

耳下腺炎にて紹介された扁桃周囲膿瘍の1症例

日高 利美, 半田 徹, 山本 英一, 秋定 健, 佐藤 幸弘,
河合 晃充, 武 浩太郎, 折田 洋造

今回、我々は68歳の女性で内科医院より左耳下腺炎との診断にて紹介されたが、現疾患は左扁桃周囲膿瘍とそれに続発する左副咽頭間隙膿瘍および左耳介部の皮下蜂窩織炎であった症例を経験した。

初発症状が咽頭痛と発熱で近医にて抗生剤を処方されたが症状が増悪し、悪寒戦慄、開口障害が出現したため入院となった。診察に際して口腔内の所見をとっていればその後の状態の悪化が予防出来たと考えられ、口腔内の診察の有無で診断が異なってくることを教えられた症例であった。

扁桃腺炎および扁桃周囲膿瘍における起炎菌や発生機序および治療について若干の文献的考察を行ったので報告する。
(平成4年12月8日採用)

A Case Report of a Parapharyngeal Abscess Arising from a Peritonsillar Abscess

Toshimi Hidaka, Toru Handa, Hidekazu Yamamoto, Takeshi Akisada,
Yukihiro Sato, Akimitsu Kawai, Kotaro Take and Yozo Orita

A 68-year-old woman was admitted to our hospital because of left parotitis. Six days earlier she had experienced pharyngeal pain and had visited another hospital. There it determined she had a common cold, and she was given antibiotic drugs. However, chills and trismus appeared, so she was admitted to the same hospital. She received 2 g of CEZ per day for three days and 2 g of FMOX per day for one day. Contrary to the doctor's expectation, her general condition worsened, so she was transferred to our hospital.

When we examined her oral cavity, we found a left peritonsillar abscess. Incision of the abscess was performed, resulting in the abrupt discharge of a large amount of pus. Thereafter, the patient felt better. A CT scan showed left peritonsillar and parapharyngeal abscesses and phlegmon of the skin. Administration of 4 g of SBT/CPZ and 600 mg LCM was initiated. The patient's condition then became better, and she was able to leave our hospital after three weeks.

We discussed the anatomy of the tonsil and causes of peritonsillar and parapharyngeal abscesses. (Accepted on December 8, 1992) *Kawasaki Igakkaishi* 18(4): 343-348, 1992

Key Words ① Peritonsillar abscess ② Peripharyngeal abscess
③ Tonsillitis

はじめに

扁桃周囲膿瘍と扁桃炎は耳鼻咽喉科医にとっては日常診療において散見される疾患であり、その診断、治療は適切に行われている。扁桃炎は口蓋扁桃における化膿性の炎症であり、抗生剤が適切に投与されれば炎症は消退する。扁桃周囲膿瘍は口蓋扁桃の被膜と上咽頭収縮筋との間の疎性結合織に生じた膿瘍であり、不完全な急性扁桃炎の治療に続発して生じる。一旦膿瘍を形成した場合には適切な切開排膿が行われないと膿瘍は副咽頭間隙に及び、縦隔洞炎を併発し致死的な病態へと移行することがある。

今回、我々は内科より左耳下腺炎の診断にて紹介を受けたが、本態は左扁桃周囲膿瘍が原発で副咽頭間隙に膿瘍を形成し、耳介部を中心とした頸部蜂窩織炎であった症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：68歳、女性

主訴：咽頭痛、発熱

既往歴、家族歴に特記すべきことなし。

現病歴：平成2年12月5日に咽頭痛と発熱にて近くの内科医院を受診し、風邪と診断され内服の抗生剤を処方されていたが疼痛が悪化し、徐々に悪寒、戦慄が生じ、開口制限が出現したために12月7日に同院に入院となった。12月8日から10日まではCEZ(セファメジン®)1gを1日2回投与、12月11日からFMOX(フルマリン®)1gを開始し

