●〈症例〉

解離性大動脈瘤破裂による食道穿破の 診断に上部消化管内視鏡が有用であった 1例

岩崎秀一郎¹⁾ 矢野貴史²⁾ 上原一帆²⁾ 中目哲平²⁾
迎 美幸²⁾ 石黒康浩²⁾ 村田 東²⁾ 荒木正雄^{2)*}

¹⁾相模原協同病院, ²⁾相模原協同病院消化器病センター

*Corresponding author: m-araki@sagamiharahp.com

〔Key Words〕 解離性大動脈瘤食道穿破, 上部内視鏡

症 例

患者: 59歳, 女性.

主訴: 吐血.

既往歴: 大動脈解離術後(Stanford A型, 部分弓部置換術後), 高血圧, 脂質異常症, うつ病, パニック障害.
家族歴: 特記事項なし.

現病歴: 来院3日前より嚥下困難を自覚していた. 平成26年8月某日, 咳き込んだ際に少量の吐血を認めたため, 近医を受診したところ吐血の原因の精査目的に当院消化器内科へ紹介となった.

入院時現症: 身長145cm, 体重54kg, 体温36.6℃, 心拍数100/分, 血圧132/84mmHg, 眼瞼結膜貧血あり, 眼球結膜黄疸なし, 頸部表在リンパ節腫脹なし, 肺雑音なし, 呼吸音左右差なし, 心音清, 汎収縮期雑音あり, 腹部に明らかな理学的所見なし, 四肢浮腫なく目立った所見を認めなかった.

入院時血液検査所見: BUN 28.5mg/dl, Cre 1.22mg/dl, WBC 12,700/ μ l, Hb 9.8g/dl, CRP 2.05mg/dl, D-D 20.6 μ g/dlと軽度の腎機能低下, 炎症反応上昇, 貧血およびD-ダイマーの上昇を認めた.

胸部単純X線(Fig. 1): 心横隔膜角は鋭であり, 両肺野に明らかな浸潤影は認められず. 縦隔影の拡大を認めたが, 6カ月前のものと比較し著変は認められなかった.

上部消化管内視鏡検査(Color 1): 胃内に大量の血餅を認め, 食道にはなだらかな隆起とその隆起の一部にフィブリン塊様の付着物を認めた. 吐血の原因となるような明らかな活動性出血は認められなかった.

胸腹部造影CT(Fig. 2): 明らかなfree air等はなく, 弓部大動脈瘤と食道との交

Fig. 1 A simple X-ray film of the chest: The cardiophrenic angle was sharp, with no infiltrative shadows in either lung fields. The mediastinal shadow had increased in size, but had not remarkably changed as compared with the findings 6 months previously.

通が認められ, 胸部大動脈瘤による食道穿破が疑われた.

経過: 入院後に施行した上部消化管内視鏡検査および胸腹部造影CTの結果より, 解離性大動脈瘤に伴う食道穿破の診断とし, 当院心臓血管外科へコンサルトした. しかし, 当院では対応困難な状態であるため, 総合病院へ転送となり, 同日中に緊急手術を施行した. 術後経過は良好であり, 離床しリハビリを施行していたが, 術後第34日目, 突然心肺停止状態となり死亡した.

考 察

解離性大動脈瘤の食道穿破は稀であり, 全解離性大動脈瘤症例のうち日本では1.5%に, 欧米では12%に合併するという報告もあるが, 近年では高血圧や脂質異常症などの疾患の増加に伴い, 有病率は増加してきていると考えられる^{1,2)}. 機序としては解離性大動脈瘤による食道への慢性的な圧迫に伴う虚血性変化や術後の感染症に伴う炎症性変化が考えられている³⁾. また, 臨床所見はChiariの三徴と呼ばれ, 胸痛, 警鐘出血, 警鐘出血後の無症候期を経ての致死的大出血とされてお

Fig. 2 Contrast-enhanced computed tomographic scan of the chest: The aortic arch aneurysm communicated with the esophagus, with no distinct evidence of free air. Esophageal perforation caused by a thoracic aortic aneurysm was suspected.

り、自験例の主訴であった吐血はまさにこのChiariの三徴の警鐘出血であったことが予想される⁴⁾。

医学中央雑誌において『解離性大動脈瘤』『食道穿破』、『上部内視鏡』をキーワードとして検索したところ、2001年以降、解離性大動脈瘤破裂による食道穿破を上部内視鏡を用いて確認したという報告は自験例も含めて23例確認することができた(Table 1)。男性10例、女性13例と男女差は認められず、年齢の中央値は67歳

であった。また、上部内視鏡検査所見としては、食道壁に粘膜下腫瘍様の拍動性隆起を認めるものや、フィブリン塊を伴ったびらんが多く報告されており、自験例の所見であるフィブリン塊を伴うなだらかな隆起もこれらの報告に類似した所見であった。23例中10例が死亡の転機をたどっており、解離性大動脈瘤による食道穿破の救命が困難であることを示唆しているといえる。

