

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

旭川厚生病院医誌 (2010.12) 20巻2号:95～99.

頸部膿瘍を反復した下咽頭梨状陥凹瘻の1例

小林祐希, 吉崎智貴, 畑山尚生

頸部膿瘍を反復した下咽頭梨状陥凹瘻の1例

小林 祐希 吉崎 智貴 畑山 尚生

要 旨

下咽頭梨状陥凹瘻は下咽頭に生じる先天性の内瘻であり、急性化膿性甲状腺炎や頸部膿瘍の感染経路となる。

症例は11歳男性。左頸部膿瘍を2回反復した後、下咽頭食道造影検査にて下咽頭梨状陥凹瘻と診断し、全身麻酔下に摘出術を施行した。

若年者の頸部膿瘍では下咽頭梨状陥凹瘻を疑うことが重要である。頸部膿瘍を起こした症例では反復する可能性が高いため、積極的に外科的に瘻管摘出術を行う必要がある。

Key Words：下咽頭梨状陥凹瘻，頸部膿瘍，下咽頭食道造影

はじめに

下咽頭梨状陥凹瘻は下咽頭に生じる先天性の内瘻であり、急性化膿性甲状腺炎や頸部膿瘍の感染経路となる。今回われわれは、左頸部膿瘍を反復後、下咽頭梨状陥凹瘻と診断し、根治手術を行った1例を経験したので報告する。

症 例

症例：11歳男児

主訴：左頸部痛，発熱

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成21年11月18日より左前頸部痛をみとめ、22日近医小児科を受診。精査加療目的に同日当院小児科に入院。左深頸部膿瘍を疑われ、翌23日当科紹介初診となった。

<一回目の深頸部膿瘍治療経過>

現症：喉頭ファイバースコープでは左下咽頭と披裂部の浮腫を認めた。左胸鎖乳突筋前縁に沿った腫脹と、強い圧痛が認められた。

単純CT所見：甲状腺左葉周囲が不明瞭に腫大してい

た。気管は右側に圧排されていた。

血液検査：白血球 11300/ μ l (好中球74.0%，リンパ球19.0%)，CRP 3.72mg/dl，FT3 2.81pg/ml，FT4 1.28ng/dl，TSH 2.81 μ IU/ml

手術所見（1回目）：左深頸部膿瘍の診断で平成21年11月23日全身麻酔下に左頸部膿瘍切開排膿術を施行した。

左胸鎖乳突筋前縁に沿った皮膚切開をいれ、甲状腺左葉を露出した。左葉上極付近で膿汁が多量に流出した。創を生理食塩水で洗浄し、甲状腺左葉外側上方にペンローズドレーンを留置した。また、喉頭浮腫の悪化が危惧されたため、気管切開術を施行し、手術終了した。