たが左耳下腺部を中心に腫脹が増大し、検査所見でも炎症所見の増悪を認めたため、同日、当科へ緊急入院となった。

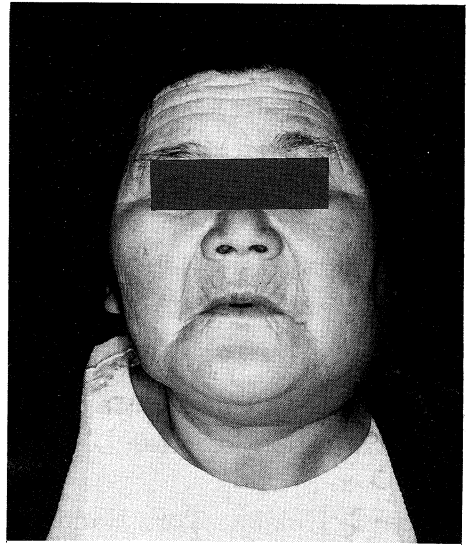


Fig. 1. Anterior view of the patient. Swelling of the left submandibular lesion was observed.



Fig. 2. View of the oral cavity. Incision of the abscess was performed.

来院時所見：左側耳下腺部周辺は腫脹し、皮下蜂窩織炎の様相を呈していた(Fig. 1)。開口障害を認めたため僅かな間隙から口腔内を診察したところ、口蓋垂が右方に偏位し左扁桃が正中側まで腫大していたため、左扁桃周囲膿瘍が契機となって諸症状を呈していることが疑われた。至急に切開排膿術を施行したところ多量の膿汁が排泄され(Fig. 2)、患者の苦痛も改善しそのまま即日入院となった。

検査所見：WBCは $13500/\text{mm}^3$ 、CRP 18.4 mg/dl、ESR 1時間値 100 mm、2時間値 138 mmと高値を示した。排膿液の培養ではNeisseria族のみが検出された。

入院後経過：入院時より直ちにSBT/CPZ(スルペラゾン®) 2gとLCM(リンコシン®) 600 mgを2回投与を開始した。13日に施行した造影CTでは左扁桃の腫大および左扁桃から副咽頭間隙を經由して耳下腺炎とその周辺の蜂窩織炎を呈している所見が得られた(Fig. 3)。全身状態や検査所見は日を追って改善し、18日(Fig. 4)と25日(Fig. 5)の造影CTに示されるように膿瘍は退縮を認めた。検査所見や臨床症状が正常化したため平成3年1月4日に退院となった。一連の経過はTable 1に提示する。

考 察

口蓋扁桃は末梢性リンパ組織であり、常に扁桃陰窩から抗原の暴露を受け免疫応答を行っている。口蓋扁桃の炎症が増悪し扁桃被膜を破ると、疎な結合織に侵入し上咽頭収縮筋方向に一気に波及し扁桃周囲膿瘍を形成する(Fig. 6)。さらに炎症が進行すると副咽頭間隙に至り、頭蓋底や縦隔に膿瘍が侵入し重篤な合併症を生じるため生命に危険が生じてくる。

