

肺癌による食道狭窄4例の検討

名古屋大学第1外科

内田 晃巨 二村 雄次 北村 宏
小林 健仁 日比 道昭 三田 三郎
杉原 英男 弥政洋太郎

名古屋第1赤十字病院外科

服 部 龍 夫

山下病院外科

高 勝 義

STUDIES ON 4 CASES OF ESOPHAGEAL STRICTURE DUE TO THE LUNG CANCER

Akinobu UCHIDA, Yuji NIMURA, Hiroshi KITAMURA, Kenji KOBAYASHI,
Michiaki HIBI, Saburo MITA, Hideo SUGIHARA and Yotaro IYOMASA

1st Department of Surgery, Nagoya University School of Medicine, Nagoya

Tatsuo HATTORI

Department of Surgery, Nagoya 1st Red Cross Hospital, Nagoya

Katsuyoshi KOH

Department of Surgery, Yamashita Hospital, Ichinomiya

索引用語：食道狭窄，食道X線検査，肺癌，食道内視鏡検査，嚥下困難

I. はじめに

われわれの教室では原発性食道癌以外の癌腫による食道狭窄は昭和45年より昭和52年までに7例経験したが，その中でもとくに肺癌による食道狭窄は原発性食道癌との鑑別が困難で，その治療方針決定に難渋することが多かった。そこで今回はとくに肺癌による食道狭窄の4例を紹介し，原発性食道癌との鑑別点について検討したので報告する。

II. 症 例

〔症例1〕患者：64歳 男性。

主訴：嚥下困難

現病歴：昭和51年1月頃より嚥下困難に気付く。同年3月，経口摂取不能となって当科受診し，入院した。

入院時，四肢に浮腫あり，腹水も認めた。入院時検査では赤血球 462×10^4 ，白血球5,500，Hb 14.6g/dl，Ht 44.7%，総蛋白5.5g/dlであった。食道X線検査，食道内視鏡検査により食道癌と診断し，術前照射として3,060 rads (180rads X 17回)の照射を行った。全身状態を改

善した後に，同年5月，胸骨後経路，結腸による食道バイパス手術を施行した。しかし，術後結腸・頸部吻合部の縫合不全および結腸胃吻合部の縫合不全による腹膜炎のため7月15日死亡した。

入院時の胸部X線写真(図1-a)では肺野に異常を認めなかった。食道造影(図1-b)では胸部中部食道 middle intra-thoracic esophagus (Im と略す)に辺縁が一部不正なロート型の狭窄像と食道軸偏位を認めた。このX線像から食道癌による狭窄と診断した。食道内視鏡検査(図2-a)では中部食道に全周狭窄型の病巣を認め，狭窄部口側に一部粗造な粘膜を認めたが，同部からの生検では癌組織は検出されなかった。剖検による病変部の組織学的検索(図2-b, c)では，食道粘膜は全く異常が無く，食道周囲の結合織，食道固有筋層に癌浸潤が認められた。同部に連続する肺組織に瘍病巣が存在し，組織学的に肺癌と診断された。組織型は高分化型扁平上皮癌であった。

