

横隔膜上食道憩室破裂の1例

関西医科大学外科, *同 救命救急センター

山中 英治 平松 義文 浅井 晃
日置紘士郎 山本 政勝 田中 孝也*

A CASE REPORT OF SPONTANEOUS RUPTURE OF AN ESOPHAGEAL DIVERTICULUM

Hideharu YAMANAKA, Yoshifumi HIRAMATSU, Akira ASAI,
Koshiro HIOKI, Masakatsu YAMAMOTO and Takaya TANAKA*

Department of Surgery, Department of Emergency and Critical Care Medicine*,
Kansai Medical University

索引用語: 食道憩室, 食道破裂

1. はじめに

食道憩室は消化管造影の際, 偶然発見される事が多く本邦での発見頻度は三原ら¹⁾0.77%, 石田ら²⁾0.51%などで横隔膜上憩室はさらにその20%と少ない。大部分は無症状で治療対象となるのはまれである³⁾。横隔膜上食道憩室破裂の報告は少なくわれわれの調べた限りでは Burton ら⁴⁾, Stalheim⁵⁾, 松森ら⁶⁾の3例で, Burton らの報告例は3日目に死亡, Stalheim, 松森らの報告例は手術的治療で治癒している。

今回われわれは, いわゆる特発性食道破裂と同一機序で発症し, 食道造影 X 線検査と内視鏡所見から横隔膜上食道憩室破裂と診断された症例を経験したので報告する。

2. 症 例

患者: 52歳, 男性。

主訴: 心窩部痛, 呼吸困難。

既往歴: 51歳の時検診で胃潰瘍を指摘されるも放置。35年間の飲酒歴を認める。

現病歴: 昭和63年3月25日, 飲酒しながらの朝食直後に嘔吐をきたした。吐物は食物残渣のみであった。嘔吐後心窩部痛を自覚し再度, 少量の血液を混じた嘔吐をきたした。疼痛は心窩部から胸部へ拡がり左背部へ放散した。呼吸困難も出現したため近医を受診し急性腹症の診断の下に救命救急センターに転送された。なお呼吸困難は臥位にて増強し座位で軽減するため患

者は座位をとっていた。

現症: 体格中等度, 顔面蒼白で苦悶状を呈し冷汗を認めた。体温36.7°C, 血圧168/100, 脈拍85/分整で緊張良, 呼吸数24/分浅表性呼吸, 打診上左右肺野は濁音を呈し, 聴診上同部位の呼吸音は聴取不可であった。

検査所見: 白血球数13,500/mm³と増多を認め, Pco₂ 47.9mmHg, Po₂ 61.7mmHg と高CO₂血症, 低O₂血症を認めたが他の血液検査値に著明な異常は認めなかった(図1)。心電図上虚血性変化や梗塞所見を認めなかった。胸部単純 X 線写真で左胸水貯留と縦隔陰影の右方偏位を認めた(図2)。胸部 computed tomography (CT) では縦隔気腫および左胸水貯留を認めた(図3)。

入院後経過: 入院後直ちに経皮胸腔ドレナージ施行, 持続吸引にて約1,500ml/日の血性混濁排液を認め

図1 臨床検査

末梢血		生化学的検査	
WBC	13500/mm ³	Na	144 mEq/l
RBC	448 × 10 ⁴ /mm ³	K	3.6 mEq/l
Ht	44.8 %	Cl	107 mEq/l
Hb	14.5 g/dl	Glu	244 mg/dl
Plt	27.9 × 10 ⁴ /mm ³	CPK	96 IU/l
		Amv	77 U/l
動脈血ガス分析		GOT	29 IU/l
PH	7.355	GPT	18 IU/l
PCO ₂	47.9 mmHg	Alp	228 IU/l
PO ₂	61.7 mmHg	T. Bil	0.8 mg/dl
HCO ₃	26.3 mEq/l	D. Bil	0.1 mg/dl
BE	0.4 mEq/l	LDH	357 IU/l
(Fio ₂ 0.21)		γ-GTP	93 IU/l
		TP	7.0 g/dl
		Alb	4.6 g/dl
		BUN	14 mg/dl
		Cr	0.8 mg/dl
		ChE	4.34 × 10 ³ IU/l

