

呼吸困難感をきたした結核性咽後膿瘍の1例

新妻 一直 斎藤美和子

要旨: 結核性咽後膿瘍の1例を報告する。症例は89歳の女性。頸部の腫脹、喉のつまり感、呼吸困難感を訴えて当院受診。頸部腫瘤部の試験穿刺で抗酸菌染色陽性の膿汁を認め、結核性咽後膿瘍を疑われて同日入院となった。現症として、右咽頭後部から口腔内に向かって粘膜の圧排突出がみられ、頸部では右顎下部、左鎖骨上窩にピンポン玉大の軟、圧痛・熱感を伴わない腫瘤を触知した。頸部造影CT像では下咽頭後間隙に膿瘍を認め、強く造影される壁に囲まれたLDAとして描出されていた。第2頸椎で左右に膿瘍が分離し、下方に行くにしたがって左頸部に優位に描出され、第6頸椎から第2胸椎にて椎体の骨破壊像と椎前隙での多数の小膿瘍が認められた。胸部画像はrⅢ2を示唆されたが、喀痰塗抹検査は(-)であった。膿瘍穿刺液でTB-PCR(+)と判明したため、結核性咽後膿瘍と診断しINH+RFP+SMにて治療開始した。入院経過中、窒息感・呼吸困難感の増強によりCTガイド下にて2回の頸部膿瘍穿刺(21G穿刺針)を施行し、100 ml, 80 mlを排液した。その後症状は軽減し、膿瘍の再貯留はみられず、退院となった。9カ月間の治療により再発は認められていない。

キーワード: 結核性咽後膿瘍、脊椎カリエス、頸部膿瘍穿刺

はじめに

結核性咽後膿瘍は現在では稀な疾患であるが、頸椎カリエスから波及することが多い。気道閉塞や圧迫による呼吸困難感などを呈することがあり注意を要する。今回われわれは、風邪様症状後、窒息感で来院し結核性咽後膿瘍と診断された高齢者の1例を経験したので報告する。

症 例

症 例: 89歳、女性。

主 訴: 喉のつまり感、呼吸困難感、頸部腫脹。

生活歴: 喫煙(-)、飲酒(-)、ペット飼育(-)。

家族歴・既往歴: 結核(-)。特記すべきことなし。

現病歴: 生来健康で病院に通院したことがない。2004年12月頃から微熱、咽頭違和感が出現した。市販薬を服用したが軽快せず、2005年1月15日に当院救急外来を受診し急性上気道炎と診断され、感冒薬を処方された。この時左頸部の腫瘤を指摘され精査を勧められた。18日受診し、頸部・胸部CT、⁶⁷Ga腫瘍シンチグラムの撮影計画

をたてた。25日の朝、喉が詰まって息ができなくなるような感じが出現し、外来を受診した。直ちに頸部CT撮影をし、頸部腫瘤への試験穿刺を施行した。穿刺液は膿汁を認め、塗抹検査で抗酸菌((+); Gaffky 3号)が検出され、結核感染を疑われて同日入院となった。

入院時現症: 身長125 cm, 体重30.5 kg, 意識清明。血圧114/76 mmHg, 体温37.2℃。呼吸数21/分, 脈拍98/分・整。眼球結膜に貧血・黄疸なし。咽頭は右咽頭後部から口腔内に向かって粘膜の突出あり。頸部では右顎下部、左鎖骨上窩にピンポン玉大の軟で、圧痛を伴わない腫瘤を触知した。心音は清、不整なし。呼吸音は右肺野にいびき音を聴取した。腹部に異常所見はなく、腱反射は正常で、神経学的にも異常所見は認められなかった。

入院時検査成績 (Table): WBCは7500/mm³と正常であったが、CRPは3.2 mg/dl, ESRは67 mm/1hと亢進を認めた。PPDは25×18/30×25 mmと中等度陽性を示した。喀痰検査では抗酸菌塗抹(-)・TB-PCR(-)であったが、Gaffky 3号を呈した膿瘍穿刺液のTB-PCRは(+)であった。

