

# AMCoR

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

日本気管食道科学会会報 (2015.6) 66(3):226-231.

殻付きアマエビによる食道異物症例

大原 賢三, 原 湊 保明

症 例

## 殻付きアマエビによる食道異物症例

大原賢三<sup>1), 2)</sup>, 原淵保明<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>JCHO 北海道病院 耳鼻咽喉科, <sup>2)</sup>旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

**要旨** 食道異物は近年の内視鏡器具の進歩により, 内視鏡下に摘出可能な症例が増加している。渉猟し得た限りで内視鏡下の異物摘出後に遺残が判明し, 外切開にて遺残異物を摘出した報告はない。今回われわれは内視鏡下に半分を摘出し得たものの, 残存した食道腔外殻付きアマエビ異物に対して頸部外切開を必要とした症例を経験したので報告する。

キーワード: 食道異物, 殻付きアマエビ, 頸部外切開

### I. 症 例

症 例: 80 歳, 女性

主 訴: 発熱, 咽頭痛

現病歴: 当科初診 3 日前の夕食にアマエビの素揚げを食べた。殻がのどに刺さった感触があり, 摂取直後から咽頭痛が出現した。自宅にて経過を見ていたが, 徐々に咽頭痛が増強し, 38℃台の発熱も出現したため当科を初診した。

既往歴: 閉塞性動脈硬化症 (バイアスピリン®, プレタール®, アンブラーグ® 内服中), 高血圧, 乳癌

家族歴: 特記すべき事項なし。

初診時所見: 体温 38.3℃, 血圧 148/61 mmHg, 脈拍 103 回/分, 呼吸困難は認めなかった。頸部には発赤, 腫脹を認めなかった。下咽頭喉頭内視鏡では左披裂部にごく軽度の腫脹を認めるのみで異物は確認できなかった。

血液生化学的所見: WBC 12,800/ $\mu$ l, 好中球 84.4

%, RBC  $2.59 \times 10^6$ / $\mu$ l, Hb 8.3 g/dl, Plt  $133 \times 10^3$ / $\mu$ l, BUN 21.0 mg/dl, Cre 1.48 mg/dl, CRP 10.60 mg/dl, その他には異常値を認めなかった。

画像所見: 頸部の単純 CT (Fig. 1) では輪状軟骨とほぼ同じ高さで, 椎前筋の前方左側に異物と思われる長径約 25 mm の陰影を認めた。明らかな皮下気腫, 縦隔気腫, 膿瘍形成は認められなかった。食道の第 1 狭窄部のアマエビ異物と診断した。初診日同日に当院消化器内科医師と協議し, 上部消化管内視鏡での観察と可能であれば摘出術を施行する方針とした。

上部消化管内視鏡所見: 上部食道に白色棒状物を同定した。鰐口型の鉗子で把持したところ, 可動性良好であったため摘出する方針とした (Fig. 2)。異物の末端が食道粘膜から摘出される際に少し抵抗があった。摘出物の長径は 13 mm と CT で同定された異物よりも明らかに短く, 異物の遺残が示唆された。

上部消化管内視鏡後経過: 再度施行した CT (Fig. 3) では約 12 mm の残存異物が確認された。内視鏡前後の頸部 CT 矢状断 (Fig. 4) では著明な食道壁の肥厚と気管内腔の狭小化を認めた。呼吸困難は認めなかったが, 可及的速やかに気道確保と異物摘出が必要と判断した。初診日同日に全身麻酔下に異物摘出術と気管切開術を施行する方針とした。

