扁桃周囲膿瘍を誘因とする小脳巨大 動静脈奇形からの出血の1例

水田 康雄*・高田 憲**・大島 渉**
西村 秀夫**・橘 正芳**

Bleeding from a Giant Cerebellar A-V Malformation induced by Peritonsillar Abscess : A Case Report

Yasuo Mizuta

(Aiseikai Yamashina Hospital)

Akira Takada, Wataru Ohshima,

Hideo Nishimura and Masayoshi Tachibana

(Kyoto Prefectural University of Medicine)

A rare case of bleeding from a giant cerebellar arterio venous malformation induced by the stress of peritonsillar abscess is reported.

A 31-year-old male, 2 days after the incision and drainage of a left peritonsillar abscess, complained of staggering gait, nausea and vomiting, followed by left ear tinnitus. These clinical features indicated a probable intracranial complication, but otoneurological examination, CT scan and brain-angiogram revealed a giant cerebellar A-V malformation and a bleeding mass.

Thus, the heavy stress of peritonsillitis and peritonsillar abscess may induce dramatic sequelae.

はじめに

扁桃周囲膿瘍は、抗生物質の発達した今日においても日常診療の場にてしばしば見受けられる。しかしながら、穿刺・切開排膿・抗生剤投与等の加療による合併症や続発症は、一次ショックを除いて極めて稀なものである。

最近、我々は、扁桃周囲膿瘍の穿刺排膿後に症状を呈し、頭蓋内合併症を疑わせた小脳巨大動静脈奇形からの出血例を経験したので、若干の考察を加え報告する。

*愛生会山科病院耳鼻咽喉科

**京都府立医科大学耳鼻咽喉科学教室（主任：水越 治教授）

症 例

症 例： 31歳，男性。

初 診：昭和59年8月27日。

主 訴：咽頭痛，発熱，嚥下困難。

家族歴：母親が糖尿病・乳癌にて加療。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：約1週間前に咽頭痛を来し，某内科医にて投薬処置を受けて改善した。しかし約3日前から咽頭痛の増強・発熱・嚥下困難を生じ，某内科医を再受診し直ちに愛生会山科病院耳鼻咽喉科を紹介され即日受診した。受診時，全身倦怠感・嚥下困難強度のため入院加療としたが，眩暈感・耳鳴・難聴・悪心・歩行障害などは認めなかった。

入院時現症：右扁桃はⅡ度，左扁桃はⅢ度と発赤腫脹しており，両側前口蓋弓から軟口蓋に

かけても発赤腫脹を認めた。しかし扁桃に膿栓は認めなかった。また，左下咽頭食道入口部に軽度の浮腫を認めたが，その他の耳鼻咽喉科領域に異常所見を認めなかった。

以上の所見より，両側扁桃周囲炎・左扁桃周囲膿瘍の診断下に入院の上強力な化学療法・Steroid 投与を施行した。なお，両側性扁桃周囲炎と臨床上新な所見を呈していたので，Malignant Lymphoma をも念頭において興味深く経過をみた。

入院時検査所見：白血球は18100で好中球の著明な増加を示し，血沈は平均48mm，CRP 6+と高度の急性炎症の所見を認めた。生化学・尿検査において異常なく，ASLO・ASKともに正常範囲内であり，ポールバネル反応も

