

下極型扁桃周囲膿瘍の1例

福山 聡 牛飼 雅人 黒野 祐一

鹿児島大学医学部耳鼻咽喉科

A Case of Inferior Pole Peritonsillar Abscess

Satoshi FUKUYAMA, Masato USHIKAI, Yuichi KURONO

Department of Otorhinolaryngology, Kagoshima University

Peritonsillar abscess is usually found in the area adjacent to the capsule of the superior pole of the tonsil, since in most cases, the infection occurs in the Weber glands of tonsil in the most cases. We have experienced a rare case of inferior pole peritonsillar abscess. The patient had sore throat, severe odynophagia and pain in the left side of the neck with a low-grade fever. However, trismus was not observed. The abscess was not detected or drained by needle aspiration despite of an enlarged left anterior palatine arch. CT scan demonstrated an area of low attenuation suggesting the presence of abscess in the inferior pole of left peritonsillar space. The patient underwent tonsillectomy under general anesthesia and cured immediately after the surgery. Clinical findings and the treatments of inferior pole peritonsillar abscess were discussed based on the findings of our case and those previously reported.

はじめに

扁桃周囲膿瘍は、口蓋扁桃の炎症が扁桃被膜と咽頭収縮筋との間の結合組織に波及し膿瘍を形成したものである。一般に膿瘍は扁桃上極に生じる。しかし、生体防御機構に何らかの障害を伴うことにより扁桃下極に膿瘍の発生することが報告されている。今回我々はこの極めて稀な下極型扁桃周囲膿瘍症例を1例経験した。本症例の臨床的特徴、治療、経過について報告するとともに、文献的な考察を行った。

症 例

患者：76歳、男性

主 訴：咽頭痛、嚥下痛

既往歴：特記すべきことなし。

生活歴：喫煙1日30本×50年間

現病歴：1998年3月1日、咽頭痛、発熱(37.5℃)出現。その後、咽頭痛悪化するため3月2日に近医内科受診。扁桃炎を指摘され抗生剤の内服開始するが咽頭痛悪化し、嚥下痛強く摂食障害を伴うために、3月3日に近医耳鼻咽喉科受診。左扁桃周囲膿瘍を疑われたため、当科紹介され精査加療のため同日、入院となった。

入院時現症：体温37.0度。

血圧140/88mmHg。左顎下部に圧痛あるも、開口障害はなかった。Fig. 1に示すごとく、

左前口蓋弓は触診上弾性硬で発赤腫脹し，左口蓋扁桃を押すと陰窩より膿汁の分泌を認めた．口蓋垂は軽度右へ偏移していた．間接喉頭鏡下にびまん性に発赤した喉頭粘膜と中咽頭から下咽頭の左側壁の腫脹が認められた．(Fig. 1)

臨床検査成績：血液検査では，白血球数が14300/ μ lと増加を認め，CRPは12.6mg/dlと高値であった．LDH分画においてはLDH₄，LDH₅分画の増加がみられた．陰窩膿汁の細菌検査では有意な細菌は同定されなかった．

入院後の治療及び経過：3月3日入院直後，左前口蓋弓腫脹部の穿刺を試みるも排膿を認めなかった．同日より常用量のフロモキシセフナトリウムの全身投与を開始した．しかし，解熱傾向なくまた局所所見の改善がみられない為，入院2日目に再度，前回穿刺部位よりやや下方を穿刺したが，やはり排膿は認められなかった．そこで，膿瘍の有無もしくは位置を確認するた

めに造影CTを行ったところ，CT上左口蓋扁桃下極に膿瘍形成を認めた(Fig. 2)．膿瘍の位置から，穿刺あるいは切開排膿を行うには困難であり，保存的治療が奏効しないこと，さらに縦郭炎に進展する恐れがあると判断し，入院3日目に全身麻酔下に両側口蓋扁桃摘出術を行った．左口蓋扁桃は下極を中心に周囲結合組織と強く癒着し，下極外方に膿瘍を認め同部位から黄白色の膿汁の流出を認めた．出血量は20mlであった．摘出した左口蓋扁桃をHE染色により組織学的に検討したところ，上極では扁桃及び扁桃周囲の好中球，リンパ球等の炎症細胞の浸潤は軽度でありWeber腺はほぼ正常な構築を保っていた．一方，下極は被膜外側の筋組織に強い炎症細胞の浸潤を認めた(Fig. 3 A, B)．術後経過は良好で，とくに術後出血や合併症なく，血液検査では白血球数，CRPともに改善を認め，3月13日退院となった．



