

頬粘膜咬傷に起因した頬部蜂窩織炎の1例

内田 啓一¹, 高田 匡基², 落合 隆永³, 杉野 紀幸¹, 黒岩 博子¹,
山田 真一郎¹, 中野 敬介³, 各務 秀明², 篠原 淳², 長谷川 博雅³,
田口 明¹

¹松本歯科大学 歯科放射線学講座

²松本歯科大学 顎顔面口腔外科学講座

³松本歯科大学 口腔病理学講座

A case of buccal cellulitis caused by a self-bite to the bilateral buccal mucous membrane

KEIICHI UCHIDA¹, MASAKI TAKADA², TAKANAGA OCHIAI³,
NORIYUKI SUGINO¹, HIROKO KUROIWA¹, SHINICHIROU YAMADA¹
KEISUKE NAKANO³, HIDEAKI KAGAMI², ATSUSHI SHINOHARA²,
HIROMASA HASEGAWA³ and AKIRA TAGUCHI¹

¹*Department of Oral and Maxillofacial Radiology, School of Dentistry,
Matsumoto Dental University*

²*Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry,
Matsumoto Dental University*

³*Department of Oral Pathology, School of Dentistry,
Matsumoto Dental University*

Summary

Recently, the development of various antibiotics and increasing awareness of oral hygiene have reduced the incidence of serious cellulitis of the cheek, including dental infections. However, some cases involve serious disease throughout the mediastinal area in elderly patients and those with underlying diseases. This time, we report a case of cellulitis of the cheek due to a bite to the buccal mucosa. The patient was a 10-year-old male. The patient visited hospital and complained of swelling of the left cheek. At the first examination, diffuse redness and swelling accompanied by spontaneous pain and tenderness from

the left cheek to surrounding area of the left orbit as well as trismus and swollen lymph nodes in the left submaxillary were noted. A crateriform traumatic ulcer with a diameter of 2.5 cm and induration likely due to a bite of the left buccal mucosa and accompanied by tenderness were found. CT revealed a high-density region of the buccal fat layer in the left buccal soft tissues as well as extensive and significant swelling and inflammatory reaction. The infusion of antibiotics, draining the abscess through an incision, and the drainage procedure resulted in effective healing of the cellulitis 6 days after admission.

Traumatic ulcer and cellulitis may recur due to bite. In addition, for the prevention of adverse habits including teeth grinding and clenching, as well as mental factors due to mental tension and frustration, it is very important to not only undergo dental or oral surgical treatments, but also to consult a psychotherapist or psychiatrist.

緒 言

近年, 種々の抗菌剤の発達や口腔衛生意識の向上などにより歯性感染症からの重篤な頬部蜂窩織炎は少なくなっている。しかしながら, 高齢者や基礎疾患を有する患者では縦隔部にまで及ぶ非常に重篤な症例もある。口腔顎顔面領域における頬部蜂窩織炎の原因としては, 歯性感染症によるものが最も多く, 歯性感染以外では骨折等による外傷, 歯列矯正あるいは習慣的な嘔み癖などに起因した症例もある。

今回, われわれは頬粘膜咬傷に起因した頬部蜂窩織炎の1例を経験したので, 画像診断と治療法について若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

初診日: 2012年7月1日。

患者: 10歳, 男児。

主訴: 左側頬部の腫脹。

家族歴および既往歴: 特記事項なし。

現病歴: 数年前から左側頬粘膜を咬む癖があり, 数度咬傷が出来るも自然治癒していたという。約1ヶ月前に左側頬粘膜咬傷部疼痛と倦怠感を認めたため, 2012年6月27日近医内科を受診し, 抗菌薬の内服投与を受けたが, 症状は改善せず頬部腫脹と疼痛が増大したため, 2012年6月29日, 近医歯科を受診し, 含嗽剤を処方され帰宅した。その後, 顕著な疼痛と急激な左側頬部の腫脹など症状の増悪を認めたため, 2012年7月1日, 夜間救急センターを受診し, 入院治療が必要なため当院を紹介され受診した。