手術所見 (Fig. 5): 左胸鎖乳突筋前縁に沿った

別刷請求: 〒078-8510 旭川市緑が丘東 2 条 1 丁目 1 番 1 号

旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座

大原賢三

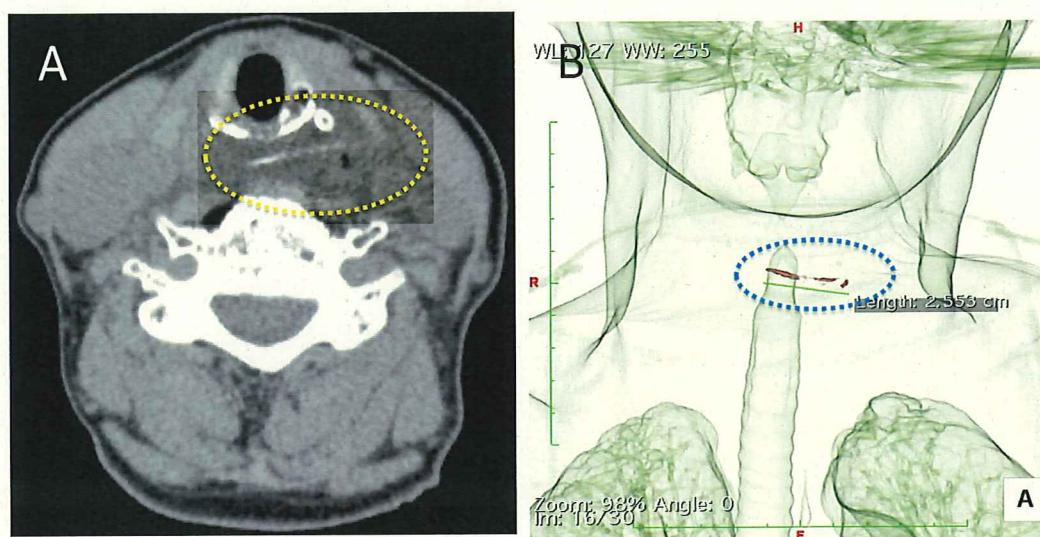
受付日: 2014 年 12 月 17 日

採 扱 日: 2015 年 2 月 13 日

約 6 cm の皮膚切開を施行した。前頸筋群を正中に牽引し、輪状軟骨の高さで異物を探索したが同定できなかった。そのため、上甲状腺動静脈を結紮切断して甲状腺左葉を下方に翻転したところ、CTと同様に輪状軟骨とほぼ同じ高さで食道から露出する異物を認め摘出した。明らかな食道穿孔部位は確認できず膿瘍形成も認めなかったため、食道壁の縫合、デブリードメントは施行しなかった。摘出部周囲の食道壁は軽度浮腫状であったため、直上にペンローズドレーンを留置した。反回神経は術野で確認されなかった。切開創を粗に縫合し、気管切開を追加して手術を終了した。

摘出物所見：内視鏡による摘出物と頸部外切開による摘出物を適切に並べ変えると、一見 27 mm のアマエビの足と考えられた。アマエビ (学名：*Pandalus eous*) を購入して検討したところ、いわゆるツノの部分にあたる額角異物と判明した (Fig. 6)。

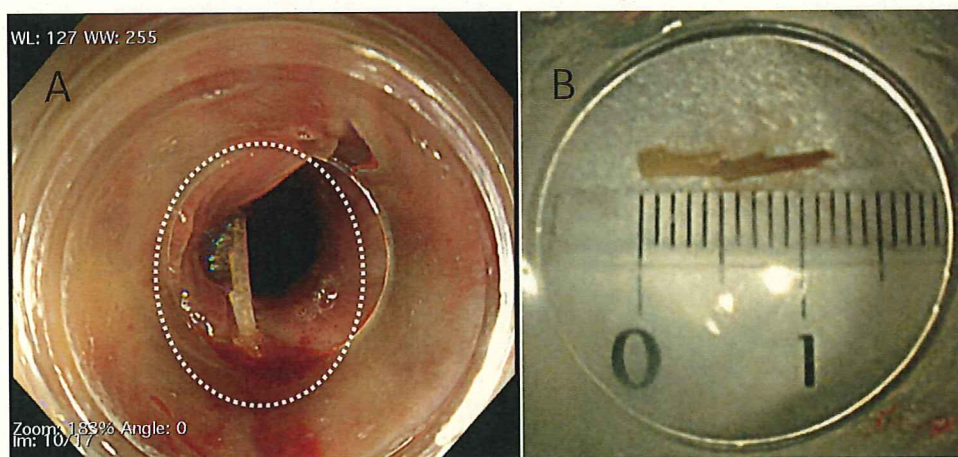
術後経過：術後 4 日で喉頭浮腫が改善したため気管カニューレを抜去した。術後 5 日に施行した食道造影検査で造影剤の食道腔外流出がないことを確認して経口摂取を開始した。その後も経過良好で術後 15 日に後遺症なく退院した。