Table Laboratory data on admission

WBC	$75 \times 10^3 / \text{mm}^3$	BUN	6.8 mg/dl	β -D glucan	>5.0 pg/ml
Neutr.	79.1 %	Cr	0.56 mg/dl	Chlamydia Pn. IgG:	negative
Mono.	5.4 %	NAG	34.2 mg/dl	Arterial Blood Gas Analysis	
Lymph.	15.0 %	s-Na	133 mEq/l	PH	7.475
RBC	$349 \times 10^4 / \text{mm}^3$	s-K	3.9 mEq/l	PaCO ₂	37.1 torr
Hg	9.7 g/dl	s-Cl	96 mEq/l	PaO ₂	95.3 torr
Hct	30.8 %	Ca	8.2 mg/dl	PPD	25×18/30×25 mm
PLT	$20.7 \times 10^4 / \text{mm}^3$	P	2.9 mg/dl	ECG : almost WNL	
CRP	3.2 mg/dl	T.P.	6.4 g/dl	Puncted fluid of abscess	
ESR	67 mm/1h	Albumin	3.10 g/dl	Mycobacteria :	
AST	19 IU//	CD4/8	1.39	Smear ((+) = (Gaffky 3)),	
ALT	10 IU//	CD4	594	TB-PCR (+), Culture (+)	
LDH	132 IU//	CD8	426	Sputum (25-27/January)	
ALP	342 IU//	CEA	2.0 ng/dl	Bacteria/Cytology : (-)	
γ -GTP	12 IU//	SCC	1.0 ng/dl	Mycobacteria: Smear (-),	
T-Bil.	0.5 mg/dl	NSE	5.5 ng/dl	TB-PCR (-), Culture (-)	
Glucose	92 mg/dl				

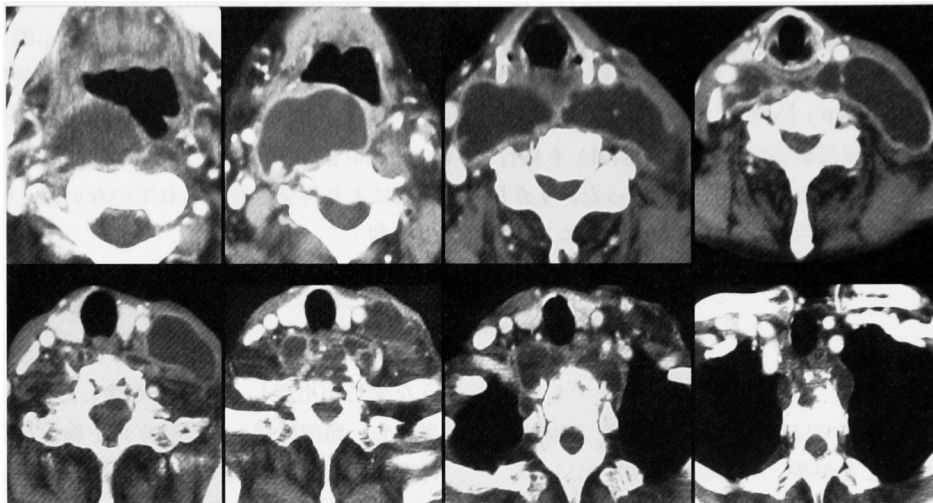


Fig. 1 Contrast-enhanced CT scans

An abscess was found in the hypopharyngeal posterior gap and shown as LDA surrounded by strongly contrasting walls. The tumor was divided horizontally at the second cervical vertebra. The tumor wall was enhanced strongly at the left cervical region as it goes downward, and vertebral body (C6-Th2) destruction and numerous small abscesses in the vertebral anterior gap were found.

頸部造影 CT 写真 (Fig. 1) : 第 1 頸椎の右前方から咽頭内に突出圧排した 40×70 mm 大の膿瘍が下咽頭後間隙に認められた。内容は液体成分を示し、膿瘍壁で造影効果がみられた。第 2 頸椎で左右に膿瘍が分離し、下方に行くにしたがって左頸部に優位に描出された。第 6 頸椎から第 2 胸椎にて椎体の骨破壊像と椎前隙での多数の小膿瘍が認められたが、気管の圧排像はみられなかった。

頸部 CT (3D 表示と Sagittal CT) (Fig. 2) : 3D 表示 (Fig. 2, left) で頸部造影 CT と同様に、咽後隙に巨大な LDA の mass lesion がみられ、Sagittal CT (Fig. 2, right) では C6/7, Th1/2 にて骨破壊像を認めた。

同様に ⁶⁷Ga 腫瘍シンチグラムや ^{99m}Tc-HMDP による骨

シンチグラムでも病巣部位に一致しての集積像を認めた。

胸部画像からは、右 Seg. 2 + Seg. 6 の浸潤陰影と右中下肺野での石灰化した胸膜の肥厚がみられ、活動分類を r III 2 とした。

入院経過 (Fig. 3) : 膿瘍穿刺液が TB-PCR (+) と判明したため、結核性咽後膿瘍と診断した。isoniazid (INH) + rifampicin (RFP) + streptomycin (SM) の 3 剤による抗結核治療を開始したが、窒息感・呼吸困難感の増強により 1 月 31 日に CT ガイド下にて頸部膿瘍穿刺を施行し、100 ml を排液した。排液後抗結核剤の副作用出現もなく経過良好にて推移したが、3 月に入り咽喉頭部の圧迫感が再度強くなり、8 日に 2 回目の膿瘍穿刺を行い、80

