

歯性病巣が原因と考えられる 皮膚症状とその改善

Cutaneous manifestations per chance due to dental focal infection and its remedy

Patients with palmoplantar pustulosis who show neither reaction to metal allergy testing nor improvement after replacing the dental materials with the non-allergen are not uncommon. Refractory cutaneous manifestations of these patients are sometimes remedied after treatment of a periodontal abscess. This is thought to be due to dental focal infection. This paper presents two such cases. *J Health Care Dent. 2012; 13: 31-35.*

押村 進 Susumu OSHIMURA

歯科医師 Private Practice

藤田保健衛生大学皮膚科学教室 客員講師

押村侑希 Yuki OSHIMURA

歯科医師・勤務

おしむら歯科

愛知県名古屋市中川区細米町1-7

Oshimura Dental Clinic

1-7, Hosokomecho, Nakagawa-ku, Nagoya,

Aichi, 454-0847, Japan

キーワード: **focal infection**
palmoplantar pustulosis
contact dermatitis

緒 言

歯科金属アレルギーに関するマスコミ報道の影響か、金属アレルギーを疑って来院する患者が増えている。それに伴い歯科診療所においても、皮膚症状に注意し、金属アレルギー検査を勧めるなどの対応を迫られる機会が多くなってきている。そのような中で、掌蹠膿疱症等の患者では歯科金属のパッチテストに反応のない者、反応した金属をアレルギーとならない歯科材料に置換しても皮膚症状が改善しないなどの症例にしばしば遭遇する。このような症例の中には根尖性歯周膿瘍などを治療することにより、難治性の皮膚症状が快癒することが報告されていることから、口腔内に限局した膿瘍が皮膚症状の何らかの原因となっていることが推測される。これは古くから、歯性病巣感染(focal infection)²⁾として知られているものだが、慢性限局性の原病巣(primary focus)と遠隔臓器の二次疾患(secondary focus)の因果関係を立証することは難しい。今回、筆者は、金属アレルギー様症状の原因が歯性病巣感染であった2症例を経験したので報告する。

症 例 1

患者: 55歳, 女性

主訴: 口腔内の金属修復物の除去(金属アレルギーを疑いをもって)

初診時の症状と経過: 初診時、足裏の掌蹠膿疱症のため歩行困難な状況だった(図1-1)。口腔内には金銀パラジウム合金の冠および義歯などの治療がなされており、オルソパントモグラフで多数の根尖病変が認められた(図1-2)。

皮膚科に対診を求めたところ、血液検査の結果はASK値が高い(1,280)ものの正常範囲内、パッチテストの結果は、亜鉛に試薬の刺激と思われる反応があった以外はすべて陰性だった(図1-3)。

治療経過

根尖病変が認められる [3](#)[2](#)[1](#)3 について感染根管治療、および保存困難な [7](#)[6](#)[5](#)[4](#)、[1](#)[2](#)[4](#)[6](#)、[1](#)[4](#) を抜歯した(図1-5)。

根管治療から60日後、足裏の掌蹠膿疱症の改善が確認された(図1-4)。

その後、約3年間、来院がなかったが、軽度の掌蹠膿疱症の再発で来院し



図 1-1 初診時の足の裏の掌蹠膿疱症。

ASO	240	(IU/mL)
ASK	1,280	
CRP	定量	0.2 (mg/dL)
	定性	(-)
白血球数	83	($\times 10^2/\mu\text{L}$)

