

副咽頭間隙に進展した扁桃周囲膿瘍の乳児例

有本 友季子 工藤 典代

千葉県こども病院耳鼻咽喉科

留守 卓也

千葉大学大学院医学研究院耳鼻咽喉科・頭頸部腫瘍学教室

Peritonsillar Abscess in Infant, Which Spread to the Parapharyngeal Space

Yukiko ARIMOTO, Fumiyo KUDO

Division of Otolaryngology, Chiba Children's Hospital

Takuya TOMEMORI

Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Graduate School of Medicine and School of Medicine, Chiba University

A case of peritonsillar abscess in infant was reported, which spread to the parapharyngeal space.

A girl of one-year and nine-month with persistent fever had been seen by a family doctor without antibiotics for one month prior to seeing us, whose fever was of unknown origin. She was sent to us because swelling of posterior pharyngeal wall was noticed.

Our examination of the throat and neck and pharyngeal/neck CT helped diagnose her cases as peritonsillar abscess, which spread to the parapharyngeal space. On the same day she was hospitalized. Under general anesthesia surgical drainage of the abscess by incision was performed. Penicillin intermediately resistant *S. Pneumoniae* (PISP) was detected in the pus from the abscess, though PISP has increased lately as known.

First PAMP/BP, to which PISP was sensitive, was intravenously administered per 60mg/kg/day for 5 days and then dexamethasone per 2mg/day for 2 days. The abscess responded to this treatment. As fever improved and swelling pharynx drastically-reduced in size, she was discharged.

Several days after discharge she came to see us because of fever. We considered that the remnant abscess was the cause of it and administered her PAMP/BP per 60mg/kg/day for 3 days in hospital. Swelling of pharynx disappeared and an attempted aspiration gave no return of pus. So she was discharged and has had no recurrence of it.

Particularly, in the case of the deep neck abscess in infants careful inspection and image findings on CT etc. are useful to diagnose. As to treatment prompt and complete treatments and such as surgical drainage of abscess and antibiotics may help make a rapid recovery. We also have to take notice of recurrence.

はじめに

抗生物質の発達に伴い、深頸部膿瘍は減少傾向にあるが、日常診療で遭遇することは稀ではない。今回我々は副咽頭間隙に進展した扁桃周囲膿瘍の乳児例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

症例：1歳9ヶ月，女児

主訴：発熱，咽頭後壁の腫脹，いびき

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成14年11月15日より咳，鼻汁，39℃の発熱が出現し，同22日に近医耳鼻咽喉科受診し，マクロライド系抗生物質（Erythromycin，エリスロシン®）を処方された。同23日体温が40℃まで上昇したため当院救急外来（小児内科）を受診した。明らかな炎症巣は認めず不明熱とされ，抗生物質の追加投与はなく経過観察となった。その後も発熱は持続し，同年12月2日近医小児科を受診した。血液検査では白血球15800/ μl ，CRP 3.8mg/dlであったが依然発熱の原因は不明と診断された。抗生剤は使用せず再度経過観察となった。同9日よりのどがゴロゴロしている感じが生じ，同11日には夜間に咳やいびきが出現し始めた。この頃も37.5℃から38.2℃と発熱は持続していた。同13日に近医小児科を再来し，咽頭培養を採取する際に初めて咽頭後壁の腫脹に気づかれ，同日当科紹介受診となった。

初診時所見：身長79.1cm，体重9.15kg，体温37.4度，喘鳴や嚥下障害は認めず。視診上，右の口蓋扁桃は発赤および腫大しており，右前

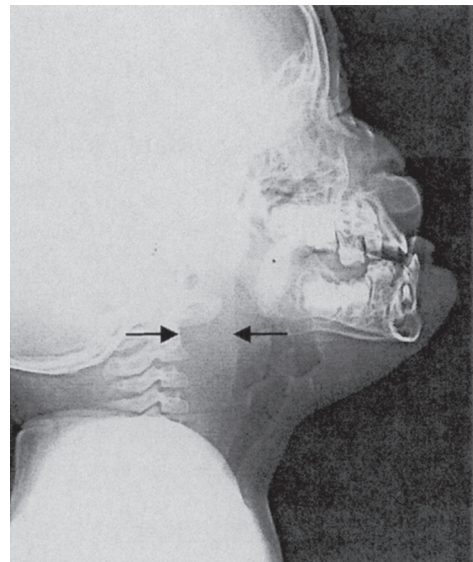


Fig. 1 X-ray on the first examination.
Incrassate prevertebral space was found.