図2 胸部単純X線写真：左側の胸水貯留，縦隔の右方偏位を認める。

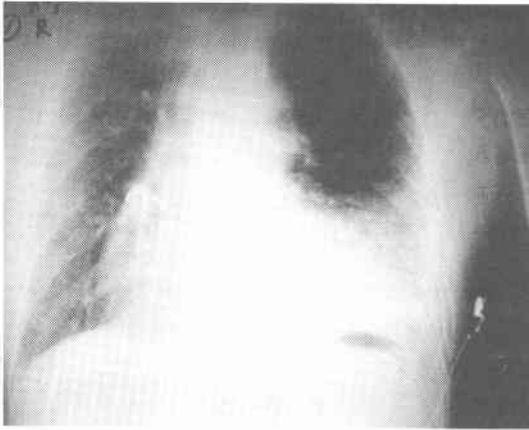


図3 胸部CT：左側の胸水貯留，縦隔気腫を認める。

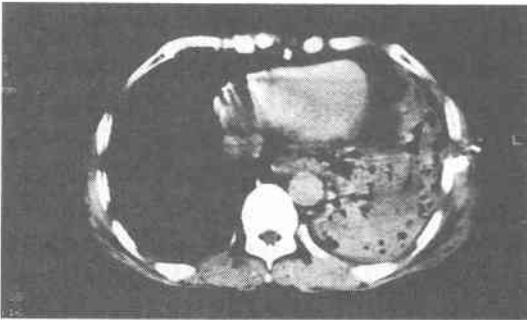
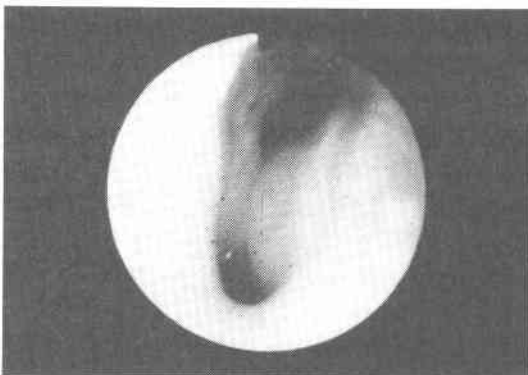


図4 食道内視鏡像：切歯より約40cmの食道左側壁に憩室を認める。



た。腹部エコー上、腹水、free airなどは認めなかった。内視鏡で切歯より約40cmの食道左側壁に憩室を認めこの底部に白苔の付着を伴う裂孔を認めた(図4)。裂

図5 入院時食道造影X線写真：破裂部位から左胸腔内への造影剤の漏出を認める。



図6 外科転科時食道造影X線写真：胸腔ドレーンをL型に交換し破裂部近傍に留置した。



孔までは正常粘膜が連続し潰瘍びらんなどは認めなかった。憩室下縁より食道胃接合部までの粘膜面にも異常所見はなかった。胃底部に血液を混じた胃液貯留を認め胃角部にH₂の潰瘍を認めたが出血所見はなかった。食道造影X線検査で内視鏡で認めた破裂部位から左胸腔内への造影剤漏出を認めた(図5)。以上より食道破裂の診断の下に絶食下に胸腔ドレナージを10

