

[症例]

口腔内に発現した巨大な Pyogenic Granuloma の1例

木村孝雪* 花沢康雄* 熱田藤雄*
高原正明* 高原利幸* 金澤春幸*
小林操* 武藤寿孝* 甲原玄秋*
今井裕* 岩崎勇**

(昭和60年1月14日受付)

Keywords: pyogenic granuloma, oral cavity

緒言

Pyogenic granuloma は、口腔領域に比較的多く発生する疾患である。Bhaskar ら¹⁾によると口腔病理標本17,000ケースの内1.85%が本疾患であったという。しかしながら、大きさは1cm 前後のものが多く、特に3cm 以上のものは少ない。今回、我々は、下顎前歯肉部から発症し、口腔を充満する程大きくなった pyogenic granuloma の1症例を経験したので報告する。

症例

患者：鎌〇と〇 女 69歳

初診：昭和57年11月25日

主訴：下顎前歯肉部の腫瘍

既往歴：31歳時左眼失明。(医者にかからず原因疾患名不明) 約1年前より高血圧症にて薬剤服用中。

現病歴：3年前に、7 6 5 4 3 2 | 2 3 4 6 7 欠損の部分床義歯を、某歯科医にて作成してもらい、適合良好であった。1.5カ月前に、111 残根部に疼痛を覚え、同部唇側歯肉に、1.5cm~2cm の、赤色、表面滑沢、やや膨隆した腫瘍を認めた。義歯を1晩装着しなかったところ、疼痛は消退した。1カ月前に某歯科受診したところ、投薬を受け服用したが、腫脹は軽減せず、逆に20日前には、うずら卵大に増大し、111 残根部を持ち上げ、

下口唇粘膜に接触するようになった。そこで患者自身が、ようじにて残根1本を除去したところ、腫瘍は更に増大し、1週間前には、会話及び接食障害が生じたため、当科を紹介され来院した。

現症

全身所見：体格・栄養状態異常ない。

顔貌所見：顔色正常、腫瘍のため、閉口できず、やや面長の様相を呈する。左眼は陥凹し開眼不能。左側顎下リンパ節は小鳩卵大で軟く、可動性で圧痛があるが、右側顎下リンパ節、オトガイ下リンパ節の腫脹は触れない。

口腔内所見：下顎前歯肉部を基底とする有茎性腫瘍が、口腔内全体に充満し、大きさは幅6cm×高さ4cm×奥行4cm 位で、一見、舌に見えるが、舌は腫瘍後方に位置する(図1)。

全体として表面は平滑で、一部上顎歯牙の圧痕が見られ、色調は赤味を帯び肉芽腫様である。基底部分は黄白色で、一部壊死になっており、悪臭を放つ。硬さはスポンジ様である。

X線所見：腫瘍内に111の残根と思われる不透過像あり、下顎前歯槽骨は一部虫食い状に軽度吸収している。

臨床検査所見：白血球10,100と、軽度増加を示す。末梢血液像では、好中球74%と増加し、リンパ球21%と減少を示す。また、血液化学検査では、血清鉄33 µg/dl と

* 千葉大学医学部歯科口腔外科学教室, ** 同・第1病理学教室

Takayuki KIMURA*, Yasuo HANAZAWA*, Fujio ATSUTA*, Masaaki TAKAHARA*, Toshiyuki TAKAHARA*, Harusachi KANAZAWA*, Misao KOBAYASHI*, Toshitaka MUTO*, Michitoki KINEHARA*, Yutaka IMAI* and Isamu IWASAKI**: Pyogenic Granuloma Occupying in Oral Cavity: Report of Case.

* Department of Oral Surgery, School of Medicine, Chiba University, **First Department of Pathology, School of Medicine, Chiba University, Chiba 280.

Received for publication, January, 14, 1985.

