

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

旭川赤十字病院医学雑誌 (1989.03) 3巻:174~178.

後縦隔に伸展した食道周囲膿瘍の1例

内田祥子、谷田光弘、柳内統、野中聡、小林吉史

後縦隔に伸展した食道周囲膿瘍の1例

内田 祥子*¹ 谷田 光弘*¹ 柳 内 統*¹
野 中 聡*² 小 林 吉 史*²

Key Words : Periesophageal abscess, meidastinal abscess, deep neck infection, foreign body drainage.

I. はじめに

食道周囲膿瘍は、抗生物質の普及により重篤な症状を呈するものは稀になったとされている。一方保存的治療を優先させ切開・ドレナージという外科的治療の時機を逸し治療に苦慮した例や、糖尿病・膠原病などの基礎疾患を伴っていたために重症化した症例なども報告されている。今回我々は、64歳の男性で魚骨異物によると思われる食道穿孔をきたし、上部頸椎より下部胸椎の前方に広範囲の膿瘍腔を形成した症例を経験し、頸部外切開及び縦隔ドレナージによって治癒せしめたので報告する。

II. 症 例

患 者：64歳，男性。

主 訴：嚥下困難。

既往歴：16歳，大腿骨結核。23歳，肺結核。

糖尿病(一)。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和62年9月22日、魚の干物を食べた後軽度の咽頭痛を自覚したが放置。翌日より37°台の微熱が出現し、近医で抗生物質等の治療をうけたが症状は次第に増悪。嚥下障害も出現してきたため、9月28日市立稚内病院耳鼻咽喉科を受診。異物による食道周囲膿瘍を疑われ当科へ紹介された。

入院時所見：体格小，全身状態比較的良。右側頸部に軽度の腫張を認めたが，自発痛・圧痛はなく波動は触れなかった。呼吸困難の訴えはなかったが嚥下障害は高度で，口腔内，咽頭に唾液が貯留し，下咽頭後壁は著明に膨隆していた。血液学的所見では白血球11300，CRP(6+)と著しい炎症所見を示し，血清蛋白は4.6と低下していた。

X線所見：喉頭側面像で頸椎前方に巾広い気腫像を認めた。上方は第2頸椎までいたり気管を前方へ圧排していた。椎骨には異常を認めな

*¹旭川赤十字病院耳鼻咽喉科 *²市立稚内病院耳鼻咽喉科

A CASE REPORT OF PERIESOPHAGEAL ABSCESS EXTENDED INTO THE RETROMEDIASTINUM

Shoko UCHIDA,*¹ Mitsuhiro TANIDA,*¹ Osamu YANAI,*¹ Satoshi NONAKA,*² Yoshifumi KOBAYASHI*²

*¹ Department of Otorhinolaryngology, Asahikawa Red Cross Hospital.

*² Department of Otorhinolaryngology, Wakkanai City Hospital.

