

白苔を伴う扁桃炎

本康医院 本康宗信・静岡薬剤耐性菌制御チーム
静岡県立静岡がんセンター 感染症内科 倉井華子

“扁桃腺に白いものがついているから、抗生物質下さい”と言われたことは、結構多いかもしれません。白苔は小児に多い所見ですが、成人でも扁桃腫大のある方では、認められることがあります。耳鼻咽喉科では、詳細な観察が可能であり、頻度も多いかもしれません。扁桃に白苔が見られる場合、溶連菌感染性咽頭炎、アデノウイルス感染症、EBV 感染症、PFAPA(Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis, cervical Adenitis) 症候群を考えることが多いと思います。白苔の有無のほか、発症経過、周囲の流行状況、頸部リンパ節腫大の分布なども鑑別に有用です。ご経験豊かな先生方は、視診でもある程度の起因微生物予測が可能かと思いますが、簡単に特徴をまとめてみました ¹⁾(表 1)。

表 1 白苔が見られることの多い主な疾患

	好発年齢	形態	併存所見
溶連菌	5～15歳	斑状	口蓋垂、軟口蓋発赤
アデノウイルス	2～5歳	線状	滲出物が多いこともあり
EBウイルス	6歳未満	斑状	広範囲、偽膜形成
PFAPA	3～8歳	斑状	アフタ性
単純ヘルペス	小児	歯肉・口内炎型	アフタを伴う
	成人	咽頭・扁桃型	アフタを伴う

どの疾患も、白苔の性状だけで診断することは難しいようです。溶連菌感染性咽頭炎については、迅速検査が利用可能ですが、検査をしにくい方があり、また感度 84%、特異度 98%であり、臨床的評価が必要となります。Modified Centor score、FeverPAIN score を参考にすることがあります。

表 2 Modified Centor score と診断確率 ²⁾

症候		スコア	合計	確率(%)
38℃＜ 咳がない 頸部リンパ節腫脹 扁桃腫大・白苔		1	0	8
		1	1	14
		1	2	23
		1	3	37
年齢	3-14	1	4-5	55
	15-44	0		
	≥45	-1		

* 妊婦では年齢を考慮しない

表 3 FeverPAIN score と診断確率³⁾

症候	スコア	合計	確率(%)
24時間以上の発熱	1	1	13-18
扁桃の膿・白苔	1	2	30-35
発症3日以内	1	3	39-48
扁桃発赤	1	4	62-65
咳・鼻汁なし	1	5	62-65

滲出性扁桃炎の小児 200 例の内、溶連菌感染が 16 例(32%)で、CRP や白血球数での鑑別は困難であったという報告があります⁴⁾。また 294 例の小児の扁桃炎のうち、140 名(47.6%)、143 種のウイルスが分離され、アデノウイルス(18.7%)、エンテロウイルス(16.3%)、インフルエンザウイルス(5.4%)、パラインフルエンザウイルス(5.1%)、単純ヘルペスウイルス 1 型(2.7%)、RS ウイルス(0.3%)という報告があります⁵⁾。一度に多くの検査を行うことはありませんが、白苔＝抗菌薬という構図にはならないと考えられます。白苔を伴う扁桃炎では、流行状況や年齢を考慮し、溶連菌、アデノウイルス、EBV 感染症を念頭に置いて診療することが必要と思われます。

成人でも小児と同様な感染症に罹患することがあります。溶連菌感染性咽頭炎は、小児で 15~30%、成人で 10~15%と言われ、成人で稀というわけではありません。HIV 初感染やクラミジア、淋菌性咽頭炎などの性感染症も考慮に入れる必要があります。HIV 感染症では、初感染より 2~4 週間後に急性感染症状を起こすことがあります。口腔内病変は比較的早期から見られ、治療にもかかわらず、再発を繰り返します。1 週間以上持続する症状や伝染性単核球症様の症状がある場合には、HIV 感染を念頭に置きます。高齢者の伝染性単核球症では、咽頭痛は少なく、肝機能障害で見つかることがあります、EBV よりも CMV によることが多いことに留意します。また *Arcanobacterium haemolyticum*、*Fusobacterium neophorum* による咽頭炎は、溶連菌感染性咽頭炎と区別が付きにくく、成人でも溶連菌迅速検査あるいは咽頭培養が必要なことがあります⁶⁾。頻度が少ないものでは、咽頭結核、マイコプラズマ感染症の報告もあります。高齢者で、口蓋や頬粘膜、舌などに容易に剥離できる白苔が見られた場合には、カンジダ症を考えます。片側の扁桃のみ白苔が見られ、腫脹が長く続く場合には、悪性リンパ腫の可能性も念頭に置きます。

後咽頭壁に見られる盛り上がったリンパ濾胞の存在は、インフルエンザによくみられるとされていますが、アデノウイルス、単純ヘルペスウイルス感染症などでも認められることがあります。

COVID-19 の流行初期では、咽頭観察を十分できなかったこともあったかと思えます。感染様式がわかった現在では、感染対策をしたうえで、身体所見をきちんととってから、検査を行うことが可能になっています。視診のみで診断がつくわけではありませんが、検査前確率を上げるための一つの手法として大事にしていきたいところです。

1) 佐久間孝久:アトラスさくま第 2 版 丸善プラネット 2008

2) Little P. et al.: Primary care Streptococcal Management (PRISM) study: in

vitro study, diagnostic cohorts and a pragmatic adaptive randomised controlled trial with nested qualitative study and cost-effectiveness study. Randomized Controlled Trial Health Technol Assess. 2014 Jan;18(6): vii-xxv, 1-101. PMID:24467988

- 3) Fine AM, et al.: Large-scale validation of the Centor and Mclsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. Arch Intern Med. 2012 Jun 11;172(11):847-52. PMID:22566485
- 4) Kunnamo A, et al.: Tonsillitis in children: unnecessary laboratory studies and antibiotic use. World J Pediatr. 2016 Feb;12(1):114-7. PMID:26547213
- 5) Hsieh TH, et al.: Are empiric antibiotics for acute exudative tonsillitis needed in children? J Microbiol Immunol Infect. 2011 Oct;44(5):328-32. PMID:21524968
- 6) Bisno AL: Acute pharyngitis N Engl J Med. 2001 Jan 18;344(3):205-11. PMID:11172144