

症例報告

腹部食道憩室症の1治療経験

愛媛大学医学部第1外科

河田 直海 林 雅郎 井上 賢二 恒川 謙吾

腹部食道に発生した憩室の1治療例を経験したので報告する。患者は67歳男性で、心窩部痛および体重減少を主訴として来院した。上部消化管透視および内視鏡で、食道胃接合部直上に径約2cmの憩室を認めた。

手術は経腹的に行い、憩室を切除後、逆流性食道炎予防の意味で、胃底部前壁を憩室切除部に縫い着けた。切除標本は組織学的に真性憩室であり、内面は正常扁平上皮に覆われていた。

食道憩室は、咽頭食道・気管分岐部・横隔膜上が好発部位として知られているが、自験例と同様な報告は文献上わずかに1例のみである。

Key words: esophageal diverticulum, partial fundoplication

1. はじめに

食道憩室は、上部消化管造影のさい偶然発見され、無症状のまま放置されることが多い。その好発部位は良く知られており、腹部食道に発生したものは非常にまれである。

今回われわれは、心窩部痛・体重減少を主訴とした食道憩室症の1例を経験し、術式に若干の工夫を加え、治療せしめたので報告する。

2. 症 例

患者：67歳，男性。

主訴：心窩部痛，体重減少。

既往歴：高血圧症。

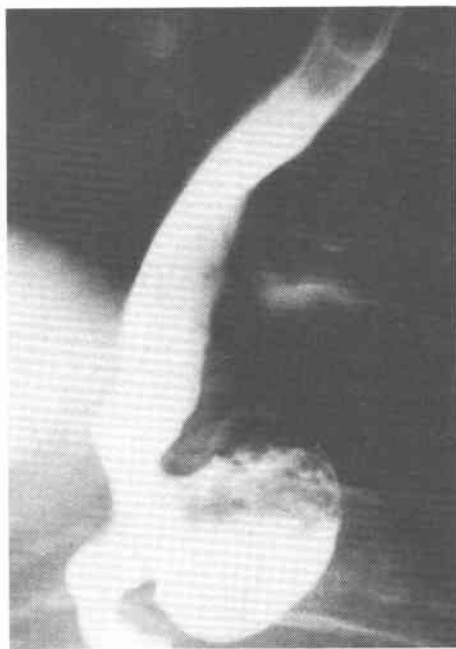
家族歴：兄，胃癌にて死亡。

現病歴：1989年2月中旬、夜間牽引されるような心窩部痛が出現。固形物嚥下時の心窩部圧迫感を伴い、食欲減退、体重減少(2週間で2Kg)を来したため、近医を受診。上部消化管透視にて、噴門部の異常陰影を指摘され、同年2月27日当科に紹介された。

現症：身長160cm，体重65Kg，栄養状態良好。貧血・黄疸なし。血圧160/100mmHg。胸部は理学的に異常を認めず。腹部は平坦軟で、圧痛なし。

検査所見：血液学・生化学的検査では異常なし。上部消化管透視にて、腹部食道後壁に嚢状の突出が見られた(Fig. 1)。上部消化管内視鏡では、食道胃境界部

Fig. 1 Preoperative esophagogram. Saccular protrusion at the abdominal portion was observed.

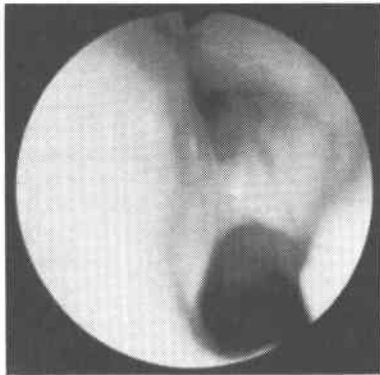


直上後壁に深い陥凹があり、内腔に食物残渣の貯留を認めた(Fig. 2a, b)。その内面の生検結果は正常扁平上皮であった。

以上より、腹部食道憩室症と診断し、症状が強いため、3月22日手術を施行した。

手術所見：上腹部正中切開で開腹した。迷走神経を

Fig. 2 Preoperative endoscopic findings. a. Deep depression was noted at just above the esophagogastric (E-G) junction. Food retended in the depression.



