

う歯が原因となった Deep neck infection の 4 症例

伊藤 浩一 湯浅 貴文 金沢 博俊
 原 逸雄 原 俊彰 佐多 由紀
 大木 幹文 大越 俊夫 臼井 信郎

東邦大学医学部耳鼻咽喉科学第二講座

CASE REPORT OF FOUR PATIENTS WITH DEEP NECK INFECTION CAUSED BY DENTAL CARIES

Koichi Ito, Takafumi Yuasa, Hirotohi Kanazawa, Itsuo Hara, Toshiaki Hara, Yuki Sata, Motofumi Ohki, Toshio Ogoshi, Nobuo Usui

Second Department of Otolaryngology, Toho University School of Medicine

Recently deep neck infection is not so popular because of advantage of antibiotics. However, if the inflammation was occurred in deep neck area, it was possible that a symptom changed into serious.

Four patients with deep neck infection caused by dental caries were experienced. Three of these patients were treated by incision and were pushed out pus from external neck and one patient was treated by them from oral cavity. Three patients were discharged without sequelae. Unfort-

unately, since one patient's upper air way was obstructed by abscess, tracheotomy and external neck incision were carried out under general anesthesia. However DIC and mediastinitis were complicated and then the patient died by arterious bleeding of neck.

Therefore, it is very important that a prompt decision of surgical treatment is demanded, if the deep neck infection is diagnosed.

はじめに

Deep neck infection は、近年の抗生剤の進歩により極めて頻度の少なくなった疾患であるが、深頸部には喉頭、気管、食道、大血管などの重要臓器があり、いったんこの部分に炎症が生じた場合、重篤な症状を招来する可能性がある。初感染巣としては、咽頭、口蓋扁桃、口腔底、歯、唾液腺などがある¹⁾。今回我々は、う歯が原因となった Deep neck

infection の 4 症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告した。

症 例

症例 1 : 49 歳, 男性

主 訴 : 頸部腫脹

既往歴 : 特記すべきことなし。

家族歴 : 特記すべきことなし。

現病歴 : 1991 年 12 月 2 日頃より右下顎歯痛があった。12 月 7 日より右耳下部から顎下部

にかけて腫脹が出現したので、12月9日S外科受診し抗生剤とγグロブリンの投与を受けたが、症状軽快しなかった。12月19日当科紹介となった。

経過：入院時、右耳下部から顎下部にかけて発赤、腫脹を認め、一部に波動を触れた。咽頭の発赤、腫脹は認めず、右下顎第2大臼歯と第3大臼歯にう歯があった。

CTでは、右胸鎖乳突筋をはさむ浅部および深部に多房性の膿瘍を認めたので(Fig. 1)、入院3日目に右胸鎖乳突筋前縁に沿って切開、排膿し、ガーゼドレーンを挿入した。Cefmetazole 2g/日の点滴静注投与と連日切開部洗浄にて軽快し、入院後37日で退院となった。



Fig. 1 Multiple abscesses in shallow and deep area of right sternocleidomastoid muscle were found

症例2：63歳、女性

主訴：右頸部腫脹、開口障害

既往歴：慢性関節リウマチ

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：1992年8月下旬頃に左下顎歯を抜歯した。抜歯後より左下顎痛あったが放置していた。9月23日頃より左頸部腫脹と開口障害が出現、食事困難となり9月28日当科受診となった。

経過：入院時、左顎下部の腫脹、発赤が認められ、発赤は前胸部にまで及んでいた。咽頭の発赤、腫脹はなく、左下顎第1大臼歯の抜歯創より排膿を認めた。

頸部エコーにて左顎下腺と耳下腺の間に、38mm×28mmの膿瘍と思われる Hypoechoic mass を認めたため、入院1日目に左胸鎖乳突筋前縁に沿って切開、排膿しガーゼドレーンを挿入した。膿汁の細菌検査では *Staphylococcus aureus* が検出された。Clindamycin 600mg/日、Piperacillin 2g/日の点滴静注投与と連日切開部洗浄により軽快し、入院後73日で退院となった。

