

扁桃周囲膿瘍から縦隔膿瘍を併発した一例

村上一索 福崎 勉 菅村真由美
 山野貴史 末田尚之 中川尚志
 福岡大学 医学部 耳鼻咽喉科

A Case of Peritonsillar Abscess Complicated with Mediastinitis

Issaku MURAKAMI, Tsutomu FUKUSAKI, Mayumi SUGAMURA,

Takashi YAMANO, Naoyuki SUETA, Takashi NAKAGAWA

Department of Otorhinolaryngology, Fukuoka University School of Medicine

Since there are many reports on deep neck infection which became lethal even in spite of recent powerful antibiotics, an importance of both early diagnosis and surgical intervention are still emphasized. We here report an intractable case of cervicomediastinal abscess extending from peritonsillar abscess, even though we did early intervention by several kinds of antibiotics, cervical drainage and transthoracic drainage.

はじめに

抗菌剤が進歩したにも関わらず、依然として深頸部感染症は日常診療において遭遇する耳鼻咽喉科救急疾患の一つである。適切な診断と処置を行わなければ死にいたる疾患であり十分な注意が必要となる。過去の報告においても早期の外科的ドレナージと嫌気性菌に有効な薬剤の選択が予後改善に関与していることが述べられている。¹⁾今回、我々は、外科治療を繰り返し必要とした扁桃周囲膿瘍から縦隔膿瘍を併発した一例を経験したので報告する。

症 例

症 例：66歳 男性
 主 訴：咽頭痛、嚥下困難、呼吸困難感
 既往 歴：糖尿病（未治療） 胆のうポリープ
 現 病 歴：咽頭痛出現し、近医を受診した。

内服で抗菌剤を投与されていたが頸部に腫脹、疼痛が出現したため、3日後に加療目的で当科紹介となった。

局所所見：左顎下部に疼痛を伴う発赤・腫脹を認めた。左側の口蓋扁桃上部から軟口蓋にかけて発赤と著明な腫脹がみられた。喉頭ファイバー（Fig. 1）で喉頭蓋谷に唾液の貯留、両咽頭側壁の発赤・腫脹があった。

検査所見：白血球数は正常範囲内であったが、CRPが上昇していた（Fig. 2）。肝機能障害（AST 61 IU/l, ALT 53 IU/l, LDH 249 IU/l）、低栄養（Alb 2.7g/dl）がみられた。また、空腹時血糖は346mg/dl, Hb-A1c 13.3%と高値であった。

画像所見：頸部単純CTで中咽頭左側壁を中心に広範に膿瘍を認め、舌骨左側部の下方を介し前頸筋肉の内側までガスの産生を認めた。

臨床経過（Fig. 2）：入院時検査所見より左扁

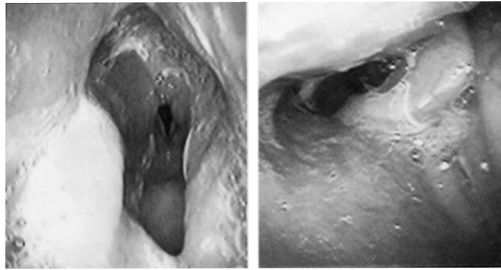


Fig. 1 Laryngeal fiberoptic view. Both side of pharyngeal lateral walls were swollen and salivary retention in pyriform sinuses were noted. Laryngeal inlet appeared normal.

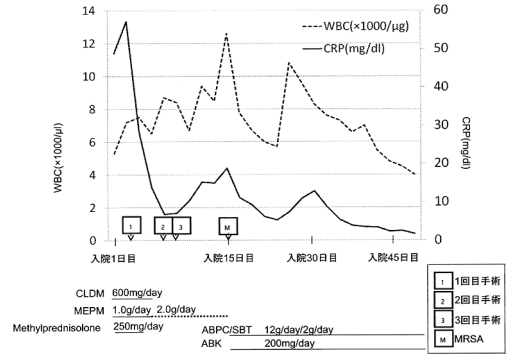


Fig. 2 Clinical course and medical intervention.

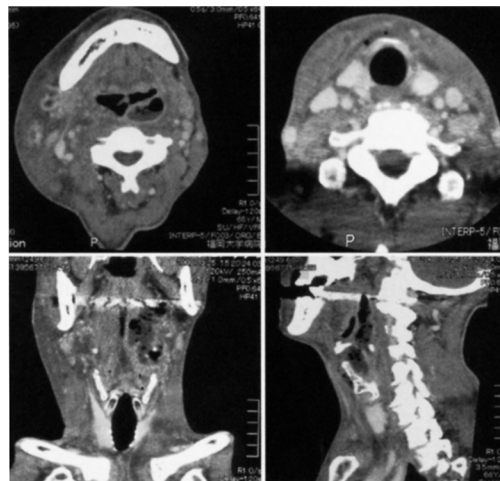


Fig. 3 Cervical CT imaging at the second day of admission.

