

平成 27 年度 第 2 回剖検検討会 (CPC)

症 例：大量吐血により死亡した食道癌の 1 例

報告者：草場 勇作 指導医：今泉 俊則、浮田 雅人

【症 例】63歳 男性

【入院年月日】2014年4月某日

【死亡年月日】入院第13日

【病理解剖日】入院第13日

【主 訴】食思不振

【主訴】両手発赤腫脹

【現病歴】

2013年3月半ばより前胸部痛、嚥下困難、食事中に吃逆が出るなどの症状があり、近医受診した。4月上旬に近医で上部消化管内視鏡（GIF）を施行し、食道に隆起性病変を認めたため、同日当院内科に紹介され受診した。当院で施行したGIFで、門歯より30～35 cmの中部食道7時方向に、縦方向に長い潰瘍を伴う4分の1周程度の隆起性病変を認めた。生検では中分化扁平上皮癌の診断であった。CTでは腹腔内リンパ節転移（腹腔動脈根部、傍大動脈）を伴っており、進行食道癌【Mt, type2, cT3, cN4, cM0, cStage IVa】の診断となった。5月から7月に放射線化学療法「ネダプラチン+5-FU併用療法」を2コース施行、9月に腹腔内リンパ節転移の増大に対して追加照射を行った。以後経過良好であり、11月のGIFで食道の狭窄を認めなかった。12月中旬のGIFで中部食道の再狭窄を認め、その後食物のつかえ感が増強したため、2014年1月中旬に内視鏡的食道ステント留置術（φ18 mm*80 mm、カバーステント）を施行した。術後局所の疼痛に対し、フェントステープなどを使用していた。

3月下旬から食思不振の増悪を認めた。悪心、倦怠感、胸痛も認め、常用薬内服困難となったため、3月某日当院救急外来受診。食道ステント閉塞、食道癌進行に伴う症状と考えられ、ご本人・ご家族と相談の上、同日入院となった。以後補液投与継続し、4月上旬退院。補液・緩和ケア目的で退院6日後に当院内科再入院となった。

【既往歴・併存症】

40歳頃の健診で眼底異常 網膜色素変性症

1994年 外傷性小腸破裂、恥骨骨折 工作中的の外傷

2005年 白内障手術

2006年 頸椎症 保存的加療

2010年 腰痛症 保存的加療

2012年 網膜色素変性症で手術

2012年10月 左鎖骨骨折で手術

【家族歴】特記事項なし

【常用薬】

フェントステープ6mg1枚/day、ムコダインDS50% 1.5 g分3、デカドロン0.5 mg 1錠分1、タケプロンOD錠15 mg 1錠分1、プルゼニド12 mg 2錠便秘時頓用

【生活歴】喫煙:20本/日×43年(20～63歳) 飲酒:日本酒2合 毎日

【アレルギー】薬:なし その他:なし

【入院時身体所見】

身長 161.7 cm、体重46.0 kg、BMI 17.6 kg/m²、体温 36.6℃、血圧 103/79 mmHg、脈拍 55回/分、SpO₂ 96-98% (room air)

意識清明、眼瞼浮腫なし、結膜に貧血・黄疸なし、心音整で雑音聴取せず、呼吸音清でラ音聴取せず、腹部は平坦・軟で圧痛なく蠕動音良好に聴取、腹部触診で不快感が誘発される、下腿浮腫なし

Performance status 1

【入院時検査所見】

・血液検査(入院11日前)

T-Bil 0.3 mg/dl、TP 6.6 g/dl、Alb 2.6 g/dl、ALP 241 IU/L、ChE 204 IU/L、AST 14I U/L、ALT 13 IU/L、LDH 113 IU/L、 γ GTP 62 IU/L、Na 136 mEq/L、K 4.1 mEq/L、Cl 106 mEq/L、Ca 9.1 mg/dl、BUN 10.4 mg/dl、Crea 0.56 mg/dl、e-GFR 111.4 ml/min/L、CRP 6.97 mg/dl、白血球数 $63 \times 10^2 / \mu\text{l}$ 、赤血球数 $389 \times 10^4 / \mu\text{l}$ 、ヘモグロビン 11.1 g/dl、ヘマトクリット 33.8%、MCV 86.9 fl、MCH 28.5 pg、MCHC 32.8%、血小板数 $28.1 \times 10^4 / \mu\text{l}$ 、好塩基球% 0.3%、好酸球% 0.8%、好中球% 81.8%、単球% 5.9%、リンパ球% 11.2%、CEA 2.3 ng/ml(入院19日前)、SCC 3.0 ng/ml(入院19日前)