〔症例2〕患者：62歳，男性。

図1a 胸部X線写真では異常は認められなかった。

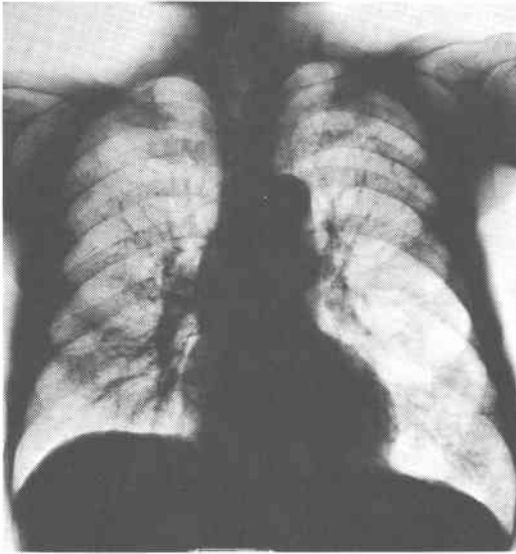


図2a 中部食道に全周狭窄型の病巣を認める。

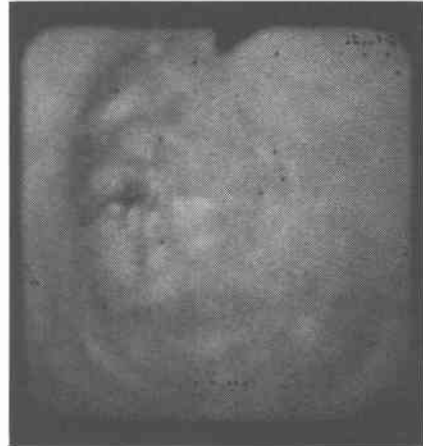


図1b Im に辺縁が一部不整なロート型の狭窄像と軸変位を認めた。



図2b

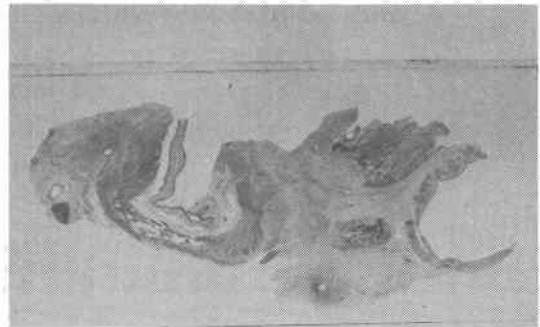


図2c 図で黒色部は癌浸潤



主訴：嚥下困難および右鎖骨下部腫瘍

現病歴：昭和46年8月右鎖骨下部に腫瘍出現増大した。同年9月試験切除にて腺癌のリンパ節転移と診断された。胸部X線写真(図3-a)では右肺門陰影の増強が認められた。食道X線写真(図3-b)では、Imに粘膜下腫瘍を思わせる隆起性病変による狭窄と、胸部下

図 3 a 右肺門陰影の増強がみられた。

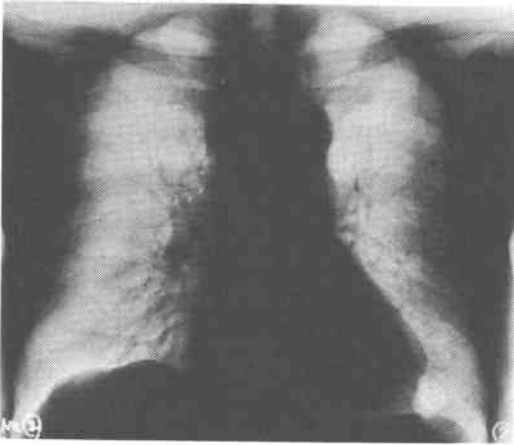


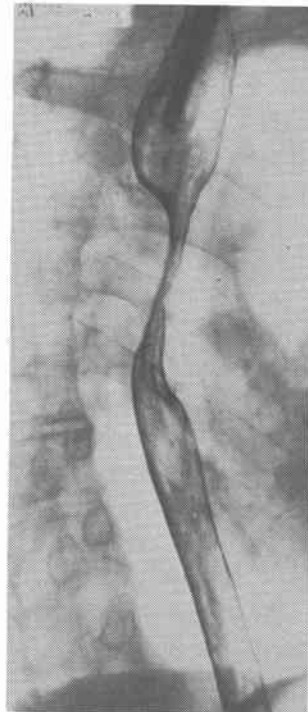
図 3 b Im に粘膜下腫瘍を思わせる隆起性病変と Ei に食道外からのしめつけによると思われる狭窄を認める。



図 4 a 胸膜炎による左胸膜の肥厚と、右気管支の狭窄を認めた。



図 4 b Iu から Im にかけて辺縁平滑な全周性狭窄があり、口側から平滑に狭窄部へ移行している。



部食道 lower intra-thoracic esophagus (Ei と略す) に食道外からのしめつけによる食道狭窄像を認めた。食道鏡検査では、門歯列より35cm までは挿入可能であった。同部の粘膜は膨隆しているが表面は平滑であり、生検では癌組織は認められなかった。以上より肺癌による食

