

— 原 著 —

口腔底膿瘍/口腔底蜂窩織炎 18 症例の検討

波多野 雅 輝, 高 橋 彩 香, 嵯峨井 俊
小 倉 正 樹

要旨: 口腔底膿瘍/口腔底蜂窩織炎は重篤な深頸部感染に移行する可能性のある口腔底炎症性疾患である。2014年11月1日から2021年10月31日までの7年間に当科に入院し病状と画像所見から診断を確定した口腔底膿瘍/口腔底蜂窩織炎は18症例であった。性別は男性11例, 女性は7例で, 年齢は18歳から90歳まで, 平均は 58.7 ± 23.9 歳であった。既往歴は糖尿病5例, 骨粗鬆症3例(ビスホスホネート使用)などであった。原因疾患は菌性感染が8例, 顎下腺炎6例であり, 全症例に対し菌性感染43%, 顎下腺炎33%であった。口腔底膿瘍/口腔底蜂窩織炎を疑った場合には, 重篤な深頸部感染に移行する可能性があり, 気道確保に問題を生ずる可能性のある場合や抗生剤不応の場合は外科的治療を躊躇してはならない。

はじめに

重度の口腔底炎症性疾患には, 口腔底膿瘍と口腔底蜂窩織炎がある。口腔底膿瘍は舌下間隙または顎下間隙において限局的に膿瘍を形成したものである。口腔底蜂窩織炎とは, 口腔底に存在する疎性結合組織の間隙へ炎症が限局せずに広範囲に波及し, びまん性に周囲組織へと進展していく重篤な疾患である。口底部は著しく腫脹し, 疼痛や発熱, 強い開口障害を伴い, 口腔咽頭の浮腫腫脹が強度になると呼吸困難を生じる。この呼吸困難まで進展した重篤な状態を特にLudwigアンギナとよぶ。遷延すると深頸部膿瘍にも発展し致命的となりうる¹⁻²⁾。最近当科で診断した口腔底膿瘍/口腔底蜂窩織炎の18例について臨床像を検討した。

対 象

2014年11月1日から2021年10月31日までの7年間に当科に入院し病状と画像所見から口腔底膿瘍/口腔底蜂窩織炎と診断した症例を後ろ向きに統計解析した。

結 果

口腔底膿瘍9例と口腔底蜂窩織炎9例の計18症例であった。性別は男性11例, 女性7例で, 年齢は18歳から90歳まで, 平均 58.7 ± 23.9 歳であった。

既往歴は糖尿病5例, 高血圧6例, 骨粗鬆症3例(ビスホスホネート使用)であった。

原因疾患は菌性感染8例(うち齲歯4例, 顎骨壊死・ビスホスホネート系薬剤関連顎骨壊死(Bisphosphonate-Related OsteoNecrosis of the Jaw; BRONJ)2例, 抜歯後1例, 下歯槽骨骨髓炎1例), 顎下腺炎6例(うち唾石4例), 外傷1例, リンパ節炎1例, 類表皮嚢胞1例, 不明1例であった(表1)。全症例に対し菌性感染43%, 顎下腺炎33%であった(表1)。

原因疾患の性別では, 菌性感染は男性7例, 女性1例と男性が多く, 顎下腺炎は男性1例, 女性5例と女性が多かった。

初診時の主症状は, 下顎部痛11例(膿瘍6例, 蜂窩織炎5例), 嚥下困難7例(膿瘍4例, 蜂窩織炎3例), 咽頭痛6例(膿瘍3例, 蜂窩織炎3例), 口腔内違和感3例, 下顎部痛2例, 呼吸困難1例であった(図1)。菌性感染では下顎部痛, 顎下

表 1. 原因疾患

原因疾患		症例数
菌性感染	齲歯	4
	顎骨壊死・BRONJ	2
	抜歯	1
	下歯槽骨髄炎	1
顎下腺炎	唾石	4
	不明	2
外傷		1
リンパ節炎		1
頬表皮嚢胞		1
不明		1

腺炎では咽頭痛や嚥下困難の訴えが多かった (図 2).

初診時の身体所見は、口腔底腫脹 18 例全例、顎下部腫脹 15 例、開口障害 11 例 (膿瘍 4 例、蜂窩織炎 7 例)、頸部腫脹 8 例 (膿瘍 6 例、蜂窩織炎 2 例)、嚥下障害 4 例、喉頭浮腫 9 例であった (図 3). 菌性感染では口腔底圧痛、開口障害、頬部腫脹が多く、顎下腺炎では嚥下障害が多かった (図 4).

