

## 抜歯後感染に続発した難治性顎下部膿瘍の一例

福 岩 達 哉<sup>1)</sup> 西 元 謙 吾<sup>1)</sup> 田 中 紀 充<sup>1)</sup> 大 堀 純 一 郎<sup>1)</sup>  
林 多 聞<sup>1)</sup> 野 崎 剛<sup>2)</sup> 黒 野 祐 一<sup>1)</sup>

1) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科先進治療科学専攻感覚器病学聴覚頭頸部疾患学

2) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科健康科学専攻人間環境学講座消化器疾患・生活習慣病学

### A Case of Refractory Submandibular Abscess after Odontectomy

Tatsuya FUKUIWA<sup>1)</sup>, Kengo NISHIMOTO<sup>1)</sup>, Norimitsu TANAKA<sup>1)</sup>, Jun-ichiro OHORI<sup>1)</sup>,  
Tamon HAYASHI<sup>1)</sup>, Tsuyoshi NOSAKI<sup>2)</sup>, and Yuichi KURONO<sup>1)</sup>

1) Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences

2) Department of Digestive and Life-style related Disease, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences

Odontectomy sometimes causes severe complications such as endocarditis and submandibular abscess in diabetic patients. We experienced a case of refractory submandibular abscess after odontectomy who had diabetic nephropathy. A 38-year-old female with diabetic nephropathy were treated with odontectomy. After treatment, abscess formation was developed around the mandibule. Although the dentist tried to discharge the pus by intraoral incision, submandibular abscess became worth after the treatment, so she hospitalized emergency in our hospital. Immediate discharging operation with skin incision, continuous suction washing, management of continuous hemodiafiltration and long-term use of antibiotics were effective, resulting that she discharged from our hospital six months after initial surgery. According these results, the choice of draining root is thought to be important in submandibular abscess.

#### はじめに

口腔・下顎などの炎症が増悪し顎下部へ波及すると顎下部膿瘍を形成する。その原因として歯原性の頻度は高く日常診療でよく遭遇するものであるが、合併症の存在によっては治療に難渋することがある。今回我々は、抜歯を起因として長期にわたる重篤かつ広範な頭頸部感染を発症した1例を経験したので、若干の文献的考

察を交えて報告する。

症例：I型糖尿病を合併しインシュリン自己注射を行っている38歳女性

#### 【現病歴】

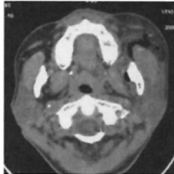
症例は38歳女性でI型糖尿病を有しておりインシュリン自己注射療法を施行されていた。また糖尿病性腎症を合併しており1年前から腎不

全にて人工透析を受けていた。平成18年12月27日、近医歯科にて左下顎智歯を抜歯施行したが、同日より熱発・顎下部主徴出現した。同年12月30日、当院歯科口腔外科受診し、下顎骨周囲膿瘍と診断され口腔内より頬粘膜を切開排膿、ドレーン留置された。しかし症状増悪あり12月31日歯科口腔外科入院、同日よりCMX点滴開始された (Fig.1)。平成19年1月2日、左頬部より皮膚切開・排膿施行されたが顎下部腫脹と疼痛は増悪した。同年1月4日、歯科口腔外科から当院腎臓内科紹介され転科転棟となった後、腎臓内科からの紹介で当科受診された。

【現症ならびに経過】

経過と局所所見より顎下部膿瘍を第一に考え、腎臓内科と協議の上、造影CT施行した。その結果、顎下部、下顎骨周囲のみならず側頭部まで広範囲の膿瘍形成を認め (Fig.1)、即日緊急手

H18/12/31 単純CT(歯科口腔外科にて施行)



H19/01/04 造影CT(当科初診後に施行)

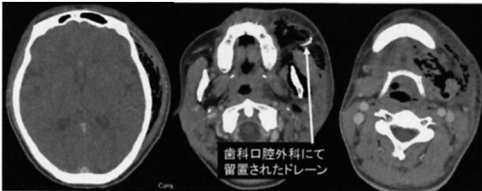


Fig.1 CT images in first medical examination.

