

症例報告

Esophageal apoplexy の 1 例

東北大学第 2 外科

平山 克 西平 哲郎 北村 道彦
 標葉隆三郎 吉田 和徳 森 昌造

A CASE OF ESOPHAGEAL APOPLEXY

Katsu HIRAYAMA, Tetsuro NISHIHIRA, Michihiko KITAMURA,

Ryuzaburo SHINEHA, Kazunori YOSHIDA and Shozo MORI

Second Department of Surgery, Tohoku University School of Medicine

索引用語 : esophageal apoplexy, 食道壁内血腫, 特発性食道損傷

はじめに

Esophageal apoplexy (食道壁内血腫) はまれな疾患であり, 1957年の Williams の報告¹⁾以来40数例の報告をみるにすぎず, 本邦では, われわれが検索しえた限りでは, 現在までに 2 症例²⁾³⁾が報告されているのみである。

最近, われわれは, 保存的治療により治癒せしめえた本症の 1 症例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。

I) 症例

症例 : 77歳, 女性。

主訴 : 胸痛および吐血。

既往歴 : 47歳の時, 胆石症にて胆嚢摘出術を受けた。

家族歴 : 特記事項なし。

現病歴 : 1988年 6 月14日, 朝から何となく気分不快感があったが, 午前11時頃激しい胸骨後部痛が出現した。疼痛は頸部と心窩部に放散した。痛みは持続し, 午後 3 時には少量の吐血があり近医を受診した。経鼻胃管挿入にて胃内に血液貯留を認めた。さらに, 食道内視鏡検査を行った結果, 食道出血の診断にて, 同日午後 8 時に当科へ紹介・入院となった。

入院時現症 : 血圧105/80mmHg, 脈拍90/分, 整。顔面蒼白でやや苦悶状。胸骨後部痛と嘔気を訴えるが, 発症時よりは軽快傾向にあった。眼瞼結膜に貧血を認める。頸部に圧痛および皮下気腫を認めず。胸部は, 心尖部に Levine II 度の収縮期雑音を聴取する。肺に

表 1 検査成績一覧

	6月15日	6月18日	6月27日	7月7日
RBC (/mm ³)	326	306	300	347
WBC (/mm ³)	10,400	5,500	4,500	4,700
Hb (g/dl)	10.7	10.2	9.8	11.1
Hct (%)	31.6	29.8	29.3	33.2
血小板数 (×10 ⁹ /mm ³)	185	204	325	377
GOT (IU/ℓ)	25	23	18	21
GPT (IU/ℓ)	14	13	9	13
LDH (IU/ℓ)	452	406	435	464
CPK (U/ℓ)	62	41		
CK-MB (U/ℓ)	15	11		
血沈 (1hr/2hr)	(15, 34)		(45, 86)	

6月15日

総ビリルビン 0.7mg/dℓ	血清 Na 136mEq/ℓ	出血時間 4分
Al-p 60IU/ℓ	血清 K 3.4mEq/ℓ	プロトロンビン時間 86.5%
ZTT 8.2	血清 Cl 108mEq/ℓ	トロンビン時間 15.2秒
TTT 2.5	血清総蛋白 5.7g/dℓ	トロンボテスト 100%
BUN 16mg/dℓ	アルブミン 3.6g/dℓ	フィブリノーゲン 316mg/dℓ
血清クレアチニン 0.4mg/dℓ	Po ₂ 90mmHg	FDP 3.9μg/ml
	Pco ₂ 35mmHg	アンチトロンビンⅢ 95.3%

ラ音なし。腹部は, 平坦・軟で, 右季肋部に手術瘢痕をみるほか, 心窩部に軽い圧痛を認めた。

入院時検査所見 : 血液生化学検査では, 表 1 に示すごとく, RBC 326万/mm³, Hb 10.7g/dl, Hct 31.6%, WBC 10,400/mm³と, 軽度の貧血と白血球増多があり, 血沈が 1 時間値15mm, 2 時間値34mm とやや亢進していたが, 出血性素因を含めて他の検査成績には異常を認めなかった。また, 前医での胸部 X 線写真にて, わずかに左縦隔内空気貯留を疑わせる所見があったが, 当科来院時およびその後の経過においては異常を認めなかった。腹部単純 X 線所見にも異常はなかった。心電図では, 心室性期外収縮の散発をみるが, 狭心症や心筋梗塞など, 胸骨後部痛の原因に相応する所

