

重篤な経過を呈した頸部縦隔膿瘍の一症例

菊島 一仁 藤森 功 岸保 鉄也 後藤 領
 荻野 純 久松 建一 村上 嘉彦
 山梨医科大学耳鼻咽喉科

A Case of Cervicomediastinal Abscess and Pyothrox

Kazuhiro KIKUSHIMA, Isao FUJIMORI, Ryo GOTO, Tesuya GANBO, Jun OGINO,
 Ken-ichi HISAMATSU, Yoshihiko MURAKAMI

Department of otorhinolaryngology, Yamanashi Medical University

A 46-year-old female with cervicomediastinal abscess and pyothrox secondary to acute tonsillitis and pharyngitis is presented. Mediastinitis resulted from suppuration in the submandibular space, parapharyngeal space and retropharyngeal space spreading down the anterior and posterior visceral space of the neck.

Although culture of the neck and mediastinal abscess demonstrated *Acinetobacter calcoaceticus*, anaerobic bacteria was suspected of contributing to this infection from surgical and CT findings.

In cases into cervicomediastinal abscess, complications due to DIC may develop. Therefore, it is important to start treatment for DIC as early as possible, provided a decrease in platelets and an increase in FDP are detected.

はじめに

耳鼻咽喉科領域の感染症の中で頸部縦隔膿瘍は、敗血症からDICを起こす可能性がある重篤な疾患である。特にガス産生を伴った頸部膿瘍は、膿瘍の縦隔への急速な波及を来し、それに伴う症状の重篤化をもたらすため、迅速な対応が必要となる。今回我々は急性扁桃炎、急性咽喉頭炎より、深頸部膿瘍、縦隔膿瘍さらには膿胸へと進展し、集中治療を必要とした症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

患者：45歳女性

主訴：咽頭痛、嚥下困難、及び呼吸困難

既往歴：特記事項なし

家族歴：特記事項なし

現病歴：1994年8月10日頃より咽頭痛が出現し、近医内科を受診し、急性扁桃炎との診断にて、抗生剤の投与を受けるも、嚥下困難、さらには呼吸困難も出現したため、8月15日山梨赤十字病院内科受診、同日緊急入院となった。入院時現症：体温38度C、血圧138/76 mmHg、脈拍82回、意識鮮明だが、呼吸は努力性で吸気性呼吸困難を認めた。チアノーゼは認めていない。

耳鼻咽喉科所見：両側口蓋扁桃の炎症性腫脹、

Table 1 Laboratory finding on admission

| (血液検査) | | (生化学検査) | |
|------------|---|---------|-----------|
| RBC | 4.42 × 10 ⁴ /mm ³ | T. P | 6.6 g/dl |
| WBC | 23.6 × 10 ² /mm ³ | Alb | 3.2 g/dl |
| HGB | 13.7 g/dl | A/G | 0.94 |
| HCT | 42.7 % | T-bil | 0.7 mg/dl |
| PLT | 21 × 10 ⁴ /mm ³ | GOT | 36 IU/l |
| (Hemogram) | | GPT | 28 IU/l |
| Stab. | 8.5 | LDH | 355 IU/l |
| Seg. | 80.3 | γ-GTP | 5 IU/l |
| Mon. | 4.0 | Al-P | 130 IU/l |
| Eos. | 0.2 | Ch-E | 0.4 ΔPH |
| Baso. | 0.5 | LAP | 33 IU/l |
| Lym. | 6.5 | CPK | 91 IU/l |
| | | AMY | 88 IU/l |
| | | Glucose | 102 mg/dl |
| ESR | 1 hr 94 mm | BUN | 34 mg/dl |
| | 2 hr 133 mm | Cr | 1.2 mg/dl |
| | | Na | 145 meq/l |
| | | K | 3.5 meq/l |
| | | Cl | 110 meq/l |
| | | T-Chol | 113 mg/l |
| | | TG | 57 mg/l |
| | | CRP | 24.3 mg/l |

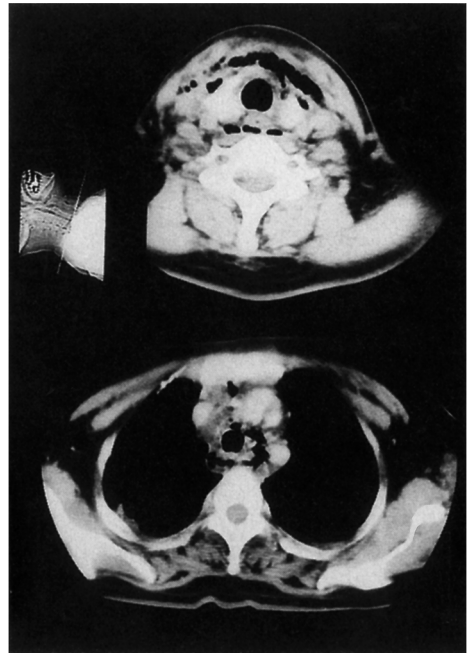


Fig. 1 CT scan showing low density area with diffuse gases from fascial space of neck and retropharyngeal space to mediastinum

