

重症全身感染症を合併した深頸部膿瘍

大久保 はるか¹⁾ 山口 宗太¹⁾ 大木 幹文¹⁾ 大越 俊夫¹⁾
草地 信也²⁾ 有馬 陽一²⁾

1) 東邦大学医学部耳鼻咽喉科学第2講座

2) 東邦大学医学部外科学第3講座

A Case of Deep Neck Abscess with Septicemia.

Haruka OKUBO¹⁾, Souta YAMAGUCHI¹⁾, Motofumi OHKI¹⁾, Toshio OGOSHI¹⁾,
Shinya KUSACHI²⁾, Youichi ARIMA²⁾,

1) Second Department of Otolaryngology, Toho University School of Medicine, Tokyo

2) Third Department of Surgery, Toho University School of Medicine, Tokyo

The occurrence of deep neck infections has decreased since the advent of antibiotic therapy. However, these infections still occur, but classical clinical signs are absent due to the masking effect of antibiotic therapy. We report herein a case that was difficult to treat and resulted in septicemia. The 67-year-old male patient had undergone total gastrectomy and had a history of alcoholism. Medical examination on presentation only revealed pain in the throat and pharyngeal reddening. Antibiotics and steroids were administered. He did not come in for follow-up on the second day, but presented with swelling in the next 4 days later. Deep neck abscess was diagnosed on inspection. Incision for pus drainage was performed. Edema of the larynx did not improve, and the trachea was incised on the second postoperative follow-up session. The deep neck region was improved by postoperative day 4. However, septicemia developed. Antibiotic and γ globulin were administered, resulting in resolution of the septicemia. The patient was discharged on hospital day 35. Both the affected area and general condition need to be considered when treating acute infection.

はじめに

深頸部感染症は、抗生剤が発達した現代において、比較的まれな疾患となったが、未だ重篤な病態を呈することも多い。治療には適切、迅速に当たる必要がある¹⁻⁷⁾。

今回、胃全摘、アルコール依存症などの既往が

あり本疾患の治療中、重篤な合併症を併発し、治療に苦慮した症例を経験したので報告する。

症 例

症 例：67歳 男性

主 訴：右頸部腫脹、疼痛、発熱

現病歴：平成18年4月5日，近医耳鼻科に咽頭痛，発熱を主訴に受診した．抗生剤（CFPN）処方されるも，4月6日，症状悪化のため当院紹介受診となった．初診時，右扁桃周囲炎の状態です。WBC 2万/ μ l CRP7.9mg/dlと高値であった．入院を勧めるも本人拒否し，外来点滴（FMOX，PSL）を開始した．しかし，その後来院せず，4月10日，開口障害，嚥下困難，頸部腫脹増大のため来院．入院拒むも説得に応じ即日入院，緊急手術を施行した．

既往歴：胃癌のため10年前に胃全摘 アルコール依存症

家族歴：特記すべきことなし

入院時所見：視診上，著明な右頸部腫脹，発赤

を認めた．圧迫による捻髪音は聴取されなかった．開口は1横指のみ可能で口腔内を奥まで確認できなかったが，歯の咬合面まで腫脹していた．喉頭fiberにて右咽頭側壁に腫脹，発赤認めるも気道は確保されていた（Fig.1）．

血液検査所見：WBC21700/ μ l，Hb11.5g/dl，PLT33.0万，CRP14mg/dl，AST46IU，ALT40 IU，Na134mM，K4.0mM，Cl98mM

画像所見：胸部X線にて異常認められなかった．頸部CTにて右深頸部に広範囲にわたる膿瘍がみられた．膿瘍は，顎下部から連続し，外側へ連なり，右耳下部にも腫大がみられ，やや気道を圧迫していた（Fig.2）．

手術経過：全身麻酔下に，下顎骨縁より約2横

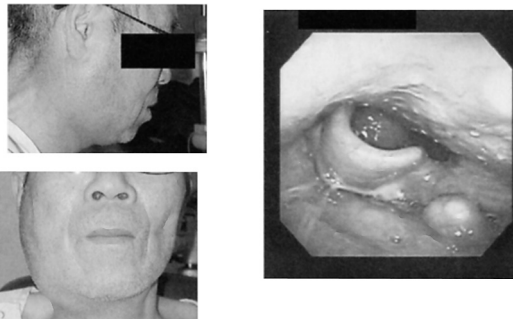


Fig.1 Neck finding and endoscopic view
The lower side of the right mandibular is red and slightly swollen.
The right lateral pharynx is also red and slightly swollen, but a secure airway is maintained.

