂のやや頬側に4jmmの切開創みられ、上顎洞との交通を認めた。同部はゾンデに少量の膿の付着(黄緑色)がみられた。

臨床診断：右側歯性上顎洞炎

処置及び経過：1990. 12/13より消炎のため抗生剤投与。12/17症状の改善あるも軽度疼痛あり、切開創(瘻孔)より内容液(黄緑色粘稠)6ml吸引する。その後疼痛、腫脹は改善したが鼻閉感残存する。1991. 1/5内容液(同様)再度吸引し、細菌検査(streptococcus viridans, aerobic G-rod, hemophilus)。

X-Pでの改善認められなかったため1991. 5/22全身麻酔下に右上顎洞根治術を施行した。

手術所見：7-3jにわたる歯槽頂切開、3j部縦切開を加え粘膜骨膜弁を剥離し、犬歯窩から上顎洞壁を6j部まで骨削除行い、洞粘膜を剥離した。洞粘膜は浮腫状に肥厚し、6j相当部洞底部に歯根尖を認め、その前方に20×20mm程度の黒褐色の塊状物(腐敗臭強く泥状で脆い)を認めた。中鼻道の自然孔は、狭窄していた。下鼻道に対孔形成行い口腔側を開削した。(中野)

画像所見(症例2・3はCT所見中心)

●症例1

左上6部のデンタルX線写真で、左上6口蓋根の歯硬線は根尖部で消失し、根充用ポイントが10数ミリにたってオーバーフィリングされている。左上顎洞はX不透過性が高まっている。左上顎骨頬骨突起部の肥厚認めるが各洞壁の破壊はみられない。上顎洞内に非常に高い吸収度を持つ数ミリ程の不透過物を認める。来院前のパノラマX-pを見ると、洞内の不透過物は明らか左上6の根尖から移動しており、根尖から漏洩し洞内迷入した根管充填用のペーストであることが示唆される。

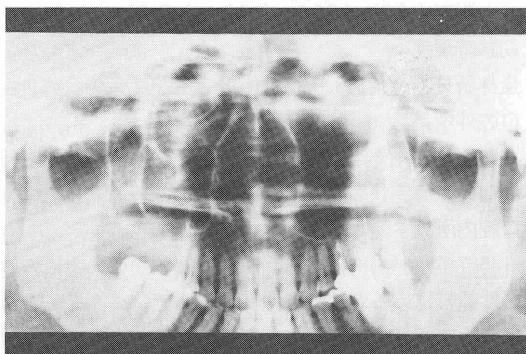
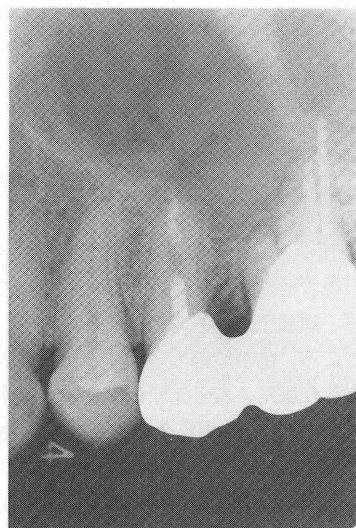


図1 症例1のデンタル(A)及びパノラマX線写真(B) 左上6口蓋根に充填されたポイントはオーバーフィリングされている。同歯槽硬線は根尖部で消失し洞内に突出していると考えられる。

