

## A CASE OF SYSTEMIC CANDIDIASIS FOLLOWING NECK CELLULITIS

Takashi Masuda, Hiroyuki Yamashita, Shinichirou Asakuma,  
Sohtarou Komiyama and Takuya Uemura

Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine, Kyushu University.

An autopsy case of systemic candidiasis following neck cellulitis is presented. In this case, the patient had diabetes and formed the fistula between the hypopharynx and the soft tissue of the neck, and had many complications of septic shock, disseminated intravascular coagulation,

acute renal failure, mediastinitis and pericarditis. He died despite appropriate antimicrobial therapy and surgical intervention. Postmortem examination showed systemic candidiasis involving mediastinum, kidney, heart and pancreas.

### 全身カンジダ症に至った頸部蜂窩織炎の一例

九州大学耳鼻咽喉科学教室

増田 孝・山下 弘之・朝隈 真一郎

小宮山 莊太郎・上村 卓也

#### はじめに

われわれは当科 I C U にてあらゆる治療法をおこなったにもかかわらず、死の転帰をたどり、病理解剖にて全身カンジダ症と診断された頸部蜂窩織炎症例を経験したのでその治療法と経過について報告し、諸賢の御批判を仰ぎたい。

#### 症 例

患者：54才，男性。

主訴：呼吸困難および嘔声。

既往歴：24年前，胃潰瘍。また，最初に入院した病院ではじめて糖尿病を指摘されているが，これまでに治療の既往はない。

家族歴および生活歴：特記すべき事項なし。

現病歴：1985年4月12日，胃痛および嘔気があり4月14日暗赤色の血性物をコップ1杯ほど嘔吐したため近医を受診。受診時頸部の腫脹と嘔声を認め，頸部感染の疑いで入院し抗生物質の点滴を受けた。しかし症状は改善せず翌日九州大学医学部付属病院救急部を受診し，頸部腫脹，呼吸困難および嘔声の治療のため当科 I C U に緊急入院した。

入院時現症では体格は中等度で意識は清明。頸部全体に発赤腫脹が見られ，触診で握雪感と軽度圧痛が認められた。体温は36.8℃，脈は125で整。血液一般所見では，赤血球数 $529 \times 10^4/\text{mm}^3$ ，Hb値16.7g/dl，白血球数 $4700/\text{mm}^3$ ，血小板数 $7.5 \times 10^4/\text{mm}^3$ ，Na<sup>+</sup>134.7mEq/L，

K<sup>+</sup>3.76mEq/L, 血糖値306mg/dlであった。動脈血検査所見では, Face mask O<sub>2</sub> 7.5 L/minでpH7.266, Pco<sub>2</sub> 30.4mmHg, Po<sub>2</sub> 169mmHg, BE-11.7であった。

入院時の胸部X線写真では右のcostophrenic angle の鈍化および横隔膜の挙上が見られるが含気状態は良好であった(Fig 1)。喉頭高圧X線像ではFig. 2に示すように頸部全体に著明なガス像が見られ声門と気管の圧排が認められた。

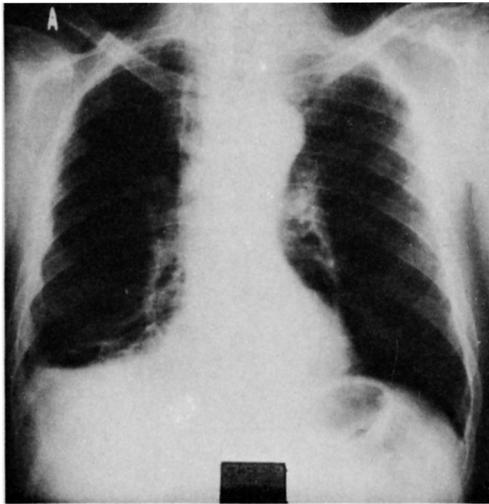


Fig. 1

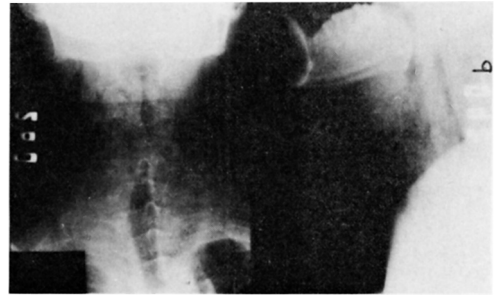


Fig. 2

鼻咽腔ファイバーの所見では喉頭蓋の著明な浮腫のため声門はほとんど観察されない状態であった。

Fig. 3 に入院中の経過を示している。呼吸困難に対して局所麻酔下で緊急気管切開を行った。手術所見では前頸筋群は高度の壊死に陥り腐敗臭を放っており甲状腺は筋組織と癒着していたが, 排膿は認められなかった。喉頭高圧X線像および気管切開時の所見から頸部蜂窩織炎と診断し抗生物質を中心とした治療を開始した。

