魚骨による食道周囲膿瘍の2例

門脇 敬一・中島 幹夫*

Periesophageal Abscess ; A Report of Two Cases

Keiichi Kadowaki

(National Hamada Hospital)

Mikio Nakashima

(Tottori University)

Case 1: A 64-year-old female had esophageal trauma from a fish bone. Dyspnea necessitated tracheotomy. Incision and drainage produced a large amount of purulent material from which *Peptostreptococcus* was cultured.

Case 2: A 74-year-old male had esophageal trauma from a fish bone. Incision and drainage produced much purulent material, but no bacteria grew out in cultures.

Computer tomography was useful in making the diagnosis of abscess. Electronic endoscopy was used to examine the esophageal membrane of the periesophageal abscess. It showed that the anterior wall of esophageal membrane was diffusely swollen, the central region of the swelling was retracted, and a pus plug had been formed.

The treatment was surgical, in combination with appropriate antibiotics.

Key words: periesophageal abscess, fish bone, electronic endoscopy

はじめに

食道周囲膿瘍は、異物による食道損傷がその原因の多くを占めている。しかし近年は抗生物質の進歩により、実際に膿瘍を形成することは少なくなっている。

今回、私達は魚骨によると考えられた食道周囲膿瘍を2例経験した。さらにそのうちの1例では食道粘膜潰瘍と粘膜の腫脹を電子スコープで観察しえたので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例1. 64歳、女性。

初診：平成2年7月17日。

主訴：嚥下困難，呼吸困難，発声困難。

既往歴：26歳，卵巣摘出。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成2年7月1日，食事でメバルを食べたとき，魚の骨が喉にささったような気がした。7月8日から咽頭部痛，悪寒，発熱(37.9℃)が出現し，11日から声がでなくなり，嚥下困難も伴った。近医を受診し，当科に紹介とな

った。

初診時所見：体温は 37.6°C であった。披裂部粘膜は浮腫状に腫脹していた。声門は狭窄しており、唾液の貯溜が認められた。

頸部リンパ節は触知されなかった。

頸部レントゲン写真の側面像では、頸椎前部の軟部組織の拡大が認められた。CT scan では、頸椎と気管の間に内部構造の比較的均一な球形の腫瘤が認められた(図1)。

食道周囲膿瘍あるいは下咽頭腫瘍を疑った。

臨床検査所見：血沈 86/115 mm, 白血球

17000, 赤血球 493×10^4 , 尿蛋白(+), 尿アセトン(+), GOT 28 IU/l, GPT 28 IU/l, γ -GTP 34 IU/l, クレアチニン 1.1 mg/dl, BUN 17.6 mg/dl, 総蛋白 8.2 g/dl, 空腹時血糖 183 mg/dl, CRP 3+。

胸部単純レントゲン写真では、肺野、縦隔には異常を認めなかった。

入院後経過(図2)：7月17日入院し、局所麻酔下に気管切開を行い、気道を確保し、抗生剤(FMOX 4g/day)の投与を行った。症状は不変であった。内視鏡にて観察すると、下咽頭、食道粘膜は比較的スムーズで、狭窄はあるものの通過障害はなかった。食道透視では、狭窄はあるが通過障害はなかった。造影剤の漏出はみられなかった。食道周囲膿瘍と考え、7月19日、全身麻酔下に食道直達鏡を施行した。粘膜には異常なく、軽度の狭窄感を感じるのみであった。ただちに左胸鎖乳突筋の前縁で頸部外切開を行った。気管、食道境界部に黄色の膿汁を多量に認め、術創を開放創とし、ドレナージを留置した。

膿汁の細菌学的検査では、好気性菌は証明されず、嫌気性培養で *Peptostreptococcus* が認められた。抗生剤(CLDM 1800 mg/day, FMOX

図1 CT所見

頸椎と気管との間に均一で球形の腫瘤を認める(症例1)。

図2 入院後経過(症例1)

4 g/day) を使用し、ヒト免疫グロブリンを併用した。症状は軽快したが、頸椎前部の軟部組織の腫脹が続くために、8月7日、異物の存在を疑い全身麻酔下に頸部食道の観察を行ったが、異物はなかった。術後経過は良好で入院後、69日で退院した。