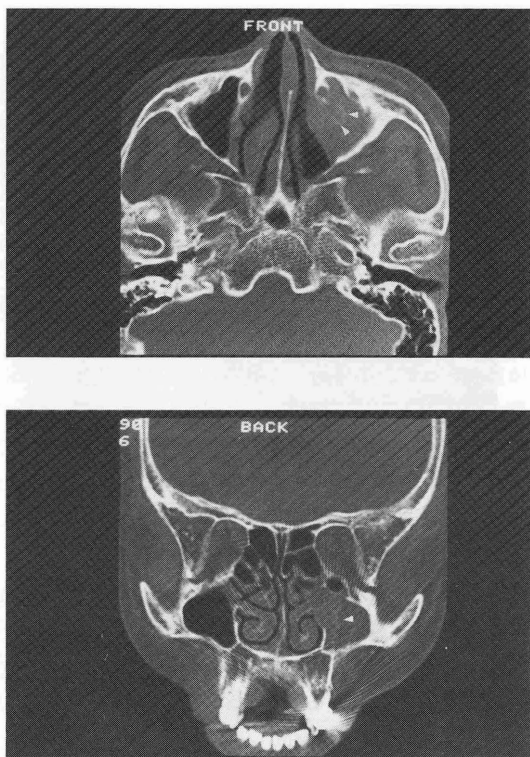


図2 症例2の骨表示CT。A：軸位像 B：冠状断像
上顎洞内にsoft tissue densityを認め、その内部に粒状のhigh density area(矢頭)を認める。

●症例2.

左上顎洞の後外側壁は肥厚しており、洞内は soft tissue density で占められている。中鼻道レベルで、この soft tissue 中に不規則な形を持った high density を示す細粒状の部分を確認。骨の明らかな破壊は認められないが、上顎洞の内側壁（鼻腔側壁）は鼻腔側にやや突出しており、またその骨は一部 erosive で画像上消失している。

●症例3

右上7の歯槽硬線は明瞭で、6相当部に骨欠損を認める。右上顎洞の前壁及び後外側壁は肥厚し、頬骨突起部の骨も硬化像を示している。洞壁の粘膜は後外側壁、鼻腔側壁を中心に肥厚している。経静脈的造影により、この洞壁粘膜の表層が一層強く enhance されている。洞内には air density と液面形成を示した soft tissue density を認める。中鼻道レベルの洞内 soft tissue 中に

は、症例2と同様な high density を示す細粒状構造を確認。下鼻道レベルに見られる液上面付近に、歯牙〜骨と類似した hyper density を示す構造物を確認。

(中山)

病 理 所 見

3症例は、ほとんど同じような病理組織学的所見をもっていた。即ち、著しく肥厚した上顎洞粘膜は、最も厚い部分で4mm程にも達し、そこでは goblet cells の増生を伴う ciliated columnar cells で裏打ちされており、一部には扁平上皮化生も見られた。上皮下には強い浮腫と、リンパ球や形質細胞を主体とする炎症細胞浸潤が、さまざまな程度で深部にまで及んでいるのがみられた。軽度の炎症細胞浸潤にもかかわらず深部まで広がっている所見は、他の原因による上顎洞炎と異なり、この場合の一つの特徴であると思える。洞内容物は、ほとんどが変性しているか壊死に陥っている真菌の塊 (fungus ball) で、5x100mmの断面を有するほどに大きくなったものも少なくない。その微生物は、candida に比べ、やや大

