

SEPTICEMIA IN HEAD AND NECK DISEASES

Yuichi Kurono, Hiroyuki Yoshimura, Hideyuki Kawauchi, Tatsuya Fujiyoshi,
and Goro Mogi

Department of Otolaryngology, Oita Medical College

Septicemia is one of the most grave infectious diseases in spite of antibiotic era. Blood culture examinations were performed on 20 patients with head and neck phlegmon (2), peritonsillar abscess (7), chronic tonsillitis (4), and postoperative infection of head and neck reconstructive surgery (7). Three cases, in which bacteria were detected, were reported.

Serratia was detected in the case of thyroid cancer with mitral stenosis. In this case, intra-arterial and intra-venous catheters, using for monitoring of circulatory system, were seemed to cause septicemia. Acinetobacter was detected in the case of submandibular phlegmon, and α -Streptococcus was in peritonsillar abscess. These two cases were remarkably improved by incision and drainage.

頭頸部疾患における敗血症発症の問題点

大分医科大学耳鼻咽喉科学教室

黒野 祐一・吉村 弘之・川内 秀之

藤吉 達也・茂木 五郎

はじめに

すぐれた抗生剤が次々と開発される今日においても、敗血症はなお問題となる疾患であり、頭頸部領域においても術後感染や重症感染症に際し注意が必要な疾患である。当科において、頭頸部手術術後に高熱を認めた症例、切開排膿を必要とした急性炎症性疾患症例等に動脈血培養を行ったところ、3症例で菌が検出された。これらの症例を中心に、頭頸部疾患における敗血症発症にかかわる問題点について検討する。

対象・方法

昭和56年10月から昭和59年9月までに、動脈血培養を施行した症例は、頭頸部悪性腫瘍術後に創部感染により弛張熱や白血球増多を認めた7例（喉頭癌2例、下咽頭癌2例、頬粘膜癌1例、中咽頭癌1例、甲状腺癌1例）、顎下部蜂窩織炎2例、扁桃周囲膿瘍7例、慢性扁桃炎急性増悪4例の計20例である。動脈血培養は、頭頸部悪性腫瘍術後感染例では熱発時に、顎下部蜂窩織炎、扁桃周囲膿瘍、慢性扁桃炎例では、それぞれ切開排膿、膿瘍

扁桃摘出術前後に施行した。

結 果

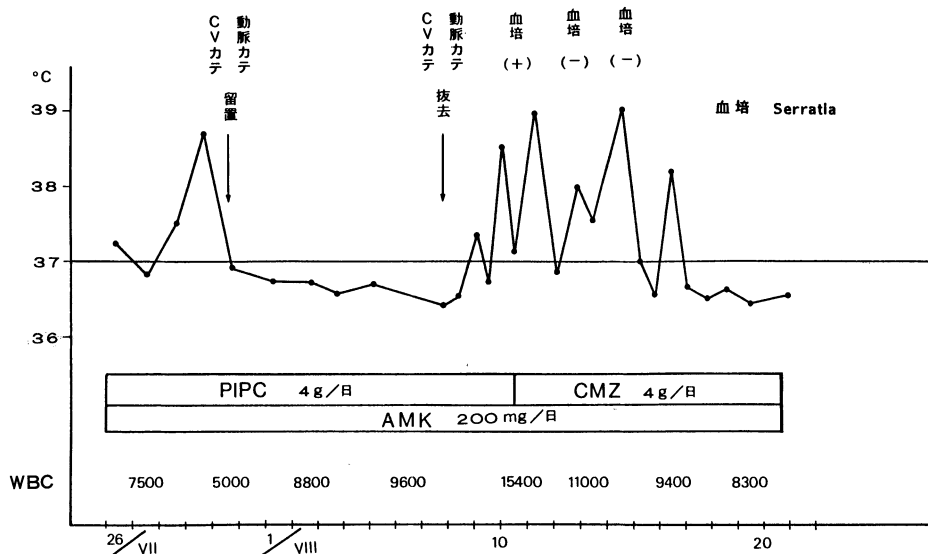
甲状腺癌術後症例、顎下部蜂窩織炎症例、扁桃周囲膿瘍症例、各々1例計3例に菌が検出された。これら症例を提示する。

