

保存的治療により遷延した 小児のリンパ節膿瘍3症例の治療経験

留守 卓也^{1, 2)} 飯田 由美子²⁾ 藤川 陽²⁾
数川 逸郎³⁾ 海保 景子³⁾ 遠藤 真美子³⁾
石和田 稔彦³⁾ 岡本 美孝²⁾

1) 東京都立駒込病院 耳鼻咽喉科・頭頸部腫瘍外科

2) 千葉大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

3) 千葉大学大学院医学研究院 小児科学講座

Treatment Histories of Three Lymphatic Abscess Cases of the Child Who Did Protraction by Conservative Treatment

Takuya TOMEMORI^{1, 2)}, Yumiko IIDA²⁾, Akira FUJIKAWA²⁾ Itsuro KAZUKAWA³⁾,
Keiko KAIHO³⁾, Mamiko ENDO³⁾, Marehiko ISHIWATA³⁾, Yositaka OKAMOTO²⁾

- 1) Division of Otorhinolaryngology, Head and Neck Tumor Surgery, Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center Komagome Hospital
- 2) Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Graduate School of Medicine, Chiba University
- 3) Department of Pediatrics, Graduate School of Medicine, Chiba University

We experienced 3 pediatric examples of lateral neck and postpharyngeal abscess this time between two months. Case 1 formed giant lateral neck lymphatic abscess by hemolytic streptococcus infection to continue for initial infection of EB virus with a 1 year old boy. Case 2 started antibiotic exposure by a diagnosis of meningitis with 7 years old boy, and the inflammation evidence calmed early, but headache and cervical rigidity did protraction. Nasopharyngeal lymphatic abscess was discovered by a further inspection of ENT department. Case 3 showed abscess formation to repeat of both cervixes and a postpharyngeal lesion to repeat with 0 years old boy of chronic granulomatosis. These cases showed improvement of a symptom by surgical management.

Abscess formation delays by progress of a recent antimicrobial agent and may lose a timing of diagnosis and surgical treatment. We report it in comparison with a report of the past.

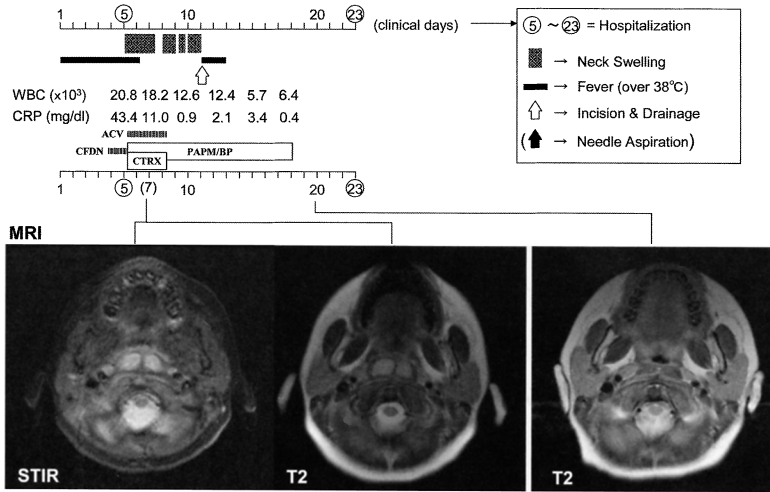


Fig. 1 Clinical course and MRI of Case 1 (with scheme instruction)
MRI on the 7th clinical day showed that nasopharynx had the shadow which seemed to be abscess formation with clear boundaries. In postoperative MRI, the shadow of nasopharynx almost disappeared.

はじめに

頭頸部領域の膿瘍は遷延すれば縦隔炎などの重症感染症を引き起こすため、適切な時期に切開排膿などの外科的処置に踏み切る必要があるが、小児においては先行治療によって外科的処置のタイミングに苦慮する場合もある。今回私達は、2ヶ月間に3例の側頸部・咽後部膿瘍の小児例を経験したので報告する。

症例提示

症例1：7歳9ヶ月，男児

主訴：発熱，頭痛，意識障害

既往歴など：特記すべきことなし

現病歴：2006年6月6日より41.0℃の高熱と頭痛を呈し近医受診。adenovirusの迅速検査で陽性を示し，保存的に経過観察。6月9日より嘔吐が出現し，CFDN内服を開始。同日夜より幻覚を訴える・暴れるなどの意識障害が出現し，脳炎疑いで6月10日に当院に緊急入院となった。

