

## 症例報告

## 著明な食道拡張を伴った肺結核症の1例

谷 合 哲

東京医科歯科大学霞ヶ浦分院内科

宮里逸郎・千田 守・嶋瀬順二

高山重光・筒井秀人・篠原陽子

亀谷純三・今川珍彦

東京医科歯科大学第2内科

橋本憲一・光永慶吉

東京医科歯科大学第1内科

受付 昭和 55 年 11 月 10 日

A CASE WITH MARKED ESOPHAGEAL DILATATION AND  
BILATERAL UPPER LOBE TUBERCULOSISSatoshi TANIAI\*, Itsuro MIYAZATO, Mamoru CHIDA, Junji SHIMASE  
Shigemitsu TAKAYAMA, Hideto TSUTSUI, Yoko SHINOHARA, Junzo KAMETANI,  
Uzuhiko IMAGAWA, Kenichi HASHIMOTO and Keikichi MITSUNAGA

(Received for publication November 10, 1980)

A male patient of 73 year-old was admitted to our hospital because of cough, sputum and disturbance in swallowing. He was diagnosed as tuberculosis 10 years before admission. He had been treated with various antituberculous drugs, but acid fast bacilli were found occasionally in his sputum. His chest X-ray film revealed large cavity-like shadows and tuberculous lesions in bilateral upper lobes.

We had interpreted these shadows as large tuberculous cavities for many years, because the cavitory shadows were located in tuberculous lesions. However, barium examination of upper gastrointestinal tract proved that the cavity-like shadow in the right lung field was a fist-sized esophageal dilatation. We suppose that the esophageal dilatation was induced by marked shrinkage and traction of tuberculous lesions.

## はじめに

肺あるいは縦隔に結核病巣があり、食道壁周辺に病巣が及んだり、肺門部リンパ節の結核性病変があるとき、食道壁の一部を癒着性に牽引し、食道憩室を形成することはしばしば見られることである。しかしその場合には

食道中部にみられることが多く、あまり巨大な拡張になることはまれといわれている<sup>1)</sup>。

今回我々は両側上肺野に結核病巣があり、著明な食道拡張が右肺尖部を占居したため、永年結核性空洞と誤認されていた1例を経験したので報告する。

\* From the Kasumigaura Branch Hospital, Tokyo Medical and Dental University, Oyama, Mihomura, Inashiki-gun, Ibarakiken 300-04 Japan.

## 症 例

75歳，男性，農業。

家族歴：特記することはない。

既往歴：12歳のとき，木から落ちて背部を打撲したことがあるが，その後嚙下障害を感じてはいない。

現病歴：57歳のとき感冒様症状があり，近医に受診して，胸部レ線写真で陳旧性の胸膜炎があるといわれたが治療せず放置した。

昭和41年2月，咳・痰があり近医に受診し，肺結核の診断を受けた。その後ひき続き SM, INH, PAS, KM, EB, TH, CS などの治療を受けていた。

昭和47年8月，喀痰の培養で結核菌が検出されたため本院に入院となった。入院時胸部 X 線写真では，写真1に示すように，両側肺尖部に小児手拳大の透亮像があり，右側はほぼ円形で，不規則な水面像が見られた。左側の透亮像は2ないし3コあり，不整型であつた。両側ともその下部には中肺野まで浸潤巣があり，両側肺血管陰影は著明に挙上しており，収縮機転の強い結核性病巣と考えられた。

喀痰の塗抹では結核菌は(-)であつたが培養は(卅)であつた。赤沈は 15 mm/時 であつた。RFP, EB, INH で治療を開始したところ排菌は 1 カ月で消失した。

昭和49年7月，両側肺尖部の透亮像には変化がなかつたが，それより下部の浸潤巣が縮小し，その中の小空洞様陰影が消失したため退院し，以後外来通院で治療を続

けた。

昭和52年8月，喀痰培養で再度排菌を認めたため入院となつた。

入院時身体所見：身長 167 cm，体重 68.5 kg，栄養中等度，頸部にリンパ節を触知せず，静脈怒張もなかつた。結膜に貧血・黄疸なく，心音音界の拡大なく心音清。肺野は両側上肺野に軽度打珍上濁音があり，左側肺尖部に小水泡性ラ音を聴取した。腹部は平坦で，肝・脾・腎を触知しなかつた。下肢に浮腫なく，神経反射に異常を認めなかつた。

