

症例報告

中部食道潰瘍の1症例

神戸大学第1外科, *済生会中津病院外科, **神戸大学第2病理

笠原 宏 浜辺 豊 加藤 道男 大柳 治正
齊藤 洋一 杉原 俊一* 井上 和則* 藤盛 孝博**

近年, 診断技術の進歩とともに食道炎および食道潰瘍に遭遇し治療する機会が多くなってきた。しかし, 中部食道潰瘍の報告はまれである。われわれは, この原因不明の中部食道潰瘍の1例を経験したので報告する。

症例は56歳の男性で, 発熱と胸骨後部痛にて来院した。特別な化学物質や薬物の服用の既往はなかった。食道造影 X 線検査および食道内視鏡にて, 切歯列より26cm からの中部食道に大きな全周性の潰瘍を認めたが, 内視鏡による鉗子生検では悪性所見を認めなかった。制酸剤および中心静脈栄養などにて保存的治療を施行していたが, 突然大量吐血し, 緊急手術として胸部食道全摘術が行われた。摘出標本では, 潰瘍は食道上部2/3に存在し凝血塊の付着を認めた。口側および肛門側の潰瘍辺縁は明瞭であった。食道下部および胃には, 潰瘍および腫瘤を認めなかった。病理組織学的には活動性の慢性潰瘍の所見であった。

Key words: middle intra-thoracic esophageal ulcer, nonspecific esophageal ulcer

はじめに

食道潰瘍の多くは逆流性食道炎が進展し, 上皮欠損の生じた病態であり, 成因は消化液の逆流によることがほとんどで, 食道裂孔ヘルニアに伴うことが多く, 下部食道に発生するといわれている¹⁾²⁾。日常の外来診療でも, 内視鏡の進歩とともに診断がそれほど困難ではなくなってきたが, 悪性疾患との鑑別診断, 治療の面で難渋することも多い。とくに, 中部食道に発生することはまれで, 原因不明のものも少なくない。

今回われわれは, 大量吐血により緊急手術を必要とした中部食道潰瘍の1例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者: 56歳, 男性。

主訴: 熱発, 胸骨後部痛。

家族歴: 胃癌 (父)。

既往歴: 特記すべきこと無し。

生活歴: タバコ10本/日, アルコール (-), アレルギ (-)。

現病歴: 熱発, 胸骨後部痛にて内科外来を受診し,

精査目的にて入院となった。特別な化学物質, 異物の摂取や Doxycycline の服用は認めなかった。内科にて保存的治療施行していたが軽快せず, 数回の少量吐血後大量吐血をきたし, 手術目的にて外科に転科となった。

入院時現症: 体温39.1℃, 血圧130/80mmHg, 体格良, 栄養良, 球結膜に貧血, 黄疸など認めなかった。胸部打聴診上異常を認めず, 腹部は平坦で柔らかく, 肝脾は触知しなかった。

入院時臨床検査成績: 軽度の白血球増加, 血沈亢進, CRP (6+) 以上と炎症所見を認めた。ツベルクリン反応は18×18mmであった (Table 1)。

胸部単純撮影: 心胸比は52.8%で, 胸水貯留なく, 肺野にも異常陰影を認めなかった (Fig. 1)。

腹部単純撮影: 異常なガス像, 石灰化は認めなかった。

食道造影 X 線検査所見: 中部食道に約7cm の全周性壁不整, 硬化像を認めたが, 明瞭な潰瘍面, 腫瘤像を認めず, 食道裂孔ヘルニアなどの解剖学的異常も認めなかった (Fig. 2)。

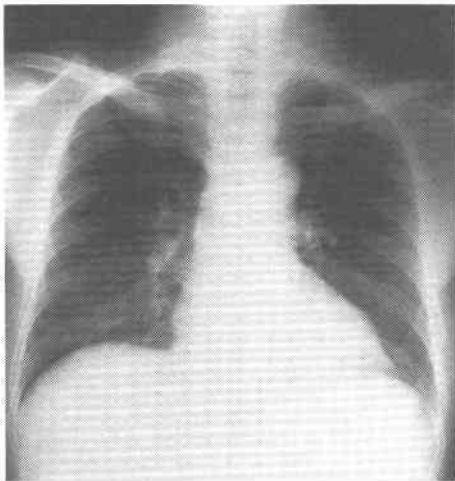
食道内視鏡所見: 切歯列より約26cm から白苔に被われた全周性の潰瘍が存在し, 発赤, 散在する小隆起, 出血斑などが認められ, 遠藤の内視鏡分類¹⁾²⁾では, 4

