

抄 録

第33回山口県食道疾患研究会

日 時：平成28年2月12日（金）
 場 所：山口グランドホテル3F「末広」
 当番世話人：済生会山口総合病院 消化器内科
 佐々木敏行
 山口大学大学院医学系研究科
 耳鼻咽喉科学 原 浩貴
 共 催：山口県食道疾患研究会
 日本化薬株式会社

I. 一般演題

座長 済生会山口総合病院 消化器内科
 院長補佐 佐々木敏行 先生
 山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学
 准教授 原 浩貴 先生

1. 特異な形態を呈した食道表在癌の一例

山口大学大学院医学系研究科 消化器病態内科学,
 山口大学医学部附属病院 光学医療診療部¹⁾,
 山口大学大学院医学系研究科 基礎検査学²⁾
 ○小川 亮, 岡本健志¹⁾, 永尾未怜, 佐々木翔,
 五嶋敦史, 西川 潤²⁾, 坂井田功

症例は70歳代, 男性. 1日に40本程度の喫煙と日本酒2～3合程度の飲酒歴が有り, 20XX年4月に心窩部痛を主訴に近医で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行された. その際, 食道と胃に腫瘍を指摘され当科紹介となった.

当院でのEGDでは, 胸部下部食道左壁に10mm程度の通常観察およびNBI観察で境界明瞭な三日月状の形態を呈する0-II a病変(前医生検SCC)を認め, 拡大観察では, 新食道学会分類B2の血管を認め, 進達度はMM～SM1と考えられた. 同部位は, ルゴール散布で不染域として描出された. また, 同病変の前壁側には粘膜下腫瘍様の隆起を伴っていたが, NBI拡大やルゴール散布像を含め, 悪性所見は

認めなかった. その他, 胃体上部小弯には20mm程度の0-II a病変(生検group 5, tub 1)胃角部前壁には襞集中を伴う0-II c病変(生検group 5, tub 1)を認めた. 胸腹骨盤部造影CTでは明らかな転移は認めなかった.

胃の病変は, 外科的治療を含め後日治療することとし, まずは, 食道病変に対して内視鏡的粘膜下層剥離術にて一括切除を行った.

切除標本の病理診断は, squamous cell carcinoma, pT1b-SM2, INFb, ly1, v0, pHM0, pVM0であり, 非治癒切除であった. そのため, 追加治療として化学放射線療法を施行している.

今回, 特異な形態を呈し, 範囲診断及び進達度診断に苦慮した症例を経験したため, 文献的考察も含めて報告する.

2. 食道癌術中反回神経モニタリングの有用性

山口大学大学院医学系研究科 消化器・腫瘍外科学
 ○兼清信介, 武田 茂, 西山光郎, 北原正博,
 飯田通久, 上野富雄, 山本 滋, 吉野茂文,
 裕 彰一, 永野浩昭

【はじめに】

食道癌術後の反回神経(RLN)麻痺は, 発声の問題のみならず, 嚥下機能に関与しQOLを大きく低下させる. 我々は, 神経刺激装置(Medtronic社, NIM-Response 3.0)を用い, 術中RLNモニタリングを行っている. 当科における手技・工夫を供覧し, その有用性について報告する.

【対象・方法】

2015年1月以降腹臥位胸腔鏡下食道亜全摘術を行い, 術中RLNモニタリングを施行した食道癌患者16例を対象とし, その詳細を検討するとともに, モニタリング導入以前の腹臥位胸腔鏡症例84例と合併症の発生率や手術時間等を比較した. 気管挿管はEGMチューブを使用し, 分離肺換気はブロッカーにて行った. 左右RLNは胸腔内(反回直後)及び頸部で迷走神経とともに刺激を行った. 術後RLN麻痺の有無は抜管直後と術後1週間の時点で, 喉頭ファイバー観察により判定した.

【結果】

術中RLNモニタリングの感度は85.7%、陽性的中率は92.3%であり、明らかな有害事象は認めず、全例安全に施行可能であった。RLN麻痺は左片側2例(12.5%)に生じ、モニタリング導入以前の84例中23例(27.4%)と比較し、有意に減少した。1例は術中の盲目的な止血操作による神経熱損傷が疑われ、もう1例は術後数日で声帯麻痺がおこったため、遅発性の神経虚血が原因と考えられた。麻酔深度やチューブ位置等のテクニカルな問題により2例の偽陰性を認めた。術中RLNモニタリング導入に伴い、上縦隔リンパ節郭清個数は増加していたが、同時に胸腔鏡操作時間も延長傾向であった。

【考察】

当科では2008年に腹臥位胸腔鏡下手術導入以降、RLN麻痺の発生率は27.4%と高率であったが、術中RLNモニタリングを導入以降その頻度は12.5%と減少した。術中モニタリングによる反回神経の確実な同定と神経健全性の検証が、付随する反回神経麻痺減少につながると考えた。

2. Usefulness of Intraoperative Recurrent Laryngeal Nerve Monitoring during Thoracoscopic Esophagectomy

Department of Gastroenterological, Breast and Endocrine Surgery, Yamaguchi University Graduate School of Medicine

○Shinsuke Kanekiyo

【Introduction】

Recurrent laryngeal nerve (RLN) paralysis of esophageal cancer after surgery is involved in not only phonation but also swallowing function and greatly reduces the QOL. We use the nerve stimulation device (Medtronic, Inc., NIM-Response 3.0) and monitor the RLN intraoperatively. Now we show the procedure and devise of intraoperative nerve monitoring in our department and report on its usefulness.