桃周囲膿瘍から波及した深頸部膿瘍と診断し、ガス産生嫌気性菌感染を想定しCLDM 1.2g/day, MEPM 2g/day, ソルメドロール 250mg/dayの投与を開始した。糖尿病に対してはインスリンを使用しコントロールを始めた。しかし、翌朝には右側頸部発赤、腫脹が増悪していた。頸部造影CT (Fig. 3) にて反対側にも膿瘍形成がみられたため、頸部膿瘍開放を施行した。

初回手術において、皮膚切開は両頸部に跨るU字切開とし、広頸筋直下に悪臭を伴う膿瘍を認め、胸鎖乳突筋、総頸動脈周囲に沿って開放した。CTと異なり、上縦隔まで膿瘍が進展していたため、解放後、洗浄を行った。ドレーンを両頸動脈

間隙、顎下部、胸鎖乳突筋裏面に挿入し、閉創した。

翌日以降、局所所見と血液検査は改善傾向となった。術後5日目(入院6日目)にドレーンからの排膿は少量となり、血液検査も改善したため、ステロイドの投与を中止とした。しかしながら、翌日より心房粗動を認めるようになった。術後7日目(入院8日目)、縦隔炎の可能性を疑い、頸胸部造影CTを施行した。右傍咽頭間隙から側頸部、前頸部から縦隔内(大動脈レベル)までガス産生を伴う膿瘍を認めた(Fig. 4)。血液検査で白血球の再上昇(Fig. 2)もみられた。再度、頸部創を開放することにし、同時に呼吸器外科へ縦隔への処置を依頼した。

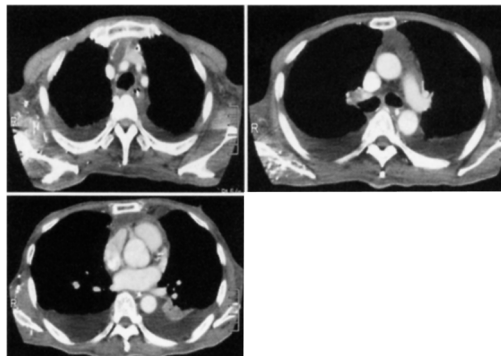


Fig. 4 CT imaging of mediastium before second operation.

2回目手術で前回と同様の皮膚切開をおいた。頸部に膿瘍を形成していた部位は癒痕による癒着と壊死組織に置換されており、これを可及的に除去しながら胸鎖乳突筋に沿って下方に開放すると縦隔に膿瘍の形成を認めた。洗浄後、胸鎖乳突筋、気管に沿って上縦隔に持続陰圧吸引ドレーンを挿入し、閉創した。しかしながら、縦隔内のドレーンから十分な排液が得られていなかったため、翌日、再々度の開創を行った。入院9日目の3回目の手術では、前日の手術で癒痕を除去した腔に膿の貯留を認め、上方は顎下部から傍咽頭間隙に及んでいた。前方は、舌骨前方を介し交通していた。創内の壊死組織を除去し洗浄を行った。今回は下端を確認するために縦隔内の処置を胸腔鏡下行なった。胸腔内には漿液性の胸水がみられ、縦隔胸膜と肺は軽度の癒着しており、横隔膜直上まで腫脹していた。縦隔の一部から少量の排膿を認めたため、そこより縦隔胸膜を開放し、ドレナージを行った。ドレーンを胸腔、縦隔へ留置し、閉創とした。

細菌検査で、*Streptococcus constellatus* が検出され、抗菌剤はMEPMの単独投与とした。術後、ドレーンより生理食塩水で頸部、縦隔の洗浄を行った。入院11日目に白血球数、CRPとも上昇し、炎症の増悪を認めた。頸部ドレーンおよび血液から細菌検査を行い、左頸部ドレーンよりMRSAを検出した。このため、入院15日目よりABPC

