

膵炎による縦隔線維症にて食道狭窄を呈し、 早期食道癌を併存した1例

中山記念胃腸科病院

山本 雅一 林 恒男 田中 精一 矢川 彰治
東京女子医科大学消化器病センター
井手 博子 神津 忠彦 鈴木 博孝 小林誠一郎

A CASE OF OESOPHAGEAL STRICTURE CAUSED BY MEDIASTINAL FIBROSIS ASSOCIATED WITH PANCREATITIS, COEXISTENT OF EARLY OESOPHAGEAL CANCER

Masakazu YAMAMOTO, Tsuneo HAYASHI, Seiichi TANAKA,
Akiharu YAGAWA, Hiroko IDE*, Tadahiko KOUZU*
Hiroyoshi SUZUKI* and Seiichirou KOBAYASHI*

Nakayama Memorial Hospital

*Institute of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical College

索引用語：縦隔線維症，食道狭窄

はじめに

縦隔に線維症を伴い、縦隔内臓器に圧迫、狭窄をきたす疾患として縦隔線維症(mediastinal fibrosis, 以下MF)が知られている¹⁾²⁾。後腹膜腔や他部位にも線維性病変を合併することがあり、その発生機序についての報告も散見される³⁾⁴⁾。最近われわれは下部食道の高度狭窄像を呈した症例を経験した。狭窄部口側の早期食道癌(m癌)の合併により手術に至ったが、病理組織所見で狭窄部は、炎症性細胞浸潤を伴った外膜の高度線維化を呈していた。臨床症状、手術所見、病理所見により膵炎の反復により食道狭窄が進行したと考えられ、MFの原因として興味あると思われるのでここに報告する。

症 例

患者：48歳，男性。

主訴：心窩部痛，背部痛，つかえ感。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：47歳，出血性胃潰瘍。

アルコール歴：日本酒3から5合を20年間。

現病歴：昭和54年(43歳)ころより心窩部痛，背部

痛がときどきあったが放置していた。56年某大学病院にて胃潰瘍と診断され治療を受けるも症状は軽快しなかった。58年8月，出血性胃潰瘍にて当院入院。保存的療法にて軽快退院。その後10月ころより食後胸やけを自覚した。59年3月激しい心窩部痛にて当院再入院。臨床症状，血液生化学検査にて膵炎と診断し保存的治療にて症状軽快し退院した。5月ごろよりつかえ感出現し，食事は少量しか摂取できなくなった。6月，内視鏡検査にて下部食道の不整な陥凹とその肛門側食道の高度狭窄像を認めた。不整陥凹面からの生検で食道癌と診断し7月手術目的で入院した。

入院時現症：身長158cm，体重47kg，体格栄養は中等度。眼瞼結膜に貧血なし。腹部は平坦で柔らかく，肝，脾，および腫瘤は触知せず。表在リンパ節腫大は認めない。

入院時検査成績：赤血球数444万/mm³，Hb 13.5g/dl，白血球数5,500/mm³，血小板数23万/mm³，血清蛋白6.1g/dl，GOT 19U，GPT 3U，LDH 154U，Al-p 4.5 U，Total bilirubin 0.6mg/dl，serum amylase 131U，血糖80mg/dlと特に異常なく，尿一般検査も異常なし。

胸部X線所見：特に異常は認めない。

食道X線所見：下部食道から噴門にかけて漏斗状の

<1986年3月12日受理>別刷請求先：山本 雅一
〒162 新宿区河田町8-1 東京女子医科大学消化器病センター

狭窄が認められた。狭窄の程度、長さ比べて粘膜面は平滑である。狭窄部はときに牽縮状態を呈した。外来内視鏡検査にて指摘された不整陥凹面は描出できなかった(図1)。なお、昭和58年8月、出血性胃潰瘍にて入院したときの食道X線像でも下部食道は伸展不良であるが、約1年の経過で明らかに狭窄は進行している(図2)。

