

症例報告

## 保存的治療で治癒後、短期間で対側破裂を来した 特発性中部食道破裂の1例

喜多医師会病院外科

仲田 裕 石井 龍宏 富岡 憲明

胸部中部食道左壁の特発性食道破裂を保存的に治療した後、胸部中部食道右壁に再発した症例を経験したので報告する。症例は74歳の男性。主訴は嚥下後の強い胸痛。胸部X線写真で縦隔気腫を認め、食道内視鏡検査で胸部中部食道左壁に約2.5cmの破裂部を認めた。経鼻的に持続ドレナージを行い、保存的に治癒した。入院19日目に退院し、普通食を摂取していた。退院5日後に少量の嘔吐をした際、胸痛があり来院した。胸部X線写真で異常なかったが、CTで食道右側の縦隔気腫、食道内視鏡検査で前回破裂部やや肛側の食道右壁に約0.5cmの破裂部を認めた。絶食のみで治癒した。初発、再発とも発症から診断まで約5時間であり、早期診断にはCTが有用であった。縦隔胸膜が破裂していなければ保存的治療のよい適応で、経鼻持続ドレナージが有効であった。また、保存的治療を行った場合、治癒後の再発に留意する必要がある。

### はじめに

特発性食道破裂は本邦でも多数の報告例があり、貴島<sup>1)</sup>による200例の集計では特発性食道破裂の70%以上が嘔吐や嚥下後などに発生し、破裂部位は90%が下部食道である。以前は診断が遅れやすい疾患とされていたが、近年では早期に診断され保存的治療で治癒する症例も増えている。しかし、特発性食道破裂は食道壁の脆弱部に突発性の圧力が作用し発生するため、保存的治療を行った場合、再発する可能性が十分にある。我々は嚥下後に発生した中部食道左壁の特発性食道破裂に対し、経鼻持続吸引ドレナージで保存的に治癒せしめた後、初発から24日目に今度は中部食道右壁に特発性食道破裂が発生した非常にまれな症例を経験したので報告する。

### 症 例

症例：74歳，男性

主訴：心窩部痛，背部痛

既往歴：降圧薬服用中

生活歴：アルコール，日本酒2合/日，20年

初回入院時現病歴：平成11年7月28日朝食後に胸につかえる感じがあり，水とともに飲み下したところ，

<2000年10月31日受理> 別刷請求先：仲田 裕  
〒795 0061 大洲市徳森2633 3 喜多医師会病院外科

心窩部から背部にかけて強い疼痛が出現した。疼痛は持続性で体動時、深呼吸時に増強した。直ちに近医受診したところ、胸部単純X線写真で上縦隔気腫を認め、当院に紹介され同日入院した。

入院時現症：身長159cm，体重49kg，血圧190/100 mmHg，脈拍90/分，体温38.1。心，肺雑音なし。腹部平坦・軟。臥位で疼痛が増強した。皮下気腫は認めなかった。

血液検査所見：血液検査では白血球12,000/ $\mu$ lと上昇していたが、CRPは0.2mg/dlで正常範囲内であった。経皮的動脈血酸素飽和度は94%であった。

胸部単純X線写真：上縦隔に気腫を認めた。

胸部CT：気管および食道周囲の縦隔内に気腫を認め、食道破裂が疑われた。胸水は認めなかった (Fig. 1A)。

食道内視鏡検査：胸部中部食道左壁に縦走する約2.5cmの破裂部を認めた (Fig. 2)。

食道造影X線検査：中部食道の左側に造影剤の貯留を認めた (Fig. 3)。

入院後経過：食道造影X線検査後、透視下に10Fr サンプチューブを経鼻的に破裂部に挿入し、13cm水柱で持続吸引した。発症から治療開始まで約5時間であった。絶飲食とし高カロリー輸液と抗生剤投与を行った。入院4日目には発熱はなくなり、CRPも入院

Fig. 1 Chest computed tomographies at the first rupture : Mediastinal emphysema was observed around the trachea and esophagus on admission ( A ) The mediastinal emphysema was disappeared after conservative therapy ( B )

