

原著

小児扁桃周囲膿瘍の臨床的特徴

矢野 瑞季¹⁾ 宇田 和宏^{2,3)} 塚本 淳也¹⁾ 荒木 孝太郎^{2,3)}
福岡 かほる^{2,3)} 松島 崇浩¹⁾ 鈴木 知子¹⁾ 榊原 裕史¹⁾
幡谷 浩史¹⁾ 堀越 裕歩^{2,3)}

要旨 扁桃周囲膿瘍は、重篤な合併症で致死的になり得る深頸部感染症であり、早期発見・治療が望ましいが、本邦小児の詳細な臨床経過に関する報告は少ない。今回、扁桃周囲膿瘍と診断した16例を後方視的に検討した。発熱は14例(88%)で認め、診断前の有熱期間が48時間以内の症例は7例(50%)と半数を占めた。その他の臨床症状・所見は、咽頭痛16例(100%)、口蓋垂偏位14例(88%)、開口障害9例(56%)、嚥下困難8例(50%)であった。A群レンサ球菌(GAS)迅速検査は9例(56%)に施行され、陽性は2例(22%)であった。外科的介入によって11例(79%)で有効な排膿が得られた。GAS迅速検査および穿刺・切開排膿検体の培養検査で原因菌が判明した症例は12例(75%)であり、GASが6例(50%)で最も多く、次いで*Prevotella* spp. 4例(33%)、*Bacteroides* spp. 3例(25%)であり、複数菌感染が8例(67%)に上った。抗菌薬はアンピシリン/スルバクタムが全例で選択され有効であった。急性扁桃炎患者では有熱期間やGAS迅速検査の結果によらず、開口障害や口蓋垂偏位の出現に注意して経過を追い、扁桃周囲膿瘍の早期診断につなげることが重要であると考えられた。

I. 背景

扁桃周囲膿瘍は、急性扁桃炎や扁桃周囲炎に続発する深頸部感染症であり、口蓋扁桃と上咽頭収縮筋に囲まれた扁桃周囲間隙に膿瘍を形成した病態である。上気道狭窄、降下性壊死性縦隔炎、内頸静脈血栓症、レミエール症候群などの重篤な合併症をきたし得るため、早期発見および早期治療が望ましい¹⁾。扁桃周囲膿瘍は深頸部感染症の中で最も頻度が高く²⁾、小児では思春期以降に多いとされる³⁾。臨床症状は、先行する咽頭炎を認めることが多く、嚥下困難、内側翼突筋への炎症の波及によって起こ

る開口障害、嗄声やこもり声といった声の変化などがある^{1,4)}。同定される原因菌はA群レンサ球菌(*Streptococcus pyogenes*, group A streptococcus [GAS])や嫌気性菌の*Fusobacterium* 属菌が多い^{5,6)}。診断は咽頭所見をもとに可能であるが、穿刺や画像検査も補助的に用いられる。治療は、抗菌薬投与に加え、しばしば外科的な穿刺・切開による排膿ドレナージを要する。

本邦からの報告は、成人を中心とした症例集積研究が多く^{7,8)}、小児に限定して臨床情報を詳細に検討した既報は少ない。小児の扁桃周囲膿瘍患者の臨床的特徴を明らかにすることを目的として後方視的

Key words : 深頸部感染症, 開口障害, 口蓋垂偏位, 急性扁桃炎

1) 東京都立小児総合医療センター総合診療科, 2) 同 感染症科, 3) 同 免疫科

連絡先: 矢野瑞季 〒183-8561 府中市武蔵台 2-8-29 東京都立小児総合医療センター総合診療科

検討を行った。

II. 対象と方法

2010年3月1日から2019年3月31日の間に、東京都立小児総合医療センターで扁桃周囲膿瘍と診断した18歳以下の症例を対象とした。症例の組み入れ基準は、電子診療録のシステムから保険病名に扁桃周囲膿瘍、化膿性扁桃周囲炎、頸部膿瘍、咽後膿瘍がつけられていた症例を抽出し、後方視的な診療録調査により①造影CT検査で扁桃周囲間隙に造影増強効果を伴い内部に低吸収域 (ring enhancement) を認めた症例、または②造影CT検査未実施症例では扁桃周囲の穿刺・切開により排膿が得られた症例とした。

