

〔臨 床〕

高齢者にみられた顔面・側頭部蜂窩織炎の1例

川上 譲治, 道谷 弘之, 鈴木 保臣, 前田 淳, 武藤 壽孝, 金澤 正昭

北海道医療大学歯学部口腔外科学第一講座

(主任: 金澤正昭教授)

Severe phlegmon in facial-temporal region occurred
in an aged patient : Report of a case

Jyoji KAWAKAMI, Hiroyuki MICHIIYA, Yasuomi SUZUKI

Jun MAEDA, Yoshitaka MUTO, Masaaki KANAZAWA

First Department of Oral Surgery, School of Dentistry,

HEALTH SCIENCES UNIVERSITY OF HOKKAIDO

(Chief : Prof. Masaaki KANAZAWA)

Abstract

Recently severe infections in the oral and maxillofacial regions are rare because of advances in antibiotics. However, in aged persons, such infections are still sometimes seen.

We have experienced a case of severe phlegmon in the facial-temporal region in an aged person. The patient was an 88 year-old-male who came to our clinic due to swelling of the facial-temporal region. The history was that, 10 days before he visited us, pain in the left lower canine region and swelling of the left cheek had started, and these symptoms had progressed and the swelling gradually spread to the facial-temporal region.

The clinical features showed severe swelling in the left facial-temporal region, fluctuations in the left cheek and trismus was diagnosed. X-ray findings showed a radiolucent area in the apical region of the left lower canine.

The lesion was diagnosed as a phlegmon in the facial-temporal region with cheek abscess. Antibiotics were administered and incisions were performed. After one week an abscess was formed in the left temporal region, and incision was also carried out here.

受付：平成6年3月31日

本論文の要旨は第19回日本口腔外科学会北日本地方会（平成5年4月6日 於福島）において発表した。

The inflammatory findings except for trismus disappeared within 7 weeks. Subsequently mouth opening exercises gave excellent results.

Key words : phlegmon, faical-temporal region, odontogenic infection.

緒 言

近年歯科臨床において、歯性炎症が重篤な感染症にまで発展することは、比較的まれになってしまっている。しかし、高齢者などでは抵抗力の低下から広く拡大進展する例がある¹⁾。

今回、われわれは歯性感染症が顔面・側頭部へと拡大して膿瘍を形成し、治癒に至るまでに長期間を要した症例を経験したので、その概要を報告する。

症 例

患者：88歳 男性。

初診：平成3年12月6日

主訴：左側顔面の腫脹。

既往歴・家族歴：特記すべき事項なし。

現病歴：当科初診10日前から左側下顎犬歯部に自発痛を自覚し、その翌日、左側頬部に腫脹が出現した。その後自発痛、腫脹は漸次増大傾向となつたため、初診4日前に某歯科を受診した。同歯科にて抗菌剤・消炎剤の投与を受け、疼痛は軽減したが腫脹が左側顔面から側頭部にまで拡大してきたため、当科を紹介され来院した。

現症：全身所見；体格は小柄でやせ型、栄養状態は不良、疲労衰弱感が認められ、体温は37.1°Cであった。

口腔外所見；左側の頬部を中心とし、眼窩下部、眼瞼部、側頭部、さらに耳下腺咬筋部、下顎部、頸下部にかけて発赤を伴つたびまん性の腫脹を認め、同部に圧痛を認めた（写真1）。頬部の腫脹の中心には、波動を触知した。左側の頸下リンパ節は、腫脹のため触知できなかった。

