

Debate 1

扁桃周囲膿瘍に対する膿瘍扁桃摘術 —即時膿瘍扁桃摘術賛成の立場から—

西元 謙吾

鹿児島大学医歯学総合研究科聴覚頭頸部疾患学

はじめに

司会、鈴木先生

扁桃周囲膿瘍は日常診療でもよく遭遇する急性疾患ですが、その治療法の選択はまだ確立されていないのが現状です。扁桃周囲膿瘍に対する治療で最も基本的なことは膿瘍腔の開放であるが、その最も確実な方法として即時膿瘍扁桃摘術があります。欧米では耳鼻咽喉科医の約十数%が膿瘍扁桃摘を第一選択と考え、約30%前後の患者が即時扁桃摘を受けており、排膿法として比較的広く行われております。日本においては、古い教科書では本症が扁桃摘の禁忌と記載されていたものが、最近では適応と記載されるようになった教科書もありますが、まだまだ極限られた施設で実施されているのみであり、一般に受け入れられている状況ではありません。

そこで、このディベートではまず積極的に即時扁桃摘を行っている鹿児島大学の西元先生に即時扁桃摘賛成の立場から、その手術の実際と利点をお話いただき、次に即時扁桃摘の経験も充分おありの東京女子医大の余田先生にはあえて即時扁桃摘反対の立場から穿刺・吸引、切開排膿と抗菌薬投与、定期的扁桃摘による本症への対応につきお話いただきます。

その後、お二人には私の質問を契機として、それぞれの立場から膿瘍扁桃摘も含めて本症に対する対応につき御討論いただきます。

では、西元先生ご発表お願い致します。

膿瘍扁桃摘術 賛成の立場から発表させていただきます。

扁桃周囲膿瘍に対する治療法として、抗菌剤投与のみの保存的治療から、切開排膿の究極である即時膿瘍扁桃摘術まで様々な治療法がありますが、本邦においては即時膿瘍扁桃摘術はあまり受け入れられていないのが現状です。しかし、切開排膿だけでは制御不能な症例もあり、やむを得ず即時膿瘍扁桃摘術を施行することもあります。積極的に即時膿瘍扁桃摘術を行うことによる利点を述べたいと思います。

即時膿瘍扁桃摘術を肯定する報告は欧米で多く見られますが、入院期間、就労不能期間短縮、待機手術と比べて出血量が減少、術後出血の減少、若年者でのその後の扁桃症状の回避などが利点として挙げられています¹⁻³⁾。今回は、扁桃周囲膿瘍に対する即時膿瘍扁桃摘術が安全なのかを、術中の出血量、術後出血の頻度、術後の痛みについて検討しました。

検討対象は2001年から2005年までの間に手術を施行した、慢性扁桃炎症例113例（男性61例、女性52例）平均年齢30歳、扁桃周囲膿瘍即時膿瘍扁桃摘術施行症例113例（男性55例、女性58例）平均年齢33.39歳であります。慢性扁桃炎手術症例の中には、既往に扁桃周囲膿瘍を持つ8例が含まれていました。

術中出血量を、扁桃周囲膿瘍に対する即時膿瘍扁桃摘術例、慢性扁桃炎・病巣感染例病巣感染に対する通常扁桃摘例、扁桃周囲膿瘍罹患後通常扁桃摘例

にわけて検討したところ、即時膿瘍扁桃摘術群は明らかに慢性扁桃炎・病巣感染例病巣感染に対する通常扁桃摘群より出血量が多かったですが、扁桃周囲膿瘍罹患後通常扁桃摘群よりは有意に出血量が少ないことがわかりました (Fig.1)。また、術後出血については慢性扁桃炎・病巣感染例病巣感染に対する通常扁桃摘群では1例も認めず、即時膿瘍扁桃摘術群で1例、扁桃周囲膿瘍罹患後通常扁桃摘群で2例となり、明らかに扁桃周囲膿瘍罹患後通常扁桃摘群の術後出血の頻度が多くなっていることが判明しました。

即時膿瘍扁桃摘術の手術中に出血が多くなる可能性のある因子についても検討しました (Fig.2)。上極型・下極型扁桃周囲膿瘍それぞれの出血量はほとんど差がなく、喫煙歴についてはやや喫煙歴がある群で出血量が多くなる傾向がありますが、有為差はありませんでした。しかし、以前に扁桃周囲膿瘍を患い、再度扁桃周囲膿瘍を発症した症例の術中出血量は明らかに多いことがわかりました。

即時膿瘍扁桃摘術が通常扁桃摘より出血が多くなるのが実際に膿瘍のある扁桃摘出術が長時間かかるためなのかを手術時間を細分化して検討したところ、膿瘍のある扁桃の摘出時間とない扁桃の摘出時間は差がなく、最も時間がかかるのは止血時間でした (Fig.3)。

術後の痛みの検討ですが、手術後の自発痛と嚥下時痛を5段階で患者に5日間評価してもらい、即時膿瘍扁桃摘群と通常扁桃摘群でスコアの変化をみましたが、両群間で明らかな差は認めませんでした (データ未掲載)。