自験例では、吐血という主訴から消化器疾患を想定し、検査の第一選択として上部内視鏡検査を施行した。結果として、上部内視鏡所見および胸部造影CT画像所見から解離性大動脈瘤に伴う食道穿破と診断することができた。しかし、自験例のような大動脈解離の既往がある症例では、吐血を主訴に来院した場合、解離性大動脈瘤による食道穿破を鑑別に挙げる必要がある。バイタルサインが安定している場合は上部内視鏡検査を施行することで、大量出血を来すリスクがあるため、検査の第一選択としてまず侵襲の少ないCT検査を施行すべきであると考えられた。

文 献

- 1) 浜家一雄, 土井謙司, 広瀬周平, 他: 胸部大動脈食道穿孔の3剖検例, 外科, 49: 380-382, 1987.
- 2) Baron RL, Koehler RE, Gutierrez FR, et al: Clinical and radiographic manifestations of aortoesophageal fistula, Radiology, 141: 599-605, 1981.
- 3) 柳清洋祐, 小柳哲也, 伊藤寿明, 他: 食道穿破を伴う胸部下行大動脈瘤に対する治療経験, 日血管外会誌, 21: 745-748, 2012.
- 4) 高田孝好, 森田章夫, 西本政雄, 他: 動脈硬化性大動脈瘤が

Table 1 A Patient in Whom Esophageal Perforation Caused by Rupture of a Dissecting Aortic Aneurysm was Confirmed on Upper Endoscopy.

報告者	年齢/性別	内視鏡所見	経過
内田(2001)	78歳/女性	辺縁整な瘻孔	4か月生存
藤原(2002)	64歳/女性	潰瘍を伴う粘膜下腫瘍様隆起、出血源不明	術後退院
藤原(2002)	62歳/男性	瘻孔	術後他病で死亡
Tokuda(2003)	67歳/男性	切歯から25cmの食道に毛細血管出血、拍動性腫瘍	術後退院
Unosawa(2003)	68歳/男性	中部胸部食道にフィブリン塊を伴う潰瘍	術後退院
榊原(2004)	73歳/女性	辺縁整な瘻孔	入院後死亡
Jorge(2004)	67歳/女性	切歯から25cmの食道に拍動性腫瘍と潰瘍	術後退院
平岡(2004)	61歳/女性	胃内に大量の凝血塊、出血部位不明	入院後死亡
坂井(2005)	69歳/女性	門歯から23cmの食道左後壁に拍動性隆起性病変	術後退院
後藤(2006)	76歳/男性	食道に出血点	術後死亡
小野寺(2006)	73歳/男性	切歯から35cmの食道9時方向に白色調ポリープ	入院後死亡
Iwaki(2007)	56歳/男性	食道粘膜の隆起をともなったフィブリン塊	入院後死亡
Miyatani(2007)	58歳/男性	切歯から25cmに直径2cmの粘膜下腫瘍様隆起	術後退院
Fukunaga(2009)	69歳/女性	上部食道に潰瘍と動脈性の出血	入院後4日目死亡
渡邊(2012)	49歳/女性	食道下部に壁外性圧迫とその肛門側に食道瘻孔	不明
Soga(2012)	76歳/男性	中部食道に白色のフィブリン塊と潰瘍及び壁外性圧迫	不明
Amano(2012)	63歳/男性	切歯から25cmの食道壁に複数の穿孔あり	術後退院
Chiba(2012)	70歳/男性	上部食道に壊死組織とフィブリン塊を伴う隆起性病変	術後退院
小出(2013)	59歳/女性	切歯27-30cmの食道左壁の全層欠損	術後退院
Seto(2014)	65歳/男性	切歯から30cmに壁外性圧迫と潰瘍	術後降癌で死亡
Matsuda(2014)	74歳/男性	白苔を伴う隆起性病変	術後死亡
山崎(2014)	58歳/女性	食道に壁外性の圧迫による内腔狭窄	術後退院
自験例	59歳/女性	なだらかな隆起とその隆起の一部にフィブリン塊様の付着物	術後死亡

食道に穿破し大吐血をきたし急死した1例, 臨放, 35: 309-11, 1990.

(カラーはp. 3に掲載)

A Patient in Whom Upper Endoscopy Was Useful for the Diagnosis of Esophageal Perforation Caused by Rupture of a Dissecting Aortic Aneurysm

Shuichiro Iwasaki¹⁾ Takafumi Yano²⁾
 Kazuho Uehara²⁾ Teppei Nakame²⁾
 Miyuki Mukae²⁾ Yasuhiro Ishiguro²⁾
 Azuma Murata²⁾ Masao Araki^{2)*}

We describe a 59-year-old woman who coughed and vomited a small amount of blood on the day of presentation. Upper endoscopy was performed on the same day. The examination revealed only fibrin clot-like coagula in the esophagus. Contrast-enhanced computed tomography of the chest and abdomen was performed to locate the source of bleeding. The patient was given a diagnosis of dissecting aortic rupture and esophageal perforation.

A search of the database of the Japan Medical Abstracts Society for the period from 2001 through 2015 revealed only 23 reported cases of esophageal perforation associated with rupture of a dissecting aortic aneurysm as confirmed on upper endoscopy in Japan, including our patient. We describe our experience with this very rare case along with a discussion of the literature.

¹⁾Early-phase Clinical Resident, Sagamihara Kyodo Hospital, ²⁾Gastroenterology Center, Sagamihara Kyodo Hospital

*Corresponding author: m-araki@sagamiharahp.com