1回目手術後経過：頸部腫脹、疼痛は徐々に改善し、術後5日目でドレーン抜去、術後8日で気管カニューレを抜去した。術後11日目で退院となった。

術後17日目、術後45日目に再診した際に炎症の再燃はなく、その後外来受診が途絶えていた。

<2回目の深頸部膿瘍治療経過>

平成22年7月21日より左前頸部痛が出現し、23日当科を受診した。

前回同様、左胸鎖乳突筋前縁の癒痕に沿った疼痛を認めた。喉頭および下咽頭の浮腫は認めなかった。造影CT検査では甲状腺左葉上極に限局した低吸収域を

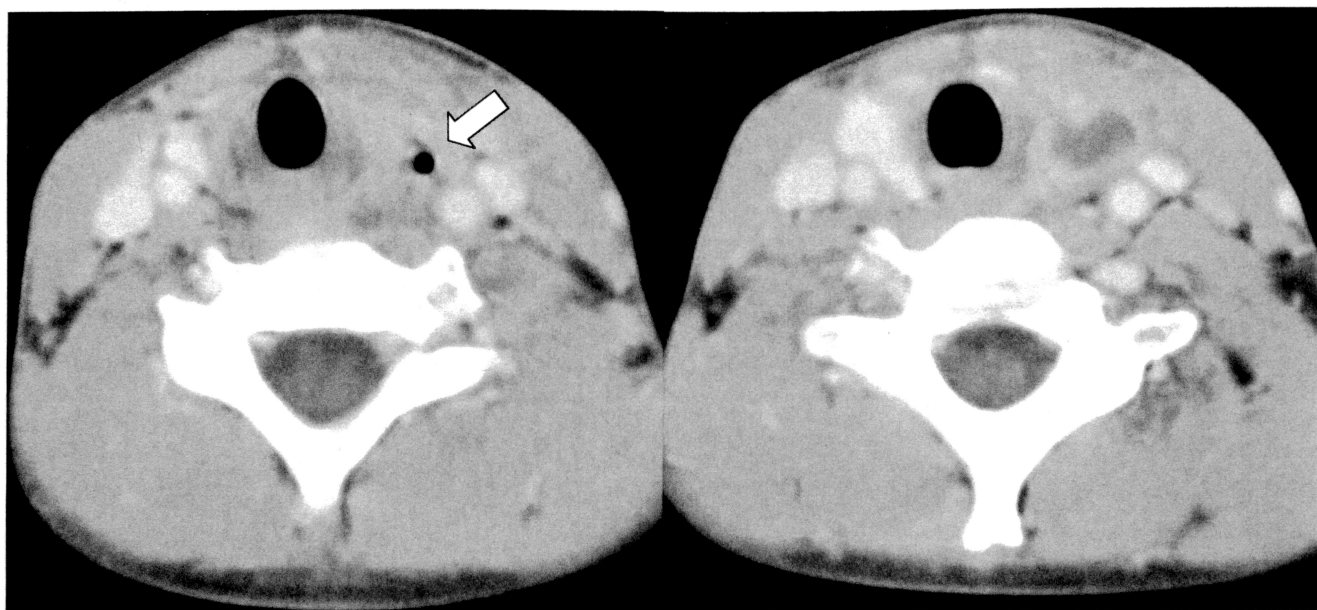


図1 造影CT検査

左：甲状腺左葉頭側に瘻管と思われる空気像を認める（矢印）。 右：甲状腺左葉から周囲にかけて膿瘍を認めた。

認めたが、血液検査では白血球数 $5900/\mu\text{l}$, CRP 0.01mg/dl と正常範囲であった。以上の所見より、セフトレンピボキシル 300mg/日 を投与し帰宅とした。

26日に再診時、左頸部痛および腫脹の改善なく、造影CT検査（図1）にて膿瘍と思われる低吸収域は増大し、甲状腺の周囲に広がっていた。また、甲状腺左葉近傍に瘻管が疑われる空気像を認めた。同日入院の上、抗生物質（PAPM/BP, CLDM）の点滴を開始したが、翌日にも症状の改善を認めないため、平成22年10月27日全身麻酔下に左深頸部膿瘍切開排膿術を施行した。

2回目の手術所見：前回の手術時と同様、左胸鎖乳突筋前縁に沿った皮膚切開をいれ、甲状腺左葉を露出した。左葉上極付近に膿汁を認め、排膿し、生理食塩水で洗浄し、ペンローズドレーンを留置し、手術終了した。

