症 例

特発性上～中部食道破裂の1治験例

福岡県立柳川病院外科

安 元 健 二 岩 本 元 一 星 子 勝 川 畑 眞 治

小柳記念病院外科

平 山 長一朗

久留米大学第1外科

掛 川 暉 夫

発生部位として稀な上～中部食道における特発性食道破裂の1例を経験したので報告する。症例は、30歳、女性、重度の呼吸困難を主訴として当院を救急受診した。食道造影で気管分岐部の上～中部食道より左胸腔内への造影剤漏出を認め、食道破裂による膿胸の診断の下に持続胸腔ドレナージや高カロリー輸液を中心とした保存的治療を行い、第21病日に破裂部の創閉鎖を確認した。特発性食道破裂の誘因としては、下部食道では飲食の関連した嘔吐が大部分であり、それより高位の破裂では憩室や潰瘍などの前駆病変の存在が指摘されている。本症例は飲食との関連が無いばかりか、以前受けた上部消化管造影検査で食道に異常所見を指摘されておらず、まさしく“特発性”の名にふさわしい症例であると考えられた。

索引用語：特発性食道破裂

はじめに

特発性食道破裂の報告例は最近増加しているが、その多くは嘔吐など何らかの誘因をもって発症し、発生部位としては下部食道が大部分である。今回、著者らは、部位としては稀な気管分岐部における上～中部食道の破裂でしかもその発症誘因の不明な1例を経験したので報告する。

症 例

患者：30歳、女性、事務員。

主訴：呼吸困難。

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：特記すべきことなし。

生活歴：飲酒や喫煙の習慣はなし。

現病歴：平成4年2月16日夜夫婦喧嘩をして口論となるも胸腹部の自覚症状の訴えは無く、翌日と翌々日は平常通り仕事に出かけた。2月19日食欲不振と全身倦怠感さらに胸のつかえる感じが出現し仕事を休み安静にしていたが、2月21日深夜より呼吸困難と嘔気が出現し時間の経過とともに次第に呼吸困難が増強して

意識を消失したため当院を救急受診した。

入院時現症：体格中等度。顔面蒼白。四肢の冷感強く、全身にチアノーゼを認めた。呼吸は頻回で努力様。胸部では左肺野の呼吸音の減弱を認めたが、腹部は平坦、軟であった。腸蠕動音正常。体表面に外傷、皮下出血斑などは認めなかった。

入院時検査所見：著明な白血球増多と低酸素血症および低蛋白血症を認めた(表1)。胸部X線写真では、

表1 入院時検査成績

RBC	437×10 ⁴ /mm ³	T.P.	5.9 g/dl ↓
WBC	25000/mm ³ ↑	Alb.	2.4 g/dl ↓
Hb	14.2 g/dl	GOT	55 U/l ↑
Hct	40.0 %	GPT	28 U/l
Plt.	34.8×10 ⁴ /mm ³	LDH	716 U/ml ↑
		Amylase	46 U/l
pH	7.359	BUN	25.5 mg/dl ↑
PaCO ₂	44.7mmHg	Cr.	0.8 mg/dl
PaO ₂	49.0mmHg ↓	Na	144 mEq/l
O ₂ sat.	82.5% ↓	K	2.5 mEq/l ↓
		Cl	105 mEq/l

1993年4月27日受付 1994年11月22日採用

図 1a 胸部 X 線写真：縦隔の右方偏位、左胸腔内の水気胸及び左肺の虚脱を認める。

図 1b 胸部 CT 所見：左胸腔内に多量の貯留液とガス像を認める。

縦隔の右方偏位と左肺含気量低下の所見を認め（図 1a）、胸部 CTscan で左胸腔内に多量の貯留液とガス像を認めた（図 1b）ため、左水気胸の診断のもとに直ちに胸腔ドレナージを施行。悪臭の強い膿汁約 3,000ml の排出があり、一部にわかめなどの食物残渣の混入を認めたので食道と左胸腔との間に交通があることが示唆された。ガストログラフィンによる上部消化管造影を施行し、気管分岐部の食道より左胸腔内への造影剤の漏出を確認した（図 2）。以上の所見より、本病態を食道破裂に続発した左膿胸と診断し、全身状態を改善すべく高カロリー輸液、抗生物質投与による全身管理を行うこととした。

図 2 食道造影（入院時）：気管分岐部位の食道破裂部より造影剤の漏出を認める（矢印）。

図 3 食道造影（21病日目）：破裂部は憩室様の膨隆として閉鎖している（矢印）。

入院後経過：胸腔ドレーン以外にも鼻腔より破裂部に減圧チューブを挿入し低圧持続吸引を行った。胸腔ドレーンよりの排液は次第に減少し、それとともに呼吸困難、発熱も認められなくなり、第14病日には白血球も正常化し、第21病日に行った上部消化管再造影で創部の閉鎖を確認した（図 3）。第35病日に行った食道