入院時検査成績(表1)：尿検査では蛋白・糖(-)，沈渣に異常なく，便にも異常を認めなかつた。末梢血に貧血なく，白血球増多はなかつた。血液化学的検査では，総蛋白 6.8 g/dl, A/G 0.8 でアルブミンの軽度減少がみられた。GOT 19, GPT 13, Al-P, TTT, ZTT は正常で，肝機能は正常と思われた。クレアチニン 1.25 mg/dl, 尿素窒素は 14.8 mg/dl であり，腎機能障害を認めなかつた。血清学的検査では CRP(+) であつた。赤沈は 11 mm/時。スパイロメトリーでは %VC は 110% であつたが 1 秒率は 66% で，軽度の低下がみられた。心電図には特別な異常を認めなかつた。胸部レ線写真(写真2)では両側肺尖部に大きな透亮像があり，その下部に浸潤性病巣が認められたが，昭和47年の退院時と大差はなかつた。

断層写真では背面から 10 cm で写真3のように，右肺尖部に手拳大の透亮像があり，その形はほぼ円形で内面

表 1 入院時検査成績

尿		LDH	110 U
蛋 白	(-)	T. Cholest.	165 mg/dl
糖	(-)	T. Bilir.	0.5 mg/dl
ウロビリノーゲン	(+)	BUN	14.8 mg/dl
沈渣	異常なし	UA	5.4 mg/dl
便		Creatinine	1.25 mg/dl
虫 卵	(-)	Glucose	102 mg/dl
潜 血	(-)	Na	144 mEq/l
末 梢 血		K	3.9 mEq/l
RBC	491 × 10 <sup>4</sup>	Cl	105 mEq/l
Hb	13.8 g/dl	Amylase	175 U
Ht	44%	血清反応	
WBC	5200	CRP	(+)
血液化学		RA	(-)
TP	6.8 g/dl	ワッセルマン反応	(-)
A/G	0.8	スパイロメトリー	
TTT	0.2	VC	3430 ml
ZTT	4.7	%VC	110%
Al-P	7.6 KU	FEV 1%	66%
GOT	19 U	%MVV	75%
GPT	13 U		

は平滑であつた。周囲は厚い均質な浸潤巣によつて囲まれており、その下部には拡張した気管支がみられた。また気管は著明に右方に変位していた。左肺尖部には2つの不規則な形をした透亮像があり、周囲は線維化した陰影によつて囲まれていた。背面より8cmでは写真4のように、右肺尖部の後方に向かうB<sup>2</sup>と思われる気管支が著明に拡張しているのがみられるが、円形透亮像との関係は確認できなかつた。

昭和52年9月、軽度の嚥下障害を訴えたため、食道および胃のバリウム透視・撮影を行なつたところ、写真5に示すように食道は胸郭内に入ると直ちに右方に強く屈曲し、著明に拡張しており、胸部レ線写真において巨大空洞と考へていた透亮像に一致する腔内に入り、ここで1回貯留し、水面像を形成した後瀑布状に食道下部へ落下して胃内に入っていく様子が観察された。また背臥位にすると写真6に示すように、バリウムは拡張した食道内全面に広がり、胸部レ線写真で結核性空洞と考へていた右側の巨大透亮像はすべて拡張した食道であることが確認された。

胃は写真7に示すように下垂や変形はなく、潰瘍や腫瘤を認めなかった。また十二指腸にも異常はみられなかつた。右気管支造影を行なつたところ写真8に示すとおり気管は右側に偏位しており、右主気管支は上背方向に牽引され、これから上葉気管支が拡張し、集束して、拡張した食道の下縁にそつて背側方向に上昇しているのが観察された。しかし拡張した食道との交通はみられなかつた。中葉、下葉気管支は上葉気管支を分岐した後鋭角的に下方に屈曲し、下方に向かつて分岐しているのがみられた。