<1990年6月13日受理>別刷請求先: 笠原 宏
〒650 神戸市中央区楠木町7-5-23 神戸大学医学部第1外科

Table 1 Laboratory findings on admission

RBC	4.29 × 10 ⁶	TP	6.8 g/dl
Hb	12.2 g	ALB	3.7 g/dl
Ht	37.4 %	T-Bil	0.4 mg/dl
WBC	10.7 × 10 ³	GOT	21 IU/l
St	4 %	GPT	17 IU/l
Seg	71 %	LDH	243 W-U
Ly	20 %	ALP	5.4 KAU
Mon	4 %	T-cho	160 mg/dl
Eo	1 %	IgG	822 mg/dl
Plat	35.3 × 10 ⁴	IgA	166 mg/dl
		IgM	85 mg/dl
Urinalysis		Na	140 mEq/l
protein	(-)	K	4.3 mEq/l
sugar	(-)	Cl	104 mEq/l
Fecal occult blood	(-)	CEA	1.6 ng/ml
ESR	80/150		
CRP	6 + <		
ASLO	120 T.U.		
C ₃	219 mg/dl		
C ₄	42 mg/dl		
CH ₅₀	53.2 U/ml		

Fig. 1 Chest X-ray film shows no tumorous lesion or no mediastinal widening



型に分類されると考えられる(**Fig. 3**)。数度にわたる内視鏡検査と鉗子生検を行ったが、いずれも Group 1 で非特異性炎症所見を呈していた。

以上のことより、原因不明だが中部食道潰瘍と診断し、中心静脈栄養施行し、H₂ブロッカー等制酸剤・粘膜底護剤投与による保存的治療を施行していたところ、少量の吐血の後に大量吐血をきたし、緊急手術施行した。

手術所見：手術は右開胸、開腹で行った。食道周囲

Fig. 2 Esophagram in the right anterior oblique position: a circumferential irregular lesion is located in the upper and middle thirds of the esophagus. The presence of encircling, infiltrative esophageal cancer is suspected.

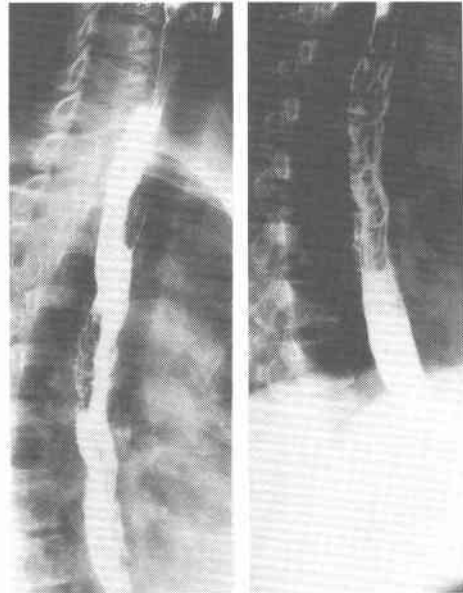
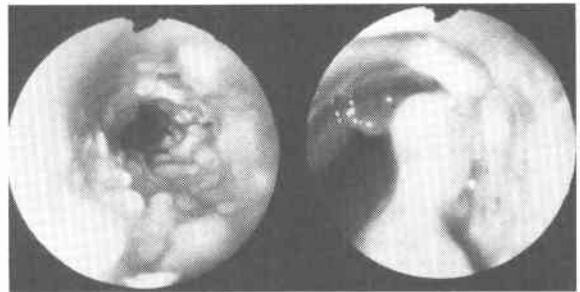


Fig. 3 Endoscopic findings: A large irregular ulcer is seen at 26cm from incisors and biopsy specimens don't show any tumor cells.



は炎症性と思われる癒着が高度で剝離に難渋し、切除範囲は頸部食道にまでおよんだが、一期的に手術を施行し、胸部食道全摘、亜全胃管による胸骨後再建を施行した。

切除標本肉眼所見：中部食道を中心に広範な潰瘍を認め、潰瘍面に多量の凝血塊の付着を認めた(**Fig. 4**)。

病理組織学的所見：連続切片による病理組織検査では、悪性所見は無く、潰瘍は食道の粘膜下層に達していた(U111)。粘膜下層に多数の出血巣と筋層に多数の

Fig. 4 Resected material of the esophagus: the lesion is located in the upper and middle thirds of the esophagus

