

膿胸を併発した真菌性深頸部膿瘍症例

中村 浩 田中久哉 石川雅洋

斎藤 啓 村田清高

近畿大学医学部耳鼻咽喉科学教室

A Case of Deep Neck Infection Extending to a Chest Abscess.

Hiroshi NAKAMURA, Hisaya TANAKA, Masahiro ISHIKAWA, Kei SAITO,
Kiyotaka MURATA

Most acute infections can now be treated without severe complications due to the development of antibiotics.

However the administration of antibiotics may mask clinical signs, resulting in incorrect clinical management and serious complications. A 26-year-old man complaining of pain and swelling of the neck as well as trismus and dyspnea was referred to our clinic. Based on CT scan and chest X-p findings, we diagnosed deep neck infection extending to a chest abscess. Surgical drainage of the neck and chest saved this patient's life. The causative bacillus was *Candida albicans*. Our findings emphasize the importance of surgical drainage in patients with severe bacterial and fungous infection.

はじめに

抗生剤の発達により多くの急性炎症性疾患は重篤な続発症を合併することなく治癒することが多くなった。しかし、一方では安易な抗生物質の使用により臨床症状が隠蔽され、適切な治療法や治療時期を誤り重篤な合併症を引き起こすこともある。今回我々は他院で抗生剤の過量投与後に真菌性深頸部膿瘍さらには膿胸を併発した症例を経験したので報告する。

症 例

症例：26歳男性

主訴：咽頭痛、背部痛 頸部腫脹

既往歴：脳性小児麻痺。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成10年4月10日咽頭痛を自覚し翌日近医受診、急性扁桃炎の診断で内服薬を処方される。しかし咽頭痛は徐々に増悪し咽頭後壁の腫脹や頸部腫脹も出現し4月14日、某病院入院の上、抗生剤（PIPC 8g/day FMOX 2g/day CLDM 1.2g/day）の投与を受けるもさらに頸部腫脹が増悪しさらに背部痛も出現してきた。さらに4月16日には頸部捻髪音や呼吸苦も認め平成10年4月16日当科に紹介された。

初診時所見：咽頭発赤、特に咽頭後壁の発赤腫脹と著明な頸部腫脹を認め前頸部圧迫による捻髪音および両肺野に湿性ラ音を聴取した。

入院時検査所見：白血球数 18100 CRP 32.4

Data :	WBC	:18.1	× 10 ³ / μ l
	RBC	:4.65	× 10 ⁴ / μ l
	Hb	:13.5	g/dl
	Ht	:38.8	%
	plt	:12.8	× 10 ³ / μ l
	CRP	:32.4	
	BUN	:45	mg/dl
	GOT	:100	IU/l
	GPT	:80	IU/l
	Na	:133	mEq/l
	K	:4.1	mEq/l
	Cl	:97	mEq/l
	PaCO ₂	:34.3	mmHg
	PaO ₂	:54.0	mmHg

Table 1 Laboratory data on admission

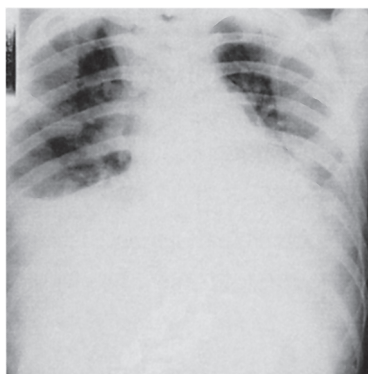


Fig. 1 Chest Xp on admission

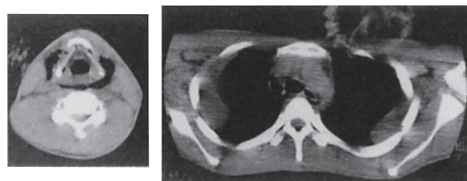


Fig. 2 CT on admission

と高値を示し血液ガス分析で PaCO₂ 34.3 PaO₂ 54.0 と拡散障害を示した (Table 1).

画像検査：胸部 X-p で両側肺野に高度な混濁陰影を認めた (Fig.1). 頸部 CT 上, 副咽頭間隙や頸椎前間隙にエアーを認め, 胸部 CT でも肺実質周囲に異常陰影を認めた (Fig.2).

