

年長児食道異物の1例

小児科 野崎 浩二, 長田加寿子, 本田 耕介
鶴見 文俊, 本倉 浩嗣, 北村 直行
消化器内科 田中 淳也, 鍋島 紀滋

小児の食道異物は、低年齢の児に多く、年長児における食道異物は少ない。特に内視鏡による摘出処置を要する例はまれである。また年長児では症状の特異性が乏しいため、異物の診断が困難なこともしばしばある。

今回われわれは診断加療に至った年長児における食道異物の1例を経験したので報告する。

keyword：食道異物，年長児，内視鏡

1. 症 例

患者：13歳，女児。

主訴：嘔吐。

既往歴：胸部が途中でつままった感じがすることはあったがその時期は不明である。食道異物の既往はなし。

家族歴：特記すべきことはなし。

現病歴：X年11月24日にステーキを含む夕食を食べ、その後、嘔吐が出現した。胸部の途中で物がつままった感じがした。25日に近医開業医を受診されたところ、症状が比較的軽微であったため、経過観察を指示されたが、家族の希望もあり、翌26日に本科に紹介受診となった。発熱なし。便秘なし。下痢なし。発症直前の生もの摂取既往なし。

初診時理学所見：体温36.4℃，体重42.4kg。意識清明。努力性呼吸なし。全身状態良好。軽度咽頭発赤あり。心雑音なし。脈不整なし。肺野は清。腹部は平坦で軟。腸蠕動音亢進しているが圧痛なし。皮膚色良好。項部硬直なし。Kernig徴候なし。

2. 検査所見

初診時血液検査(表1)では明らかな炎症所見を認めず、T.Bil アミラーゼ Fe のわずかな上昇を認めたが病的意義は不明であった。また好酸球の増多も認めず、その他特記すべき異常を認めなかった。

表1. 血液検査

CRP	0.04 mg/dL	血糖	75 mg/dL
アルブミン	5.4 g/dL	血中ケトン体	0.5 mmol/L
T-BIL	1.3 mg/dL	Na	141 mEq/L
D-BIL	0.1 mg/dL	K	4.4 mEq/L
I-BIL	1.2 mg/dL	Cl	107 mEq/L
AST	25 IU/L	Ca	10.0 mg/dL
ALT	13 IU/L	P	4.7 mg/dL
LDH	166 IU/L	Fe	185 μg/dL
TP	8.4 g/dL	白血球数	5160 /μl
ALP	915 IU/L	赤血球数	4.83 ×10 ⁶ /μl
γ-GTP	14 IU/L	血色素量	14.5 g/dl
コリンエステラーゼ*	360 IU/L	ヘマトクリット	42.8 %
CPK	79 IU/L	血小板数	290 ×10 ³ /μl
アミラーゼ*	208 IU/L	好中球	64.6 %
クレアチニン	0.68 mg/dL	好塩基球	0.6 %
BUN	17.5 mg/dL	好酸球	1.2 %
尿酸	6.5 mg/dL	単球	4.1 %
中性脂肪	45 mg/dL	リンパ球	29.5 %
総コレステロール	214 mg/dL		

3. 臨床経過

(1) 11月26日(発症後2日:初診時)

急性胃腸炎と考え、外来でメトクロプラミド点滴+輸液後、対症療法薬(ドンペリドン+レバミピド+整腸剤内服)を処方し経過観察、症状がつづけば再診精査とした。

(2) 11月29日(発症後5日)

胸部正中の違和感がつづき、嚥下困難がつづくとのことで再診され、食道の通過障害を疑い、同日レントゲン撮影後、院内消化器内科に紹介した。

胸部レントゲン所見(図1)では、腫瘤影を含め特記すべき異常所見を認めなかった。腹部レントゲン所見(図2)では、大腸がやや便秘状態であったが、その他特記すべき異常所見を認めなかった。

同日院内消化器内科では、経過と診察所見から食品(肉塊)による食道異物、食道の熱傷などの可能性を考え、翌日内視鏡検査を行うこととなった。

(3) 11月30日(発症後6日)

鎮静下に上部消化管内視鏡検査を施行した。

上部消化管内視鏡検査所見(図3)では食道の第3狭窄部の口側と思われる部分に異物(肉塊)を認めた。内視鏡で摘出したものは肉塊で(図4)長径は約3cmであった。異物除去後に内視鏡で観察した食道壁(図5)は白斑を認め、好酸球性食道炎が疑われたが、病理組織では好酸球浸潤はなかった(<1/HPF)。また食道裂孔ヘルニアは認められたが、逆流性食道炎の所見はなかった。