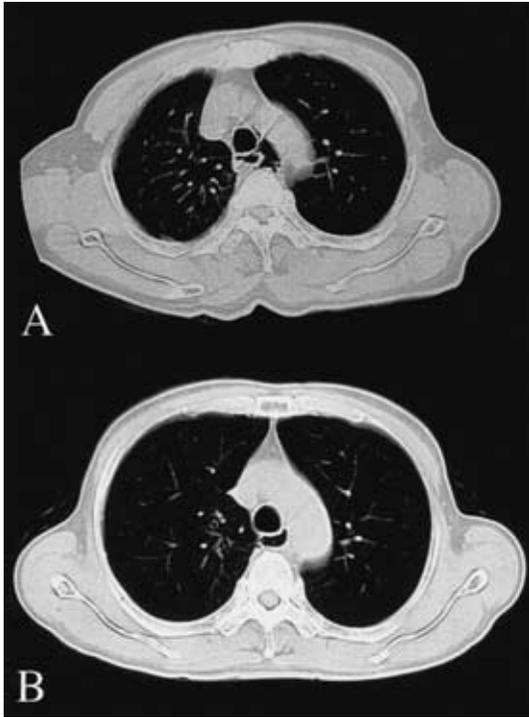


Fig. 2 Endoscopic image at the first rupture : About 2.5 cm esophageal rupture was found in the left wall of middle esophagus.

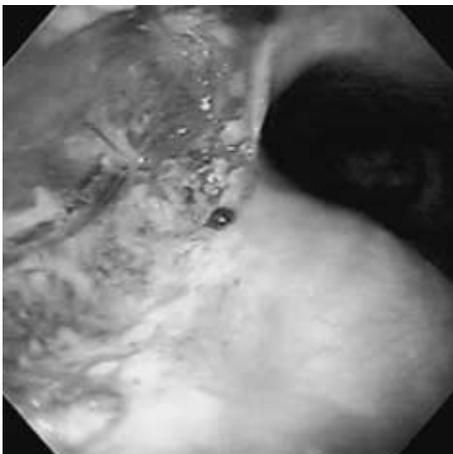
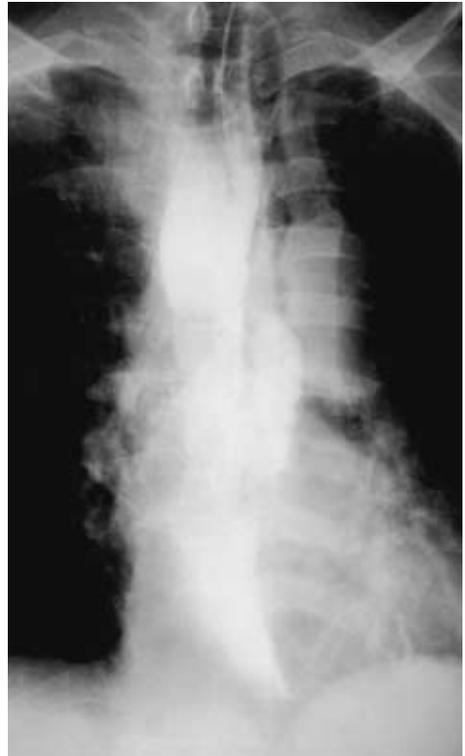


Fig. 3 Gastrografin swallow at the first rupture showed an esophageal perforation with a mediastinal cavity measuring 2 by 6.5 cm at the left side of middle esophagus. Emphysema was observed at the left upper mediastinum.

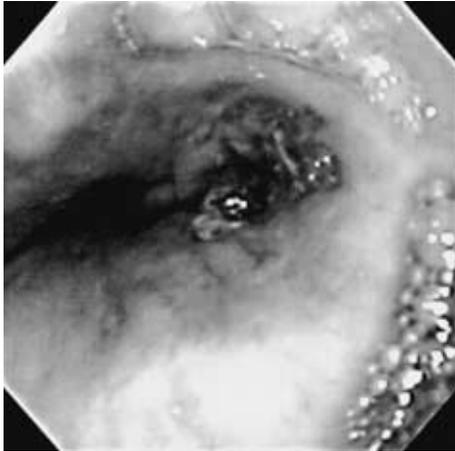


3日目の21.9mg/dlから、入院9日目には0.6mg/dlに低下した。サンプルチューブからの造影では入院4日目に破裂腔がほぼ消失したため、サンプルチューブを破裂腔内から抜去し、食道内の破裂部の口側に留置した。入院9日目の食道造影X線検査では破裂腔への造影剤の貯留は消失し、胸部CT検査 (Fig. 1B) でも縦隔気腫を認めなかった。入院9日目にサンプルチューブ抜去し経口摂取を開始、入院19日目に退院した。同日施行した食道内視鏡検査で、食道破裂部は癒痕を残すのみであった。