外科的治療介入は 15 例で行われ、口腔底膿瘍では 9 例全例、口腔底蜂窩織炎では 5 例に対し行われた。口腔内切開 8 例、抜歯 2 例、外切開 4 例、

気管切開 1 例 (気管切開と外切開をともに行った症例あり) であった (図 5).

血液検査と入院日数

全症例の平均は、白血球数 $11.9 \pm 3.9 \times 10^3$ /個、CRP 11.7 ± 7.7 mg/dL、入院日数 12.2 ± 5.4 日であった。口腔底膿瘍では白血球数 $13.2 \pm 3.9 \times 10^3$ /個、CRP 14.6 ± 9.1 mg/dL、入院日数 13.9 ± 6.3 日であり、口腔底蜂窩織炎では白血球数 $10.6 \pm 3.5 \times 10^3$ /個、CRP 8.7 ± 4.1 mg/dL、入院日数 10.5 ± 3.5 日であった (表 2).

全症例における入院日数と白血球数、CRP について Spearman の順位相関係数 ($P < 0.05$ の R_s 0.472 $P < 0.01$ の R_s 0.6 $N = 18$ のとき) は、白血球の $R_s = 0.321$ 、CRP の $R_s = 0.572$ となり、CRP と入院日数はやや相関があるという結果であった (表 3).

培 養

18 例中 14 例で口腔内あるいは膿瘍より検体採取し培養検査していた。大半が混合感染であり、*Streptococcus* 属 12 例で *milleri* group 7 例 (うち膿瘍からの培養で 6 例)、*Neisseria* 5 例、*Corynebacterium* 4 例などであった (表 4).