喉頭蓋，左披裂部，左咽頭側壁の腫脹があり，また左顎下部より左鎖骨上窩にかけて腫脹及び圧痛を認めた。

入院時血液検査所見：Table 1 に示す通り，血沈値の亢進，核の左方移動を伴う白血球の増加，CRP の上昇等の炎症反応所見を認めた．血糖値は正常で，その他の検査所見で心電図上 ST-T の低下，胸部 X-P 上で右の CP アングルの鈍化，縦隔陰影の開大を認めた．Fig. 1 は 8 月 16 日撮影の頸部及び胸部 CT で，両側頸部で浅頸部から咽後部の広範囲に渡りガス産生を認める low density area が認められ，それが気管，食道に沿って，縦隔内では気管分岐部付近まで達していた．Fig. 2 に入院経過を示す．入院後は絶食として IVH 管理下においた．CT 所見より，嫌気性菌の関与が疑われたが，頸部，縦隔の膿瘍部からは，グラム陰性桿菌の *acinetobacter. calcoaceticus* のみが検出された．8 月 16 日左顎下部を中心に頸部側切開を施行し，さらに CT 下胸骨左縁第 2～3 肋間で

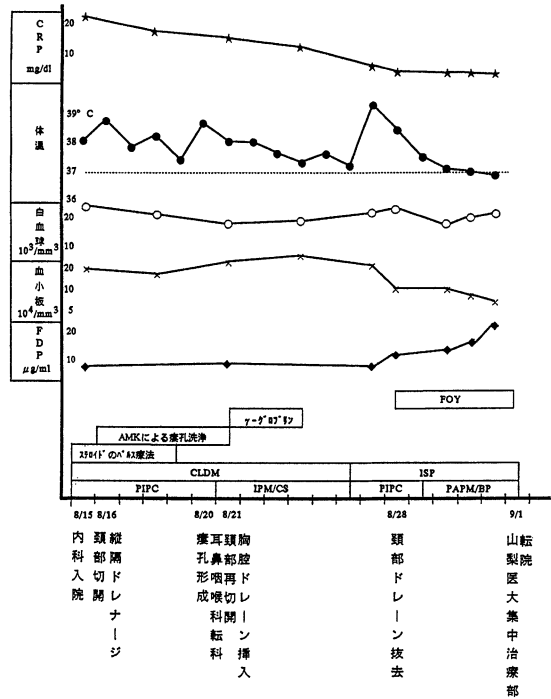


Fig. 2 Clinical course and therapy

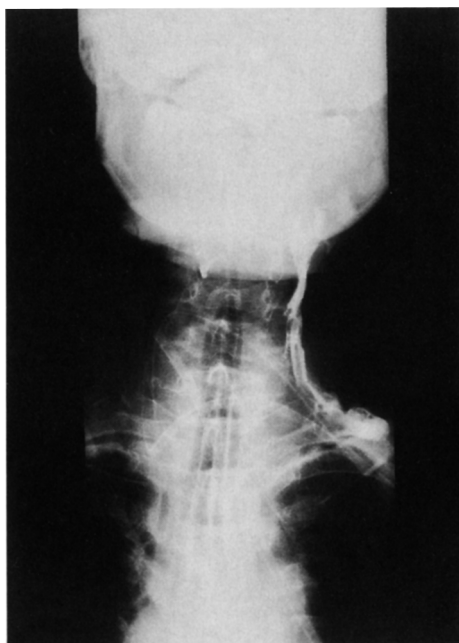


Fig. 3 X-ray of neck with bariumswallow showing fistula formation of left periform sinus

PTCA用ドレーンカテーテルを縦隔内に挿入し、排膿処置を施行した。その際悪臭を伴った大量の膿汁が排出された。しかし、その後も膿瘍巣の縮小傾向が認められず、さらには右側胸部を中心に膿胸が認められるようになった。また8月20日には左梨状窩に瘻孔が形成されるようになった。Fig. 3はその際の咽頭造影である。翌21日NLA麻酔下、頸部襟状切開にて、頸部、縦隔の排膿と壊死に陥っている軟部組織及び筋肉のデブリーメントを施行した。膿胸に対しては胸腔ドレーンを挿入した。その後、連日の排膿処置にて、頸部縦隔膿瘍の縮小傾向を認めた。術後6日目の頸部及び縦隔のCT所見で、頸部では咽後部、甲状腺周囲から上縦隔、食道周囲の膿瘍像は著明に縮小しているが、中～後縦隔および膿胸は依然認められた。しかし、全身状態的には、低栄養、電解質の異常のほか、血小板の減少、FDPの上昇とDIC傾向を認めるようになったため、9月1日集中治療

