

MULTIPLE NECK ABSCESSSES DUE TO ANAEROBIC INFECTION

Shigehiro Ueyama, Yuichi Kurono, Noritake Watanabe and Goro Mogi

Department of Otolaryngology Medical College of Oita

A severe anaerobic infection in the neck, seen a 57-year-old female, is reported. The patient developed a parapharyngeal abscess on the left side a few days after suffering from acute tonsillitis. The abscess extended to the lower deep neck and across the retropharyngeal region, resulting in the formation of another abscess in the opposite parapharyngeal space. Incisions and drainages on both submaxillary areas, were done following tracheotomy. *Eubacterium lentum* was identified from pus of the abscesses by culture.

Massive administration of various antibiotics and washes with antibiotic solution of abscesses for 4 weeks finally subsided this infection. It was demonstrated by IFA (indirect fluorescent antibody technique) that the specific antibody activity to this anaerobic bacterium raised in IgG of sera obtained during the curative course. Since physicians seldom encounter parapharyngeal abscess in the era of antibiotics, like this severe anaerobic infection of the neck is very rare.

嫌気性菌による副咽頭間隙膿瘍の1例

大分医大耳鼻咽喉科教室

植山茂宏・黒野祐一・渡辺徳武・茂木五郎

はじめに

副咽頭間隙膿瘍は、抗生物質や化学療法剤の進歩した今日では、殆んど遭遇する事のない稀有な疾患となった。加えて嫌気性菌感染による本疾患の報告は少ない。我々は種々の抗生物質投与、外科的処置にもかかわらず、急性扁桃炎に引き続いて発生した膿瘍が、片側副咽頭間隙から咽後間隙を経て、対側副咽頭間隙にまで及んだ重篤な嫌気性菌感染の一

症例を経験した。本症例の遷延化の原因について若干の考察を交えて報告する。

症 例

患者：57歳，女性，無職

主訴：咽頭痛，発熱

初診：昭和60年6月12日

家族歴・生活歴：特記すべきものなし

既往歴：高血圧症

現病歴：昭和60年6月11日，咽頭痛を自覚し，

6月12日、当科を受診した。急性扁桃炎と診断され、ノルフロキサシンの投薬を受け咽頭痛は消失した。しかし、左側頸部腫脹が増大し、右側頸部も腫脹しはじめ、嚥下痛、嚥下障害、開口障害が出現し、6月14日、当科入院した。

初診時所見：左口蓋扁桃がやや内方に圧排され、口蓋舌弓に腫脹が認められたので、扁桃周囲膿瘍を疑い穿刺を行なったが、膿汁は認められなかった。

入院時所見：左顎下部に境界不明瞭な有痛性腫脹を認め、皮膚の発赤は前胸部にまで及んでいた。開口障害（1横指）があり、口蓋垂、舌口蓋弓の強度の浮腫性腫脹が認められた。頸部リンパ節は触知されなかった。(Fig. 1)

検査所見：入院時、全身状態は体温38.6℃、脈拍120/分、緊張弱、血圧114/74mmHg、打聴診にて胸腹部に異常は認められず、四肢にも異常はなかった。血液学的検査にて、白血球数14200/mm³好中球比70.5%免疫血清学的検査にて、CRP2.1mg/dlと感染を示す所見を呈した。その後の推移はFig. 2に示す。

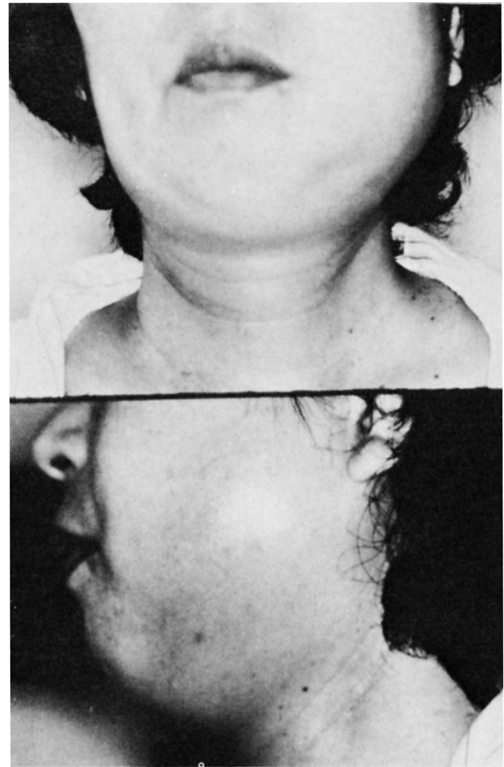


Fig. 1 左頰部腫脹が認められる。
(6月14日)