食道内視鏡所見：門歯列より32cm、後壁中心ほぼ全周性に、発赤せる境界不鮮明なわずかな不整陥凹面があり、中心部は凹凸不整で一部白苔を認める(図3左)。ルゴール染色像にて同部は不染域として識別できる。ルゴール不染域からの生検で扁平上皮癌と診断した。その肛門側食道は全周性の高度狭窄像を呈するが粘膜面はほぼ平滑である(図3右)。そのルゴール染色像はムラがあり、一部淡染域も混在しているが、上皮はほぼ正常と思われた。狭窄部の質的診断には至らなかったが、食道壁内外の炎症性疾患による狭窄を強く疑い手術を施行した。

手術所見および切除標本肉眼所見：右開胸開腹にて手術施行。肺病変なく肺門リンパ節腫大なし。食道狭窄部は大動脈前面および心嚢と線維性の高度癒着を呈しこれが食道裂孔を經由して胃後面にまで連続していた。癒着は脾に近づく程高度であったが、脾に嚢胞、腫瘤の形成は認めなかった。脾腫はないが大網静脈の

図1 食道X線像(昭和59年7月)。下部食道に漏斗状狭窄像を認める。



怒張を認めた。腎に異常はなかった。脾はびまん性に硬く腫大し、脾の炎症が後腹膜、食道裂孔を經由して縦隔におよんだと考えられた。手術所見はA₀N₀M₀Pl₀ Stage I¹⁾で胸部食道亜全摘胸骨後食道胃吻合術を施行した。切除せる食道は、口側断端より3cm、全周性に2.5cm幅の境界不鮮明な浅い陥凹面があり、一部凹凸不整である。狭窄部は食道外膜の高度肥厚を認めるが粘膜面、筋層に異常はなかった(図4上)。