現症

全身所見: 身長139.1cm, 体重29.2kg, 脈拍92回/分, 体温38.8°C, 血圧136/68mmHg, 意識清明。

局所所見

口腔外所見: 左側頬部から左側眼窩周囲に自発痛と圧痛を伴う発赤と腫脹を瀰漫性に認めた。開口障害と左側顎下リンパ節の腫脹を認めた。

口腔内所見: 左側粘膜部に咬傷と思われる圧痛を伴う, 直径2.5cm大の噴火口状の外傷性潰瘍と硬結を認めた(写真1)。

検査所見

血液検査所見: 白血球数19900/ μ l, CRP 10.68mg/dlと高値を示し, 血液像では好中球81.9%と増加を認めた。

画像診断: 単純CT検査において, 左側頬部軟組織部での頬脂肪層の濃度域の上昇を示し, 広範囲で著明な腫脹および炎症性反応像を認めた(写真2a)。腫脹は顎下部から上方は眼窩および側頭部に及んでおり, 中咽頭部では圧迫像を示し, 左側顎下リンパ節の著明な腫脹を認めた。単純CT上では明らかな膿瘍形成を指摘できなかった。



写真1: 左側頬粘膜部に咬傷による直径2.5cm大の噴火口状の外傷性潰瘍と硬結を認める。



写真2：左側頬部軟組織部での頬脂肪層の濃度域の上昇と広範囲で著明な腫脹と炎症性反応像を示し、頬部筋膜中央上下にて低濃度域を認める（写真2 a）。腫脹は顎下部から眼窩および側頭部に及んでおり中咽頭部では圧迫像を示し、左側顎下リンパ節の腫脹を認める（写真2 b, c）。

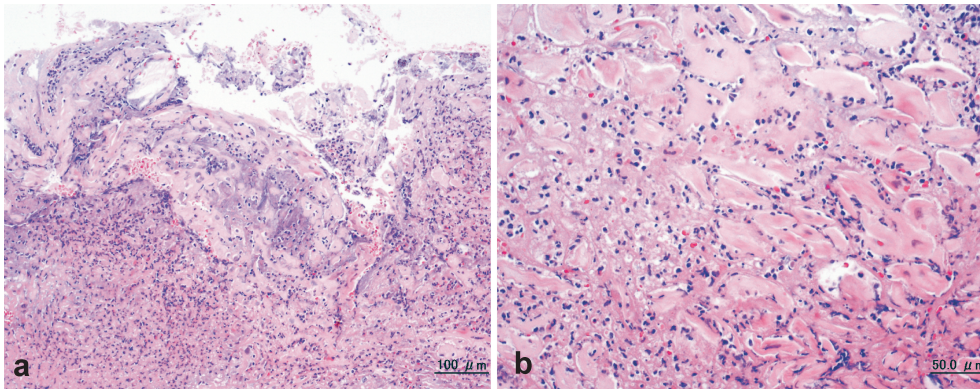


写真3：病理組織学的所見では表層にはフィブリンの析出がみられ、その内部に細菌塊を認める（写真3 a）。深部では内皮細胞の増殖と好中球浸潤をみとめ肉芽組織で構成されている（写真3 b）。

が、筋膜上下の領域が低濃度域を示しており、膿瘍の存在が疑われた（写真2 b, c）。

臨床診断および画像診断：頬粘膜咬傷に起因した左側頬部蜂窩織炎。

処置および経過：受診時に重度の感染症所見を呈していたため、合成ペニシリン製剤 Doyle® (ASPC)、ペニシリン系抗生物質製剤ビクシリン® (ABPC) の点滴静注を開始し、その後クリンダマイシンリン酸エステルリンコマイシン系抗生物質製剤ダラシリンS® (CLDM) に変更し、初診時より通院にて4日間投与を行った。また栄養指導として、消化の良いものを摂取し、水分補給を充分に行い、安静を保つように指導を行った。7月2日、体温(36.5℃)の低下は認めしたが、左側頬部から眼窩にかけての腫脹と熱感の変化は認めなかった。左側頬粘膜部を切開しラバードレーンを留置した。切開時に少量の排膿を認めた。7月5日、セフェム系抗生物質製剤ロセフィン® (CTRX) の点滴静注に変更し、2日後に腫

