症 例

食道・胃境界部の平滑筋腫を併存した食道アカラシアの1治験例

琉球大学第1外科（主任：武藤良弘教授）

本 馬 周 淳 外 間 章 山 里 将 仁

徳 嶺 章 夫 奥 島 憲 彦 武 藤 良 弘

同 中央検査部病理

戸 田 隆 義

35歳の女性にみられた食道・胃境界部の平滑筋腫を併存した食道アカラシアの1例を報告した。

入院約3年前より、嚥下障害と上腹部痛を訴えていたが、昭和61年3月に他病院で食道アカラシアと診断されて、数回にわたるバルーンによる拡張術を受けた。しかしながら、症状の改善がないために昭和62年8月3日手術のために紹介入院した。上部消化管造影、内視鏡検査および食道内圧測定などで食道アカラシアと診断し、同年8月11日にJekler & Lhotka 法に準じて手術を行った。手術時に食道・胃境界部に大豆大の結節を発見し、摘出した。組織学的に、食道のアウエルバッハ神経叢には神経節細胞はなく、結節は平滑筋腫であった。

食道平滑筋腫を併存したアカラシアは、今までに報告はなく、自験例が第1例と考えられた。

索引用語：食道アカラシア，食道平滑筋腫

はじめに

食道や胃の平滑筋腫の報告例は近年増加の傾向にあるが、食道・胃境界部に発生する平滑筋腫はいまだ約30例の報告を見るにすぎず、平滑筋腫の発生部位としては食道・胃境界部は比較的稀な部位といえよう。筆者らは、食道アカラシアに食道・胃境界部平滑筋腫を併存した、極めて稀な1例を経験したので報告する。

症 例

患者：35歳，女性。

主訴：嚥下困難，心窩部痛。

家族歴および既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和59年11月頃より、嚥下困難と上腹部痛などを自覚するようになり、昭和61年3月には症状の改善が見られないので、他病院を受診して食道アカラシアと診断された。その後、同病院において数回に及ぶバルーンによる拡張術を受けたが、症状の改善がないので、昭和62年8月3日に手術のため紹介入院した。

入院時現症：身長152.2cm，体重38kgの痩せ型で

あったが、理学的には異常所見を認めなかった。

入院時一般検査：特に異常な所見は見られなかった。

上部消化管造影：食道造影ではフラスコ型¹⁾（径5.0cm，II度）を呈していたが、ちなみに昭和61年3月は紡錘型（径3.9cm，II度），同年11月はフラスコ型（径5.5cm，II度）の形態を示していた（図1）。

内視鏡検査：食道内腔の拡張は中等度で、長軸の屈曲はなく、粘膜面も異常は見られなかった。食道・胃境界部の通過性も良好であって、同部の粘膜面も正常であった。

食道内圧測定：静止圧は20cmH₂Oと亢進していて、内圧分類のB型を呈した（図2）。メコリールテストは行わなかった。

以上の検査所見より、アカラシアと診断して同年8月11日に手術を施行した。

手術所見：開腹後、腹部食道を露出して、あらかじめ食道・胃境界部に留置していた小児用 Sengstaken-Blakemore チューブを膨らませて腹部食道に軽度の緊張をかけた。そして境界部前壁に食道側へ6cmの、

図1 食道X線像：左：昭和61年2月径3.9cm，中：同年11月径5.5cm，右：昭和62年8月径5.0cm

図2 食道内圧測定検査：術前（上段）と術後（下段）の内圧測定成績を示す。

胃側へ2cmの筋層縦切開を加えた。その際、境界部の筋層内に軟骨様大豆大の結節(20×7×5mm)を偶然発見し摘出した。Jekler & Lhotka 法²⁾に準じて手術を行い、幽門形成を付加した。

組織学的所見：採取した食道小切片の筋層間のアウエルバッハ神経叢には細胞節細胞はなく(図3)，軟骨様結節は平滑筋腫と診断された(図4)。

術後経過：術後経過良好で、第3病日より経口摂取を開始し自覚症状は著しく改善した。第9病日の食道造影検査では、下部食道の径は2.5cmとなっていて、食道・胃境界部の通過も良好であった(図5)。その後の食道内圧測定では、下部食道括約筋(LES)の圧は保たれ、静止内圧も胃に対して陰圧となった。

術後1ヵ月で1.5kg、6ヵ月で10kgの体重増加がみ

図3 食道神経叢の組織像：採取した切片のいずれのAuerbach 神経叢にも神経節細胞は見られなかった（上段：HE, ×5), (下段：HE, ×50).