症例2. 74歳、男性。

初診：平成2年12月25日。

主訴：咽頭痛、嚥下痛。

既往歴：10年前、胆石で手術、8年前、腎結石で手術、6年前、肺炎。

家族歴：特記すべきことなし。

図3 電子スコープ所見

中央に潰瘍を伴い、食道粘膜は腫脹している(症例2)。

現病歴：平成2年12月22日、食事で魚を食べた。魚の骨が喉にささったような気がした。咽頭部痛、嚥下痛が続くため、当科を受診した。

初診時所見：体温は37.8℃であった。間接喉頭鏡検査では咽喉頭には異常は認めなかった。喉頭ファイバーおよび電子スコープで食道を観察すると鼻孔入口部から23 cm、食道第一狭窄部直下約2 cmのところに粘膜の腫脹とその中央に潰瘍がみられた(図3)。

臨床検査所見：血沈25/55 mm、白血球13000、赤血球455×10⁴、尿蛋白(-)、尿アセトン(-)、GOT 14 IU/l、GPT 9 IU/l、γ-GTP 17 IU/l、クレアチニン0.9 mg/dl、BUN 9.8 mg/dl、総蛋白6.3 g/dl、空腹時血糖102 mg/dl、CRP 6+。

入院後経過(図4)：12月25日、食道潰瘍として入院とし、予防的に抗生剤(FMOX 2 g/day)を静注したが、咽頭痛と嚥下痛は変化しなかった。28日、CTを撮影すると食道周囲に比較的均一な腫瘤陰影がみられた(図5)。抗生剤(FMOX 2 g/day、CLDM 1800 mg/day)を投与して経過観察した。31日、嚥下痛が持続するため、CTを再検すると腫瘤陰影は増大していた。同日、全身麻酔下に胸鎖乳突筋前縁の皮膚切開をし食道周囲に到達した。黄色の膿汁が多量認

図4 入院後経過(症例2)

図5 CT所見

椎体と気管との間に比較的均一な陰影を認める
(症例2)。

められた。術創を開放創とし、ドレナージを留置した。

膿汁の細菌学的検査では、好気性菌は認められなかった。嫌気性菌の培養は行わなかった。術後経過は良好で開創後22日で創は閉鎖し、入院後50日で退院した。

考 察

抗生剤の進歩により近年食道周囲膿瘍の頻度は低くなっている。しかし、一旦発症すると重篤な疾患となる。特に炎症が縦隔洞へ波及すると、しばしば致命的となる。食道周囲膿瘍は咽後膿瘍、扁桃周囲膿瘍、化膿性食道炎などの化膿性炎症が直接波及したものか、または異物の穿孔あるいは内視鏡による食道壁の深達性損傷、化学薬品などによる穿孔が原因となって生じる¹⁾。そして、食道周囲の疎性結合組織を介して縦隔洞に容易に波及していく。症例1では、入院の17日前に魚を食し、その後より軽度の咽頭痛があり、最終的に食道周囲膿瘍に至っている。食道直達鏡などの検査により食道粘膜に穿孔がなく、粘膜が比較的スムーズであったことから、魚骨の直接的刺入によるものではなく、はじめ魚骨による擦過傷があり、それが深部に影響を及ぼし膿瘍を形成したものと考える。症例2も同様に、魚骨が食道にささり、その後脱落し潰瘍が生じ、その潰瘍から食道周囲膿瘍が生じたものと考える。

症状としては、嚥下痛、嚥下困難、顔面・頸部の腫大、頸部強直、斜頸などが起こり、発熱、悪寒戦慄を訴え、喉頭浮腫のための呼吸困難が起こることがあり、食道穿孔を伴えば、顔面、頸部、胸郭皮下に気腫を伴うことがある¹⁾。われわれの症例でも発熱、嚥下痛、嚥下困難がみられた。特に症例1では頸部の食道気管境界部に限局した膿瘍であったため気管を後方より直接的に圧迫し気道狭窄をおこし、呼吸困難を起こした。

診断上、頸部レントゲン写真側面像が非常に有効な手段となる。頸部椎前軟部組織の拡大があった場合膿瘍を疑う。さらにCTは膿瘍の診断の際に非常に有用であり²⁾³⁾、他のスペースへの波及の有無、治療への効果を判定するのに非常に有用である⁴⁾。食道粘膜面を観察するためにファイバースコープによる観察も重要である。われわれは、症例2では、電子スコープによる食道周囲膿瘍を観察しえた。電子スコープは、その画像が鮮明で正常粘膜をはじめ各種病変の表面微細構造をルーチンに観察することができる⁵⁾。したがって今後耳鼻咽喉科領域でも多用されてくるようになると思われる。