Fig.1 Findings of oral cavity

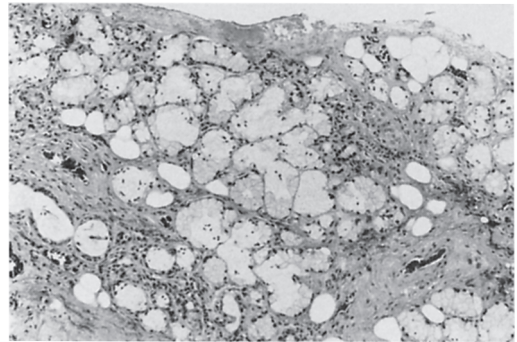


Fig.3 A) Superior pole of the tonsil with Weber's gland (×100)

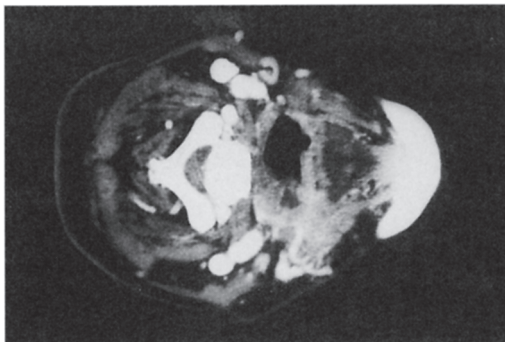
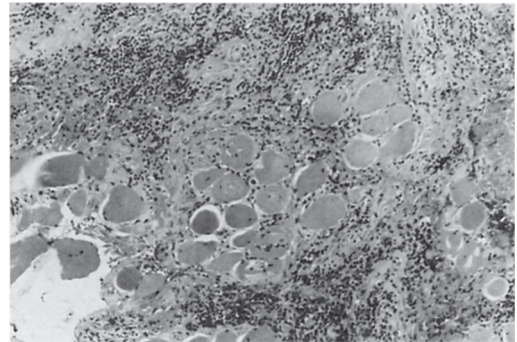


Fig.2 CT showed abscess-like lesion in the left side of palatine tonsil.



B) Inferior pole of the tonsil (×100)

考 察

当科における扁桃周囲膿瘍の患者は年間10例前後であるが、平成7年から平成9年の24例では口蓋弓の腫脹を認めほぼ全例で穿刺もしくは切開排膿を施行し、約3割に口蓋扁桃摘出術が行われている。しかし、いずれも膿瘍形成は上極であり、本症例のごとく下極に膿瘍形成を認める症例は極めて稀である。文献的にも我々が渉猟しえた限りでは7例の報告があるのみで、WillsとVernonは副咽頭間隙膿瘍の3症例のうち縦郭膿瘍に進展した下極型扁桃周囲膿瘍の1例を報告している¹⁾。StageとBondingは扁桃周囲膿瘍217例の中で2例の副咽頭間隙に膿瘍が進展した下極型扁桃周囲膿瘍を報告している²⁾。扁桃下極の膿瘍は咽頭収縮筋を通じて比較的容易に副咽頭間隙に進展する³⁾と考えられ、出来るだけ早期の診断が重要とされる。

