

## 特発性食道破裂の2態

鎌田 義彦, 的場 直矢, 井口 淳子  
 大江 洋文, 谷村 清明, 蔵本 純一  
 菅野 衛, 松本 高平, 幸雄

### はじめに

特発性食道破裂においては、早期診断がその治療法、経過、予後を大きく左右し、きわめて重要である。本症は、その発症の特徴をふまえた上で、胸部X線写真、食道造影等を行えば容易に診断し得るが、稀な疾患であるため、しばしば診断が遅れている。本稿では、診断時期の異なる特発性食道破裂の2症例のたどった対照的な経過を報告する。

**症例 1:** 58 歳，男性。

**家族歴:** 特記すべきことなし。

**既往歴:** 48 歳で十二指腸潰瘍，52 歳で心電図上 ST・T の変化を指摘された。

**現病歴:** 発症当日の夕方より飲酒後，悪心，嘔吐を繰り返し，この直後より激しい左胸部痛を訴え来院した。来院時検査成績では WBC  $18.1 \times 10^3/\text{mm}^3$ ，RBC  $478 \times 10^4/\text{mm}^3$ ，Hb 15.9 g/dl，Ht 44.5%，血液ガス pH 7.228， $\text{PO}_2$  85.1 mmHg， $\text{PCO}_2$  42.8 mmHg，B.E.  $-10.0 \text{ mmEq}$  で，白血球増多と強いアチドーシスを呈していた。胸部X線写真上，左肺野の陰影増強，縦隔陰影の拡大及び気管の右方への偏位が見られた(写真1)。食道造影では下部食道左側壁から縦隔への造影剤の多量の漏出が見られた(写真2)。以上より特発性食道破裂として，発症より約2時間で緊急手術を行った。

**手術所見:** 気管内挿管全身麻酔のもと，左第7肋間で開胸し，縦隔肋膜を切開すると横隔膜上約3cmの下部食道左側壁に約2cmの裂創があり(写真3)，食物残渣の漏出と浸出液の貯留が見ら

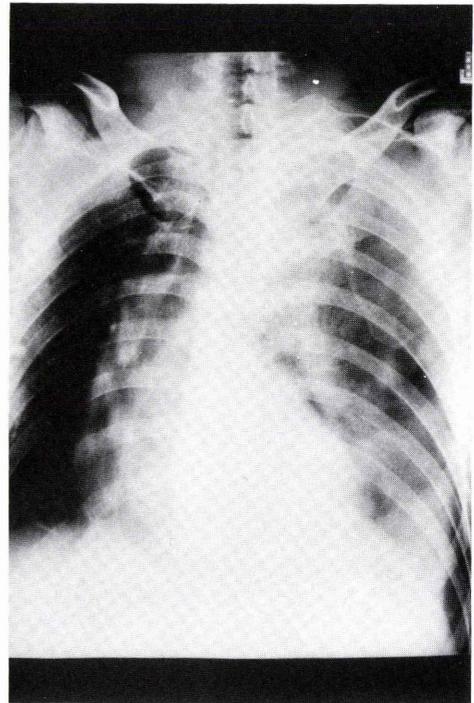


写真1 症例1 来院時胸部X線写真  
 左肺野の陰影増強，縦隔陰影の拡大及び気管支の右方への偏位が認められる。

れた。食道破裂部のデブリードメントを行い，一次的に二層に縫合閉鎖し，縦隔洞及び胸腔ドレナージを行って閉胸した。術後の経過は順調で術後7日目の食道造影所見では食道はほぼ正常に回復していた(写真4)。術後3週間で治癒退院した。