成書によると扁桃炎、扁桃周囲膿瘍の起炎菌は溶連菌、ブドウ球菌、肺炎球菌などの好気性グラム陽性球菌となっているが、杉田ら¹⁾は扁桃周囲膿瘍の患者30名に穿刺によ

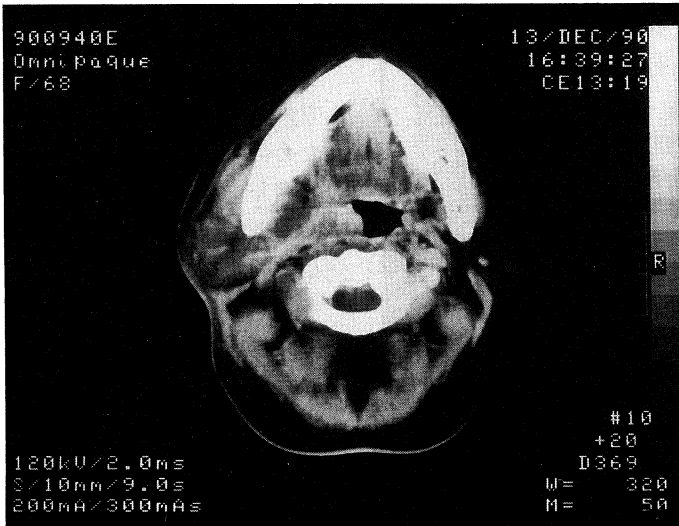


Fig. 3. A CT scan of Dec 13 th
A left peritonsillar and a parapharyngeal abscess and phlegmon of the parotid gland lesion were disclosed.



Fig. 4. A CT scan of Dec 18 th

る膿の培養を行った結果、好気性菌のみ7例(23.3%)、嫌気性菌のみ12例(40%)、混合感染が11例(36.7%)であったと報告しており、閉鎖腔における感染に嫌気性菌が関与する比率が高くなっていくことが窺われた。

耳鼻咽喉科医は日常診療において扁桃周囲膿瘍は比較的高頻度に遭遇するため、診断、治療は容易であると思われるが、飯田ら²⁾の報告では

耳鼻科専門医より紹介のあった11例中、切開排膿の処置がしてあったのは僅か2例であったと述べている。また、耳鼻科以外の医療機関から紹介された28例の患者の内、扁桃周囲膿瘍と診断されていたものは僅か7例(25%)で、開口障害や激しい疼痛のために口腔内の診察が疎かになる傾向があると警告している。

治療の第一選択は切開排膿である。切開点は

Thompson点またはChiari点が成書に記載されているが、腫脹の最も激しい部位を切開すればよいとされている。より効果的な切開術を施行するために、あらかじめ注射針を使用した穿刺吸引にて膿汁が吸引されることを確認した後切開術を施行することもよいと中島ら³⁾は述べているが、その場合の注意点として、穿刺吸引で排膿を認めない場合にむやみに深部へ刺入したりせず、その症例は扁桃周囲炎のみで膿瘍は形成していない

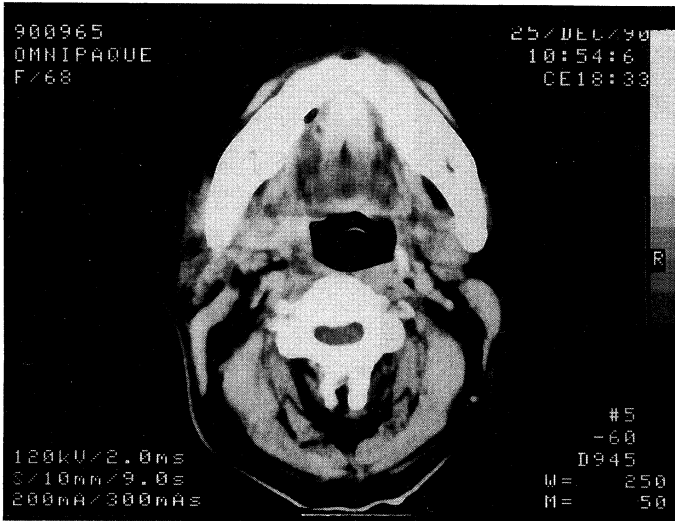
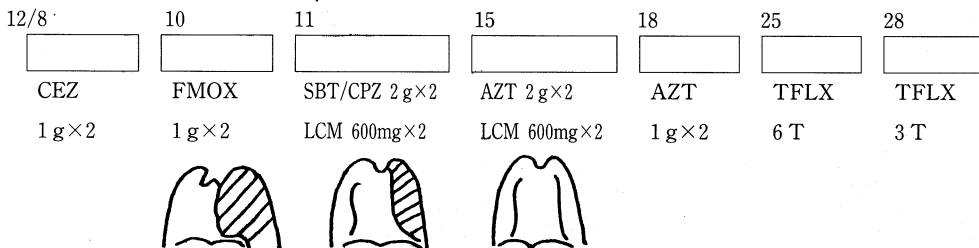


