

## 診断, 治療に苦慮した頸部蜂窩織炎2例

島田 剛 敏 大嶋 章 裕 西村 雄

四ノ宮 隆 久 育 男

京都府立医科大学耳鼻咽喉科学教室

### Two Cases of Phlegmone in the Neck

Taketoshi SHIMADA, Akihiro OHSHIMA, Takeshi NISHIMURA,

Takashi SHINOMIYA, Yasuo HISA

Department of Otolaryngology, Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, Japan

#### Abstract

Case 1: A 29-year-old female had phlegmone in the neck. It changed to hard induration. Definite diagnosis could not be made by the bacteriological or histopathological methods, but actinomycosis was suspected.

Case 2: A 40-year-old male had phlegmone in the neck. Dyspnea necessitated emergent tracheostomy. Incision and drainage was made to prevent mediastinitis, but it could not produce purulent material. Intravenous carbapenem was effective.

#### はじめに

放線菌症が疑われたが確定診断に到らず、悪性腫瘍との鑑別が必要であった1症例を経験した。また深頸部膿瘍を伴う頸部蜂窩織炎は早期にドレナージを行わないと縦隔へ降下し極めて重篤な状態に陥ることが知られているが、ドレナージの適応について苦慮した1症例を経験した。取り扱いに難渋したこの2症例を検討し問題点について考察する。

#### 症 例 1

症例：29歳，女性。

主訴：左顎下部腫脹

既往歴：左下顎第1臼歯齲歯

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：平成13年11月より左顎下部腫脹が

出現し、徐々に増大するため12月11日近医を受診し、頸部蜂窩織炎としてAMPC内服投与を受けるが増悪し、12月19日当科を紹介され受診した。引き続き外来にてCFDN、LVFXの内服投与を行ったが腫脹の軽快が認められず、穿刺吸引細胞診で悪性所見を認めないが微量の穿刺液の細菌培養では検出菌が陰性のため、精査加療を目的に12月29日入院となった。

現症：下顎骨体部左側から顎下部に6×7cm、境界不明瞭、圧痛を伴う硬い腫脹を認めた。顎下腺と口腔底の腫脹は認めなかったが、左下顎第1臼歯に齲歯を認めた。体温正常、CRP 0.1、白血球数13200/mm<sup>3</sup>であり、悪性腫瘍との鑑別が必要となった。CTでは周囲を淡く造影される境界不明瞭な病変を認め (Fig. 1)、MRIではT1強調で低信号、T2強調で高信号、ガ



Fig. 1 CT

ドリニウムで造影され中心部に膿瘍形成を疑った (Fig. 2). 下顎骨パノラマ X 線検査では左下顎第 1 臼歯歯根に吸収域を認めた (Fig. 3). 骨及びガリウムシンチグラムでは高集積像を示し, 3 回行った穿刺吸引細胞診では炎症細胞を認めたが, 微量吸引された穿刺液の培養検査は陰性, ツベルクリン反応は陰性であった.

以上より, 左下顎第 1 臼歯を原因菌とする感染症が疑われたが, 悪性腫瘍が否定できず, 平成 14 年 1 月 4 日頸部外切開による生検術を施

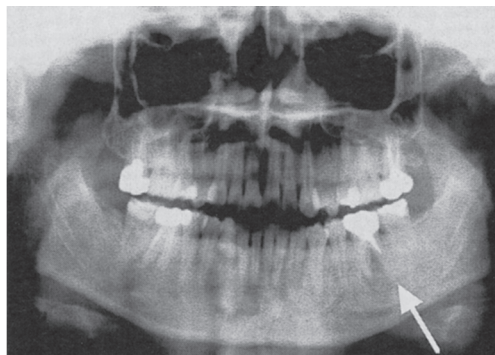
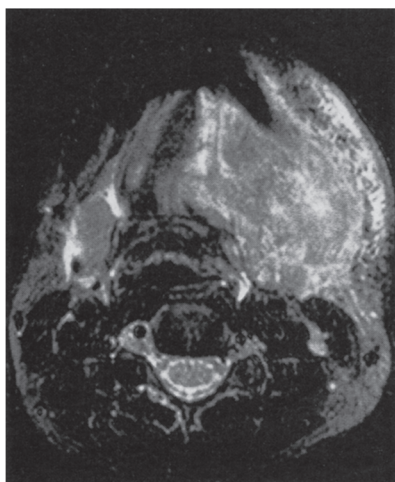


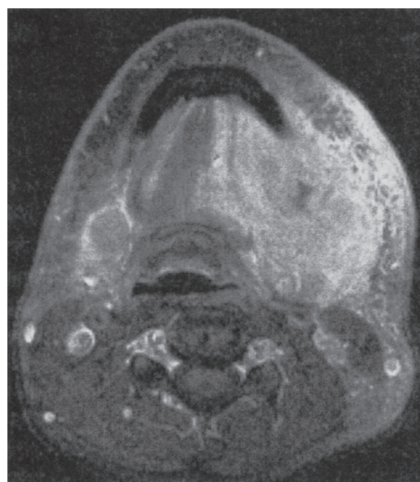
Fig. 3 pantomogram

行した. 病理学的診断は線維成分に富む炎症性肉芽組織であり, 悪性腫瘍は否定された.