図7 外科転科後27日目の食道造影X線写真：造影剤の漏出を認めなかった。

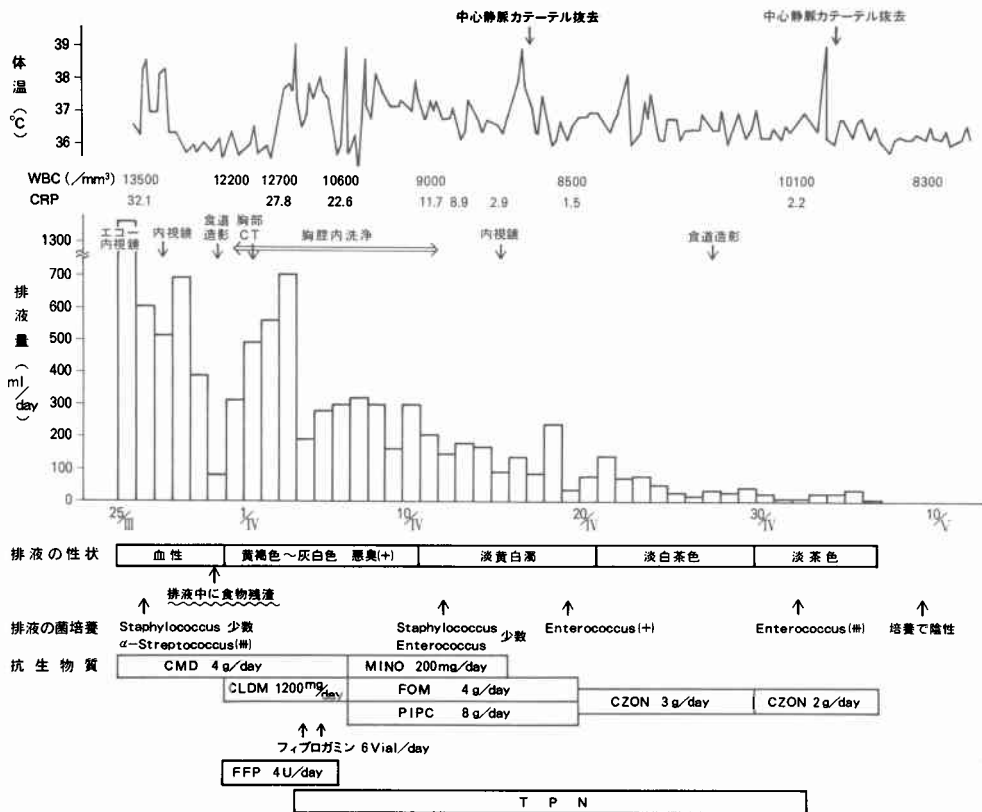


日間施行したが排液量が再増加し39℃以上の発熱や白血球増多を認めたため外科的治療目的で外科転科となった。転科後再度食道造影X線検査を施行したところ破裂創長径が約1.5cmと小さく全身状態も良好なため、透視下にドレナージチューブを直型からL型に換え、先端部を破裂部近傍に置き、経鼻胃管で消化管内容液を持続吸引して中心静脈栄養施行下に保存的治療を続行した(図6)。また排液の菌培養の結果に基づく抗生剤投与とともに血液凝固第XIII因子製剤も併用した。転科後27日目の造影では造影剤の漏出を認めなかった(図7)。以降経過良好で発症後約2カ月で退院した(図8)。

3. 考 察

食道憩室はまれな疾患ではないが横隔膜上憩室破裂の報告は少ない。自験例は嘔吐を契機として発症しており病態的には特発性食道破裂と同じと考えられる。貴島⁷⁾はその発生機序から嘔吐などの突然の圧力により発生するものを単純型、明らかな誘因なく発生するものを複雑型と分類しており、本邦報告200例のうち

図8 臨床経過



22%が複雑型であると報告している。また複雑型では憩室、癌、炎症などの潜在病変があり穿孔に至ったのではないかと述べている⁹⁾。自験例は発生機序は単純型で、食道壁の脆弱化因子として憩室が存在した形の特発性食道破裂と考えられる。特発性食道破裂は飲酒歴のある者に多く本邦では約70%が嘔吐後に発症しており自験例に合致する。かような圧力による破裂の際は即時に症状が発現し、その主症状は上腹部痛、胸痛、背部痛、呼吸困難などで、疼痛は後縦隔から伝達する激痛である。臥位を避け起座位をとろうとする特徴があるが強い腹痛のため急性腹症と疑われ開腹されることも少なくない⁹⁾。正しい診断には本症を念頭に置くことが第一であるが胸膜を穿破すれば胸部単純X線写真で水気胸の所見を呈するため診断は容易となる。また胸部CTは縦隔気腫などの把握に有用である¹⁰⁾。以上より本症を疑えば水溶性造影剤による食道造影X線検査により確診を得ることができる。治療法としては保存的治療を手術的治療の選択が問題となるが、最近は中心静脈栄養法を始めとする全身管理が進歩し保存的治療で治癒せしめたという報告が増加している^{11)~13)}。発症後長時間経過すると炎症のため穿孔部の縫合による一次的閉鎖は期待できない。Abottら¹⁴⁾は発症後12時間を安全限界としている。実際発症後20時間で縫合閉鎖施行後に縫合不全を発生した報告もみられる¹⁵⁾。他に破裂創閉鎖の工夫としてfundic patch法などが提唱されているが¹⁶⁾、われわれは待期的手術として食道抜去術を施行し良好な結果を得ている¹⁷⁾。