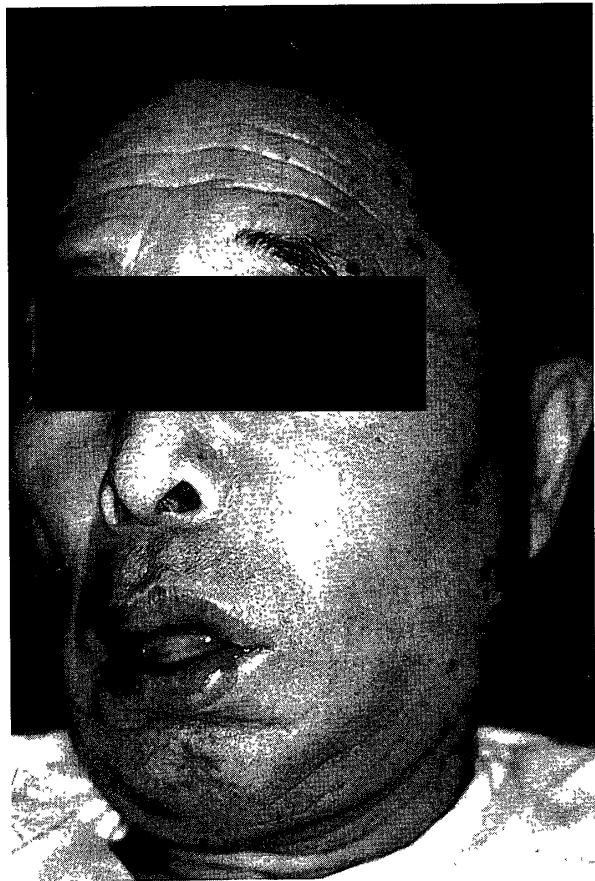


写真1 初診時の顔貌所見

口腔内所見；開口度は前歯部頸堤頂間で15mmと高度の開口障害を認めた。残存歯は左側下顎犬歯のみで、同歯の動搖と打診痛を認めるとともに、左側下顎犬歯部から臼歯部の歯肉頬移行部より頬粘膜部、臼後三角部、頸間皺襞部さらに咽頭側壁にかけて、発赤を伴つたびまん性の腫脹を認めた。また、左側頸間皺襞部に瘻孔を認め、同部より黄白色の膿汁の流出を認めた（写真2）。この瘻孔よりゾンデを挿入すると下顎枝の内側を通り後方に向って約10mm挿入された。

X線所見；オルソパントモX線写真では、左側下顎犬歯の根尖相当部に小豆大のX線透過像を認めた（写真3）。

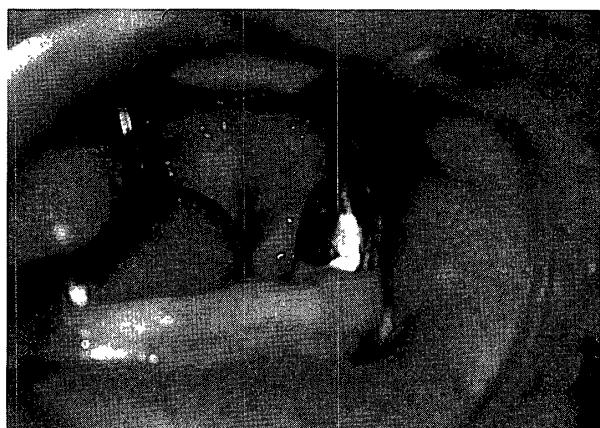


写真2 初診時の口腔内所見

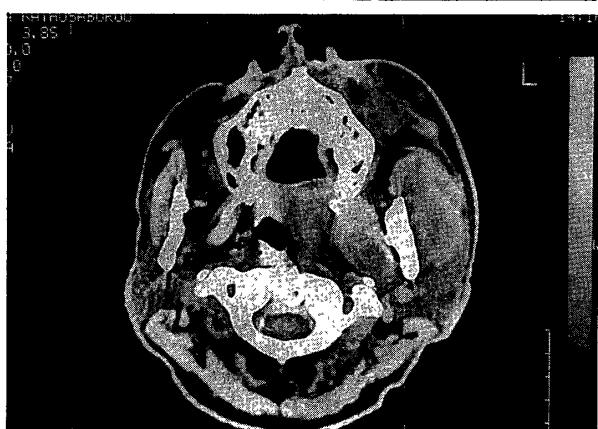
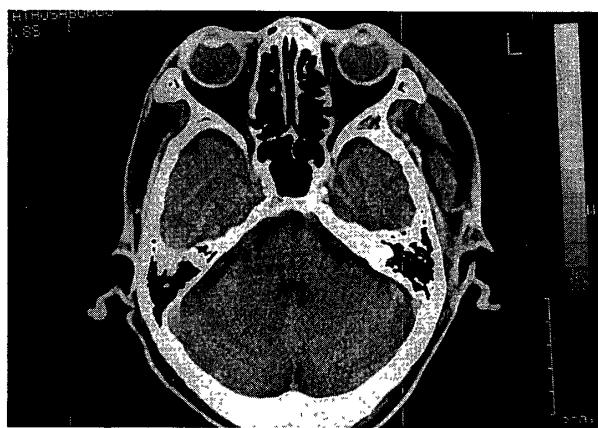