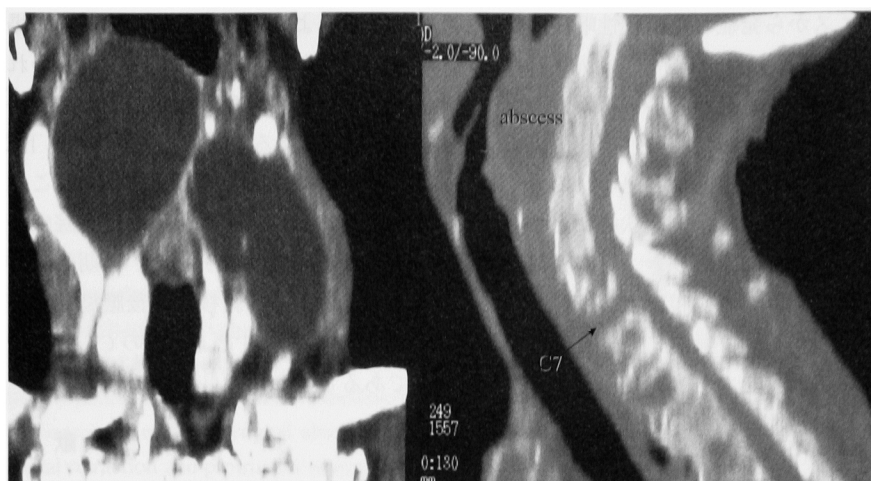


Fig. 2 Cervical CT Scan
 (left) 3D image by cervical CT scan shows giant abscess in the bilateral neck.
 (right) Sagittal CT scan shows retropharyngeal abscess and vertebral body destruction of C6–Th2.

	2005																				
	Jan.			Feb.			Mar.			April			May		June	July	Aug.	Sep.	Oct.		
	15	19	25	26	27	31	2	16	3	8	16	3	16	2	9	24	21	19	23	27	27
Therapy	INH + RFP + SM (300mg/d + 450mg/d + 0.5g × 3/W) INH + RFP ↑↑ Admission ↑ Needle drainage (100ml) ↑ Needle drainage (80ml) ↑ Discharge Needle drainage (10ml)																				
Mycobacteria Sputum Smear	---																				
Culture 1M	---																				
2M	---																				
Abscess Smear	G3			G3			G3			Antimicrobial susceptibility tests: SM (10); S, INH (0.2); S, (1.0); S, RFP (40); S, EB (2.5); S, KM (20); S. (); resistant concentration, S; sensitivity											
Culture 1M	+++			++			-														
2M	+++			++			+														
WBC (×10 ³)	8.0	7.5	4.8	5.0	4.4	2	8.5	7.1													
CRP	2.4	3.2	2.1	2.2	0.9	0.2	0.3	0.6													
ESR	—	67	55	45	37	29	—	—													
AST	20	19	27	24	21	19	21	18													
ALT	9	10	10	10	10	9	10	8													

Abbreviation INH: isoniazid RFP: rifampicin SM: streptomycin EB: ethambutol KM: kanamycin

Fig. 3 Clinical course

mlを排液した。その後症状は軽減し、膿瘍の再貯留はみられず、5月9日に退院となった。10月26日まで、INH + RFPの服薬管理をしながら経過観察をしたが、脊椎カリエスからの神経症状出現もなく今日まで再発は認められていない。

考 察

咽後膿瘍とは狭義的には咽後隙に膿汁が貯留した場合

をいうが、危険隙や椎前隙の間隙のいずれにも膿瘍が形成された場合もいうとされ、原発性と続発性に分けられる¹⁾²⁾。原発性咽後膿瘍は、咽後隙内のリンパ節へ口腔・咽頭・鼻・鼻咽頭・耳管または中耳からの感染が波及した結果として生じ、乳幼児に多いとされる。続発性は異物・外傷・火傷・隣接器官の化膿の波及などに加えて頸椎カリエスからのものが重要で、成人に多いとされる²⁾。本症例の場合、骨破壊を伴った咽後膿瘍から続発性が示

唆された。頸椎カリエスから発症した結核性咽後膿瘍は1930年から1973年の43年間で、全世界で10例、日本では1951年から1975年で13例報告されている³⁾が、今日では抗結核療法の進歩や確立によって結核性咽後膿瘍の報告はもっと少なくなってきたものと思われる。

咽後膿瘍の臨床診断は、初期には無症状のことも多く苦慮する場合もあるが、頸部痛、いびき、閉鼻声、呼吸困難感などが主症状としてみられ、視診上は咽頭後壁の膨隆を認めることである。視診、触診に続いて穿刺により膿汁を証明し起炎菌の同定をすれば確定しうるが、画像診断として頸部側面X線撮影、頸部造影CT、MRIによる所見も参考になる⁴⁾⁵⁾。中でも造影CTでは本症例のごとく、強く造影される壁に開かれた low density area として描出されることや、本例では施行しなかったがMRIで低信号を示すT1強調像、高信号のT2強調像などは膿瘍病変を強く示唆しうる所見とされる。特に高齢者の咽後膿瘍は結核性のことが多いので、膿瘍による気道閉塞や膿瘍の進展によっては致死的な経過をとることがあるため、迅速な対応が必要である。

