唾石症

NTT東日本関東病院歯科口腔外科部長
斎　藤　健　一
（聞き手　林田康男）

唾石症についてご教示ください。

顎下腺腫瘍疼痛の反後で、そのつど、抗生剤・抗炎症剤で対症しております。以前、一度口腔底より切開し数個除去しましたが、完全に除去できず、今後顎下腺全摘を勧められました。内視鏡的除去法もあるといわれたようですが、それぞれの適応、合併症等ご教示ください。

＜大阪府開業医＞

林田　斎藤先生、まず、唾石症の定義といいましょうか、主に原因について、好発部位を含めてお話しいただけますでしょうか。

斎藤　原因に関しては、まだはっきりした定説はありませんが、唾液腺にできた石灰化物で、組成は炭酸カルシウムが主だといわれております。何か芯になるものが、例えば文献的には魚の骨などありますが、何か小さなものが芯になって、そこに炭酸カルシウムが徐々に沈着して唾石ができるといわれております。

林田　例えば、顎下腺、耳下腺、舌下腺があります。この腺領域では何か差がありますか。

斎藤　これは圧倒的に顎下腺が好発部位です。なぜかといいますと、顎下腺はいわゆる大唾液腺（耳下腺、舌下腺、顎下腺）の中で、唾液の性状が粘稠です。耳下腺の漿液性唾液とは違い、顎下腺の唾液は粘稠性が高く、唾石ができやすい原因の一つになっています。また、唾液の排泄管（ワルトン管）が、比較的長いということも関連していると思われます。

林田　詰まりやすいということですか。

斎藤　そうですね。

林田　好発年齢、性別では何かありますか。

斎藤　私どもの100例ぐらいのデー

タでは、平均年齢は40歳ぐらいでした。性差はありません。

林田　40代の方に多いというのは、何か理由がわかっているのでしょうか。

斎藤　これはなかなかわからないのです。ただ、われわれの経験の中でちょっと感じたことは、硬水といいますか、カルシウムの多いミネラルウォーターとか、そういったものを摂取されている方に見られたケースがありました。たまたまフランスに長年住まわれてから帰国された方で、母親と娘さんに同時期に唾石症が見つかったということがありましたし、また、20代の女性で、フランスからわざわざミネラルウォーターを取り寄せて、非常に長い期間飲用され、その後に唾石症ができたという症例がありました。

林田　そうすると、硬水といいましょうか、カルシウムの多い飲料水は気をつけなければいけないということになりますね。

斎藤　そうですね。それと、水分摂取をきちんとされていないと唾液が濃縮するということで、唾石ができやすい要因にもなるかなと考えております。

林田　唾石ができて、そのままでいればよろしいのですが、結局これに痛みが伴うということなのですが、この症状発現のメカニズムはいかがでしょうか。

斎藤　これは非常に特徴的な症状があります。唾液腺は、もちろん唾液を食事のときに出すわけですが、唾石ができますと、唾液を出す（排泄する）ときに、栓の役目をします。そうすると、石から、唾液腺の中枢側のほうで圧力が高まりますので、急激な痛みが出て、顎下腺の腫脹が起こります。これは唾疝痛ということで表現されておりますけれども、たいへん強い痛みです。

林田　石があると、顎下腺自体が腫れるという症状がありますが、これは何ですか。

斎藤　一つには、今お話ししましたように、圧力が高まって腫れるということです。もう一つは、口腔内には、ご存じのように、たいへん多くの細菌がいますので、排泄管から逆行性に細菌が中に入って、そこで細菌感染を起こす。そうしますと、さらに強い痛みが起こります。われわれの経験では、石を取ったら、中のほうから、膿汁が湧き出るように出てきたという経験を何例もしています。

林田　そうしますと、口腔内をきれいにするということも大事だということになりますか。

斎藤　大事な要因だと思います。

林田　今、ワルトン管のお話が出たのですが、これにまつわる処置の仕方、診察の仕方は何かありますか。

斎藤　診察に関しては、基本的にはワルトン管から腺体への移行部付近にできるケースが多いので、診察の段階

で触診を必ず行います。方法はワルトン管を口腔内の開口部、舌下小丘部から探っていき、腺体のほうへ示指による触診を進めます。このとき口腔外の顎下腺体上に片方の手指を置いて触診しますので、双手診というような表現でいわれています。それで石の位置を確認します。