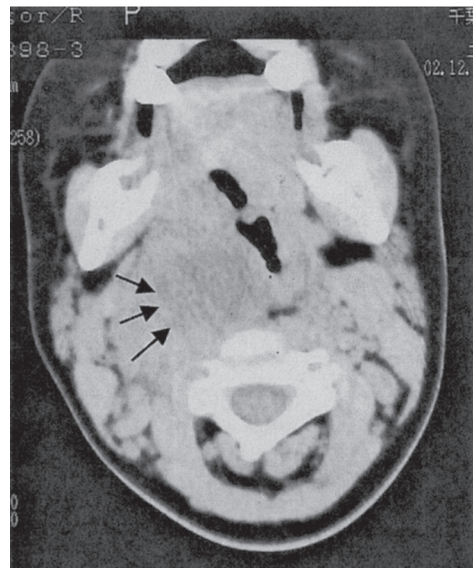
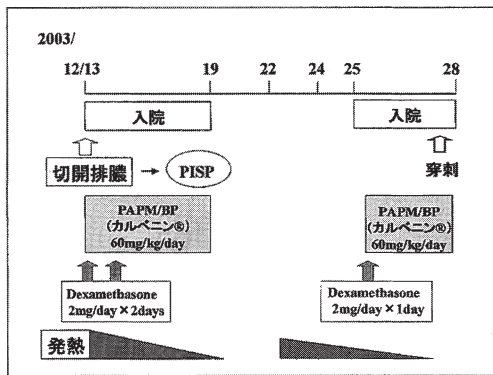


Fig. 2 Plain CT on the first examination.
The abscess was detected in the right parapharyngeal space.

Table 1 Susceptibility of Penicillin intermediate-resistant *S. pneumoniae* (PISP) in this case.

PCG	1
ABPC	2
FRPM	0.25
VCM	<0.5
CEZ	2
CDTR	0.5
CLDM	<0.13
CTX	0.5
TEIC	<0.25
PAPM	<0.06
EM	2
TFLX	0.13

Table 2 Clinical course after admission.



口蓋弓と扁桃周囲の膨隆および咽頭後壁右側の腫脹を認めた。また、右側頸部はびまん性に腫脹しており、圧痛を伴った。血液検査では白血球 $19300/\mu\text{l}$ 、CRP 5.08mg/dl と共に上昇あり、白血球分画では分葉核球 77.5%と優位で細菌感染が疑われた。単純 Xp にて椎体前軟部陰影の著明な肥厚を認めた (Fig. 1)。また単純 CT にて右扁桃周囲、および上咽頭から舌骨レベルにかけて右副咽頭間隙に低吸収域の病変を認めた (Fig. 2)。

入院後経過：副咽頭間隙に進展した右扁桃周囲膿瘍と診断し、同 12 月 13 日緊急で全身麻酔下切開排膿を行った。経口的に、まず右前口蓋弓に切開を入れ、次に右咽頭後壁の腫脹部位に切開を入れ、排膿した。右前口蓋弓の切開部にはガーゼドレーンを挿入した。同日の培養結果

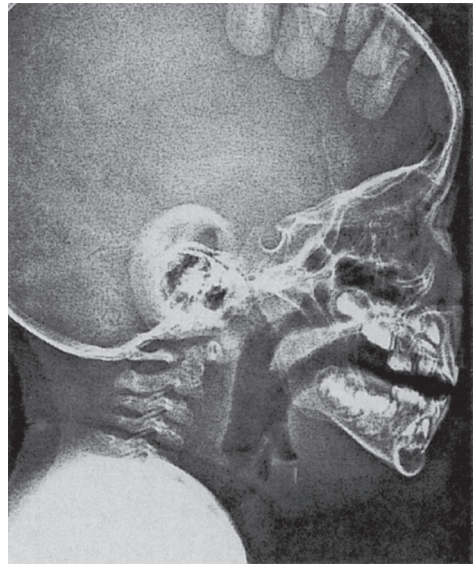


Fig. 3 X-ray on the post-treatment. Prevertebral space was decreased thickness.