12g/day, SBT 2mg/day, ABK 200mg/dayに変更し頸部、縦隔洗浄は引き続き継続した。以後、血液データも徐々に改善し、造影CTでも頸部に膿瘍がみられず、縦隔ドレーンから排膿もなくなった。入院25日目に造影CTでも頸部、縦隔に膿瘍がないことを確認し、頸部ドレーン、縦隔ドレーン抜去した。抗菌剤投与は継続した。その後、局所所見や血液検査、頸胸部造影CTを繰り返し、再増悪がみられないことを確認した上で、入院48日目に抗菌剤の投与を中止とした。

考 察

深頸部感染症は画像診断および抗菌剤の進歩により、早期に対処が可能となりつつあるが膿瘍が縦隔に及ぶと未だに致死的な経過をたどる疾患である。深頸部から縦隔への感染経路は主として前頸間隙から前縦隔に至る経路と咽頭間隙から後縦隔に至る経路があげられる。本症例では、左扁桃周囲の膿瘍から深頸部膿瘍を来とし、更に前頸間隙から前縦隔への炎症が波及したと考えられた。深頸部感染症の場合、炎症の波及が早く縦隔炎の早期発見が予後に左右されるため、頸部だけでなく胸部造影CTまで撮影することが不可欠とされている。しかしながら、本症例に関しては初回手術前に撮影したCTでは上縦隔の膿瘍形成は把握できていなかった。

深頸部膿瘍では、嫌気性菌感染症を考慮し外科

的ドレナージを早期に積極的に行うべきであると
考えられている。^{1)・7)} 縦隔膿瘍が前縦隔で気管分
岐部、後縦隔で第4胸椎を超えるものは、開胸に
よるドレナージが必要とする報告もある。^{6)・7)} 一
方、近年、内視鏡技術の進歩により呼吸器外科領
域でも胸腔鏡下手術が増加している。⁶⁾ 本症例は、
深頸部膿瘍の縦隔への進展経路を考えて、気管前
間隙、血管内間隙、咽後間隙を充分に開放する必
要があった。このため、両頸部に跨るU字切開
を行い十分な術野を確保した。また、縦隔膿瘍に
対しては胸腔鏡下での縦隔ドレナージを行った。

本症例も治療に難渋したが、全身麻酔下に9日
間連日壊死組織を除去した縦隔膿瘍の症例¹⁾や、
複数回の外科的ドレナージを施行した報告⁷⁾も
多々あり、術後の臨床症状、造影CT、血液検査
所見等の情報をもとに厳重な管理を要するものと
考える。

本症例では、自覚症状に乏しく、臨床所見と画
像と血液検査所見に乖離を認めたため、症状増悪
の判断が困難であったが、心房粗動により比較的
早期発見が可能となった。今回の症例より重症感
染症に対して病態の把握には、自覚症状、全身状
態、血液検査所見、画像所見等総合的に判断して
いく必要があると考えた。

ま と め

抗生剤の発達した現在でも深頸部感染症は、致
死的になるケースが多数報告されており、早期の
診断や外科的治療が重要である。早期の抗生剤の
使用、外科治療にも関わらず、治療に難渋した扁桃
周囲炎から頸部蜂窩織炎、縦隔炎へと進展した
症例を報告した。

参 考 文 献

- 1) 望月幸子, 望月高之, 土屋勝俊, 他: 縦隔
炎を併発した深頸部感染症例. 耳鼻臨床
97: 361 ~ 368, 2004.
- 2) 堀 洋二, 加島健司, 金村 章, 他: 放射
線治療中に発生した深頸部・縦隔膿瘍例.
耳鼻臨床 95: 1181 ~ 1185, 2002.
- 3) 渡邊 順, 川崎 克, 壁谷雅弘, 他: 深頸
部膿瘍から縦隔膿瘍を併発した2例. 耳鼻
臨床 97: 1015 ~ 1020, 2004.
- 4) 若島純一, 渡邊一正, 小澤貴行: 深頸部膿
瘍例の検討. 耳鼻臨床 97: 1007 ~ 1013,
2004.
- 5) 石川敏夫, 戸島 均: 重症深頸部膿瘍の2
例, 耳鼻臨床 95: 855 ~ 891, 2002.
- 6) 木村愛彦, 阿保七三郎, 北村道彦, 他: 扁
桃周囲膿瘍から深頸部, 急性縦隔炎へと
進展した1例. 日胸外会誌 43: 87 ~ 91,
1995
- 7) 頻回の外科的処置を要した深頸部および縦
隔膿瘍例. 耳鼻臨床 101: 5; 367 ~ 373,
2008

連絡先: 村上一索

〒814-0180

福岡県福岡市城南区七隈7-45-1

福岡大学医学部耳鼻咽喉科

TEL 092-801-1011