われわれの症例では臨床症状とX線学的所見により、頸部に限局した食道周囲膿瘍を疑ったが、最終的には頸部外切開により、直接膿汁を確認することで確定診断がついた。

重症例での深頸部膿瘍でみると、検出菌は好気性菌と嫌気性菌の混合感染が38.2%と多く、嫌気性菌が関与している場合は、混合感染も含めると、50%にも達する。好気性菌では α -*Streptococcus*、嫌気性菌では*Peptostreptococcus*と*Bacteroides*などが比較的多く検出されている⁶⁾。また、頸部膿瘍のすべてに*Peptostreptococcus*、*Bacteroides*をはじめとする嫌気性菌を検出している報告もある⁷⁾。症例1では、抗生剤投与しながらではあるが、細菌学的検査を行うと好気性菌は検出されず、嫌気性菌では*Peptostreptococcus*が検出された。

食道周囲膿瘍は、その解剖学的特徴により容

易に縦隔に波及しやすい。治療においては早期に、頸部外切開あるいは食道内腔より切開排膿する必要がある。また呼吸困難がある場合は、気道確保の目的で気管内挿管あるいは気管切開を行う必要がある。全身的には抗生剤を投与する必要がある、特に嫌気性菌の関与が高いことから CP, TP, LCM, CLDM, MINO, DOXY, MNZ などの使用も行い⁸⁾、他の菌に対するスペクトルを有する抗生剤も使用していく必要がある。

炎症が縦隔まで及んだ場合は開胸術を行い胸腔ドレナージを行わなければならないこともある⁹⁾。症例 1 では気道狭窄があり、局所麻酔下に緊急気管切開を行い、2 日後に頸部外切開を行った。開放創とし、ガーゼ・ドレージを行った。術後炎症所見は軽快していったが、頸部の椎前軟部組織の拡大が持続するために、食道外異物を疑い、精査の目的で気管食道周囲の検査を行ったが、異物は認められなかった。

最近、深頸部膿瘍の治療として、外科的切開を行わず穿刺による排膿と全身的抗生剤投与で治療している報告がある⁴⁾。われわれの症例のように気管食道境界部での膿瘍では CT ガイド下での膿瘍の穿刺排膿は不适当ではないかと考えた。したがって診断がつきしだい、早急に外科的切開を行うのが最良であったと考える。

まとめ

頸部食道周囲膿瘍の 2 例を報告した。症例は 64 歳女性、74 歳男性で、魚骨によると考えられる膿瘍で、頸部外切開、排膿と抗生剤投与により治癒できた。食道周囲膿瘍の食道粘膜潰瘍を電子内視鏡にて観察した。最近頻度が少なくなったと考えられる食道周囲膿瘍について文献的考察を加えた。

稿を終えるにあたり、御校閲を賜った生駒尚秋教授に深く感謝致します。本論文要旨は平成 3 年 3 月 17 日、日本耳鼻咽喉科学会島根県地方部会で発表した。

文 献

- 1) 切替一郎, 野村恭也編: 新耳鼻咽喉科学改訂第 7 版. 570 頁, 南山堂, 東京, 1982.
- 2) Holt GR, McManus K, Newman LCRK, et al : Computed tomography in the diagnosis of deep neck infections. Arch Otolaryngol 108 : 693~696, 1982.
- 3) 八木昌人, 田山二郎, 市村恵一: Deep neck infection —CT の有用性と切開排膿の是非に関する考察—. 耳鼻 35 : 1~6, 1989.
- 4) de Marie S, Tjon A Ttham RT, van der Mey AG, et al : Clinical infections and nonsurgical treatment of parapharyngeal space infection. Rev Infect Dis 11 : 975~982, 1989.
- 5) 星原芳雄, 福地創太郎: 消化器内視鏡マニュアル改訂 2 版(竹本忠良編). 217~223 頁, 南江堂, 東京, 1989.
- 6) 深本克彦, 杉田麟也: 急性扁桃炎に続発した頸部縦隔膿瘍の 1 例. 日耳鼻 93 : 884~893, 1990.
- 7) Bartlett JG and Gorbach SL : Anaerobic infections of the head and neck. Otolaryngol Clin North Am 9 : 666~678, 1976.
- 8) 中村 功: 嫌気性菌感染症. 耳喉 52 : 783~785, 1980.
- 9) Levine TM, Wurster CF, Krepsi YP, et al : Mediastinitis occurring as a complication of odontogenic infections. Laryngoscope 96 : 747~750, 1986.

(原稿受付: 平成 3 年 2 月 28 日
原稿採択: 平成 3 年 4 月 12 日
別刷請求先: 門脇敬一
〒683 米子市西町 36-1
鳥取大学医学部耳鼻咽喉科学教室)