2回目入院時現病歴：退院後は普通食を摂取していたが、平成11年8月21日朝食中に胸部につかえた感じがあり少量の嘔吐をした。その後、前回と同様の疼痛があるため来院した。血液検査、胸部単純X線写真に異常を認めなかった。

胸部CT：食道右側の縦隔内に気腫を認めた。

Fig. 4 Endoscopic image at the second rupture :  
The 0.5 cm esophageal rupture was shown in the right wall of esophagus a little below the scar of the first rupture.



食道内視鏡検査：前回破裂部やや肛門側の胸部中部食道右壁に約5mmの食道破裂部を認めた(Fig. 4)。初回退院時の食道内視鏡検査では、同部に異常を認めなかった。

食道造影X線検査：胸部中部食道の右側縦隔内に造影剤の貯留を認めた(Fig. 5)。

入院後経過：発症から診断まで約5時間であった。破裂部が小さく、縦隔気腫も小さいためサンプルチューブを留置せず、絶飲食とし抗生剤投与を行った。入院4日目には発熱はなくなり、9日目に経口摂取を開始した。その後の食道内視鏡検査、食道造影X線検査でも器質的な病変を認めなかった。患者は入院28日目に退院した。初回食道破裂から1年経過したが、再発はしていない。

### 考 察

特発性食道破裂は、消化管穿孔の中でも最も緊急性の高い疾患であり、早期診断が必要であるが、しばしば診断の遅れが指摘される。橋本ら<sup>2)</sup>によると1985年から1992年までに報告された食道破裂の内、発症から24時間以内に外科的治療を開始された症例は45%にすぎない。Lemkeら<sup>3)</sup>は食道破裂の早期診断のためには、水気胸のある重症感の強い症例は食道破裂を疑うべきとしている。しかし、水気胸が胸部単純X線写真で指摘されるようになるには、24時間以上要する場合があり<sup>1)</sup>、食道破裂症例の10%程度は胸部単純X線写真に所見がないとされる<sup>4)</sup>。このような症例には胸部CT

Fig. 5 Gastrografin swallow at the second rupture showed an esophageal perforation with a small mediastinal cavity measuring 1.5 by 2 cm at the right side of middle esophagus.



が有用である<sup>5)</sup>。我々の症例も水気胸を認めず、再発時は胸部単純X線写真で異常を認めなかったが、胸部CTでは容易に縦隔気腫を指摘することができた。CTは診療初期の段階で必須の検査と考えられる。

特発性食道破裂の保存的療法についてCameronら<sup>6)</sup>は、その適応を1)縦隔内に限局していること、2)破裂孔を通し食道外から食道内にドレナージが効いていること、3)症状が軽いこと、4)感染徴候が軽いこととしている。我々の症例では初発時、再発時ともにこれら条件を満たしていたため、保存的治療を行った。経鼻サンプルチューブの留置については不要とする報告<sup>6)</sup>や経鼻サンプルチューブからの持続吸引洗浄が有効であるとする報告<sup>7)</sup>もあり、一定していない。しかし、胸腔内の呼吸性の陰圧により破裂腔が拡張し、炎症が進行した例も報告<sup>8)</sup>されており、胸腔の陰圧に抗して破裂腔を閉鎖する吸引圧をかけることは、破裂腔の拡張を防ぐために有効であると考えられる。