b. schema

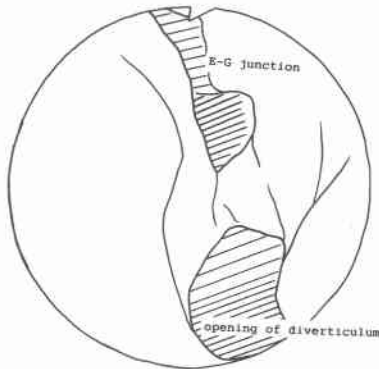
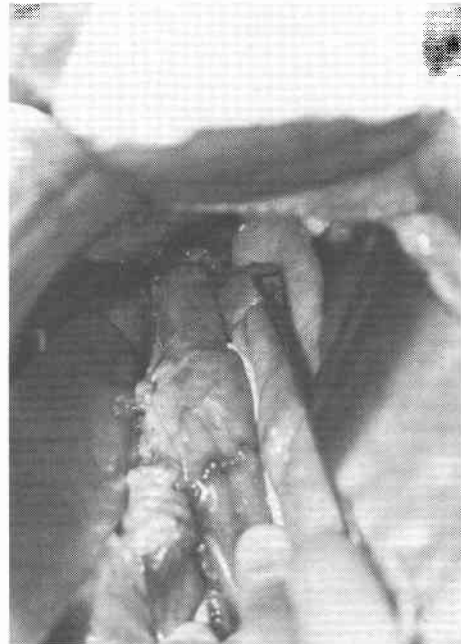
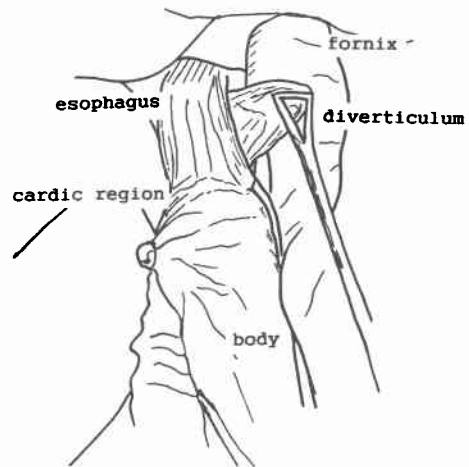


Fig. 3 Operative findings. a. A diverticulum with muscular layer was noted at the abdominal portion of the sophagus.



b. schema



温存しつつ食道を剝離しネラトンで挙上した。周囲の癒着はほとんどなく容易に、食道全層から成る拇指頭大の憩室を認めた (Fig. 3a, b)。その頸部で自動縫合器 Auto Suture® TA-30を用いて切除した。筋層を縫合閉鎖し、胃底部前壁を縫合部に縫い着けた (Fig. 4)。切除標本は2.7×2.5cmで、内面は組織学的にはやや肥厚した扁平上皮で覆われていた (Fig. 5)。

術後経過：症状は全く消失し、術後17日目に退院した。術後透視では内腔は平滑で通過は良く、頭低位でも胃から食道への逆流は認められなかった (Fig. 6)。内視鏡では、憩室切除部はわずかに陥凹を残すのみとなり、食道炎の所見もなかった。胃内反転による観察で、噴門部はほぼ全周性に低い粘膜の隆起に囲まれていた (Fig. 7a, b)。

3. 考 察

食道憩室の好発部位として、1) 咽頭食道(paraphar-

yngeal, cervical, hypopharyngeal, upper, pharyngeal, Zenker's), 2) 気管分岐部 (epibronchial, parabronchial, middle, thoracic), 3) 横隔膜上 (epiphrenic, lower, parahiatal) の3か所がよく知られている¹⁾²⁾。その成因により内圧性、牽引性、外傷性、先天性の4種に、また、壁の構成により真性と偽性に分

Fig. 4 Illustrated operative procedure. The anterior wall of fundus was sutured to where the diverticulum resected.