脹の軽減を認めた。咬傷予防のためにマウスガードを作製装着した。左側眼窩周囲から頬部の腫脹と発赤の軽減傾向を示し、血液検査では、白血球数 $9100/\mu\text{l}$ 、CRP 1.32mg/dlと炎症反応の軽減を認めた。7月7日、左側眼窩周囲から頬部および顎下部の腫脹の消退を認めたので退院となった。その後、外来にて経過観察をしていたところ、9月10日の受診時において右側頬粘膜部に咬傷を認めたため、マウスガードの必要性を十分に説明し装着するように指示し、父母に咬傷の原因に精神的な要因もあることについて説明を行った。その後9月下旬に小児専門病院を受診した際に、咬傷の原因として精神的要因も考えられるため、主治医指導のもとに安定剤の服用を開始した。その後、頬粘膜部の咬傷の再燃は認めていない。

病理組織学的所見：左側頬部より切除された検体は、大部分が偽膜により構成される軟組織片であり上皮組織は認めなかった。表層にはフィブリンの析出がみられ、その内部に細菌塊を認めた

(写真3a)．深部では内皮細胞の増殖と好中球浸潤をみる肉芽組織で構成されていた(写真3b)．

病理組織学的診断：Pyogenic granuloma化膿性肉芽腫．

考 察

口腔領域における重篤な菌性感染症は種々の抗菌薬の進歩や口腔衛生意識の向上などにより少なくなっている．しかしながら，依然として感染防御能力の低下や感染時の初期における不適切な対応や処置により難治性となることがある．また，糖尿病や基礎疾患を有する患者では縦隔部にまで達し，死亡に至る重篤な菌性感染症を呈することもある¹⁾．

蜂窩織炎は化膿性炎の一型であり，疎性結合組織に瀰漫性あるいは進行性に急性化膿性炎症を生ずるものである．頬部蜂窩織炎の原因でもっとも多いものは，根尖性歯周炎，智歯周囲炎からの感染，抜歯窩からの菌性感染であり，扁桃炎，咽頭炎などの上気道感染から発症するものもある．その他としては唾液腺疾患，皮膚疾患，耳疾患，頸部リンパ節炎などの隣接部位からの感染に起因するものもある²⁾．また基礎疾患として糖尿病や慢性リウマチによりステロイドを長期服用している患者では，感染への防御機構が減弱しているため炎症が重症化しやすく，ステロイドを長期服用している場合は炎症が非定型的な方向へ波及することがある³⁾．

口腔顎顔面領域における小児期での蜂窩織炎の原因として最も多いものは，下顎大臼歯および乳臼歯の根尖病変であり，う蝕と密接に関連していると思われる．まれな原因としては，乳歯抜歯後の縦隔炎を呈した症例や自傷行為により舌蜂巣炎や蜂窩織炎を発症したものが⁴⁻⁶⁾．本症例では左側上顎第一大臼歯部相当部の頬粘膜部に咬傷が原因と思われる，圧痛を伴う直径2.5cm大の噴火口状の外傷性潰瘍と硬結を認めたため，自傷行為による咬傷が疑われた．しかし，Lesch-Nyhan症候群，Gilles de Tourette症候群，精神発達遅延，無痛無汗症，自閉症および精神分裂症などの疾患の既往はなく^{7,8)}，糖尿病やステロイドの長期服用などの病歴も認めなかったことから，頬粘膜咬傷に起因した頬部蜂窩織炎が考えられた．