**症例 2:** 42 歳，男性，大酒豪。

**家族歴:** 特記すべきことなし。

**既往歴:** 34 歳，肺炎。

**現病歴:** 発病約一ヶ月前より下痢，黒色便などの消化器症状に気づいていたが，連日，飲酒を続けた。発症当日，朝より嘔気があり，夕方激しい

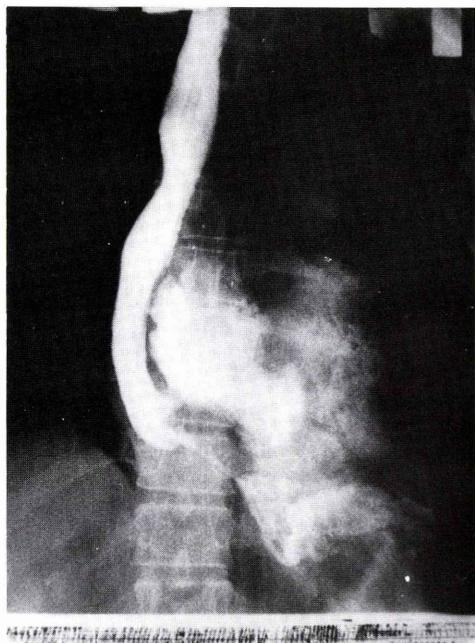


写真2 症例1 来院時食道造影写真  
下部食道左側壁から縦隔への造影剤の漏出が認められる。



写真3 症例1 術中写真  
糸で保持している部分が破裂部の存在する食道である。炎症所見は極く軽度であり、食道壁の著明な菲薄化は認められなかった。破裂部を二層に縫合閉鎖した。

嘔吐と共に激烈な前胸部痛が出現し、当院救急室に搬送された。入院時検査成績は、WBC  $11.8 \times 10^3/\text{mm}^3$ , RBC  $494 \times 10^4/\text{mm}^3$ , Hb 15.2 g/dl, Ht 44.0%, 血液ガス pH 7.378,  $\text{PO}_2$  78.0 mmHg,  $\text{PCO}_2$  30.6 mmHg, B.E.  $-5.9 \text{ mEq}$  であり、胸部X線写真上異常は認められず(写真5)、緊急内視

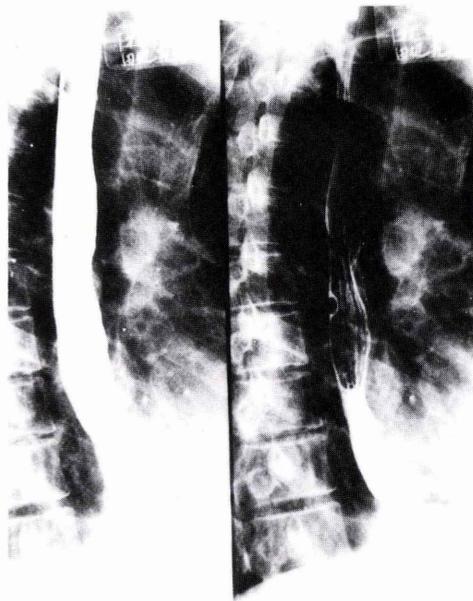


写真4 症例1 術後7日目の食道造影  
造影剤の漏れ、食道の狭窄は認められない。

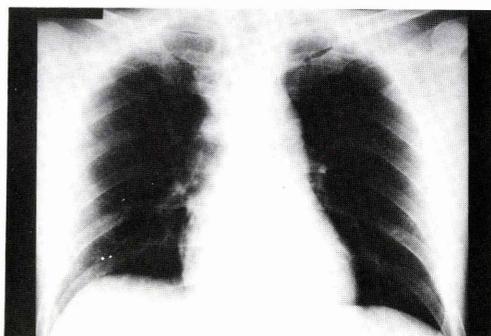


図5 症例2 来院時胸部X線写真  
特記すべき所見はない。

鏡検査で下部食道左側壁に内腔の突出と凝血の付着が見られ(写真6)、傍食道型の食道裂孔ヘルニアの胃潰瘍からの出血が疑われ、引き続き行った食道造影でも、食道よりの造影剤のリークは、ヘルニア内の造影剤と読影されたため、保存的治療を行うために内科入院となった(写真7)。しかし、入院後、胸・背部痛の増強、高熱、呼吸困難が出

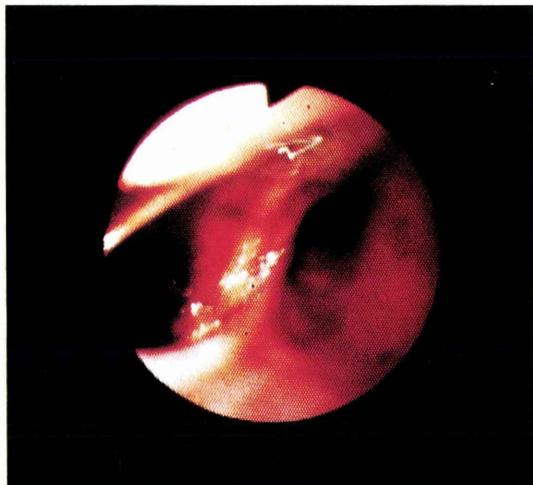


写真6 症例2 来院時食道ファイバー写真  
左方に見えるのが食道の突出部と凝血塊である。

現し、胸部X線写真上、左胸部陰影の増強、縦隔陰影の拡大が見られた。以上の経過および検査所見より食道破裂による縦隔洞炎及び左膿胸と診断され、手術の目的で第9病日に外科に転科となった。