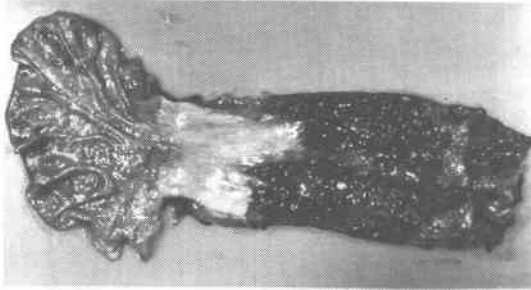
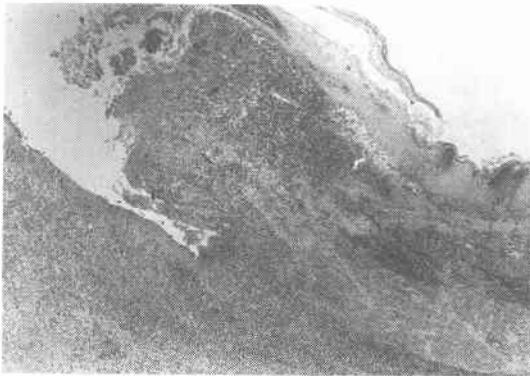


Fig. 5 Microscopic feature of the lesion shows an active, well-developed chronic ulceration (H.E, low-power-view)



炎症性細胞浸潤を認め、慢性炎症像を示した。潰瘍部およびその周囲粘膜に円柱上皮の混在を認めなかった (Fig. 5)。

術後経過は、大量吐血、ショックに起因すると思われる多臓器不全を合併し、術後第12病日に死亡退院となった。

考 察

食道潰瘍は1833年 Albers により初めて記載された疾患である。臨床像では Jackson(1929)³⁾の4,000例中88例 (2.2%) の報告があり、また Schmidt (1954)⁴⁾は Mayo Clinic で6年間に170例の食道潰瘍を経験したと述べている。本邦では、中山ら (1965)⁵⁾は食道内視鏡施行5,000例中42例 (0.8%)、遠藤ら¹²⁾は9,847回の食道内視鏡検査にて2.3%に潰瘍を認めたと報告しており、それほどまれな疾患ではない。しかも、最近では食生活の欧米化および肥満者の増加とともに、内視鏡

検査の普及により食道潰瘍の症例数は増加していると考えられる。日常診療で遭遇する機会が多いものは、ほとんど消化性のもので下部食道に発生する^{7)~9)}。しかし、中部食道に潰瘍が発生することは非常にまれで、遠藤ら¹²⁾の報告でも中部食道潰瘍は食道潰瘍の5%にすぎず、全例とも食道裂孔ヘルニアを伴わなかったと述べている。このため、下部食道潰瘍と違い、中部食道潰瘍の原因は消化性以外のものがほとんどで、禹ら¹⁰⁾が報告しているように薬剤性、原因不明例が多い¹¹⁾。われわれの症例では、解剖学的異常を認めず、食事、異物、薬物、鼻腔ゾンの留置の既往もないため、原因不明の非特異的中部食道潰瘍と診断した。

症状は胸骨後部痛、心窩部痛、嚥下障害、胸やけ、出血などであり、本症例でも胸骨後部痛が主訴であった。また、本症例にみられた熱発は食道潰瘍に合併した縦隔炎によるものと診断した。

診断は食道透視および食道内視鏡が中心となる。食道透視では、合併する食道裂孔ヘルニア、短食道が認められることが多いが、本症例では認められなかった。また、下部食道狭窄、不整などの食道癌類似の所見を呈することが多く、スクリーニングでは55%が食道癌と診断されている¹²⁾。山田、竹本ら¹³⁾は食道潰瘍の透視像、4型に分類しているが、本症例はどの型にも属さず、中部食道に約7cmの全周性壁不整、硬化像を認め透視上は食道癌と診断した。

食道内視鏡では遠藤ら (1976)¹²⁾の分類が一般によく用いられるが、しいていえば本症例は4型に属すると考えられる。

食道炎の診断基準は、食道疾患研究会が内視鏡および病理組織学的診断基準を作成¹⁴⁾しており、これより、本症例は ulcerative type で、鉗子生検による病理学的組織学的所見は慢性炎症細胞浸潤であった。

治療は保存的治療が中心で、上体挙上 (20度) するとともに表面粘膜麻酔剤、精神安定剤、粉膜保護剤、胃酸分泌抑制剤、食道胃排促進剤投与が有効とされている¹⁵⁾¹⁶⁾。保存的治療により中部食道潰瘍型は83%軽快治癒するが、marginal ulcer type のものは不変例が多いといわれている¹¹⁾⁷⁾。本症例でも、中心静脈栄養を行うとともに薬物療法を施行したが効果なく、大量吐血をきたしたため緊急手術施行せざるをえなかった。

