

側頭部から頸部まで進展した咀嚼筋間隙膿瘍の一例

藤田 岳¹⁾ 後藤 友佳子¹⁾ 長谷川 信吾¹⁾

下屋 聡子²⁾ 香山 智佳子³⁾

1) 甲南病院耳鼻咽喉科 2) 川崎病院耳鼻咽喉科 3) 六甲アイランド病院耳鼻咽喉科

Abscess in the Masticator Space Extending to the Temporal Fossa- A Case Report.

Takeshi FUJITA¹⁾, Yukako GOTO¹⁾, Shingo HASEGAWA¹⁾, Satoko SHIMOYA²⁾

Chikako KAYAMA³⁾

1) Konan Hospital

2) Kawasaki Hospital

3) Rokko Island Hospital

Masticator space is surrounded by a superficial layer of the deep cervical fascia. In most cases, abscess in this space is caused as the consequence of odontogenic inflammation. Since fascias attach tightly to the mandible and pterygoid plates at the bottom of the space, generally infections progress upward.

An 81-year-old man was referred to our hospital with left facial swelling. He had had dental treatment just before the reference. Swelling was noted at the left side of his face and buccal mucosa. There was no complaint of trismus or dyspnea. CT scan showed an abscess surrounding the left mandible and a partial resorption of the left upper alveolar bone. A culture of pus yielded a growth of *Fusobacterium species*, *Peptostreptococcus species* and *Prevotella melaninogenica*. From these findings, it indicated that the abscess in the masticator space was secondary to odontogenic infection. As an initial treatment, surgical drainage was performed through the buccal mucosa and cervical incision along the anterior border of the left sternocleidomastoid muscle. Intravenous administration of antibiotics was also started. Since swelling was not improved, additional incision was made in the left temporal area. However, two months hospitalization was required due to pneumonia.

Abscess in the masticator space often lacks specific symptoms especially in elders, resulting in the advanced condition as shown in the preset case. Imaging study with CT scan and prompt surgical drainage are mandatory.

はじめに

咀嚼筋間隙は、深頸筋膜浅葉が内側葉と外側葉に分かれて咀嚼筋群（咬筋、側頭筋、内・外翼突筋）を囲むことにより形成される¹⁾。咀嚼筋間隙は悪性腫瘍や炎症の進展経路として重要で、最も多い疾患は歯原性の炎症性病変である。咀嚼筋間隙の下方は筋膜が強固に付着しているので、特に炎症性疾患は上方へ進展しやすい特徴がある²⁾。

今回我々は左上歯列の歯牙感染から左側頭部へ上行性に炎症が波及し、その後左頸部へと膿瘍腔が拡大した咀嚼筋間隙膿瘍の一例を経験したので報告する。

症 例

症 例：81才男性

主 訴：左顔面腫脹

既往歴：平成13年4月、左慢性硬膜下血腫に対し血腫除去手術。鉄欠乏性貧血及び高血圧に対して治療中。糖尿病の既往なし。

現病歴：平成14年3月20日37.8℃の発熱と咽頭痛があり近医内科を受診した。次第に左の頭痛および左上歯列の疼痛も出現した。歯科にて治療中であり抜歯予定であった。3月30日左頬部の腫脹も認めため、近医耳鼻咽喉科を受診し抗菌薬を処方された。しかし4月1日再診した際に、腫脹の悪化を認めため当科に紹介された。

初診時所見：頬部を中心に左顔面の腫脹を認め、同部は触診上、皮下気腫様の握雪感を認めた。口腔内は左頬粘膜の腫脹を認め、左咽頭側壁が喉頭レベルまで腫脹していた。腫脹部の疼痛はなく、開口障害もなかった。

血液検査所見：白血球20,300/ μ l, CRP34.9mg/dlであり強い炎症反応を認める他、尿素窒素65.3mg/dl, クレアチニン1.9mg/dlと腎機能低下を認め、CKは434IU/mlと上昇しており、筋組織の破壊を示唆する所見であった。

画像所見：頭頂部から舌骨レベルまでの単純CT (Fig. 1) では左上顎歯槽骨の頬側に一部骨吸収像を認め、同部を中心に左側頭部から舌骨レ

ベルまで内部にガス像を伴う膿瘍と、周囲の炎症像を認めた。

入院の上、cefotiam (CTM), clindamycin (CLDM), デキサメタゾンによる点滴加療を行ったが、翌4月2日には頸部腫脹の増大を認め、口腔内も左上顎歯槽の腫脹が改善せず、歯科口腔外科のある六甲アイランド病院へ転院し、合間で全身麻酔下に切開排膿術を行った。