術施行した。手術は全身麻酔下に行い、顎下部皮膚横切開にてアプローチした。顎下腺を確認しその裏面から膿瘍腔へ到達、これを開放してペンローズドレーンを留置した。なお歯科口腔外科で口腔内に留置されたドレーンは頬部皮下脂肪織まで到達し、ここから顎下部膿瘍及び側頭部膿瘍まで連続性が認められたことから、これを抜去し口腔創部を縫縮した (Fig.2)。術後

第1回手術所見 (H19/01/04)

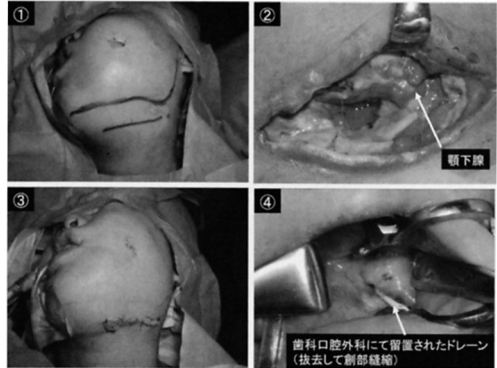


Fig.2 Operative findings in the surgery as primary treatment.

MEPM 500mg開始するとともに創部洗浄を1日2L行ったが、血糖コントロール不良で空腹時血糖は500mg/dl前後で推移した。そして1月17日、頸部ドレーン刺入部から出血を認め、同日全身麻酔下に緊急手術施行した。出血は左顔面静脈由来でありこれを止血後、顎下腺を摘出し膿瘍腔を大きく開放、顔面動脈も結紮した。内頸動脈に沿って膿瘍腔をさらに開放し、ドレーン留置した。気道に関して、喉頭浮腫は認めず抜管可能であった。PZFX 300mg使用しながら局所洗浄継続していたが、側頭部骨膜下膿瘍の増大あり1月25日に局所麻酔下膿瘍開放を行った。この際膿瘍よりMRSAが検出されたため、1月29日よりVCM 1000mg開始した。VCMは血中濃度測定結果を元に750mgから1000mgの間で調整・投与継続した (Fig.3)。その後も局所麻酔下に膿瘍開

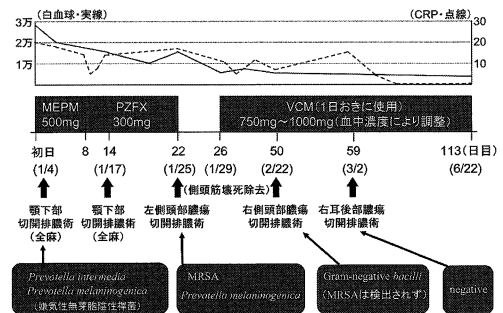


Fig.3 Therapeutic result.

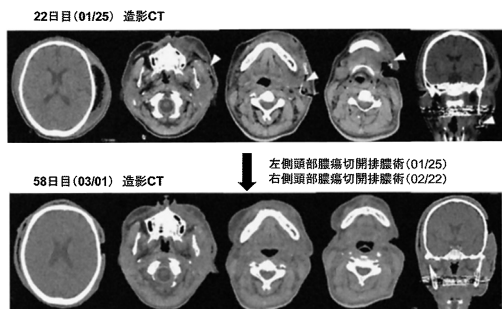


Fig. 4 Comparison of CT images between before and after treatment.

放を2回追加施行し3月1日の造影CTでは膿瘍腔消失を確認した (Fig. 4). なおVCMは6月22日まで計88日間隔日投与した (計44回). 約半年にわたる入院加療を経て, 現在外来経過観察中であるが感染再燃は認めておらず経過良好である.

#### 考 察

本症例は治癒までの間に計5回に及ぶ切開・排膿術, MRSA検出後きわめて長期間に及ぶVCM投与を余儀なくされたが, その一因としてコントロール不良なI型糖尿病の存在があげられる. 当科入院後は糖尿病専門医による厳重な管理を行ったにもかかわらず血糖制御には難渋した.