評価項目は、年齢、性別、基礎疾患、臨床症状・所見 (初診時病日、38.0℃以上の発熱、二峰性発熱、咽頭痛、嚥下困難、開口障害、流涎、嗄声・こもり声、いびき、頸部可動域制限、耳痛、吸気性喘鳴、頸部腫脹、頸部リンパ節腫脹、口蓋垂偏位、Pediatric Assessment Triangle (PAT)⁹⁾、バイタルサイン)、先行抗菌薬の有無、検査所見 (白血球数、好中球分画、血小板数、CRP値、造影CTの有無、原因菌)、治療内容 (外科的介入の有無および有効な排膿を得たか、静注・内服抗菌薬および投与期間)、合併症 (上気道狭窄、降下性壊死性縦隔炎、内頸静脈血栓症、レミエール症候群など)、入院期間、集中治療室・人工呼吸器管理、予後 (再発例、死亡例) とした。なお、基礎疾患は、循環器、呼吸器、神経、腎・泌尿器、消化器疾患のため定期通院を要する児と定義した。神経疾患として熱性けいれんは除外し、発達障害は含めた。二峰性発熱は、24時間以上の解熱後5日以内に再度38.0℃以上になったものと定義した。また、症例数の経年的な変化についても調査した。GAS迅速検査はスポットエム™ i-Line StrepA (アークレイファクトリー社、滋賀、日本) を用いた。

本研究は東京都立小児総合医療センターの研究倫理審査委員会の承認を受け、臨床研究の拒否機会を設けるための情報公開をホームページ上で行い実施した (小児における頭頸部重症細菌感染症の臨床的特徴の検討: H30b-237)。

III. 結 果

診療録調査の結果、組み入れ基準を満たした症例は16例であった。患者背景、検査所見、治療内容、転帰を表1に示した。年齢の中央値は8.6歳 (四分位範囲6.6~11.0歳) であった。

症状が出現した日を第1病日とした当院初診時の病日は第5.5病日 (中央値) であった。臨床徴候の出現頻度を図1に示した。発熱は14例 (88%) で認め、診断前の有熱期間が48時間以内の症例は7例 (50%) であった。二峰性発熱は3例 (21%) で認めた。開口障害は9例 (56%)、口蓋垂偏位は14例 (88%) で認め、その両方を8例で認め、いずれか一方を7例で認めた。PAT良好は13例 (81%)、 $\pm 2SD$ ¹⁰⁾ をこえる心拍数、呼吸数を生じた症例はなかった。合併症は上気道狭窄を3例 (19%) で認め、降下性壊死性縦隔炎、内頸静脈血栓症、レミエール症候群はなかった。先行抗菌薬は2例 (13%) に投与されており、1例はアモキシシリン (32mg/kg/day、3日間) であり、もう1例はクラリスロマイシン (投与量および投与期間不明) であった。原因菌を図2に示した。GAS迅速検査および穿刺・切開排膿検体の培養検査で原因菌が判明した症例は12例 (75%) であり、GASは6例 (50%) であった。黄色ブドウ球菌は2例で、2例ともメチシリン感受性株であった。GAS迅速検査は9例 (56%) に施行され、うち陽性は2例 (22%) であった。静注抗菌薬はアンピシリン/スルバクタムが全例で選択され有効であり、14例 (88%) がアモキシシリン/クラブラン酸の内服へ切り替えられていた。外科的介入は14例 (88%) に施行され、うち穿刺11例、切開3例であった。上気道狭窄症状および切開排膿ドレナージのため全身麻酔および気管内挿管を要した症例が2例、集中治療室で管理した症例が2例あった。症例数およびGAS陽性者数 (迅速検査陽性または穿刺・切開排膿検体の培養検査で検出) の経年的変化を図3に示した。

IV. 考 察

小児の扁桃周囲膿瘍患者を詳細に検討した結果、以下の2点が示唆された。1点目は、原因菌

表 1 扁桃周囲膿瘍患者の患者背景, 検査所見, 治療内容, 転帰 (n=16)

