

食道穿孔を伴う深頸部感染症の2症例

奥田 剛 原 浩 貴 橋本 誠

今手 祐二 山下 裕司

山口大学医学部耳鼻咽喉科

Two Cases of Deep Neck Infection with Esophageal Perforation

Takeshi OKUDA, Hirotaka HARA, Makoto HASHIMOTO, Yuji IMATE,
Hiroshi YAMASHITA

Department of Otolaryngology, school of medicine, Yamaguchi University

We reported two cases of deep neck infection with esophageal perforation. The patients were 25-year-old male and 68-year-old female. Early diagnosis and early complete surgical debridement were most important for management of gas producing infection, but infection was developed by delay of these cases diagnosis. Determination of method how to close esophageal perforation is most important.

はじめに

深頸部感染症は、抗生物質の発達した現在でも、診断や治療が遅れると、重篤化し不幸な転帰をとる場合もみられる疾患である。今回、我々は、食道への瘻孔・壊死を生じた頸部膿瘍の2症例を報告する。

症 例

症例1：25才男性

主 訴：咽頭痛，頸部腫脹，呼吸困難

現病歴：平成12年12月上旬，咽頭痛で近医内科を受診した。亜急性甲状腺炎と診断され，プレドニゾロン30mg/dayを処方された。症状改善したが再度咽頭痛が出現し，1月5日近医内科再診した。プレドニゾロンを再度処方され内服したが，症状増悪したため，当科を紹介され受診した。

経過：当科初診時，呼吸困難感と咽頭痛の訴えがあり，頸部は著明に腫脹，呼気は悪臭を伴っ

ていた。喉頭ファイバー検査を施行したところ，喉頭蓋左側・披裂部の腫脹と，周囲に膿汁の貯留が認められた。血液検査では，WBC 23800/ μ l，CRP 15.6mg/dlであり，左方偏位を伴っていた。緊急CT検査では，甲状腺左葉を中心に低吸収域が認められた（Fig. 1）。以上より，下咽頭梨状窩瘻に伴う化膿性甲状腺炎に続発し



Fig. 1 A CT scan shows low density area in the soft tissues.

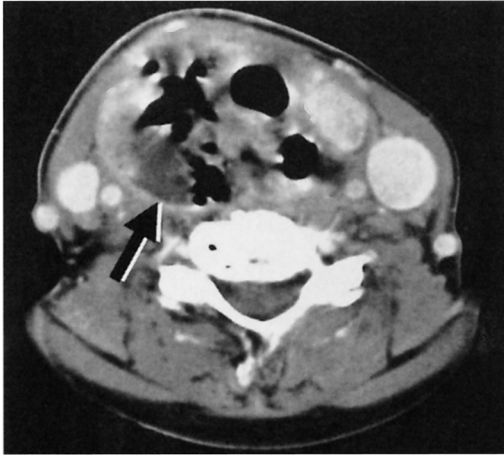


Fig. 2 A CT scan shows gas formation and low density area.

た頸部膿瘍を強く疑った。呼吸困難が強度であったため、ただちに全身麻酔下に手術治療を行った。頸部に襟状切開を行い、前頸筋群を処理すると、間隙より多量の膿汁流出を認めた。周囲組織は強く変性、壊死に陥っていたため、排膿と同時にデブリードメントを行った。甲状腺左葉はほぼ壊死しており、正中で結紮し、左葉は摘出した。また、甲状腺左葉上極より下咽頭梨状窩、頸部食道に通じる索状物があり、下咽頭梨状窩に瘻孔を形成していた。瘻孔周囲は強く変性壊死していたためデブリードメントを行った結果、頸部食道にかけて約2 cmの穿孔を生じた。瘻孔を可及的に縫合閉鎖したのち、創部を50%オキシフル生食、および5%イソジン加生食で洗浄し、ペンローズドレンとプリーツドレンを留置した。細菌学的検査で膿汁より、*Streptococcus α-haemolytic*, *Peptostreptococcus spp.* を検出した。術後は、CZOP, CLDM の併用投与を行うと共に、ペンローズドレンから1日2回、5%イソジン加生食による洗浄を行った。術後5日目には局所所見、血液検査ともに著明に改善した。術後14日後の食道造影検査では、造影剤の漏出は認められず、瘻孔閉鎖が確認された (Table 1)。