Fig. 5. A CT scan of Dec 25 th

Table 1. Time courses of the patients

	12/7	11	12	13	17	21	25	28	1/4
体温 (°C)		38.8	36.4	36.2	35.3	36.3	35.2	34.9	
WBC	16500	13500	13700	14100	6800	4800	7700		
ESR			100/138	96/130	115/137	38/63			
CRP		18.4	15.7	13.1	2.5	0.6	0.3		

切開排膿
細菌培養



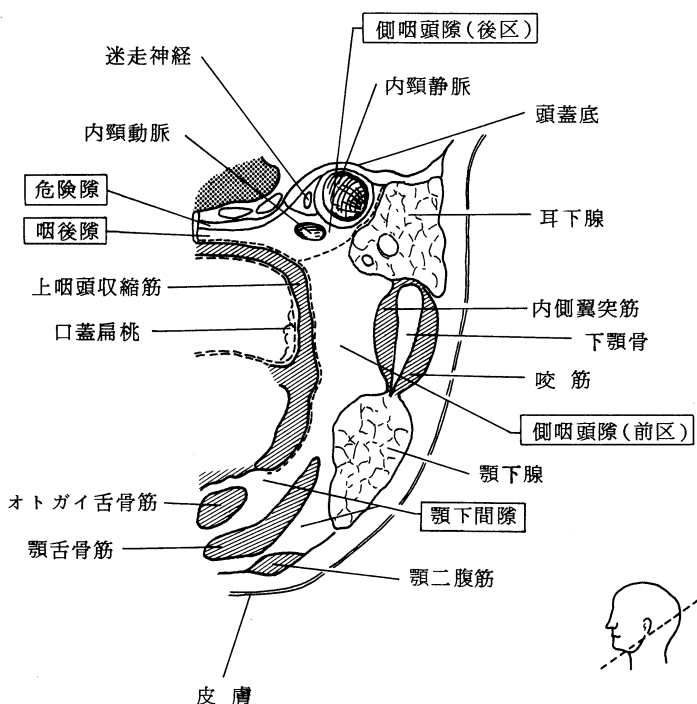


Fig. 6. A diagram of a parapharyngeal space

のではないかと疑うことが大切であろうと思われる。逆に中田ら⁴⁾は嫌気性の条件を改善し、菌の増殖を抑えるために積極的に切開を行うべきであると述べている。

治療の第二選択は抗生剤の使用である。起炎菌の同定される前に使用せねばならず、一般的に嫌気性菌のことも考慮して投与すべきである。first choice として Flodström と Hallander⁵⁾ はペニシリン系を勧め、杉田ら¹⁾ はペニシリン系あるいはセファロスポリン系を勧めているがその薬剤の無効例に関しては Bacteroides の感染を考慮に入れてリンコマイシン系を選択することを勧めている。また、Brook⁶⁾ は扁桃周囲膿瘍において β -ラクタマーゼ産生株を高率に認めたと報告し、Spire^ら⁷⁾ も最初のペニシリンの投与が有効でない例では β -ラクタマーゼ阻害剤配合の抗生剤の投与を勧めている。

今回の症例では排膿液の培養では Neisseria 族のみで有力な起炎菌を同定することが出来なかったが、細菌検査にて起炎菌が同定されない症例も少なからず報告されている。²⁾ その理由と

して、McCurdy⁸⁾ は検体を採取する以前に抗生剤が投与されているためではないかと述べている。

Stage と Bonding ら⁹⁾ は扁桃周囲膿瘍の217例中2.3%が副咽頭間隙膿瘍に発展したと報告している。口腔底、耳下腺、歯、扁桃、顎下腺、咽頭後壁あるいは乳様突起の炎症が波及して二次的に副咽頭間隙に膿瘍を形成するが、この中には内頸動静脈、第9、10、11、12脳神経、交感神経が存在するため、内頸動脈破裂¹⁰⁾ や内頸静脈經由の海绵静脈洞血栓症¹¹⁾ を来した報告があり致死的となる。