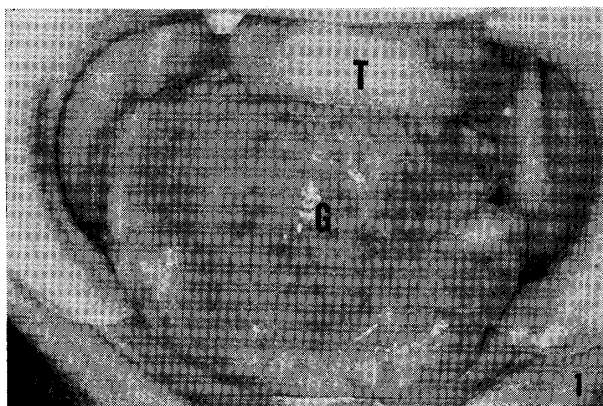


図 1. 初診時の口腔内病態。腫瘤(G)により、舌(T)が後退(2重舌様)している

減少を示す。その他は異常無し。

臨床診断：エプーリスの疑い。

処置および経過：初診翌日に生検を行なった。腫瘤は易出血性であった。生検診断は拡張血管が目立つ、inflammatory granulation tissue であった。初診後11日目に局麻下に腫瘤基部周囲の歯槽粘膜に楕円形の切開を加え、腫瘤を骨膜と共に一塊に摘出した。その際歯槽骨表面は、やや凹凸不整になっていたため、部分切除し、手術創を一次縫合した。術後2年経過した現在、再発はなく経過良好である。

摘出物肉眼的所見：大きさは $6 \times 4.8 \times 4.2$ cm, 重さ 65g で、弾性軟の腫瘤で、表面はやや凹凸不整で、上顎歯牙の圧痕のために溝が存在し、一部潰瘍形成が見られる。色調は黄白色で、出血斑が存在する。剖面は淡暗赤色の均一な肉芽様組織で充満し、大小不同の出血巣と思われる部分が散存する(図2)。

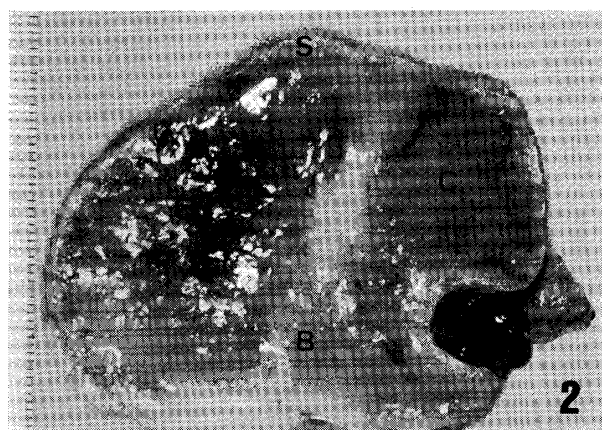


図 2. 摘出物の頬舌的剖面
S：表層，C：中心部。B：基底部

病理組織学的所見：突出した部分の腫瘤の表面には、潰瘍形成を認め、潰瘍表層部にはフィブリンの析出と、主に血漿成分が凝固してできた網状層が交互に配列して構成されている。これらの各層には毛細血管の増生は未

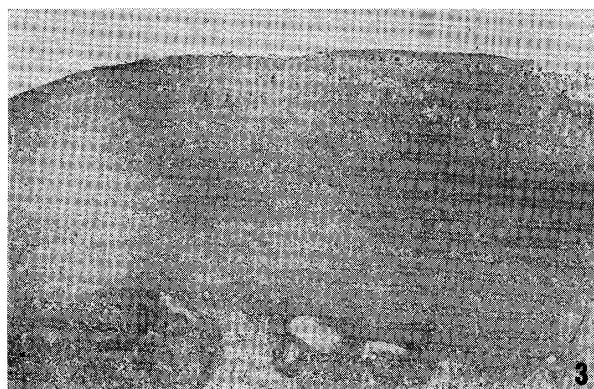


図 3. 腫瘤の表層：上皮はなく凝血が多層をなす。H.E. $\times 4$

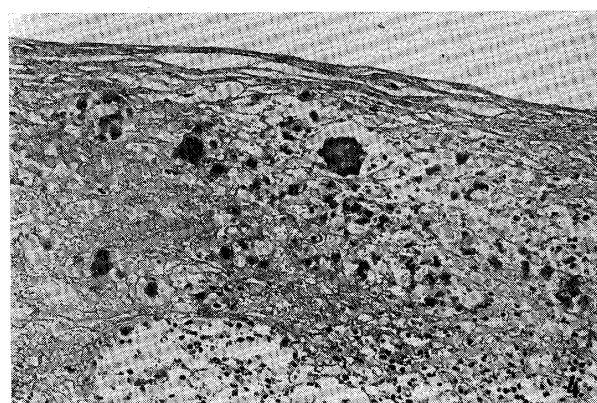


図 4. 腫瘤の外層にのみ菌塊を認める
H.E. $\times 200$

だ認められなかった(図3)。又、潰瘍の最外層にはグラム陽性球菌の菌塊が認められた(図4)。腫瘤中間部は、血管の多い浮腫状の組織で、膠原線維の増生を認め、一見粘液腫状に認められた。そこには、リンパ球、顆粒球が認められた(図5)。腫瘤の基底部には、かなりの線維化が認められた(図6)。腫瘤の基底部周囲は扁平上皮に覆われていたが、悪性像は認められなかった。

