

口腔粘膜疾患の診かた②

市立池田病院歯科口腔外科副部長 小川美美

口腔粘膜疾患には口腔がんとの関連性が指摘されている病変や全身性疾患の一症状として出現する病変など、潜在的な疾患の発見のきっかけとなるような病変がみられることも少なくない。このような病変を鑑別、診断して早期に適切な対応をとることは口腔管理のみならず、全身管理の面からみても非常に重要なことである。そこで今回は、口腔がんに関連のある口腔粘膜疾患および口腔粘膜に症状を生じる全身性疾患について述べさせていただく。

〈口腔がんとの関連性が指摘されている病変〉

口腔がんの発生と関連が深いとされている疾患は、以前は前がん病変あるいは前がん状態と分類されていたが、2005年に前がん病変あるいは前がん状態を有する場合、その病変だけでなく、それ以外の正常粘膜からも癌が発生するリスクがあるという概念が提唱されるようになった。この提案に従い、2017年に改訂されたWHOの頭頸部腫瘍分類では、「臨床的に明確な前駆病変であるか正常粘膜であるかに関わらず、口腔における癌の発生リスクを有する臨床の状態」として口腔内の前がん病変および前がん状態を併せて口腔潜在的悪性疾患 (oral potentially malignant disorders: OPMDs) と定義した。OPMDsには白板症、紅板症、紅板白板症、口腔粘膜下線維症、先天性角化不全症、無煙タバコ角化症、リバーズスモッキング関連口蓋病変、慢性カンジダ症、扁平苔癬、円板状エリテマトーデス、梅毒性舌炎、光線角化症 (口唇) の12疾患が挙げられており、その中でも代表的な白板症、紅板症、扁平苔癬について概説する。

①白板症

白色の板状または斑状の病変で、50～60歳代に好発し、男女比は2:1で男性に多い。舌、歯肉、頬粘膜に多く発症し、白斑のみの場合には疼痛はないが、紅板やびらんが混在すると接触痛が生じる。原因は喫煙や飲酒、不適合補綴物などによる刺激と言われているが、原因不明なものも多く存在する。臨床的には表面が平坦で色調が均一な均一型と表面が粗造あるいはびらんや潰瘍を伴い、色調にムラがみられる非均一型に分類 (表1) され、紅斑を有するものや疣贅状の白板症は上皮異形成の頻度や程度が高いとの報告もある。

表1 白板症 均一型と非均一型の違い

均一型	非均一型
平坦	疣贅
波状	結節
ヒダ状	潰瘍
軽石状	紅板白板症

確定診断には病理組織学的検査が必要だが、ヨード染色法や蛍光観察法が生検前の上皮異形成の補助診断として利用されている。治療は、まず喫煙や不適合補綴物などの刺激が考えられる場合には刺激となっている要因を除去することが重要である。病理組織学的検査の結果、高度異型がみられたり、悪性化の可能性が高いと判断された病変については切除が望ましい。

白板症は経過中に消失あるいは縮小することは少なく、本邦における癌化率は3.1～16.3%と報告されている。癌化には性別や年齢、部位、臨床型、発生様式、上皮異形成の有無などが影響する。女性や高齢者の白板症は癌化率が高く、部位では可動粘膜、特に舌、口底、頬粘膜に発生するものが癌化しやすいといわれている。また、非均一型や病変の大きさが2cm²以上のもの、多発性にみられるものも癌化率が高いとされている。病理組織学的には上皮異形成を有するも

のは癌化しやすく、上皮異形成が高度なほど癌化までの期間が短いとの報告もある。そのため、一定期間ごとの経過観察が必要であり、経過観察では病変部位のみでなく、口腔内全体を十分観察することが重要である。

②紅板症

臨床的にも病理組織学的にも他の疾患に分類されない紅斑で、鮮紅色、ピロード状の均一な紅斑を示すものもあれば、白斑を伴ったり、隆起性がみられるものもある。40～50%が癌化するとされており、口腔粘膜病変の中では最も癌化する可能性が高い。50～70歳代に多く、性差はないとされている。頬粘膜、軟口蓋、舌に多く発症し、多くの症例で刺激痛を認める。

原因は不明だが、喫煙や飲酒との関係が指摘されている。病理組織学的診断によって確定診断がなされるが、臨床診断が紅板症であっても病理組織学的に上皮内癌と診断されることも多い。治療としては、癌化する可能性が高いことを考慮し、積極的に外科的切除を行う。外科的切除症例では再発は少ないとされているが、切除後も長期にわたる経過観察が必要である。

③口腔扁平苔癬

口腔粘膜の角化異常を伴った慢性炎症性疾患で、レース状、網目状、線状、斑状の白色病変がみられる。発赤を伴うことも多く、びらんや潰瘍を形成し、接触痛や刺激痛、出血がみられることもある。原因は明らかではないが、アレルギーや遺伝的素因、細菌性、ウイルス性などの説が考えられている。増悪因子としては、喫煙やC型肝炎ウイルスが挙げられている。好発部位は頬粘膜で、両側頬粘膜に生じた白色レース状病変は診断を行ううえで重要な臨床所見である。鑑別疾患として白板症や天疱瘡、類天疱瘡、慢性潰瘍性歯肉炎などがあり、確定診断には病理組織学的検査が必要である。

治療は副腎皮質ステロイド軟膏の塗布や含嗽などの局所療法が主体となる。口腔衛生状態不良は二次感染や症状増悪の一因となることがあるため、口腔衛生指導は重要である。また、口腔扁平苔癬は慢性疾患であるため、完治を目指すことは困難であり、日常生活に支障がない程度を維持できるよう長期にわたって治療と経過観察を継続することが必要である。