手術所見：まず口腔内よりアプローチし、下顎骨と咬筋の間の膿瘍腔を開放し洗浄を行い、ベンローズドレーンを挿入した。次に左下顎角部から胸鎖乳突筋に沿って鎖骨上まで切開を行い、左胸鎖乳突筋前縁を剥離していった。筋周囲の組織は白色がかっており悪臭を伴った膿汁が排出された。内頸動脈鞘にも一部壊死を認めた。上方に剥離していくと下顎角の内・外側に膿汁があり、頬部を圧迫すると膿汁が多量に排出された。可及的に排膿し洗浄した後、ドレーンを挿入し切開創を上下端のみ縫合して開放創とした。

術後経過：手術翌日には左下顎部の腫脹は軽減し、胸鎖乳突筋の色調も改善した。またCT上、縦隔を含め膿瘍腔の拡大は認めなかった。4月5日になっても左側頭部の腫脹は残存していたため、経皮的に切開を行ったが膿汁の流出はあまり見られなかった。

膿汁の培養では *Fusobacterium sp.* や *Peptostreptococcus sp.*, *Prevotella melaninogenica* が確認された。また、発育はしなかったものの塗

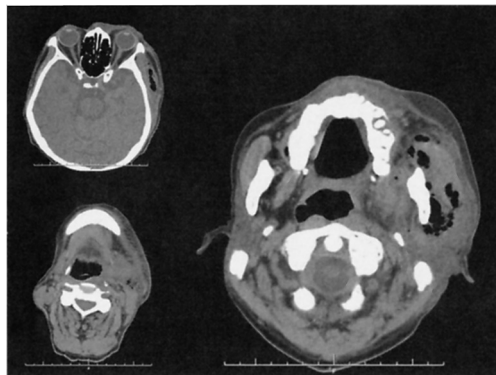


Fig. 1 CT scan

抹標本では*Clostridium sp.*も観察された。術後よりpanipenem betamipron (PAPM/BP) およびCLDMの投与を開始した。4月10日頃より次第に喀痰が多くなり、動脈血培養および喀痰培養から*Stenotrophomonas maltophilia*が検出され、同菌による肺炎の合併が考えられた。そのため抗菌薬をSBT/CPZ, CLDMに変更した。呼吸状態が悪く人工呼吸器からの離脱が困難であったことから、4月12日に気管切開を施行した。4月19日に人工呼吸器より離脱はできたが肺炎は遷延したため、4月30日内科へ転科し引き続き肺炎の治療を行った。創部の経過は順調であり、4月13日には口腔内ドレーンの抜去を行った。5月23日に頸部切開創の閉鎖術を行い、5月31日退院となった。術後より炎症の影響と思われる左反回神経麻痺を生じたが、約1年後には消失した。4年経過した現在も経過は良好である (Fig. 2)。

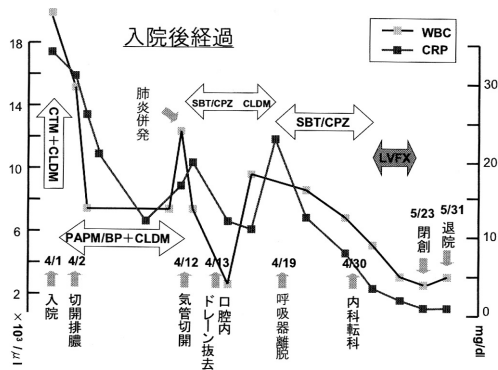


Fig. 2 Clinical course

考 察

咀嚼筋間隙は、対応する側頭窩、側頭下窩にならない、頬骨弓より上を側頭隙 (頬骨上咀嚼筋隙)、頬骨弓より下を側頭下隙 (頬骨下咀嚼筋隙) と区分することもある³⁾。入院時のCT所見と市村による深頸部感染症症状比較を参考にすると (Table. 1), 受診時の症状は顔面および口腔内腫脹であり、疼痛、開口障害、嚥下障害、呼吸困難などは認めなかったことから、炎症は頬骨上咀嚼筋間隙からまず上行性に側頭部へと進み、遅れて副咽頭間隙を介して下方へ進展したと考えられた。

菌性感染などで顎骨内に膿瘍を形成している病変では酸素濃度は低くなり、嫌気性菌が優位となる。この中では*Prophyromonas sp.*や*Prevotella sp.*また*Peptostreptococcus sp.*などの検出率が高い⁵⁾。本例では膿汁の培養で*Fusobacterium sp.* *Peptostreptococcus sp.* *Prevotella melaninogenica*が確認されており、受診以前に左上歯列の疼痛の訴えもあったことから、同部位の歯牙感染が炎症の端緒であったと推定される。