<1989年 9 月19日受理>別刷請求先 : 平山 克
 〒980 仙台市青葉区星陵町 1-1 東北大学医学部
 第 2 外科

図1 来院時食道内視鏡所見



図2 発症2日目の胸部CT所見

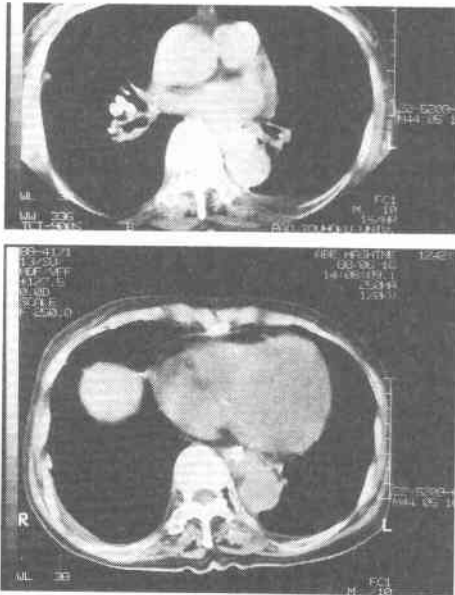


図3 発症2日目の食道造影所見 (ガストログラフィン)

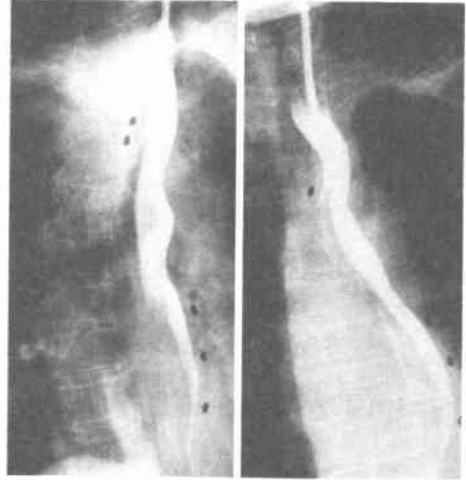


図4 臨床経過

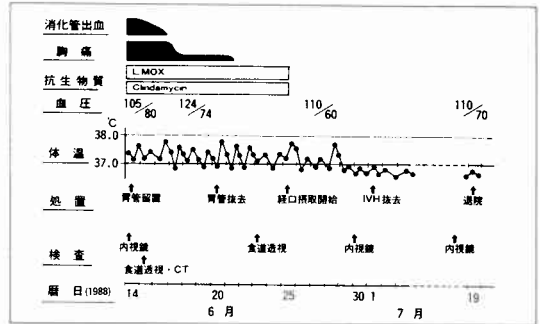
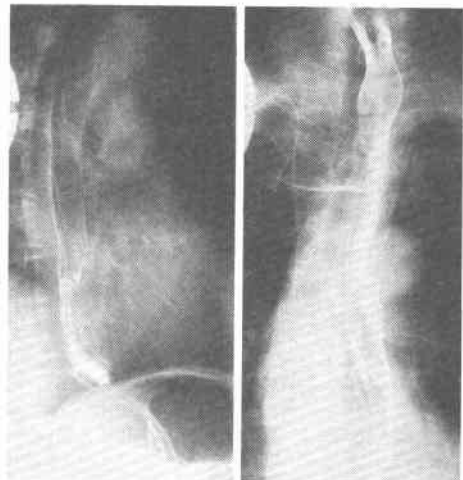