またLicameliとGrilloneは糖尿病、HIV(human immunodeficiency virus)感染やステロイド投与患者の症例を報告しており患者の易感染性素因の関与が示唆される³⁾。扁桃周囲膿瘍は一側の前口蓋弓の腫脹と口蓋垂の健側の偏移など特徴的な口腔内所見や開口障害を伴う強い咽頭痛と嚥下痛が著明であり診断は比較的容易である。しかし、下極型扁桃周囲膿瘍は口腔内所見に乏しく、嚥下痛、咽頭痛は強いにもかかわらず開口障害は軽度もしくは認めないため、診断は必ずしも容易でない。一方で下咽頭、喉頭の炎症所見や、患側の頸部痛が比較的強いといった特徴もある。扁桃周囲膿瘍では炎症が深部に波及し翼突筋に及ぶと開口障害を呈する。開口障害は疼痛による反射性筋 spasms によると考えられている^{4),5)}。下極に存在する膿瘍は開口障害が少ないが、下極の膿瘍では副咽頭間隙の下方に炎症が波及し、比較的翼突筋に影響を及ぼさないためと推測される。したがって、抗生剤による保存的治療で改善傾向を示さない咽頭炎や扁桃炎は、同疾患を疑いCT検査を行うべきである。本症例は前口蓋弓の腫脹を認め

扁桃周囲膿瘍を疑うことは比較的容易であったが、2度の穿刺排膿をこころみたが排膿できず、膿瘍の有無、位置を確認するためにCT検査を行った。扁桃周囲膿瘍は膿瘍の位置、性状に応じて治療法を決定すべきであり、そのためのCT検査は必要であり⁶⁾、下極型扁桃周囲膿瘍においては特に重要と思われた。治療においては局所麻酔下の穿刺や切開排膿よりも早期の膿瘍扁桃摘出術(膿瘍扁桃摘)により安全かつ完全な膿瘍の除去が可能であり、本疾患に対する第一選択の治療法と考えられている³⁾。膿瘍扁桃摘は扁桃周囲膿瘍の治療法として必ずしも一般的な治療法ではないが、膿瘍の位置や開口障害により穿刺切開により排膿が不可能な症例や膿瘍が縦隔膿瘍に進展する可能性のある症例に対しては積極的に行われるべきと言われる⁷⁾。抗生剤治療に抵抗し、また、扁桃が癒着傾向にあり、膿瘍が進展しやすい50歳以上の症例もその適応と考えられており、下極型扁桃周囲膿瘍を呈した本症例においてもその有用性が示された。

ま と め

下極型扁桃周囲膿瘍の1例を経験した。通常の扁桃周囲膿瘍と異なった臨床所見を示すため、保存的治療に抵抗性の咽頭炎や扁桃炎は本疾患を疑い、CT検査を行うべきと考えられた。また早期の膿瘍扁桃摘出術が効果的であることが示された。

参 考 文 献

- 1) Wills PI, Vernon RP : Complications of space infections of the head and neck. The laryngoscope 91 : 1129-1136, 1981
- 2) Stage J, Bonding P : Peritonsillar abscess with parapharyngeal involvement : incidence and treatment. Clin Otolaryngol 12 : 1-5, 1987
- 3) Licameli GR, Grillone GA : Inferior pole peritonsillar abscess. Otolaryngology-Head and Neck Surgery 118 : 95-99, 1998
- 4) 市村恵一 : 扁桃周囲膿瘍穿刺, 切開 JOHNS 8

- (10) 1433-1437, 1992
- 5) 八木沢幹夫, 西村忠郎: 口腔, 咽頭の炎症, 膿瘍 JOHNS 10 (8) 1083-1087, 1994
- 6) 田中祐美子他: 扁桃周囲炎および周囲膿瘍における CT の有用性 日扁桃誌 38 135-138, 1991
- 7) 藤本真奈美他: 扁桃周囲膿瘍における膿瘍扁桃の適応について 日耳鼻 98 1744-1745, 1995

質 疑 応 答

質問 小田恂 (東邦大学第1)

下極の膿瘍の発生理由について、何故下極にこのような膿瘍が生じるのでしょうか。

応答 福山聡 (鹿児島大学)

口蓋扁桃被膜の外側は、上咽頭収縮筋と口蓋咽頭筋により構成されていますが、扁桃の下極は、その筋群が疎になっていると言われていいます。このような解剖学的なことが、下極に膿瘍のできる一つの要因となっていると思われます。

連絡先: 福山 聡
〒890-8520 鹿児島市桜ヶ丘8丁目35-1
鹿児島大学医学部耳鼻咽喉科
TEL 099-275-5410 FAX 099-264-8296