

当科で経験した深頸部リンパ節膿瘍の 乳幼児 2 症例

留守 卓也 工藤 典代

千葉県こども病院耳鼻咽喉科

Two Cases of Deep Neck Infection in Infants

Takuya TOMEMORI, Fumiyo KUDO

Division of Otorhinolaryngology, Chiba Children's Hospital

We report 2 cases of deep neck infection in infants treated in our hospital since 2000. In the first case 1-year-old boy who had treated as suspicious malignant lymphoma early in the course was diagnosed as the deep neck infection with the result of CT and surgical drainage. He was recovered in a week by subsequent antibiotic administration. In the second case 3-years-old boy who had treated with conservative therapy as the neck lymphadenopathy was showed recurrent neck swelling and fever. He was introduced to our hospital and diagnosed as the deep neck infection with the result of CT. Surgical drainage under the ultrasound and subsequent antibiotic administration was executed. He was recovered in two weeks with the disappearance of abscess showed in post-therapeutic CT.

In conclusion, early diagnosis and early surgical drainage are important for the management of deep neck infection in infant.

はじめに

深頸部膿瘍は頸部筋膜間隙に感染が波及して生じる重篤な疾患である。成人においては緊急性の高い感染性疾患であり早期の診断対処が必要であるが初期診断を誤ることも少なくない。今回報告する深頸部膿瘍と考える乳幼児の2例は経過観察された後に当院に紹介された症例である。この2症例の経過と治療について報告する。

症 例 1

患者：初診時1歳10ヶ月の男児（体重 11.2 kg）
初診：2000年10月25日
主訴：左頸部腫脹

出生歴・家族歴・既往歴：特記すべきことなし
現病歴：2000年10月19日に左頸部違和感を訴えたが、発熱や感冒様症状はなかった。10月21日に母が左頸部腫脹に気付き、10月24日当院血液・腫瘍科を受診。初診時、左側頸部に可動性不良の約5×5cmの硬い頸部腫瘤を認めた。悪性リンパ腫にて当院外科にIVH挿入と頸部リンパ節生検を依頼し、翌日10月25日外科により全身麻酔下に頸部リンパ節生検が施行された。手術中、開創部位に炎症性のリンパ節以外の所見を認めないため、当科に精査依頼があった。我々が参加したところ開創部位より硬い腫瘤を触れ同部より穿刺、約5ccの黄色膿汁を排膿した。排膿後、膿瘍内を clindamycin

(CLDM) 300mgにて洗浄し、ドレーンを留置し閉創した。術後は当科入院となった。

入院後経過 (Fig.1)：塗沫検査の結果から溶連菌の存在が疑われ、ampicillin (ABPC) 1200 mg/day の静脈内投与を開始した。頸部腫脹は術当日をピークに軽減し、術後5日目にはドレーンを抜去、ABPC1000mg/day の内服投与とし、術後6日目に退院となった。なお術当日に38.2℃の発熱を認めたが、術後2日目には平熱となった。

検査結果：穿刺液よりA群溶連菌を同定した。入院時血液検査では白血球数18000/mm³、CRP 2.09mg/dlと著明な炎症反応を認めた。翌日にCRP値が3.28mg/dlと上昇したが、術後2日目には白血球数7900/mm³、CRP1.41mg/dlと改善した。入院時に撮影した頸部造影CT (Fig.2)では内部低信号で周囲組織が強調された膿瘍像により胸鎖乳突筋が外後方に圧排されていた。またその後部に複数のリンパ節腫脹も認めた。入院時に撮影したMRI画像 (Fig.3)ではT1画像で多房性の膿瘍とガドリニウム造影で濃染される厚い被膜と周囲の複数リンパ節の腫脹が確認された。またT2画像では左側頸部に炎症によると思われる均一な高信号陰影を広範に認めた。