2回目の手術後経過：手術翌日に左披裂部に軽度の浮腫を認めたがまもなく改善した。左前頸部痛および腫脹は改善し、術後6日目でドレーン抜去、術後7日目で退院となった。

2回目の手術後42日目に下咽頭食道造影を施行したところ、左下咽頭から下方にのびる瘻管を認めた（図2）。

< 3回目の入院治療経過（下咽頭梨状陥凹瘻根治治療） >

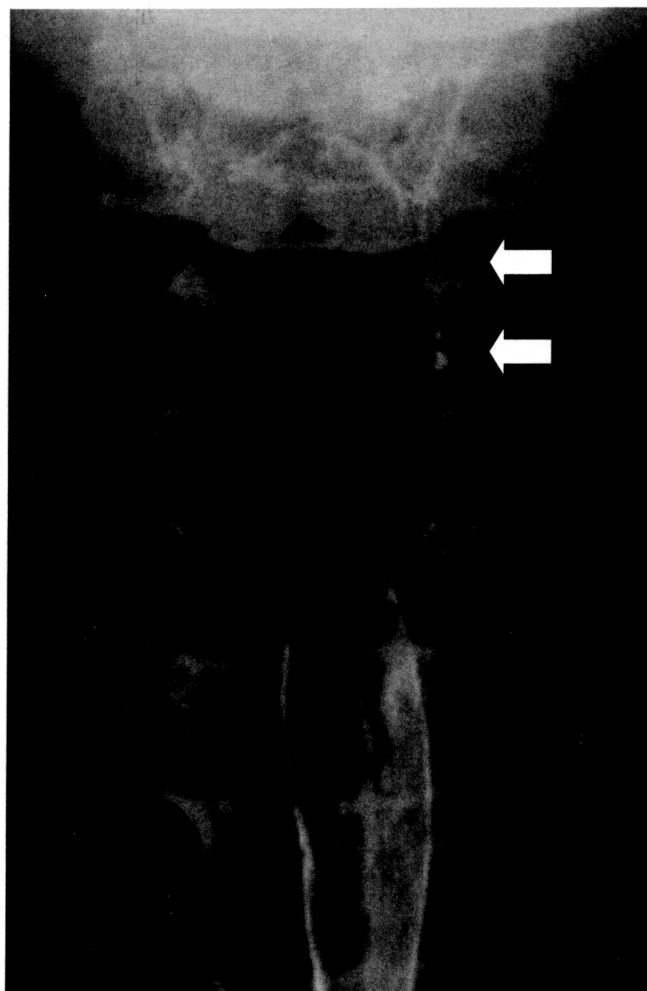


図2 下咽頭食道造影検査

左梨状陥凹から下方に向かう線状の漏洩を認めた。

左下咽頭梨状陥凹瘻の診断で瘻管摘出術目的に入院、平成22年9月27日全身麻酔下に左下咽頭梨状陥凹瘻摘出術を施行した。

3回目の手術所見：直達喉頭鏡下に観察すると左梨状窩に瘻孔を認め(図3)、静脈カテーテルにてインジゴカルミンを瘻管内に注入した。その後、左胸鎖乳突筋前縁から輪状軟骨下縁に至るJ字切開をいれ、左胸骨舌骨筋、胸骨甲状筋は切断し視野を確保した。甲状腺左葉外側を剥離し、反回神経を同定保存。甲状腺左葉上極から下咽頭収縮筋に向かう青色の索状物を認めた。可及的に上方まで露出し、下咽頭収縮筋内で二重結紮した。甲状腺左葉上極との連続が疑われたため、左葉の上1/3を合併切除した。

病理組織学的所見(図4)：一部重層扁平上皮、一部多列線毛上皮で覆われた瘻管を認め、周囲にはリンパ球主体の著明な炎症細胞浸潤を認めた。明らかな甲状腺との交通は認めなかった。