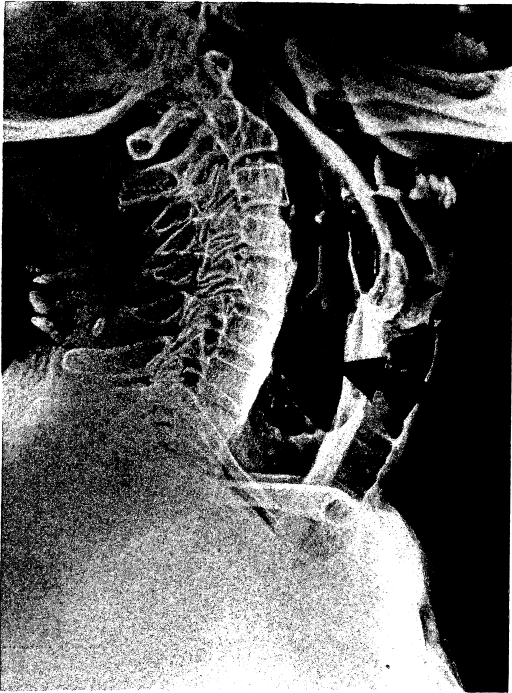


図1. 初診時の喉頭側面像。頸椎前方に巾広い気腫像を認める。

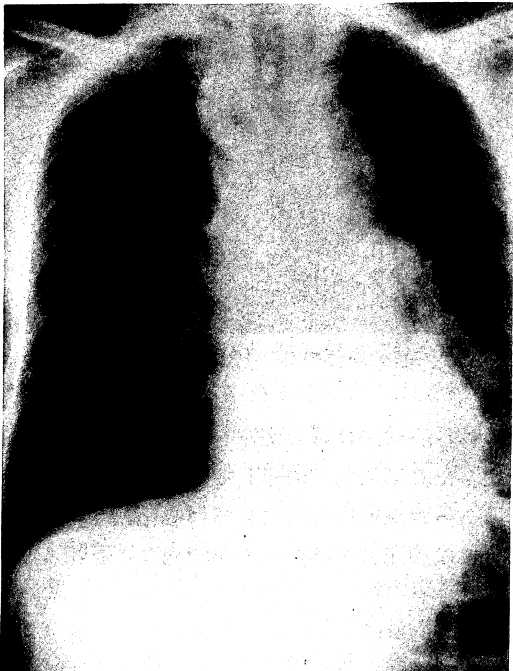


図2. 初診時の胸部正面像。上縦隔右側に異常陰影を認める。

かった(図1)。胸部正面像では上縦隔右側に異常陰影を認めた(図2)。左下肺野の陰影と石灰化陰影は古い結核によるものである。喉頭側面像でみられた気腫像は、胸部側面像で下部胸椎前方に及んでおり、鏡面像も認められた(図3)。CT上も気腫が頸椎前方から縦隔内へ伸展しているのが明らかで(図4)、下方は横隔膜付近まで

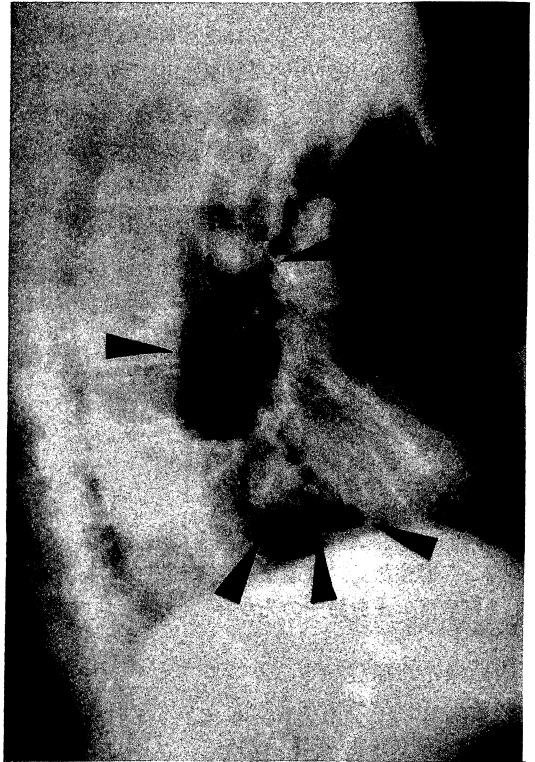


図3. 初診時の胸部側面像。

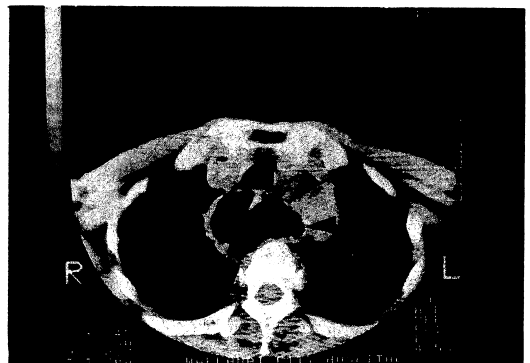


図4. 初診時のCT。椎骨前方に気腫が認められ気管・食道を圧排している。

続いていることがわかった。これらの所見より広汎な食道周囲膿瘍の縦隔洞内伸展と判断し、全身麻酔下に頸部外切開、縦隔ドレナージを施行した。

手術所見：気管内挿管後、まず食道直達鏡で第1狭窄部の右側に穿孔があるのを確認した。続いて右胸鎖乳突筋前縁に切開を挿入、甲状腺右側で深部へ剝離をすすめると波動を触知したためここを穿刺し、気体と膿汁の存在を確認した。さらにこの部を大きく開放して多量の膿汁と壊死組織を除去した。食道壁露出後、術野からも穿孔部を確認した(図5)。穿孔部を縫合し、



