

耳漏を主訴に来院した扁桃周囲膿瘍の1例

大道 亮太郎¹⁾ 片岡 祐子¹⁾ 石原 久司²⁾ 西崎 和則¹⁾

1) 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学

2) 香川労災病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

Peritonsillar abscess with otorrhea

Ryotaro OMICHI¹⁾, Yuko KATAOKA¹⁾, Hisashi ISHIHARA²⁾, Kazunori NISHIZAKI¹⁾

1) Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry, and Pharmaceutical Sciences

2) Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Kagawa Rosai Hospital

The patient was a 79-year-old woman. Her left ear was being treated with otitis externa at her nearby clinic by eardrop. Her otorrhea did not improve after one week. The otorrhea still kept outflowing during food intake. That is the reason of her visiting our hospital. Her past medical histories were sigmoid colon perforation with stoma placement, rheumatoid arthritis, diabetes mellitus, hypertension, right hip prosthesis placement. At the first visit to our hospital, She had a remarkable erosion of the left ear canal, fistula was found in front of the ear canal skin. She showed pus leakage due to her chewing. Strongly swelling surrounded the left tonsil and soft palate, and oropharynx had been narrowed. The CT scan revealed the low density area with a contrast effect from the lower ear to the left tonsil, was diagnosed with left peritonsillar abscess. On admission to our hospital, drainage and the administration of antibiotics were performed. She was discharged in satisfactory progress on day 10.

Peritonsillar abscess, but there is a frequently encountered disease, being the chief complaint otorrhea is rare. As reported case seems to be similar as far as we have searched is only reported as "one case of deep neck abscess in the throat and ear canal causing self-destruction" is Tomohiro Anno 1961. We report this case with the literature about peritonsillar abscess.

はじめに

扁桃周囲膿瘍は耳鼻科領域において、緊急性を要することもある一般的な疾患の一つである。扁桃周囲膿瘍の増悪、遷延化により深頸部や縦隔へと膿瘍が拡大するケースは散見される。今回我々は耳漏を主訴に来院された扁桃周囲膿瘍の1例を経験し、その発生について考察したのでここに報告する。

症 例

症 例：79歳女性。

主 訴：咀嚼に伴う左耳漏

現病歴：左耳からの耳漏を主訴に近医受診し外耳炎と診断され点耳治療中であった。1週間が経過しても耳漏は改善せず、食事摂取時の耳漏流出が止まらないため、当科受診。

既往歴：全身性に関節の変形を伴っている関節リウマチ、糖尿病、高血圧症、右人工股関節留置、原因不明のS状結腸穿孔後ストーマ留置

プレドニゾン10mg/day、タクロリムス水和物1mg/day等を内服中

現 症：当科初診時、左外耳道のびらん顕著であり、咀嚼に伴い左外耳道外側前部より膿汁漏出を認めた。骨部外耳道には左扁桃周囲、軟口蓋の腫脹は強く、中咽頭は狭小化していた。CT上左扁桃周囲から耳下部にかけて周囲造影効果を伴うlow density areaを認め、左扁桃周囲膿瘍と診断した (Fig. 1)。初診時採血ではWBC18,270/ μ l、Neu93.8%、CRP11.22mg/dlと各々高値を認めた。

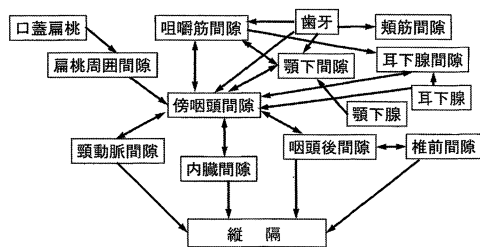


Fig. 1 routes of drainage

即日当科入院の上、Chiari点を中心とした扁桃周囲の切開排膿、超音波ガイド下穿刺排膿、セファゾリン（以下CEZ）およびクリンダマイシン（以下CLDM）投与を開始した。連日2回の排膿ドレナージとCEZ 2g/day+CLDM 1200mg/day投与を行い、入院後第4病日にはWBC9,640/ μ l、CRP6.95mg/dlまで低下した。しかし、ALP1022までの上昇を認めた為CLDM投与の影響と考え、中止した。第5病日には膿瘍および耳漏の培養結果が判明し、検出された菌はいずれも同じ*Streptococcus anginosus*であることが判明した。スペクトラムに合わせて抗菌薬をアンピシリンに変更し3g/dayで投与開始した。第8病日にはCRP1.07mg/dlまで低下、第10病日に経過良好にて退院となった。なおステロイド内服中であり、WBCは退院前日で10600/ μ lであった。

考 察

扁桃周囲膿瘍とは一般的な耳鼻科の緊急的処置を要する疾患の一つである。激しい咽頭痛、嚥下困難、発熱、開口障害などを呈する。視診上は扁桃上部構造の左右非対称な腫脹、軟口蓋や口蓋垂などの変位が認められる。扁桃周囲膿瘍の原因については様々な説が挙げられており、『扁桃被膜外側に存在する分泌腺組織の自浄作用機能の低下』や、『喫煙による局所的な酸素分圧の低下』などが報告されている。治療法としては、即時排膿、抗菌薬投与が一般的と考えられ、また即時の扁桃摘出術が必要となる場合もある。ただし、両側口蓋扁桃摘出後の扁桃周囲膿瘍の例も数多く報告されており¹⁾、扁桃周囲膿瘍が扁桃組織のみによるものとするにはいささか不自然な点もある。発生学的に第2咽頭嚢と間隙間で出血した後の組織が扁桃と上咽頭収縮筋の間に残り発生する可能性や、その他Weber腺、歯科治療なども原因に挙げられている¹⁾。