入院時血液培養, 特に嫌気性培養でも細菌は認められなかった。気管切開孔からの培養では, *α-streptococcus*が1回, *Candida albicans*が3回検出された。

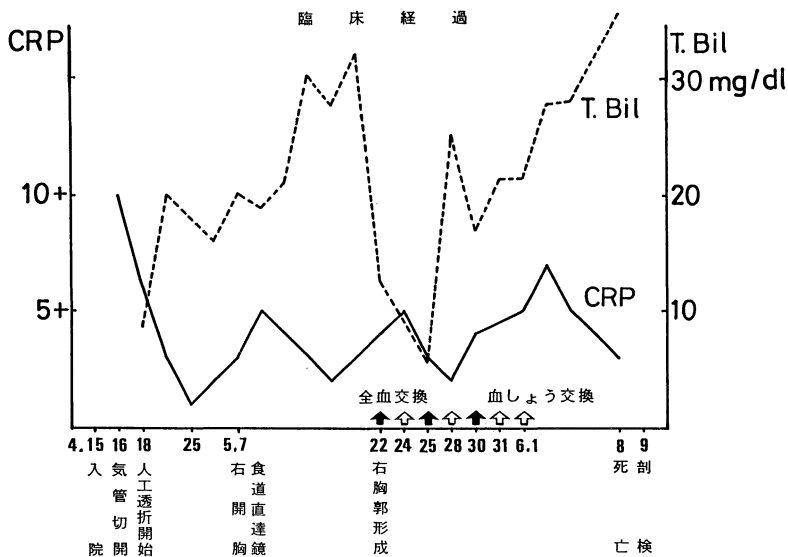


Fig. 3

気管切開後5～6時間たって血圧低下，全身皮膚の冷感，皮下出血，尿量減少および血小板の著しい減少が認められ敗血症ショックの状態を呈するようになった。この時点からレスピレーターによる呼吸管理を行い，循環不全に対してはドーパミンの投与，出血傾向に対してはF O Yとヘパリンを投与し血小板輸血を行った。しかし症状は次第に悪化し無尿，BUNの上昇，クレアチニン，クリアランスの低下などの腎不全の症状を呈したため4月18日入院3日目から人工透析を開始した。

その後次第に全身に黄疸が出現し，検査成績では血清中のビリルビン値は増加してきたが，CRPは4月16日の $10^+$ から4月25日の $1^+$ まで減少した(Fig. 3)。

5月2日，入院17日目，体部CTを施行したところ胸骨柄上縁より下方10mmのレベルで上縦隔に多量のガス像が認められた(Fig. 4)。また胸部X線写真でFig. 5のように縦隔陰影の右方への拡大と両肺野の胸水貯留像を認めた。一方動脈血検査にては酸素分圧が低下していた。この時点で瘻孔による頸部と縦隔の交通を疑い，5月7日入院22日目に食道直達鏡を施行した後に排膿を目的として右試験開胸を行った。

食道直達鏡検査では左の下咽頭に上縦隔に向かっている瘻孔が観察されたが，さらに開胸術によってこの瘻孔は縦隔と交通があることが確認された。右肺と縦隔にはCT所見と胸部X線像で予想した通り大量の膿汁貯留が見られたため縦隔と右肺にドレーンを留置し，咽頭にも経鼻的にチーブを挿入して排膿できるようにした。

この処置によって呼吸は改善し，CRPが $5^+$ から $3^+$ まで低下して全身状態は一時の小康を得た。しかし，一方ではこの間にもビリルビン値は増加し続けた。5月22日入院37日目，右肺からの大量出血を来したため，緊急に右肋骨を切除し右側胸腔を開放する胸郭形成

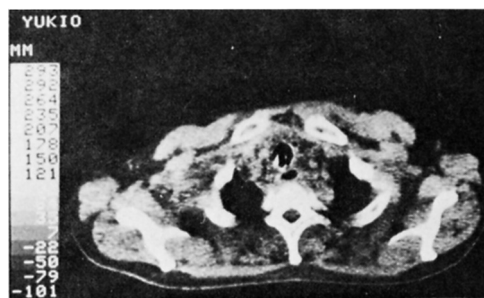


Fig. 4

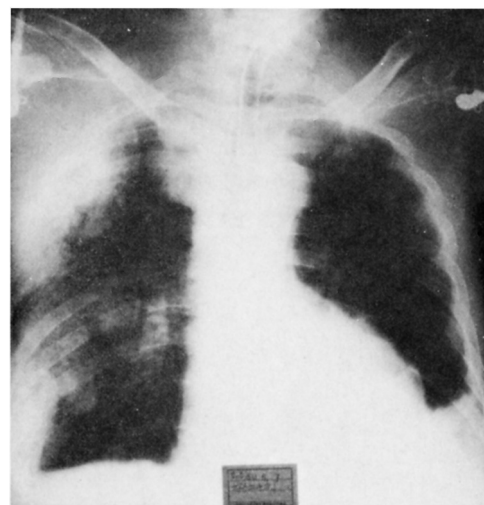


Fig. 5

を行った。同時に全血交換を行ったところ，総ビリルビン値が $32.7\text{mg/dl}$ から $12.6\text{mg/dl}$ まで低下したが全身状態に著変は認められなかった。その後も肝不全による高ビリルビン血症に対して全血交換を2回，血漿交換を4回行ったがビリルビン値は増加し続け，ついに6月7日入院53日目それまで清明であった意識が消失し6月8日入院54日目心不全のため死亡した。