患者背景		
年齢 (中央値, 四分位範囲)	8.6	6.6 ~ 11.0
3 歳以上	16	100%
性別 (男)	11	69%
基礎疾患	6	38%
気管支喘息	4	67%*
肺動脈閉鎖症/両大血管右室起始症	1	17%
アスペルガー症候群	1	17%
検査所見		
白血球数 (/ μ L, 中央値, 四分位範囲)	15,346	13,390 ~ 19,000
好中球分画 (% , 中央値, 四分位範囲)	79.4	75.7 ~ 82.9
血小板数 (万/ μ L, 中央値, 四分位範囲)	33.4	29.2 ~ 38.9
CRP 値 (mg/dL, 中央値, 四分位範囲)	3	1.5 ~ 4.2
造影 CT における ring enhancement	13	87% †
複数菌感染	8	67% ‡
治療内容		
静注抗菌薬投与	16	100%
静注抗菌薬投与期間 (日, 中央値, 四分位範囲)	4.5	3.8 ~ 6.0
全抗菌薬投与期間 (日, 中央値, 四分位範囲)	14	13 ~ 14
外科的介入	14	88%
有効な排膿	11	79% §
転帰		
入院期間 (日, 中央値, 四分位範囲)	6	6 ~ 8
集中治療室・人工呼吸器管理	2	13%
再発例	0	0%
死亡例	0	0%

* 4 例中 1 例のみ吸入ステロイド使用中でコントロール良好 (最終発作 4 年前).
他 3 例はコントローラーの使用なし.

† 造影 CT は 15 例で実施しており, 分母は 15 例とした.

‡ 複数菌感染は有効な排膿が得られた症例, および迅速検査で原因菌を同定した症例の合計 12 例を分母とした.

§ 有効な排膿は, 外科的介入を行った 14 例を分母とした.