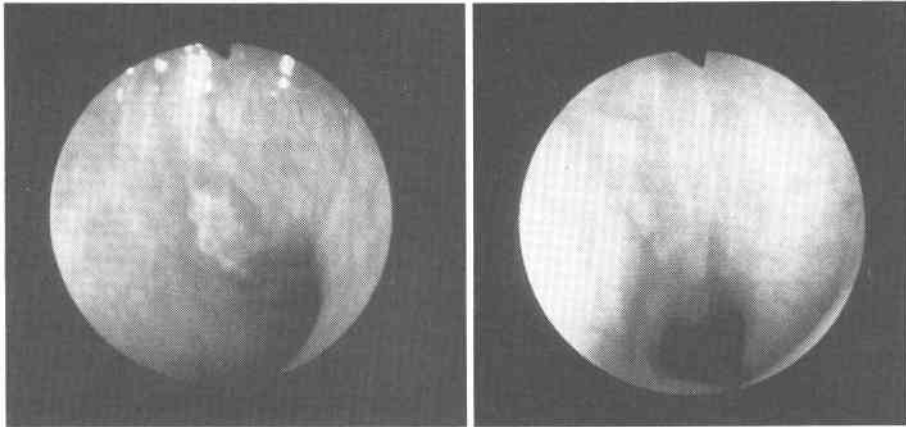
図5 発症10日目の食道造影所見



見はない。

食道内視鏡検査では、切歯列より19cmから食道全長にわたり、4時から7時方向の後壁全体が、著明に青紫色に隆起していた。粘膜は正常であり、粘膜下に血液が貯留している所見であった。19cmの部にわずかに凝血塊の付着をみるが、明らかな出血点は認められない(図1)。胸部 computed tomography (CT) 検査では、胸部食道全長にわたり、後壁を主とする著明な壁肥厚を認めたが、縦隔炎の所見はなかった(図2)。発症翌日のガストログラフィンによる食道造影では、大動脈弓の高さの右壁に、長さ2.5cmの瘻孔を認めた

図6 発症17日目の食道内視鏡所見



が、縦隔内への造影剤の漏出はなく、壁内瘻孔と思われた。さらに、気管分岐部以下の胸部中下部食道の右後壁に、粘膜下血腫によると思われる表面平滑な陰影欠損を認めた(図3)。胃・十二指腸には異常所見はない。

治療経過：以上の所見より、食道壁内出血の診断にて、経鼻胃管を留置するとともに、絶飲食・安静、抗生物質投与の上、中心静脈栄養法にて輸液・栄養管理を行った。

臨床経過の概要を図4に示したが、37℃台の発熱が13日間続き、以後平熱となった。また、疼痛は入院3日目には非常に軽減し、7日目にはほぼ完全に消失した。経鼻胃管より若干の出血が続いたが、入院3日目には止まった。検査成績上も、貧血の進行はみられなかった(表1)。6月23日(発症10日目)に行った食道造影では、壁内瘻孔は完全に消失しており、胸部中下部食道の陰影欠損も著明に改善していた(図5)。さらに、6月30日(発症17日目)の内視鏡所見では、食道後壁の軽度の発赤と切歯列より19cmの部の浅い潰瘍を認めたが、発症時の青紫色の膨隆は全くなくなっていた(図6)。7月14日(発症31日目)の内視鏡所見は全く正常であった。

以上の所見より、6月25日(発症12日目)から経口摂取を開始し、7月19日に全治退院となった。

なお、退院前の食道内圧検査および24時間pH monitoringにより、軽度の滑脱型食道裂孔ヘルニアの存在が確認されている。

II. 考 察

食道壁内血腫は、1957年にWilliamsが77歳女性の

症例について報告した¹⁾のが最初とされる。島ら²⁾は、本邦における2例目を報告するとともに、42症例を集計し、報告しているが、われわれが検索しえた限りではその後の報告例はなく、本症例は本邦第3例に当たると思われる³⁾。

食道壁内血腫の成因については、明らかな発生機転はいまだに不明であり、特発性食道損傷の1型式として扱われている。従来、特発性食道損傷としては、特発性食道破裂とMallory-Weiss症候群がよく知られている。前者は、Boerhaave症候群の名で有名であり、食道壁全層に及ぶ損傷で、早期に外科的治療を必要とする。一方、後者は、粘膜から粘膜下層に限局した損傷であり、消化管出血を主体とする。本症は、特発性食道破裂の不全型として、両者の中間に位置する第3の型の食道損傷と考えられている。

欧米の報告をみると、本症の名称に関しては、報告者によって、esophageal apoplexy⁴⁾、esophageal hematoma⁵⁾、intramural rupture⁶⁾、intramural hematomaなど種々の名称が用いられており、確定した呼称がないのが実情であるが、本報告ではesophageal apoplexyを採用した。

このように、本症はまれな疾患であり、呼称すら一定していないが、その臨床像に関しては幾つかのreview²⁾⁵⁾によりかなり明確にされている。

発生機序：特発性食道破裂やMallory-Weiss症候群と同様に、嘔吐などによる急激な食道・胃内圧の上昇が原因と考えられており、食道裂孔ヘルニアに代表される下部食道の運動・機能異常を発生要因として指摘する報告も多い⁴⁾。しかし、明らかな誘因なく発症す

る症例も半数近くみられ、本症の成因については不明な面も少なくない。さらに、出血性素因の有無についても考慮する必要がある。すなわち、島ら²⁾は42例中17例(37%)、Shayら⁵⁾は26例中13例(50%)が何らかの出血傾向を呈する基礎疾患を合併していたと報告している。