## 考 察

食道憩室は通常発生機序によつて、①圧出憩室、②牽引憩室、③牽引圧出憩室、に分類されている。また発生部位によつて、①咽頭食道性憩室、②気管支上方憩室、③横隔膜上方憩室の3種類に分類されている<sup>23)</sup>。このうち咽頭食道性憩室はZenker憩室とも呼ばれ、咽頭と食道の移行部の縦走筋の欠除している部分すなわちLaimer三角が、内圧に耐えかねて圧出するものと考えられている。これは食道上部後方に突出することが多いが、まれには頸部で食道の側方に圧出することもあるという<sup>4)</sup>。日本人には比較的少なく<sup>2)</sup>、直径が2cmを超えることは少ないといわれている<sup>2)</sup>。

本例の食道拡張は食道上部にあり、主として右側方に拡張しており、Laimer三角から限局性に圧出したというよりは、かなり広範な広がりを持つ拡張であり、Zenker憩室とはいいい難いと思われる。

一方牽引憩室は肺門部のリンパ節結核が原因になることが多く、肺結核、肺化膿症、胸膜炎などによつてもで

き、食道中部にできやすく、あまり大きくなることはまれといわれている。しかし牽引されて食道壁が脆弱化すると、内圧に対する支持力が低下し、圧出憩室の様相を呈して、以外に大きくなることもあり、完成した後では牽引によるものか圧出によるものかの鑑別が困難になることもある。

縦隔リンパ節の結核病変はまた食道周辺組織を癒痕化し、強い食道狭窄を起こすことがあり<sup>2)</sup>、二次的にその上部に拡張を起こすことも考えられる。また頸部や縦隔の結核性病変により食道の牽引性憩室を作ることもある<sup>6)</sup>。本例の食道拡張は肺結核に合併し、下部は肺門部付近にあり、肺尖部に巨大な内腔を有している。このような状態を形成する原因としてもつとも可能性のあるものは、右肺尖部にある結核病巣が胸膜と強い癒着をした後、病巣の強い収縮機転により縦隔および食道を牽引したものと推測される。すなわち牽引憩室と考へられる。拡張下部の食道には狭窄が認められず、嚥下困難がほとんどないことなどより、牽引圧出憩室とは考へ難いと思われる。

更に本例のように食道全周にわたり広範に著明に拡張している場合、食道の筋肉の神経支配をするAuerbach神経叢の異常により痙攣性狭窄を起こし、二次的にその上部の拡張を起こすことも考えられる。しかし本例は嚥下障害がほとんどないことから可能性が少ないと考へられる。また先天的に食道が拡張している場合もあり<sup>7)</sup>、本例においてもその可能性も考へられないわけではない。

本例は右肺尖部の透亮像が永年結核性空洞と誤認されていた。胸部レ線写真で両側肺尖部に結核性病巣と思われる陰影があるため、その中にある透亮像を比較的安易に結核性空洞と考へていた。しかしふり返つて胸部レ線写真を詳細に検討すると、右側の透亮像の上縁が、本来縦隔であるはずの部位へ水平に入りこんでいること(写真3)、透亮像の内面が極めて円滑であることなどが、通常の結核性空洞と考へるのには少し問題があるものと思われた。これらの点を手がかりにして検索すれば、食道の拡張であることを発見しえたのではないかと反省させられた。

## 結 語

両側肺尖部に結核性病巣と透亮像を有し、結核性空洞と考へられていたが、右側の巨大円形透亮像は著明に拡張した食道であつた。食道拡張の原因は肺尖部病巣の癒着・収縮によるものと推測されたが、Zenkerの憩室や、神経支配の欠損なども考へられた。しかし確定は困難であつた。本例のように結核病巣に併発した食道拡張は発見し難く、またこれほど大きく拡張することはまれと思われる。

本文の要旨は第95回結核病学会関東支部学会において

報告した。

### 文 献

- 1) Bockus, H. L.: Gastroenterology, 3rd Ed. Vol. 1, p. 319, W. B. Saunders Co., 1974.
- 2) 松永藤雄: 現代内科学大系, 消化器疾患 Ib. p. 43, 中山書店, 1961.
- 3) 御厨修一: 消化管 X 線読影講座, 1-2, 食道, p. 80, 金原出版, 1970.
- 4) Cooper, R. A.: Lateral diverticulum of the cervical esophagus, JAMA, 242: 415, 1979.
- 5) 永田 彰: 結核治療中に食道狭窄を来たした 1 症例, 結核, 51: 424, 1976.
- 6) Scully, R. E. et al.: Case records of the Massachusetts General Hospital, N. Engl. J. Med., 296: 334, 1977.
- 7) 松葉卓郎他: 左肺奇型による食道憩室, 日本胸部臨床, 30: 426, 1971.

