

抄 録

第35回山口県食道疾患研究会

日 時：平成30年2月16日（金）
 場 所：山口グランドホテル「末広」
 当番世話人：国立病院機構 関門医療センター
 外科 外科医長 安部俊弘 先生
 山口大学医学部附属病院
 光学医療診療部
 准教授 岡本健志 先生
 共 催：山口県食道疾患研究会
 日本化薬株式会社

【一般演題】

座長 国立病院機構 関門医療センター 外科
 外科医長 安部俊弘 先生
 山口大学医学部附属病院 光学医療診療部
 准教授 岡本健志 先生

1. 粘膜下血腫治癒後癒痕上の食道表在癌に対して
内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した一例

山口大学大学院医学系研究科 消化器内科学,
 山口大学大学院医学系研究科 基礎検査学¹⁾,
 光市立光総合病院 消化器内科²⁾

○秀浦栄三郎, 五嶋敦史, 伊藤駿介, 小川 亮,
 岡本健志, 坂井田功, 西川 潤¹⁾, 谷川幸治²⁾

症例は77歳男性。検診目的に近医で上部消化管内視鏡検査（EGD）を施行された際に胸部中部食道のルゴール不染域より生検を施行された。翌日吐血のため同院を救急受診し、EGDで生検部位を中心に広範な粘膜下血腫を認め入院となった。その後血腫表面の粘膜が脱落、広範な潰瘍を来したが、保存的に軽快した。生検の結果はsquamous cell carcinomaであったが、病変部に血腫を来したこともあり一旦経過観察となった。2ヵ月後のEGDでは、血腫を来した部位は広範な潰瘍癒痕となり、癒

痕上の病変に明らかな形態の変化は認めないものの生検でmoderateからsevere dysplasiaを検出し、精査加療目的に当科紹介となった。当科の精査で内視鏡的切除の適応と判断、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を行う方針とした。

術中は粘膜下血腫後の影響と考えられる強い繊維化が見られ剥離に難渋した。術中穿孔を認めたがクリップ縫縮を行い、一括切除は可能であった。術後CTで明らかなfree airを認めず、絶飲食、抗生物質投与で経過観察を行ったが、縦隔炎の所見を認めなかった。術後4日目に透視下でEGDを施行したところ、内視鏡的に穿孔の所見を認めず、食道外への造影剤の漏出を認めなかったため経口摂取を再開した。経口摂取再開後も異常なく経過し、術後14日目に退院の運びとなった。

病理組織学所見はsquamous cell carcinoma, pT1a-MM, pHM0, pVM0, INFa, ly (-), v (-), stage 0であった。

食道粘膜下血腫は粘膜下層への出血のため同部が解離し血腫を形成する比較的稀な疾患である。今回我々は食道生検後に粘膜下血腫を合併し、血腫治癒後癒痕上の食道表在癌に対してESDを施行した一例を経験した。稀な経過をたどった症例であり若干の文献的考察を加え報告する。

2. 頸部胸部食道癌に対する喉頭温存頸部高位胃管吻合

山口大学大学院 消化器・腫瘍外科学,
 山口大学附属病院 腫瘍センター¹⁾,
 山口大学医学部 先端がん治療開発学²⁾

○北原正博, 武田 茂, 西山光郎, 兼清信介,
 飯田通久, 徳光幸生, 友近 忍, 徳久善弘,
 鈴木伸明, 吉野茂文¹⁾, 裕 彰一²⁾, 永野浩昭

【はじめに】頸胸部食道癌では、下咽頭や喉頭、気管に浸潤がなく、吻合端が確保できれば、喉頭温存が可能である。我々の頸胸部食道癌に対する頸部高位吻合について供覧する。

【手術手技】喉頭温存の適応は、内視鏡で腫瘍の口側端が視認可能、CTで腫瘍が輪状軟骨下縁以下、下咽頭や気管、喉頭に浸潤のない症例とする。術前

に内視鏡で腫瘍上縁にクリップでマーキングを行う。手術は胸腔鏡操作で胸部食道切除とリンパ節郭清を施行し、再建は胃を用いて、頸部までの拳上が可能なやや細径の胃管を作成する。頸部操作は、リンパ節郭清後、頸部食道を剥離した後にクリップの口側で食道を切離し迅速病理で断端陰性を確認する。後縦隔経路で胃管を拳上して、4-0PDSIIで食道断端と吻合するが、食道左側から輪状咽頭筋を切開して側々吻合を行う。

【成績】 8例に本術式を施行したが、縫合不全(Grade3a)を2例、反回神経麻痺(Grade2)を2例認めた。転移リンパ節浸潤にて反回神経を合併切除した症例は術中気管切開を施行したが、リハビリ後にカニューレ抜去可能であった。

【まとめ】 頸胸部食道癌における喉頭温存頸部高位吻合は発語機能温存により術後QOLが向上するが、縫合不全や反回神経麻痺の合併症に注意が必要である。術前内視鏡によるクリップマーキングは本術式の適応を含めた術前診断および術中の腫瘍口側の確認が容易となり有用であった。