初診時の所見：体温37.5℃。項部硬直著明。会話可能で見当識は比較的良好であった。脳・運動・感覚神経系は異常なし。咽頭粘膜の発赤を認めたが，他の当科的所見に異常はなかった。呼吸

や摂食に関する異常所見は認めなかった。

検査所見：WBC20800，CRP43.4mg/dl，髄液細胞数34/3，抗原迅速検査；溶連菌（-），adenovirus（-），influenza A/B（-）。他の採血所見に異常はなかった。

画像所見：初診時の頭部CTでは特に異常は認めなかった。

入院後の経過（Fig.1）：抗herpes薬（ACV）と抗菌薬の併用投与により解熱した後も髄膜刺激

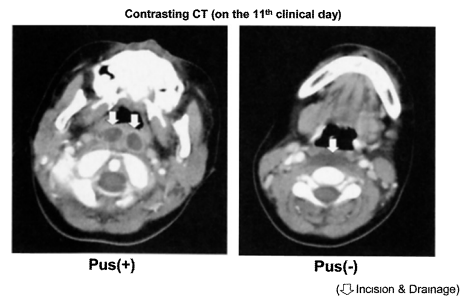


Fig. 2 CT findings and results of operation of Case 1
In contrasting CT, we recognized the low signal level with clear boundaries with a contrasting effect (nasopharynx) and the low signal area which was border indistinctness (mesopharynx rear wall). Incision and drainage executed to the three places under general anesthesia on the 11th clinical day. We did not recognize excretion from mesopharynx, but about 10cc lemon yellow excretion from nasopharynx.

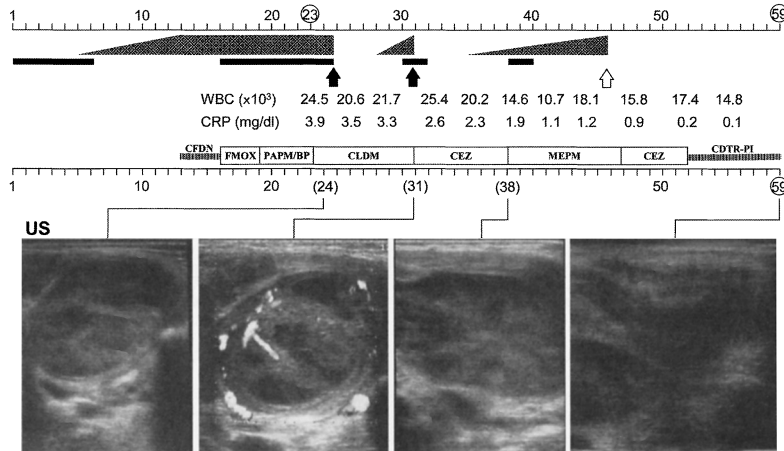


Fig. 3 Clinical course and US findings of Case 2
US suggested the presence of an abscess by evidence of the clear capsule formation and back echo reinforcement, but the lumen formation did not become clear in the early and middle clinical course.

症状が持続するためMRI (Fig.1) とCT (Fig.2) を撮影, 咽頭後壁に広範な膿瘍形成を疑い, 全身麻酔下に切開・排膿した (Fig.2). 膿培養では病原菌は同定されなかったが, 血液培養で嫌気性菌 (*Fusobacterium necrophorum*) が同定された. 術後経過は良好で, 頭痛や髄膜刺激症状は翌日より消失した. 炎症所見も改善し第23病日に退院となった. その後の経過は良好である.

症例2: 1歳11ヶ月, 男児

主 訴: 発熱, 頸部腫脹

既往歴など: 特記すべきことなし

現病歴 (Fig.3): 2006年4月16日より38.0℃前後の発熱を呈し近医受診. 経過観察したが, 4月20日より頸部腫脹が出現. 頸部リンパ節炎の診断にて前医で4月28日よりCFDN内服を開始. 頸部腫脹が改善せず, 5月2日より入院. FMOX→PAM/BP静注を行ったが症状は軽快せず, 5月9日に当院に転院となった.

初診時の所見: 体温38.0℃. 意識清明. 右側頸部には4cm大の弾性軟・可動性良好・圧痛(-)の腫脹を認めた. 脳・運動・感覚神経系は異常なし. 下腿には複数の結節性紅班を認めた. 咽頭粘膜の発赤はなく, 他の当科的所見に異常はなかった. 呼吸や摂食に関する異常所見は認めなかった.

