●〈症例〉

直腸癌による低栄養状態に合併した
壊死性食道炎の1例

林 桃子* 大塚洋子 坂本輝彦 成高義彦
加藤博之

東京女子医科大学東医療センター／検査科・外科

*Corresponding author: momoko.09h@gmail.com

〔Key Words〕急性壊死性食道炎, 黒色食道

症 例

患者: 80歳代, 男性.

主訴: 胸部圧迫感, 呼吸困難感.

既往歴: 高血圧症, 2型糖尿病, 腎機能障害.

現病歴: 2015年より血便を認めるも放置していた. 2016年4月初めより食欲低下と便秘傾向があり, 排便, 排ガスが停止していた. その後, 胸部圧迫感が出現したため当院救急外来を受診. 腹部CT検査にて直腸壁の肥厚とイレウス像を認め, 直腸癌によるイレウスの診断で同日内科入院となった.

入院時現症: 身長155cm, 体重60.0kg, 血圧148/70mmHg, 脈拍62bpm, 体温37.3℃. 腹部理学所見で腸蠕動音の亢進, 全体に膨満・圧痛を認めた.

入院時臨床検査所見: 炎症反応の上昇と腎機能障害および耐糖能異常を認めた. 腫瘍マーカーはCEA 14.1 ng/mLと高値であった.

入院時腹部単純CT検査所見: 中下部食道壁の肥厚と内腔狭小化, 直腸壁肥厚を認めたため, 精査目的に下部消化管内視鏡を施行することとした.

下部消化管内視鏡所見: 直腸Raに易出血性で亜全周性の潰瘍性病変があり2型直腸癌と考えられた. 内視鏡所見での壁深度はSS以深で, 同部の組織生検はtub2であった. 腫瘍マーカーが高値であること, 臨床症状および画像所見からStage IIの直腸癌にて手術の方針となった.

上部消化管内視鏡検査(以下GS)所見: 第5病日に術前検査目的で(GSを)施行した. 中下部食道にかけて粘調度の高い粘液が全周性に付着し, 粘膜上皮の黒色変化を認めた(Color 1).

治療と経過: GS所見より壊死性食道炎を疑い, 絶食補液・抗菌薬継続に加えてPPI投与を開始した. 全身状態はPPI・TPNによる保存的加療で改善傾向であったが, 第19病日に施行した腹部造影CT検査で横行結腸の肝下面〜後腹膜への穿通が疑われ早期の手術介入が必要と考えられた. しかし本時点での侵襲的治療は全

身状態上リスクが高いと判断し, 待機的手術の方針となった. 第18病日に施行したGSでは, 食道粘膜の発赤やびらんは軽度残存していたが, 白苔は薄くなり, 中下部食道に再生粘膜を認めた(Color 2)壊死性食道炎は改善傾向と判断し, 第22病日に結腸亜全摘+直腸切除術+回腸人工肛門造設術+D2リンパ節郭清術を施行した.

摘出標本の病理組織学所見: pT3(SS)N1M0, pStage IIIaの診断であった.

術後の経過: 第34病日に内科転科後, 栄養状態は徐々に改善し, 第64病日に軽快退院となった.

考 察

急性壊死性食道炎はGoldenbergら¹⁾によって1990年に報告された比較的新しい疾患で, その頻度は0.013~0.28%とされる稀な疾患である. 原因はいまだ不明であるが, 虚血による関与が大きいと考えられており, Augustoら²⁾は糖尿病・腎不全・感染症・手術後・悪性腫瘍などの基礎疾患を背景にした栄養障害や免疫力低下などの状態がリスク因子になりうると報告している. したがって, こうした疾患背景にはいずれも局所の微少血流障害が関与しているのではないかと考えられる.

好発部位は, 大動脈より直接分岐する固有食道動脈・肋間動脈枝などから栄養される食道遠位2/3に多く, 上下甲状腺動脈で栄養される食道近位1/3に比較すると血流が少ないため, 解剖学的な関与も大きいと考えられている. GSでは, 中下部食道に黒色粘膜を伴う出血や潰瘍を伴う所見が多く, こうした解剖学的関与を反映している.

治療は, 1) 絶食, 2) 短期TPN, 3) PPI投与, 4) 抗菌薬投与によるとされる. Gurvitsら³⁾によると, 壊死性食道炎の合併症は25~40%で認め, 食道狭窄・食道穿孔・縦隔膿瘍がみられたと報告している.

自験例は, 糖尿病・腎不全・悪性腫瘍・低栄養等の複数の微小循環障害に関与する基礎疾患が背景にあり, 悪性腫瘍による低栄養状態の併発で壊死性食道炎発症のリスクが高まったと考えられた. 侵襲的治療が壊死性食道炎を増悪させる可能性があったものの回避困難ため, 絶食補液・栄養補助で可及的に保存的加療を行い, 手術施行に至ったことで壊死性食道炎の症状再燃や増悪を回避できた症例である.

小血管障害を基礎疾患としてもつ患者に消化器悪性腫瘍の術前検査でGSを施行する際には, 壊死性食道炎も念頭に置き, 注意深い検査を行う必要があると考えられた. また, 悪性腫瘍の治療や食道炎の再燃・増悪を防ぐ意味で行う侵襲的治療の必要性を認識させられた1例であった.

文 献

- 1) Goldenberg SP, Wain SL, Marignani P : Acute necrotizing esophagitis. *Gastroenterology* 98 : 493-496, 1990
- 2) Augusto F, Fernandes V, Cremers MI, et al : Acute necrotizing esophagitis : a large retrospective case series. *Endoscopy* 36 : 411-415, 2004
- 3) Gurvits GE, Shapsis A, Lau N, et al : Acute esophageal necrosis : a rare syndrome. *J Gastroenterol* 42 : 29-38 : 2007
〈カラーは p. 4に掲載〉

**Necrotic esophagitis complicated
by a hypoalimentation state due to colon cancer :
A case report**

Momoko Hayashi*	Youko Ootsuka
Teruhiko Sakamoto	Yoshihiko Naritaka
Hiroyuki Kato	

An 83-year-old man presented with high blood pressure, type 2 diabetes, and a renal function disorder. He complained

mainly of chest pressure and dyspnea and was hospitalized on suspicion of colon cancer ileus, based on thickening and directly visualized intestinal tract expansion of the intestinal wall by CT examination. Lower gastrointestinal tract endoscopy was also performed, indicating rectal cancer of the Borrmann2 type. And We identified acute necrotizing esophagitis from the esophago-gastric junction to the middle esophagus by upper gastrointestinal tract endoscopy.

Surgical intervention was performed in acknowledgment of the rapid improvement with PPI, followed by a supplementary liquid.

With necrotic esophagitis, possibility of a contribution to the onset by hypoalimentation due to the underlying malignant tumor with a microcirculatory disorder as the background factor. Acute necrotic esophagitis is rare and this case is presented with a discussion of the relevant literature on malignant tumors.

Department of Surgery, clinical laboratory, Tokyo Women's Medical University Medical Center East

*Corresponding author : momoko.09h@gmail.com