写真4 (A・B) 初診時のコンピューター断層写真

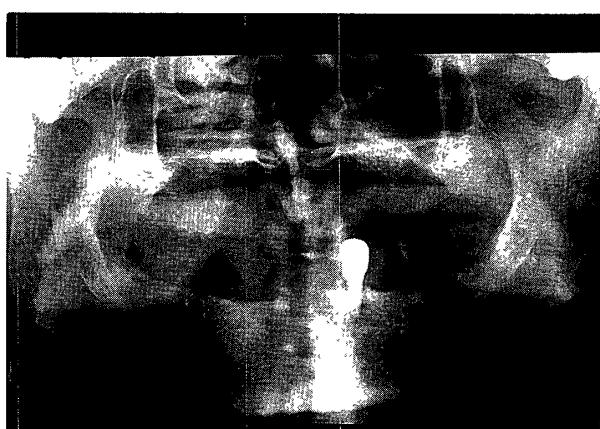


写真3 初診時のオルソパントモX線写真

表1 初診時の臨床検査所見

血液一般					
RBC [X10 ⁴ /mm ³]	381	(380-530)	WBC [10 ³ /μl]	19.7	(4.0-9.0)
Hb [g/dl]	11.2	(12-18)	Bas [%]	0	(0-1)
Ht [%]	34.4	(36-50)	Eos [%]	1	(1-5)
Pt [X10 ⁴ /mm ³]	27.8	(12-25)	St [%]	6	(3-6)
ESR [mm/hr, mm/2hr]	83, 110		Seg [%]	83	(45-55)
			Lyn [%]	6	(25-45)
			Mon [%]	4	(4-7)

血液生化学					
T.P. [g/dl]	6.1	(6.5-8.2)	GOT [KU]	30	(8-40)
Alb [%]	46.3	(58.9-71.8)	GPT [KU]	12	(5-35)
Glob α1 [%]	10.2	(2.0-3.9)	ALP [mU/ml]	169	(21-92)
α2 [%]	15.7	(6.3-10.6)	LDH [mU/ml]	142	(100-214)
β [%]	9.2	(6.8-10.6)	T.Bil [mg/dl]	036	(0.3-1.1)
γ [%]	18.6	(8.9-20.3)	BUN [mg/dl]	46.4	(8-20)
A/G	0.86	(1.38-2.43)	Na [mEq/dl]	141	(135-145)
			K [mEq/dl]	4.3	(3.6-5.0)
			Cl [mEq/dl]	108	(98-108)
			ZTT [KU]	10.9	(4-12)

血清					
CRP	2h(+)	(-)	TTT [KU]	4.4	(0-5)
	24h(++)	(-)		*	() 内は正常参考値
ASLO	×120	×160以下			

CT所見：左側頬部、側頭部および下顎枝内外側の軟組織に腫脹と膿瘍の形成を思わせる透過像を認めた(写真4 A, B)。

臨床所見：白血球数は $19,700/\text{mm}^3$ と増加し、赤血球沈降速度の高度亢進、TP低下が認められ、CRPは強陽性であった(表1)。

診断：左側頬部膿瘍および顔面・側頭部蜂窩織炎。

処置および経過(図1)：即日入院下に左側頬部より切開排膿を行ったところ、同部より腐敗臭を伴った黄色粘稠な膿汁が多量に流出した(写真5)。また、入院当日より輸液とともに抗菌剤の投与を開始した。抗菌剤は、ABPC(アンピシリン) 2.0g, LCM(リンコマイシン) 1.2gを1日量として、2回に分けて投与した。

入院1週目には、左側頬部を中心とした顔面の腫脹はやや消退したが、側頭部の腫脹にも波動を触知するようになったため、同部より新たに切開排膿を行った(写真6)。しかし、炎症の著明な改善が得られないため、抗菌剤をCTT(セフォテタン) 2.0gに変更した。その後は、左側顔面・側頭部の腫脹は漸次消退し、入院2