手術適応としては、出血、狭窄、症状悪化、癌診断であり、術式としては食道潰瘍発生の原因を考慮した術式が必要である⁸⁾⁹⁾。本症例では、食道潰瘍が約7cm

と長く、潰瘍全体からの出血が認められたため、胸部食道全摘+亜全胃管による胸骨後再建を施行した。

摘出病理標本では組織学的所見として、悪性所見は無く、潰瘍は胃粘膜下層にたっており、潰瘍およびその周囲に円柱上皮の混在を認めずバレット潰瘍¹⁸⁾¹⁹⁾ともいえず、特異的な所見は認めなかった。

文 献

- 1) 遠藤光夫, 羽生富士夫, 木下祐宏ほか: 食道潰瘍の臨床的検討. 日消外会誌 9: 280—285, 1976
- 2) 遠藤光夫, 羽生富士夫, 小林誠一郎ほか: 食道潰瘍. 胃と腸 11: 705—713, 1976
- 3) Jackson C: Peptic ulcer of the esophagus. JAMA 92: 369—372, 1929
- 4) Schmidt HW: Regurgitant ulceration at the esophagogastric junction. Mayo Clin Proc 29: 153—163, 1954
- 5) 中山恒明, 遠藤光夫, 中野喜久男ほか: 非特異性食道潰瘍の検討. 外科 28: 243—253, 1966
- 6) 竹本忠良, 岡 紳爾: 食道潰瘍. 臨成人病 13: 1315—1319, 1983
- 7) 浜辺 豊, 黒田大介, 生田 肇ほか: 逆流性食道炎と食道潰瘍. 外科治療 59: 173—180, 1988
- 8) Richard HS, Laurence LR, Thomas GE et al: The surgical treatment of peptic ulceration and stricture of lower oesophagus. Ann Surg 139: 258—268, 1954
- 9) Bombeck CT, Aoki T, Nyhus LM: Anatomic etiology and operative treatment of peptic esophagitis: An experimental study. Ann Surg 165: 752—764, 1967
- 10) 禹 博司, 松家康裕, 朴沢英憲ほか: 急性中部食道潰瘍の2例. Prog Dig Endosc 14: 110—118, 1979
- 11) 佐藤正典, 藤田博正, 橋本敏夫ほか: 中部食道潰瘍の3例. 日消外会誌 15: 1401—1404, 1982
- 12) 山田明義, 小林誠一郎, 吉田 操ほか: 逆流性食道炎のX線像と鑑別診断. 胃と腸 18: 1175—1183, 1983
- 13) 竹本忠義, 山田明義: 食道疾患. 総合臨 20: 1253—1258, 1971
- 14) 食道疾患研究会編: 食道炎の診断基準. 金原出版, 東京, 1978
- 15) 関口利和, 小林節男: 食道炎, 食道潰瘍. 内科 51: 1137—1139, 1983
- 16) 掛川暉夫: 各種疾患の薬物療法—食道炎・食道潰瘍—. 臨研 64: 1398—1403, 1987
- 17) Wolf BS, Marshak RH, Som ML et al: Peptic esophagitis, peptic ulcer of the esophagus and marginal esophagogastric ulceration. Gastroenterology 29: 744—766, 1955
- 18) Barrett NR: Chronic peptic ulcer of the esophagus and esophagitis. Br J Surg 38: 175—182, 1950
- 19) Barrett NR: The lower esophagus lined by columnar epithelium. Surgery 41: 881—894, 1957

A Case of Middle Intra-thoracic Esophageal Ulcer

Hiroshi Kasahara, Yutaka Hamabe, Michio Kato, Harumasa Ohyanagi, Yoichi Saitoh,
Shunichi Sugihara*, Kazunori Inoue* and Takahiro Fujimori**
First Department of Surgery, Kobe University School of Medicine
*Department of Surgery, Nakatsu Saiseikai Hospital
**Second Department of Pathology, Kobe University School of Medicine

In recent years, detection of esophagitis and esophageal ulcer has been developed with medical advancement, but middle intra-thoracic esophageal ulcer has rarely been reported. Herein we report a case of middle intra-thoracic esophageal ulcer. A 56 year-old male was transferred to this hospital because of fever and retrosternal pain, and there was no past history of caustine or medication. An esophageal roentgenogram and esophagoscopy revealed a large ulcer located at 26 cm from the incisors, and the biopsy specimen revealed no malignant cells. He was treated with antacids and TPN, but an emergency esophagectomy was necessary because of sudden massive hematemesis. Grossly, the lesion was located in the upper two-thirds of the esophagus with sharply demarcated margins. No ulcerations nor tumors were found in the lower third of the esophagus and stomach. Microscopic findings showed an active, well-developed, chronic ulceration.

Reprint requests: Hiroshi Kasahara First Department of Surgery, Kobe University School of Medicine
7-5-2 Kusunoki-cho, Chuo-ku, Kobe, 650 JAPAN