3回目の手術後経過：術後1ヶ月を経過するが、頸部

膿瘍の再発を認めない。

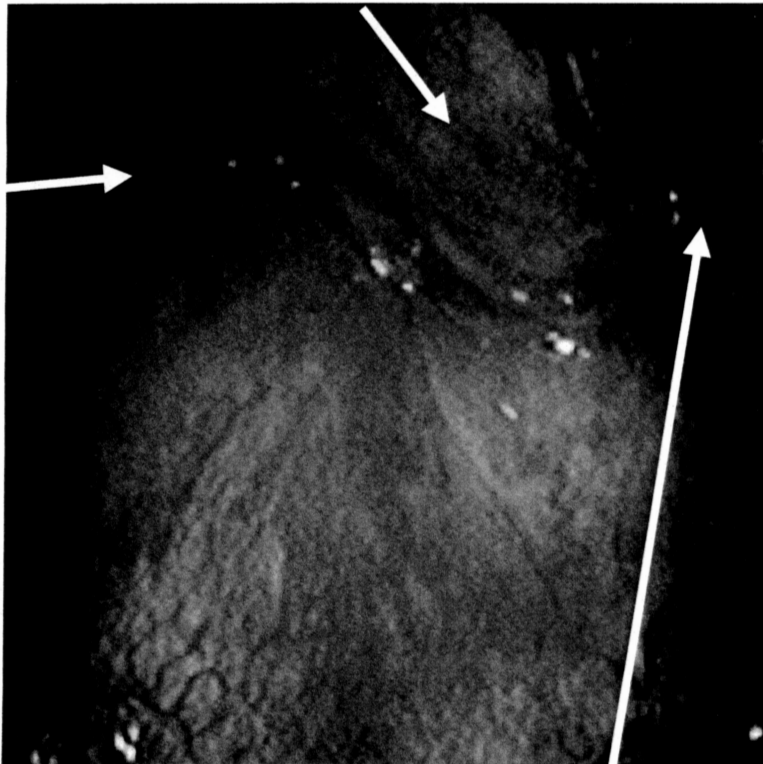
考 察

下咽頭梨状陥凹瘻は、1973年に Tucker ら¹⁾により前頸部膿瘍の原因として報告され、1979年に Takai ら²⁾により急性化膿性甲状腺炎の原因として報告された。本疾患は一般に若年者の発症が多く、由来は第3、4、5咽頭嚢の遺残による先天異常と考えられている。左側に発生することが圧倒的に多く、われわれが渉猟し得た過去10年間の本邦報告例53例中、左側例が46例(86.8%)、右側例が4例(7.5%)、両側例が3例(5.7%)であった。診断時の年齢は0-71歳(中央値10歳)、20歳以下の若年者が43例(81.1%)であった。

下咽頭梨状陥凹瘻は頸部膿瘍や化膿性甲状腺炎の反復から発見されることが多く、確定診断には下咽頭食道造影が有用である。しかし感染の急性期には瘻管内腔粘膜の浮腫のため造影されないこともあるため、充分感染が落ち着いてから行う、または瘻管が描出され