病理組織学的診断：Pyogenic granuloma

考 察

Pyogenic granuloma は、皮膚科医ならびに口腔外科医が、比較的良好に経験する疾患である。Kerr²⁾は、280例の内、143例(51%)が、口腔に見られたと報告している。歴史的に本疾患を考察すると、1897年 Poncet and Dor³⁾ が、ヒトに見られた本疾患を初めて報告している。それによると、馬に見られる botryomycosis に似ているとして、botryomycosis humaine と命名し、真菌の一種である botryomycosis による感染症と考えた。又、Sabrazès and Laukie⁴⁾ (1899) や、Boden⁵⁾ (1902) は、streptococcus が、原因菌であると考えている。1903

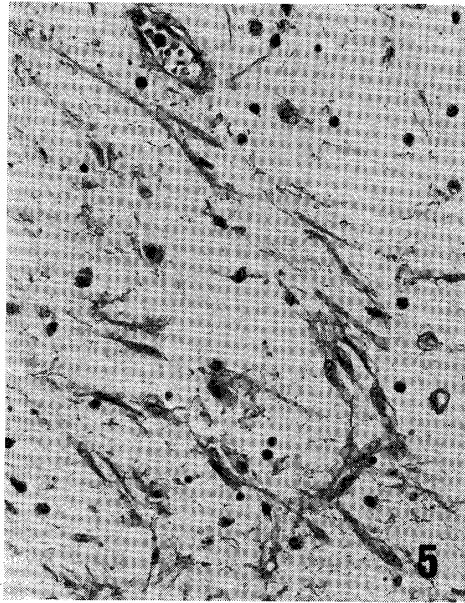


図 5. 腫瘤中間層：粘液水腫様を呈する。H.E. ×200

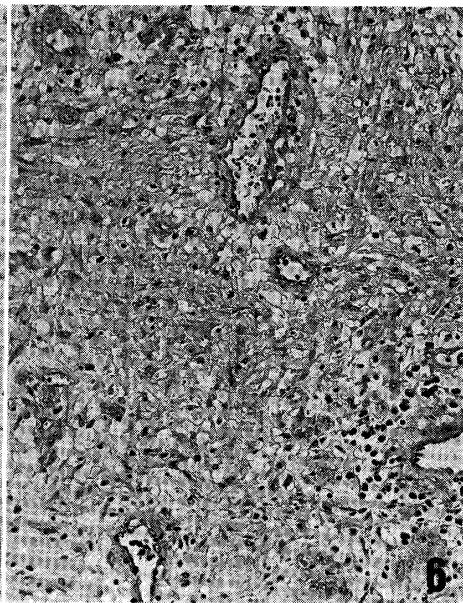


図 6. 腫瘤基底層：線維化が認められる。H.E. ×200

年 Crocker⁶⁾ は、感染性肉芽腫という意味あいから、pyogenic granuloma の名称を初めて提唱した。1932年 Montgomery and Culver⁷⁾ は、staphylococcus や streptococcus は、原因菌でない可能性があり、granulation tissue を惹起するものなら何でも、本疾患の原因となり得ると述べ、感染説に疑問を投げかけている。また、1936年、Berger ら⁸⁾は、動物の botryomycosis と、本疾患は別個のものではないかと考えている。しかしながら、今世紀前半までは、感染症との見方が主流を占めていた。

1951年、Kerr²⁾ が、検出される細菌は、皮膚や粘膜からの contamination によるものであり、本疾患は微小な傷に対する、過剰な修復反応によって起こると述べ、Montgomery 等の説をほぼ認め、感染説を否定している。Bhaskar¹⁾ ら (1966) も、感染説を否定し、本症は、局所的な刺激に対する反応性新生物と述べており、今日でも、この考え方が大体受け入れられているようである。

口腔内に発生する本症の原因としては、歯牙鋭縁、不良修復物、咬傷、歯垢、歯石^{9,10,11)}が挙げられる。本症例では、慢性辺縁性歯肉炎の下地に、残根の鋭縁や、義歯の不適合などの機械的刺激が、加わって発症したのではないかと推察された。全身的因子としては、内分泌の影響を考えるものが多い^{9,12,13)}。これは、pregnancy epulis が組織学的に、pyogenic granuloma と一致する事が、殆んどである事が、根拠となっている。しかし Bhaskar は、242例の本疾患について検討し、男女差はあまり見られなかったとし、内分泌因子の関与を疑ってい