症例2：68才女性

主訴：咽頭痛、頸部腫脹

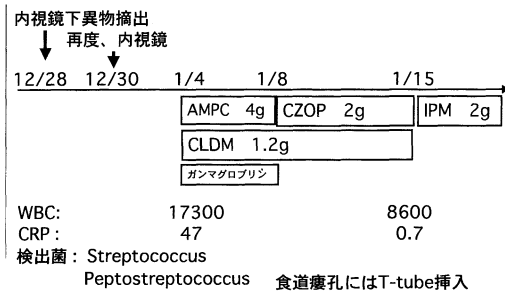
現病歴：平成12年12月28日、鯛骨の咽頭異物で、近医総合病院内科を受診し、食道内視鏡下に摘出された。咽頭痛が持続するため、12月30日に再度受診し、内視鏡検査を受けたが、異常を指摘されなかった。咽頭痛が増強し、頸部発赤、腫脹を伴ったため、1月4日、再々度受診し、同院耳鼻咽喉科で頸部CTを施行された。深頸部感染症、縦隔洞炎の診断で外科的治療目的に当科へ緊急入院した。

経過：CT上、咽頭後間隙に低吸収域を認めガス像を伴っていた (Fig.2)。甲状腺右葉内にガス像、低吸収域を認め、さらに臓側間隙の右側からガスにより頸部食道が左に圧排されていた。ガス像は縦隔まで進展していたため、外科的に切開排膿・ドレナージが必要と判断し、同日緊急手術を行った。右頸部に襟状切開を加えると、前頸筋下層より膿汁の流出を認めた。甲状腺右葉を中心に周囲組織は変性、壊死していたため、甲状腺亜全摘を含めてデブリードメントを施行した。食道側壁はやはり壊死しており、食道瘻孔の大きさは、約5 cmであった。瘻孔周囲組織の汚染・変性が強いことから、一期的な閉鎖は困難と判断し、Tチューブを留置し頸部食道瘻を作成した。反回神経は温存したが、呼吸困難を来す可能性が高いため、気管切開術を施行した。創部にペンローズドレンを留置した。術後、AMPC, CLDM の2剤併用投与を開始し、ガ

Table 1 Treatment during hospitalization

切開・デブリードメント		下咽頭・食道造影	
1/17	1/23	1/31	2/6
CZOP 2g			
CLDM 1.2g	CAZ 2g	PIPC 2g	
WBC: 23800	10500	6300	
CRP: 15.60	5.88	1.28	
検出菌: <i>Streptococcus</i> <i>Peptostreptococcus</i>			

Table 2 Treatment during hospitalization



ンマグロブリンを3日間投与した。創部を、ペンローズドレン部より、5%イソジン加生食、および50%オキシフル生食で毎日2回洗浄した。細菌学的検査では、*Streptococcus anginosus*, *Peptostreptococcus micros* を、検出した。術後49日目にTチューブを抜去した。56日目に経口摂取可能となり退院となった (Table 2)。

考 察

深頸部感染症の原因としては、齲歯や扁桃周囲膿瘍に代表される様々な咽喉頭の感染性疾患などがある。咽頭痛、嚥下困難、発熱、頸部腫脹などを呈する患者の場合には常に念頭に置くべき疾患と考えられる。今回我々が経験した2症例は、いずれも上記の症状で医療機関を受診したが、診断の遅れから深頸部感染症の重篤化を来した可能性が高い。

症例1は、前医内科において亜急性甲状腺炎の診断でプレドニゾロンの内服加療を受け症状は一旦改善した。しかし再度の咽頭痛出現に対して初回と同様の治療を受け、頸部膿瘍を来した症例である。診断の遅れが、感染を重篤化させたものと考えられる。TSH, FT3, FT4の値だけで、亜急性甲状腺炎との化膿性甲状腺炎との鑑別は困難で、注意深く感染徴候を観察する必要がある。本症例では、結果的には下咽頭梨状窩瘻の存在による化膿性甲状腺炎と考えられるが、プレドニゾロンの投与により感染が増悪した可能性もある。