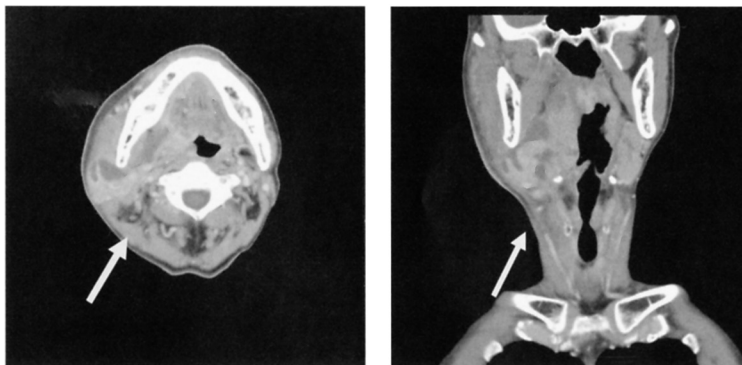


Fig.2 Contrast enhanced CT scan
Neck computed tomography shows a wide abscess in the right deep neck.
This abscess extends from the lower jaw to the parotid region. Pressure on the airway is present.

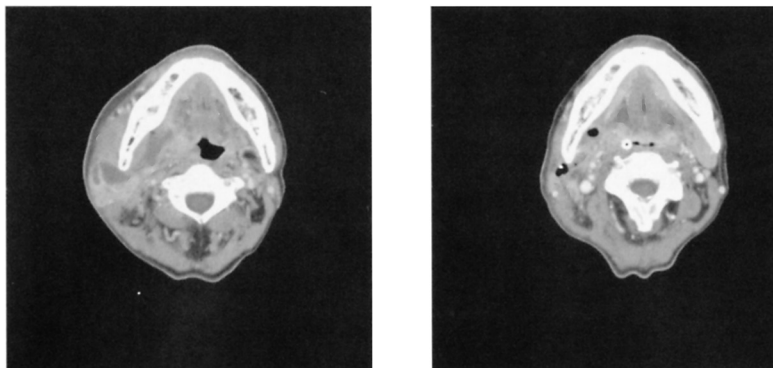


Fig. 3 Contrast enhanced CT scan
CT scan on postoperative day 7 reveals decreased volume of the abscess.

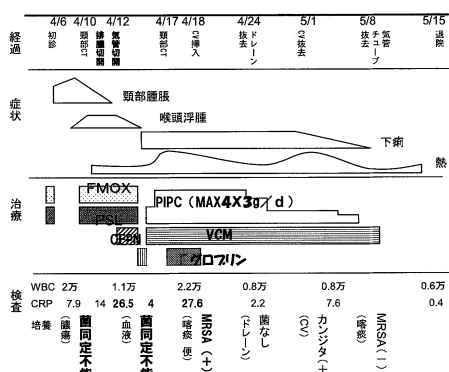


Fig. 4 Clinical course

指下で約 5 cm 切開を行った。顎下腺を周囲より剥離したところ内部より悪臭の強い黄土色の膿汁の排出を多量に認めた。生理食塩水で十分洗浄、イソジンで消毒し、顎下腺上部と下部にペンローズドレーンを挿入し開放創とした。挿管時、喉頭浮腫が出現していたため抜管せず人工呼吸管理とした。

入院後経過：入院時より輸液、FMOXの投与を開始し、手術を施行した。術後、喉頭浮腫が出現したためPSLの点滴も開始した。ドレーン、創部よりイソジン洗浄を連日行った。細菌培養の結果は、菌同定不能であった。術後2日目に喉頭浮腫改善しないため気管切開を施行しCFPNも追加した⁵⁾。術後3日目、夜間不穏状態が強くなり、アルコール離脱症状と考え、Diazepamを開始した。術後7日目には、炎症所見の著明な改善を認めたため、抗生剤を減量した。また、頸部CTに

て改善が認められた (Fig. 3)。しかし、同夜39度の発熱と下痢が出現した。採血データにて再度WBC22000/ μ l, CRP27.6mg/dlと高値になり敗血症を合併したと考えた。血培にて菌は同定されなかったが、敗血症に準じ、大量抗生剤 (PICP MAX 4 x 3 g/d), γ グロブリンの投与を開始した^{3,6,7)}。また、痰培、便培よりMRSAが検出されたため、VCMを併用した。栄養管理のため、胃管より摂取を開始するも下痢止まらず、CVより栄養管理とした。その後、発熱、下痢は軽快し、検査所見も改名したため、PICPを減量した。術後15日目にドレーンを抜去し経口摂取開始した。創部は自然閉鎖とした。術後30日目より、無断外出を繰り返す異常行動が認められたが、経過も良好のため、術後35日目に退院となった。Fig. 4にその経過を示す。