る。しかし、歯肉に限って性差を検討すると、女性に圧倒的に多くみられるようである^{1,2,12)}。本疾患が妊娠による内分泌（性ホルモン）の関与を疑うのならば、若年層に多いと思われるが、諸家の年齢に関する報告を見ると、20～30歳台が多いとする者¹³⁾、50～60歳台が多いとする者¹⁾、好発年齢は認められないとする者¹⁴⁾と様々であり、一致は見られていない。又、歯肉に発生した pyogenic granuloma に限定した場合、pregnancy tumor との関連もあり、10代から30代に好発年齢があるという報告が多い^{15,16)}。また、Montgomery⁷⁾らは、5例の内3例が、高血圧症であり、高血圧症が本症の誘因になり得るのではないかと推察しているが、現在では否定されているようである。本症例は、女性、高血圧症であった。妊娠による内分泌の影響は否定されるが、高血圧の影響は不明である。

初発から来院までの期間は、平均で Bhaskar ら¹⁾は8カ月、Leyden ら¹³⁾は4カ月と報告している。Bhaskar ら¹⁾によると、来院までの期間と、腫瘤の大きさとの相関関係は見られなかったという。われわれの症例でも1.5カ月と非常に短期間に、急速に増大したものであった。大きさは海野¹⁴⁾は、平均7～8mm、Kirkham ら¹⁷⁾は、2cm 以下、Amira¹⁸⁾は数mm から、3cm と述べている。以上の如く3cm 以下の報告が多いが、Bhaskar¹⁾は、6cm までと記載している。本症例は6cm と、われわれの渉猟した範囲では、Bhaskar の報告と並んで最も大きな pyogenic granuloma であった。このように急速かつ巨大に腫瘤が増大した要因としては、腫瘤内に遊離した残根が、義歯を使つての咀嚼と共

に動揺し刺激になった事が考えられる。

臨床的特徴としては、①普通有茎性、時には広基底性の隆起した病変である。②初期には軟らかく、時間が経つにつれて、fibrom 様に硬くなってくる。③表面は通常、平滑であるが、時には raspberry 様の凹凸不整を示す事がある。大多数の症例では潰瘍を形成し、時に排膿を見ることもある。④易出血性で、色調は明るい赤色から赤紫色である。出血すると、メラニン性の茶かっ色を呈することがあるなどが挙げられる。本症例では、赤色有茎性で軟らかく、全体として表面平滑であるが、一部潰瘍を形成していた。

病理組織学的には、一般に高度の内皮細胞の増殖と、豊富な血管腔の形成が見られ、表面を被う上皮は、うすく時には萎縮している。多くの症例では、頂上部の上皮は潰瘍化し、炎症性の浸出物で被われている。同部には、mycosis, streptococcus または、staphylococcus 等の細菌が見られることもある。基底部では上皮は増殖し、しばしば、過角化を起こしている。以上が本疾患の特徴として挙げられる。われわれの症例でも、ほぼ同様の所見を呈していたが、基底部に角化はみとめられなかった。また最外層に、グラム陽性球菌が認められた。鑑別診断としては、急速、無痛に増大することから悪性腫瘍（特に、血管肉腫、Kaposi 肉腫）と間違えられることもある。また、毛細血管腫との鑑別は特に問題となるところである。Kerr ら²⁾は、pyogenic granuloma は、capillary hemangioma に比べて①境界明瞭であり、皮下組織には浸潤しないこと、②深部の病変部を上皮が取り囲む傾向のあることを鑑別点として挙げている。しかしながら石川ら¹⁰⁾によると、capillary hemangioma との鑑別は極めて困難であったという。また、海野ら¹⁴⁾は、舌に発生した pyogenic granuloma 20例について検討し、その病理組織像が表層は炎症の強い肉芽腫様の病変を示し、基底部では明確な毛細血管の増生と血管内皮細胞の密な集落が見られたことから、毛細血管腫が、外傷、感染など2次的に修飾を受けて肉芽形成をしたものと解釈している。本症例では、基底部には膠原線維が豊富になり、線維化が著しくなっており、海野らとは、異なった病理組織像を呈している。我々の症例は、毛細血管腫が2次的炎症を起こしたのではなく、歯牙残根等の刺激により肉芽形成が起り、それが巨大化し、基底部では線維化が起ったものと推定される。予後は完全に切除すれば再発は少ないと言われており^{2,12)}、われわれの症例も術後2年を経た現在、再発なく経過良好である。