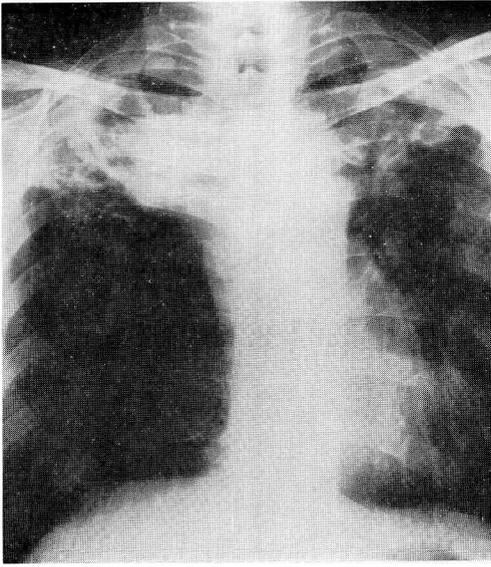


写真 1 昭和47年8月の胸部正面X線写真

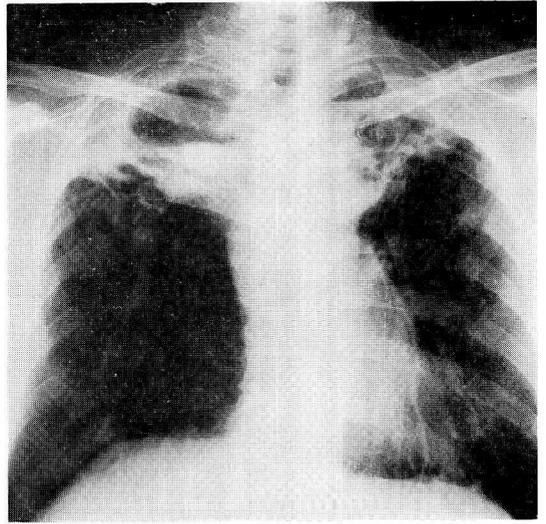


写真 2 昭和52年8月、入院時の胸部正面X線写真

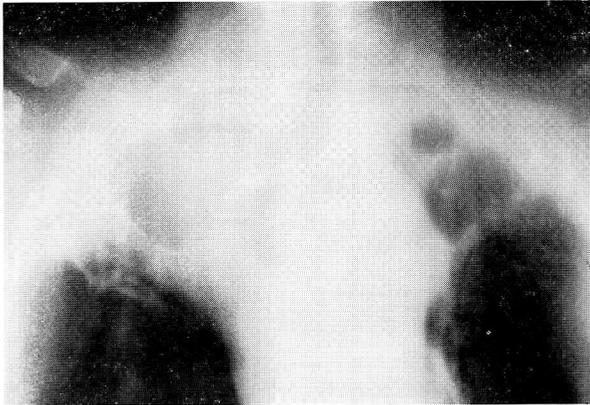


写真 3 胸部正面断層写真(背面から 10 cm)

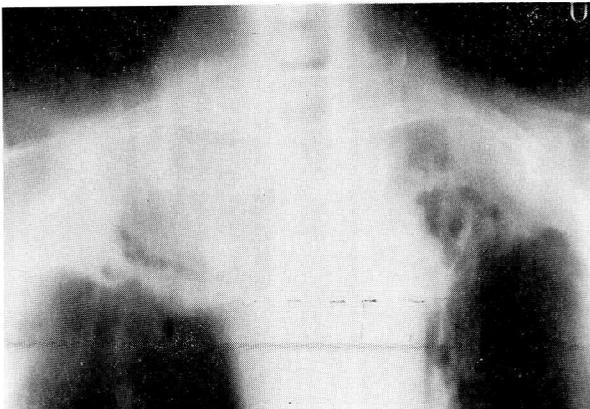


写真 4 胸部正面断層写真(背面から 8 cm)