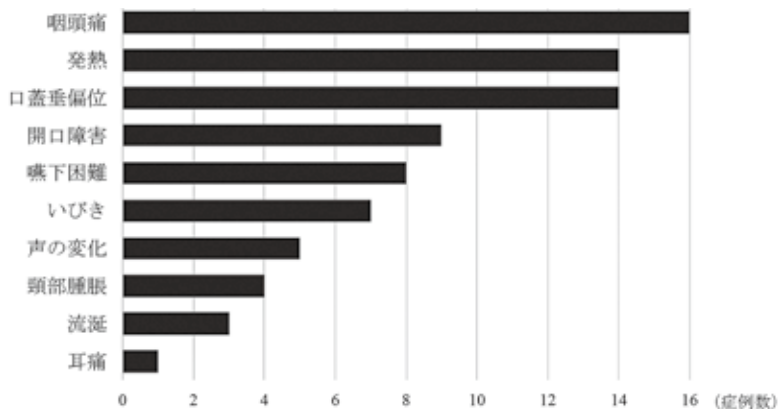


図 1 臨床徴候の出現頻度

発症から入院までの期間にみられた症状を示した。咽頭痛, 発熱, 口蓋垂偏位, 開口障害, 嚥下困難が比較的高頻度でみられていた。

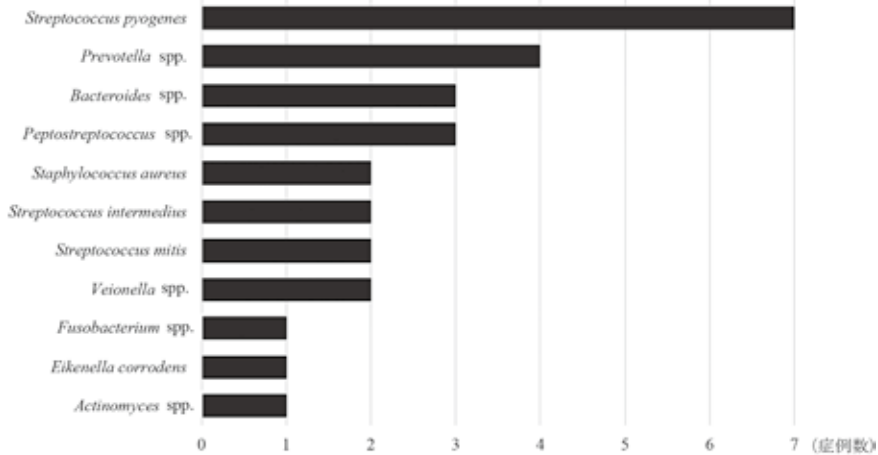


図2 原因菌

A群レンサ球菌迅速検査，および穿刺・切開排膿検体の培養検査から判明した原因菌を示した（重複を含む）。

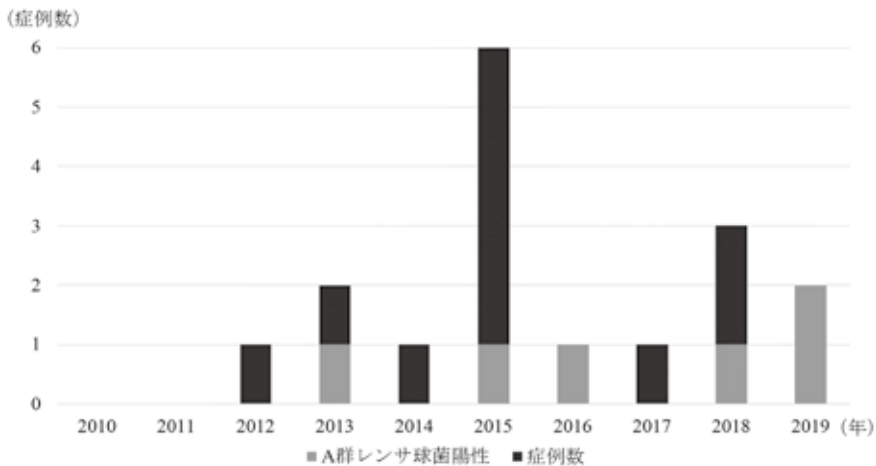


図3 症例数の経年的変化

開院（2010年3月）以降の各年における扁桃周囲膿瘍患者数およびA群レンサ球菌陽性者数（迅速検査陽性または穿刺・切開排膿検体の培養検査で検出）を示した，2019年は1～3月の期間の症例である。

はGASが最多だが，その他の細菌や複数菌感染も多く認められたことである。急性扁桃炎患者では，経過中のGAS迅速検査が陰性であっても，他の原因菌や嫌気性菌との複数菌感染による可能性があり，扁桃周囲膿瘍への進展を念頭に置いた経過観察が必要である。2点目は，有熱期間が48時間以内の症例が半数を占めており，有熱期間が短くても扁桃周囲膿瘍は否定できないことである。

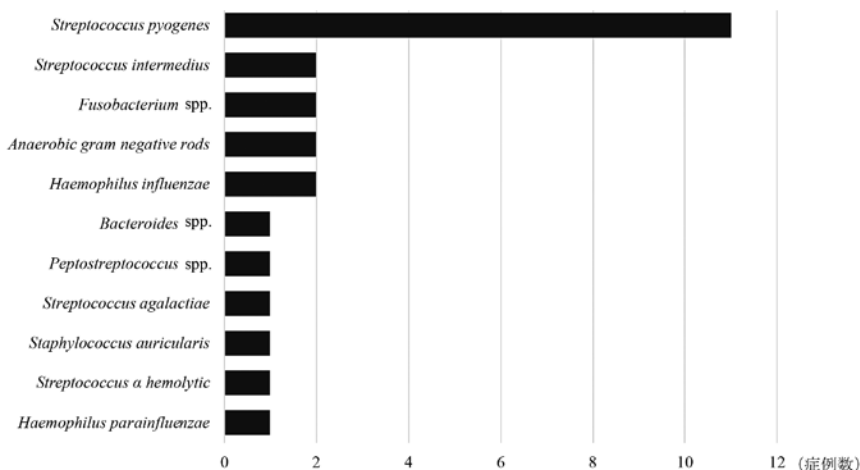
本検討での原因菌は，GASが最多であった一方

で，その他のレンサ球菌や黄色ブドウ球菌，口腔内嫌気性菌など原因菌は多岐にわたり，複数菌感染も多くみられた。1974年から2015年までの海外の扁桃周囲膿瘍に関する論文（小児・成人いずれも含む）を比較した総説の中で，GASの占める頻度は8～50%とばらつきが多かった（中央値23%）¹¹⁾。他の原因菌としてGroup C streptococcus, Group G streptococcus, *Staphylococcus aureus*, Viridans streptococcus, *Fusobacterium* spp.,