内視鏡検査後はエソメプラゾールの内服を開始し、後日食道狭窄の評価と原因検索を進めることとなったが、症状は軽減し経過は良好であった。

(4) 12月26日(発症後1カ月)

食道狭窄の評価と精査のため上部消化管造影検査および胸部CTを施行した。

上部消化管造影(図6)では生理的第3狭窄部付近に通常よりも強めの狭窄を認めた。胸部CT(図7)では食道を外から圧排する病変を認めず、その他異常を認めなかった。

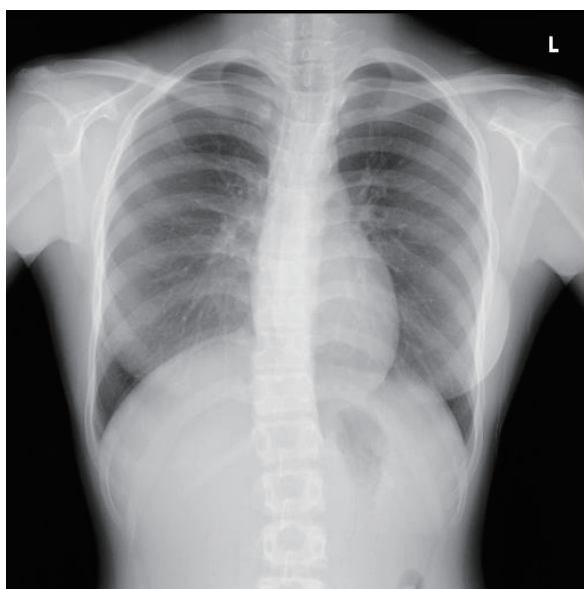


図1. 胸部レントゲン所見(発症後5日)



図2. 腹部レントゲン所見(発症後5日)