左披裂部

瘻孔



挿管チューブ

図3 喉頭直達鏡所見

左：左梨状陥凹に瘻管の開口部を認めた。 右：瘻管開口部の拡大像。

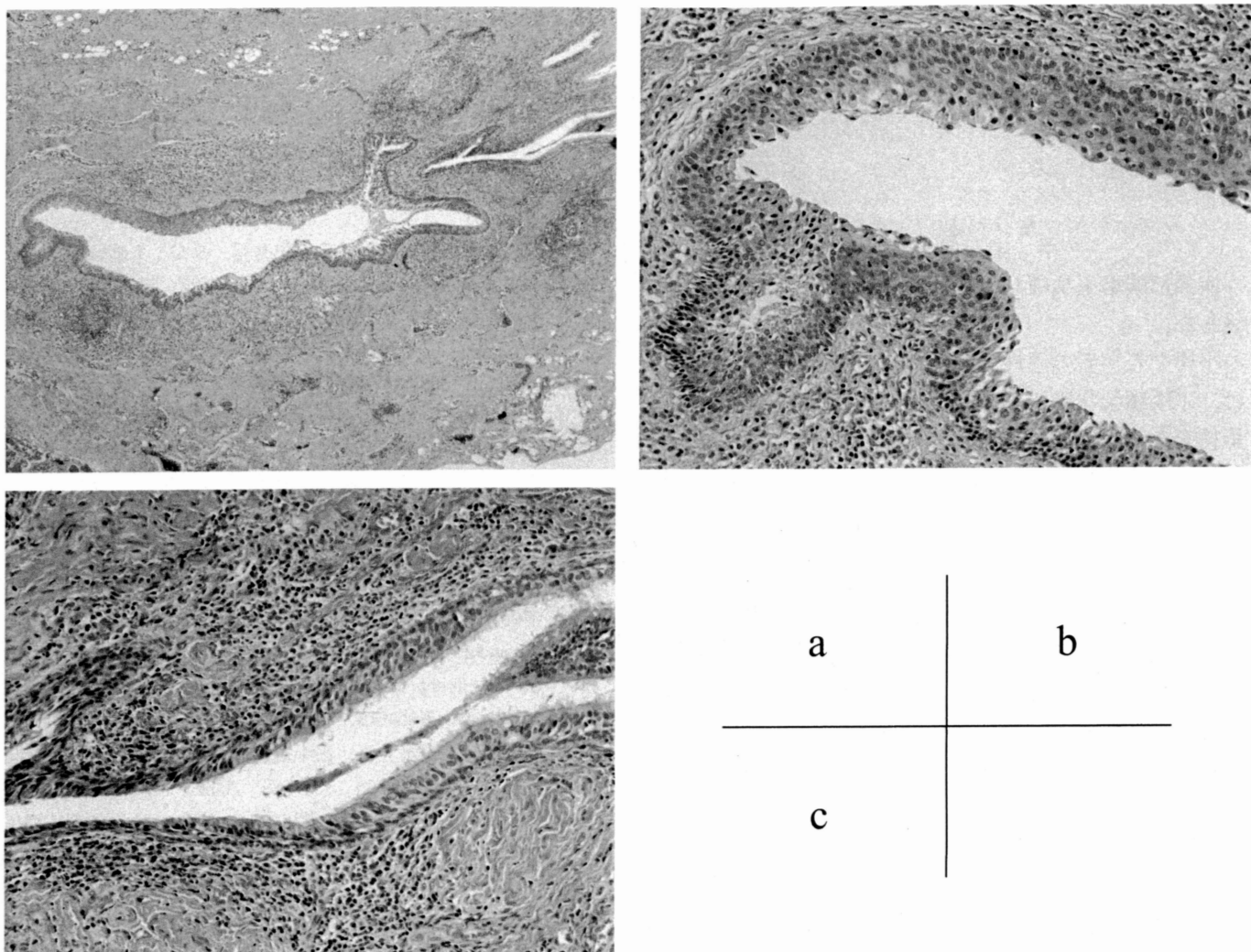


図4 病理組織像 (HE 染色)

- a : 一部が重層扁平上皮, 一部が多列線毛上皮に覆われた瘻管を認め, 周囲にリンパ球を主体とした著明な炎症細胞浸潤を伴っていた。(×40)
- b : 重層扁平上皮部分(×200)
- c : 多列線毛上皮部分(×200)

るまで反復して施行することが必要である。また, 新生児や幼児では協力が得られず検査不能のこともある。その場合, 疑い例として手術適応を検討する必要がある。

治療は, 瘻管の完全切除が重要であるが, 炎症後の癒痕のため術野での瘻管の同定は容易ではなく, 不完全な切除のため再発した症例も報告³⁾⁴⁾されている。瘻管同定のため, 術前に色素を内服する方法⁵⁾⁶⁾や, 術中に直達鏡下に下咽頭瘻孔から色素を注入する方法⁷⁻⁹⁾, フォガティカテーテルを挿入する方法¹⁰⁾などが報告されており, 自験例では色素を注入する方法が瘻管同定に役立った。

また近年では, より侵襲の小さい治療としてトリク

ロール酢酸や硝酸銀にて梨状陥凹瘻を化学焼灼することで良好な成績が得られたとの報告¹¹⁾¹²⁾もある。しかし, これらの方法は経過観察期間が短く, 現時点では手術による瘻管の完全摘出が第一選択と考えている。

瘻管を摘出せず保存的に経過観察した場合の感染再発率が38%であったとの報告¹³⁾があるため, 積極的に治療を行うことが重要である。自験例でも一回目の深頸部膿瘍治癒後, 8か月で再燃した。栗田ら⁸⁾は頸部膿瘍を起こした症例は, 頸部膿瘍を反復する可能性が高いため手術が必要であると述べている。また瘻管摘出に際し, 瘻管のみの摘出でよいとする報告¹⁴⁻¹⁶⁾と, 甲状腺片葉切除または部分切除術を行ったほうがよいとする報告³⁾がある。瘻管が甲状腺から剥離できれば

瘻管摘出術のみで完治できると思われる。炎症後の癒痕で瘻管の同定が困難な症例や瘻管が甲状腺内に連続していることが疑われる症例では、反回神経の温存を含めた確実な処理のために甲状腺合併切除を行ったほうがよいと思われる。