抗 生 剤

SBT/ABPC 単剤使用が最も多く 13 例であった。

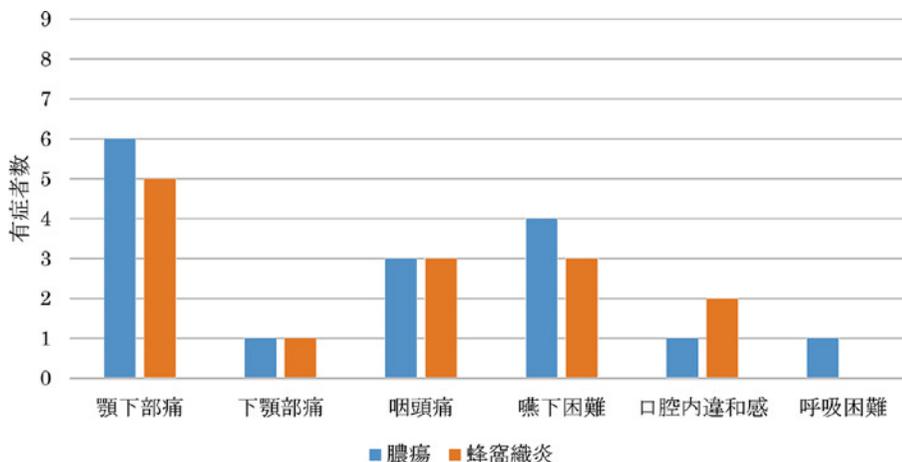


図 1. 初診時の主症状

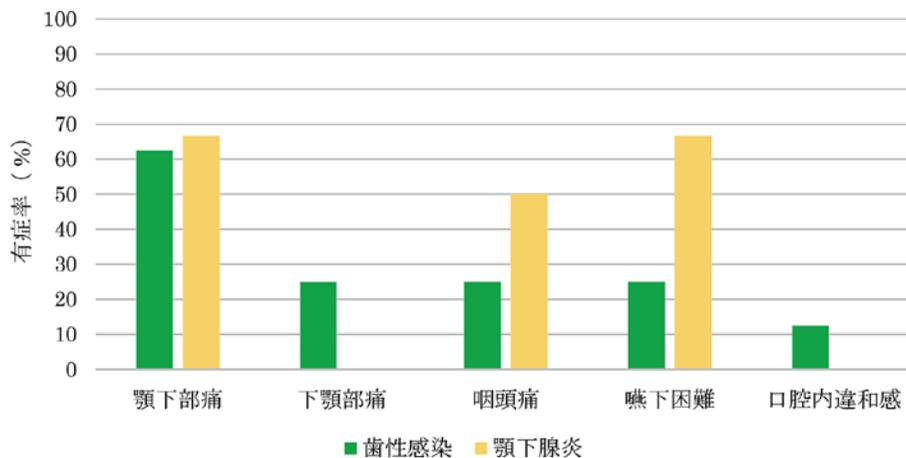


図2. 初診時の主症状

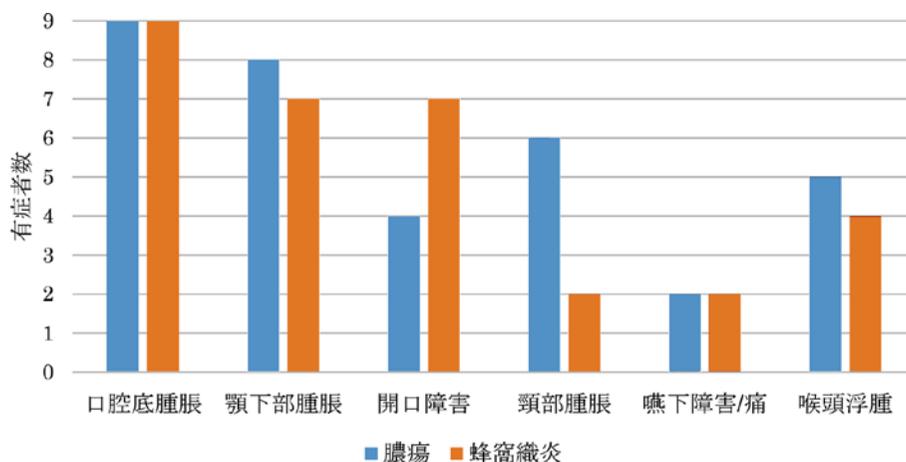


図3. 初診時の身体所見

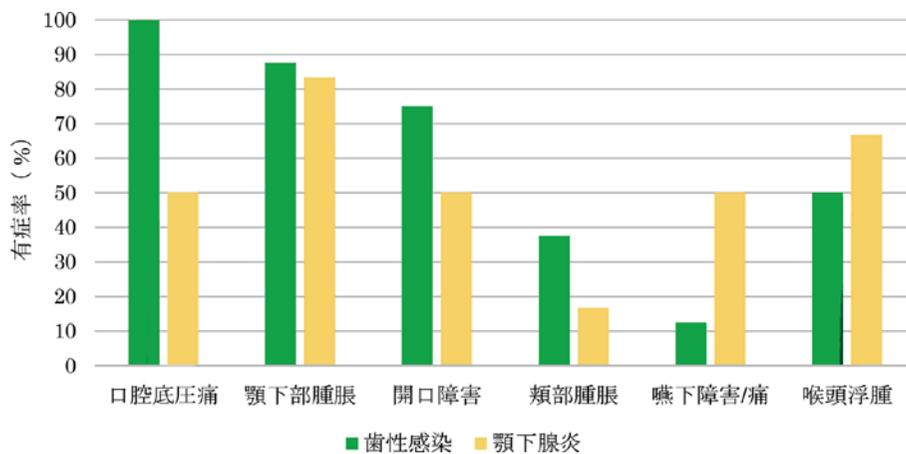


図4. 初診時の身体所見

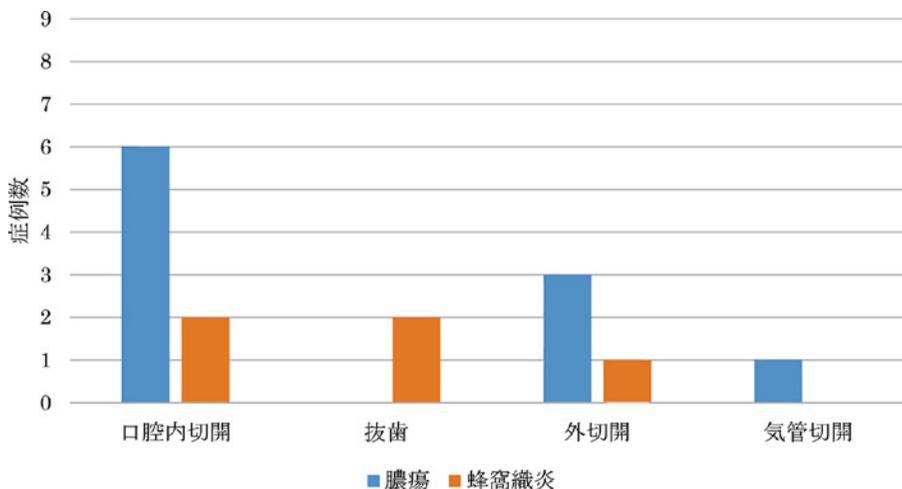


図 5. 外科的治療

表 2. 血液検査と入院日数

	白血球数 ($\times 10^3$ /個)	CRP (mg/dL)	入院日数
全症例	11.9 \pm 3.9	11.7 \pm 7.7	12.2 \pm 5.4
口腔底膿瘍	13.2 \pm 3.9	14.6 \pm 9.1	13.9 \pm 6.3
口腔底蜂窩織炎	10.6 \pm 3.5	8.7 \pm 4.1	10.5 \pm 3.5