実際の即時膿瘍扁桃摘術の手術法ですが、最も咽頭が腫脹し、膿瘍の存在が疑われる部位に切開を加えるのは切開排膿術と同じですが、その位置は通常扁桃摘の粘膜切開よりやや外側になります。粘膜切開創から膿瘍腔に一気に侵入し、すでに膿瘍で剥離された腔を周囲に広げて剥離摘出します。この手術手技は当科では耳鼻咽喉科専門過程2、3年目の医師も行っており、それ程難しい手技とは考えていません。

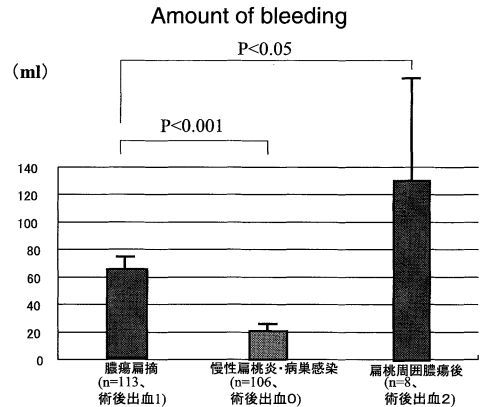


Fig. 1

Amount of bleeding (each hemorrhage risk factor)

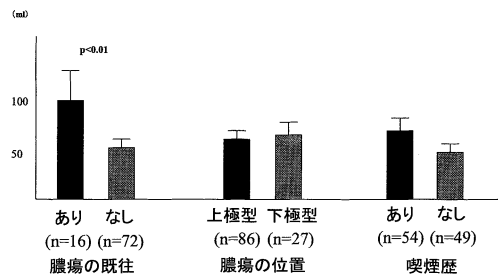


Fig. 2

Removal and hemostasis time during operation

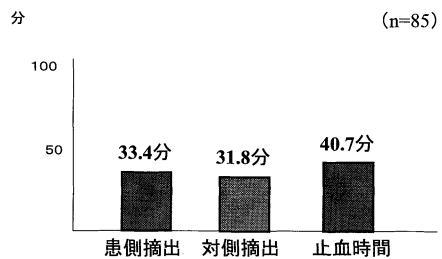


Fig. 3

以上より、即時膿瘍扁桃摘術はこれまでに言われているほど出血などの合併症は少ないと考えます。術後の疼痛も慢性扁桃炎などに対する通常扁桃摘とあまり大差ありません。むしろ、扁桃周囲膿瘍に対し、一度保存的に治療した後で手術をすると術中の出血量、術後出血の頻度が多くなることから、初回罹患時の扁桃周囲膿瘍でも膿瘍扁桃摘術

の意義は大きいと考えます。

(余田先生：ご発表)

では、これから15分ぐらいの時間ですが、ご討論いただきます。

鈴木：余田先生は扁桃周囲膿瘍に対しては膿瘍扁桃摘せずともまたそれをファーストチョイスとせずとも他の治療で対応できるとのご発表をしていますが、西元先生に伺います。それでも膿瘍扁桃摘を積極的に行っている理由は何でしょう？

西元：穿刺吸引で排膿できず結局悪化して扁桃摘出する症例もあります。特に、下極に近い膿瘍には穿刺、切開排膿が難しく、また、頸部の大血管に向かって操作をするという危険性も出てきます。確実な排膿で早期の炎症解消をはかり、さらにその後起きうる再発の予防という意味でも積極的に即時扁桃摘をしています。それに、待機手術などに比べ入院期間が短くなり、医療経済的にも有用であると思われれます。

鈴木：これについては余田先生どうですか？穿刺の場合、再発しやすいとか、部位によって切開排膿が困難であるとか、出血や血管損傷で困ったなどご経験がありますか？また再発についてはいかがでしょうか？

余田：膿瘍腔が大きい場合、穿刺吸引のみでは膿汁が再貯留を来しやすい場合がありますが、膿瘍が退縮するまで穿刺吸引を数回繰り返すことと、適切な抗菌薬の投与を併用することで治療できると考えます。これまでに出血困難や血管損傷の経験はありません。穿刺・切開後の再発予防として、十分な期間抗菌薬を投与し、しかるべき時期に期待的扁桃摘

を組み入れることで解決可能と考えます。

鈴木：下極膿瘍でも穿刺あるいは切開で排膿できましたか？

余田：下極膿瘍でも穿刺切開排膿で対応できます。

少数でも膿瘍扁桃摘が必要な症例があるのですかね？それでもほとんどの症例では穿刺切開排膿で治療可能なんですね？

西元：確かに手技的には注意することで出血などのトラブルは少なくできると思いますが、切開排膿した場合、洗浄やガーゼ挿入の苦痛を伴うことが多いと認識しています。膿瘍扁桃摘を行った場合、直後から開口障害などの苦痛から開放され、術後処置は必要ありません。この点も、膿瘍扁桃摘を行うメリットがあると思います。