写真5 初診時の切開排膿後の顔貌所見

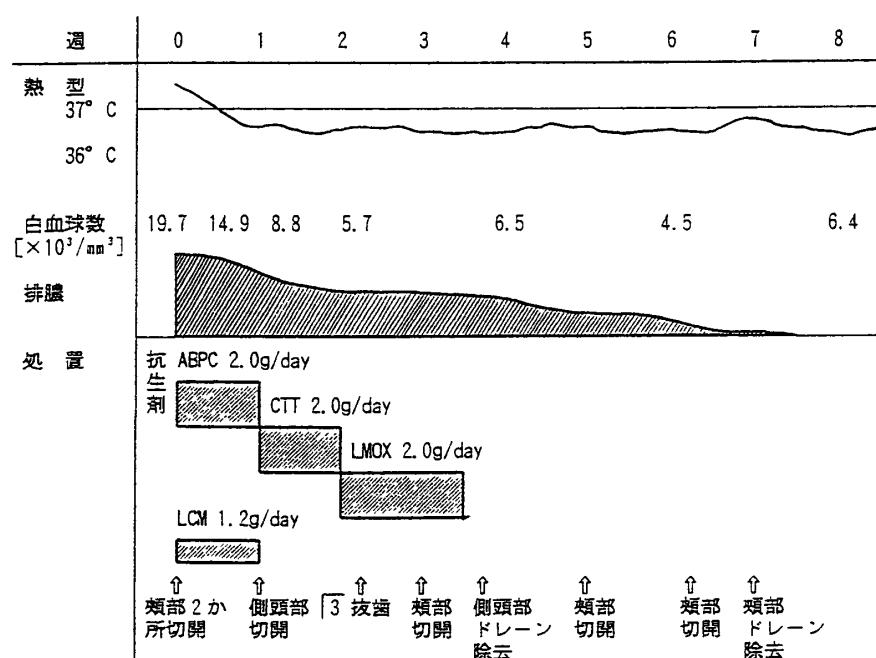


図1 処置および経過



写真6 初診から1週目の顔貌所見

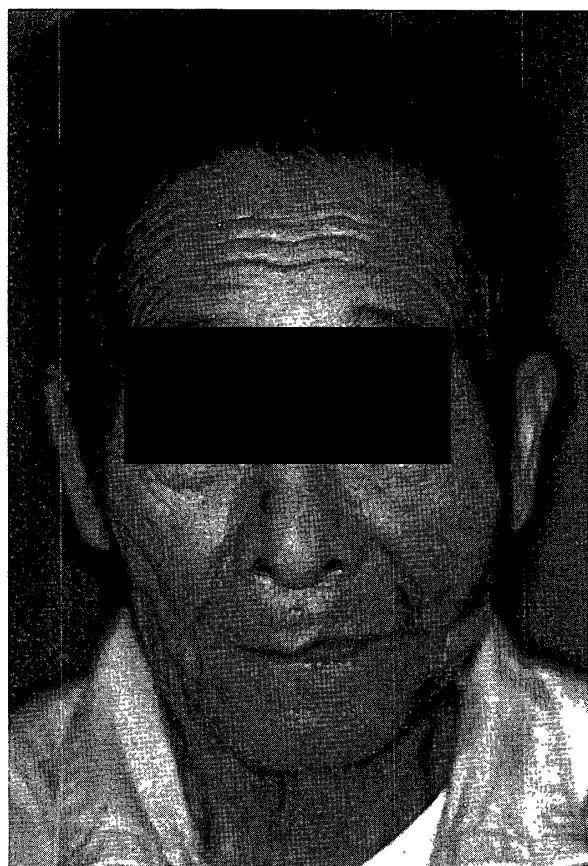


写真7 初診から8週目の顔貌所見

週目に、原因歯と思われる左側下顎犬歯を抜歯したが、切開創からの膿汁の流出は持続しており、この時点で抗菌剤をLMOX(ラタモキセフ)2.0gに変更した。

尚、この間採取された膿汁により、3回にわたって細菌培養を行ったが、細菌は検出されなかった。

入院4週目に左側顔面・側頭部の腫脹はさらに消退し、切開創からの膿汁の流出も減少してきたため、抗菌剤の投与を中止した。入院7週目には、腫脹はほぼ消退し、膿汁の流出もみられなくなったため、ドレーンを抜去した。入院8週目では、腫脹は完全に消退し、切開創もほぼ閉鎖した(写真7)。

