

## 抄 録

## 第31回山口県食道疾患研究会

日 時：平成26年2月28日(金) 18:30～20:30

場 所：山口グランドホテル「末広」

当番世話人：下関厚生病院 消化器内科 平野厚宜

山口大学大学院医学系研究科

消化器・腫瘍外科学 吉野茂文

共 催：山口県食道疾患研究会ほか

### 1. 頸部食道に発生したBasaloid Squamous Carcinomaの1例

山口大学大学院医学系研究科 消化器病態内科学,  
防府消化器病センター<sup>1)</sup>,

澤内科消化器科クリニック<sup>2)</sup>

○中村宗剛, 西川 潤, 西村純一, 橋本真一,  
岡本健志, 三浦 修<sup>1)</sup>, 澤 明彦<sup>2)</sup>, 坂井田功

食道の類基底細胞癌 (Basaloid Squamous Carcinoma: BSC) は, 稀な食道腫瘍である。症例は45歳女性。2013年11月, 喉のつかえ感を主訴に近医を受診。上部消化管内視鏡検査にて食道入口部直下後壁に隆起性病変を指摘された。病変は約5mmと小さく, 生検にて, 高分化型扁平上皮癌と診断された。我々は, この病変に対しEMRキャップ法 (EMR using a cap-fitted endoscope: EMRC) を施行した。切除標本の組織学的検査によって, 粘膜下層まで浸潤したBSCと診断された。水平・垂直断端に癌は認めなかったが, 脈管侵襲が陽性であり術後に放射線治療を施行している。今回, 頸部食道にBSCを認め, EMRCにて切除した症例を経験したので報告する。

### 2. 逆流防止弁付きステントの使用経験

下関厚生病院 消化器内科, 消化器外科<sup>1)</sup>

○矢野愛恵, 平野厚宜, 大下理史, 原田克則,  
木村輝昭, 加藤 彰, 山下智省, 沖田 極,  
西村 拓<sup>1)</sup>, 近藤潤也<sup>1)</sup>, 岡田敏正<sup>1)</sup>,  
中邑光夫<sup>1)</sup>, 坂田晃一郎<sup>1)</sup>

〈はじめに〉消化管悪性腫瘍に対してのメタリックステントによる治療は, 経口摂取を維持するための重要な手段の1つである。しかし, 下部食道や胃噴門部に生じた進行癌に対しては合併症として胃液逆流による食道炎, 誤嚥性肺炎が問題となり, ステントの適応すら疑問視されている状態であった。

今回われわれは, 下部進行食道癌, 噴門部進行胃癌に対して逆流防止弁付きステントを使用し, 逆流症状なく経口摂取を維持し得た症例を経験したので報告する。

【症例1】86歳男性。平成25年6月頃より食後に嘔吐するようになり, 2ヵ月で約20kgの体重減少も認めため近医受診。精査・加療目的で8月に当科紹介となった。精査の結果, 胸部下部進行食道癌, stage IVで切除不能食道癌と診断した。病巣による食道狭窄のための嘔吐であったため, その改善目的で逆流防止弁付きステントを挿入し, 以後は外来化学療法を施行した。

【症例2】80歳男性。平成25年8月頃より食欲低下, 嚥下障害出現。9月に近医で上部消化管内視鏡検査を施行され胃噴門部に腫瘍あり, 精査・加療目的で当科紹介となった。精査の結果, 噴門部進行胃癌, stage IVで切除不能胃癌と診断した。11月になって病巣の増大によると考えられる通過障害を来したため, その改善目的で逆流防止弁付きステントを挿入し, 以後は外来化学療法を施行した。

何れの症例もステント挿入後3日目より水分摂取を開始し, よく咀嚼するよう指導し, 10日目にはほぼ常食を問題なく摂取でき, 薬の内服も可能であった。

症例1は現在も外来で化学療法中であるが, 症例2は原疾患のため他界された。何れの症例もその経過中, 逆流症状, 誤嚥性肺炎やステントの閉塞や脱落等の問題は生じなかった。

〈結語〉逆流防止弁付きステントは経口摂取を可能

とし、原疾患に対する治療やQOLの改善に有用な治療の1つであると考える。

### 3. 救命し得た感染性胸部大動脈瘤破裂・大動脈食道瘻の1例

山口県立総合医療センター 外科

○西原聡志, 須藤隆一郎, 松村尚美, 永瀬 隆,  
深光 岳, 三島壯太, 宮崎健介, 杉山 望,  
金田好和, 野島真治, 善甫宣哉

症例は74歳男性。2013年11月、発熱、嚥下困難、頸部皮下気腫を主訴に近医受診。CT検査で胸部大動脈瘤破裂と診断され、当院に緊急搬送された。来院時バイタルサインは安定しており、吐血は認めず。頸部に皮下気腫を認めた。血液検査所見ではCRP 24.5mg/dlと炎症反応上昇を認めた。造影CT検査で胸部下行大動脈に縦隔側へ突出する72mm大の嚢状瘤を認め、頸部から横隔膜上レベルの縦隔血腫を認めた。胸部下行大動脈瘤破裂の診断で、同日緊急ステントグラフト内挿術 (TEVAR) を施行。術後炎症反応は低下傾向であったが、術後4日目の造影CT検査で来院時縦隔血腫を認めた部位にエアーを認め、食道との瘻孔形成を認めた。発熱なく経過しており、絶飲食と抗生剤加療で可能な限り炎症を沈静化し、二期的食道切除再建に備えることとした。24日目の造影CT検査で既存の動脈瘤・血腫は消失し、31日目の上部消化管内視鏡検査で切歯より33-35cmに瘻孔を認め、ステントグラフトが露出している状態であった。36日目に胸部食道亜全摘・胃管後縦隔経路再建を施行し、ステントグラフトの露出部には大網充填を併用した。術後経過は良好で術後抗生剤を1ヵ月継続し、入院67日目に退院となった。退院後も抗生剤内服を継続中である。

胸部下行大動脈瘤破裂・食道瘻は稀であるが、発症した場合の致命率は極めて高い。今回我々は頸部皮下気腫で発見された感染性胸部大動脈瘤破裂・大動脈食道瘻に対して、緊急ステントグラフト内挿術および二期的食道切除・消化管再建術を施行し救命し得た症例を経験したので報告する。

### 4. 食道癌術後乳糜胸に対するICG蛍光内視鏡システムの有用性

山口大学大学院医学系研究科 消化器・腫瘍外科学

○北原正博, 兼清信介, 渡邊裕策, 武田 茂,  
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、重症例では呼吸循環不全を来す場合もあるため、迅速な治療開始の必要がある。術後乳糜胸に対しては絶食、TPN管理を中心とした保存加療に加えオクトレオチド投与、lipiodolリンパ管造影、胸膜癒着療法などがある。内科的治療不応例や、1500ml/日以上 の排液が5日間持続する場合、14日以上経過しても排液が減少しない場合、栄養障害を伴う場合は外科的に胸管結紮術が適応となる。従来は開胸下に行われていたが、近年鏡視下に行われることが多くなった。しかし、術中漏出部位ならびに胸管走行を確認することは決して容易ではなく、再手術後乳糜胸の再発を来すこともまれではない。

今回我々は、食道癌術後乳糜胸の症例に対しICG蛍光内視鏡システムを用いて術中に乳糜の漏出部位ならびに胸管の走行を確認し、胸腔鏡下胸管結紮術を施行した症例を経験したので、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。