林田　石はすぐわかりますか。

斎藤　腺管内に存在する唾石で３㎜以上であればほとんどわかります。しかし、腺体の中に存在するものは難しい場合が少なくありません。

林田　今、診断についてだいたいお話をうかがったのですが、どうしても鑑別診断をつけなければいけない疾病はほかに何かありますか。

斎藤　化膿性顎下腺炎などです。よくご高齢の方で、唾液が少なくなりますと、舌下小丘部の開口部から細菌が逆行性に入って感染を起こします。唾石が存在しなくとも顎下腺の腫脹と疼痛、それから開口部からの排膿など、同じような症状を呈することもありますので、鑑別をしなければいけません。

あとは、極めてまれですけれども、唾石と悪性腫瘍が併存していたケースがありました。それは、たまたま他の医療機関のケースですけれども、石を取っても、なかなか痛みが取れない。それでずっと見ていたら、それは悪性腫瘍だったということがありましたので、唾石摘出後に痛みが取れないケースでは、そういうことも頭の片隅にちょっと置いておいたほうがいいかもしれません。

林田　あと、画像診断はどうでしょうか。

斎藤　レントゲンは必須な検査です。単純レントゲンだけではなくCTも必要になります。

林田　診断がついて、次に処置と治療に入るのですが、まず第一にやらなければいけない処置は何でしょうか。

斎藤　多くの場合、感染を伴いますので、まず抗生物質で消炎するということ。それから、口の中をきれいに保つ。あとは、手術の予定を組むわけですけれども、手術に際しては大きく分けて２つの方法があります。１つは、唾石の位置にもよりますが、顎下腺そのものを石とともに摘出する口外法です。もう１つは、口腔内から切開を行って摘出する、いわゆる口内法です。

それぞれ一長一短がありまして、口外法は唾石を摘出するという意味で根治性が高いわけですが、顎下腺体を摘出するため、顎下部の皮膚に手術瘢痕が残ります。したがって、若い女性では、かなり抵抗があります。それから、ちょうど顎下部に顔面神経の下顎縁枝が存在しますので、顎下腺摘出時の手術操作で損傷し、神経麻痺出現も少なからず合併症としてあります。それと、長い目で見ると、唾液腺そのものを取りますので、将来的にはドライマウス

とか、唾液量の減少ということが考えられます。

それに対して口内法では舌神経の障害、あとは、狭い切開で、比較的深いところの手術操作になりますので、深部での出血などが問題になりますけれども、幸い私どもの100例の経験では長期（２カ月以上）の舌神経の障害出現例はなく出血も問題ありませんでした。ただ、１例だけ、ガマ腫というもの、唾液が貯留する嚢胞ですけれども、その形成が１例、術後にありました。

林田　口内法はどのくらい頻繁にやるのか。例えば、１回取りますね。そうすると、また石が再燃する。そうするとまたやるという場合、何回ぐらいで全摘のほうに移行するのでしょうか。

斎藤　先ほど申しましたように、100例の経験では口内法を２～３回繰り返した方はいらっしゃいますが、全体から見ると２～３％です。口内法で摘出不能例（５％）はほとんどが経過観察で、顎下腺体摘出を希望された方は１名だけでした。まずは取れる位置であれば、口内法で行ったほうが患者さんの負担は少ないと思います。

林田　顎下腺そのものを取ってしまうというのはだいたい何％ぐらいですか。

斎藤　口内法を100例行った期間中、顎下腺摘出例は３例です。内容は、非常に大きな唾石、例えば４㎝ぐらいの唾石、それで高齢者の方。これを口内法から取りますと、口底部に大きなhematomaをつくって、術後に感染を起こす可能性があります。また、高齢者ですので、顎下部の手術瘢痕は特に問題ないということでしたので、顎下腺体摘出の適応にしました。あとの例ですが、これも60代の男性ですけれども、もし口内法で取れなければ口外法に切り替えますという、あらかじめ了解を得てから施行しました。

林田　それから、予防になるかと思いますが、口腔内をきれいにするという方法、これは何か特別な口腔内を洗浄するような液であるとか、処置というのはありますか。

斎藤　通常のオーラルケアといいますか、通常の磨き方とか清掃性でよろしいと思います。ただ、入れ歯、義歯を使っている方は細菌に汚染しやすいという状況がありますので、それは丹念に清掃される。場合によっては、入れ歯や義歯の洗浄剤などを使われたほうがいいかもしれません。

林田　どうもありがとうございました。