図1 臨床経過

陰性であった。また、出血傾向も認めなかった。

入院後経過：入院後の臨床経過を図1に示した。抗生物質（CTM・LCM）を強力に、又、副腎皮質ホルモン剤（ハイドロコチゾン）を併用し、3日目に左扁桃周囲膿瘍の完成をみたので、まず試験穿刺を施行した。この穿刺処置にて約7ccの膿を排出し、これにより口蓋弓～軟口蓋にかけての腫脹のほぼ消失をみたので、引き続き予定していた切開処置は施行しなかった。穿刺排膿後から急速な自覚症状の改善を認め、入院後5日目には咽頭痛はほぼ消失し食事も良好に摂れるようになった。しかし、図1にみられるように、この5日目の早朝から左耳不快感・左耳鳴とともに起床時や歩行時における眩暈感（回転性の眩暈ではなく所謂ふらふら感）を感じるようになり、徐々に増強し、7日目には少々体動にても悪心・嘔吐を認め、ふらふら感も増悪して歩行出来なくなってきた。さらに9日目には後頭部痛や複視も生じて来たため眼振検査など神経耳科的検査を可能な限り施行した。眼振は図2に示したように、注視、非注視下において右向き水平回施混合性の眼振を認め、非注視下眼球左方向移動時

における右向き大打性少頻打性の眼振が特異であった。また、左顔面知覚低下・左角膜反射減弱・左味覚低下を認め、finger to nose test が開眼においても左手困難であった。なお頭位・頭位変換眼振検査や立ち直り検査は患者の状態により施行しなかった。以上の神経耳科的所見により、脳膿瘍などの頭蓋内合併症を疑い、翌10日目にCT検査を施行した。図3にみられるように、左小脳半球にMass lesionを認め、enhance 後では、このMassは過半増強され、さらに左小脳橋角部から左小脳半球、小脳深部にかけて太く蛇行した異常血管と思わ

図2

図3 CT scan 所見, 下段は enhance 後の所見

れる **high density** を認めた。これらの所見により、小脳 SOL (Space Occupy Lesion) や小脳AVM (arterio-venous Malformation)

図4 ABR及び純音聴力像

を疑い、当院内科と相談の上、京都府立医科大学脳神経外科へ転科精査とした。なお、転院直後の標準純音聴力像・聴性脳幹反応 (ABR) は図4のように、左聾であり、ABRの左側Ⅲ波以後の消失・左Ⅰ・Ⅱ波の潜時延長を認めた。

確定診断のため脳外科において脳血管造影検査を施行したが、L_cCAG arterial phase (図5) ; L_cVAG arterial phase (図6) において、AICA (前下小脳動脈)・PICA (後下小脳動脈)・SCA (上小脳動脈) を feeding arteries とし、P_cV (前中心小脳静脈)・SCV (Supraculminate vein)・Suprapetrosal vein を draining veins とする giant AVM を左小脳虫部から半球にかけて認めた。

以上の諸所見により、本例を **infratentorial giant AVM** と診断し、諸症状はAVM自体及びAVMからの出血によるものと考えられた。

本例は、小脳虫部から半球にかけての **giant AVM**であったため、直ちに手術適応とはならず、脳圧降下剤や脳浮腫軽減剤などにより内科的加療を施行し、発症後20日のCT scan では出血と思われる前回のCT scan 上のMass

図5 左CAG動脈相の所見

図6 左VAG動脈相の所見

図7

はほぼ消失し(図7), 自覚症状も徐々に改善して来た。発症後4週間後の9月27日, 将来的

考

扁桃周囲膿瘍は抗生物質の出現以前はかなりの頻度で診られ, また, その経過中に重篤な合併症をみたとの報告も少なくないが, 抗生物質の普及に伴ってその数は激減した。しかし, 実地臨床においては, なおしばしば経験される疾患であり, 穿刺・切開排膿処置・抗生物質投与を行い, その際に一次ショック等の合併症も少なからず経験される。とは言え, 敗血症・血栓性静脈炎・頭蓋内合併症¹⁾の続発は現在では極めて稀である。

今回我々が報告した症例は, 穿刺排膿直後より咽頭局所症状の消失に反して, 歩行障害・悪心嘔吐・頭痛などの症状が急激に出現し, 脳膿瘍などの頭蓋内合併症や薬剤性肝機能障害などを疑わせしめたが, 諸検査から, 小脳巨大AVMからの出血例であった極めて珍らしい症例で