**Fig. 1** CT findings.

A. Axial. Cervical CT image showed a linear foreign body in the postcricoid cartilage space.

B. 3D-CT. The diameter of the foreign body was approx. 25 mm.



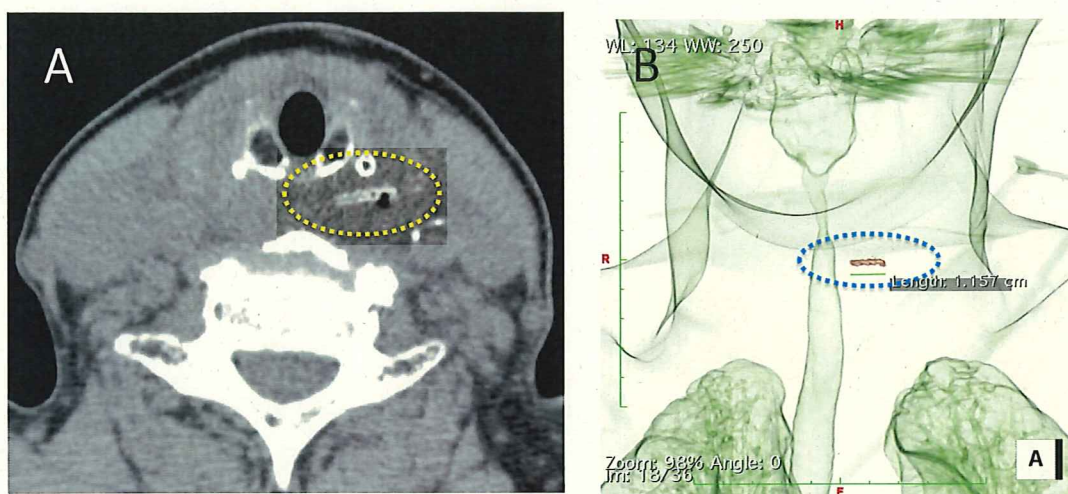
**Fig. 2** A. Endoscopic findings. The foreign body was located in the upper esophageal constriction. B. Foreign body image. The diameter of the foreign body was 13 mm.

## II. 考 察

食道異物は春日井ら<sup>1)</sup>の報告によるとPTP, 魚骨, コインの順に多く, 介在部位は第1狭窄部が全体の84.4%を占める。また, 近年は内視鏡器具の進歩により内視鏡下に摘出される症例が増加しており, 同じく春日井ら<sup>1)</sup>の報告によると1985年1月から2005年12月までの21年間237例の食道異物のうち外切開を必要とした症例は4例(1.7%)であった。内視鏡による異物摘出術ガイドライン<sup>2)</sup>に