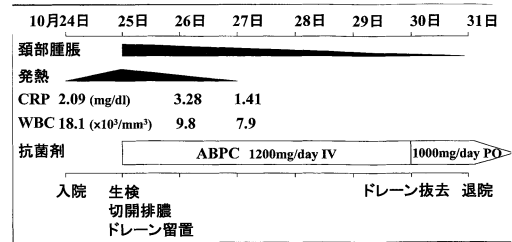


Fig. 1 Clinical course of case 1



Fig. 2 Case1 : CT scan shows abscess of the deep neck

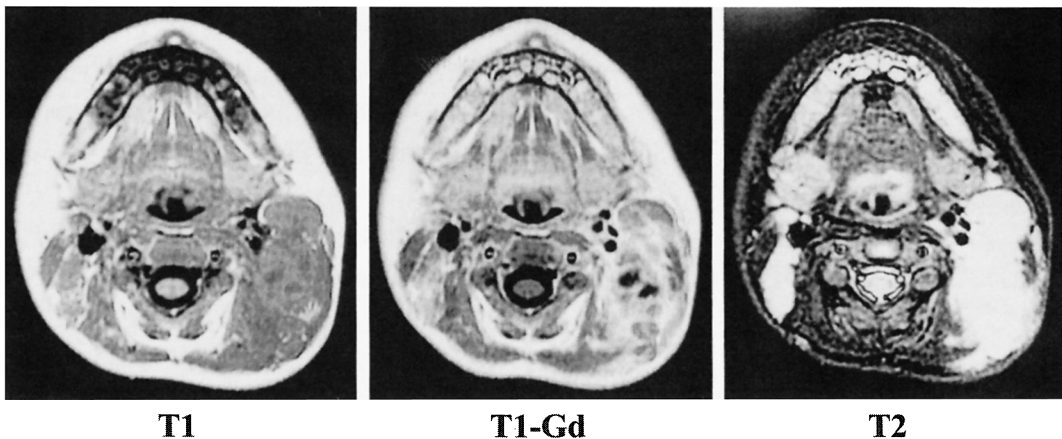


Fig. 3 Case1 : MRI shows abscess of the deep neck

症 例 2

患者：初診時3歳7ヶ月の男児(体重14.8kg)

初診：2001年4月26日

主訴：右頸部腫脹

出生歴・家族歴・既往歴：特記すべきことなし

現病歴 (Fig.4)：2000年3月23日から微熱が出現するようになり，その後も一日おきに微熱の出現を繰り返していた．3月30日に両側頸部リンパ節腫脹が出現，3月31日には39℃台の発熱を認めた．十分な経口摂取が困難となり，40℃台の発熱が続くため，4月4日に近医小児科を受診．ムンプスの診断をうけ一旦帰宅したが頭痛を訴えるため，同日夜，某院救急外来を受診．頸部化膿性リンパ節炎の診断で入院となった．入院時血液検査では，白血球数18000/mm³，CRP10.1mg/dlと著明な炎症反応を認めたため，入院後 cefotaxime (CTX) 1500mg/day の点滴治療が開始された．頸部腫脹は入院後より徐々に軽減した．入院当日に39.5℃の発熱を認めたが，入院後2日目には平熱となった．入院後8日目には白血球数6600/mm³，CRP0.4mg/dlと炎症反応が著明に改善したため，抗菌剤治療を一時中止し3日間外泊となった．外泊後再び頸部腫脹が出現し，白血球数が13800/mm³，CRP値が0.7mg/dlと上昇したため，17日より再び panipenem/ betamipron (PAPM/BP) 750mg/day の静脈内投与が開始されたが頸部腫脹が著明に増大してきたため4月26日当科紹介受診となった．

入院後経過：右側頸部に3cm×2.5cmの弾性硬で皮膚との癒着を認めない腫瘍を2個触知した．発赤および圧痛は認めなかった．4月26日全身麻酔のもとで超音波下に膿瘍を穿刺した．穿刺は側頸部2ヶ所，口腔内1ヶ所より行ない，あわせて約5ccの黄色膿汁を排膿した．特定菌は培養・同定されなかった．家族が前医での経過観察を希望したため術後翌日に転院とし，転院先で約2週間のCLDM750mg/dayの点滴投与を行ない，CTにて膿瘍腔の消失を確認した．

検査結果：入院時に撮影した頸部造影CT (Fig.5) では内部低信号で膿瘍壁が強調された複数個の膿瘍像を認めた．穿刺時のエコー所見 (Fig.5) では，高エコーの膿瘍壁と不規則な内部低エコー，及び後部エコーの増強が認められた．

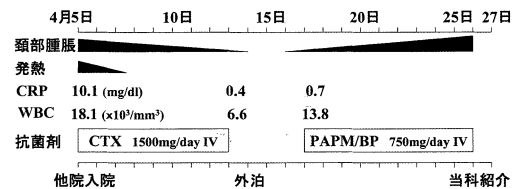


Fig. 4 Clinical course of case 2 before admission

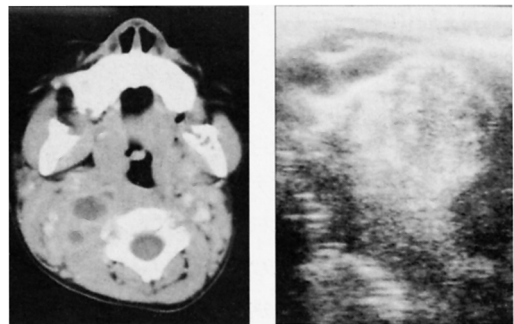


Fig. 5 Case2 : CT scan and ultrasound show abscess of the deep neck

考 察

深頸部膿瘍は頸部筋膜間隙に感染が波及して生じる重篤な疾患である．早期の診断対処が必要であるが初期診断を誤ることも少なくない．診断にはCTが有用であるが，症例1は開創により確定診断を得た例である．Ungkanont¹⁾は小児におけるCTの膿瘍発見の有用性を検討しており，それによると感度は91%，特異度は60%と報告している．CTにより膿瘍を見逃した例も16症例中1例報告されており，CT上著明な所見が認められなくても，現病歴・血液検査所見などにより強く膿瘍の存在が疑われる場合は切開・穿刺による確定診断が重要だと思われる．