および管理の適応と考え、山梨医科大学集中治療部に転院となった。

山梨医大集中治療部に転院後も、重症感染症に対して多剤併用の化学療法及び、抗DIC療法を施行して、全身状態的にも改善を認めた。また胸部CTにて、右側膿胸と思われるlow density areaが残存していたが、同部をエコー下で穿刺し、細菌培養したところすでに無菌化しているため、9月10日当科転科となった。

当科転科2週目に施行した食道造影で、左梨状窩の瘻孔は完全に閉鎖していた。その後もしばらくは嚥下困難を認めたが、訓練により徐々に回復し10月26日退院となった。

考 察

深頸部膿瘍は本症例のような上気道炎や歯牙疾患を契機に、頸部の感染防御壁となっている筋膜に炎症が波及し、その結果筋膜間の粗な間隙に膿瘍が形成される。防御壁が破綻した結果、その間隙を膿瘍が縦隔に下降し縦隔膿瘍、膿胸へと重篤化する¹⁾。特にLevitt²⁾の分類でいわれる前内臓隙及び後内臓隙と呼ばれる間隙が縦隔に至る経路として重要で、本症例では急性扁桃炎及び、急性咽喉頭炎より顎下間隙、副咽頭間隙、咽後間隙に膿瘍が形成され、それらが前内臓隙、後内臓隙を経由して縦隔に膿瘍が流入していったものと思われた。

次に起因菌に関して検討してみると、多くの報告^{3,4,5)}からも頸部膿瘍では嫌気性菌の関与が重要とされている。本症例では嫌気性培養の結果からは同定されなかったが、CTでのガス産生所見、切開時の悪臭を伴った膿汁を認めていることから、嫌気性菌の関与が強く疑われた。したがって、深頸部膿瘍の場合、先程の縦隔へ至る頸部の経路を速やかに切開排膿し、さらに嫌気性菌に感受性を有するCLDM、LCMを中心とした多剤併用の化学療法を施行することが縦隔への感染の波及を食い止めるために重要である⁶⁾。本症例では第1回目の顎下部を中心とした切開排膿では不十分であったこと、また前

胸部からの経皮的ドレナージは頸部縦隔にまたがる広範囲な膿瘍症例では不適応であり、そのため後日再度切開排膿を余儀なくされた。

さらに、頸部縦隔膿瘍は常に敗血症から DIC を併発する可能性を有しており⁷⁾、本症例でも入院 2 週目より FDP の上昇、血小板の減少と DIC 傾向を認めた。幸い敗血症には至らなかったが、長期間の重症感染症は潜在的に DIC を起こす危険性を有しており、FDP の上昇、血小板の減少傾向を認めたならば、早期に抗 DIC 療法を開始すべきであると考えられた。

ま と め

急性扁桃炎、急性咽喉頭炎より深頸部膿瘍、縦隔膿瘍、及び膿胸へと進展した 45 歳女性の重症感染症例を経験した。膿瘍は顎下部、副咽喉間隙、及び咽後部に形成され、それらが前内臓隙、後内臓隙を流下して、急速に縦隔に波及し、さらに膿胸に進展したと思われた。

また、頸部及び縦隔からの細菌培養では、グラム陰性桿菌で弱毒性菌であるアシネトバクターのみが検出されたが、CT 及び術中所見より嫌気性菌の関与が疑われた。

深頸部縦隔膿瘍症例では、DIC の併発を常に念頭において、血小板の減少、FDP の上昇傾向を認めたならば、早期に抗 DIC 療法を開始することが重要と考えられた。

参 考 文 献

- 1) 寺山吉彦: 側咽頭膿瘍と咽後膿瘍. 耳喉 52: 751-756, 1980.
- 2) Levitt MGw : Cervical fascia and deep neck infection. Laryngoscope 80 : 409-435, 1970.
- 3) 馬場駿吉: 耳鼻咽喉科領域における嫌気性菌感染症, 第 6 回嫌気性菌感染症研究会講演記録: 146-155, 1976.
- 4) Bartlett AH and Gorbach SL : Anaerobic infections of the head and neck. Otolaryngol Clin North Am, 9 : 666, 1976.
- 5) 深本克彦, 杉田麟也: 急性扁桃炎に続発した頸部縦隔膿瘍の一例: その治療法の検討. 日耳鼻 93:

884-893, 1990.

- 6) 中田順子, 渡辺徳武, 茂木五郎, 他: 副咽頭間隙膿瘍一起因菌の同定と切開排膿の重要性一. 耳鼻臨床 84: 499-504, 1991.
- 7) 山澤 弦, 藤田 智, 真弓享久, 他: 縦隔洞炎を併発した深頸部膿瘍の 2 症例. ICU 14: 1075-1079, 1990.

(連絡先: 菊島一仁)

〒409-38 山梨県中巨摩郡玉穂町下河東 1110

山梨医科大学耳鼻咽喉科学教室