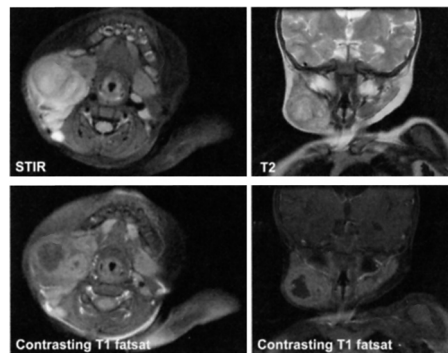


Fig. 4 MRI findings of Case 2
On the 45th clinical day (the latter clinical course) MRI showed plural abscess evidence with large lumen.

検査所見: WBC 24500, CRP 3.9mg/dl, 抗原迅速検査; 溶連菌(-), mycoplasma(+), EBV検査; EBV-VCA-IgM/IgG↑, EBNA-IgG(-). 他の採血所見に異常はなかった.

画像所見: 超音波所見 (Fig.3) およびMRI (Fig.4) では経時的に変化する膿瘍所見を認めた.

入院後の経過 (Fig.2): 当院入院後, 直ちに外科的に穿刺・排膿を行ったが, 排膿量は少量で, その後も腫脹を繰り返した. 2度目の穿刺・排膿時も同様で, 培養では病原菌は同定されなかった. 抗生剤を変更しても病勢に変化はなく悪性リンパ腫などの非感染性疾患を疑ったが, 膿汁のDNA検査から *a-hemolytic Streptococcus* DNAが検出

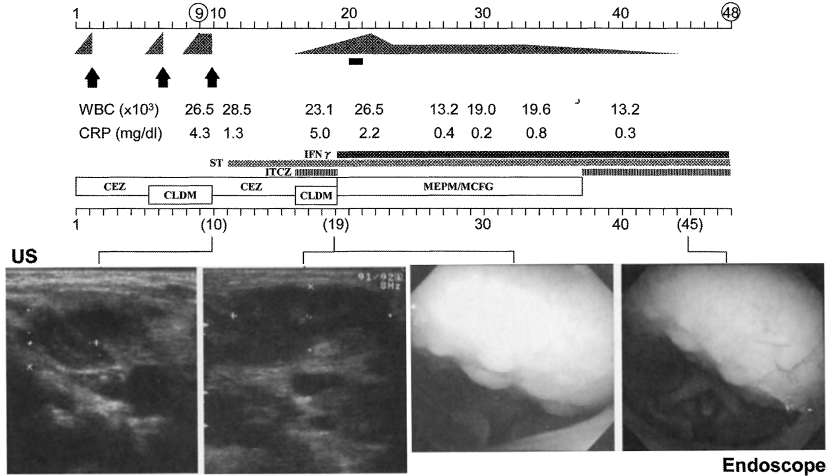


Fig. 5 Clinical course and US/Endoscope findings of Case 3
 US suggested the presence of plural abscesses.
 We confirmed presence of an abscess in nasopharynx in fiber evidence.

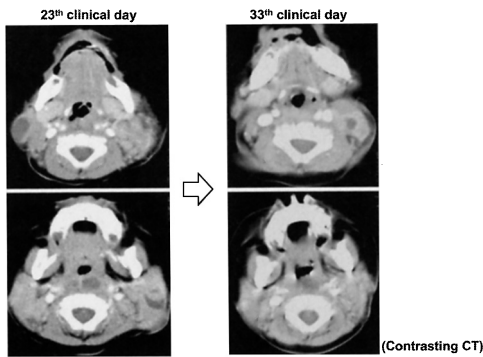


Fig. 6 CT findings of Case 3
 CT showed the presence of plural abscesses.
 We recognized abscess regression without surgical management by IFN γ administration.

されたため、内部の膿瘍化を待って局所麻酔下に切開し、約20ccの淡黄色の膿汁を排膿した。その後の経過は良好で第59病日に退院となった。外来で経過観察中だが再腫脹は認めていない。

症例3：0歳8ヶ月，男児

主 訴：頸部腫脹

既往歴：頸部・鼠径リンパ節膿瘍（3ヶ月），
 肛門周囲膿瘍（7ヶ月）にて穿刺・排膿

現病歴：2006年5月15日左頸部腫脹にて既往の前医を受診し入院。穿刺・排膿しCEZ静注を開始した。再腫脹のため5月19日に再び穿刺・排膿。CLDM静注の併用を行ったが、頸部腫脹に改善

