

## 咽頭異物による深頸部ガス産生蜂窩織炎の一例

堀 亨, 千葉 敏彦, 沖津 卓二

### はじめに

深頸部ガス産生蜂窩織炎・膿瘍は筋膜間隙に生じ、早期の対応が必要とされる。今回我々は、咽頭異物が原因で生じた症例を経験したので報告する。

### 症 例

患者：65歳女性

現病歴：平成17年6月14日、くも膜下出血のため近医にてクリッピングを施行された。数日後脳血管れん縮による脳梗塞が出現した。7月21日、誤燕性肺炎による呼吸困難のため気管切開、8月26日には水頭症のためVP-shuntを施行された。症状が安定したため9月末に気管口閉鎖し近医転院となった。

11月18日、転院先にてパンを摂取後より摂食障害・いびきが出現した。11月21日、頸部発赤・腫脹が出現。X-P (図1)にて気道狭窄も疑われ救急外来に紹介となった。

現症：意識レベル清明。SpO2 90 台前半。喘鳴(+)。右頸部～前頸部にかけての著明な発赤・腫脹を認めた。WBC 16.2, CRP 21.3 で高度の炎症所見も認めた。

頸部CTでは、右頸部の腫脹と頸動脈鞘から咽頭後間隙のガス像・膿瘍形成を認めた(図2)。X-Pでは、上縦隔の拡大は無く、声門下の狭窄をみとめた。

経過：喉頭ファイバーを用いて喉頭の観察を試みた所、咽頭に異物が認められた。異物により喉頭が塞がっていたため、喉頭所見の確認は困難であった。救急外来にて異物除去術を施行したが、途中で呼吸苦が増悪した。以前に気管切開を施行さ

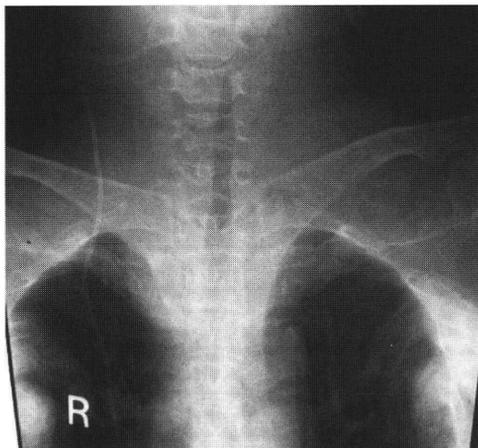


図1. 胸部X-P



図2. 造影頸部CT

れた瘢痕部位より再気管切開しトラヘルパーを挿入した。呼吸状態が安定したため、その後に喉頭鏡を用いて咽頭異物を除去した。異物は蜂蜜のプラスチック・ケースであった(図3)。

翌11月22日、局所麻酔下で気管口拡大術施行。その後、全身麻酔下において頸部膿瘍切開排膿術を施行した。甲状腺と気管の間の気管傍間隙を開放したところ排膿が認められた。更に剝離を頭側

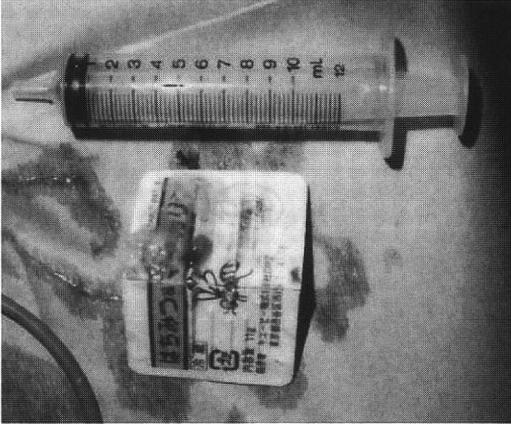


図3. 咽頭異物

に進めると顎下腺裏面まで膿瘍形成を認めた。大量の膿汁排出が認められた気管傍間隙と顎下部間隙に6mmのペンローズドレーンを留置し閉鎖した。膿汁の細菌培養ではstrptococcus agalactiae (1+) 嫌気性菌(-), 口腔内の細菌培養ではMRSA (1+)であった。

翌日より頸部所見の著名な改善が認められた。11月30日には摂食開始, 12月2日に気管口閉鎖し, 12月9日に退院となった。

### 考 察

本症例は, 咽頭の異物によって引き起こされた咽頭～喉頭の炎症が増悪し, 頸部蜂窩織炎・深頸部膿瘍に発展したと思われる。X-Pで認めた気道狭窄は炎症による声門下浮腫の所見であると推測され, 咽頭異物・喉頭・声門下浮腫により呼吸困難が生じたものと思われる。

本症例では, 咽頭異物の存在がX-PやCTでは確認はできず, 喉頭ファイバーでの観察により初めて確認された。異物の確認の遅れが深頸部ガス

産蜂窩織炎まで悪化した原因であるが, 異物の存在は疑わないと確認できないものである。食後の喘鳴・いびき・摂食障害の増悪等の臨床所見より異物の可能性を考慮しなくてはならない。特に訴えがはっきりしない高齢者や脳梗塞後の患者の場合には咽頭～食道異物の可能性が高いことを認識する必要がある。

一般に頸部膿瘍は, う歯・急性扁桃炎・咽頭～喉頭炎・咽頭異物などが原因で生じる。症状は, 発熱・咽頭痛・頸部腫脹・嚥下困難・開口障害・皮下気腫・呼吸困難等であり, 2次的に血栓症・血管破裂・神経麻痺・縦隔膿瘍を起すことがある。糖尿病・免疫不全などの背景をもつ場合は膿瘍形成の出現率が高くなる。造影CTは膿瘍の診断に有用であり, 典型例では膿瘍はリング状の造影効果が認められる。初期には膿瘍形成がはっきりしないことも多いが, 症状が続く場合は, 頻回にCTにて確認する必要がある。降下性縦隔膿瘍に発展する場合には死亡率が5～6割になるといわれている。深頸部膿瘍が疑われた場合には, 上縦隔までのCTで降下性縦隔膿瘍の存在の有無を確認する必要がある。

ガス産生蜂窩織炎を含めた深頸部膿瘍を認めた場合, 早期の切開排膿が必要である。また呼吸困難や頸部皮下気腫・縦隔膿瘍が疑われれば, 予防的に気管切開を考慮する必要がある。点滴加療は, クリンドマシシと第三世代セフェム系・カルバペネムの抗生剤投与が適切である。

以上, 緊急気管切開を要した咽頭異物が原因のガス産生蜂窩織炎の症例を報告した。

### 文 献

- 1) 西元謙吾・黒野祐一: 頸部膿瘍。耳鼻咽喉科, 頭頸部外科 77: 855-860, 2005