副咽頭間隙に膿瘍を形成し頸部筋群の筋膜間に進行する

と deep neck infection を来す。大内ら¹²⁾ は口腔底の炎症から縦隔膿瘍に至り、開胸にて救命し得た1症例を報告している。

今回我々が経験した症例は、左扁桃炎が急性増悪し副咽頭間隙、頸部皮膚蜂窩織炎に進展したものであるが、初期治療に使用した CEZ が1日2g と少量であったこととその抗生剤に対する感受性が低いために症状が急速に進行している場合における診断、処置が適切でなかったことから頸部皮下蜂窩織炎を耳下腺炎と誤診してしまったものであった。口腔内の視診という基本的な行為をしていれば回避できた症例であったと考えられた。

ま と め

1. 今回、我々は68歳女性で左耳下腺炎の診断にて紹介された左扁桃周囲膿瘍、左副咽頭間隙膿瘍、頸部皮下蜂窩織炎の患者を経験した。

2. 口腔内よりの切開排膿と強力な抗生剤投与にて一命を取り留めることが出来た。

3. 扁桃周囲膿瘍の現状および副咽頭間隙膿瘍の発生機序について考察した。

4. 耳鼻科専門医以外の施設より紹介された場合、扁桃周囲膿瘍と診断されている症例は少なく、口腔内の所見をとる必要性を改めて認識

させられた症例であった。

なお、この論文の要旨は第17回日本耳鼻咽喉科学会中国四国地方部会連合学会(1991年 徳島)において発表した。

文 献

- 1) 杉田麟也, 河村正三, 市川銀一郎, 藤巻 豊: 扁桃周囲膿瘍検出菌と薬剤選択. 日耳鼻 83: 1036—1041, 1980
- 2) 飯田 覚, 村田清高, 玉木克彦, 米井 潔, 太田文彦: 扁桃周囲膿瘍. 耳鼻臨床 82: 1101—1107, 1989
- 3) 中島 務, 柳田則之, 丹羽英人, 海田政英, 萩原啓二, 都筑浩一, 小出純一, 上田幸夫, 横井 久, 森正博, 亀島 茂: 扁桃周囲膿瘍における検出菌と治療. 耳鼻臨床 83: 1743—1749, 1990
- 4) 中田順子, 渡辺徳武, 鈴木正志, 茂木五郎: 副咽頭間隙膿瘍. 耳鼻臨床 84: 499—504, 1991
- 5) Flodström A, Hallander HO: Microbiological aspects on peritonsillar abscess. Scand J Infect Dis 8: 157—160, 1976
- 6) Brook I: Aerobic and anaerobic bacteriology of peritonsillar abscess in children. Acta Paediatr Scand 70: 831—835, 1981
- 7) Spires JR, Owens JJ, Woodson GE, Miller RH: Treatment of peritonsillar abscess. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 113: 984—896, 1987
- 8) McCurdy JA: Peritonsillar abscess. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 103: 414—415, 1977
- 9) Stage J, Bonding P: Peritonsillar abscess with parapharyngeal involvement. Clin Otolaryngol 12: 1—5, 1987
- 10) Blum DJ, McCaffrey TV: Septic necrosis of the internal carotid artery. Otolaryngol Head Neck Surg 91: 114—118, 1983
- 11) Harbour RC, Trobe JD, Ballinger WE: Septic cavernous sinus thrombosis associated with gingivitis and parapharyngeal abscess. Arch Otolaryngol 102: 94—97, 1984
- 12) 大内芳春, 山本英一, 河田 信, 折田洋造: 開胸を余儀なくされた deep neck infection の一症例. 耳鼻臨床 81: 881—886, 1988