表2 本邦の小児扁桃周囲膿瘍の複数症例の報告一覧

報告者	診療科	症例数	年齢 (歳)	性別 (人)	報告年
須藤ら ¹⁴⁾	耳鼻咽喉科	19	14 (中央値)	記載なし	2012
佐々木ら ¹⁵⁾	耳鼻咽喉科	9	6.7 (平均値)*	男6, 女3	2010
佃ら ¹⁶⁾	耳鼻咽喉科	5	1, 3, 6, 12, 13	男3, 女2	1998
柴田ら ¹⁷⁾	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	4	4 (2例), 6, 8	男3, 女1	2013
杉田ら ¹⁸⁾	耳鼻咽喉科	3	10, 11, 13	男2, 女1	1989
北西ら ¹⁹⁾	耳鼻咽喉科	2	5, 7	男2	2002

*論文中に平均値のみ記載

図4 本邦小児の既報における原因菌^{14,16-19)}

A群レンサ球菌が最も多く、次いでその他のレンサ球菌や嫌気性菌を認めた。

Bacteroides spp., *Peptostreptococcus* spp., *Prevotella* spp.などがあり¹¹⁾, 複数菌感染が62~77%とされている^{12,13)}. 本邦小児の既報のうち扁桃周囲膿瘍を複数報告した文献(表2)をまとめると¹⁴⁻¹⁹⁾, 原因菌はGASが最多で55%を占めており(図4), 嫌気性菌との複数菌感染は25%であった^{14,16-19)}. 本検討におけるGASの頻度は本邦の既報と, GAS以外の原因菌や複数菌感染の頻度は海外の既報と類似した結果であった. また, GAS迅速検査が陽性になった症例は22%であった. 本検討で用いた迅速検査試薬は, 咽頭培養を基準とし, 感度94%とされている²⁰⁾. 本検討では, GAS迅速検査陽性かつ穿刺・切開排膿検体の培養検査でGAS陰性であった症例が1例あった. その要因としては, 迅速検査後かつ培養検査前に先行抗菌薬としてアモキシシリンの投与があったことが原因として考えられる. また, GAS迅速検査が陰

性かつ排膿検体の培養でGASが検出された症例が2例あった. 咽頭のぬぐい方の問題か検査感度が100%ではないことの影響かは不明であるが, 既報では偽陰性率22%と報告されており, その原因として, 同時期の採取ではあるが同一検体ではないこと, 迅速検査は培養より感度が低いことがあげられている²¹⁾. 急性扁桃炎患者では, GAS迅速検査が陰性であっても偽陰性の可能性, 他の原因菌や嫌気性菌との複数菌感染による扁桃炎の可能性があり, 注意して経過を追うことが重要と考えられた. 細菌性の扁桃炎を考慮し抗菌薬を使用する場合はアモキシシリンが原則であるが, 改善が乏しい場合は咽頭培養を提出し, 培養結果を参考に抗菌薬を選択する必要がある.