られ、術後2年半の現在は通常の生活を楽しんでいる。

考 案

食道アカラシアの発症年齢は30～35歳をピークとし、性別では本症は女性にやや多いとされている。病変はX線検査上、下部食道の形態により紡錘型(spindle type, SP型)、フラスコ型(frask type, F型)およびS状結腸型(sigmoid type, S型)に分けられるが、これ等の各型は病変の進行や食道の拡張度と相関していて、病悩期間は5年未満が症例の半数以上を占めている³⁾⁴⁾。自験例は35歳の女性であって、病悩期間は2年9カ月であり、X線上食道は紡錘型から、拡張術の効果なくフラスコ型へと推移した。

本症の確定診断に結つく食道内圧測定検査に関しては、正常では呼吸相変換点PRR(point of respiratory reversal)を中心に下部昇圧帯を形成した後、胸部食道では陰圧となる。自験例では食道静止圧は著しく上昇していたが、通常のアカラシア症例にみられる空嚥下による陰性波を欠くB型³⁾⁵⁾⁶⁾を示した。

本症の外科的治療には様々な術式が用いられているが、筆者らはJekler & Lhotka 法に準じた術式を用いて良好な成績を得ている。

次に、自験例に合併した平滑筋腫について検討して

図4 平滑筋腫の組織像：（左：HE, ×5), (右：HE, ×50).

図5 食道X線像(術後): 下部食道の最大横径は2.5 cmに縮小している。

みると、食道・胃境界部に発生した平滑筋腫の本邦報告例は、吉田ら⁷⁾の集計によると28例(1987年まで)と少なく、アカラシアに併存した症例は見られない。しかし、食道・胃境界部筋腫の発生年齢、性比、および臨床症状は食道アカラシアのそれらに類似している。このように、この境界部筋腫は臨床事項においてアカラシアに酷似しているが、食道X線および内視鏡検査で境界部筋腫は特徴的所見⁸⁾を呈するので一般に診断は容易とされている。それでも、自験例の様に他の食道疾患と併存し、かつ小さい筋腫である場合は必ずしも診断は容易でないといえよう⁹⁾¹⁰⁾。

アカラシアと食道平滑筋腫との併存例の報告例は見当たらなかったが、この両疾患の発生年齢と性比が酷似していることより、自験例は両者が偶然に併存したと考えるのが妥当と思われる。大切なことはアカラシアに隠れた悪性病変を併存している可能性があること¹¹⁾¹²⁾を留意して診療にあたるべきであろう。

おわりに

35歳の女性にみられた食道・胃境界部の平滑筋腫と食道アカラシアを併存した稀な症例を報告し、文献的に考察を加えた。

文 献

- 1) 食道疾患研究会編：食道アカラシア取扱い規約，金原出版，1983
- 2) Jekler J, Lhotka J: Modified heller procedure to prevent postoperative reflux esophagitis in patients with achalasia. Am J Surg 113: 335—337, 1968
- 3) 平嶋 毅：食道アカラシアの病態と外科的治療，日消外会誌 20: 2072—2081, 1987
- 4) 遠藤光夫，山田明義，吉田 操他：食道アカラシア，逆流性食道炎，臨と研 61: 1081—1086, 1984
- 5) 石上浩一 編：外科 Mook, No 33, 食道非癌性疾患，金原出版，1983, p161—178
- 6) 島津久明：食道アカラシア，臨外 37: 1373—1378, 1982
- 7) 吉田晃治，才津秀樹，野中道泰他：食道・胃境界部に発生した平滑筋腫の1例，日臨外医会誌 48: 226—234, 1987
- 8) Lewis B, Maxfield RG: Leiomyoma of the esophagus. Surg Gynecol Obstet 99: 105—128, 1954
- 9) 小林康人，勝見正治，河野暢之他：食道平滑筋腫の3例—本邦264例の分析—，日臨外医会誌 42: 169—176, 1981
- 10) 岡本康久，笹原潤治，原藤和泉他：食道の嚢状拡張を伴う食道胃接合部重複平滑筋腫の1治験例，外科診療 26: 789—793, 1984
- 11) 嶺 博之，中村輝久，河野仁志他：アカラシアに併存した食道癌の統計的観察，日胸外会誌 32: 2041—2047, 1984
- 12) 平嶋 毅，中林靖明，磯野可一他：特発性食道拡張症に食道癌を合併した9例，外科 32: 361—368, 1970

A CASE OF ACHALASIA CONCOMITANT WITH LEIOMYOMA
OF THE ESOPHAGOGASTRIC JUNCTION

Kaneatsu HONMA, Akira HOKAMA, Norihiko OKUSHIMA, Masahito YAMAZATO,
Fumio TOKUMINE, Yoshihiro MUTO and Takayoshi TODA

First Department of Surgery, Ryukyu University School of Medicine

A case of achalasia with leiomyoma of the esophagogastric junction in a 35-year-old female is reported.

The patient was admitted to the Ryukyu University Hospital on August 3, 1987, for surgery with a diagnosis of achalasia. Approximately 3 years before this admission, she developed dysphagia and epigastric distress. Thereafter, she was diagnosed to have achalasia and treated with esophageal pneumatic dilatation upon several occasions, but no evidence of postdilatation improvement could be obtained. On admission, her achalasia was definitely diagnosed by means of upper gastrointestinal series, endoscopic examination and manometric study. Esophagocardiomyotomy through Jekler and Lhotka procedure was performed. At surgery, a small hard nodule within the wall of esophagus was incidentally found. Histologically, the esophagus showed an absence of the ganglion cells in the Auerbach's plexus and the nodule was diagnosed to be a leiomyoma. At this writing, she has been doing well for two and half years after surgery.

A leiomyoma concomitant with achalasia is rare and this case may be the first reported in the literature.