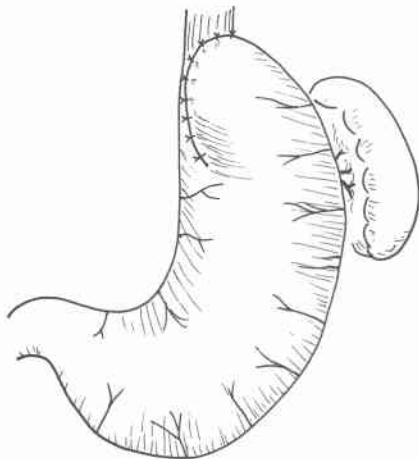
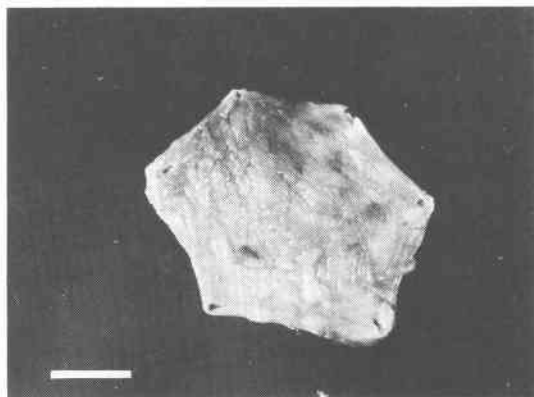


Fig. 5 Resected specimen. 2.7×2.5cm in size.



類される。横隔膜上憩室の場合、内圧性および先天性の要因が多く下部食道括約筋の過緊張や食道裂孔ヘルニアの合併などの関与も考えられている^{1)~4)}。

腹部食道に発生した憩室の報告は調べた範囲では現在までに4例である。そのうち外科学的治療がなされたのは Rottig の1例のみであり⁵⁾、自験例は非常にまれな症例である。腹部食道憩室の発生要因として、食道協調運動の異常、下部括約筋の過緊張による内圧の上昇、裂孔ヘルニアの合併、先天的抵抗減弱部の存在などが考えられ、その意味では横隔膜上憩室と同一の範疇に入れても良いであろう。自験例の場合、食道および食道胃接合部の圧についての検索はなされなかったが、術前後を通じて、透視や内視鏡のさいに蠕

Fig. 6 Postoperative esophagogram. Good passage and no gastro-esophageal reflux was observed.

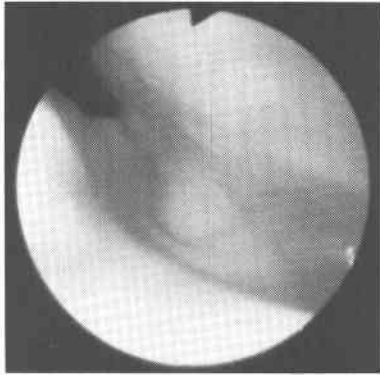


動の異常、排泄の遅延、裂孔ヘルニアの合併などの異常所見は見られなかった。また、憩室は筋層を伴い、周囲の癒着がほとんどなかったことから、先天性要因が最も大きいと考えられた。

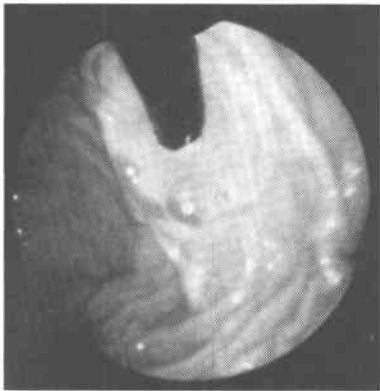
食道憩室が外科的治療の対象となることは少ないが、症状が強い場合、出血や穿孔を合併している場合、悪性化が疑われる場合は手術適応といえよう。自験例の憩室は比較的小さいが症状が強く体重減少も来していたため手術適応とした。