・胸部レントゲン 臥位(入院20日前)

心胸郭比 44.1%、CP angle sharp、肺野に明らかな浸潤影を認めない

・心電図(入院20日前)

HR 64/分、整 明らかなST変化なし

・胸腹骨盤部単純CT(入院19日前)

胸部:ステント下端で内腔に突出する軟部組織を認めており、ステントの下端を越えた腫瘍浸潤が考えられる。中葉や左下葉に浸潤影認められるが、前回(入院46日前)と比較し改善傾向にある。左肺に認められる胸水はごく軽度。

腹部骨盤部:肝臓には占拠性病変を認めない。その他腹腔内実質臓器に異常所見認めない。噴門側や上腸間膜動脈起始部付近のリンパ節転移の増大あり。腹水は認めない。

【入院後経過】

入院後、補液などを施行し状態に著変なく経過していた。第12病日午後9時45分ころ、少量の吐血を認めた。バイタルは安定しており、経過観察となった。第13病日午前1時過ぎころ再度吐血を認めた。末梢冷感を認め、血圧80/40 mmHg、脈拍100 /分とショックバイタルであった。末梢静脈路を2本確保し、ソリューゲン全開投与開始した。また、フェンタニル持続静脈注射などでの緩和治療を開始した。午前9時過ぎに再度吐血を認め、収縮期血圧60 mmHg台となり、意識レベル低下と呼吸の減弱を認めた。主治医到着時、血圧は測定不能で、心拍数は30~40 /分台であった。処置室から病室に移動して間もなく心肺停止状態となり、午前9時33分に死亡確認となった。

【臨床診断】出血性ショック、食道癌

【臨床上問題となった事項】

・出血源はどこか。

・食道癌のリンパ節転移の程度はどのくらいか・大動脈への直接浸潤はあるか。

・治療と出血に因果関係はあるか。

【病理解剖結果】

主病変:

食道癌(胸部中部・下部、低分化扁平上皮癌)、放射線+化学療法後

同転移:肺、大動脈

リンパ節:縦隔

同腫瘍出血

副病変:

○1、出血性ショック(胃から大腸にかけて多量の凝血・タール便)

2、気管支内出血(吐血の誤嚥)、肺出血、肺水腫(L450g、R400g)

3、貧血

4、DIC

- 5、上行結腸腺腫(複数)、上行結腸憩室症
- 6、腎嚢胞(L200g、R150g)
- 7、冠動脈狭窄症、大動脈粥状硬化症(軽度)
- 8、外傷性小腸破裂吻合術、恥骨骨折(約20年前)
- 9、両側網膜色素変性術後(2012年)
- 10、左鎖骨骨折術後(2012年)

【考察】

わが国における食道癌の現況として、性別では男性が多く、年齢は60～70歳代が多い。占拠部位は胸部中部食道に最も多い。組織型は扁平上皮癌が圧倒的に多い。また、同時性、異時性の重複癌が多いことが知られている²⁾。

食道癌においては、診断時から食道狭窄による嚥下障害や栄養障害、誤嚥・瘻孔による咳嗽、腫瘍による胸痛などを伴い、QOLの低下をきたしている場合が少なくない。また、気道閉塞による突然の呼吸停止や大動脈への穿孔による大量吐血などの致死性病態が発生することもある。

局所進行食道癌の腫瘍出血を含め、上部消化管出血には内視鏡的止血が第一選択となる。しかし悪性腫瘍に起因する出血は止血困難例が多いとされる。内視鏡的止血困難例に対しては経カテーテル動脈塞栓術(TAE)が有効であり、その止血成績は報告例が少ないが90～100%とされる³⁾。本症例では、食道腫瘍と大動脈との直接の交通は確認できず、大動脈から分枝する食道動脈などからの出血の可能性が示唆された。内視鏡的止血やTAEが有効であった可能性はあるが、治療方針の決定については個々の症例について全身状態や予後などを考慮しながら決定する必要がある。なかでも、このような致死性病態においては、患者および家族へ事前に十分な説明を行うことが重要と考えられる。

【文献】

- 1) 日本食道学会編、食道癌取り扱い規約、第10版補訂版、金原出版、東京、2008
- 2) 日本食道学会編、食道癌診断・治療ガイドライン、2012年4月版、金原出版、東京、2012
- 3) 長瀬勇人、川崎仁司、他：局所進行食道癌からの出血に対して経カテーテル動脈塞栓術(TAE)が有効であった2例 癌と化学療法 40 (12) : 2167-2169、2013