年齢・性：本症は、明らかに老人の女性に多く発生する。この傾向は、凝固因子が正常な症例において特に顕著であるが、特発性食道破裂やMallory-Weiss症候群では40~50歳代の男性の頻度が圧倒的に多い⁷⁾のと、明らかに傾向が異なる。

症状：胸痛が最も多く、ほぼ例外なくみられる。初発症状も胸痛が最多である。その他、心窩部痛、嚥下障害(嚥下痛も含めて)、吐血がみられる。胸痛は激痛であることが多いため、ほとんどの症例で心筋梗塞や解離性大動脈瘤が疑われて来院時に心電図や胸部X線検査が行われている。さらに、疼痛は背部や頸部に放散することが多いため、急性肺炎などの上腹部疾患が疑われる場合も多い。Mallory-Weiss症候群では痛みがほとんどないため、鑑別診断上重要である。吐血は、半数以上の症例にみられるが、吐血量は少量の場合が多く、輸血を必要とする症例はまれである。自験例も輸血は不要であった。症状の経過をみると、大多数の症例は発症後1週間以内に著明に軽快しており、症状が遷延する症例はまれである。

検査成績：一般検査では、軽度の貧血と白血球増多をみる。一方、異常を認めないことも多く、疼痛の程度の激しさに比べて検査値が正常であることが特徴的ともいえる。内視鏡および食道造影が診断の決め手となる。内視鏡所見は特徴的であり、本例のごとく青紫色~暗赤色の粘膜下の腫脹を認める。後壁が主体の場合が多いが、腫脹が全周に及んで内腔をほとんど閉塞する場合もある。また、食道造影では、粘膜下血腫による表面平滑な陰影欠損としてとらえられる。胸部X線写真では特に異常をみないが、特発性食道破裂(気縦隔、胸水貯留、気胸など)との鑑別上有用である。

治療と予後：ほとんどの症例は、絶飲食、安静、輸液、抗生物質投与などによる保存的治療が行われている。保存的治療を行った症例の経過はいずれも良好であり、前述のごとく1週間以内に症状はほぼ消失し、長期的にみても予後はきわめて良好で、狭窄などの障害を残した症例の報告はない。開胸術や開腹術を施行された症例の報告も散見されるが、術中所見について

はいずれも異常なかったと記載されている。

以上、本症の臨床所見を概観すると、自験例は典型的経過をたどったものと考えられる。

本症の診断においては、特に特発性食道破裂との鑑別が重要となる。すなわち、特発性食道破裂は、ほとんどの場合、早期に外科的処置を講じなければ致命的になるのに対して、本症では保存的治療が第1選択であり、手術を行うべきではない。ただ、多くの場合両者は明確に区別しえるが、特発性食道破裂と esophageal apoplexy の移行型と考えられる症例⁵⁾も報告されており、保存的に治療をすすめるにしても嚴重な follow が必要と思われる。われわれも、実際に本症に遭遇したのは本例がはじめてであり、保存的に治療を行いつつも病棟医としては不安が大きかった。すなわち、臨床症状や内視鏡所見がかなり“派手”であり、縦隔炎への移行や大量消化管出血の危険を常に念頭に置く必要を感じたからである。

おわりに

Esophageal apoplexy の 1 症例を報告した。本症は、報告例は少ないが、病態から考えても、それ程まれではないとも思われ、食道損傷の 1 型としてこのような形も存在することを認識しておくことは意義あることと思われる。

文 献

- 1) Williams B: Oesophageal laceration following remote trauma. Br J Radiol 30: 666-668, 1957
- 2) 島 伸吾, 杉浦芳章, 米川 甫ほか: 巨大な食道壁内血腫の 1 例. 日消病会誌 81: 3013-3018, 1984
- 3) Etani S, Frick M, Dressel TD et al: Obstructing esophageal hematoma mimicking cancer: A case report and experimental study. Jpn J Surg 12: 35-40, 1982
- 4) Smith G, Brunnen PL, Gillanders LA et al: Oesophageal apoplexy. Lancet 1: 390-392, 1974
- 5) Shay SS, Berendson RA, Johnson LF: Esophageal hematoma: Four new cases, A review, and Proposed etiology. Dig Dis Sci 26: 1019-1024, 1981
- 6) Marks IN, Keet AD: Intramural rupture of the esophagus. Br Med J 31: 536-537, 1968
- 7) 森 昌造, 渡辺登志男, 渋谷一誠ほか: 特発性食道破裂, 自験例 4 例を含む本邦 59 症例の検討. 日消外会誌 9: 91-102, 1976