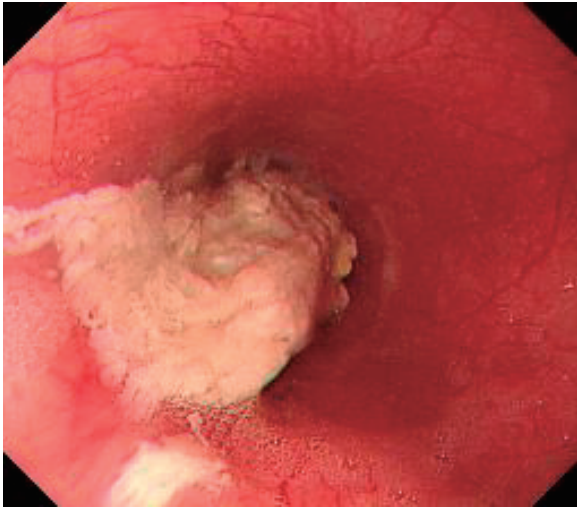


図3. 内視鏡所見（異物）

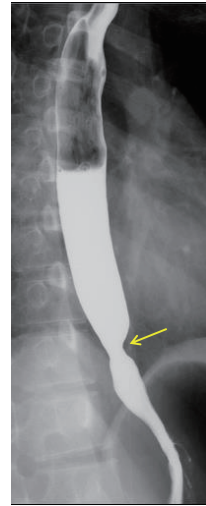


図6. 上部消化管造影所見



図4. 内視鏡で摘出した肉塊

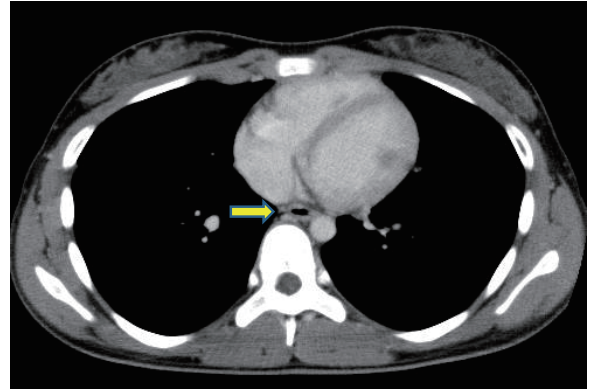


図7. CT所見（発症1ヵ月後）

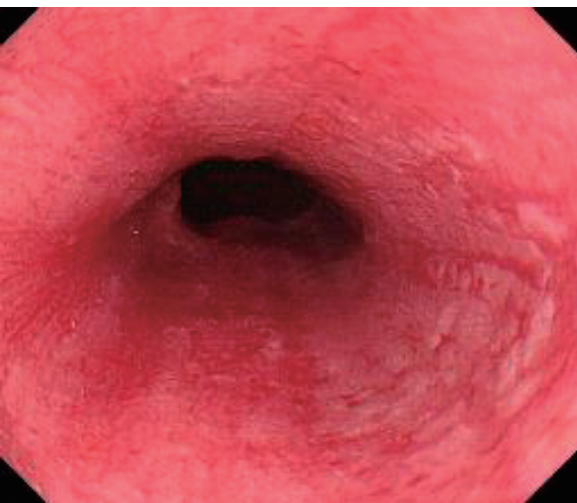


図5. 内視鏡所見（異物摘出後）

4. 考 察

食道狭窄の原因について本症例での検討を行う。

外部からの食道圧排についてはCTなどから否定的であった。先天性の食道狭窄は、成長障害がないことと発症時期が遅いことから否定的であると思われた。内視鏡による視診では好酸球性食道炎の所見があり、今回採取した病理組織では好酸球浸潤は見られなかったが好酸球性食道炎の反復による狭窄の否定はできなかった。また食道裂孔ヘルニアはあるものの、逆流性食道炎の所見はなく、狭窄の原因とは思われなかった。強皮症については特徴的な皮疹を認めず、抗核抗体 抗 SCL-70 抗体、セントロメア抗体は陰性であることから否定的と思われた。上部消化管造影検査では拡張所見などがめだたず食道アカラシアも否定的であった。

文献上、口腔咽頭食道異物症例における介在部位と年齢の関係としては全体的には10歳未満と50歳代から70歳代に多い。その多くは魚骨によるとされている。食道異物に限ってみると高齢者に多く、小児では少ない傾向がある。また口腔咽頭食道異物症例における介在部位と異物の種類については、食道異物では第三狭窄部は少なく、その異物は食物かPTPが多いとされる¹⁾。

食道異物による臨床症状としては消化器症状(嚥下障害, 流涎, 嘔吐, 嘔気, 食欲不振)(46%)の他, 呼吸器症状(咳, 喘鳴, 発熱, 肺うっ血, 無呼吸, 肺炎)(33%)もありうるとされている。異物誤飲からの時間により症状に変化があり, 異物誤飲から24時間以内は消化器症状が多く, 1週間以上になると呼吸器症状が多くなると報告されている^{2, 3)}。

また, 口腔, 咽頭, 頸部食道異物の治療(異物摘出)方法の部位別の差については, 食道異物においては内視鏡を必要とする確率が他の部位の異物よりも圧倒的に高い⁴⁾。

今回の症例においては, 主訴は嘔吐であったが, 症状が軽微かつ非特異的であったこと, 季節的に感染性胃腸炎の流行時期であったこと, また食道異物がこの年齢では少ないことなどから当初は食道異物を鑑別診断にあげることができなかったが, 嘔吐や胸部違和感その他何らかの消化器症状, 呼吸器症状が遷延する場合は年齢に関係なく食道異物の可能性を考慮すべきであると思われる。また年長児の食道異物の症例については狭窄病変の有無とその原因検索のため, 病理検査を含む精査が重要であると思われる。

文 献

- 1) 能田淳平, 佐伯忠彦, 大河内喜久 他: 口腔咽頭・食道異物例の臨床的検討. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 **86**(13): 1115-1120, 2014.
- 2) Macpherson RI, Hill JG, Othersen HB, et al.: Esophageal foreign bodies in children: diagnosis, treatment, and complications. *AJR Am J Roentgenol* **166**(4): 919-924, 1996.
- 3) 鎌裕一, 加藤政彦: 長期の喘鳴を呈した食道異物の1男児例. *日本小児呼吸器学会雑誌* **26**(2): 197-203, 2015.
- 4) 松井祐興, 鈴木豊, 岡崎雅 他: 10年間の口腔・咽頭・頸部食道異物の検討. *耳鼻咽喉科臨床* **111**(10): 701-706, 2018.