治療は、膿瘍の切開排膿後十分な化学療法を行うのが原則である。石橋ら⁶⁾は診断がいたら直ちに切開排膿するのがよいと述べている。切開排膿は局所麻酔管理下よりも全身麻酔下で行うのが、術中のショックの予防、正確な切開排膿、副損傷の回避、膿汁の誤嚥の予防の意

味からもよいとされるが、結核性の場合切開排膿の穿孔が塞がらないことがありうるといわれている。本症例の場合、窒息感・呼吸困難感が増強してきたため迅速を要し、高齢であることからCTガイド下で穿刺排液を決め、膿孔形成や穿破の合併を防止することから21G穿刺針を用いた1回穿刺を施行した。入院中2回の穿刺排液で再貯留は認められなかった。早期診断と膿瘍排液が予後を左右するため、結核性咽後膿瘍は稀とはいっても念頭に置くことが大切で、早期のCTガイド下穿刺排液が有用であると思われた。

文 献

- 1) 大平康行, 前田秀彦, 石塚洋一, 他: 成人の咽後膿瘍の3症例. 耳鼻臨床. 1988; 79: 399-407.
- 2) 行木英生, 村上 泰, 大塚 護, 他: 咽後膿瘍の3治療例. 耳展. 1975; 18: 21-26.
- 3) 中尾祥子, 武田昭徳, 松本博之, 他: 多発性の骨・関節結核を合併した若年性肺結核の1例. 結核. 2000; 75: 429-434.
- 4) 木内庸雄, 入船盛弘, 肥塚 泉: 結核性咽後膿瘍の2症例. 日耳鼻. 2003; 106: 510-512.
- 5) 小崎慶介, 岡井清士, 渋谷一行, 他: 巨大な咽後膿瘍を伴った頸椎カリエス. 関東整災誌. 1992; 23: 39-42.
- 6) 石橋 康, 小河原昇, 松井道夫: 咽後膿瘍の7症例. 日気食会報. 1979; 30: 335-360.

Case Report

A CASE REPORT OF TUBERCULOUS RETROPHARYNGEAL ABSCESS

Kazunao NIIZUMA and Miwako SAITO

Abstract We report a case of tuberculous retropharyngeal abscess. The case reported was an 89 year old female. She visited our hospital with a complaint of swelling in the neck, a feeling of choking and a feeling of dysphagia. With a test puncture to the neck tumor, acid-fast stained bacilli were detected from punctured pus and the patient was hospitalized immediately due to a suspicion of tuberculous retropharyngeal abscess. As present illnesses, mucosal retraction and protrusion were found in the area from the right pharyngeal back to the oral cavity. Palpation revealed soft tumors of a ping-pong ball size without tenderness nor febrile sensation in the right submandibular region and left supraclavicular fossa in the neck. In the cervical contrast enhanced CT images, an abscess was found in the hypopharyngeal posterior gap and was shown as LDA (low density area) surrounded by strongly contrasting walls. The tumor was divided horizontally at the second cervical vertebra and shown strongly at the left cervical region as it goes downward, and in the region from the 6th cervical vertebra to the second thoracic vertebra, vertebral body destruction and numerous small abscesses in the vertebral anterior gap were found. Chest images revealed infiltration (r III 2) in the right lung, but the sputum smear was negative (–) for tubercle bacilli.

As the abscess punctured fluid was TB-PCR (+), she was diagnosed as tuberculous retropharyngeal abscess, and a treatment was started with HRS (combination of isoniazid, rifampicin and streptomycin). Due to elevated feeling of suffocation and feeling of dysphagia during hospitalization, CT-guided cervical abscess puncture (using a 21G puncture needle) was performed twice to drain 100 ml and 80 ml pus. Subsequently, since the symptoms have improved and retention of abscesses was not found, the patient was discharged from the hospital. After the treatment for 9 months, no recurrence was reported.

Key words: Tuberculous retropharyngeal abscess, Tuberculous cervical spondylitis, Cervical abscess puncture

Department of Internal Medicine, Fukushima Prefectural Aizu General Hospital

Correspondence to: Kazunao Niizuma, Department of Internal Medicine, Fukushima Prefectural Aizu General Hospital, 10–75, Shiromae, Aizuwakamatsu-shi, Fukushima 965–0803 Japan. (E-mail: kazuniizuma@yahoo.co.jp)