按

ある。

小脳AVMをはじめとして Infratentorial AVMの発生頻度は, 全頭蓋内AVMの7~20%²⁾と極めて少ない。またその85%は subarachnoid hemorrhage として20~30代に発症³⁾し, 急激な頭痛・項部痛・眩暈・悪心嘔吐をみる。さらにその半数は脳実質内にも出血を認めるとされ⁴⁾, この際小脳においては嘔吐・歩行失調・眩暈が急激に高度に生じる。我々の症例において, 悪心嘔吐・歩行障害・頭痛が高度にて痙攣発作を認めなかったのは, Subarachnoid hemorrhage に小脳出血をも生じたためと考えられる。

半田ら⁵⁾によると, AVMの血管破裂・血腫形成の誘因として種々の Stress による急激な血行の変化がありうるとしており, 本症例は,

VESTIBULAR EXAMINATION

(s57.9.27)

図 8 a

59-9-27

図 8 b

臨床的経過からみて、両側扁桃周囲炎・扁桃周囲膿瘍という多大な Stress が誘因となり小脳 AVM の破裂出血を来たしたと結論づけられた。

神経耳科的に、発症時に図2のように奇異な眼振を認めたこと、また、純音聴力検査において左聾、かつ、ABRにおいて左Ⅰ・Ⅱ波を認めてⅢ波以後の消失があったことなどは、本症例の小脳AVMの巨大性・出血による器質的機能的影響の多大さを示しており、症状軽減しCT scanにてMassの消失をみた際の神経耳科検査において図8aのように逆行性垂直性頭位変換眼振を認め、右OKPが「くし型」左

OKPが「解発不良型」を示し、ETTにて ataxic pattern を認める(図8b)ことは、なお、小脳虫部～半球～橋～脳幹部への障害を認めることが出来る。

なお、AVMの診断には脳血管写が最も有効とされ、我々の症例も当検査にて確診を得た。AVMの治療は、その部位・大きさ・手術による脱落症状などを総合して決定され、塞栓療法・全摘出手術が治療の中心である。我々の症例は、Infratentorial にて脳幹部に近接しており、また巨大なため、まず塞栓療法にて病巣の血栓縮小化を期待し、その後全摘出手術を行う予定として現在経過観察中である。

ま と め

我々は、扁桃周囲膿瘍の穿刺排膿直後から歩行障害・悪心嘔吐などの症状を発現し、頭蓋内合併症を疑わせた小脳巨大動静脈奇形からの出血例を経験したので報告した。症例は、31歳の男性で、神経耳科的検査・CT scan・脳血管写にて小脳AVMの確診を得、その出血の誘因として両側扁桃周囲炎・扁桃周囲膿瘍という多大な Stress が示唆された極めて稀な臨床的特長を有していた。

稿を終えるに臨み、御校閲を賜りました水越治教授に深謝致します。また、御指導、御助言をいただいた京都府立医科大学脳神経外科学教室東保肇先生、柳本広二先生、並びに愛生会山科病院内科沢美彦先生に感謝の意を表します。

なお、本論文の一部要旨は、第29回日耳鼻京都滋賀合同地方部会（昭和59年、滋賀）において口演した。

文 献

- 1) 細見 英：扁桃周囲膿瘍切開後、敗血症、頭蓋内合併症を併発死亡したる症例。大日耳鼻 47: 265, 1941.
- 2) 古藤英明、他：Posterior fossa における giant A-V malformation. 神経内科 11: 396~398, 1979.
- 3) Matsumura H, et al: Arteriovenous malformations in the posterior fossa. J Neurosurg 47: 57~63, 1977.
- 4) 木本誠二、他：脳血管性障害。現代外科学大系26 D, 中山書店, 3~4, 1972.
- 5) 半田譲二、他：脳動静脈瘻の血行動態。臨床神経学 9: 271, 1969.

原稿到着：昭和60年2月14日

別刷請求先：水田康雄

〒607 京都市山科区竹鼻四丁野町19番地の4

愛生会山科病院耳鼻咽喉科