図 1-3 初診時の血液検査結果。ASK 値 (抗ストレプトキナーゼ抗体) は正常範囲内だが、1,280 と高い値を示していた。

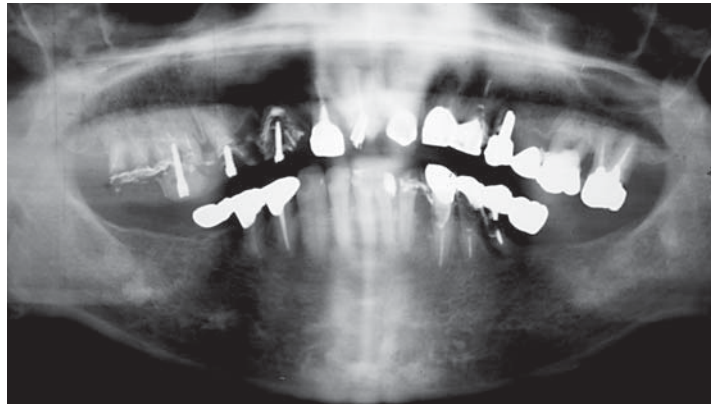


図 1-2 初診時のパノラマエックス線写真。多数の根尖病変が認められた。



図 1-4 根管治療および抜歯後 60 日頃の足の裏の状態。

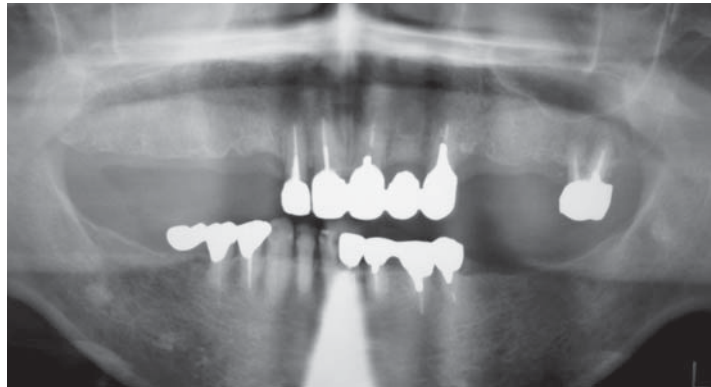


図 1-5 歯科治療終了後のパノラマエックス線写真。

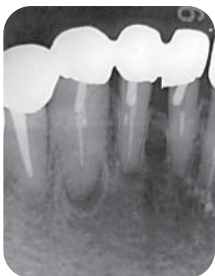


図 1-6 掌蹠膿疱症再発時のデンタルエックス線写真。32 根尖部に透過像を認める。



図 1-7 掌蹠膿疱症再発時。

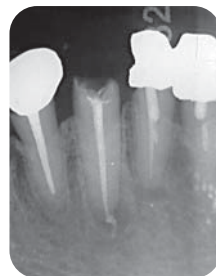


図 1-8 根管治療後。



図 1-9 根管治療後の手のひら。

た。再来時の口腔内デンタルエックス線写真と手のひらの写真を図 1-6、1-7 に示す。

32 部に根尖病変を認めたため、再度根管治療をした。図 1-8、図 1-9 に根管治療後の口腔内デンタル X 線写真と手のひらの写真を示す。

症 例 2

患者：初診時 60 歳、女性

主訴：近隣の皮膚科医師より掌蹠膿疱症の診断名にて紹介を受ける

初診時所見：掌に膿疱状の皮疹(図 2-1)があり、術前のパノラマエックス線写真(図 2-2)では、616 の根尖周囲に大きな病変を認めた。16

- 反応なし
- ? + 弱い紅斑
- + 紅斑+浸潤+ときに丘疹
- ++ 紅斑+浸潤+ときに丘疹+小水疱
- +++ 大水疱



図2-1 初診時の手のひらの状態。
パッチテスト擬陽性=弱い紅斑あり。



図2-2 初診時のパノラマエックス線写真。
16の根尖に大きな病変を認める。



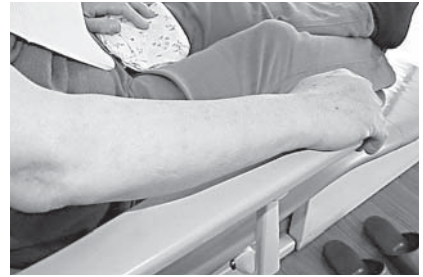
図2-3 全身に膿疱性皮疹を認めた。

ASO		59 (IU/mL)
CRP	定量	0.15 (mg/dL)
	定性	(-)
白血球数		107 (× 10 ² /μL)
好中球		43.9 %
好酸球		31.8 %
好塩基球		1.3 %
リンパ球		19.7 %

図2-4 血液検査の所見。
白血球(好酸球比率の顕著な増加)の増加が認められた。



図2-5 皮膚疾患はほぼ改善している。



の根尖部は透過像の境界が明瞭で、円形状なので、歯根嚢胞が疑われる。

治療経過

抗生剤を術前投与して抗生剤の血中濃度を高めてから、16を抜歯したが、全身に膿疱性の皮疹が出現した。

パッチテストでは、金とパラジウムに擬陽性の反応があった。

術前に抗生剤を投与して、抗生剤の血中濃度を高めてから16を抜歯した。その後一過性の菌血症により全身に膿疱性皮疹が出現した(図2-3)。血液検査の結果、白血球数の増加が認められた(図2-4)。