病理組織学的所見：不整陥凹面の病理組織像は中分化型の扁平上皮癌で深達度は粘膜筋板までで、範囲はルゴール不染域と一致した(図4下)。脈管侵襲、リン

図2 食道X線像(昭和58年8月)。下部食道は伸展不良である。



図3 食道内視鏡像(昭和59年7月)。左、後壁中心ほぼ全周性に不整陥凹面を認める。右、全周性の狭窄を認めるが、粘膜面は平滑である。

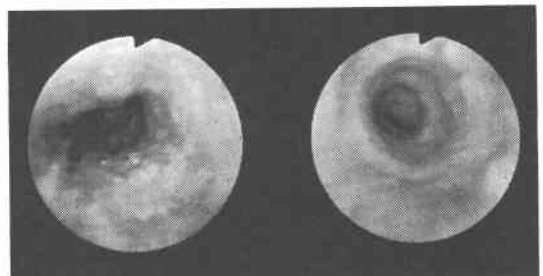


図4 上, 切除標本ルーペ像, 下, 食道癌の進展範囲のシェーマ。

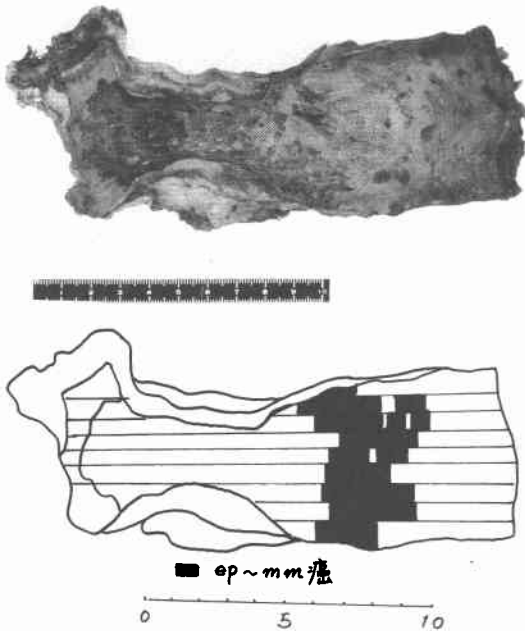


図5 上, 中分化型扁平上皮癌, 下, 食道狭窄部ルーペ像。外膜の高度線維性肥厚を認める。

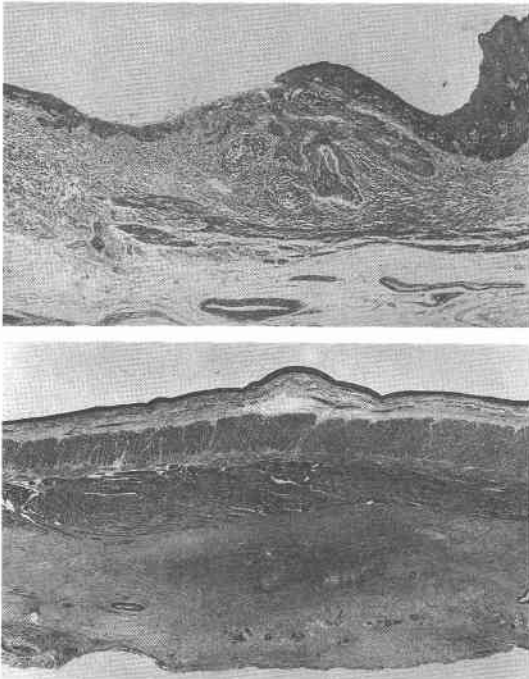
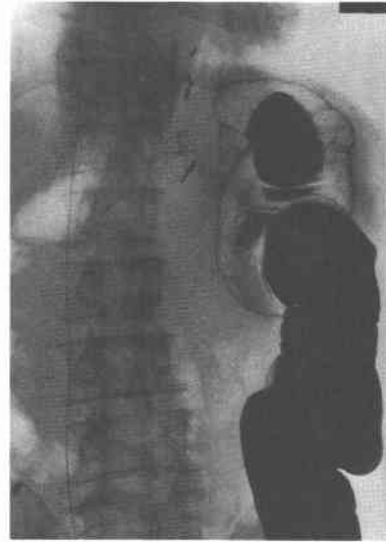


図6 注腸X線像(昭和59年10月)。脾湾曲部に狭窄像を認める。



パ節転移は認められず早期食道癌(m癌)であった(図5上)。狭窄部は食道外膜の高度線維性肥厚を呈し炎症性細胞の浸潤を認めたが粘膜および筋層は正常であった(図5下)。また肛門側食道ほど炎症性細胞の浸潤が多くなり肥厚も高度となった。狭窄口側部は次第に線維肥厚部が菲薄となった。これらは、炎症が後腹膜から縦隔へ波及したことを思わせた。

術後経過：術後経過は良好であったが、術後70病日(外泊中)に刺身を摂取後激しい心窩部痛、背部痛出現し、その後急激な腹水貯留、激しい脱水症状および下血を認めた。血清アミラーゼ90U、腹水アミラーゼ114Uと低値であったが、これまでの経過、臨床症状より慢性肺炎の急性増悪像と診断し保存的に治療した。注腸X線像では脾湾曲部に高度狭窄を認めたが(図6)、大腸内視鏡検査では狭窄部に潰瘍や腫瘤なく、粘膜面は浮腫状で軽度の静脈の怒張がみられた。その後症状軽快し狭窄もほぼ消失し退院した。現在、経過良好にて外来通院中である。

考 察

MFは上大静脈閉塞の原因としてOsler¹⁾が1903年に報告したが、依然まれな疾患である。本邦でも、正岡ら²⁾によると、縦隔疾患総数4,532例中12例と非常に少ない。

成因については、Hacheら³⁾が特発性と続発性に分け、続発性のものとして炎症(特異性、非特異性)、リ

ウマチ熱、出血などを挙げているが、大部分は特発性である。また、最近の報告⁴⁾では、後腹膜線維症 (retroperitoneal fibrosis, 以下 RF) との合併例も報告され、その病理組織学的検査での類似性より、同一成因によるものではないかと考えられている。

症状は、fibrosis の部位、縦隔内臓器の障害部位により血痰、呼吸不全、つかえ感など多彩であるが、Hache ら³⁾の20例の報告では上大静脈の閉塞を12例に伴い特徴的であった。また、食道狭窄も2例約10%に合併している。