治療は抗生物質の適切な投与と切開排膿が原則であるが、そのためにはエコーやCTによる炎症の状態、部位、膿瘍形態の把握が重要である²⁾。抗生物質の投与のみで軽快する例も報告されているが³⁾、症例2では保存的治療により一旦軽快した後、再び膿瘍形成と思われる頸部腫脹を認めており、このような例では頸部の再腫脹時に、診断学的な側面からも穿刺排膿を考慮すべきだったと思われる。

小児の深頸部膿瘍についての統計的検討は少なく、わずかに3報を認めるのみである^{1,4,5)} (Table 1)。そのうち Ungkanont による報告¹⁾では (Table 1)、7年間の平均年齢7.8歳の小児117症例中、解剖学的に最も多い深頸部感染症は peritonsillar に生じるもので49%、次に retropharyngeal が22%、submandibular が14%であった。また起炎菌はβ溶連菌、黄色ブドウ球菌、バクテロイデスなどが多いと報告されており、他の報告もほぼ同様であった。本邦では同様の検討報告はなされていないが、発生部位別にもまた起炎菌別にも同様の傾向があると思われる。

Table 1 Head and neck space infections in infants and children

報告者	報告年	症例数	都市
Ungkanont	1995	117	Pittsburgh
Flanary	1997	39	Milwaukee
Nagy	1999	47	Buffalo

Anatomic site	Bacteriology
- Peritonsillar (49%)	- <i>β-hemolytic streptococcus</i> (18%)
- Retropharyngeal (22%)	- <i>Staphylococcus aureus</i> (18%)
- Submandibular (14%)	- <i>Bacteroides melaninogenicus</i> (17%)
- Buccal (11%)	- <i>Veillonella</i> (14%)
- Parapharyngeal (2%)	- <i>Haemophilus parainfluenzae</i> (14%)
- Canine (2%)	

• 117 children with head and neck space infections
 • Mean age: 7.8 years (Children's Hospital of Pittsburgh, from 1986 through 1992)

ま と め

今回我々は乳幼児の深頸部膿瘍2症例を報告した。両症例とも異なった初期診断に基づいて治療計画が設定され、深頸部膿瘍の確定診断までに時間を要したが、膿瘍の穿刺・排膿を行なっ

た後は病態が急速に改善した。

同疾患は抗生物質の進歩により日常診療において接する機会が少なくなったが、診断がかえって困難になり初期診断を誤る症例も存在する。現在でも症例によっては縦隔炎や膿胸などに至る疾患であり、初期診断における積極的な当科的関与と特に小児領域への啓蒙が必要だと思われる。

参 考 文 献

- 1) K. Ungkanont, R. F. Yellon, J. L. Weissman, et al.: Head and neck space infections in infants and children. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 112: 375-382, 1995.
- 2) 吉原俊雄: 深頸部急性感染症. *JOHNS* 12: 1525-1531, 1996.
- 3) R. A. Broughton: Nonsurgical management of deep neck infections in children. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 11: 14-18, 1992.
- 4) V. A. Flanary, S. F. Conley: Pediatric deep space neck infections -the Medical College of Wisconsin experience-. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 38:263-271, 1997.
- 5) M. Nagy, M. Pizzuto, J. Backstrom, et al.: Deep neck infections in children -a new approach to diagnosis and treatment-. *Laryngoscope* 107: 1627-1634, 1997.

質 疑 応 答

質問 松原茂規（関市）

第1例で初期の時点で溶連菌感染を推測させる咽頭痛、発熱はあったか。第1例で術中の塗沫所見でほぼ溶連菌を確診したか。

応答 留守卓也（千葉県こども病院）

1. 感染部位を特定できるような所見はなかった。
2. 塗沫鏡件の結果を感染症科の先生に相談し適切な抗菌剤治療を決定している。

別刷請求先：留守 卓也
〒266-0007 千葉市緑区辺田町 579-1
千葉県こども病院 耳鼻咽喉科
TEL 043-292-2111 FAX 043-292-3815

Takuya Tomemori, M.D.
Chiba Children's Hospital
579-1 Heta-cho Midori-ku Chiba city
Chiba, JAPAN 266-0007
Tel: +81-43-292-2111
Fax: +81-43-292-3815