鈴木：切開排膿で対応は可能でも治療までの時間が掛かり結果として入院期間が長くなりませんか？また医療費も膨らみませんか？余田先生どうでしょう？

余田：治療別入院期間、医療費のスライド。重症例では膿瘍扁桃摘になるので長期になる傾向。外来でも対応できる症例あり。医療費の軽減につながる。

西元：出来高払いでは膿瘍扁桃摘がやすくなる可能性がありますが、当科では即時扁桃摘がほとんどなので比較することはできませんが、欧米の報告では即時扁桃摘の医療費が安かったとありました。それぞれの国の、医療制度にもよるでしょう。

鈴木：医療者の捕らえかただと思います。

鈴木：それと小児では穿刺や切開排膿が安全に行えるのでしょうか？どうされていますか？

西元：小児の扁桃周囲膿瘍は協力が得られないことから全身麻酔下の膿瘍扁桃摘が最も安全だと思います。保存的に治療し悪化した場合に扁桃摘出術をするという報告もよくあります。

余田：当科の最近の小児扁桃周囲膿瘍をみると3例経験しており、3例中2例は切開排膿、自壊排膿で改善しており、1例は膿瘍扁桃摘を施行。

鈴木：膿瘍扁桃摘の場合もあるのですね？他の深頸部膿瘍を合併することも時にありますが、その際にはどう対応しますか？また両側膿瘍のある場合は咽頭痛、開口障害が高度で切開が困難な場合もあると思いますがいかがでしょうか？

西元：膿瘍扁桃摘をする場合、全身麻酔がかかっているため開口障害はさほど問題になりませんが、深頸部膿瘍があっても外切開、気管切開が同時にできます。重症であればある程度即時扁桃摘の意義が大きくなると思います。

余田：当科でも、深頸部膿瘍重症例即時に膿瘍扁桃摘を行っております。中等症以下では、まず扁桃周囲膿瘍の口腔内穿刺・切開と抗生物質投与で数日間観察し、深頸部膿瘍の改善が見られる症例には膿瘍扁桃摘を行っておりません。膿瘍扁桃摘をせずに切開排膿、抗菌薬の投与により対応可能です。

鈴木：治療は患者のために行うのですから、膿瘍扁桃摘を受けた患者がどのような印象をもっているのか？大切ではないかと思えます。アンケートとか何かデータはありますか？

西元：術後のアンケートはありませんが、手術直後痛みのスコアを患者からとったことがあります。その結果、痛みの強さは通常扁桃摘と膿瘍扁桃摘ではあまり差がなかったとの結果でした。しかし、術後の苦痛の改善度は早い印象があります。

余田：私達の施設では、膿瘍扁桃摘の多くは結紮止血の他に電気凝固などの処置が必要になり、術後の疼痛がひどくなる傾向があります。ただ、膿瘍扁桃摘の場合は術後すぐ疼痛が改善し、節食可能となりますし、切開洗浄するより苦痛が少ないようです。

鈴木：膿瘍扁桃摘の長所がだいぶ挙げられました。また先ほどその利点を挙げていただきましたが、何故この手術が日本では普及しないのでしょうか？西元先生、短所や問題点についてはどうですか？

西元：膿瘍扁桃摘は緊急手術になり、手術する側だけでなく全身麻酔、手術室のスタッフの確保という問題もあります。咽頭が腫脹しているため挿管の困難さもあり、挿管時の気道閉塞を起こした報告もありますが、熟練した麻酔医であれば問題ありません。

発熱時の全身麻酔の危険性、手術手技が難しい、出血しやすい、止血し難い、炎症が強いために残存扁桃が生じる可能性、炎症の全身的な波及などが危惧されてきたかも知れませんが、極めて稀なようです。

鈴木：これらの点については実際に手術を行ってどうですか？反論できるデータなどありますか？また危なかったというようなヒヤリハット事例はありますか？

余田：マンパワーの問題など。

鈴木：これまで扁桃周囲膿瘍における即時膿瘍扁桃摘術について討議してきましたが、この即時膿瘍扁桃摘はあまりデメリットはないようです。しかし、どこでもできる手術ではないことも確かです。扁桃周囲膿瘍に対する治療の1つのオプションであるという認識でその場の医師が選択していけば良いかと思えます。

連絡先：西元 謙吾

〒890-8520

鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

鹿児島大学医歯学総合研究科聴覚頭頸部疾患学

TEL 099-275-5410 FAX 099-264-8296

参 考 文 献

- 1) Maisel RH : Peritonsillar abscess ; Tonsil antibiotic levels in patients treated by acute abscess surgery. *Laryngoscope*, 92 : 80-87, 1982.
- 2) McCurdy MJA : Peritonsillar abscess ; A comparison of treatment by immediate tonsillectomy and interval tonsillectomy. *Arch Otolaryngol*, 103 : 414-415, 1977.
- 3) Herbild O, Bonding P : Peritonsillar abscess ; Recurrence rate and treatment. *Arch Otolaryngol*, 107 : 540-542, 1981.