診断は非常に困難である。食道X線像、上大静脈造影、気管支造影、computed tomography などにて、障害部位の診断はできるが、確定診断には、やはり、外科的方法がとられている。木村ら⁶⁾は、2例の MF に右傍胸骨切開による縦隔生検で診断をつけ、その有用性につき報告した。

治療については縦隔内主要臓器が障害された場合、外科的処置がとられている⁷⁾。食道狭窄に対し Albrechtsen ら⁸⁾は食道拡張術を施行しているが、その効果は一時的で、最終的には食道周囲の剝離術を施行した。また、ステロイドや放射線療法の報告もあるが有効例は少ない⁷⁾。

予後については一定の見解はない。障害部位に左右されると思われる。

今回の症例は臨床症状、手術所見、病理所見により MF の成因について膵炎の関与が示唆された。膵偽嚢胞縦隔内進展による食道圧排は Edlin ら⁹⁾の報告以降散見される¹⁰⁾が、膵炎による MF は、検索した範囲での報告はない。しかし、膵炎後の RF は、Kope ら¹¹⁾の491例の RF の集計時1例に認めている。その症例¹²⁾では、大腸肝彎曲部および十二指腸の部分的狭窄、両側尿管の閉塞をきたしたが MF の合併はみられなかった。今回の症例は、膵の炎症が後腹膜から食道裂孔を経由して縦隔におよび MF をきたしたと考えられ、膵炎後の限局的な RF に MF を合併したと推測された。患者は術後に大腸狭窄をきたしたが、その後膵炎症状なく現在に至っている。今後も膵炎の治療および線維症の進展についての経過観察が必要と思われる。

まとめ

膵炎の炎症の反復とともに縦隔線維症が進行し食道狭窄を呈した症例を供覧した。膵炎に伴う炎症が食道裂孔を経由して縦隔におよび MF をきたしたと考えられ、MF の原因として非常に興味ある症例と思われた。

最後に、新潟大学第1病理渡辺英伸先生の御指導に感謝します。

文 献

- 1) Osler W: On obliteration of the superior vena cava. *Johns Hospkins Hosp Bull* 14: 169-175, 1903
- 2) 正岡 昭, 山口貞夫, 森 隆ほか: 縦隔外科全国集計. *日胸外会誌* 19: 39-49, 1971
- 3) Hache L, Wodner LB, Bernatz PE: Idiopathic fibrous mediastinitis. *Dis Chest* 41: 9-25, 1962
- 4) Light AM: Idiopathic fibrosis of mediastinum: A discussion of the cases and review of the literature. *J Clin pathol* 31: 78-88, 1978
- 5) 食道疾患研究会編: 臨床, 病理食道癌取り扱い規約. 第5版, 東京, 金原出版, 1976, p12-17
- 6) 木村荘一, 稲垣敬三, 荒井他嘉司ほか: 線維性, 肉芽腫性縦隔炎の臨床的検討. *日胸疾患会誌* 21: 263-269, 1983
- 7) Hanley PC, Shub C, Lie JT: Constrictive pericarditis associated with combined idiopathic retroperitoneal and mediastinal fibrosis. *Mayo Clin Proc* 59: 300-304, 1984
- 8) Albrechtsen D, Nygaard K: Idiopathic mediastinal fibrosis. A case of oesophageal obstruction treated by partial oesophagolysis. *Acta Chir Scand* 147: 219-222, 1981
- 9) Edlin P: Mediastinal pseudocyst of the pancreas. *Gastroenterology* 17: 96-102, 1951
- 10) Jaffe BM, Ferguson TB, Holtz S et al: Mediastinal pancreatic pseudocysts. *Am J Surg* 124: 600-606, 1972
- 11) Koep L, Zuidema GD: The clinical significance of retroperitoneal fibrosis. *Surgery* 81: 250-257, 1977
- 12) Webb AJ, Dawson-Edwards P: Non malignant retroperitoneal fibrosis. *Br J Surg* 54: 508-518, 1967