**手術所見：**気管内挿管のもとに左第7肋間で開胸すると胸腔内に多量の混濁した胸水貯留があり、膿苔が付着した肥厚した縦隔胸膜を切開すると、横隔膜上約3cmの下部食道左側壁に約2cmの大きさの縦の裂創があった。一期的縫合閉鎖は無理と判断し、縦隔洞及び胸腔ドレナージ管留置のみで閉胸した。術後、完全静注栄養管理を行った。術後経過は膿胸等を繰り返す、管理に難渋したが、幸い術後96日目で軽快退院することが出来た。術後行った食道造影では尚食道壁の変形を残しており(写真8)、現在外来観察中である。

## 考 按

特発性食道破裂は比較的稀な疾患であるが、1981年に笠原ら<sup>1)</sup>は本邦報告例として123例を集計している。外国では300例以上の報告があり<sup>3)</sup>、日常遭遇する機会が増えている。性別では10対1と男性に圧倒的に多く<sup>4),5),6)</sup>、年齢については30代から50代の中年層が8割近くを占めている。発症機序に関しては、中村ら<sup>7)</sup>は、① 食道内

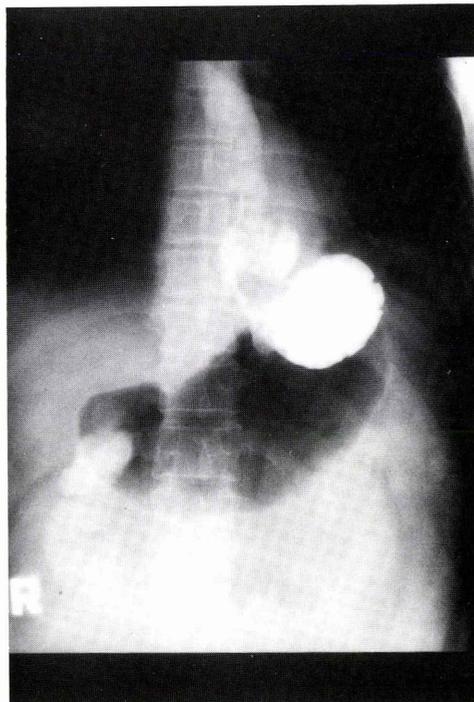


写真7 症例2 来院時食道造影写真  
食道下部左方に造影剤の漏れが見られるが、これは当初食道裂孔ヘルニアの内腔と読影された。



図8 症例2 術後42日(左)及び92日(右)の食道造影写真  
造影剤漏出部分の改善が分かる。

② 同時に存在する食道・胃の協調運動の失調に基づく幽門輪、cricopharyngusの痙縮性閉塞、③ 解剖学的局所抵抗減弱部の3つの因子を挙げている。このことに関連して、発症誘因の第一が嘔吐で約70%を占め、破裂部位は下

表1. 特発性食道破裂に対する治療法と予後

治 療 法	1935~1975(死亡)	1975~1980(死亡)	計(死亡)	死亡率
I. 無 治 療	6( 6)	1(1)	7( 7)	100%
II. 保存的治療	3( 0)	5(0)	8( 0)	0%
III. 外科的治療				
1. 直接縫合閉鎖術	18(11)	16(0)	34(11)	32%
2. ドレナージ(開胸・非開胸)	22( 8)	26(7)	48(15)	31%
3. Fundic patch法	0( 0)	2(0)	2( 0)	0%
4. 胸部食道切除	2( 0)	3(0)	5( 0)	0%
5. 食道胃吻合	4( 1)	2(0)	6( 1)	17%
6. T-tube ドレナージ	0( 0)	1(0)	1( 0)	0%
7. そ の 他	4( 2)	3(1)	7( 3)	43%
	59(28)	59(9)	118(37)	

