●〈症例〉

食道裂孔ヘルニアを伴う胃軸捻転症
を内視鏡的に整復した1例飯塚春尚¹⁾ 小野里康博²⁾ 石原 弘 佐川俊彦³⁾

吉成大介 新井 弘隆 高山 尚 阿部毅彦

富沢直樹 小川 哲史

¹⁾国立病院機構西群馬病院／消化器科, ²⁾しらかわ診療所, ³⁾前橋赤十字病院／消化器病センター

〔Key Words〕胃軸捻転症, 食道裂孔ヘルニア

和文要旨

症例70歳代女性。嘔吐、上腹部痛、脱水に対し補液していたが改善しないため当院へ救急搬送された。上部消化管内視鏡検査で食道裂孔ヘルニアと大彎襞の噴門部への走行を認めた。CTで幽門前庭は左に偏位し、心臓背側かつ食道腹側を前庭部および球部が横走し胃軸捻転症と診断した。透視下で造影しながら内視鏡的整復を行い、翌日より経口摂取が再開できた。食道裂孔ヘルニアが一因となった胃軸捻転の1例を経験したので報告する。

はじめに

成人胃軸捻転症は比較的稀な疾患であるが診断できれば内視鏡的整復による低侵襲な処置により改善可能なことがある。我々の経験した胃軸捻転症について若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

患者：70歳代、女性。

主訴：嘔吐、上腹部痛、脱水。

既往歴：平成9年 慢性関節リウマチ、平成10年 2月 Sjögren症候群。

現病歴：平成16年7月より施設入所し、嘔吐のため食事摂取不良となることが過去2回あった。平成18年1月13日上腹部痛、嘔吐のため補液を行い保存的に経過観察されていたが改善しないため1月27日当院へ救急搬送された。

経過：来院時発作性心房細動による心不全に対して、電氣的除細動を行い洞調律とした。その後嘔吐、上腹部痛の原因疾患検索のため、胸腹部造影CT検査を行った。胃は著明に拡張していたが腸管の拡張はなく、上部消化管の閉塞(上腸間膜動脈症候群や幽門狭窄等)

Table 1 Laboratory data on admission.

WBC	4000 / μ L	TP	6.1 g/dL	BUN	28 mg/dL
RBC	297 万/ μ L	ALB	2.9 g/dL	CRE	0.5 mg/dL
Hb	10.0 g/dl	T-BIL	0.6 mg/dL	Na	139 mEq/L
Ht	29.6 %	AST	30 IU/L	K	3.2 mEq/L
PLT	23.2万/ μ L	ALT	12 IU/L	Cl	95 mEq/L
		GGT	17 IU/L	Ca	7.8 mg/dL
		LDH	232 IU/L	CRP	12.5 mg/dl
		CPK	320 IU/L	BS	127 mg/dl
血液ガス検査					
pH	7.612				
Pco ₂	37 Torr				
Po ₂	63.6 Torr				
HCO ₃	36.5 mmol/L				
SaO ₂	95.4 %				
B.E.	14 mmol/L				

を疑い、経鼻胃管で胃内溶液を吸引し上部消化管内視鏡検査を施行した。著明な食道裂孔ヘルニア、胃内に大量の黒色調残渣(**Color 1**)と噴門部近くに大彎襞とその襞集中像があり(**Color 2**)その奥へ内視鏡をすすめていくと十二指腸球部から下行脚まで内視鏡の挿入が可能であった。十二指腸球部はびらんを認め、下降脚は残渣を認めず正常であった。この時点で胃軸捻転の診断はできなかった。来院時血液検査所見(**Table 1**)は、低栄養と炎症反応高値があり、また胃液の嘔吐を繰り返していたため、代謝性アルカローシスであった。CTをもう一度詳細に検討したところ、幽門前庭は左頭側に偏位し、心臓背側かつ食道腹側を前庭部および球部が横走しており(**Fig. 1-a, b**)、胃短軸捻転症と診断した。経鼻胃管による減圧、絶食補液で保存的加療したが改善しないため第4病日透視下で内視鏡的に整復を行った。仰臥位で経鼻胃管から水溶性造影剤で造影を行い(**Fig. 2-a**)、やや左下側臥位で経鼻胃管に沿って内視鏡先端を十二指腸下行脚まで挿入(**Fig. 2-b**)し、透視で確認しながら内視鏡先端が抜けないように時計方向に回転させたが(**Fig. 3-a**)やや抵抗があり、時計方向のトルクをかけたままゆっくりと引き抜いて捻転を解除した(**Fig. 3-b**)。なお、幽門前庭は入院時CTでは第4病日より頭側に偏位していた。捻転解除翌日より食事を再開し第8病日に水溶性造影剤で確認造影しその後捻転の再発はなかった。

考 察

胃軸捻転症は比較的稀であり、成人ではあまり一般的ではないため本疾患の知識がないと診断は容易ではない。胃軸捻転症は通常消化管造影で診断されていることが多く、また内視鏡所見より本疾患を疑い消化管造影で診断された報告もある。本例は初回内視鏡時に診断がつかず、CT検査で疑われ消化管造影で確定診断された。

胃軸捻転の成因としては横隔膜の弛緩や欠損、孔の拡大(横隔膜弛緩症、食道裂孔ヘルニア等)と、胃を支

Fig. 1 CT showing gastric volvulus.-a Gastric middle body turned to the left.-b Gastric antrum crossed between the esophagus and the heart.

Fig. 2 Upper GI series revealed gastric volvulus.
-a. Gastric X-ray contrast showing esophageal hiatal hernia and gastric volvulus.-b. Endoscope inserted to duodenum along the nasogastric tube.

持する結合組織の脆弱化等が報告されており、胃癌合併例も散見される^{1,2)}。本症例は著明な食道裂孔ヘルニアの存在が捻転の一因と考えられ、食事の滞留等が契機となり拡大した裂孔内に前庭部、球部が入り込むことで胃軸捻転症になったと推測された。今回は内視鏡的に整復でき退院したが、根本的治療を行っていないため今後再発の可能性がある、その際は裂孔縫縮、胃固定術等を行うことを考慮すべきと思われる²⁾。

Fig 3 X-rays showing the endoscopic correction.

-a. X-ray showing the right turn maneuver in the middle of endoscopic correction.-b. X-ray showing endoscopic correction was finished.

文 献

- 1) 村田優子, 河村 修, 栗林志行, 他. 内視鏡にて一時的に整復した胃短軸捻転の1例. Prog Dig Endosc, 58: 94-95, 2001.
- 2) 奥 隆臣, 和賀永里子, 和田優子, 他. 低侵襲治療が奏功した upside down stomach の2例. 日消誌, 102: 1194-1200, 2005.

〈カラーは5頁に掲載〉

A case of gastric volvulus accompanied by esophageal hiatal hernia corrected by endoscopy

Haruhisa Iizuka ¹⁾	Yasuhiro Onozato ²⁾
Hiroshi Ishihara	Toshihiko Sagawa ³⁾
Daisuke Yoshinari	Hiroataka Arai
Hisashi Takayama	Takehiko Abe
Naoki Tomizawa	Tetsushi Ogawa

¹⁾ Department of Gastroenterology, Nishigunma hospital, ²⁾ Shirakawa clinic, ³⁾ Department of Gastroenterology, Maebashi Red Cross Hospital.