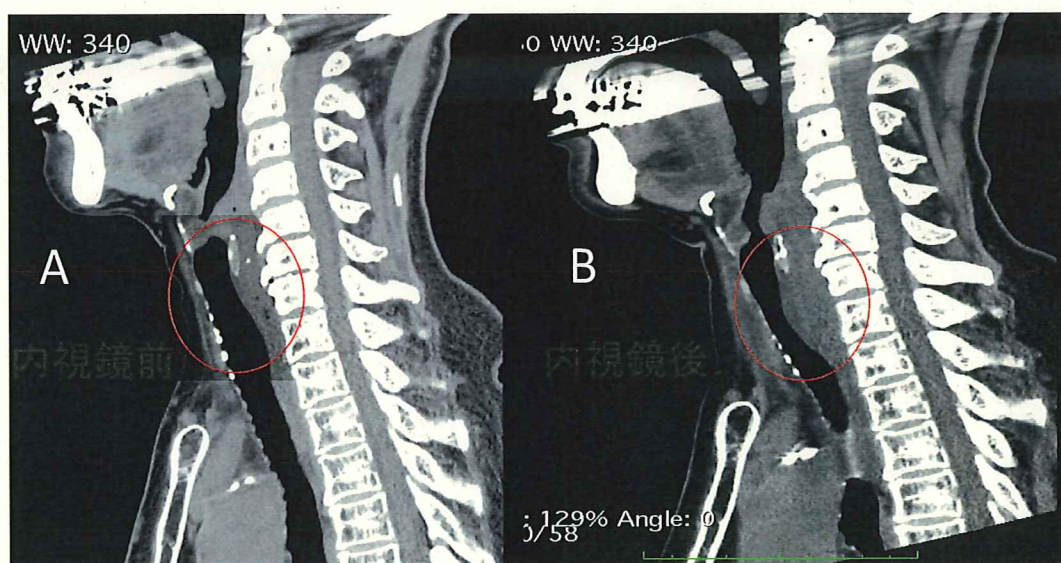
よると外科的異物摘出術の適応となるのは①異物によって消化管穿孔や腸閉塞を認める場合, ②内視鏡的異物摘出術を含めた非観血的な治療方法では不可能と判断される場合と記載されており, その適応はかなり広いと考えられる。本症例では高齢かつ抗凝固薬を多数内服していることもあり, またCTでは鉤状の構造を持たない線状の異物と考えられたため, 侵襲の比較的少ない内視鏡下での観察, 可能であれば摘出を第一選択とした。

今回渉猟し得た限りで内視鏡下に異物を摘出した



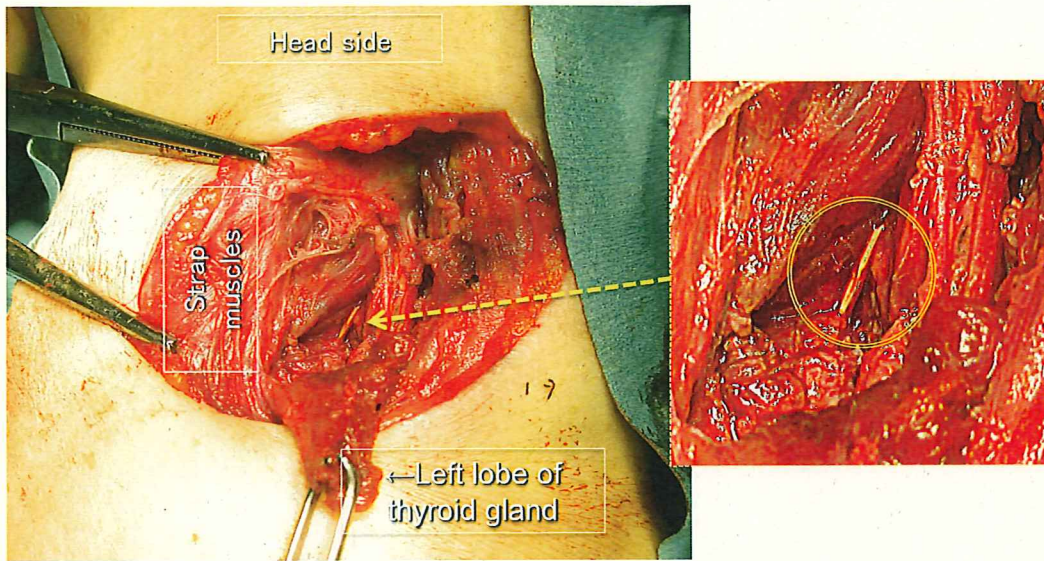
**Fig. 3** Postendoscopic images.

A. Axial. Cervical CT image revealed the retained portion of the foreign body. B. 3D-CT. The diameter of the retained portion of the foreign body was approx. 12 mm.