その後、歯髄反応で陰性を示し

た123 (コンポジットレジン充填歯)の抜髄を行い、歯髄は壊死していて腐敗臭がした。根管形成・根管充填の後、前装冠を装着した。その後、全身の皮疹はかなり治療に時間を要したが、約2~3ヵ月で快癒した。

考 察

重篤な皮膚症状をもつ患者の治療で、最も重視しなければならないことは皮膚科医師・内科医師との連携である。歯科的な原因の関与が疑われた場合には、次のような対処方法が考えられる³⁾。

- ① 歯科金属アレルギーがあれば、その原因金属などの除去・置換

表1 筆者の診療所を受診した皮膚症状をもつ患者の疾患別の患者数(人) (2005～2006年)

皮膚科・歯科口腔外科での診断名							
掌蹠膿疱症 (PPP)	26	口腔内不定愁訴	2	酒さ様皮膚炎	1	手湿疹	1
接触性皮膚炎	26	舌痛症	2	掌蹠角化症の疑い	1	手白癬	1
アトピー性皮膚炎	12	接触性皮膚炎・		尋常性ざそう	1	鼻粘膜炎症	1
不明	12	PPP 合併型	2	心身症	1	慢性歯槽骨髄炎	1
主婦湿疹	7	慢性辺縁性舌炎	2	蕁麻疹	1	ベーチェット病・	
全身性接触性皮膚炎	6	角化性病変	1	接触性皮膚炎・		掌蹠膿疱症併発	1
結節性痒疹	5	貨幣状湿疹	1	掻痒性皮膚炎	1	膠原病の疑い	1
掌蹠膿疱症の疑い	3	カンジダ症	1	接触性皮膚炎の疑い	1	耳介接触性皮膚炎	1
爪白癬	3	菌交代減少現象	1	多発性骨髄腫・		虫刺されの強反応	1
掌蹠角化症	3	慢性湿疹	1	接触性皮膚炎	1	類天胞症 口腔型	1
口腔乾燥症	2	口腔ヘルペス	1	爪白癬・金属アレルギー	1	足底湿疹	1

②化学物質過敏症などがあれば、原因となる歯科材料のその患者にとって安全な材料への置換

③菌性の病巣感染が疑われるときはその病巣を除去する歯科的治療

④歯周疾患に対しての治療

菌性病巣感染が関与すると思われる皮膚疾患には、次のものがある⁴⁾。

①掌蹠膿疱症，②浸出性紅斑，③蕁麻疹，④尋常性乾癬，⑤結節性紅斑，⑥アナフィラキシー紫斑病，⑦痒疹，⑧アトピー性皮膚炎(掌蹠膿疱症などとの併発)，⑨その他。

また，原病巣となると考えられている菌性病巣の疾患には，下記のもの⁴⁾が考えられる。

i 口腔粘膜疾患

慢性口腔粘膜潰瘍／カンジダ症

ii 歯根尖部疾患

慢性根尖性歯周炎／根尖性歯根肉芽腫／根尖性歯根嚢胞

iii 歯周疾患

辺縁性歯周組織炎／歯肉炎

iv 顎骨疾患

顎骨嚢胞／残留嚢胞／陳旧性顎骨骨折／慢性顎骨骨髄炎

v 歯冠周囲炎

智歯周囲炎／萌出性歯肉炎

vi 上顎洞炎

菌性上顎洞炎

vii その他

歯科医師は，このような皮膚科疾患の診断は必ず皮膚科専門医に依頼すべきである。主たる治療は必ず専

門医を受診していただき，その治療経過をみながら歯科治療を進めることが推奨される。

特に注意を要するのはアトピー性皮膚炎の患者である。アトピー自体は歯科的な対応は難しいが，アトピーの患者は皮膚の感受性が高いため接触皮膚炎等を併発しているケースがある。その接触皮膚炎の原因が歯科金属アレルギーの場合は，金属の置換で皮膚症状が軽減することがある。その見極めのため，専門の皮膚科医師の診断を仰ぎ，パッチテストなどの結果，歯科金属の関与が疑われた場合は金属置換を提案すべきだろう。疾患により，病巣感染が関与しているか金属アレルギーもしくは化学物質の過敏症なのか，様々な原因で起こっているのかの鑑別が必要となり，それぞれに応じた歯科的な対応が必要になる。