口腔扁平苔癬と臨床症状および病理組織学的所見が類似し、原因が明らかな病変を口腔扁平苔癬と区別して口腔苔癬様病変とよんでいる。OPMDsには含まれないが、口腔扁平苔癬よりも悪性化率が高いとの報告もあり、注意が必要である。口腔苔癬様病変は、歯科用金属など修復物との接触による口腔苔癬様接触病変、薬物アレルギー等による口腔苔癬様薬物反応、移植片体宿主反応による口腔苔癬様病変などに分類される。原因となる金属はパラジウムやニッケル、亜鉛などが挙げられており、薬剤は降圧剤、糖尿病治療薬、抗リウマチ薬、抗菌剤、NSAIDs、抗けいれん薬、抗うつ薬など種々のものが知られている。治療は原因の除去や休薬であるが、症状改善には時間を要することが多く、口腔扁平苔癬と同様に対症療法を行いながら経過観察を継続することが必要である。

〈口腔粘膜症状を伴う全身性疾患〉

全身性疾患の一症状として口腔粘膜に症状が出現する場合、全身性疾患の症状が出現する前に初期症状として出現することも珍しいことではない。全身性疾患の一症状を疑う場合には、他科と連携して診査、診断を進め、早期に適切な治療を開始することが重要である。そこで、口腔粘膜に症状を生じる代表的な全身性疾患について概説する。

①血液疾患

血液疾患は口腔内に歯肉出血や粘膜下出血などの初期症状が生じることが少なくない。悪性疾患の一症状として出現することもあり、早期診断が重要である。

・白血病

白血病は腫瘍化した造血細胞が骨髄やリンパ節などをはじめ、全身に増殖、浸潤する疾患である。口腔内症状を呈しやすく、歯肉や口腔粘膜からの出血、歯肉腫脹、口腔粘膜潰瘍などが初期症状としてみられることがある。全身症状としては、全身倦怠感や発熱、貧血、リンパ節腫大がみられ、血液検査で血球数や種類に異常がみられる。治療は、多剤併用癌化学療法や骨髄移植が行われるため、治療前の歯科治療や治療中の口腔衛生管理が重要である。

・貧血

貧血は平均血球容積により小球性、正球性、大球性に分けられる。

小球性低色素性貧血の代表的なものとしては鉄欠乏性貧血が挙げられる。口腔内症状としては、舌乳頭の萎縮、舌粘膜の平滑化がみられ、舌痛や口内炎を伴うこともある。食道粘膜の萎縮に伴う嚥下困難が生じることもあり、これらの症状を伴う鉄欠乏性貧血をPlummer-Vinson症候群という。原因として最も多いのは、消化管出血や月経過多であり、治療としては鉄の補充を行う。

正球性正色素性貧血で重要なのは再生不良性貧血である。骨髄での造血が低下するため、汎血球減少をきたし、口腔内出血や口腔粘膜に点状出血が生じる。全身症状としては、易疲労感や易感染性などがある。治療としては、免疫抑制療法や副腎皮質ステロイド投与などを行うため、口腔衛生管理が重要である。

大球性正色素性貧血では巨赤芽球性貧血が重要であり、ビタミンB12欠乏もしくは葉酸欠乏により生じる。ビタミンB12の胃からの吸収が阻害されることにより生じる貧血を悪性貧血といい、口腔内の症状としては、舌乳頭が萎縮し、舌粘膜の発赤と疼痛を伴ういわゆるHunter舌炎がみられる。全身症状としては、一般的な貧血症状や食欲不振、若年者の白髪などが生じる。治療としては、ビタミンB12の注射を行う。

②アミロイドーシス

アミロイド蛋白が全身性または局所性に沈着することで機能障害を引き起こす疾患である。全身性アミロイドーシスでは、不整脈や心不全、貧血、腎症状、手足のしびれや麻痺などの神経症状が生じ、生命予後に影響を与えるため、全身検査が必要である。口腔内では舌に好発し、巨舌症を呈することがある。口腔内病変に対しては対症療法が主体となり、機能障害や審美障害がある場合には切除や減量術を行う。

③クローン病

若年者に好発する潰瘍や線維化を伴う肉芽腫性炎症性病変で、口腔から肛門までの消化管のあらゆる部位に起こり得る。症状としては、腹痛や下痢。体重減少、発熱、肛門病変がよくみられ、腸管外合併症として貧血や末梢関節痛、強直性脊椎炎、口腔内アフタ、肉芽腫性口唇炎、皮膚症状、虹彩炎などがある。原因は不明であるが、遺伝的因子や環境因子などが複雑に関与し、免疫系の異常が生じていると考えられている。口腔内アフタや肉芽腫性口唇炎はクローン病の4～20%に合併し、口腔内アフタの30～60%は腸病変に先行するとの報告もあることから注意が必要である。治療法は食事療法や薬物療法、イレウスなどが生じた場合には腸管切除などの外科療法が行われる。口腔内アフタに対しては、再発性アフタに準じた対症療法を行う。(つづく)

「研究講座」過去の掲載分を読むことができます

研究講座の過去の掲載分 (2003年以降) は協会ホームページの会員ページ「研究講座」で読むことができます。会員ページにログインするためのID・パスワードは毎月の引当明細書に記載しておりますのでご参照ください。

協会ホームページをご活用ください

大阪府歯科保険医協会

検索