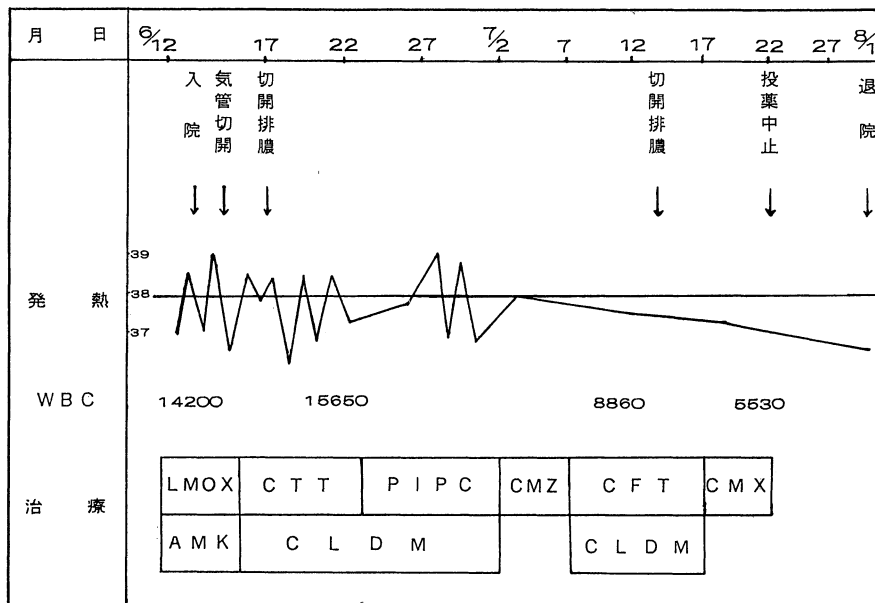


Fig. 2 全経過表

免疫グロブリン値は全経過を通じて正常域内にとどまった。血清補体価は、65.5~45.5U/dlとやや高値を示した。ツベルクリン反応は、発赤12×14mm(6月29日)と軽度陽性だった。X線所見は、当初、胸部X線は著変なく、頸部側面にて頸椎前軟部組織陰影の拡大がみられ、気管、食道を前方に圧排していた。頸部正面にて、両側頸部に気泡が認められた。

CTにても左副咽頭間隙、及び咽後間隙の拡大が認められ、顎下間隙に気泡が存在した。(Fig. 3)

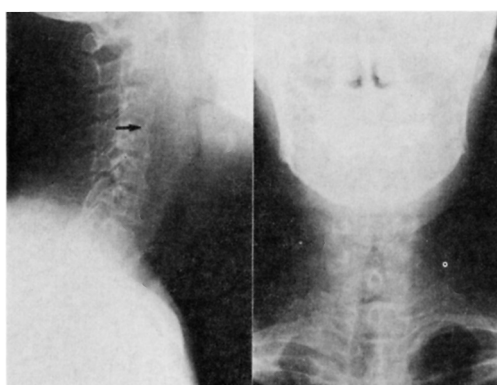


Fig. 3

(左) 頸椎前軟部組織の拡大が認められる。

(右) 両側頸部に気泡が認められる。
(6月16日)

血糖値はやや高値ながらも正常域と考えられ、尿糖は頻回の尿検査にても検出されなかった。動脈血培養、膿汁の好気性、嫌気性的培養を頻回に行い、同年6月17日に施行した顎下部の穿刺により得られた膿汁よりEubacterium lentumが同定された。

経過及び治療：6月12日より、ラタモキシフ、アミカシンを投与するも効果なく、頸部腫脹が増大し、開口障害、嚥下障害が出現した。6月16日夕刻には、体温38.5℃、呼吸困難が出現したため緊急下気管切開を行ない、全身麻酔下に両顎下部に4.5cmの横切開を加え、

切開排膿術を施行した。切開と同時に多量の膿汁が流出し、咽頭後壁へと深く大きな膿瘍腔を形成していた。また、膿汁が強い悪臭を帯びていた事や、X線所見から嫌気性菌感染が疑われたため、セフォタン、クリンダマイシンの投与を行なったが炎症所見の改善は認められなかった。続いてピペラシリン、セフメタゾール、セファトリジン、セフメノキシムムの順に使用するも著変なく、弛張熱、切開創からの排膿が続いた。創部洗浄を頻回に行なったが、咽後間隙を通じて左右切開創の友通が認められた。その後、膿瘍は前頸部にまで及び切開排膿を追加した。発症後23日目より次第に解熱傾向がみられ、排膿量が漸減し炎症所見に改善が認められたため、7月22日投薬を中止し、8月1日退院した。その後、開口障害は改善をみた。

起炎菌に対する血中特異抗体の測定：同定菌に対する治癒期の特異抗体活性をIFA(indirect fluorescent antibody technique)にて測定した。分離培養された同定菌と患者血清中の特異抗体を結合させ、さらに第2抗体としてFITC(fluorescein isothiocyanate)で標識したヤギ抗ヒトIgG抗体、ヤギ抗ヒトIgA抗体、ヤギ抗ヒトIgM抗体をそれぞれ用いて、蛍光顕微鏡にて活性を測定した。同時に、正常人血清とBlocking Antibody(FITC non conjugatedヤギ抗ヒト抗体)を用いて、それぞれ同様に抗体活性を測定した。7月20日、7月26日、8月1日に測定した所、FITCで標識した抗体を使用した群において、いずれもIgA、IgMについては活性が認められず、IgGのみ抗体活性がそれぞれ2000倍、10000倍、100000倍と推移し、著増傾向を示した。正常人血清とBlocking Antibodyを用いた群においては全て活性が認められなかった。