頬部蜂窩織炎では感染が頸部の疎性結合組織よりなる筋膜隙に急速に広がり蜂窩織炎から膿瘍を形成し，縦隔炎を生じる．また顎下隙に波及し，舌下隙，顎下隙，オトガイ下隙間相互の連絡により炎症の拡大が速いため炎症の拡がりの把握には画像診断が重要であり，CT検査およびMR検査は深頸部への炎症の波及の状態を検討するのに極めて有用である^{9,10)}．本症例においては，CT検査により炎症の波及範囲や状態を速やかに診断することができ，治療においては膿瘍形成疑いの部位にドレナージを設定するのにも有用であった．また，本症例では造影CT検査は施行しなかったが，とくに膿瘍の診断において造影CT検査やMR検査は極めて有用であるとされている．造影CTでは膿瘍周囲がリング状に増強され，内部に低吸収域をもつ腫瘤陰影が描出されるため，膿瘍の存在部位や大きさを正確に把握することが可能である．また，蜂窩織炎においても内部に低吸収域，辺縁に部分的または薄い造影効果を認めるという報告もある^{11,12)}．

MR検査では，膿瘍はT2強調像で高信号域として描出され，膿瘍を含めた病変の質的診断に有用である¹³⁾．MR検査は被爆がないことから小児においてはMR検査を推奨する傾向にある¹⁴⁾．検査に際しては，体動の問題や閉所での検査となるので小児においては鎮静療法を行うことが多く，蜂窩織炎症例では呼吸困難を伴っていることもあり危険性を増すことがあるので，検査においては十分な安全性を考慮して画像検査法を選択することが重要である¹⁵⁾．

保存的治療としては，感受性のある抗菌薬を選択し投与することが肝要である．抗菌薬の選択について，広域ペニシリンあるいはセフェム系にクリンダマイシンを併用し，重症例ではカルバペネム系を投与するのが一般的とされている¹⁶⁾．また，疾患の重篤性からカルバペネム系とクリンダマイシンを併用することも推奨されている¹⁷⁾．外科的治療では，膿を十分に排出させることが必要であり，経皮的に穿刺・排膿する方法も有効とされているが，切開による排膿が基本である．また，頭頸部における蜂窩織炎では早期にドレナージを施行しないと下降性縦隔洞炎がおこるため重篤な状態に陥ることがあるのでドレナージによる処置も必要となる¹⁵⁾．本症例においては，CT所見によ

り左側頬部軟組織部での頬脂肪層の濃度域の上昇と顎下部から上方は眼窩および側頭部に及ぶ腫脹を呈していることから、入院時からの合成ペニシリン製剤、アンピシリンナトリウム注射用ペニシリン系抗生物質製剤、リン酸エステルリンコマイシン系抗生物質製剤、セフェム系抗生物質製剤による抗菌剤の点滴投与と切開・排膿およびドレナージをおこなった結果、入院より6日後には順調な治癒経過が得られた。

一方、自己咬傷の予防に対しては、マウスガード、オーラルスクリーンなどの装置の装着や歯の鋭縁部の研磨や削去あるいは抜歯などの処置がある。本症例では、成長期の小児であり咬合関係や顎の成長などを考慮して、歯を保存する治療を優先して、左側上下顎大白歯頬部粘膜の咬傷による外傷性潰瘍に対してマウスガードを作製した。マウスガード装着により咬頭を被覆することで頬粘膜への咬傷の予防をしたところ、潰瘍の治癒傾向と疼痛が軽減した。しかしながら、退院2ヶ月後の経過観察において、マウスガードの磨り減りと右側頬粘膜の咬傷を認めた。本症例では、明らかな自傷行為を疑う器質的疾患は認めなかったが、数年前から頬粘膜の咬傷を繰り返していることから、外傷性潰瘍や蜂窩織炎を再燃することも考えられる。また、歯軋りや噛みしめなどの習癖の予防や精神緊張や欲求不満から発現する精神的要因からの咬傷も原因となるため¹⁸⁾、歯科的な治療のみならず、心療内科医や精神科医と充分に対話し治療を行う事が非常に重要であると思われた。