考 察

深頸部感染症は扁桃や咽頭などの炎症より頸部の組織を中心に広く炎症が波及した病態である。進展経路としては、顎下間隙、副咽頭間隙、咬筋間隙、耳下腺間隙、扁桃周囲間隙あり、これらを経て縦隔にまで炎症が達するときわめて重症化する⁵⁾。

今回、われわれが経験した症例は、初診時、右扁桃周囲炎にて治療を開始したが、その後本人来院せず治療が途中で中止になり、頸部膿瘍をきたした症例である。適切な治療の継続ができていな

かったため重症化させたと考えられる。

頸部膿瘍の治療方針は、

1. 入院のうえ、切開排膿を行う。
2. 創部は開放創としドレーン留置、洗浄を行う。
3. 喉頭浮腫などの気道狭窄が認められれば、気管切開を行う。
4. 強力な抗生剤+ステロイド剤の投与。

であり^{4,5)}、われわれの症例も上記に従い即日入院、手術を行った。

深頸部膿瘍などの重症感染症をきたしやすい条件としては、糖尿病や高齢者が原因として一般に知られているが⁶⁾、今回の症例では、糖尿病はなかった。しかし、アルコール依存症、胃全摘後であり、これらの状態が患者の全身管理を難しくさせたものとする。アルコール依存症では、成書で知られているように身体的症状、精神的症状、社会的症状の3大症状に大別され、その中に易感染症、栄養障害が含まれている。

胃全摘後でも、一般的に知られているように、高張な食物が急に腸内に入るため食事療法が必要となり栄養コントロールが難しい状態にある。

本症例においても術後7日目の頸部CTにて膿瘍部の十分な改善を認めたにもかかわらず、術後、MRSA感染、敗血症を起こしたが、infection control doctorと相談後、大量の抗生剤とγグロブリンの投与にて改善が認められた。また、栄養管理は、気管切開後の誤嚥が著しく経口摂取が不可能であったため、経管栄養を試みたが、下痢がひどく中心静脈栄養を行わざるを得なかった。

深頸部膿瘍などの重症感染症に対しては、患者の既往歴や生活歴も重要な要因となり治療に影響を及ぼすと考えられた^{4,6)}。

ま と め

1. 治療中に重篤な合併症を併発した深頸部膿瘍の1症例を経験した。
2. 外科的治療にて局所所見改善したにもかかわらず敗血症になった。
3. 深頸部膿瘍は、既往歴、生活歴が治療に影響

を及ぼすことがある。

4. 本症例の治療には、infection controllerとの連携が有用であった。

参 考 文 献

- 1) Marty-Ane CH, Alauzen M, et al : Descending necrotizing mediastinitis. J Thorac Cardiovasc Surg 1994 ; 107 55-61
- 2) Haraden BM, Zwemer FL Jr : Descending necrotizing mediastinitis : Complication of A simple dental infection. Ann Emerg Med May 1997 ; 29 683-686
- 3) 成田憲彦, 藤枝重治, 他 : 対照的な経過をとった深頸部感染症の2例. 耳鼻臨床 94 : 1123-1129, 2001
- 4) 斉藤和也, 寺尾恭一, 他 : 降下性壊死性縦隔炎の1例. 日本耳鼻咽喉科感染症研究会誌 23 : 102-105 2006
- 5) 須小毅, 鈴木正志, 他 : 当科における深頸部膿瘍症例の検討. 日本耳鼻咽喉科感染症研究会誌 17 : 133-137 1999
- 6) 飯田崇, 鈴木雅一, 他 : 深頸部膿瘍10症例の検討. 耳展 38 : 444-451, 1995
- 7) 富永光雄, 三澤逸人, 他 : 深頸部膿瘍から進展の降下性壊死性縦隔炎例. 耳鼻臨床 94 : 1117-1122, 2001

連絡先：大久保はるか
 〒153-8515
 東京都目黒区大橋 2-17-6
 東邦大学医療センター大橋病院
 TEL 03-3468-1251 内線3445
 FAX 03-3468-3970