

耳鼻咽喉科疾患に合併した下気道感染症の2症例

中島庸也 実吉健策

松脇由典 高野哲

東京歯科大学市川総合病院耳鼻咽喉科

Two Cases of ENT Disease Complicated by Lower Respiratory Infection

Tsuneya NAKAJIMA, Kensaku SANEYOSHI, Yoshinori MATSUWAKI,

Satoshi TAKANO

Department of Otorhinolaryngology, Ichikawa General Hospital, Tokyo Dental college

When sudden fever or persistent hyperthermia occurs in ENT patients, the clinician usually tries to determine the cause of fever by taking into consideration the onset and course of fever, the content of disease and local findings. Sometimes, however, that very information prevents the clinician from seeing the cause. We reported 2 cases which reminded us that we must be always alert for concurrent systemic diseases including respiratory infections even in those circumstances where complications seemed unlikely. One case was a patient treated by radiation therapy for laryngeal cancer 3 months previously and in the stable condition who suddenly developed aspiration pneumonia. The other was a patient referred for peritonitis, who had no particular abnormalities in the hypopharynx, larynx or neck, but did not respond to the treatment for the local lesion, and was finally found by general physical examination to be suffering from concurrent pyothorax.

耳鼻咽喉科診療において突然の発熱や高熱の持続などが認められる場合は、起始および経過、疾患の内容や局所所見を参考にして発熱の原因を探るが、その情報で逆に原因が見えにくくなることがある。今回報告する2症例により、耳鼻咽喉科疾患に対処している場合でも、常に気道感染症を含めた全身疾患の合併に気を配る必要があることを再認識させられた。一例は3ヶ月前に放射線治療が終了した喉頭癌患者に発症した嚥下性肺炎の症例と他例は扁桃周囲炎（潰瘍性病変）にて入院加療とした患者に膿胸が併発していた症例である。

症例1：69歳 男性

主訴：咽頭痛，呼吸困難，嚥下障害

既往：10歳・27歳：胸部結核，36歳：肝炎，48歳：頸椎損傷，65歳：アルコール性肝炎，躁鬱病，69歳：胃癌（胃摘出，平成10年12月2日），喉頭癌（T1NOMOにて放射線療法65Gyを平成11年1月11日から2月25日まで施行）。

起始及び経過：平成11年5月14日、主訴にて受診し翌日入院となるが、軽度上気道炎とアルコール過飲による栄養不良と判明した。入院後は経過良好なるも5月25日突然の発熱を呈した。本人の自覚症状は前日と著変はなかったが、

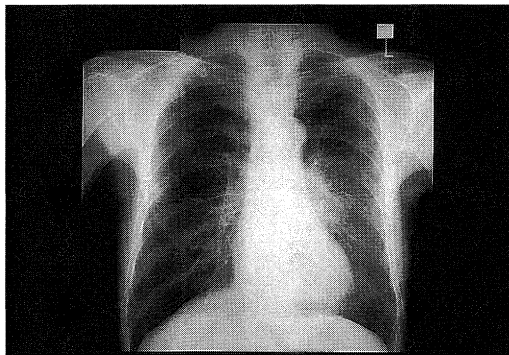


Fig. 1 Chest X-ray showing pneumonia in left hilar region(↑).

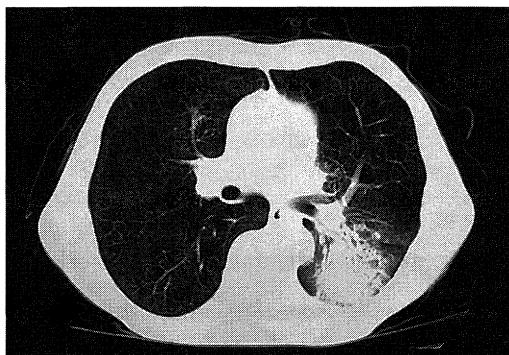


Fig. 2 CT demonstrates segmental opacifications with air bronchogram in left S6(↑).