市川ら、鄭ら、森らの集計にもとづく

部食道左側、特に横隔膜直上に多発している。本症は胸部X線写真、水溶性造影剤による食道造影<sup>2),4)</sup>、症例によっては内視鏡検査などで診断されるが、発症後24時間以内に正しく診断されているのは全体の約30%<sup>2),4)</sup>である。胃・十二指腸潰瘍穿孔あるいは穿孔と診断されたのが約30%、膿胸、肋膜炎、肺炎、心筋梗塞などの胸部疾患と誤診され、治療を受けていた症例は約20%である。表1は市川ら<sup>4)</sup>、森ら<sup>5)</sup>、鄭ら<sup>6)</sup>の集計をもとに、治療法と成績をまとめたものである。本症は無治療の場合全例死亡している。24時間前後の早期診断例では、破裂部の直接縫合閉鎖を施行し得る症例が多く、この術式による1975年以後の16例は全例救命し得ている。これに対して晚期診断例では、主としてドレナージ法が行われており、治療成績は向上しているものの、尚約30%の死亡率である。大迫ら<sup>9)</sup>は診断の遅れた場合、積極的に食道再建術を躊躇すべきでなく、食道抜去、胃腸吻合術を行った治癒例を報告している。またこの他に晚期例に対して、T-tube drain法<sup>3)</sup>、Fundic patch法<sup>9)</sup>などが行われており、良い成績をあげているが、いずれも治療経過が長い。

診断が遅れたが、幸い軽症であった8例は、IVH (Intra venous hyperalimentation) や栄養、抗生剤などの保存的治療のみで全例救命されているが、治療期間は2ヶ月以上等と長い。Cameron<sup>10)</sup>、Ivery<sup>11)</sup>らは① 発症5日以上経過

し、② 重篤な敗血症がなく、③ 食道透視で破裂口が大きく、食道内逆ドレナージされ、④ 胸腔内汚染されていなければ、食道破裂に対して保存的療法に期待できると述べている。しかし、これはやはり例外的な治癒機転である。

## ま と め

特発性食道破裂においては、本症の発症の特長をふまえた上での胸部X線写真や食道造影による早期診断が治療法及び経過を大きく左右する。今回我々が経験した対照的経過をとった本症の2例につき報告し、併せて文献の考察を行った。

(本要旨は第108回東北外科集談会で発表した。)

## 文 献

- 1) 笠原 洋 他：特発性食道破裂——本報123例(自験例を含む)についての考察. 近大医誌, 6: 335, 1981.
- 2) 長尾房大 他：特発性食道破裂. 外科Mook, 33: 142, 1983.
- 3) Oslar A. et al.: Atraumatic so-called "spontaneous" rupture of the esophagus. A review of 47 personal cases with comments on a new method of surgical therapy. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 59, 67, 1970.
- 4) 市川英幸 他：特発性食道破裂の2治験例——本邦112例の統計的観察——. 外科治療, 47, 383, 1982.
- 5) 森 正樹 他：保存的に治癒せしめた特発性食

- 道破裂の一例と本邦 107 例の検討. 臨外, **37**, 1709, 1982.
- 6) 鄭 正勝 他: 特発性食道破裂の検討——自験例 4 例および本邦報告例の考察. 日消外会誌, **15**, 1387, 1982.
- 7) 中村嘉三 他: 特発性食道破裂の 1 剖検例. 三重医学, **4**, 2481, 1960.
- 8) 大迫 努 他: 特発性食道穿孔に対する外科治療の経験——とくに食道抜去および後縦隔經由食道胃吻合術による 1 治験例を中心として——. 日外会誌, **85**, 592, 1984.
- 9) 佐伯状大 他: Fundic Patch 法の経験. 特発性食道破裂への適用例について. 手術, **31**, 329, 1977.
- 10) Cameron, J.L. et al.: Selective non operative management of contained intrathoracic esophageal disruptions. *Ann. Thorac. Surg.*, **27**, 404, 1979.
- 11) Ivery, T.M. et al.: Boerhaave Syndrome. Successful conservative management in three patients with late presentation. *Amer. J. Surg.*, **141**, 531, 1981.
- 12) Reid, S.P.J.: Spontaneous rupture of the esophagus. *Amer. J. Surg.*, **137**, 665, 1979.
- (昭和 59 年 11 月 12 日 受理)