

## 抄 録

## 第30回山口県食道疾患研究会

日 時：平成25年2月22日（金）18：30～  
 場 所：山口グランドホテル「末広」  
 当番世話人：山口大学 第一内科 西川 潤  
 下関市立市民病院 外科 篠原正博  
 共 催：山口県食道疾患研究会ほか

## 【製品紹介】（18：30～）

グラクソ・スミスクライン株式会社

## 【一般演題】（18：45～19：30）

座長 美祢市立美東病院 院長 村上不二夫 先生  
 下関市立市民病院 外科  
 部長 篠原正博 先生

## 1. 当院における、急性食道粘膜障害（AEML acute esophageal mucosal lesion）の検討

総合病院 社会保険徳山中央病院

○萩野有香, 白井保之, 川野道隆, 白澤友宏,  
 松永尚治, 横山雄一郎, 野原寛章, 近藤 哲,  
 新開泰司, 斉藤 満

急性食道粘膜病変（AEML）は2008年に津村らにより定義された、急性出血性びらん性食道炎のうち下部食道を中心とした全周性のびまん性粘膜障害であり、いわゆる黒色食道と言われている急性壊死性食道炎（ANE）を包括する疾患単位として提唱されている。病態としては食道の虚血が考えられているが、加えて胃酸による暴露も推察されている。我々は1昨年前の当研究会で、ANEの1例を、AEMLの概念と併せて報告した。当院では2010年4月より2013年1月までにAEMLと考えられる11症例（黒色食道5例、非黒色食道6例）を経験した。男女比は9：2で年齢は60-90（平均75.4）であった。全例が吐血・嘔吐による急性発症で、病変はEGJから始まり全周性に中部または上部まで連続していた。6例では重篤な基礎疾患を背景としていた

が、既報に多い糖尿病性ケトアシドーシスは当院では一例もなく、非発作期の喘息や認知症といった比較的全身状態の良好な症例にも認められた。また3例ではH2ブロッカーやPPIが処方されていた。経過は、11例中9例は保存的加療で改善を認めたが、1例では心不全の増悪もあり、同日死亡した。また痛性腹膜炎のあった1例は10日後に死亡した。黒色食道5例のうち経過をおえた症例では全例非黒色食道の所見を呈する時期があり、非黒色食道は黒色食道の軽症型もしくは経過の一所見と考えられた。

AEMLの概念、内視鏡所見は普及・浸透しておらず、当院でも緊急内視鏡施行後に、2例は食道炎、4例は逆流性食道炎と診断されており、その後の内視鏡所見の見直し等でAEMLと診断した。今後AEMLが認知されてくれば報告が増えてくると思われる。

## 2. 食道パピローマの臨床病理学的検討

山口大学大学院医学系研究科 消化器病態内科学  
 ○中村宗剛, 岡本健志, 五嶋敦史, 西村純一,  
 西川 潤, 坂井田功

【目的】食道パピローマは稀な食道の良性腫瘍性病変である。臨床的には内視鏡検査で発見されても経過観察されている症例が多く、その病的意義について検討した報告は少ない。今回、我々は自験例を検討することで食道パピローマの臨床病理学的特徴を検討した。【方法】2001年1月から2010年12月までに、当院で組織学的に診断された食道パピローマ32症例を対象に内視鏡的・臨床病理学的特徴を検討した。内視鏡的に扁平隆起状を示すパピローマをSessile type、イソギンチャク状のパピローマをTentacular typeとして分類した。【結果】平均年齢は64.1歳。男女比は男：女=1：1。発生部位は上部食道3例（9%）、中部食道14例（44%）、下部食道15例（47%）であった。大きさは平均4.6mm（range 2-8 mm）であり、白色調31例（97%）、発赤調1例（3%）であった。Sessile typeを28例（87%）、Tentacular typeを4例（13%）認めた。逆流性食道炎を随伴する病変は3例（9.4%）、食道裂孔ヘルニアを随伴する病変は5例（15.6%）であっ

た。下部食道の病変において逆流性食道炎、食道裂孔ヘルニアの随伴が多い傾向が認められたが、統計学的な有意差は認められなかった。全症例において細胞異型は認められなかった。【結論】食道パピローマは中下部食道に白色調の扁平隆起性病変として認めることが多く、組織学的に悪性所見を伴わず、経過観察可能であると考えられた。ただし、形態的に細長い触手状を呈すものや、表面発赤を呈する非典型的な食道パピローマがあることを念頭に置く必要があると考えられた。

### 3. 胸腔鏡下食道癌手術時のICG蛍光内視鏡システムによる胸管観察の経験

山口大学大学院 消化器・腫瘍外科

○兼清信介, 武田 茂, 井上由佳, 北原正博,  
渡邊裕策, 吉野茂文, 岡 正朗

食道癌術後合併症としての乳糜胸は比較的稀な合併症 (1.1~3.2%程度) である。多量のリンパ液の喪失は、体液・電解質の異常や低栄養をもたらし、患者の全身状態や免疫状態を著しく悪化させるため、迅速な治療開始の必要がある。しかし、一旦生じると治療に難渋することが多く、手術時に胸管損傷をおこさないことが重要である。

乳糜胸発症には、胸管の解剖学的な走行の多様性、

手術時の胸管合併切除の有無、術式、進行度などが深く影響する。胸管は横隔膜の大動脈裂孔から後縦隔に入り胸部大動脈と奇静脈の間を上行し、第4、5胸椎レベルで左側へと偏位し、食道左側を上行し静脈角に流入する。しかし、1本とは限らず左右2本の胸管が併走するなど、胸管の走行にはanomalyが多いことに留意しなければならない。食道癌手術において、胸管の走行を全長にわたり確認できることは、乳糜胸予防と過不足ないリンパ節郭清という観点で有用である。特に胸管が左に偏位してくる上縦隔の郭清と下行大動脈周囲リンパ節郭清時の胸管の視認は有用である。今回我々は、ICG蛍光内視鏡システムを用いて術中に胸管の走行を確認し、胸腔鏡下食道癌手術を行った1例を経験したので、実際の手術手技と術中映像を供覧し、有用であった点について報告する。

【特別講演】 (19:40~20:40)

座長 山口大学大学院医学研究科

消化器病態内科学 科長 坂井田功 先生

「粘膜下層内視鏡による新たな展開

—POEMとSET—」

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター

教授 井上晴洋 先生