図4 食道内視鏡所見(31病日目):破裂部は白色の瘢痕硬化像を示す(矢印)。

内視鏡検査では上～中部食道後壁の破裂部と思われる部位に約1.5cmにわたり瘢痕による壁の硬化を認めた(図4)。その後は保存的療法のみで順調に経過し、第50病日に治癒退院した。退院より約2年経過した現在、再発の兆候は認めていない。

考 察

特発性食道破裂について本邦では1934年吉田¹⁾が報告して以来200例以上の報告がされており、最近増加の傾向がみられるが、下部食道以外でしかも嘔吐などの力学的因子の関与しない自然裂の症例報告はきわめて少ない。

本症例につきその発症誘因を中心に若干の文献の考察を加えてみる。

1) 好発部位

破裂部位を上部・中部・下部の3つに大別すると、下部食道の破裂が90%と圧倒的であり、中部9%、上部1%となっている²⁾。また、破裂の起きた側壁は左壁(約60%)が最も多く以下、右壁、後壁、前壁の順である³⁾。下部食道左側壁に多い理由として、解剖学的背景としての筋層の部位的欠如あるいは先天的脆弱性、さらには外周支持構造の欠如などが関与しているものと考えられている⁴⁾。

2) 発生機序と発症誘因

特発性食道破裂の約70%が嘔吐によって引き起こされ、上腹部の激しい疼痛をもって発症し、その場合の破裂部位はほとんどが下部食道である²⁾。このことは1)で述べた理由により理解できる。しかしすべての破裂が嘔吐によって引き起こされるわけではなく、下部食道より上位の破裂では憩室や炎症などの潜在的前駆病変の存在が指摘されている²⁾。

自験例について破裂の発生機序を考えると疼痛などの自覚症状が明確ではなく、発症時点も不明瞭であるため、破裂は軽微に起こりしかもそれが徐々に進行していったのではないかと推測される。

本邦における中部食道の特発性破裂もしくはその可能性ありとして発表されているものは14例である(表2)が、そのうちの過半数はその発症誘因が何らかの形で飲食に関連しているものであり、それらの発症は急激である^{7)~9)11)12)15)17)18)}。また、それ以外では発症以前に嚥下困難を訴えた症例¹³⁾¹⁴⁾¹⁶⁾があり、これらの発症は緩徐であり、憩室や食道炎などの抵抗減弱部が前駆病変として存在していたことが推測されている。

表2 中部食道破裂の本邦報告例

報告者	報告年	症例	発症誘因	発症時点	部位, 長径
1. 斎藤ら ⁵⁾	1957	14y, F	ドッジボールで上腹部圧迫	ボールを受けてすぐに	左壁, 4cm
2. 鷺尾ら ⁶⁾	1967	45y, M	不明(大酒癖)	突然	右壁, 3.9cm
3. 熊田ら ⁷⁾	1970	34y, M	口論によるストレス?	飲酒口論中	前壁, 4cm
4. 古賀ら ⁸⁾	1971	76y, M	食物がつかえた	飲食中	後壁, 6.5cm
5. 大橋ら ⁹⁾	1972	37y, M	食物がつかえた	飲食中	15cm
6. 篠原ら ¹⁰⁾	1977	70y, M	不明	徐々に	
7. 円山ら ¹¹⁾	1979	54y, F	食物がつかえた	飲食中	
8. 猪野ら ¹²⁾	1979	16y, M	炭酸飲料を一気に飲んだ	飲んで1時間後	
9. 貴島ら ¹³⁾	1981	35y, M	不明(憩室炎?)	徐々に	
10. 仲野ら ¹⁴⁾	1982	69y, M	不明(嚥下困難)	徐々に	
11. 肥後ら ¹⁵⁾	1983	45y, M	飲酒後の嘔吐	嘔吐中	
12. 貴島ら ¹⁶⁾	1987	35y, M	不明(憩室破綻)	徐々に	左壁, 1.8cm
13. 福島ら ¹⁷⁾	1988	69y, M	朝, 水を飲んだ	突然	右壁
14. 大石ら ¹⁸⁾	1992	62y, M	嘔吐後	突然	右壁

図5 食道造影(入院前):食道には異常所見を認めていない。

本症例はその緩やかな発症経過から打撲や異物などの関与は考えにくく、口論によるストレスが引金となった可能性が最も考えられるが、そのみで破裂するとも考えにくい。そこで、気管分岐部という破裂部位からその前駆病変として憩室の存在が強く疑われたので、退院時に患者に対し直接問診を取り入院前の状況について詳しく聴取した。それによると、患者は今までに胸やけや嚥下障害などの胸部症状を訴えたことはなかった。また、今回来院の約1年前に患者は会社の検診で上部消化管造影検査を受けており、食道に異常所見を指摘されていない(図5)。従って、本症例の食道破裂部位は破裂以前は正常であり、その発生機序として“正常と思われる食道が自然に破裂するに至った”と考えられた。