臨床経過：深頸部膿瘍および膿胸と診断し同日全身麻酔下に胸鎖乳突筋に沿った縦切開にて深頸部膿瘍切開開放術を行い洗浄排膿を施行した。また両側肋間側方よりトロッカー留置術を行い一側から 500cc ずつ計 1000cc の多量の膿性排液を認めた。頸部捻髪音や CT 所見からガス産生菌によるものが疑われたが細菌検査では術後 5 日目に *Candida albicans* (以下 *C.albicans*) が検出され真菌性の深頸部膿瘍及び膿胸との診断を得た。

術後より毎日頸部及び胸部の洗浄を繰り返し真菌性と判明した術後 5 日目から抗真菌剤 (FLCZ) の投与を開始した。術後 15 日目には白血球数 8000, CRP 10.2, 体温も 36 度台に低下し (Fig.3) 胸部 X-p 上の陰影も改善した (Fig.4). 術後の CT では術前エアーのあったところは開放創となり胸部 CT では肺実質周囲陰影の著明な減少が認められた (Fig.5).

項部硬直等の髄膜刺激症状はなく頭蓋内合併症は認められなかった。

その後, 切開創部は癒着治癒し, 両側のトロッカーも抜去し全身状態が安定したため平成 10 年 6 月 3 日退院となった。

考 察

深頸部膿瘍は患者側に基礎疾患を合併していたり治療時期や治療方法を誤ると縦隔膿瘍や膿胸, 敗血症など重篤な続発症を併発し, 高い致死率の疾患に変貌する。原因は, 口腔底, 耳下腺, 歯, 扁桃, 顎下腺, 咽頭後壁, 乳様突起などの炎症から波及するものが大部分である¹⁾。特に齲歯, 扁桃炎, 咽頭炎によるものが多い²⁾。炎症の進展経路は頸部に存在する間隙を伝わっていく。この間隙とは筋膜によって囲まれた粗

な結合織のことであり Levitt³⁾ によると頸部全長に及ぶ間隙は浅頸間隙, 副咽頭間隙, 頸椎前間隙, 血管間隙に分類される. 特に翼状筋膜と

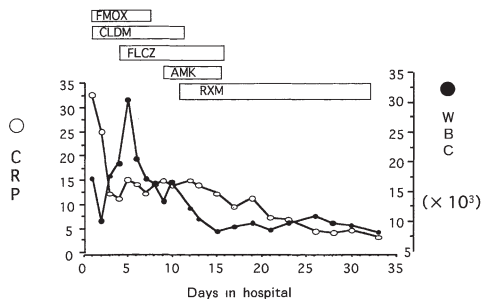


Fig. 3 Therapeutic course

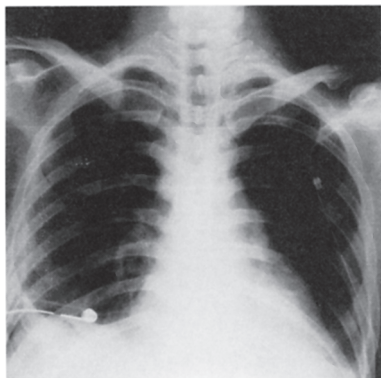


Fig. 4 Chest Xp after surgery

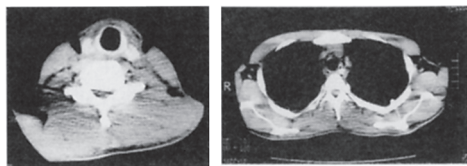


Fig. 5 CT after surgery

椎前筋膜で作られる頸椎前間隙は最も危険な間隙である. 上方は頭蓋底まで下方は縦隔の後部に入るためこの部分の炎症は容易に縦隔炎や頭蓋内合併症を引き起こすためである⁴⁾. 自験例でも咽頭炎, 特に咽頭後壁の炎症が原因となり, 副咽頭間隙から血管間隙と頸椎前間隙を伝わって胸部にまで至り深頸部膿瘍および膿胸を併発したと考える. 起炎菌は, Hemolytic Staphylococcus や Streptococcus が一般的であるが嫌気性菌が重要な役割を果たすと考えられている⁵⁾. また, その起炎菌は当科に紹介されるまでに抗生剤を投与されていたため特定できなかった. Estrera ら⁶⁾は続発症の発症する時期は12時間から2週間, 平均48時間と述べている, 安木ら⁷⁾や深本ら⁸⁾は病態の進行と排膿までの期間には正の相関関係があり, 膿瘍が頸部でとどまっている症例と縦隔膿瘍に至った症例では発症から切開排膿までの期間に差がみられたと報告している. 自験例でも咽頭後壁の発赤腫脹や頸部腫脹の出現した4月14日に頸部膿瘍が発症したと考えると発症2日目には膿胸を合併したことになり, 平均48時間という Estrera ら⁶⁾の報告に近い結果であった. したがって, 深頸部膿瘍を疑えばなるべく早期に胸部レントゲンや頸部および胸部CTにてその広がりを診断し切開排膿等の外科的処置と適切な抗生剤の投与が必要である. 抗生剤の選択については, 嫌気性菌に感受性のある抗生物質の投与を行い⁹⁾, そしてMRSAなどの耐性菌の出現や菌交代現象によるCandidaなどの真菌症の発症についても十分な注意が必要である. 特にC.albicansは, 消化管, 皮膚の常在菌でありその可能性も常に念頭に置かねばならない.