剖検の結果，主病変は全身カンジダ感染症で腎臓，縦隔，心外膜，脾臓にカンジダの増殖を認めた。特に腎臓では腎乳頭を中心にカンジダの増殖が著明に認められた(Fig. 6)。また糸球体にもカンジダの増殖を認めた(Fig. 7)。瘻孔形成は両側の下咽頭から縦隔に

及んでいたがその原因の一つとして疑っていた魚骨などの異物は認められなかった。その他、肝中心帯壊死と壊死性胆嚢炎が認められた。

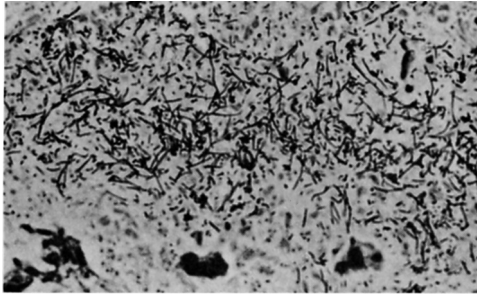


Fig. 6 Candidiasis of the kidney showing hyphae and yeast cells in the renal papilla PAS stain  $\times 100$

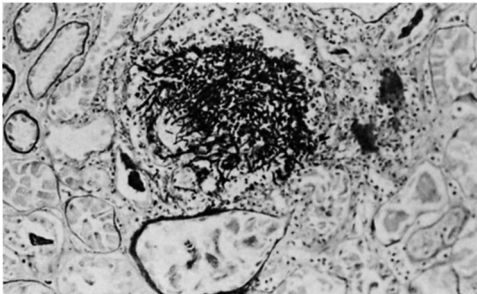


Fig. 7 Candidiasis in the cortex of the kidney PAS stain  $\times 40$

#### 考按とまとめ

頸部蜂窩織炎の症例に集中治療を行ったが全身カンジダ症を惹起し、腎不全、肝不全、呼吸不全および心不全といったいわゆる多臓器不全におちいり、救命できなかった症例を経験したので報告した。この症例はいわゆる

原発巣不明と言うべきものであろうが初期症状が頸部蜂窩織炎の症状を主としたため表題のように解釈している。また他の部位に原発巣を疑わせる所見も認められなかった。原因としては最も食道異物などを疑っているが剖検でもそれは証明されなかった。

本症例の治療が奏効しなかった原因の1つとして著者らは糖尿病に罹患していたことを重くみている。抗生物質が多用されている現代では本症例のように起炎菌が同定されない状態で治療が行われ、最終的に真菌による感染で死亡する症例も多々あるものと推測している。治療法は、十分な排膿を施し縦隔洞への進展を予防するのが最も重要である<sup>1)3)</sup>と言われているが、本症例では頸部での膿瘍形成が見られないまま数日間後には縦隔洞に膿瘍が認められた。著者らは上縦隔の炎症と頸部の炎症の前後関係は明らかに出来なかった。最終的に治療効果がそれほど認められなかった主な原因は糖尿病を合併していたためであったものと考えている。

#### 参考文献

- 1) 栗橋克昭, 他: 深頸部蜂窩織炎の2症例. 耳鼻臨床, 66: 759~763, 1973
- 2) 高見 璞, 他: 重症感染症. 耳喉, 52: 867~876, 1980
- 3) 宗信夫, 他: 食道周囲膿瘍について. 耳鼻, 26: 946~950, 1980
- 4) Beck H.J. et al: Life-threatening soft-tissue infection of neck. LARYNGOSCOPE, 94/3: 354~362, 1984

---

## 質 疑 応 答

**質問** 西村忠郎（保衛大）

①入院時の糖尿病の検査データと状態についてお教えいただきたい。

②また、入院に至るまでの患者のAnamnesisについての詳細は如何でしたか。

**応答** 増田 孝（九州大）

初診時、血糖は400mg/dl台でしたが、入院後は、ほぼ100mg/dl台にコントロールされていました。

**質問** 茂木五郎（大分医大）

頸部ガス菌の症ですが、嫌気性菌の検索結果は？

**応答** 増大 孝（九州大）

気管切開孔からの培養では、嫌気性菌は認められませんでした。

**質問** 海野徳二（旭川医大）

生前にカンジダ症と診断されていたら何か治療法はあったか。

**応答** 増田 孝（九州大）

死亡前に全身カンジダ症と診断されたとしても、治療は困難であったものと考えられます。