症例2は、食道異物による食道穿孔から、縦隔膿瘍にいたった症例である。食道穿孔の原因としては、食道異物、医原性、特発性などがある。食道異物は主な食道穿孔の原因となっているが、食道異物自体の穿孔を引き起こす頻度は1%とされている¹⁾。食道異物の中でも魚骨は、穿孔を引き起こしやすい。大型魚(鯛, カレイ, ヒラメ, ブリ等)の魚骨の場合は特に注意が必要で、異物が25mm以上の大きさであった場合は、穿孔を引き起こす可能性が高く、食道穿孔の合併を疑う必要があるとされている²⁾。頸部の食道穿孔に伴う症状としては、局所の疼痛、嚥下障害、後頸部腫脹、皮下気腫、圧痛等があり³⁾、時間と共に増悪する。

本症例の反省点として次のことが考えられる。前医にて食道内視鏡下に摘出された魚骨は大型の鯛骨であり、食道穿孔の合併を疑い、絶飲食指示、抗生剤の投与を行うべきと考えられるが、施行されていなかった。また、咽頭痛の持続を訴え再度来院した際にも、再度の内視鏡検査を施行されているが、食道穿孔がある場合、内視鏡施行時の送気は気腫を増悪する可能性がある。食道穿孔の合併、頸部膿瘍形成を疑い慎重な対応が必要で、まずCTを施行すべきであったと思われる。

今回、我々が経験した2症例は経過は異なるが深頸部膿瘍、食道穿孔を合併していた。重篤な深頸部膿瘍に対してはできるだけ早急に切開排膿、ドレナージが必要である。しかし、食道穿孔に対する処置に関しては、特に周囲に膿瘍を合併するような場合、慎重に対処する必要がある。むやみな一期的閉鎖は、再度の穿孔・膿瘍形成を引き起こす可能性がある⁴⁾。中川らによると、穿孔が5cm以下で、周囲の組織の汚染が少ない場合、一期的閉鎖を行い、穿孔が5cm以上で、周囲の汚染が重篤な場合は一期的閉鎖を行わず、頸部食道瘻を作成するのがよいとしている⁵⁾。今回の2症例の場合、症例1は、穿孔の大きさが約2cmで、穿孔部周囲の

炎症も比較的軽度であり、一期的に縫合閉鎖した。症例2は、穿孔が約5cmであり、周囲組織の変性、壊死が重篤であったため、まずTチューブ留置による頸部皮膚瘻を作成し、二期的に穿孔閉鎖を行った。両症例ともに良好な結果が得られた。

ま と め

- 1, 食道穿孔を合併した深頸部感染症の2例を報告した。
- 2, 重篤な感染を伴う食道穿孔の場合、穿孔の閉鎖に関しては穿孔及び周囲の状態により判断する必要がある。

参 考 文 献

- 1) Nandi P: Foreign body in the oesophagus. Review of 2394 cases. Br. J. Surg., 65: 5 - 9, 1978.
- 2) 高根宏展: 魚骨異物の診断と治療. JO-HNS, 9: 457-462, 1993.
- 3) 門脇敬一 他: 魚骨による食道周囲膿瘍の2例. 耳鼻臨床, 84: 1609-1613, 1991.
- 4) Skinner DB: Management of esophageal perforation. Am. J. Surg., 139: 760-764, 1980.
- 5) 中川儀英 他: 食道穿孔. 救急医学, 22: 645-647, 1998.

質 疑 応 答

質問 荻野仁志 (はぎの耳鼻咽喉科)

前医で亜急性甲状腺炎と診断されているが採血など必要な検査は施行されていたのか。

応答 奥田 剛 (山口大)

前医での血液検査で白血球 11000, TSH の低下, FT3, FT4 の上昇を認め、甲状腺機能より亜急性甲状腺炎を診断されたと思われるが白血球より化膿性甲状腺炎であった可能性もある。

連絡先: 奥田 剛

〒755-8505 山口県宇部市南小串 1-1-1

山口大学医学部耳鼻咽喉科

TEL 0836-22-2281 FAX 0836-22-2280