(Table 1) で、両切開部より採取した膿汁からいずれも、ペニシリン低感受性肺炎球菌 (Penicillin intermediately resistant *Staphylococcus pneumoniae*: PISP) が検出され、PAMP/BP (カルベニン®) 60mg/kg/day の投与を開始した (Table 2)。また咽頭の腫脹に対し dexamethasone 2mg/day 静注を 2 日間併用した。同 18 日には解熱し、右扁桃周囲の腫脹は消失、咽頭後壁の腫脹も著明に軽減した為、翌 19 日に退院とした。

同 22 日より再び 38°C 台の発熱と咳が出現した。翌 23 日には 37°C 台と解熱傾向にあり摂食障害も認めなかったが、24 日当科再来時に咽頭後壁右側の腫脹の増悪を認めた。再度 CT を施行し、前回に比し縮小は認めたが右副咽頭間隙に低吸収域の病変を認めた。摂食状況や全身状態は良好で、発熱も 37.1°C と軽微だったが咽頭後壁の腫脹の程度は軽減せず、翌 25 日に再度入院の上、前回と同じ PAMP/BP (カルベニン®) 60mg/kg/day の投与を再開した。dexamethasone 2mg/day 静注は 1 日のみ行った。同 27 日には咽頭後壁の腫脹も発熱も消失

した。血液検査上 CRP 0.91mg/dl, WBC 9300/ μ l と炎症の消退化を認めたため咽頭後壁の試験的穿刺を行い、膿汁が引けないことを確認した。翌 28 日に軽快退院し、外来にて経過観察とした。

その後の再燃は認めなかった。治療後の単純 Xp では、治療前に認められた椎体前の軟部陰影の肥厚は、明らかに改善していた (Fig. 3)。

考 察

副咽頭間隙は逆円錐型の間隙で、前方は内側・外側翼突筋、外側は耳下腺浅葉、内側は上咽頭レベルでは口蓋帆挙筋と口蓋帆張筋、中咽頭レベルでは上咽頭収縮筋、後方は椎前筋によって囲まれた複雑な間隙である²⁾。副咽頭間隙にはリンパ節以外に炎症の発生源となるものは存在しないため、副咽頭間隙膿瘍の多くは周辺組織の炎症が二次的に波及したものと考えられる³⁾。上気道炎に起因するものが最も多く、齧歯などの歯原性の炎症と合わせると、原因の約半数を占める¹⁾との報告がある。本症例では、扁桃周囲膿瘍及び副咽頭間隙膿瘍から検出された起因为菌が同一であり、副咽頭間隙膿瘍は扁桃周囲膿瘍から進展したものと考えられた。

深頸部膿瘍の 90% は副咽頭間隙・顎下間隙・咽後膿瘍であり、中年層に多いとされる¹⁾。乳幼児例は稀であるが、乳幼児の深頸部膿瘍の報告も散見される⁴⁻⁸⁾ため、日常診療上常に疾患の可能性は念頭に置く必要がある。特に乳幼児の場合、本人からの訴えは得がたく、診断が手遅れにならぬよう注意深い診察が必要となる。当院での小児扁桃周囲膿瘍例の経験については、佃らが報告している⁹⁾。深頸部膿瘍の最も多い症状は顎下部から頸部に及ぶ有痛性腫脹である¹⁾。有痛性の腫脹は本症例でも認められたが、乳児は皮下脂肪が多く膿瘍を触知しがたく注意を要する¹⁰⁾。次いで、発熱、咽頭痛、呼吸困難、嚥下困難、斜頸と報告されている¹⁾。