考 察

本症例は急性扁桃炎に続いて生じた副咽頭

間隙を含め両側頸部広範にわたる膿瘍で、種類の抗生剤投与、外科的処置に抵抗を示し、弛張熱が続き治癒が遷延化した症例である。感染抵抗性減弱の原因として、まず糖尿病の存在、免疫不全状態の合併を考え、数回の血糖測定を施行したが異常を認めず、尿糖も検出されなかった。免疫学的検索として一般検査では血清免疫グロブリン値、血清補体価を測定した。全経過を通して、IgG 1570~1730 mg/dl, IgA144~218mg/dl, IgM92~154mg/dlと著変なく、血清補体価は45.5~51.7U/dlとやや高値を示した。特殊検査では、好中球貪食能をLuminol-dependent chemiluminescenceにより測定したが正常域内であった。以上の結果とIFAによる同定菌に対する治癒期の特異抗体活性の測定結果、既往歴、家族歴に著変を認めなかった事より免疫不全状態の合併は考え難い。

両側頸部広範にわたる膿瘍形成の過程を考えると、初診時に左口蓋扁桃が内方に圧排されていた事より急性扁桃炎から扁桃周囲炎をきたし、穿刺による膿汁は証明されなかったが扁桃周囲膿瘍の前方形が発生した可能性があり、膿瘍がさらに上咽頭収縮筋、頬咽頭葉を穿破して副咽頭間隙膿瘍となり、頸部に広範囲に波及していったと推察される。この事は術中、切開創より茎状突起を触れ得た事により裏付けられ、さらに膿瘍は副咽頭間隙より後内臓葉を貫通し、咽後間隙に至って咽後膿瘍を形成したと考えられる。咽後膿瘍の形成は頸部側面X線にて頸椎前軟部組織陰影が拡大している事により確められた。最終的には浅頸隙にまで膿瘍が及んだ。我々は本症例に対し、外科的処置として外切開排膿を行なったが、既に膿瘍が広範囲、複数隙に広がっていた事が治癒遷延の一因となったと考えられる。

抗生剤の使用法については、術中に悪臭をはなつ膿汁を認めた事やX線上気泡が確めら

れた事より嫌気性菌感染が疑われ、広域スペクトラムのラタモキシセフ、ついでセフォテタン、ピペラシリン、セフメタゾールと難治性膿瘍に有効とされるものを使用し、抗菌剤としてアミカシン、クリンダマイシンを併用したが著明な効果は得られなかった。その原因として、嫌気性菌の検出に困難を極め、同定に長時間を要した事が挙げられる。一般的に嫌気性菌感染にはB.fragilisではクロラムフェニコール、チアンフェニコールもしくは、リンコマイシンを静注し、B.fragilis以外ではペニシリンG、リンコマイシンの静注もしくはクリンダマイシン、エリスロマイシン、ミノマイシンの経口を用い、大量長期間の連用が必要とされている。外科的処置は早期に切開し、排膿が十分であれば速やかに治癒する事が数多く報告されている。

本症例において治癒期の全身状態の改善に 관련된抗体産生の著増をみた。この事は、本症例の治癒に際して抗体産生能の正常な作動が大きく寄与した事を示していると考えられる。

ま と め

嫌気性菌を起炎菌とするはげしい副咽頭間隙膿瘍の1例を報告した。本疾患に際しては早期の外科的処置と早急な嫌気性菌の検出、同定、適切な抗生剤投与が必要と思われた。

参 考 文 献

- 1) Easmon CSF, et al : The measurement of opsonic and phagocytic function by Luminol-dependent chemiluminescence. *Immunology*, 41 : 67 ~ 74, 1980
- 2) Sloyer, et al : Immune Response to Acute Otitis Media in Children. I. Serotypes I isolated and serum and middle ear fluid antibody in pneumococcal otitis media. *J Inf Dis* 132 : 685 ~ 688, 1975

- 3) 鈴木安恒：口腔，咽頭および頸部隙の臨床解剖，日耳鼻，82：108～111，1979
- 4) 寺山吉彦：側咽膿瘍と咽後膿瘍，耳喉，52：751～756，1980

- 5) 中村功：嫌気性菌感染症，耳喉，52：783～786，1980

質 疑 応 答

質問 海野徳二（旭川医大）

切開の位置はどのようにして決めるか。
側頸部の横切開は左右連結したか。

応答 植山茂宏（大分医大）

切開は，腫脹の最も激しい部位，言い換えれば蓄膿が最も強いと思われる部位に，左右下顎骨下1横指に平行に各々，施した。