3. 特発性食道破裂の1例

国立病院機構 関門医療センター 外科

○古谷 圭, 安部俊弘, 近藤潤也, 前田祥成,
蘓村秀明, 長島由紀子, 竹本紀一, 矢原 昇,
林 弘人

【症例】 70歳代, 男性。

【主訴】 心窩部痛, 嘔吐。

【現病歴】 日中に飲食会に参加し帰宅後, 嘔吐した。その直後より心窩部痛が出現し救急要請し, 当院受診となった。

【初診時現症】 BT38.5℃と発熱を認めたが, その他バイタルは安定していた。心窩部自発痛と同部位の圧痛を認めたが, 腹膜刺激症状は認めなかった。

【検査】 血液検査ではWBC14800/ μ L, CRP0.05mg/dLと炎症反応の上昇を認めた。造影CTでは, 右気胸と胸水貯留, 縦隔気腫を認め, 腹腔内は著明な胃拡張を認めた。経鼻胃管を留置し, 食道透視を施行すると, 下部食道右壁で造影剤の漏出を認め, 特発性食道破裂と診断した。

【入院後経過】 同日, 緊急入院し, 発症後11時間後に緊急手術となった。

【手術所見】 左側臥位での右開胸で手術を開始した。汚染された胸水で病変部の特定ができなかったため, 可及的に吸引・洗浄した。EGJより約3cm口側の下部食道に3cmの穿孔部位を確認した。3-0vicrylで全層1層に単純縫合し閉鎖した。術中内視鏡できらかなAirLeakが無いことを確認した。28Frの胸腔ドレーンと, 縫合部近傍にTチューブを留置し, 手術を終了した。

【術後経過】 挿管のままICUへ入室し, POD2に抜管した。POD5胃管抜去し, 透視でLeakが無いことを確認後, 飲水を開始した。POD9に胸腔ドレーンを抜去したが, 発熱と翌日の透視でLeakを認めたため, 再度胃管留置し絶飲食とした。CTで縦隔膿瘍を認めたため, 縫合部付近に留置していたTチューブドレーンを入れ替えた。炎症は改善傾向でありPOD23より経腸栄養を開始し経過観察すると, 徐々に膿瘍腔は縮小していった。POD44の食道透視では膿瘍腔はほぼ消失していたため, ドレーンを短切していった。POD62のEGDでは, 角度的に瘻孔の詳細な評価はできなかったが, 周囲の炎症所見がなかったため, 胃管抜去し経口での栄養剤投与を開始した。熱発を数回みとめているが, 明らかな膿瘍増大を認めないため, 現在経過観察中である。

【まとめ】 特発性食道破裂の1例を経験したので, 文献的考察を加え報告する。

4. ダビガトランによって食道生理的狭窄部の潰瘍を繰り返した1例

徳山中央病院 消化器内科

○吉富晋悟, 佐々木翔, 植木谷俊之, 末永成之,
桑代紳哉, 沖田幸祐, 横山雄一郎, 近藤 哲,
新開泰司, 斎藤 満

症例は48歳男性, 心房細動に対してダビガトラン内服を継続している。胸部不快感を主訴に受診したが, 心電図や心臓エコー図検査では特記所見はなかった。上部消化管内視鏡検査では, 胸部中部食道の左気管支圧迫部に円形の打ち抜き様潰瘍が集簇した潰瘍性病変を認めた。生検結果で悪性所見はなく,

2ヵ月後には治癒していた。5ヵ月後に咽頭違和感で受診し、内視鏡検査を再検したところ、食道入口部に2/3周性の潰瘍を認めた。潰瘍底は凹凸があるものの、潰瘍辺縁の粘膜は平滑であった。生検病理結果においても悪性所見はなかった。

患者は飲水なしにダビガトランを服用する習慣があり、生理的狭窄部にダビガトランが停滞することによって生じた食道潰瘍と考えられた。座位でコップ1杯の水で服用することを指導したところ、潰瘍は治癒し、以後9ヵ月再発なく経過している。

ダビガトラン起因性食道炎の典型像としては、食道粘膜表層が剥離し白色シート状の付着物がみとめられることが報告されている。ダビガトランをコートする酒石酸と食道壁が密着することで食道炎が生じるとされている。本例は、食道の生理的狭窄部にダビガトランが長時間停滞することにより、局所的な粘膜障害がすすみ深い潰瘍になったものと考えられた。高齢化に伴いDOAC服用者は増加しており、十分な飲水をする服薬指導が重要であると考えられた。

【特別講演】

座長 山口大学大学院医学系研究科 消化器内科学
教授 坂井田功 先生

「食道癌に対する集学的治療における内視鏡治療の役割」

国立がん研究センター 東病院 消化管内視鏡科
科長 矢野友規 先生