食道破裂に対する最も適切な初療は水気胸の指摘とドレナージであり⁷⁾、破裂創の大きさによっては自験例のごとく、保存的に充分治癒せしめることが可能であると考えられた。

4. おわりに

嘔吐を契機として発症した横隔膜上食道憩室破裂に対し、保存的治療にて治癒せしめたまれな症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 三原 修, 伊藤廉爾, 松尾 孝ほか: 消化管憩室について. 臨放線 19: 689-696, 1974
- 2) 石田哲哉, 小嶋高根, 本岡秀介: 食道憩室の頻度とその経年変化のX線学的検討. 臨放線 25: 35-40, 1980

- 3) 石上浩一: 食道憩室. 臨と研 49: 2372-2381, 1972
- 4) Burton RC, Cairns BC, Moss DI: Spontaneous rupture of an oesophageal diverticulum. Med J Aust 2: 1289-1290, 1971
- 5) Stalheim AJ: Spontaneous perforation of diverticula of distal esophagus. Minn Med 61: 424-426, 1978
- 6) 松森正之, 向原伸彦, 小川恭一ほか: 食道憩室の穿孔による食道胸膜瘻の1手術治験例. 日胸外会誌 29: 1214-1218, 1981
- 7) 貴島政邑: いわゆる特発性破裂の病態と治療-特発性食合破裂: 本邦報告200例の集計から-. 臨外 42: 335-341, 1987
- 8) 貴島政邑, 伊東 保, 長尾房大ほか: 特発性食道破裂の発生機構および臨床経過に関する検討. 日胸外会誌 26: 172-187, 1978
- 9) 山下裕一, 松峯敬夫, 十九浦敏男ほか: 特発性食道破裂の1治験例. 日臨外医会誌 45: 437-442, 1984
- 10) 小宮山伸之, 平澤博之, 有水 昇ほか: X線CTにより診断しえた食道穿孔の1例. 画像診断 6: 753-758, 1986
- 11) Brown RH Jr, Cohen PS: Nonsurgical management of esophageal perforation. JAMA 240: 140-142, 1978
- 12) 船富 亨, 三室 淳, 多賀須幸男ほか: 非観血的に治癒せしめたBoerhaave症候群の1例と内視鏡観察例の文献的考察. Gastroenterol Endosc 24: 911-921, 1982
- 13) 市川英幸, 大倉充久, 林 四郎ほか: 特発性食道破裂の2治験例. 外科治療 47: 383-392, 1982
- 14) Abott OA, Mansour KA, Logan WD Jr: Atraumatic so-called "spontaneous" rupture of the esophagus. J Thorac Cardiovasc Surg 59: 67-83, 1970
- 15) 羽島 隆, 羽生富士夫, 中村光司ほか: 胃潰瘍からの吐血を契機として発症した特発性食道破裂の1治験例. 日消外会誌 21: 2591-2594, 1988
- 16) Sannohe Y, Tanaka S, Inutsuka S et al: Onlay fundic patch method applied in spontaneous rupture of the esophagus: A case report. Jpn J Surg 10: 55-58, 1980
- 17) 大迫 努, 香川輝正, 山本政勝ほか: 特発性食道穿孔に対する外科治療の経験-とくに食道抜去および後縦隔経路食道胃吻合による1治験例を中心に-. 日外会誌 85: 592-597, 1985