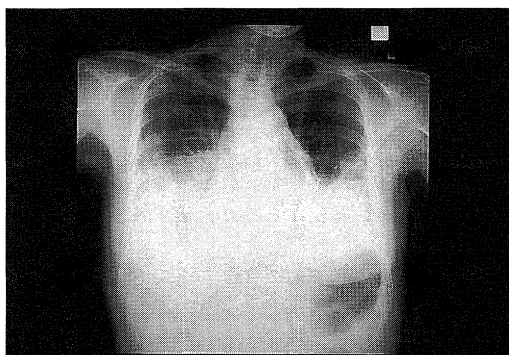


Fig. 3 Chest X-ray showing large amount of pleural effusion and air-fluid levels (↑).

血液検査上炎症所見と胸部レ線 (Fig. 1) 及び CT (Fig. 2) にて左肺門部 (S₆) に陰影を認め、嚥下性肺炎との診断にて PIPC/4g/日と CLDM/1.2g/日を投与した。加療2日後から解熱し陰影は7月14日のレ線で消失していた。

症例2：46歳 女性

初診：平成11年1月26日

主訴：咽頭痛、嚥下困難、発熱

既往：なし

起始及び経過：平成10年12月31日より主訴出現し、翌年1月5日頃までは経口摂取不可であった。その後、嚥下障害はやや軽減するも主訴持続するため近医内科を受診した。保存療法にて症状改善せず、耳鼻咽喉科受診を勧められ当科来院した。左側軟口蓋にアフタ及び膿性分泌物を排泄する潰瘍と軽度扁桃腫大を認めるも喉頭、頸部には特別な所見がなく、扁桃周囲炎として入院加療とした。入院時 WBC12, 100 /mm³ (neutro 72%, eosino 1%, lymp 24%), CRP22.6mg/dl, GOT90IU/l, GPT53IU/l, LDH893IU/l, γ -GTP55IU/l と高度炎症所見と軽度肝障害を示した。入院後 CFSL2g/日を投与するも弛張熱が続き、症状、所見及び検査結果が改善されず改めて扁桃生検、血液培養、胸部レ線検査等の全身検策を施行した。扁桃の潰瘍からの生検では炎症性病変のみで、腫瘍性病変は認められず血液培養も陰性であったが、胸部レ線検査 (Fig. 3) では大量の胸水の貯蓄とニボー形成が認められた。膿胸の診断にて内科転科となり、胸腔ドレナージが施行され2ヶ月後に退院となった。

考 察

症例1の場合、3ヶ月前の放射線治療による咳嗽と嚥下障害が存在していたが、今回の入院時、血清学的検査及び胸部レ線検査では炎症所見は認められなかった。入院後は症状回復し安定した状態であり、しかも特別な誘因や本人の自覚症状の変化も認められないのに突然の発熱を認め、血清学的炎症所見と胸部レ線検査にて

肺炎が確定した。頭頸部腫瘍を含む上気道疾患に対処している場合、急な発熱時には合併症として嚥下性肺炎を必ず疑うべきであると考えられた。

症例2の場合、入院時に膿胸の合併が判明し



Fig. 4 CT demonstrates free air in the subcutaneous soft tissue(↑)³

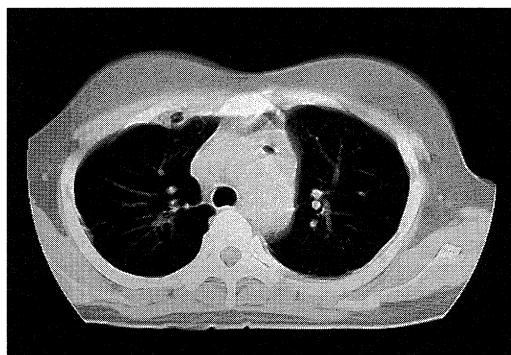


Fig. 5 CT demonstrates free air in the mediastinum(↑) and extrapulmonary space(Δ).