歯科医師は金属アレルギーにばかり目を奪われることなく多様な視点から皮膚科医師等と連携し，患者の皮膚症状の軽減・治癒に関与すべきである。本症例のような掌蹠膿疱症などで歯科医院を受診する患者の大多数は，体のどこか(主に頭頸部)に不顕性の慢性病変が見つかることが多く，その病変が，たとえば口蓋扁桃であったり上顎洞炎，中耳炎などの耳鼻科疾患であったり，歯科領域の根尖病変，歯周疾患であったりすることが多い。皮膚科の医師は皮膚疾患のうちかなりの割合で病巣感染の関与があると考えている。

皮膚科の患者に病巣感染等の関与が強く疑われる場合は、歯科との連携、歯科的病巣の検索等がルーチンワークになってくる。

表1は、2005～2006年の1年間に、筆者の診療所を受診した重篤な皮膚症状をもつ患者の、疾患別の患者数である。金属アレルギーなどを疑い、本歯科医院を受診した患者のなかに多様な疾患の患者がいることがわかる。

なかでも、掌蹠膿疱症と接触性皮膚炎が多いが、皮膚症状をもつ患者については、金属アレルギーと同時に菌性病巣感染の観点で診ていくことが大切と思われる。専門家向けの金属のアレルギーの図書³⁾でも「掌蹠膿疱症の原因は不明な点が多いが、第一に考えるべきは、口蓋扁桃の慢性病巣感染である。ほかに歯根、副鼻腔、中耳、リンパ節、虫垂、胆嚢、骨髄、卵管、前立腺、精嚢などの病巣感染も関与が示唆されているが、扁桃炎、歯周炎、慢性副鼻腔炎などの頭頸部の病巣感染が80～90%を占めるとされており、実際、扁桃摘出術、抜歯などの処置により軽快する例が多い」と記されている。また、「とくにそういった手術後に一時的な悪化が見られる場合は、逆に予後が良いとされていると理解されている。このように歯科金属アレルギーを主訴とする掌蹠膿疱症等の症状をもつ患者の場合は第2の原因として菌性病巣感染の可能性を念頭に入れておくべきであろう。

金属アレルギーだけでなく歯科的な病巣の検索・関与の有無・歯科的

な褥創等に対しての対応等皮膚科との連携はこれからますます増えていくと思われる。

そのために、次のことに留意したい。

1. 皮膚科と歯科との患者を中心とした連携体制の確立
2. 皮膚科等他科の医師への口腔内の状況の分かりやすい情報提供と情報を共有した治療
3. 病巣感染が疑われる皮膚疾患の患者が皮膚科を受診した場合の耳鼻咽喉科および歯科などでの病巣検索のルーチン化（金属アレルギーの関与、菌性の病巣が原因と疑われる場合は必ず皮膚科よりの歯科受診依頼・歯科的原因の検索および皮膚科医師への報告）
4. パッチテスト基準（歯科金属などの遅延性のアレルギーなどは1週間の判定を必ずしていただく）の明確化
5. 皮膚科・歯科・耳鼻咽喉科などのネットワーク作り

まとめ

様々な皮膚疾患を有する患者で、皮膚科的治療のみでは改善せず、そのために金属アレルギーなどを疑って歯科医院を受診する患者が増えている。こういった患者への対応として歯科医院では、皮膚科でのパッチテストを受け、病巣感染が関与する疾患かどうかの検討を行うことが重要である。

参考文献

- 1) 形浦昭克：扁桃病巣感染証＝発症機序の解明と臨床への応用。第87回日耳鼻総会宿題報告モノグラフ。1986。
- 2) 神野卓。なぜ今、菌性病巣感染か——菌性病巣感染と皮膚疾患——。歯医学誌。2000.9; 53(6): 27-33。
- 3) 中山秀夫, 井上昌幸, 松村光明: GPの為の金属アレルギー入門臨床。東京: デンタルダイヤモンド社; 2003。
- 4) 松村光明: 金属アレルギーの治療の流れとメタルフリー修復の現状。歯医学誌。2007.11; 60(8): 6-19。
- 5) 押村 進, 松永佳世子, 服部正巳ほか: 歯科との連携で治す皮膚疾患。Visual Dermatology。2006; 5(11)。