臨床症状は, 咽頭痛あるいは発熱で発症した症例が10例(63%)であり, 発症5.5日目(中央値)で来院していた. 過去の後方視的検討では, 症状

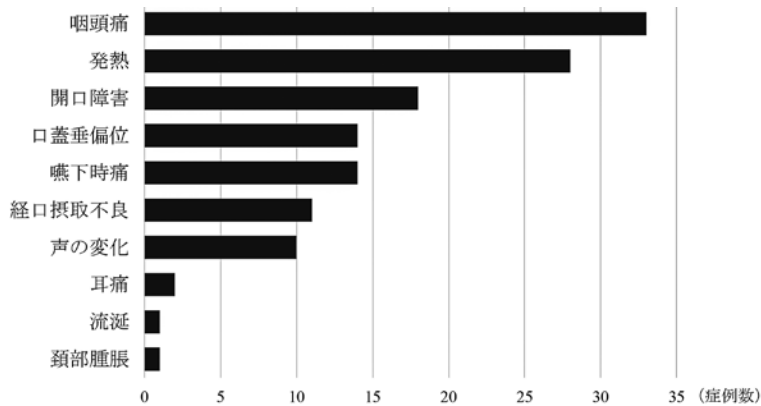


図5 本邦小児の既報における臨床徴候の出現頻度^{14~19)}

咽頭痛、発熱、開口障害、口蓋垂偏位、嚥下時痛が比較的高頻度でみられていた。

の出現から3~6日以内に発症しており¹¹⁾、本検討と同様の傾向がみられた。また、来院までの有熱期間は48時間以内の症例が50%であった。有熱期間を検討した症例集積研究は乏しく、既報との比較は困難だが、有熱期間の短い症例が少ないことがわかった。出現頻度の高い症状や身体所見については、口蓋垂偏位(88%)、開口障害(56%)、嚥下困難(50%)があげられた。海外の過去の後方視的検討では、口蓋垂偏位は59~95%、開口障害は50~77%、嚥下時痛/嚥下困難は95~100%と報告されており^{22,23)}、本検討の結果と類似していた。なお、Szuhayらの報告²²⁾は小児のみ、Costales-Marcosらの報告²³⁾は小児・成人いずれも対象としているが、上記3症状のいずれも前者の報告の方が後者より低い割合となっている。この原因の詳細は不明だが、小児の病歴聴取・身体診察の難しさを物語っているのかもしれない。本邦小児の報告(表2)をまとめると、多い順に咽頭痛94%、発熱80%、開口障害51%、口蓋垂偏位40%となっており(図5)^{14~19)}、本検討の結果と類似していた。その他、患側の耳痛は扁桃周囲膿瘍の症状として知られている^{1,24)}。急性咽頭痛の成人患者を対象とした研究で、化膿性合併症をきたした患者の14%でみられ、非合併症群と比較した調整オッズ比が3.02であったと報告されている²⁴⁾。今回の検討では1例(6.3%)、本邦小児の報告でも6%^{14~19)}と頻度は少なかった(図5)。小児で有用な所見かどうかは明確ではな

いが、耳痛の鑑別診断として念頭におく必要がある。また、本検討では、反復性扁桃炎の既往に関しては評価できていないが、既報では、扁桃周囲膿瘍患者の25~36%で反復性扁桃炎の既往があり^{22,25)}、また、その回数が少ない方が抗菌薬治療に反応性良好であったとされている²⁶⁾。これを踏まえると反復性扁桃炎の既往は扁桃周囲膿瘍を考慮するのに重要な病歴であると考えられた。なお、今回は15例(94%)でCT検査が実施されていた。扁桃周囲膿瘍は肉眼的に観察可能であればCT検査は診断に必要ではないとされるが¹⁾、開口障害による観察困難や他の深頸部感染症の鑑別のために高頻度で実施されていた。

本検討では先行抗菌薬投与を受けていた症例は2例と少なかった。GAS迅速検査が陰性の急性扁桃炎患者に対する抗菌薬投与は一般的に推奨されていないが²⁷⁾、その一方で抗菌薬投与を受けず扁桃周囲膿瘍を発症する症例がある。薬剤耐性菌が世界的な問題となっている現状で、ウイルス性が多くを占める急性扁桃炎へ盲目的に抗菌薬を投与することは許容されない。また、本検討で扁桃周囲膿瘍は9年間で16例であり、当院の救急外来受診者数が年間約35,000人、入院患者数が年間約2,700人であることを踏まえると頻度の比較的低い疾患であると考えられた。既報では、上気道感染症に対する抗菌薬使用が10%減少すれば、扁桃周囲膿瘍が10年あたりで0.9例増加するという報告²⁸⁾がある一方で、上気道感染症に対する抗菌