結 語

今回われわれは10歳の男児において、頬粘膜咬傷に起因した頬部蜂窩織炎を経験したので、これらの原因、診断および治療について若干の文献的考察を加えて報告した。

参 考 文 献

- 1) 加藤久視, 佐々木剛史, 山崎浩史, 倉林宏考, 中戸川倫子, 太田嘉英 (2012) 特異な炎症像を示した深頸部感染症の1例. 日口診誌 25 : 25-32.
- 2) Eftekharian A, Roobahany NA, Vaezeafshar R and Narimani N (2009) Deep neck infections: a retrospective review of 112 cases. Eur Arch Otorhinolaryngol 16 : 273-7.
- 3) 服部康治, 久保田英朗, 後藤昌昭, 古賀正章, 石川健一, 香月 武 (1991) 糖尿病患者に発生した重篤な菌性感染症の3例. 日口外誌 37 : 524-33.
- 4) 石上敏幸, 水上正人, 鬼澤浩司郎, 萩原敏之, 古谷泰延, 生井友農, 福井大輔, 吉田 廣 (1997) 乳歯抜歯後に生じた頸部から縦隔に及んだ蜂窩炎の1例. 日科誌 46 : 458.
- 5) 池田 薫, 大中俊宏, 神部芳則, 青木実紀, 草間幹夫 (2005) 自傷行為によると考えられた舌蜂窩炎の1例. 日口診誌 18 : 317-20.
- 6) 戸塚隆太 (2004) 自傷行為による口唇部潰瘍および蜂窩織炎にマウスガードを試みた1男児例. 小児歯臨 9 : 70-4.
- 7) 小笠原 正, 平出吉範, 小島広臣, 高井経之, 穂坂一夫, 渡辺達夫, 笠原 浩 (1998) Lesch-Nyhan症候群における自傷行為への対応と問題点. 障歯誌 19 : 52-7.
- 8) 見 精児, 都 温彦 (1981) Gilles de la Tourette症候群の自傷行為に起因した難治性舌潰瘍 (抄). 日口外誌 27 : 1978-9.
- 9) 犬飼 健, 阪本真弥, 栗原直之, 小野寺 大, 飯久保正弘, 駒井伸也, 菅原由美子, 佐藤しづ子, 古内 寿, 庄司憲明, 丸茂町子, 笹野高嗣 (2001) 下顎菌原性炎症による蜂窩織炎に関する画像診断学的検討. 日口診誌 14 : 69-74.
- 10) 藤吉達也 (1994) 特集 耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域腫脹の診断 口腔底の腫脹. 耳喉・頭頸外科 66 : 75-9.
- 11) Kirse DJ and Roberson DW (2001) Surgical management of retropharyngeal space infections in children. Laryngoscope 111 : 1413-22.
- 12) Grisaru-Soen G, Komisar O, Aizenstein O, Soudack M, Schwartz D and Paret G (2010) Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children epidemiology, clinical features and treatment. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 74 : 1016-20.
- 13) 及川敬太, 藤田 香, 砂田 哲, 宮 卓也 (2009) 当科における乳幼児深頸部膿瘍症例の検討. 小児耳 30 : 61-8.
- 14) 長尾明日香, 小森正博, 池永弘之, 西窪加緒里, 弘瀬かほり, 兵頭政光 (2013) 乳幼児深頸部膿瘍の3例. 小児耳 34 : 61-8.
- 15) 嶋田剛敏, 大嶋章裕, 西村 雄, 四ノ宮 隆, 久 育男 (2003) 診断, 治療に苦慮した頸部蜂窩織炎2例. 日耳鼻感染研会誌 21 : 221-5.
- 16) 大畑 敦, 菊地 茂, 重田恵一, 田中 是, 田原 篤 (2009) 深頸部感染症. 耳鼻臨床 102 : 701-8.
- 17) Rustom IK, Sandoe JA and Makura ZG (2008) Paediatric neck abscesses: microbiology and

- management. *J Laryngol Otol* **122** : 480-4.
- 18) 稲見健一郎, 小原はるみ, 福井 朗, 小松賢一, 金森栄治, 木村博人 (1998) 口腔内外に自傷行為を繰り返した小児心身症の1例. *児口外誌* **8** : 34-7.