【Patients and methods】

16 patients who underwent thoracoscopic esophagectomy in 2015 were included. Patients

underwent general anesthesia and were intubated using the NIM TriVantage™ electromyography (EMG) tube. One-lung ventilation was performed with an endobronchial blocker. Thoracoscopic esophagectomy was performed in the prone position. The nerve stimulator was calibrated to 0.5 mA, and after the RLN was visually identified it was subsequently stimulated, which also confirmed normal machine functioning. The presence of postoperative RLN paralysis was determined by larynx fiber observation at the two points, the time immediately after extubation and one week after operation.

【Results】

Sensitivity of intraoperative RLN monitoring is 85.7%, positive predictive value is 92.3%. The adverse events were not recognized and it was possible to perform this procedure in all patients safely. RLN paralysis occurred two cases (12.5%) on the left side, 1 case was suspected nerve heat damage due to blind hemostasis operation, the other case was considered tardive nerve ischemia because the vocal cord paralysis occurred in a few days after surgery. It showed two cases of a false negative by the depth of anesthesia and technical problems such as a tube positioning.

【Conclusions】

Intraoperative RLN monitoring during thoracoscopic esophagectomy in the prone position, with one lung ventilation performed using the TriVantage™ EMG tube and a bronchial blocker, is technically feasible, reliable and useful.

3. 胸部中部食道右側に約10cmの穿孔をきたした特発性食道破裂の一例

山口県立総合医療センター 外科

○田中史朗, 須藤隆一郎, 古賀洋一, 溝口高弘,
高山 厚, 深光 岳, 木下綾華, 宮崎健介,
金田好和, 野島真治, 善甫宣哉

症例は65歳, 女性. 既往に特記すべき基礎疾患なし. 感冒で自宅療養していた際に嘔吐し, その後より激しい胸痛を認めるようになったため当院救急外来へ救急搬送された. 主訴は心窩部痛. 来院時のバイタルサインはBT36.5°C BP: 150/90mmHg HR: 90/分 SPO2: 98% RR: 25/分と頻呼吸を認め, 血液生化学所見はWBC: 126001/ μ l, CRP: 0.73mg/dlと軽度の炎症を認めるのみであったが, 来院時に撮影した胸部レントゲン写真およびCTで著明な縦隔気腫と右胸腔に液体成分の貯留を認めた. ガストログラフィンで食道造影を施行したところ, 気管分岐部より食道外への造影剤の漏出が確認された. 検査中に上室性頻脈および血圧低下を認めるようになり緊急で手術室へ搬入した.

全身麻酔下に患者を左側臥位として開胸すると胸腔内に多量食物残渣を認めた. 縦隔を開放すると奇静脈下から横隔膜のやや上方の約10cmにわたって食道の全層の損傷を認め, 術前に挿入・留置した胃管が胸腔内から確認された. 術後の狭窄が危惧されたが, 損傷部位を吸収糸で密に縫縮し縦隔および胸腔内にドレーンを留置し手術を終了した.

術後はICU管理とし沈静下に加療した. 術後8日目に気管チューブを自己抜管した後よりドレーン性状が唾液様に変化を認め再穿孔が疑われたが, ドレナーは良好と判断し抗菌薬を用いながら保存的加療を継続した. 術後8週から流動食より経口摂取を再開し徐々に食事形態を変更していった. 経過中, 通過障害の訴えはなく, 術後12週に上部消化管内視鏡で食道を内腔より確認したところ縫合部は完全に上皮化しており明らかな狭窄部位は認めなかった.

以上, 胸部中部食道右側に広範な穿孔を認めた症例を経験したため若干の文献的考察を添えて報告する.

4. 当科で経験したPlummer-Vinson症候群を前駆とした下咽頭癌の2症例

山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学

○廣瀬敬信, 堀 健志, 原 浩貴, 山下裕司

下咽頭癌・頸部食道癌は誘因として, 喫煙と飲酒, 特に飲酒との関係が深いとされているため, 男性優位とされている. その中で, 下咽頭癌輪状後部型のみは女性に優位であり, 鉄欠乏性貧血, 舌炎, 嚥下困難を三主徴とするPlummer-Vinson症候群に関係が深いとされている. 近年Plummer-Vinson症候群は栄養状態の改善もあり, 本邦では比較的稀な疾患になりつつある. 今回我々はPlummer-Vinson症候群が関与したと考えられた下咽頭癌症例を経験したので, 文献的考察も含め発表する.

II. 特別講演

座長 山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学
教授 山下裕司 先生

「頸部食道がんの治療」

愛知県がんセンター中央病院 頭頸部外科
部長 兼 副院長 長谷川泰久 先生