を認めないため、5月23日に当院に転院となった。

初診時の所見：体温36.4℃。機嫌よし。右側頸部には2cm大，左側頸部には3cm大の弾性軟・可動性良好・圧痛（-）の腫脹を認めた。脳・運動・感覚神経系は異常なし。咽頭粘膜の発赤はなく，他の耳鼻咽喉科学的所見にも異常は認めなかった。呼吸や摂食に関する異常所見は認めなかった。

検査所見：WBC26500，CRP4.3mg/dl，前医での穿刺培養検査；MSSA（+++）。他の採血所見に異常はなかった。

画像所見：超音波所見をFig.5，造影CT所見をFig.6に示す。いずれも複数の膿瘍の存在が示唆される。ファイバー所見（Fig.5）では上咽頭にも膿瘍の存在を確認した。

入院後の経過（Fig.5）：入院前に2回，入院後に1回穿刺排膿を行ったが，その後も複数の部位に腫脹を認めた。抗生剤への反応も悪いため，先天性の免疫不全疾患について精査したところ，好中球貪食能84％・好中球活性酸素産生能0％という結果から慢性肉芽腫症の診断に至った。抗菌薬と抗真菌薬の点滴静注の併用およびIFN γ の投与を開始したところ，炎症所見の沈静と膿瘍の消退傾向を認めた。その後の経過は良好で第48病日に退院となった。現在も外来にてIFN γ 投与中だ

が再腫脹は認めていない。

考 察

著者はこれまで小児の頸部膿瘍について報告を行ってきたが¹⁻³⁾、今回の3症例では特に確定診断と外科的治療のタイミングに苦慮した。これは、適切と思われた初期の内科的治療がそれぞれの患者背景と相まって症状を遷延させたためと思われる。症例1では先行するadenovirus感染が引き続き嫌気性菌感染を助長させた可能性がある。症例2では初診時の結節性紅斑から溶連菌感染を疑ったが決定的な所見に乏しく、EBVやMycoplasma感染、悪性リンパ腫などの腫瘍性疾患を疑ったのちに、DNA検査によりやっと溶連菌感染が同定された。この症例はEBVの初感染パターンを示しており、このことが溶連菌感染の遷延の要因だった可能性がある。症例3は先天的な免疫異常が背景であったが、やはり確定診断には時間が必要であった。

近年の報告では、頸部の感染経路にはnodal inflammatory processとnonnodal inflammatory processがあり、小児についてはほとんどがnodal inflammatory processであり、劇的なリンパ節腫脹・節内膿瘍になることがあるとされている⁴⁾。

リンパ節膿瘍は破裂して節外膿瘍を形成すると、急激に病態が悪化するため、外科的治療のタ

イミングは非常に重要である⁵⁾。近年の抗菌薬の進歩は膿瘍に至る前のリンパ節炎には有効である一方、膿瘍形成の過程では遅延因子となり、外科的治療の検討を非常に複雑にしている可能性がある。

小児の頸部膿瘍については、膿瘍形成に至らない軽症例が市井レベルで治癒している一方、複数の起炎菌の組み合わせや患者の免疫学的背景によっては、より複雑な経緯をたどる症例が増加してきている可能性は否めない。小児の膿瘍性疾患については今後も細心の注意が必要だと思われる。

参 考 文 献

- 1) 留守卓也, 工藤典代: 当科で経験した深頸部リンパ節膿瘍の乳幼児2症例. 日耳鼻感染症研究会誌. 20: 35-39, 2002.
- 2) 留守卓也, 工藤典代: 小児の頤下部および顎下部膿瘍の検討. 日耳鼻感染症研究会誌. 21: 195-199, 2003.
- 3) 留守卓也, 工藤典代: 生後3ヶ月乳児の頸部膿瘍2症例の検討. 日耳鼻感染症研究会誌. 22: 85-89, 2004.
- 4) Hudkins PA: Nodal and nonnodal inflammatory processes of the pediatric neck. Neuroimaging Clin N Am. 10: 181-192, 2000.
- 5) Harnsberger HR: Handbook of head and neck imaging. 6: 96-98, 1998.

質 疑 応 答

質 問 小野田友男 (岡山大)

切開にふみきる際の皮膚切開の大きさは?

応 答

ガーゼドレーンが入る程度の小さな切開にするよう心がけている。

連絡先: 留守 卓也

〒113-8677

東京都文京区本駒込3-18-22

東京都立駒込病院

耳鼻咽喉科・頭頸部腫瘍外科

TEL 03-3823-2101 FAX 03-3824-1552

E-mail tomemori@cick.jp