経過: 病理学的また細菌学的に確定できなかったが, 硬い腫瘍を形成している慢性化膿性肉芽腫性炎症として放線菌症を疑い, 1 月 11 日から ABPC 4g/日を 18 日間点滴投与した. また感染源として原因菌と思われる左下顎第 1 臼歯を 1 月 16 日歯科にて抜歯した. 抜歯部からの培養では口腔内常在菌である *Veillonella speceis* が検出された. 1 月 21 日より腫脹軽減が認められ, 1 月 28 日退院した. ABPC 750 mg/日の内服投与は 90 日間継続し, 腫脹は完全に消失し再発を認めていない.



MRI T2



MRI Gd enanced

Fig. 2

## 症 例 2

症例：40歳，男性

主訴：頸部腫脹

既往歴：右下顎第3臼歯周囲炎

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：平成8年より右下顎第3臼歯周囲炎をくり返し，抜歯を勧められていたが放置していた。平成13年8月21日右下顎第3臼歯周囲より排膿し頸部腫脹も生じてきたため8月24日他院歯科を受診し，右下顎第3臼歯周囲炎および頸部蜂窩織炎と診断され，FOM，CLDMの点滴投与を受けたが，呼吸困難が増強するため8月25日当科に救急搬送された。

現症：右下顎第3臼歯周囲から排膿を認めた。また右臼後三角，口腔底，中，下咽頭，喉頭，頸部全体に強い浮腫性腫脹を認めた。開口障害は0.5横指であった。頸部CTでは咽喉頭，頸部全体に広がる浮腫性腫脹と気道の狭小化を認め，口腔底に小さな膿瘍形成が疑われた（Fig. 4）。

経過：搬送当日に局所麻酔下で緊急気管切開を行ってから全身麻酔に移行し，頸部試験的開放術およびドレナージ留置術を行った。口腔底の小膿瘍の進行から深頸部膿瘍への波及の恐れがあり，また頸部全体にすでに蜂窩織炎が進行

していることから，膿瘍形成した場合直ちにドレナージを行えるよう顎下腺の内側と総頸動脈周囲を開放したが，排膿はなく水様性滲出液のみを認めた。同部にペンローズドレナージを留置し膿瘍形成に備えることとして手術を終了した。術後PAPM/BPの2g/日投与により7日で腫脹と炎症反応は軽快し，ドレナージからの排膿は認められなかった。副腎皮質ステロイドは使用しなかった。また歯科で右下顎第3臼歯の抜歯を行い，気管切開を閉鎖したのち，13年9月16日退院した。創部からの培養検査は陰性であった。

## 考 察

## (1) 症例1

頸部の感染性疾患のうち，悪性腫瘍が疑われ鑑別を要する頸部の感染性疾患としては放線菌症の報告が多い<sup>1,2)</sup>。本例では左下顎第1臼歯周囲に骨吸収像を認め，穿刺吸引細胞診では炎症細胞を認めたが，抗生物質が奏効せず初期に蜂窩織炎様であった腫脹が全体に硬結となり，腫瘤状に増大が続くため悪性腫瘍との鑑別が必要となった。CT，MRIでは腫瘍性疾患が否定できなかったが，骨及びGaシンチグラムからは炎症性疾患の方が有力であった。穿刺液，生

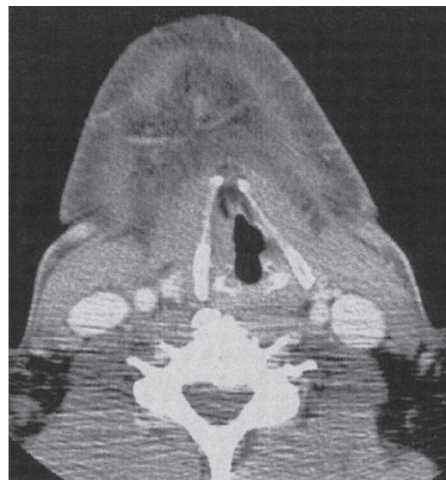


Fig. 4 CT

検材料からの好気性、嫌気性培養は共に陰性で、また生検材料からも悪性腫瘍は否定されたが、化膿性肉芽腫性炎症と考えられるものの放線菌症の確定診断は得られなかった。放線菌の検出は嫌気性培養でも難しく<sup>1)</sup>、手術摘出標本<sup>1)</sup>や生検材料<sup>2)</sup>の病理組織学的診断によることが多い。本例は未婚女性であり、美容整容上の問題から生検材料が十分量採取できたかどうかという問題があるが、生検材料でも確定診断が行われている例<sup>2)</sup>もある。