しかし、上下顎堤頂間で8mmと、高度の開口障害が認められたことから、この時点より開口訓練を開始した。開口訓練はレジン床とハイステル式開口器を用いて行った。

入院12週目には、義歯の装着が可能となったため、退院し、以後、患者の地元で開口訓練を継続することとした。

考 察

今日では、抗菌剤の発達によって重篤な感染症にまで、発展することはまれとなってきている。しかしながら、一般に高齢者では感染症に罹患しやすく¹⁾、感染を慢性化させる要因が多いといわれており、また重症にもかかわらず体温がそれ程上昇を示さないことがあるといわれている²⁾。その理由としては、抗細菌抗体が有意に低く、外来抗原刺激に対する液性抗体産生能の低下、細胞性免疫の減弱が指摘されている¹⁾。

本症例でも、特に基礎疾患はなかったが、通常の歯性感染症とは異なり、自発痛、体温上昇などのいわゆる急性炎症症状は著明でなく、その経過が緩徐であり、治癒までに長期間を要し

たことは、患者が88歳と高齢であり、また自発痛、開口障害により栄養状態も不良となつたためと考える。

通常、下顎前歯部からの炎症の波及は、オトガイ下隙に進展するといわれている^{3),4)}。しかしながら本症例では、左側下顎犬歯の根尖病巣から下顎骨の頬側へ向い、さらに頬筋の外側と表情筋の内側の隙に沿って、上方および後方に進展したと思われる。すなわち、頬部に膿瘍を形成するとともに翼突下顎隙、側咽頭隙、翼口蓋窩、側頭下窓から側頭部の順に膿瘍を形成したと考える（図2）。

抗菌剤を投与する際の選択にあっては、感受性検査のみならず、組織移行性、消化管からの吸収性、副作用なども考慮し選択しなければならないが⁵⁾、高齢者では特に副作用の出現頻度が高いといわれている⁶⁾。その理由として老化自体あるいは、長い既往におけるさまざまな侵襲の結果、肝、腎、骨髄などに潜在的機能低下を見る場合が多く、また抗菌剤の血中濃度が高値を示す傾向があることが挙げられる¹⁾。また、抗菌剤の乱用により耐性菌の出現、菌交代症、正常菌叢の攪乱などの弊害が問題となってくる⁷⁾⁻¹⁰⁾。一般に、歯性感染症の起炎菌は *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* などのブドウ球菌群, α -*Streptococcus* などの連鎖球菌群の他, *Veillonella*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus*, *Bacteroides*, *Neisseria*, *Haemophilus*, *Fusobacteroides*などが検出されており⁷⁾⁻¹²⁾、起炎菌となり得る菌種は多岐にわたるが、グラム陽性球桿菌および陰性球菌が多くを占め、グラム陰性桿菌が起炎菌となることは少ない。従って、口腔領域の感染症では、グラム陽性菌および陰性球菌までを主な抗菌スペクトルとする抗菌剤が第1選択とされることが多い^{8),9)}。また、歯性感染症では、混合感染が多く、好気性菌と嫌気性菌による混合感染が多

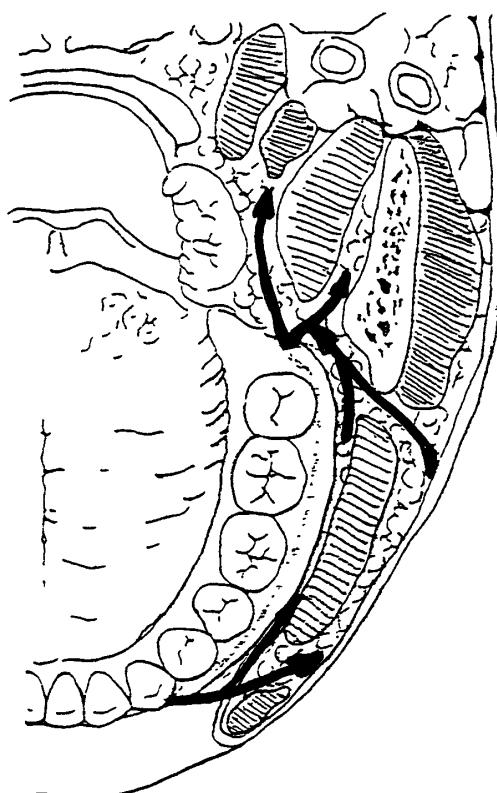
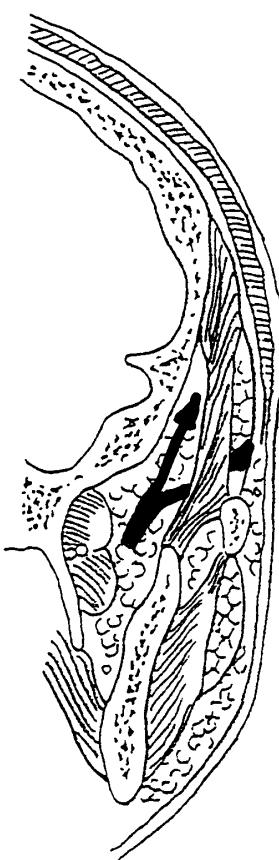