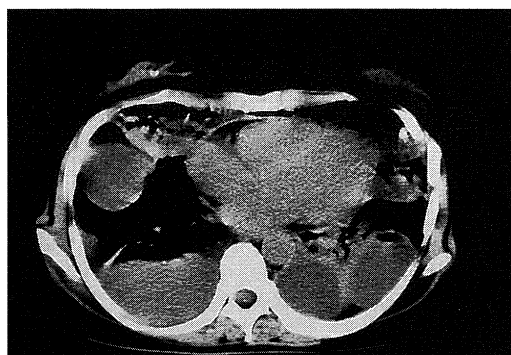


Fig. 6 CT demonstrates multifocal loculated fluid collection in extrapulmonary space of both hemithoraces (↑).

なかった理由として、先ず前医が総合病院の内科医であったこと、そして初診時、扁桃周囲膿瘍の所見は認めるも咽頭、喉頭及び頸部の腫脹病変が認められず、扁桃周囲の限局性病変と考え、深頸部感染症や縦隔洞炎が併発しているとは疑わなかった。そのため入院時の検索として胸部レ線検査を施行しなかった。さらに潰瘍を伴うため腫瘍性病変の鑑別診断が念頭におかれていた。入院後、診察時に前傾姿勢での歩行が観察されたが呼吸困難のためというより2週間の嚥下困難によるいそう状態と考えた。こういった状況で膿胸の発見に時間を要したと思われる。しかし3日間の治療に反応しない弛張熱と呼気の異臭に気づき血液培養、胸部レ線検査、潰瘍部の生検等を施行し、膿胸を合併していたことが露見した。

膿胸の成因として当初、頸部や咽喉頭の症状が軽度だったので、誤嚥による膿胸を疑ったが¹⁾、CTの画像診断からは前頸部 (Fig. 4)、前縦隔にガス像とそれに続く胸壁の膿瘍 (Fig. 5,6)を認めたので、一般的に言われている扁桃周囲の炎症が頸部の間隙を通り、胸腔や縦隔へ波及して胸膜炎や膿胸、縦隔洞炎を併発した可能性が高いと結論した²⁾⁻⁴⁾。

扁桃周囲膿瘍から頸部蜂窩織炎 (膿瘍)、縦隔洞炎への炎症波及は最も注意すべき点であるが、本症例の様に扁桃局所の病変から頸部間隙や縦隔へ至る途中の所見が欠落または非常に軽度な場合は、日頃の経験から逆に合併症の発見に時間を要する可能性が示された。さらに、実地臨床において、多くの場合パターン化された検索・治療計画でもほぼ満足のいく結果が得られるが、治療効果が不十分な症例では、診察室ばかりでなく患者の表情、ベット上での姿勢、歩行、臭い等に至る細かい点に注意を払う必要性を痛感した。

参 考 文 献

- 1) 小林宏行：膿胸，最新内科学体系—第61巻 肺炎，間質性肺炎，中山書店，東京，137-143，1994。

- 2) 長山郁生, 土定建夫, 西村俊郎, 他: 縦隔に及んだ深頸部感染症の1例. 耳鼻臨床 補 85: 135-139, 1995.
- 3) 奥野敬一郎, 金井憲一, 渡辺尚彦, 他: 深頸部膿瘍—当科における9年間, 37例の検討—. 耳喉頭頸 69: 67-71, 1997.
- 4) 桶爪真理子, 吉原俊雄, 佐藤美知子, 他: 縦隔洞膿瘍, 膿胸を併発した深頸部感染症例. 耳鼻臨床 90: 1157-1162, 1997.

連絡先: 中島庸也

〒272-8513 市川市菅野 5-11-13

東京医科大学市川総合病院

耳鼻咽喉科

TEL 047-322-0151 FAX 047-322-7931