図5. 術中所見。食道第1狭窄部右側に穿孔を認めた。止血鉗子の先が穿孔部。

後縦隔の膿瘍腔内へシリコンドレーンを挿入し開放創にして手術を終了した。このドレーンは胸骨上縁より約20cm、抵抗なく入れることができた。

術後経過：術後より広域スペクトラムをもつ抗生剤とグロブリン製剤を使用、中心静脈栄養で全身管理を行った。排膿が多いときは膿瘍腔内への抗生剤の注入も行った。術中の細菌検査ではグラム陽性球菌、グラム陽性桿菌、酵母様真菌が少数認められたが、緑膿菌、嫌気性菌、結核菌は陰性であった。術後も頻回に細菌検査を行ったが同様の結果で、第7病日以降は菌は検出されなくなった。排膿は徐々に減少し、重篤な合併症もなく第17病日シリコンドレーンを抜去。この日の胸部写真では上縦隔の異常陰影は消失している(図6)。第29病日に食道造影を



図6. 第17病日の胸部正面像。上縦隔の異常陰影は消失している。

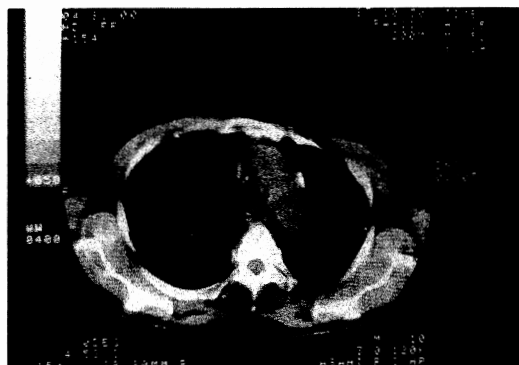


図7. 第32病日のCT(大動脈弓の高さ)

施行し、通過良好で漏洩も認めず経口摂取を開始した。第32病日のCTでは縦隔内で椎骨前方にあった気腫像も消失している(図7)。第38病日には切開創を縫合し、第52病日に退院となった。

III. 考 察

食道周囲膿瘍の原因として最も多いのは異物による食道損傷であり、次に直達鏡などの操作

による医原性のものが多いとされている^{1),2)} 異物の中では魚骨異物が多く^{3),4),5),6)} 義歯⁷⁾ 画鋏⁸⁾などによるものも報告されている。今回の症例は魚の干物の一部あるいは骨の部分による食道穿孔が原因と考えられるが、内科初診時の主訴が発熱であったこと、疼痛が軽度で内科医が異物の疑いをもたず問診を行わなかったことから専門医の受診が遅れ、このような広汎な膿瘍腔を形成するに至ったものと考えられる。膿瘍の伸展範囲としては造影剤を用いて下端を確認した報告があり、広戸⁴⁾が第3胸椎と第6胸椎の高さの症例、高須賀³⁾が第3胸椎と第4胸椎、岩武⁹⁾が第5胸椎の高さまで伸展した症例を報告している。我々の症例は胸部側面像でもわかるとおりさらに深く横隔膜に近いレベルまで伸展していた。

食道周囲膿瘍の診断には咽後膿瘍など他のDeep Neck Infectionと同様に喉頭側面像が役立つ^{10),11)} 椎骨と気管の間の距離の拡大があれば疑いが強い。明らかな気腫像、鏡面像を認める場合もある。膿瘍が縦隔洞内に伸展すれば胸部写真にも縦隔陰影の拡大などの異常が認められるようになるが^{12),13),14)} このような場合にはCTが膿瘍の伸展範囲を確認するために非常に有用である^{15),16)}

起炎菌の問題であるが、食道周囲膿瘍においてはStreptococcusを検出している報告が多い^{11),12),14)} 同時に嫌気性菌の関与を重視している報告もみられる^{10),12),13),14)} 嫌気性菌の感染を示唆する徴候として小林¹⁷⁾は、1)腸管穿孔後の感染。2)悪性腫瘍、異物、深い創などに関連した感染。3)アミノグリコシド系薬剤で軽快しない。4)病巣が壊死の時。5)肺、胸腔、皮下、胆のうなどでX線像でガス像が認められる時。6)膿、喀痰、分泌物に悪臭のある時(無いこともある)。7)粘膜下膿瘍が認められる時、などの項目をあげている。今回の症例では術中、術後に行った細菌検査でグラム陽性球菌、グラム陽性桿菌、酵母様真菌が少数認められたが嫌気性菌は検出されなかった。しかし酵母様真菌によるガス産