表 3. Spearman の順位相関係数
($P < 0.05$ の $R_s 0.472$ $P < 0.01$ の $R_s 0.6$ $N = 18$ のとき)

	R_s
白血球	0.321
CRP	0.572

表 4. 培養結果

培養結果	症例数
<i>Streptococcus</i> 属	12 (うち <i>milleri</i> group 7)
<i>Neisseria</i>	5
<i>Corynebacterium</i>	4
<i>Prevotella</i> 属	3
<i>Fusobacterium necrophorum</i>	2
<i>Propionibacterium avidum</i>	1

SBT/ABPC と CLDM を併用したものが 2 例、SBT/ABPC から MEPM にエスカレーションしたものが 1 例、CEZ と CLDM の併用から MEPM にエスカレーションしたものが 1 例、CMZ 単剤使用が 1 例であった。

考 察

本検討における原因疾患は菌性感染 43%・顎下腺炎 33% であったが、過去の検討では口腔底膿瘍と口腔底蜂窩織炎の原因はほぼ同様であり、菌性感染が 53~96% であった^{1,5)} ことと比較すると菌性感染の割合はやや低かった。菌性感染は男性に多く、顎下腺炎は女性に多かったが、過去の検討では菌性感染は男性 70.6%、女性 29.4% であった³⁾ ことと比較すると男性の割合はやや多い結果となった。本検討では男性は喫煙や口腔内の不衛生が原因で菌性感染に繋がっている可能性があると考えられる。

菌性感染では下顎部痛や頬部腫脹、開口障害を呈することが多く、顎下腺炎では咽頭痛や嚥下困難、嚥下時痛を呈することが多いため、下顎部腫脹や頬部腫脹を呈する場合には解剖学的に菌性感染の可能性が高くなることが示唆される⁴⁾。

口腔底膿瘍と比し口腔底蜂窩織炎の炎症反応は低く、外科的介入の割合も少なかった^{1,5)}。これは今回検討の対象となった口腔底蜂窩織炎症例が口腔底膿瘍と比し初期に診断可能であったため重症化する前に治療介入できた可能性がある。

培養では *Streptococcus milleri* group が 18 例中 7 例と約 39% で検出されたが、他の報告では 8.5% ~ 33.3% ほどであった⁶⁻⁸⁾。他の報告では急性咽頭

炎なども含まれており，本検討では膿瘍からの培養が多いため相対的に多く検出されたと考えられる。

限 界

本検討は後ろ向き研究であり，統一したカルテ記載ではなかったため，記載のない所見が実際には存在した可能性や，陰性所見を記載しなかった可能性などがある。

結 語

当科に入院した口腔底膿瘍/口腔底蜂窩織炎 18 例について報告した。口腔底膿瘍/口腔底蜂窩織炎を疑った場合には，重篤な深頸部感染に移行する可能性があり，気道確保に問題を生ずる可能性のある場合や抗生剤不応の場合は外科的治療を躊躇してはならない。

引用文献

- 1) 坂東伸幸：口腔底膿瘍と Ludwig's angina（口腔底蜂窩織炎）。耳喉頭頸 **87**(2)：2015. 2
- 2) 大森孝一：口腔底蜂窩織炎 耳鼻咽喉科・頭頸部外科治療指針 第 4 版。医学書院，2018
- 3) Shigeo T：Deep neck infection abscess Formation due to Oral infectious disease. Int j Oral-med Sci **19**(3)：158-170, 2020
- 4) 中川 渉：口腔底膿瘍・蜂窩織炎の 9 症例。口咽科 **10**(3)：327-332, 1998
- 5) 大島英敏，日高浩史：口腔底膿瘍・扁桃周囲膿瘍。MB ENTONI **215**：41-47, 2018
- 6) 古土井春吾：顎口腔領域の重症感染症への対応。日本口腔外科学会雑誌 **64**(7)：394-403, 2018
- 7) 藤吉達也：Streptococcus milleri group と耳鼻咽喉・頭頸部感染症。日耳鼻会報 **105**(1)：14-21, 2002
- 8) 藤吉達也：深頸部膿瘍における Streptococcus milleri group の検出頻度とその病原性。日耳鼻 **104**：147-156, 2001