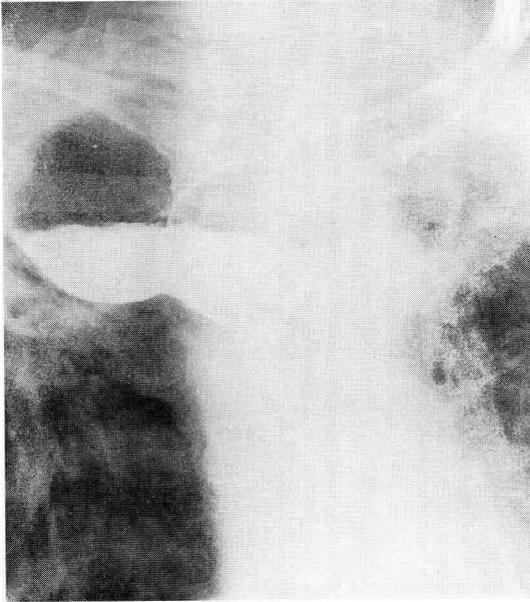


写真 5 食道撮影写真(立位)

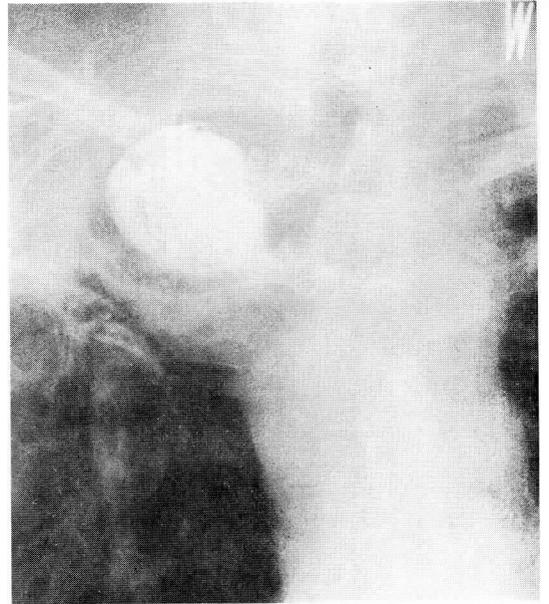


写真 6 食道撮影写真(背臥位)

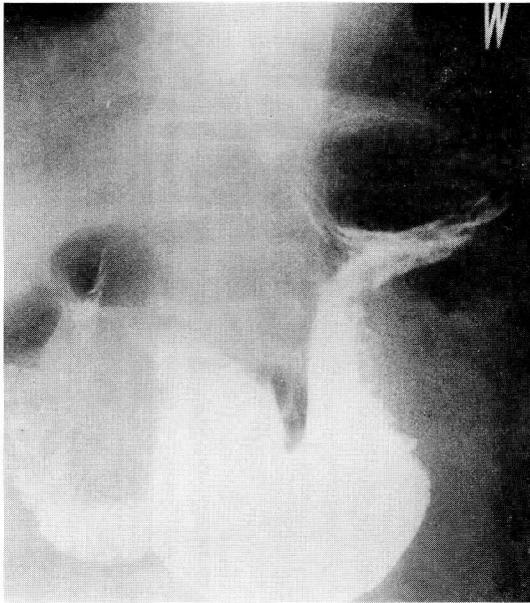


写真 7 胃 X 線写真(立位)

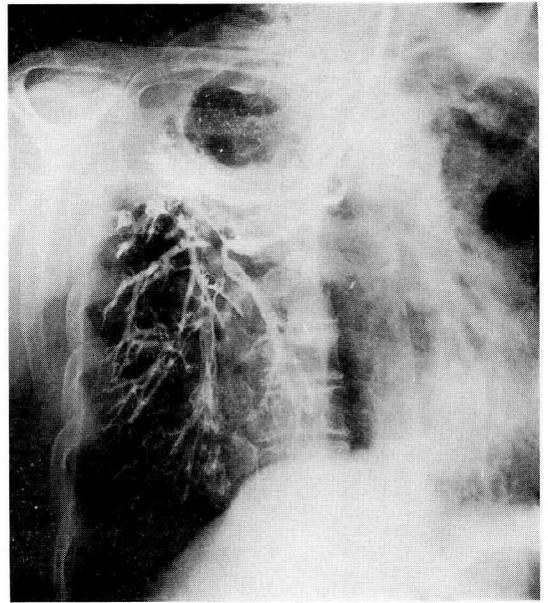


写真 8 気管支造影像