薬使用が減っても扁桃周囲膿瘍は統計学的に増加していなかったとする報告もある^{29,30)}。本検討では、経年的な増減に関しては症例数が少ないこともあり、統計学的な検討は行っていない。多くの年次で年間1~3例であったが、2015年のみ6例の症例が認められた。当院におけるGAS迅速検査陽性者数の推移と相関せず原因は定かではないが、経年的な増加傾向がみられないか今後も注意深く年次推移を追う必要がある。

結 語

急性扁桃炎患者では有熱期間やGAS迅速検査の結果によらず、開口障害や口蓋垂偏位の出現に注意して経過を追い、扁桃周囲膿瘍の診断につなげることが重要である。

利益相反

日本小児感染症学会の定める利益相反に関する開示事項はありません。

謝辞

扁桃周囲膿瘍の診療および画像読影を担当いただいた東京都立小児総合医療センター耳鼻咽喉科馬場信太郎先生、放射線科河野達夫先生、英文校正を担当いただいたJames R Valera先生に深謝いたします。

文 献

- Galio NJ : Peritonsillar abscess. *Am Fam Physician* 77 : 199-202, 2008
- Ungkanont K, et al : Head and neck space infections in infants and children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 112 : 375-382, 1995
- Herzon FS : Harris P. Mosher Award thesis. Peritonsillar abscess: incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. *Laryngoscope* 105 : 1-17, 1995
- Hidaka H, et al : Precipitating factors in the pathogenesis of peritonsillar abscess and bacteriological significance of the *Streptococcus milleri* group. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 30 : 527-532, 2011
- Brook I : Microbiology and management of peritonsillar, retropharyngeal, and parapharyngeal abscesses. *J Oral Maxillofac Surg* 62 : 1545-1550, 2004
- Klug TE, et al : *Fusobacterium necrophorum* : most prevalent pathogen in peritonsillar abscess in Denmark. *Clin Infect Dis* 49 : 1467-1472, 2009
- 海邊昭子, 他 : 扁桃周囲膿瘍 115 症例の臨床的検討. *日本耳鼻咽喉科学会会報* 118 : 1220-1225, 2015
- 大堀純一郎, 他 : 扁桃周囲膿瘍の CT 所見とその臨床的特徴. *日本耳鼻咽喉科学会会報* 116 : 947-952, 2013
- Dieckmann RA, et al : The pediatric assessment triangle : a novel approach for the rapid evaluation of children. *Pediatr Emerg Care* 4 : 312-315, 2010
- Beveridge R, et al : Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale : implementation guidelines. *CJEM* (3 suppl) : S2-28, 1999
- Klug TE : Peritonsillar abscess : clinical aspects of microbiology, risk factors, and the association with parapharyngeal abscess. *Dan Med J* 64 : B5333, 2017
- Plum AW, et al : Microbial flora and antibiotic resistance in peritonsillar abscesses in Upstate New York. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 124 : 875-880, 2015
- Sakae FA, et al : Microbiology of peritonsillar abscess. *Braz J Otorhinolaryngol* 72 : 247-251, 2006
- 須藤 敏, 他 : 当院の小児扁桃周囲膿瘍の臨床的検討. *日本耳鼻咽喉科感染症研究会会誌* 30 : 89-92, 2012
- 佐々木優子, 他 : 10 年間の当科における小児扁桃周囲膿瘍 9 症例の検討. *日本耳鼻咽喉科感染症研究会会誌* 28 : 111-113, 2010
- 佃 朋子, 他 : 小児扁桃周囲膿瘍の臨床的検討. *小児耳鼻咽喉科* 19 : 23-27, 1998
- 柴田博史, 他 : 小児扁桃周囲膿瘍 4 例の検討. *耳鼻咽喉科臨床* 106 : 615-619, 2013
- 杉田麟也, 他 : 小児の扁桃周囲膿瘍 3 例の検出菌. *嫌気性菌感染症研究* 19 : 22-25, 1990
- 北西 剛, 他 : 小児扁桃周囲膿瘍 2 例. *耳鼻咽喉科臨床* 95 : 939-943, 2002
- A 群ベータ溶血性連鎖球菌抗原キット, スポットケムTM i-Line StrepA. 添付文書.
- 菊田英明, 他 : 臨床的に典型的な A 群β溶血性レンサ球菌による咽頭・扁桃炎であるが迅速検査で陰性であった 32 例の咽頭培養細菌の検討. *小児感*