起因为菌では、好気性菌と嫌気性菌が共に検出

されることが多く、1981 年から 1993 年の結果では溶連菌属が検出された例が多く認められた¹⁾。本症例では、近年増加傾向にある PISP が検出され、深頸部膿瘍においても起因为菌の変遷が疑われた。

治療では、保存的に化学療法のみで軽快したとの報告もあるが、本症例のように切開排膿後の再燃や、また扁桃周囲膿瘍と副咽頭間隙膿瘍の合併例で扁桃周囲膿瘍の切開排膿のみでは治療し得なかった例もあり¹⁾、十分な排膿・膿瘍腔の開放が早期治療には必要と思われた。

ま と め

副咽頭間隙に進展した扁桃周囲膿瘍の 1 歳 9 ヶ月女児の症例を報告した。発熱以外の臨床症状に乏しく不明熱として経過観察されていた。咽頭や頸部所見、CT 等の画像診断が診断の決め手となった。起因为菌は近年増加している PISP であった。切開排膿、培養による起因为菌の同定と感受性の確認、適切な抗生物質の使用が早期治療には重要と思われた。また、再燃に留意する必要も改めて認識した。

参 考 文 献

- 1) 渡辺徳武：副咽頭間隙膿瘍の臨床像と手術療法，口咽科，6 (2)：105-113, 1994
- 2) 野々村直文：副咽頭間隙の解剖と画像診断，JOHNS, 14 (5)：661-667, 1998
- 3) 茂木五郎：副咽頭間隙膿瘍，JOHNS, 15 (9)：1377-1380, 1999
- 4) 渡辺光一郎ら：深頸部膿瘍症例の臨床検討，日耳鼻感染症研究会誌，19 (1)：18-23, 2001
- 5) 寺尾恭一：小児咽後膿瘍の一例，日耳鼻感染症研究会誌，20 (1)：67-71, 2002
- 6) 瀬島齊ら：肺炎球菌による咽後膿瘍を来した乳児例，小児科臨床，53：1453-1456, 2000
- 7) 井本正利ら：乳幼児の扁桃周囲膿瘍の 2 例，耳喉頭頸，61 (9)：723-726, 1989
- 8) 韓相善ら：乳幼児扁桃周囲膿瘍例，耳喉頭頸，

66 (8) : 749-751, 1994
 9) 佃朋子, 工藤典代: 小児扁桃周囲膿瘍の臨床的
 検討, 小児耳鼻, 19 (2), 1998

10) 工藤典代: 小児の急性感染症における重篤な合
 併症, 日耳鼻感染症研究会誌, 19 (1) : 119-
 122, 2001

質 疑 応 答

質問 宮本直哉 (愛知県厚生連加茂病院)

退院を決める基準としてはCRPの正常化を
 待つべきでしょうか。退院前にチェックはした
 か。

応答 有本友季子 (千葉県こども病院)

CRPは確かに正常化には到ってないが、年
 末でご家族の希望もあり、実際に膿汁は引けず
 臨床症状も強くなかったことから、外来通院可
 能と考え退院を決定した。

質問 大越俊夫 (東邦大)

1) 二か所の切開排膿を行った理由。
 2) 切開後の創傷処置はどのように行ったの
 か。

応答 有本友季子 (千葉県こども病院)

右前口蓋弓と咽頭後壁右側の2ヵ所腫脹を認
 め十分に排膿を行う為、各々切開した。全麻下
 切開時ガーゼドレーン挿入したが、その後は処
 置困難で再挿入等していない。

質問 新川秀一 (弘前大)

見逃さないためのポイントは何か。

応答 有本友季子 (千葉県こども病院)

乳幼児の場合、本人からの訴えは得にくく本
 症例でも、喘鳴や摂食障害等の症状を伴わず診
 断は困難であった。咽頭所見等しっかり所見を
 とることが重要である。

連絡先: 有本 友季子
 〒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