本症例においては脳性小児麻痺によりコミュニケーション障害があり, 初期治療が遅くれ咽頭炎から咽頭膿瘍を併発し深頸部膿瘍ひいては膿胸に至ったのと考えられる. 起炎菌は抗生剤投与後のため不明であるが菌交代現象による真菌の発現により抗生剤に反応せずさらに増悪

したものと考えられる。CT上のエア－はガス産生菌によるものかと思われたが、流出した膿汁に嫌気性菌特有の悪臭は認められず細菌検査でもガス産生菌が認められなかった事から、胸部にまで膿瘍が至ったため膿汁が胸部に流入し陰圧が加わり生じたものとも考えられた。

本症例では幸いにもその後順調な回復をみたが深頸部膿瘍に対しては、抗生剤による保存的治療を不用意に引き延ばさず早期に切開排膿が必要であると考えた。

ま と め

1. *Candida albicans* による深頸部膿瘍から膿胸を併発した症例を経験した。
2. 深頸部膿瘍を形成すれば可及的すみやかに外科的処置を行うことが必要であると考えた。
3. 多量の抗生剤の使用は菌交代現象により *Candida albicans* などの真菌感染発症を引き起こす可能性があり十分な注意が必要であると考えた。

参 考 文 献

1) 寺山吉彦：側咽膿瘍，咽後膿瘍 耳喉 52：751-

756, 1980.

- 2) Maran AGD et al : The parapharyngeal space. J Laryngol Otol 98 : 371-380, 1984.
- 3) Levitt MGW : Cervical fascia and deep neck infections. Laryngoscope 80 : 409-435, 1970.
- 4) 吉原俊雄：深頸部急性感染症 JOHNS 12 : 1525-1531, 1996.
- 5) Sprinkle PM et al : Abscesses of the head and neck. Laryngoscope 15 : 1142-1148, 1974.
- 6) Estrera AS et al : Descending necrotizing mediastinitis. Surg Gynecol Obstet 157 : 545-552, 1983.
- 7) 保喜克文 他：重篤な症状を呈した頸部膿瘍4例 日耳鼻 90 : 1915-1921, 1987.
- 8) 深本克彦 他：進展した深頸部感染症の治療－文献的考察－ 耳鼻臨床 88 : 773-779, 1995.
- 9) 門脇敬一：Deep neck infection 10例の経験 日耳鼻感染症 10 : 38-41, 1992.

質 疑 応 答

質問 岡本美孝（山梨医大）

稔発音（頸部）の機序は？

抗生剤投与が長すぎたと考えてよろしいか。

応答 中村 浩（近畿大学）

稔発語は、当初ガス産生菌によるものと考えましたが、膿瘍が胸部に至り、頸部で陰圧が生じ空気の流入がおこったとも考えられました。

抗生剤投与期間としては長くないと思いますが、切開排膿の処置は、もっと早期に行なうべきだと考えます。

質問 鈴木賢二（名市大）

御発表の症例は、副咽頭膿瘍から縦隔洞炎をあまり起こさずに膿胸となっているように思われ、一般的な経過と少し異なるようですが、炎症の伝達機序につき、お考えは？

応答 中村 浩（近畿大学）

御指摘の様に縦隔炎から膿胸という経過が一般的であるが、縦隔炎の早期に膿胸を併発した為か頸椎前間隙から直接膿胸を併発した為と考えられています。

連絡先：中村 浩

〒589-8511 大阪府大阪狭山市大野東 377 番地の 2
近畿大学医学部耳鼻咽喉科学教室

TEL 0723-66-0221