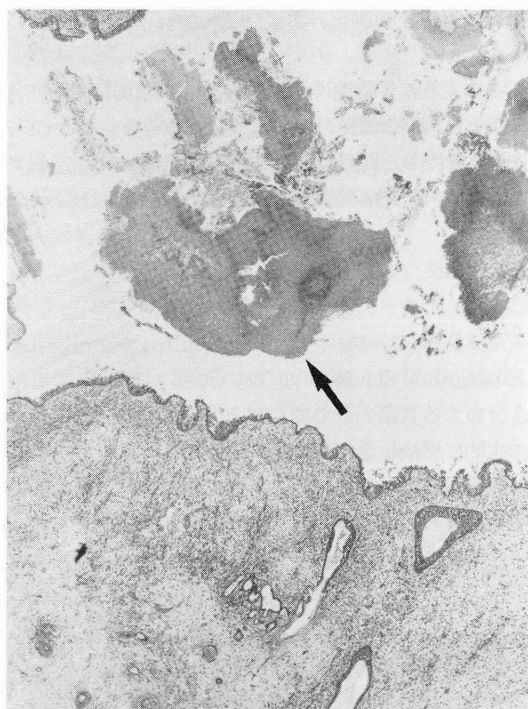


図3 真菌性上顎洞炎の病理組織像。洞粘膜は、水腫及び慢性炎症性細胞浸潤のために肥厚しており、洞内には真菌塊(矢印)がみられる。

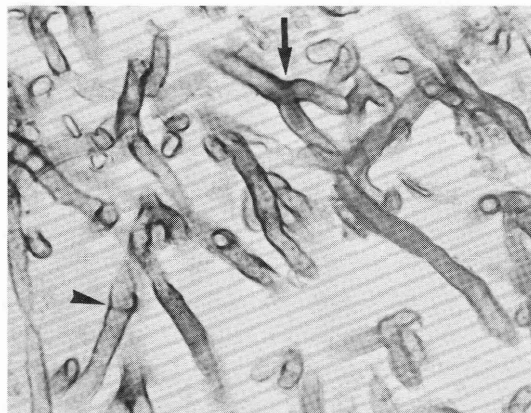


図4 真菌塊の拡大像。菌糸に隔壁(矢頭)とY字状分枝(矢印)が認められ、アスペルギルスが示唆された。

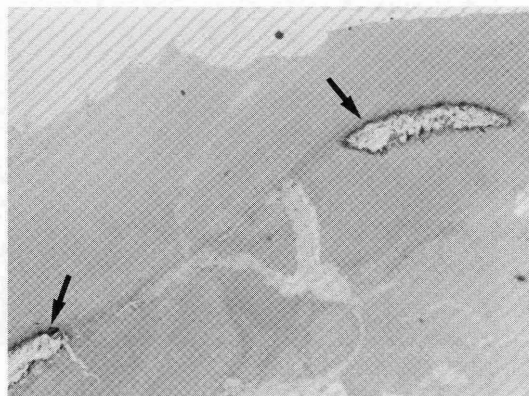


図5 真菌塊。中心部に石灰化(矢印)を伴う。

きい事、隔壁を有し、Y字状に菌糸を延ばしており、また一部では方向性を持って増殖していることから *aspergillus* が最も疑われる。壊死巣の中心部は石灰化がよくみられ、砂状のものから、2 x 2 mm程のものまであった。尚、付属線の増生と嚢胞化、および *oncocyto* 化をともなっていた。

このように、真菌性上顎洞炎は、上顎洞粘膜の非特異性生炎と、洞内の真菌の塊という2つの特徴を持っていた。また、変性した真菌の塊が洞粘膜に接している部分はあったが、生きた真菌が洞粘膜に侵入している像は認めなかった。(人見)

コメント

アスペルギルス(主に *Aspergillus Fumigatus* と *Aspergillus Flavus* が知られている)は、自然界に広く分布する真菌の一つで、宿主の抵抗力低下に応じて、二次的に感染症を招き易い。その場合ヒトでの主な病型は気管支、肺アスペルギルス症である。ついで上顎洞アスペルギルス症が多く、これは片側性上顎洞炎あるいは膿性腫瘍を疑わせる症候を呈する。アスペルギルスは、

ボール状の菌塊を形成し単に洞を塞ぐ場合と、洞粘膜に侵入する場合があります。後者はさらに頭蓋内へ進展死亡する例がある。しかし、今回の症例のように、宿主の抵抗力低下を特に認めない場合でも、真菌症が起こりうるので注意しなければならない。その場合の成因は明確にはわかっていないが、歯科的要因、即ち症例1のように洞内に突出した根充剤、あるいは根管治療中の洞内への穿孔などの不適切な治療や、上顎洞に及ぶ歯周炎や埋伏歯などの歯原性疾患が考えられている。したがって歯科医として注意しなければならないのは、原因をつくらないことはもちろんだが、抗生物質に抵抗性の上顎洞炎があり、歯科的要因を伴う場合は、真菌症も疑うことである。従来は、手術等の後、洞内容物の検索がなされて初めて真菌症と判明することが多かったようだが、今回提示したようにX線CT上で、洞内に陰影の濃淡不均一で一部石灰化を思わせる *high density spots* が確認され、病理検査で洞内の乾酪性物質の小片に特有の構造を有する真菌が認められれば、アスペルギルス症と確定できよう。治療は、化学療法は効果なく上顎洞根治術が適応となる。

(病理 人見)