症例3：70歳、女性

主訴：右下顎部腫脹

既往歴：左耳下腺腫瘍手術（1986年）、高血圧

現病歴：1992年11月初旬頃より右下顎第1、第2小臼歯の歯痛があった。11月22日頃より咽頭痛、右下顎腫脹出現し40℃台の発熱もあった。食事摂取困難となり11月24日当科受診となった。

経過：入院時、右下顎部に発赤、腫脹が認められ、右扁桃周囲が腫脹していたが、発赤はなかった。右下顎第2小臼歯、第1、第2大臼歯に未処置う歯が認められた。

CTにて、右側咽頭間隙に膿瘍と思われる Low density area が認められたので、右扁桃周囲に切開を入れたところ膿汁の排泄をみた。Aspoxicillin 4g/日、Isepamicin 400mg/日の点滴静注投与と連日切開部洗浄により軽快し、入院後29日で退院となった。

症例4：30歳、男性

主訴：右頸部腫脹、呼吸困難

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：1991年7月10日頃より右歯痛があった。7月13日昼頃より突然、右顔面から頸部にかけて腫脹してきた。痛み、圧痛はなかった。7月14日には38.6℃まで発熱、食事摂取できなくなり、呼吸困難出現した。同日、近医外科受診し、当科紹介となった。

経過：入院時、右顔面から頸部にかけて

著明な発赤、腫脹があり、触診にて握雪感があった (Fig. 2). 右上, 下顎第2小臼歯, 第1大臼歯, 第2大臼歯に未処置歯を認めた. ファイバースコープにて、右喉頭蓋から披裂部にかけて腫脹が認められ呼吸困難も強かったため、経鼻挿管を施行した.

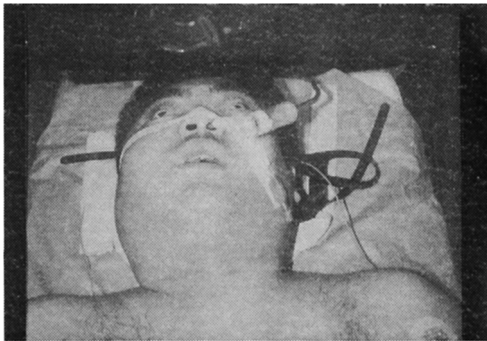


Fig. 2 From right face to neck redness and swelling were found.

CTにて右頸部皮下より胸鎖乳突筋の浅部と深部にかけて、び慢性のガス像が認められた (Fig. 3). 入院2日目に気管切開と右胸鎖乳突筋前縁に沿っての切開を施行したところ、前頸筋群は広汎に壊死を起こしていた.

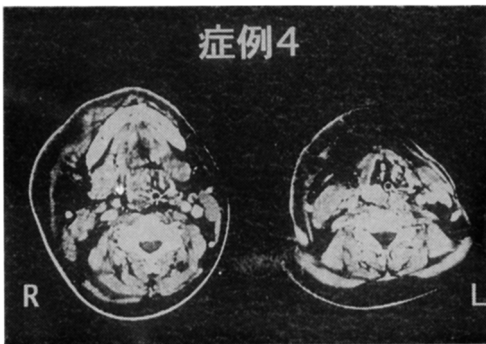


Fig. 3 Diffuse gases were found from right neck subcutaneous to sternocleidomastoid muscle.

また、入院時検査にて血小板3万4千と著明に低下しており、部分トロンボプラスチン時間の延長、アンチトロンビンⅢの低下、プラスミノゲンの低下もみられたため、DICと考えFOY1200mg/日、ヘパリン1500E/

日、アンチトロンビンⅢ1500E/日を投与した.

ガス産生菌による感染と思われたため、Sulbenicilin 12g/日、Clindamycin 1200mg/日、Amikacin 200mg/日を点滴静注したが、炎症消退せず縦隔、胸腔にも炎症波及したため、縦隔、胸腔ドレナージ施行し原因歯も抜歯した. しかし、全身状態改善せず入院16日目に頸部動脈性出血のため死亡した (Fig. 4).