術式としては憩室切除が基本であるが、発生要因として運動異常、下部括約筋過緊張等を考慮し、筋切開を追加する方法、さらに逆流防止のための処置を追加する方法が行われるようになってきている³⁾⁴⁾⁵⁾。自験例の場合、食道運動の異常や裂孔ヘルニアの合併は認められなかったため憩室切除だけで目的は達せられたかもしれない。しかし、胃切除術や胃迷走神経切離術など噴門部の剥離が行われた術後、裂孔ヘルニアや逆流性食道炎が発生することはまれではなく、これらによる症状は本症の症状と良く似ており、その発生には細心の注意を払うべきである。したがって、何らかの噴門部逆流防止法の追加が必要と考え、Nissen の par-

Fig. 7 Postoperative endoscopic findings. a. Little depression was remnant.



b. Circular mucosal elevation by fundoplication was noted at the cardia.



tial fundoplication に準じ、胃底部を食道筋層縫合部に縫着したが³⁾、機能的にもまた、内視鏡による観察で

もその目的を果たすに十分と思われた。

憩室に至る経路は文献ではすべて左開胸によっているが、本症例は明らかに腹部食道に発生していたため経腹的に行った。術野が深く憩室切除部の縫合閉鎖にやや困難が予測されたが、器械縫合により確実に短時間に行われた。現在、このような症例に対する器械縫合は保険適応とは認められていないが、非常に良い適応と考えられた。

文 献

- 1) Duda M, Sery Z, Vojacek K et al: Etiopathogenesis and classification of esophageal diverticula. *Int Surg* 70 : 291—295, 1985
- 2) 鍋谷欣市: 食道憩室の手術。木本誠二 監修。現代外科手術学大系, 10, 中山書店, 東京, 1979, p3—20
- 3) Evander A, Little AG, Ferguson MK et al: Diverticula of the mid- and lower esophagus: Pathogenesis and surgical management. *World J Surg* 10 : 820—828, 1986
- 4) Debas HT, Payne WS, Cameron AJ et al: Physiopathology of lower diverticulum and its implications for treatment. *Surg Gynecol Obstet* 151 : 593—600, 1980
- 5) Rettig J: Diverticulum of the abdominal portion of the esophagus. *Gastroenterology* 42 : 781—783, 1962
- 6) Allen TH, Clagett OT, Minn R: Changing concepts in the surgical treatment of pulsion diverticula of the lower esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 50 : 455—562, 1965
- 7) 三富利夫: 食道アカラシアの手術。木本誠二 監修。現代外科手術学大系, 10, 中山書店, 東京, 1979, p317—345

Esophageal Diverticulum of the Abdominal Portion —A Case Report—

Naomi Kawata, Masaroh Hayashi, Kenji Inoue and Kengo Tsunekawa
First Department of Surgery, Ehime University School of Medicine

A case of diverticulum that developed from the abdominal portion of the esophagus is reported. A 67-year-old male complained of epigastralgia and body weight loss. Upper gastro-intestinal roentgenography and endoscopy revealed a diverticulum of the esophagus just above the esophago-gastric junction, 2 cm in size. It was small but his symptoms were significant, so resection with laparotomy was performed. Partial fundoplication was added to avoid gastro-esophageal reflux. Histologically the resected specimen was true diverticulum. In the esophagus, parapharyngeal, epibronchial, and epiphrenic diverticulum are common, but only one case like ours have been reported.

Reprint requests: Naomi Kawata Department of Surgery, Tsushima Municipal Hospital
15 Takata, Tsushima-cho, Kitauwagun, Ehime, 798-33 JAPAN