図2 波及経路を示すシェーマ

いとされている^{7),12),13)}。これらの観点から、本症例では抗菌剤の第1選択として、ABPC+LCMの2剤併用を用いた。結果的に本症例では起炎菌を同定することはできなかったが、臨床症状を参考としてCTT、さらにはLMOXと抗菌剤を変更した。

本症例のような重症感染症例では、診断、処置を誤ると不幸な転帰をとる危険もあり^{7),14)}、X線診査の重要性、特に口外法であるパノラマX線写真やCT、MRIによる診査、抗菌剤の種類や投与法、外科処置の時期や範囲など十分考慮しなければならず、今後の高齢化社会を迎えて高齢者の歯性感染症に対する治療の重要性が示唆された。

結語

今回われわれは、88歳男性の顔面・側頭部蜂窩織炎の1例を経験したので、若干の考察を加えて報告した。

参考文献

- 1) 島田 鑿、稻末孝思：特殊な宿主条件下の感染症、老人の感染症、総合臨床、23:1753-1757, 1974.
- 2) 佐藤伊吉：炎症の病理と臨床、実地口腔外科（上巻）、日本歯科評論社、東京、1980、165-182頁
- 3) 佐藤伊吉：下顎をめぐる化膿炎、実地口腔外科（上巻）、日本歯科評論社、東京、1980、337-362頁
- 4) Shafer W.G., Hine M.K., Levy. M.G. : Spread of oral Infection;A Textbook of Oral Pathology, 4th ed, W.B.Saunders Co, Philadelphia, 1983, p.511-525.
- 5) 畠田 貢、江端正祐：歯性炎症に起因した顔面・側頭部蜂窩織炎の1例、北海道歯科医師会誌、47:127-134, 1992.
- 6) 大久保 淩：抗生素乱用の問題点、総合臨床、32:1803-1806, 1983.
- 7) Krishnan, V., Johnson, J.V., and helfrick, J. V. : Management of Maxillofacial Infection.J Oral Maxillofac Surg 51:868-873, 1993.
- 8) 藤田 寛、藏重潤児：口腔領域感染症における臨床細菌学的検討—検出菌の動態とその抗菌剤感受性—、北海道歯科医師会誌、45:189-197, 1990.
- 9) 藤田 寛、藏重潤児：口腔領域感染症における臨床細菌学的検討（第2報）—閉塞性膿瘍からの分離菌とその抗菌剤感受性—、北海道歯科医師会誌、46:177-183, 1991.
- 10) 山下敏康、高井克憲、金 度完、永田 肇、内藤聰一郎、吉田憲司、中山和久、神谷祐二、水野和生、倉内 淳、深谷昌彦、山田史郎、富田陽二、西尾 仁、久野 均、三原 学：歯性感染症からの検出菌と薬剤感受性について、日口外誌、34:485-499, 1988.
- 11) 酒泉和夫：歯性化膿性疾患における嫌気性菌の研究、第一報、歯性化膿性疾患より分離した嫌気性菌の動態について、口科誌、23:452-468, 1974.
- 12) 中里滋樹、小川邦明、真山 孝、白石信也、平賀信嗣、工藤啓吾、藤岡幸雄、関 重道、関山三郎：過去3年間における歯性感染症の臨床的観察、口科誌、25:268-278, 1976.
- 13) 中村平蔵：最新口腔外科学、第2版、医歯薬出版、東京、1974、643-651頁
- 14) 浅井 豊、金丸 巧、斎藤礼治、屋形秀樹、染谷源治、川崎健治：縦隔洞炎を併発した急性口腔底蜂窩織炎の2症例、日口外誌、27:1435-1442, 1981.