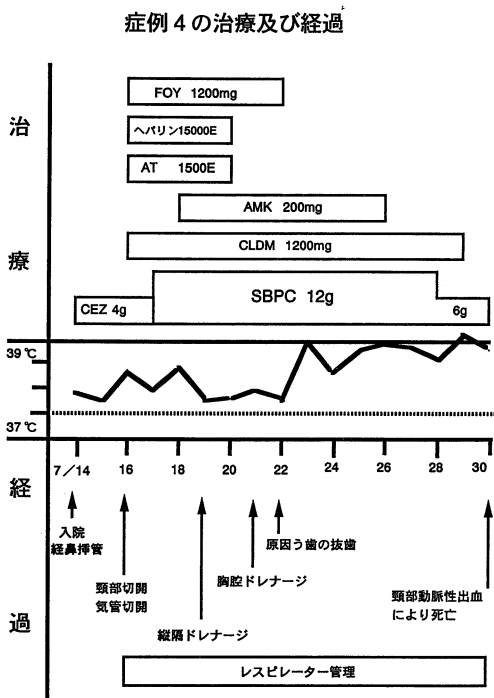


Fig. 4 The course and therapy of case 4.

考 察

Deep neck infectionの臨床症状としては、疼痛、発熱、頸部腫脹が一般的であるが、炎症が縦隔に波及すると呼吸困難、嚥下困難を伴う。また、ガス産生菌による感染の場合、局所の触診での握雪感、捻髪音がみられる²⁾.

診断にはCT, エコーが有用であり、特にCTは膿瘍の有無、存在部位、広がりなどの情報が得られ、切開の部位、範囲を決定する手がかりとなる³⁾.

起炎菌については、検出率は20%以下で連鎖球菌群の検出率が最も高く、嫌気性菌も報告されている⁴⁾。我々の症例でも症例2の*S.aureus*を除き他の症例では陰性で、起炎菌の検出率の低さを示している。

治療は切開、排膿、抗生剤の全身投与が一般的であるが、抗生剤の進歩により保守的手段を優先させるという考えもある⁵⁾。しかし、明かな膿瘍形成やガス像を認めた場合は積極的に切開、排膿を施行すべきと考えられる。我々の症例でも3例に頸部外切開、1例に口腔内よりの切開を施行している。

抗生剤の選択は、口腔内に常在する好気性菌、嫌気性菌の両方に有効な組み合わせが必要である。この点を考慮すると、ペニシリン系やセファロスポリン系薬剤にクリンダマイシン、リンコマイシンを加えたものを第一選択にすべきと考える¹⁾。

また、症例4のようなガス産生菌による感染の場合は、敗血症、DIC、他臓器不全等を高率に合併してくるので徹底した全身管理が必要である。

ま と め

1. う歯が原因となったDeep neck infectionの4症例について報告した。全症例に外科的切開、排膿を施行した。
2. 診断にはエコー、CTが有用と思われた。
3. 治療は、明かな膿瘍形成、ガス産生のある場合には積極的に外科的切開を行ったほうがよいと思われた。特にガス産生菌の場合には全身に対する影響が強いので、局所のみならず徹底した全身管理が必要である。

文 献

- 1) 宮川晃一：深頸部膿瘍の診断と応急処置。JOHNS 7: 121-124, 1991.
- 2) 安齊友博，他：ガス産生を伴った頸部縦隔膿瘍の1症例。日本耳鼻咽喉科感染症研究会誌 9: 173-176, 1991.
- 3) 鈴木栄久，他：縦隔洞炎へ進行した深頸部感染症2症例。耳鼻臨床 86: 1315-1320, 1993.
- 4) 鈴木重剛，他：歯原性口腔底蜂窩織炎の4症例。口咽科 5: 119-125, 1993.
- 5) 山嵜達也，他：Ludwig's anginaの1症例。耳喉頭頸 60: 595-601, 1988.

質 疑 応 答

質問 久々湊靖（札幌医大）

第4症例では、側頸部切開時には縦隔洞炎の徴候はみとめられなかったのでしょうか。

質問 小宮山荘太郎（九州大）

第4例目の症例の写真から、脳膿病も疑いますが、どうでしたか。

質問 松永 亨（大阪大）

報告された第4例はガス壊疽例ではないのか、それに対する好気性処置は。

応答 伊藤浩一（東邦大学）

明らかな縦隔洞炎の徴候は認められませんでした。

応答 伊藤浩一（東邦大学）

脳に炎症は波及していなかった。

応答 伊藤浩一（東邦大学）

高圧酸素の装置がなかったので、ピロゾンにて創部持続洗浄した。