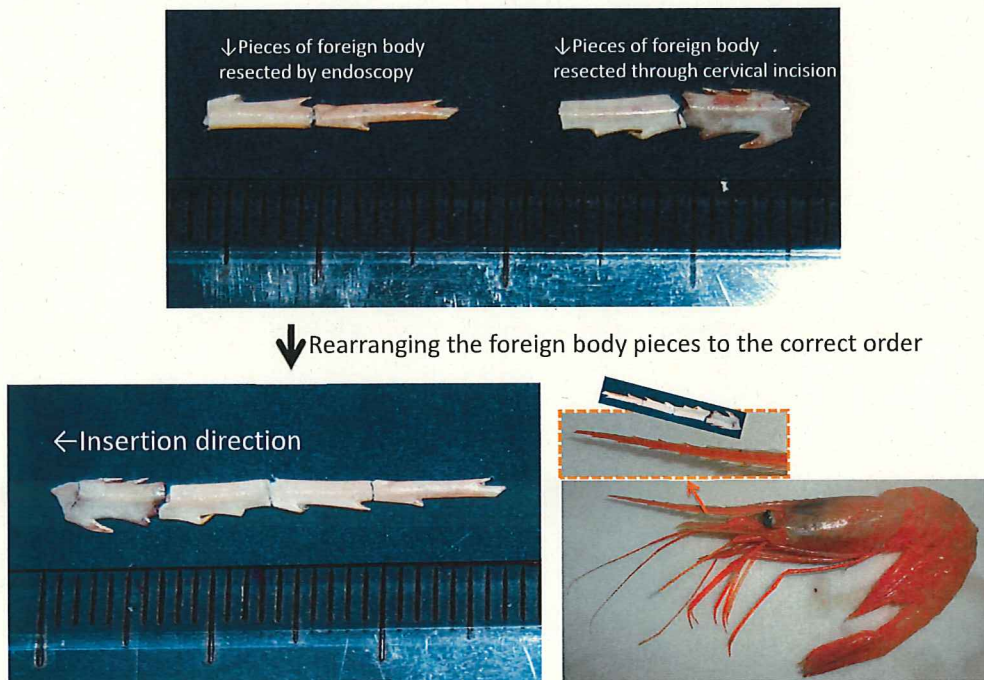


**Fig. 4** Sagittal images.

A. Preendoscopic CT findings. B. Postendoscopic CT findings. Sagittal CT showed tracheal stenosis.



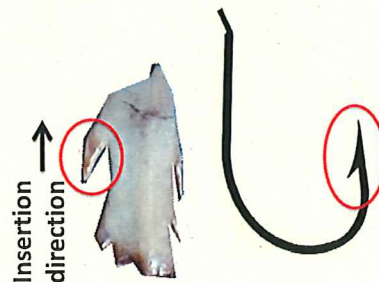
**Fig. 5** Operation findings via cervical incision. The foreign body was located near the left side of the cricoid cartilage.



**Fig. 6** Foreign body images. The foreign body was the head of a shrimp.

後に遺残が判明し、外切開にて遺残異物を摘出した報告はなかった。食道エビ異物を詳細に報告しているものは海外文献も含めて1例のみであった<sup>3)</sup>。

今回の摘出物を詳細に観察すると、先端が釣り針のカエシのような鉤状になっていたことが判明した (Fig. 7)。アマエビを摂取してから当院受診までには3日間を要し、この間に患者は米飯の丸呑みを繰り返していた。そのため異物となったアマエビ額角



**Fig. 7** The tip of the foreign body resembled the barb of a fishhook.

が腐食し内視鏡下の摘出の際に分離, さらには先端が鉤状であったため頸部食道腔外異物として遺残したと考えられた。本症例のように食道異物ではないが, エビ気道異物で経過中に異物が分離している報告<sup>4, 5)</sup>があり, 一塊として摘出されることが多い魚骨異物と, エビ異物とは明確に区別して考える必要があると思われた。

頸部外切開による異物の摘出時に, 異物の構造や局在部位を把握するために3D-CTが有用であるという報告は多い<sup>6-9)</sup>。本症例でも3D-CTを施行しており, 線状の異物の長径, 局在が判明していたため内視鏡下の摘出後速やかに遺残を疑うことが可能であった。義歯などの先端が鉤状となっている異物は内視鏡による摘出が困難で, 外切開により摘出される報告がある<sup>10, 11)</sup>。本症例では構造が微細であり, 異物の先端が鉤状となっていることは3D-CTで確認できなかった。