道狭窄の診断のもとに、食道内チューブ挿入術を施行した。しかし、術後19日目に大量吐血のために死亡した。剖検にて肺癌と診断された。

〔症例3〕患者：50歳、男性。

主訴：嚥下困難および左鎖骨上部腫瘍

現病歴：昭和52年4月より嚥下困難を認め、2カ月間で約5kgの体重減少あり、近医を受診して、食道狭窄を指摘された。7月当科にて左鎖骨上部腫瘍の試験切除を行い、扁平上皮癌のリンパ節転移と判明した。胸部X線写真（図4—a）では、胸膜炎による左胸膜の肥厚とそれに伴う左胸郭の変形を認め、気管はやや左方に偏位し、右気管支の狭窄を認めた。胸部断層X線写真にて右気管支の全周性狭窄を確認し、気管支鏡検査では、右上葉気管支入口部から気管分岐部にかけて癌浸潤を認め、同部からの生検にて組織学的に肺癌と診断された。

食道X線像（図4—b）では、胸部上部食道 upper intra-thoracic esophagus (Iuと略す) から Im にかけて辺縁平滑な全周性狭窄があり、口側からは平滑に狭窄部へ移行し、凹凸はあまりなく、潰瘍も認められなかった。本症例は遠隔転移（左鎖骨上リンパ節転移）もあり、第4期の病期のため放射線療法はせずに化学療法を行ったが、昭和53年6月死亡した。

〔症例4〕患者：78歳、男性。

主訴：嚥下困難

現病歴：昭和51年2月より高度の嚥下困難あり、近医にてアカラシアと診断され、8月当科入院した。食道癌の疑いで経静脈栄養法による栄養改善を試みるも、その直後より誤飲による嚥下性肺炎に続発して、穿孔性胃潰瘍による腹膜炎を起こし、9月1日死亡した。剖検では左側の肺癌（扁平上皮癌）が縦隔内に浸潤し、そのために食道狭窄を来たしたものであった。

胸部X線写真（図5—a）では、両上肺野に古い肺結核の癍痕による陰影を認める以外、とくに異常所見はなかった。食道造影（図5—b）では Im に辺縁がわずかに不整なロート型のX線像と誤飲による気管支像がみられる。食道鏡検査では、上門歯列より35cmの部に全周性の狭窄があり、ファイバースコープの通過は不能で、粘膜面には潰瘍を認めず生検では癌を認めなかった。

III. 考 察

昭和45年より5年間における嚥下困難を主訴とする患者で、食道癌以外による食道狭窄症、とくに肺癌による食道狭窄症を4例経験した。この期間の食道癌症例は100例であり、肺癌による食道狭窄症は食道癌に対して

図5a 両上肺野に古い肺結核の癍痕を認める。

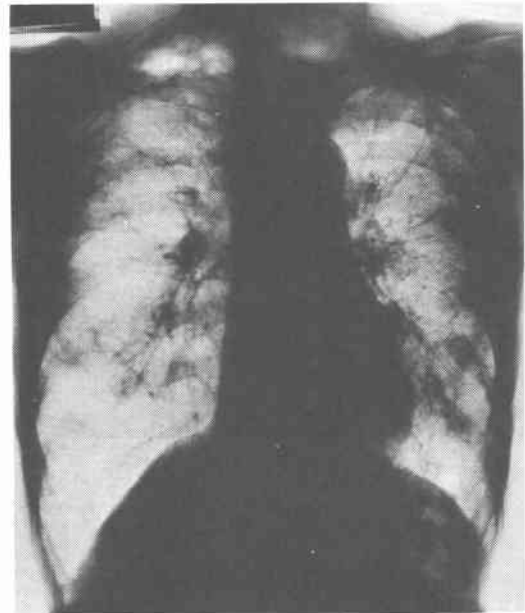


図5b Imに辺縁わずかに不整なロート型の狭窄と誤飲による気管支像がみられる。



4%となる。

これら4例の食道X線像は3例がロート型を呈し、嚥下困難という主訴を中心に考えて検査がすすめられたため診断が困難であった。肺癌を思わせる臨床症状が無く、嚥下困難を主訴として来院する場合は、たとえ胸部に何らかの異常陰影を認めても、まず第一に食道癌を考えるのが常である。

嚥下困難を主訴とした疾患で食道外部からの圧迫によるもの¹¹⁻⁵⁾のうち、とくに食道以外の癌による圧迫では乳癌の転移によるもの⁶⁾⁷⁾などもあるが、いずれも主病巣があらかじめ確認してあるため、たとえ嚥下困難を主訴としても診断は容易なことが多い。われわれは甲状腺癌の転移によるもの2例、喉頭癌再発によるもの1例を経験したが、いずれも原発巣が判明していたためにすべし転移性食道癌の診断が可能であった。