本例では左下顎第1臼歯抜歯部からの培養では *Veillonella speceis* が検出されたが、これは口腔内の常在菌であり歯周病の原因となる。頭頸部の膿瘍から検出されたという報告があるが<sup>3)</sup>、本例のような硬結を形成した疾患からの検出の報告は我々が渉猟し得た範囲では認めなかったため、本例の起病菌であるかどうかは不明のままである。

放線菌症の治療についてはペニシリン長期投与、外科的摘出があるが、本例では確定していないこと、美容整容上の問題から保存的加療を方針とした。薬剤の選択は初期は AMPC、次に広範囲スペクトラムが使用されたが奏効せず、放線菌と *Veillonella speceis* の両方に感受性のある ABPC 長期投与を選択した。本例では ABPC 投与と同時期に抜歯を行い、以後軽快傾向に転じたことから左下顎第1臼歯歯根は持続的な感染源となっていた可能性が考えられた。

## (2) 症例 2

頸部蜂窩織炎、頸部膿瘍の治療において気道の確保と膿瘍のドレナージが必須であり、特に降下性縦隔洞炎を防止するためにも頸部でのドレナージの遅延が致命的になることは一般に知られている<sup>4)</sup>。本症例で気道確保のため気管切開を行った点については議論の余地はないと思われるが、頸部外切開によるドレナージの必要性については議論があると思われる。すなわち抗生物質が奏効し早期に軽快したため、頸部ド

レナージが不要であった可能性も否定できない。

頸部では輪状軟骨直下まで蜂窩織炎が及んでおり、CT で口腔底に小さな膿瘍を疑う陰影を認めたため、急速に膿瘍形成が進行して降下性縦隔洞炎を来すことを恐れ、試験的に外切開によるドレナージを行った。また口腔内からは開口障害のため口腔底の観察や外科的操作は不可能であった。試験的に開放、ドレナージ留置したのは膿瘍近傍となる顎下腺周囲と縦隔に連続しやすい総頸動脈周囲であった。咽頭後方には炎症の波及が少なく、開放しなかった。本例は腫脹排膿をくり返したにもかかわらず長期間放置された歯周囲炎の波及により頸部蜂窩織炎を発症した症例であるが、以前 CCL でアレルギー症状が出現したことから、抗生物質は前入院まで数年間一切服用していなかった経緯がある。歯周囲炎での耐性化が進行せず、また糖尿病などの合併症がなかった点が抗生物質が奏効した原因であろうと推察する。

## ま と め

診断、治療に難渋した歯原性の頸部蜂窩織炎 2 例の取扱いについて問題点を考察した。

## 参 考 文 献

- 1) 久保田修, 岡坂吉記, 加瀬康弘, 他: 悪性腫瘍が疑われた頸部放線菌症の 1 例. *JOHNS* 16: 949-953, 2000.
- 2) 鎌田英男, 二宮 洋, 岡宮智史, 他: 悪性腫瘍が疑われた頸部放線菌症. *JOHNS* 17: 1798-1800, 2001.
- 3) Ungkanont K, Yellon RF, Weissman JL, et al.: Head and neck space infections in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 112: 375-382, 1995.
- 4) 鈴木栄久, 山際幹和, 浜口幸吉, 他: 縦隔洞炎へ進行した深頸部感染症 2 症例. *耳鼻臨床* 86: 1315-1320, 1993.

質 疑 応 答

質問 鈴木賢二（藤田保衛大第2教育病院）

悪性を疑った根拠は？（症例1）

パノラマ撮映の時期

応答 島田剛敏（京都府立医大）

骨シンチ，Gaシンチで高集積，抗生剤投与が無効で病態が進行，有痛性だが疼痛があまり強くないこと。

入院直前（詳細な問診によりようやく歯痛のあることを訴えた）。

質問 症例1の生検のアプローチは口内法の方が美容によかったのではないか。

応答 島田剛敏（京都府立医大）

頸部からのアプローチの方が腫脹に近く，また中心部に到達しやすかった。

追加 症例2蜂窩織炎の場合膿汁の排出がなくてもドレナージは腫脹軽減必要ではないか。

応答 島田剛敏（京都府立医大）

ドレナージにて水様性滲出液が3日間多量に排出し，腫脹軽減に役立った可能性がある。

連絡先：島田 剛敏

〒602-8566

京都市上京区河原町広小路上ル梶井町 465

京都府立医科大学耳鼻咽喉科学教室

TEL 075-251-5603 FAX 075-251-5604

E-mail tshimada@koto.kpu-m.ac.jp