深頸部感染症は頸部の筋膜に囲まれた間隙内に生じる感染症の総称であり、リンパ節炎、蜂巣炎、膿瘍が含まれる。口腔内からの感染が深頸部感染

症へと波及する経路を Fig. 1 に示す²⁾。深頸部感染症は感染の存在する間隙、ステージで名称が分類されるが、間隙間には交通があるため、侵される領域は1ヵ所だけとは限らず、炎症の進行に伴い急速に進展したり、病態が変化する場合があるので注意が必要である。扁桃周囲膿瘍の拡大経路としては、扁桃周囲間隙から傍咽頭間隙に感染が波及、頸動脈間隙、内臓間隙、咽頭後間隙へと下降性に炎症が波及することが知られている。

上記の様な疾患の中にはその経路を構成する原因として嚚溝性遺残物の可能性もあると考えられている¹⁾。第一嚚弓由来の側頸瘻の経路としては、顎二腹筋の後腹より表在に位置して、下顎角部から下顎骨の後方に沿って耳下腺の後下方から顔面神経と交叉して外耳道に至る¹⁾。第二嚚弓由来の側頸瘻の経路としては、胸鎖乳突筋の前縁に沿って上行し舌骨の高さで前頸筋膜を貫き深部に向かう。総頸動脈分岐部の高さで舌下神経の表層を進み、舌咽神経の表層を通過しながら内外頸動脈の間を通り、顎二腹筋の下方で上咽頭収縮筋を貫き口蓋扁桃窩に開口する¹⁾。

今回の症例では扁桃周囲間隙より傍咽頭間隙、咀嚼筋間隙、顎下間隙などを通り耳下腺間隙に及ぶ経路がある。この二つの経路が繋がれば口腔内から外耳道への排膿の経路が理論上可能となる。手術によりこの経路を探索したわけではないが、CT (Fig. 2, 3) では左顎二腹筋周囲にて隔壁を伴いながらも頭側で連続している部分を認める。そして外側の膿瘍腔は外耳道周囲まで延長されている。このことは扁桃周囲膿瘍の拡大の原因として嚚溝由来遺残物の炎症があるという説¹⁾を支持するものと考えられる。

安野の症例³⁾は、ほぼ同様の症例であったことが伺わせるが、CT 検査が一般的でない時代であり、画像として残っておらずその膿瘍腔の経路の検討ができず評価が難しい。

嚚溝由来遺残物の炎症については再発を完全に摘出しな限り再発を起こす可能性が高いとされている。



ring enhanceされたlow density areaが左顎下部に2ヵ所見られる。

Fig. 2 two low density areas with ring enhancement near submandibular

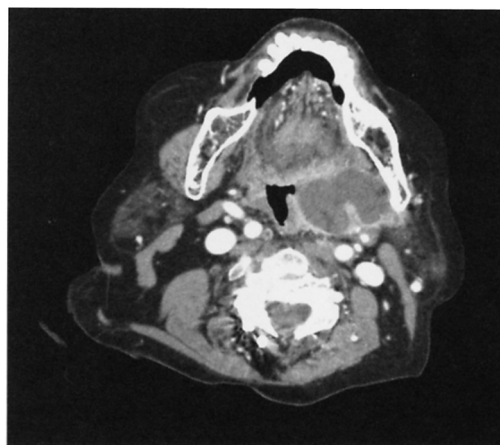


Fig. 2の5mm頭側では隔壁がなくなり各膿瘍間に交通が認められる。

Fig. 3 no partition between two low density areas in 5mm cranial slice

深頸部感染症は、糖尿病、高血圧、慢性腎不全、慢性肝炎など基礎疾患を有する例で多くみられる。本症例も基礎疾患が多岐にわたることから、今後の嚴重な経過観察が必要と考える。

参考文献

- 1) SEJ Farmer et al. Peritonsillar abscess after tonsillectomy : a review of the literature. *Ann R Coll Surg Eng l* 2011 ; 93 : 353-

- 357
- 2) 菊池茂 深頸部感染症の対処法. 日耳鼻
115 : 85-90, 2012
- 3) 安野友博 外耳道および咽頭に自壊せる深頸
部膿瘍の1症例. 耳鼻咽喉科臨床 54 : 10-
19, 1961
- 4) Vinod Prabhu et al. First branchial arch
fistula: diagnostic dilemma and improvised
surgical management. *AM J Otolarygol*
2011 ; 32 : 617-619
- 5) K.G. Somashekara. Type II First Branchi-
al Cleft Cyst : A Case Report with Review
of Literature. *Indian J Otolaryngol* 2011 ;
63 : S75-S77

連絡先：大道亮太郎

〒700-8558

岡山県岡山市北区鹿田町2-5-1

岡山大学病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科