肺癌において最も多い症状は夜間の刺激性のせき、粘液性の痰、胸痛などであるが⁸⁾、これらも、腫瘍の生じた部位によってそれぞれ異なり、一定していない。Arielによると⁹⁾、肺癌1,109例のうち肺癌を思わせる症状のあったものは、咳21例、胸痛36例、呼吸器感染7例、呼吸困難8例、血痰6例であり、そのほかは全身衰弱7例などとくに肺癌特有の症状ではなく、嚥下困難を主訴としたものは1例だけであった。

このように肺癌特有の症状が少ないために、呼吸器系の症状を伴わないで食道狭窄がある場合は、食道癌と診断しやすいが、胸部X線写真をよくみて、異常陰影のある時には、このような肺癌による食道狭窄のあることを念頭に置くべきである。

Gross および Freedman¹⁰⁾ は、転移性食道癌例のX線像の特徴は平滑な陰影欠損であると述べているが、われわれの症例では、症例②はこの所見と同様であったが、ロート型の症例では、食道癌との鑑別は必ずしも容易ではなく、診断の困難さを感じる。

内視鏡的には、狭窄は中心性か、少し中心のずれた偏心性で、癥痕性狭窄に似ており、粘膜面には異常を認めないことが多く、さらに生検を行っても正常粘膜しか得られないことが多いとの報告がある⁹⁾。しかし反対に食道癌であっても癌陰性のこともある。遠藤によると¹¹⁾、術後食道癌と確認された生検例のうち、約15%に癌陰性例をみたすと述べているが、その理由としては、癌辺縁部の隆起部でも正常粘膜でおおわれている所は肥厚しているのが常で、普通の鉗子では粘膜下層まで達しないためであると述べている。

われわれの例では、症例①、③、④にて狭窄を認め、癥痕性狭窄様に一部凹凸を認める所見であったが、この型では食道癌との鑑別は内視鏡所見のみではむずかしく、生検では4例とも腫瘍細胞は得られなかった。

肺癌での食道通過障害をきたす頻度は非常に低く2.3%といわれているが¹²⁾、以上のように鑑別困難な例に遭遇することもあるので、肺癌を疑わせるような胸部X線像のある時には、積極的に胸部断層撮影、気管支造影、気管支鏡検査、細胞診などをすべきであると考えている。

まとめ

嚥下困難を主訴として来院した肺癌による食道狭窄を4例経験した。肺癌の症状がなく嚥下困難を主訴とする場合、食道癌をまず考えやすいが注意する必要がある。肺瘍による食道狭窄でロート型狭窄の場合ほとんどに原発性食道癌との鑑別が重要である。

本論文の要旨は昭和53年3月、第11回日本消化器外科総会にて発表した。

文 献

- 1) 竹林 淳ほか：全身性紅斑性痕瘡 (SLE) に由来したと思われる高度な食道狭窄の1治験例。日消外会誌, 7: 11-17, 1974.
- 2) 吉岡幸男ほか：逆流性食道炎による食道狭窄例について。外科診療, 19: 721-727, 1977.
- 3) 赤倉一郎ほか：現代外科学大系, 32巻, p. 21, 中山書店, 東京, 1971.
- 4) 石博秀勝ほか：食道閉塞を主症状とした頸部蜂窠織炎の1例。外科, 38: 200-203, 1976.
- 5) Schachner, E.R., et al.: Carcinoma of the bronchus with atypical presentation: Report of a case. J. Oncol., 11: 17-20, 1979.
- 6) 板井悠二ほか：乳癌転移による食道狭窄。臨床放射線, 19: 709-714, 1974.
- 7) 板井悠二ほか：食道のX線診断の進歩。診断と治療, 65: 1509-1518, 1977.
- 8) Regato, J.A., et al.: Acherman and de Regato's Cancer. p. 377. The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1977.
- 9) Ariel, I.M., et al.: Primary carcinoma of the lung. Cancer, 3: 229-239, 1950.
- 10) Gross, P., et al.: Obstructing secondary carcinoma of the esophagus. Arch. Path., 33: 361-364, 1942.
- 11) 遠藤光夫：消化管の生検 (食道)。日内視会誌, 10: 306-307, 1968.
- 12) 遠藤光夫ほか：食道外疾患による食道狭窄を来した症例。東女医大誌, 42: 840-854, 1972.