症例1 (図1)

52才、男性、甲状腺癌(T₄N₁M₀)。既往歴に僧帽弁狭窄症を有し、ジギタリス剤、アスピリン製剤を服用中である。昭和57年6月21日、呼吸困難と嘔声を主訴とし当科を受診した。甲状腺右葉に鳩卵大の硬い腫瘤を触知し、頸部単純レ線にて腫瘤による気管の圧排像が認められた。同年7月26日、右頸部郭清術、甲状腺半切除術、喉頭全摘出術、下咽頭部分切除術、DP皮弁による下咽頭再健術を施行

した。術後3日目、突然発熱とともに呼吸困難を訴え、泡沫状の喀痰を喀出し、急性心不全および肺水腫と診断された。中心静脈カテーテル、動脈カテーテルを留置し、循環動態をモニターしつつ治療を行ない全身状態は次第に改善され、8月8日にこれらカテーテルを抜去した。ところが、その翌日から弛張熱を認め、8月10日には、悪寒、戦慄、頻脈を伴った39℃の発熱を認め、動脈血培養にて *Serratia* が検出された。CMZ、AMK に感受性を示したため、これらを継続投与し、発症後9日目で完全解熱をみた。経過中、血小板数の減少を認めたが幸いDICの発症には至らなかった。

図1



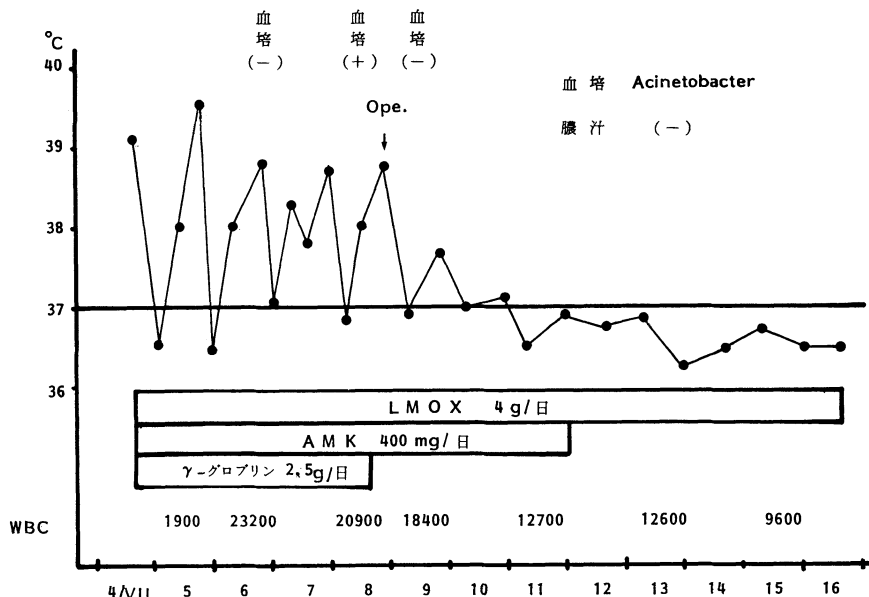
症例2 (図2)

35才、男性、右顎下部蜂窩織炎。昭和54年と昭和57年に右顎下部の無痛性腫脹を認めたが、とくに治療も受けず発症後約10日で自然治癒した。昭和59年6月25日、再び右顎下部が腫脹し、疼痛および発熱を認めるため当科を受診した。右顎下部に6×4.5cm大の圧痛を伴う硬い腫瘤を触知し、皮膚の軽度発赤を