本症例の食道異物は報告がまれなエビであり, 日常診療でよく遭遇する魚骨のように一塊として摘出することができなかった。また, 本症例では高齢, 抗凝固薬内服中などの患者背景が存在し, 呼吸苦や膿瘍形成などの緊急で外切開を必要とするような所見がなかった。そのため, まずは内視鏡下での観察, 可能であれば摘出を優先した。侵襲の少ない治療を優先することはもちろんであるが, エビ異物の場合は分離遺残する可能性があることを常に念頭に置き, 速やかに外切開による摘出に移行できる準備が必要であると考えられた。

### III. まとめ

- ① 殻付きアマエビによる食道異物の1例を経験した。
- ② 内視鏡下に異物が摘出されたとしても, 遺残がないか詳細に摘出物を検討することが重要と考えられた。
- ③ エビ異物の場合には分離遺残の可能性を考慮し, 内視鏡下での摘出を選択したとしても速やかに外切開による摘出に移行できる準備が必要である。

④ 過去の報告と同様に3D-CTを治療前に詳細に検討することが異物の性状・局在を認識するために重要だが, 微細な構造は確認できない場合があることを念頭に置く必要があると考えられた。

この論文の要旨は第66回日本気管食道科学会総会(2014年11月, 高知)において発表した。

本論文に関連し, 開示すべき利益相反関係にある企業などはありません。

### 文 献

- 1) 春日井滋, 渡辺昭司, 赤澤吉弘・他: 当教室21年間の食道異物の臨床統計的観察. 日気食会報 58 (6): 527-532, 2007.
- 2) 日本消化器内視鏡学会: 消化器内視鏡ガイドライン 第3版, pp.206-214, 医学書院, 東京, 2006.
- 3) Matsumoto H, Oshitani N: Esophageal impact of shrimp tails. Intern Med 52: 1647, 2013.
- 4) 森野茂行, 中村昭博, 土肥良一郎・他: 開胸下に摘出した気管支異物(エビ足分節)の治療経験. 日呼外会誌 27 (5): 580-583, 2013.
- 5) 谷口浩和, 宮澤秀樹, 能登啓文・他: 健常若年成人にみられた甘海老の頭部による気管支異物の1例. 気管支学 27 (1): 70-72, 2005.
- 6) 山口陽生, 倉富勇一郎, 佐藤慎太郎・他: 頸部外切開により摘出した咽頭腔外魚骨異物の1例. 日気食会報 64 (4): 281-286, 2013.
- 7) 山内彰人, 西島大宜, 河村さやか・他: 頸部外切開による摘出手術を必要とした咽頭魚骨異物の1例. 竹田総合病院医学雑誌 36: 31-36, 2010.
- 8) 日高浩史, 西川 仁, 石田英一・他: 頸部食道腔外異物の2症例. 日気食会報 59 (6): 556-562, 2008.
- 9) 山本昌彦, 吉田友英: 耳鼻咽喉科領域の3D-CT. 耳鼻咽喉科臨床 101 (12): 887-894, 2008.
- 10) 石橋雄次, 若林和彦, 大森敬太・他: 頸部食道外切開で摘出し, 胸鎖乳突筋フラップで縫合部被覆を行った義歯による食道異物の1例. 臨床外科 67 (3): 422-425, 2012.
- 11) 中村一博, 吉田知之, 鈴木伸弘・他: 頸部外切開にて摘出した下咽頭食道異物症例の検討. 日気食会報 57 (3): 298-306, 2006.

## **An Esophageal Unshelled Shrimp Foreign Body A Case Report**

Kenzo Ohara, M.D.<sup>1), 2)</sup> and Yasuaki Harabuchi, M.D., Ph.D.<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>*JCHO Hokkaido Hospital, Hokkaido* and <sup>2)</sup>*Asahikawa Medical University, Hokkaido*

Recently, along with advances in endoscopic devices, endoscopic removal of esophageal foreign bodies is increasing. Here we report an 80-year-old woman who suffered from sore throat and fever due to an unshelled shrimp foreign body in the esophagus. Endoscopic management removed half of the foreign body, but the remainder required a surgical approach via cervical incision. We have found no reports of cases similar to this one.

---

**Key words :** esophageal foreign body, unshelled shrimp, cervical incision

---