結 語

69歳の女性の下顎前歯肉部に発生した、巨大な pyogenic granuloma の1例を報告し、若干の考察を行った。

文 献

- 1) Bhaskar, S. N. and Jacoway, J. R.: Pyogenic granuloma-clinical features, incidence, history, and result of treatment: Report of 242 cases, J. Oral surg 24, 391-398, 1966.
- 2) Kerr, D. A.: Granuloma pyogenicum. Oral Surg. 4, 158-176, 1951.
- 3) Poncet, A. and Dor, L.: Botryomycose humaine. Rev Chir. 18, 213, 1897.
- 4) Sabrazès, J. and Laubie, A.: Non-spécificité de la botryomycose, Arch. gén. de méd. November, pp. 118, 1899.
- 5) Bodin, E.: Sur la botryomycose humaine. Ann. derm. syph. 4s. III, 289-302, 1902.
- 6) Crocker, H. R.: Diseases of the skin. 3rd, ed, p.p, 1466. Blankiston's Son & Co, Philadelphia, 1903.
- 7) Montgomery, D. W. and Culver, G. D.: Granuloma pyogenicum. Arch. Dermatol. Syph. 26, 131-138, 1932.
- 8) Berger, L., Vallee, A. and Vezina, C.: Genital Staphylococcal Actinophytosis (Botryomycosis) in human beings. Arch. Path. 21, 273-283, 1936.
- 9) 堀口宣行, 大森基夫, 追川哲雄, 泉 広次, 山本浩嗣: 下口唇に発生した pyogenic granuloma と思われる一症例について. 日大口腔科学 6, 387-391, 1980.
- 10) Shafer, W. G., Hine, M. K. and Levy, B. M.: A textbook of oral pathology. 2nd ed. pp. 272. Saunders Co, Philadelphia and London, 1963.
- 11) Mussalli, N. G., Hopps, R. M. and Johnson N. W.: Oral pyogenic granuloma as a complication pregnancy and the use of hormonal contraceptives. Int. J. Gynaecol. Obstet. 14, 187, 1976.
- 12) 佐藤 匠, 伯田純一, 川井健二郎: 口腔の pyogenic granuloma. 京大口腔紀要 19, 45-56, 1979.
- 13) Leyden, J. J. and Master, G. H.: Oral cavity pyogenic granuloma. Arch Dermatol. 108, 226, 1973.
- 14) 海野 智, 長田道哉, 川辺良一, 高橋徳昭, 増田正樹, 藤田浄秀: 舌に発生した pyogenic granuloma の20症例について. 日口外誌 30, 133-140, 1984.
- 15) Yohoshua, K., Amos, B. and Louis, S. Han-

- sen: Reactive lesions of the gingiva. A clinicopathological study of 741 cases. J. Periodont. 51, 655-661, 1980.
- 16) Buchner, A., Calderon, S. and Ramon, Y.: Localized hyperplastic lesions of the gingiva. A clinicopathological study of 302 lesions. J. Periodont. 48, 101-104, 1977.
- 17) Kirkham, D. B., Hoge, H. W. and Bell, W. A.: Severe alveolar bone loss associated with a pyogenic granuloma—a case report. W. D. A. 58, 17-19, 1982.
- 18) Amira, A.: The prevalence of pyogenic granuloma in pregnant women. J. Baltimore. Coll. Dent. Surg. 29, 64-70, 1974.
- 19) 石川梧朗, 秋吉正豊: 口腔病理学 II. p. p. 990. 永末書店, 京都, 1970.



輸血後肝炎の発生を抑制… 二重盲検法試験成績

輸血1週間前より輸血2週間後まで強ミノC40mlを連日静注した群の輸血後肝炎発生は171例中29例(17%)で、プラセボ群の165例中41例(24.8%)に比し低率であることが、有意の差で認められた。

また、強ミノCは、非B型輸血後肝炎の潜伏期の短いもの(慢性化しやすいもの)に対し発生予防効果のあることが認められた。

輸血後肝炎発生抑制機序としては、強ミノCのインターフェロン誘起作用が関与していると考えられている。

(臨床評価 8, 197, 1980)

■グリチルリチン製剤

強力ネオミノファーゲンシ

包装 20ml × 5管, 20ml × 30管

文献進呈

合資会社 ミノファーゲン製薬本舗 (〒160) 東京都新宿区四谷3-2-7