認めた。ワルトン氏管開孔部から膿汁の流出はなかった。即日入院し、LMOX、AMK、γ-globulin製剤の投与を開始したが、局所々見は改善されず、弛張熱、白血球数増多を認めるため、7月8日全身麻酔下に切開排膿術および右顎下腺全摘出術を施行した。術翌日より弛張熱は消失し、血液像および全身状態も著明に改善された。切開排膿時採取した膿汁

からは菌は検出されなかったが、術前に施行した血液培養でAcinetobacterが検出された。

図 2

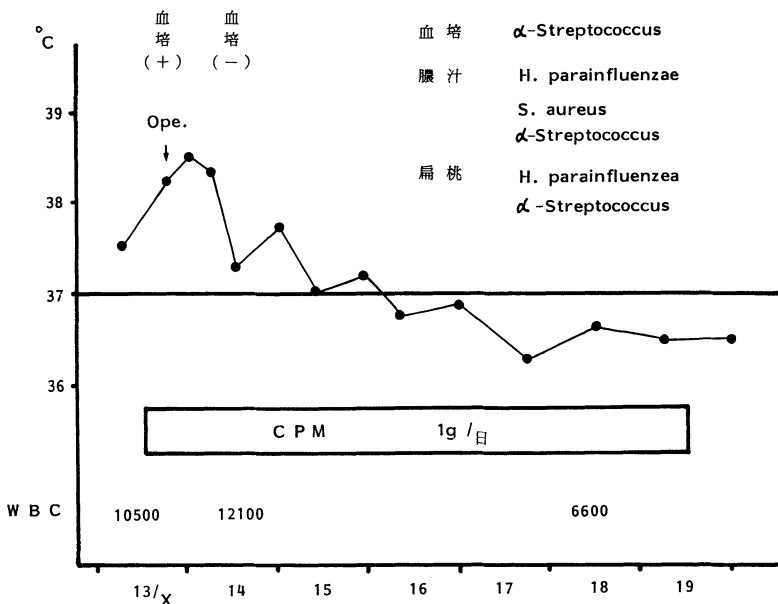


症例 3 (図 3)

31才, 男性, 右扁桃周囲膿瘍。昭和57年10月10日より咽頭痛, 嚥下痛, 発熱を認め10月13日当科を受診した。両口蓋扁桃周囲の発赤, 右舌口蓋弓の膨隆を認めた。即日入院し全身麻酔下に膿瘍扁桃摘出術を施行した。術後疼痛は著明に改善され経口摂食が可能となり,

熱型, 血液像も著明に改善した。細菌学的検査では, 右扁桃組織からHaemophilus influenzae, α-Streptococcus, 膿汁からはHaemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, α-Streptococcusが証明され, 血液培養では, 手術時採取した動脈血からα-Streptococcusが検出された。

図 3



考 按

敗血症は、身体のどこかに細菌による感染病巣があり、そこから菌が断続的にまたは持続的に流血中へ移行し、種々の臓器、組織に転移巣をつくり、中毒性の全身症状を発する病態と定義されるが、医療の進歩に伴ない転移巣の形成を認めないものや全身性の様相を示さないものが増え、その病像に変貌がみられる¹⁾。また、敗血症に類似する疾病に菌血症²⁾があり、Pulaskiは前者を、持続または反復性菌血症、後者を血中への一過性の菌の出現として両者を区別しており、我々の経験した3症例は、数回の血液培養にて全て1回のみしか菌が証明されなかったが、熱型やその病像から、症例1、2は敗血症、症例3は菌血症に分類しようと思われるが、一般にその区別は容易ではない。