特発性食道破裂は、突然作用する力学的圧力により発生するため、破裂部位は食道壁の抵抗が他の部位よりも相対的に低い部位である。下部食道は解剖学的な抵抗減弱部であるので、食道破裂の90%は下部食道に発生し、上・中部食道の破裂では憩室や炎症などの潜在的前駆病変が存在した可能性が指摘されている<sup>1)</sup>。しかし、安元ら<sup>9)</sup>によると中部食道破裂の過半数は前駆病変なしに発症しているが、その場合、中部食道に食道壁抵抗が相対的に弱い部分が存在する原因は不明である。本例の場合、初回破裂部は癒痕化し、破裂腔が消失し、炎症所見も正常化したことから、初回破裂部は完全に治癒したと考えられる。また、2回目の破裂部は初回破裂部と異なる部位であること、初回退院時の内視鏡検査、CT検査では異常を認めなかった部位であることから、初回破裂で食道壁抵抗の最も弱い部位が破裂し、保存的治療を行ったことで同部が癒痕硬化し2回目の破裂では近傍の食道壁抵抗が弱い部分が破裂したのと考えられる。我々の検索した範囲では食道破裂の保存的治療後再破裂の報告は、五十嵐ら<sup>10)</sup>の1例のみであったが、CTがルーチン検査となった近年では、小縦隔気腫のみにとどまる程度の食道破裂の発見が増加し、保存的治療の対象が増加すると考えられる。保存的治療で食道破裂を治癒せしめた場合は、再破裂する可能性に留意する必要がある。

## 文 献

- 1) 貴島政邑：いわゆる特発性破裂の病態と治療 特発性食道破裂；本邦200例の集計から 臨外 42：335 341, 1987
- 2) 橋本瑞生, 秋田幸彦, 北川喜己ほか：高齢女性における特発性食道破裂の1例 診断と治療に関する1考案 日臨外医会誌 56：327 331, 1995
- 3) Lemke T, Jagminas L：Spontaneous esophageal rupture：A frequently missed diagnosis. Am Surg 65：449 452, 1999
- 4) Han SY, McElvein RB, Aldrerete JS et al：Perforation of esophagus；Correlation of site and cause with plain film findings. AJR Am J Roentgenol 145：537 540, 1985
- 5) Wechsler JR：CT of esophageal-pleural fistulae. AJR Am J Roentgenol 147：907 909, 1986
- 6) Cameron JL, Kieffer RF, Hendrix TR et al：Selective nonoperative management of contained intrathoracic esophageal disruptions. Ann Thorac Surg 27：404 408, 1979
- 7) Santos GH, Frater RW：Transesophageal irrigation for the treatment of mediastinitis produced by esophageal rupture. J Thorac Cardiovasc Surg 91：57 62, 1986
- 8) Yuasa N, Hattori T, Kobayashi Y et al：Treatment of spontaneous esophageal rupture with a covered self-expanding metal stent. Gastrointestinal endosc 49：777 780, 1999
- 9) 安元健二, 岩本元一, 星子 勝ほか：特発性上～中部食道破裂の1治療例 日臨外医会誌 56：322 326, 1995
- 10) 五十嵐雅仁, 大槻穰治, 田村礼三ほか：保存的治療で再発した特発性食道破裂の1例 日大医誌 58：249, 1999

### A Case of Spontaneous Esophageal Rupture which Relapsed after Conservative Therapy

Yutaka Nakata, Tatsuhiro Ishii and Noriaki Tomioka  
Department of Surgery, Kitaishikai Hospital

We report a case of recurrent spontaneous esophageal rupture in the right wall of the middle thoracic esophagus after following conservative treatment for spontaneous esophageal rupture in the left wall of the esophagus. A 74-year-old man admitted for acute onset of chest pain after swallowing was shown by chest X-ray to have mediastinal emphysema with an esophageal rupture about 2.5 cm long found esophagoscopy. The patient was treated conservatively with continuous drainage from a nasogastric tube inserted into the left mediastinal cavity. He recovered uneventfully and was discharged 19 days after admission. He began eating normally and was asymptomatic but was readmitted 5 days after discharge due to acute chest pain after vomiting. Computed tomography (CT) showed mediastinal emphysema on the right side of the esophagus, although chest X-ray showed no abnormal finding. The 0.5 cm esophageal rupture on the right wall of the middle esophagus was identified during esophagoscopy. Accurate diagnosis for both ruptures was made within 5 hours after onset aided particularly by CT. Spontaneous esophageal rupture in which mediastinal pleura is maintained is a good indication for conservative therapy, and transnasal continuous drainage proved to be effective. But careful attention should be paid to esophageal rupture recurrence after conservative therapy.

Key words：spontaneous esophageal rupture, conservative therapy

【Jpn J Gastroenterol Surg 34：91 94, 2001】

Reprint requests：Yutaka Nakata Department of Surgery, Kitaishikai Hospital  
2633 3 Tokunomori Ozu, Ehime, 795 0061 JAPAN