生の可能性があるとはいうものの、健康な宿主において真菌がこれほど多量のガスを産生することは考えにくく、先にあげたいくつかの徴候を伴っていることからいっても、やはり嫌気性菌の関与があったと考えるのが妥当であろう。

治療については、早期に外切開と十分なドレナージを行うことが必要であり、切開創は縫合せずに開放創とする方がよい¹¹⁾ 食道周囲膿瘍自体が重症感染症であるからあわせて抗生物質の投与とグロブリン製剤などの使用も必要である。また補液、経鼻栄養などで栄養状態の改善に努め、糖尿病などの基礎疾患があればそのコントロールも徹底させる。全身状態を把握した上での外科的治療が必要である。

IV. ま と め

1. 魚骨異物によると考えられる食道周囲膿瘍の後縦隔内伸展例を報告した。
2. 診断には喉頭側面、胸部正側面撮影が有用であり、膿瘍の伸展範囲を把握するためにCTが非常に役立った。
3. 起炎菌としてはその病態から嫌気性菌の関与が疑われた。
4. 治療としては保存的療法に頼らず、早期の積極的な外切開・ドレナージが必要である。

本論文の要旨は第157回日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会及び第50回耳鼻咽喉科臨床学会で口演した。

文 献

- 1) 山川強四郎：異物による食道周囲膿瘍，気食会報3：12-15，1952.
- 2) 竹田礎智夫：笹木臨床最近20年間の食道周囲膿瘍の統計的観察，耳鼻と臨床2：231-235，1956.
- 3) 高須賀信夫他：食道後部膿瘍及び縦隔洞膿瘍と食道外切開に就て，気食会報10：140-143，1959.
- 4) 広戸幾一郎他：食道周囲膿瘍の縦隔洞内伸展およびその処置について，耳鼻と臨床9：303-307，1963.
- 5) 都川紀正他：頸部食道周囲膿瘍にみられた嚥下障害，日気食会報30：235-239，1979.
- 6) 小林芳枝他：縦隔洞及び頸部皮下気腫を併発せる魚骨食道異物症例，及び当教室の食道異物症例の統計

- 的観察, 日気食会報29: 35-40, 1978.
- 7) 佐竹虔介他: 食道周囲膿瘍の4症例について, 横浜医学17: 285-288, 1966.
 - 8) 橋本省他: 異物による頸部食道周囲膿瘍の1例, 日気食会報31: 451-456, 1980.
 - 9) 岩武豊治: 食道損傷に依る食道周囲膿瘍上部縦隔洞膿瘍の治療に就いて, 気食会報4: 88-92, 1953.
 - 10) 新井峻他: 急性咽頭炎から食道周囲膿瘍と縦隔洞膿瘍を起こした糖尿病の1例, 耳喉56: 21-25, 1984.
 - 11) 佐藤公則他: 咽頭, 食道周囲膿瘍8症例の検討と問題点, 耳鼻臨床81: 875-879, 1988.
 - 12) 保喜克文他: 重篤な症状を呈した頸部膿瘍4例, 日耳鼻90: 1915-1921, 1987.
 - 13) 佐藤充他: 対照的な転帰をたどった側咽膿瘍の2症例, 耳鼻34: 6-12, 1988.
 - 14) 大内芳春他: 開胸を余儀なくされた deep neck infection の1症例, 耳鼻臨床81: 881-886, 1988.
 - 15) G. Richard Holt, et al: Computed Tomography in the Diagnosis of Deep-Neck Infections, Arch Otolaryngol 108: 693-696, 1982.
 - 16) Clark L. Carrol et al: CT Evaluation of Mediastinal Infections, Journal of Computer Assisted Tomography 11: 449-454, 1987.
 - 17) 小林章男: 嫌気性菌感染症, 医学のあゆみ111: 1022-1028, 1979.