敗血症は一次感染で発症することは稀で慢性消耗性疾患を基礎疾患とし、それになんらかの誘因が加わって発症するといわれる。

症例1では、僧帽弁狭窄症を有するがゆえ術後に急性心不全を合併し、感染に対する感受性が高くなったところへ、種々のカテーテルの挿入が誘因となって敗血症を発症したと考えられる³⁾。症例2においても、連日の発熱により、宿主の抵抗性が弱まり敗血症の病像を呈したと思われる。症例3は、手術操作が誘因となったとも考えられるが、他の6例の扁桃周囲膿瘍症例および4例の慢性扁桃炎症例の全てで菌が認められなかったことから、症例1、2と同様、全身衰弱による感染に対する抵抗力の減退が誘因と考えられる。近年、頭頸部手術手技の発達により高令者やpoor risk患者を扱う機会が増え、また抗腫瘍剤、副腎皮質ステロイド、放射線療法、さらにはカテーテル挿入、IVHなど複雑な外科的侵襲が行なわれるようになり、医原性の敗血症発症の機会が多くなる。したがって、こうした症例で弛張熱や白血球増多をみた場合、必ず血

液培養を行ない敗血症や菌血症の有無を検討するなど注意深い管理が必要である。

原因菌としてはブドウ球菌やレンサ球菌が多いが⁴⁾、最近では細菌性ショックやDICなどの合併症がからむE.coliや症例1で検出されたSerratiaなどのグラム陰性桿菌が増加の傾向にあり問題とされている⁴⁾⁵⁾。また、今回の症例では検出されなかったが、蜂窩織炎や扁桃周囲膿瘍では嫌気性菌の関与も十分に考えられ、これによる敗血症も報告されており⁴⁾、今後の細菌学的検索において考慮すべきことと考える。

敗血症の治療は原則的には原因菌が感受性を示す薬剤の投与が主軸をなすが、頭頸部再建術後に創部感染を生じた症例で、全身状態が不良であるにもかかわらず、切開排膿により菌血症や敗血症を発症することなく治癒した⁶⁾こと、蜂窩織炎や扁桃周囲膿瘍症例では、切開排膿や膿瘍摘出により全身的にも著明な改善が得られたことなどから、敗血症の原発巣の発見が比較的容易である頭頸部領域においては、原発巣や敗血症発症の危険性を有する感染巣に対して、早期に積極的な外科的処置を行なうことが重要である。

ま と め

敗血症と診断された甲状腺癌術後感染症例、顎下部蜂窩織炎症例、扁桃周囲膿瘍症例の3症例を中心に、医原性の敗血症発症の危険性、感染病巣に対する積極的な外科的処置の必要性について報告した。

文 献

- 1) 古屋暁一：昨今の敗血症，日医新報 2344：16-23，1969.
- 2) Pulaski, E. J. : Common Bacterial Infection, W. B. Saunders Comp., Philadelphia and London : 109-110, 1964.
- 3) 黒野祐一ほか：僧帽弁狭窄症を有する頭頸部腫瘍患者の術後管理〈感染症の管理と

- 対策), 日耳鼻感染症研究会会誌。
1 : 108-111, 1983.
- 4) 池本秀雄ほか: 敗血症・菌血症-10年間の61例の統計-, 最新医学
22 : 2320-2330, 1967.
- 5) 鈴木美保子: 肺動脈カテーテルによる感
染について, 臨床麻酔
2 : 821-826, 1978.
- 6) 藤吉達也ほか: 頭頸部再建術後感染-とくに下顎口腔底, 食道再建術後の頸部感染について-, 日耳鼻感染症研究会会誌,
2 : 34-37, 1984.

質 疑 応 答

質問 熊沢忠躬 (関西医大)

- 1) 中心動脈カテーテル除去後に発熱した理由は?
- 2) 敗血症の症状は高発熱の持続とSchüttel-frost とが特徴的といわれているが, これらの症例にS. Fが存在していたか?

応答 黒野祐一 (大分医大)

- 1) 中心静脈カテーテル先端の菌検査をしていないため原因菌との関係は不明であり, 他に原因があったとも考えられるが, 少なくとも誘因にはなったと考える。
- 2) 症例1にのみ認められた。