結 語

本症例は発症の誘因として、嘔吐をはじめとする力学的因子や飲食との関係がないばかりか、何らかの抵抗減弱部と思われる前駆病変も存在しなかったわけであり、まさしく“特発性 (spontaneous)”の名に相応しい症例であると思われた。

本論文の要旨は、第59回日本消化器病学会九州支部例会において発表した。

文 献

- 1) 吉田太助:偶発性食道破裂の1例。海軍軍医誌 24: 97—98, 1935
- 2) 貴島政邑:特発性食道破裂;本邦報告200例の集計から。臨外 42: 335—341, 1987
- 3) 貴島政邑, 伊東 保, 古賀毅継他:特発性食道破裂の発生機構および臨床経過に関する検討。日胸外会誌 26: 172—187, 1978
- 4) 中村嘉三, 増子 昭, 都築俊治他:特発性食道破裂の1例。外科診療 2: 1517—1523, 1960
- 5) 斎藤 寛, 梅園 明, 森末久雄他:異常な経過を辿った特発性食道破裂の1治験例。日胸外会誌 5: 5, 1957
- 6) 鷲尾正彦, 遠藤三郎, 坂下 薫他:特発性食道破裂の1治験例。日胸外会誌 16: 806, 1968
- 7) 熊田淳一, 近藤治郎, 佐藤 順他:特発性食道破裂の1治験例。日胸外会誌 19: 1043, 1971
- 8) 古賀敏睦, 森田 建, 石川博敏他:高齢者にみられた特発性食道破裂の1手術治験例。日胸外会誌 32: 262, 1971
- 9) 大橋忠敏, 石井好明, 甲斐原章一他:特発性食道破裂の1例。外科診療 14: 1073—1077, 1972
- 10) 篠原昭博, 塚本真言, 大村晃一郎他:Boerhaave 症候群の1例。日消病会誌 78: 138—139, 1981
- 11) 円山正博, 久野克也, 神津照雄他:内視鏡検査で確定診断した特発性食道破裂の1症例。Gastroenterol Endosc 22: 1110, 1980
- 12) 猪野睦征, 北里精司, 橋口勝敏他:特発性食道破裂の1治験例。日消病会誌 77: 184, 1980
- 13) 貴島正邑, 阿南 晃, 益子 博他:特発性食道破裂の4例。日臨外医会誌 43: 693, 1982
- 14) 仲野祐輔, 北里精司, 大江久圀他:特発性食道破裂の1治験例。日消病会誌 87: 283, 1984
- 15) 肥後 孝, 田中博之, 丹羽道夫他:二期的手術にて救命し得た特発性食道破裂の1例。日臨外医会誌 45: 820—821, 1984
- 16) 貴島正邑, 田代 直, 長尾房大他:特発性食道破裂の経験(中部食道破裂の1例)。慈恵医大誌 102: 1489—1493, 1987
- 17) 大石正博, 田中紀章, 小林元壮他:特発性食道破裂4例の検討。日臨外医会誌 53: 1853—1857, 1992

A CASE OF SPONTANEOUS RUPTURE OF THE UPPER-MIDDLE ESOPHAGUS

Kenji YASUMOTO, Motoichi IWAMOTO, Masaru HOSHIKO and Shinji KAWABATA

Department of Surgery, Yanagawa Hospital

Choichiro HIRAYAMA

Department of Surgery, Koyanagi Hospital

Teruo KAKEGAWA

First Department of Surgery, Kurume University School of Medicine

We experienced a case of spontaneous rupture of the upper to middle part of the esophagus, which is an unusual site for the lesion.

A 30-year-old woman was admitted to the hospital because of severe dyspnea. Contrast radiography of the esophagus at the level of the carina tracheae to the left thoracic cavity. Under the diagnosis of pyothorax due to rupture of the esophagus, conservative therapies such as continuous thoracic drainage and hyperalimentation were performed. The wound closure at the rupture site was confirmed esophagographically on the 21st day after admission.

Spontaneous rupture of the lower part of the esophagus has, in most cases, been reported to be due to vomiting associated with drinking or eating, but rupture of the middle or upper part of the esophagus has been pointed out a participation of pre-existing diverticulum or ulceration. This case was neither associated with drinking or eating nor revealed any abnormalities in the esophagus on the contrast radiography which was taken before. It is, therefore, considered that this case is true to its name "spontaneous".