一方, 側頭部に広範な膿瘍形成が存在し側頭筋自体も壊死していたことから, 局所における重度の血流障害も感染増悪の一因と考えられた. 一般にVCMは組織移行性が低いことが指摘されており, 重症例ではその投与が長期間に及ぶこともしばしば認められる. 特に人工心膜弁術後のglycopeptide intermediate-resistant *Staphylococcus aureus* (GISA) による心内膜炎の治療などでは, 9ヵ月間に及ぶVCM投与を要した例も報告されている<sup>1)</sup>.

これらを踏まえて本例ではVCMの長期投与を行った. ただし腎不全による人工透析中であったため隔日投与とし, 週2回の血中濃度測定に基づき腎臓内科専門医の指導下に厳重な管理を行うことで重篤な合併症発現を回避出来た. また定期的細菌検査を反復しvancomycin-resistant

*Enterococcus* (VRE) 対策を行ったがその発生は認めなかった.

頸部膿瘍に対する治療は切開排膿が基本である. 当科では扁桃周囲膿瘍に対して即時口蓋扁桃摘出術による膿瘍腔開放を行うことで, 良好な治療成績をあげている<sup>2)</sup>. 一方, 副咽頭間隙に起因する深頸部膿瘍, あるいは顎下腺炎や抜歯等を原因とする顎下部膿瘍に対しては外切開による膿瘍開放を基本としている.

本例では, 当科受診前に歯科口腔外科にて口腔内から粘膜切開・ドレーン留置施行されていた. 当科における初回手術時の所見ではこのドレーンが咬筋表面から頬部皮下組織まで到達しており, ここから側頭部膿瘍, 顎下部膿瘍へ感染経路が波及したことが疑われた. また, 膿瘍腔からは*Prevotella melaninogenica*が検出されている (Fig. 4). この細菌は嫌気性無芽胞陰性桿菌であり, 歯肉の裂け目など口腔組織から分離・同定されることが多いが, このことより口腔頸部瘻孔の存在が感染増悪因子であったことが示唆される. 口腔頸部瘻孔と頸部膿瘍形成との関係について, 我々は頭頸部癌手術における周術期感染という観点から検討を行い日本耳鼻咽喉科感染症研究会シンポジウム (2006年, 鹿児島) で報告している<sup>3)</sup>. 頭頸部癌切除後に再建手術を施行した207例のうち52例で頸部膿瘍形成を認め, そのうち43例 (82.7%) で瘻孔形成があり両者に有意な相関を認めたことより, 再建後に瘻孔形成が生じることが術後感染の直接原因であることを明らかにした<sup>3)</sup>. この結果を考慮すると, 本例では口腔内からの膿瘍切開が口腔咽頭瘻孔の原因となり, それが感染増悪の危険因子であったと考えられた.

以上より, 下顎歯牙に起因する顎下部膿瘍では, 頸部皮膚切開による顎下部からのアプローチで膿瘍ドレーナージを施行するべきであると反省させられた.

### ま と め

I型糖尿病合併例で、抜歯後に重篤な顎下部膿瘍を発症しMRSA感染を合併し長期入院を余儀なくされた症例を経験した。5回の膿瘍切開・排膿術とVCM長期投与が奏功したが治療による重篤な副作用は認めなかった。

本例では口腔内からの膿瘍切開とドレーン留置にて口腔頸部瘻孔を生じ膿瘍増悪したと考えられ、膿瘍への到達経路の選択には十分な配慮・検討を要することがわかった。

### 参 考 文 献

- 1) R. Khatib et al.: Persistence in Staphylococcus aureus bacteremia: Incidence, characteristics of patients and outcome. Scand J Infect Dis., 38 : 7-14, 2006.

- 2) 西元謙吾, 他:扁桃周囲膿瘍の膿瘍局在部位と臨床像. 日耳鼻感染誌, 24 : 105-108, 2006.
- 3) 福岩達哉, 他:頭頸部癌手術の周術期感染予防に関する検討. 日耳鼻感染誌, 25: 241-245, 2006.

連絡先: 福岩 達哉

〒890-8520

鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

鹿児島大学医学部聴覚頭頸部疾患学

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

E-mail silvian@m2.kufm.kagoshima-u.ac.jp