- 染免疫 23 : 233-239, 2011
- 22) Szuhay G, et al : Peritonsillar abscess or cellulitis? A clinical comparative paediatric study. *J Otolaryngol* 27 : 206-212, 1998
 - 23) Costales-Marcos M, et al : Peritonsillar infections: prospective study of 100 consecutive cases. *Acta Otorrinolaringol Esp* 63 : 212-217, 2012
 - 24) Little P, et al : Predictors of suppurative complications for acute sore throat in primary care : prospective clinical cohort study. *BMJ* 347 : f6867, 2013
 - 25) Kronenberg J, et al : Peritonsillar abscess: recurrence rate and the indication for tonsillectomy. *Am J Otolaryngol* 8 : 82-84, 1987
 - 26) Kim DK, et al : Clinical factor for successful non-surgical treatment of pediatric peritonsillar abscess. *Laryngoscope* 125 : 2608-2611, 2015
 - 27) 厚生労働省 : “抗微生物薬適正使用の手引き 第一版”. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000166612.pdf>. (参照 2019/11/29).
 - 28) Gulliford MC, et al : Safety of reduced antibiotic prescribing for self limiting respiratory tract infections in primary care: cohort study using electronic health records. *BMJ* 354 : i3410, 2016
 - 29) Cars T, et al : Antibiotic use and bacterial complications following upper respiratory tract infections : a population-based study. *BMJ Open* 7 : e016221, 2017
 - 30) Sharland M, et al : Antibiotic prescribing in general practice and hospital admissions for peritonsillar abscess, mastoiditis, and rheumatic fever in children: time trend analysis. *BMJ* 331 : 328-329, 2005

Clinical characteristics of peritonsillar abscess in children

Mizuki YANO¹⁾, Kazuhiro UDA^{2,3)}, Junya TSUKAMOTO¹⁾, Kotaro ARAKI^{2,3)},
Kahoru FUKUOKA^{2,3)}, Takahiro MATSUSHIMA¹⁾, Satoko SUZUKI¹⁾, Hiroshi SAKAKIBARA¹⁾,
Hiroshi HATAYA¹⁾, Yuho HORIKOSHI^{2,3)}

- 1) *Department of General Pediatrics, Tokyo Metropolitan Children's Medical Center*
- 2) *Division of Infectious Disease, Department of Pediatrics, Tokyo Metropolitan Children's Medical Center*
- 3) *Division of Immunology, Department of Pediatrics, Tokyo Metropolitan Children's Medical Center*

Peritonsillar abscess is a serious form of deep-neck bacterial infection. Although early diagnosis and treatment are imperative, few reports have described the detailed clinical course of pediatric peritonsillar abscess in Japan. This study retrospectively reviewed children diagnosed with peritonsillar abscess at this hospital and evaluated the demographic data, clinical symptoms and treatments. Sixteen patients in total were found. Fourteen (88%) had fever, and seven (50%) of them had fever within 48 hours prior to diagnosis. Sixteen (100%), 14 (88%), nine (56%) and eight (50%) patients had sore throat, uvular deviation, trismus and dysphagia, respectively. A rapid antigen test of group A Streptococcus (GAS) was performed in nine patients (56%), and two (22%) of them had positive results. Effective surgical drainage was performed in 11 patients (79%). Microorganisms were detected by rapid antigen test of GAS or culture in 12 patients (75%). GAS, the most frequent pathogen, was detected in six patients (50%) of the 12, followed by Prevotella spp. (four patients, 33%) and Bacteroides spp. (three patients, 25%). Among the positive cases for these microorganisms, eight (67%) of 12 had polymicrobial infection. Ampicillin/sulbactam was administered to all of the patients without treatment failure. Careful observation of symptoms, especially trismus or uvula deviation, is required in children with acute tonsillitis for early diagnosis of peritonsillar abscess, regardless of the preceding fever duration or results of the rapid antigen test for GAS.

Key words: deep neck infection, trismus, uvula deviation, acute tonsillitis

(受付：2019年12月10日，受理：2020年8月12日)

* * *