深頸部感染症の抗菌薬療法についてはCLDMとpiperacillin (PIPC), imipenem cilastatin (IPM/CS), PAPM/BPの併用がよく知られている。その中で特に高齢者や基礎疾患を有する患者の場合、カルバペネムとCLDMを併用するといった報告が多く、重症例には加えてγ-グロブリン製剤の使用がみられる^{6,7)}。本例では入院翌日に切開排膿ドレナージを行った後から、菌性感染の起炎菌と*Clostridium*の関与を考慮して

Table 1 Symptoms of Deep Neck Infections⁴⁾

間隙	疼痛	開口制限	腫脹部位	嚥下困難	呼吸困難
顎下	+	±	口腔底, 顎下	両側では+	両側では+
傍咽頭	++	++	咽頭側壁前部, 下顎角部	+	ときに+
頸動脈	±	±	咽頭側壁後部	+	+
咽頭後/危険	+	±	咽頭後壁	+	+
頬骨下咀嚼筋	+	++	なし	-	-
(進行すると上頬部, 下顎角部)					
頬骨上咀嚼筋	+	-	眼窩側方, 上頬部	-	-
耳下腺	++	-	下顎角部	-	-

PAPM/BPとCLDMの併用を選択し、加えて γ -グロブリン製剤を使用した。

経過中*Stenotrophomonas maltophilia*が起炎菌と考えられる肺炎を合併した。本細菌はカルバペネムに対する自然耐性を持っているため、カルバペネムの使用による菌交代が感染の原因となったと考えられる。PAPM/BPの投与を中止し、感受性のあったsulbactam cefoperazone (SBT/CPZ)へと抗菌薬を変更することで対応した。

深頸部感染症における外科的治療について、市村は呼吸症状のある例、ガス産生のみられる例、筋壊死がみられる例、抗菌薬投与で24時間以内に改善のみられない例については切開排膿の絶対的適応となるとしている⁴⁾。本例では抗菌薬投与にもかかわらず腫脹部位の拡大を認め、CT上、膿瘍腔内にガス産生を認めた。入院翌日に口腔内および胸鎖乳突筋前縁を切開し排膿したことにより、縦隔への膿瘍の進展を阻止し、救命し得たものと考えられる。

本例における訴えは顔面の腫脹のみであり、疼痛、開口障害は認めなかったため蜂窩織炎と考え初期治療を行った。受診時のCTにて咀嚼筋間隙を中心にガス像を認めており、即時に切開排膿を行っていただければ入院が長期化せずに済んだ可能性もあった。また、高齢者は症状の訴えに乏しいことがあるため、本例のような顔面腫脹のみの訴えであっても積極的にCTを撮影する必要がある。CTによる画像診断のポイントは、①膿瘍と蜂窩織炎の鑑別、②膿瘍の部位、③ガス産生の有無、④縦隔への進展であり、撮影部位は頭蓋底から上縦隔までを含める必要がある⁶⁾。頭頸部の腫脹を診察し、感染症を疑った際にはできるだけ早期にCTを中心とした画像検査を行い、病変の進展範囲を確認し、外科的治療のタイミングを逸しないようにすることが重要であると思われる。

参 考 文 献

- 1) 尾尻博也：咀嚼筋間隙 (masticator space/MS)，耳鼻，41(5)：515-516, 1998
- 2) 西川邦男：咀嚼筋間隙と側頭間隙の解剖と画像診断，JOHNS, 14(5)：672-676, 1998
- 3) 市村恵一：筋膜と（筋膜間）隙，JOHNS, 14(5)：629-638, 1998
- 4) 市村恵一：深頸部感染症の臨床，耳鼻臨床，97：573-582, 2004
- 5) 坂本春生，佐々木次郎：感染症の現状 口腔外科領域，臨床と微生物，25(5)：581-586, 1998
- 6) 豊嶋 勝：深頸部感染症：化学療法の領域，16(10)：1715-1720, 2000
- 7) 仙波哲雄：深頸部感染症の起炎菌と抗生物質，JOHNS, 14(5)：697-700, 1998

連絡先：藤田 岳

〒658-0064

兵庫県神戸市東灘区鳴子ヶ原1-5-16

財団法人 甲南病院 耳鼻咽喉科

TEL 078-851-2161