ま と め

深頸部膿瘍を反復した下咽頭梨状陥凹瘻の1例を経験した。

小児や若年者の急性化膿性甲状腺炎や深頸部膿瘍では、下咽頭梨状陥凹瘻を積極的に疑い、下咽頭食道造影検査を行う必要がある。下咽頭梨状陥凹瘻が原因の頸部膿瘍を起こした症例では、頸部膿瘍を反復する可能性が高いので外科的な瘻管完全切除を行うことが必要である。

参 考 文 献

- 1) Tucker HM, et al: Fourth branchial creft remnant. *Am Acad Opth* 77: 368-371, 1973
- 2) Takai S, Miyauchi A, Matsuzaka F, et al: Internal fistula as route of infection in suppurative thyroiditis. *Lancet* 1: 751-752, 1979
- 3) 志津木健, 加納 茂: 下咽頭梨状窩瘻の治療経験. *耳喉頭頸* 69: 201-205, 1997
- 4) Yamada H, Fujita K, Tokuriki T, et al: Nine cases of piriform sinus fistula with acute suppurative thyroiditis. *Auris Nasus*

- Larynx* 29: 361-365, 2002
- 5) 丹生健一, 市村恵一, 伊藤修, ほか: 右下咽頭梨状窩瘻による急性化膿性甲状腺炎. *耳喉頭頸* 61: 445-448, 1989
 - 6) 渡辺太志, 山本悦生, 塩見洋作, ほか: 下咽頭梨状窩瘻に対する手術治療の検討. *耳鼻臨床* 97: 427-431, 2004
 - 7) 白石 浩, 老木浩之, 石川雅洋, ほか: 両側下咽頭梨状窩瘻例. *日気食会報* 52: 409-413, 2001
 - 8) 栗田知幸, 坂本菊男, 千々和秀記, ほか: 下咽頭梨状窩瘻の臨床的検討. *日気食会報* 56: 17-22, 2005
 - 9) 重富征爾, 山下大介, 鈴木隆史, ほか: ピオクタニン注入にて同定し得た下咽頭梨状窩瘻例. *耳喉頭頸* 79: 196-197, 2007
 - 10) Pereira KD, et al: Management of the third and fourth branchial pouches. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 68: 43-50, 2004
 - 11) 横山有希子, 横島一彦, 中澤裕子, ほか: トリクロール酢酸による化学焼灼を施行した梨状陥凹瘻の4例. *耳鼻臨床* 102: 365-371, 2009
 - 12) 大月直樹, 丹生健一: 下咽頭梨状陥凹瘻に対する経口的化学焼灼術. *耳鼻臨床* 103: 410-411, 2010
 - 13) Miyauchi A, Matsuzaka F, Kuma K, et al: Piriform sinus fistula; an underlying abnormality common in patients with acute suppurative thyroiditis. *World J Surg* 14: 400-405, 1990
 - 14) 堀 龍介, 安里 亮, 田中信三, ほか: 両側下咽頭梨状窩瘻例. *耳鼻臨床* 95: 825-829, 2002
 - 15) 奥野敬一郎, 渡瀬文貴, 野口和広, ほか: 下咽頭梨状窩瘻術後再発例の治療経験. *日気食会報* 54: 48-52, 2003
 - 16) 佐藤克郎, 野村智幸, 花澤秀行, ほか: 甲状腺腫瘍として加療され15年後に確定診断された右側下咽頭梨状窩瘻の1例. *耳喉頭頸* 79: 339-342, 2007

A Case of Piriform Sinus Fistula Causing Recurrent Deep Neck Abscess

Yuki KOBAYASHI, Tomoki YOSHIKAWA, Naoki HATAYAMA

Key Words : piriform sinus fistula, deep neck abscess, pharyngoesophagography

Dept. of Otolaryngology, Asahikawa Kosei Hospital, 1-24, Asahikawa, 078-8211, Japan

Piriform sinus fistula is a congenital deformity that is often detected in association with acute suppurative thyroiditis or deep neck abscess. We reported a case of piriform sinus fistula recognized in the course of the treatment of deep neck abscess. The patient was a

11-year-old male. After recurrence of deep neck abscess twice, the piriform sinus fistula of left side was detected by pharyngoesophagography. Fistulectomy with partial thyroidectomy was performed and no recurrence of deep neck abscess has been found after the treatment.