

# 食道平滑筋腫の3治験例

京都大学結核胸部疾患研究所 胸部外科  
渡部 智, 伊藤元彦, 山本博昭

臨床肺生理

佐川弥之助, 加藤幹夫, 佐藤公彦

(昭和51年12月28日受付)

## I. はじめに

食道平滑筋腫は, 1933年大沢<sup>1)</sup>により本邦における第1例が報告されて以来, 現在まで比較的稀な疾患とされてきた。しかし, 近年各種検査法の進歩や食道外科の発展とともに次第に症例数が増加して来ている。我々も, 最近食道平滑筋腫の2例を経験し治癒せしめたので, これまでの1例と合わせて計3例について報告する。

## II. 症 例

症例1 45才 女性

主 訴 嚥下障害

既往歴 21才の時, 腸チフス

家族歴 特になし

現病歴 約2年前から時々固形食の嚥下障害を自覚していたが放置して来た。某医に精査を勧められ本院へ入院した。

入院時現症 体格中等度, 栄養良, 貧血なし, 脈拍102/分整, 血圧 100/60 mmHg。頸静脈の怒張は見られず, 頸部・腋窩リンパ節の腫脹もない。その他胸・腹部の異常所見なし。

入院時諸検査所見 各種血液検査, 肺機能検査, 心電図ともに特に異常なし。

胸部X線写真(写真1)では縦隔左下部に心陰影と重なって異常陰影を認め, 気管支造影(写真2)で同部位に左下肺葉気管支の左方への圧排像が認められた。食道造影では下部食道

の右壁の陰影欠損と左下方への圧迫像が認められ, 上記の縦隔左下部の異常陰影と一致していた。食道鏡検査では, 門歯から34 cmに食道右壁の左前方への圧迫像が認められたが, 粘膜面は平滑で正常であった。なお, 大動脈造影も施行したが特に異常は認められなかった。

術前診断 食道粘膜下腫瘍

手術所見(昭和42年4月11日施行) 右開胸で下部食道右壁に手拳大・弾性硬の腫瘍を認めたので, 筋層を分け粘膜を損傷しないようにして腫瘍の剔出を行なった。病理組織診断は食道平滑筋腫であった。

術後経過 良好で, 1年後の食道造影では剔出部で造影剤の軽度通過障害を認めるようであったが自覚症状はなかった。

症例2 34才 女性

主 訴 嚥下障害と胸部不快感

既往歴 10才の時, リウマチ熱

家族歴 母に関節リウマチ, 叔母に子宮癌あり。

現病歴 約6年前から嚥下障害と胸部不快感を覚えていたが放置, 1年前某医に精査を勧められ本院へ入院した。精査の結果, 食道粘膜下腫瘍と診断され手術を勧められたが手術を拒否し, やむなく経過観察をしていた。しかし, 症状の軽快がみられないため手術を希望して再入院した。

入院時現症 体格中等度, 栄養良だが軽度貧血あり, 脈拍 84/分整, 血圧 100/60 mmHg,

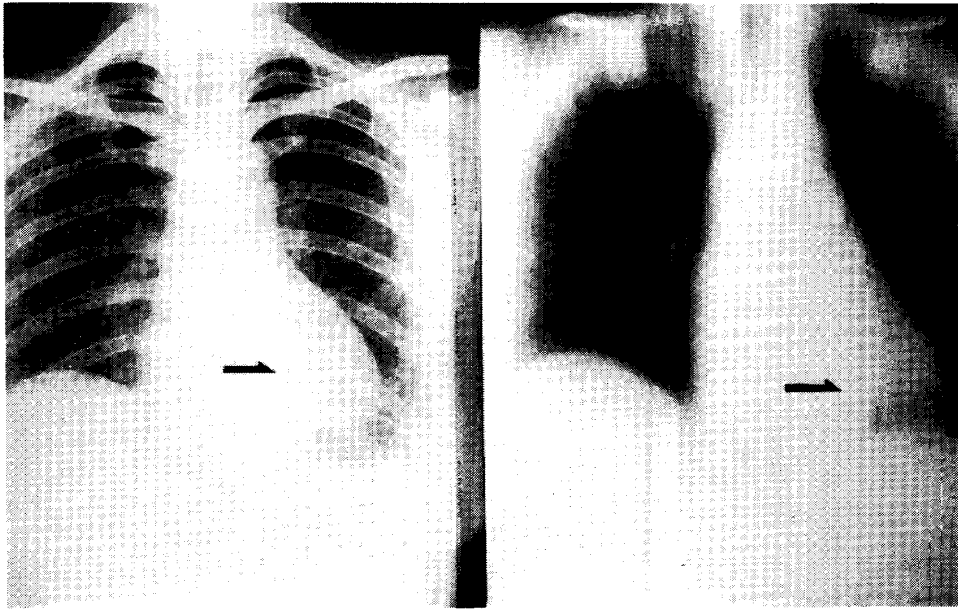


写真1 症例1 胸部X線像

胸・頸・腹部に特に異常所見は認められない。  
 入院時諸検査所見 各種血液検査・肺機能検査・心電図などに特に異常なし。  
 胸部X線写真上(写真3)側面像・側面断層で上縦隔気管直後に異常陰影があり気管が前方へ軽度圧排されているのを認めた。食道造影(写真4)では上部食道左前壁に辺縁平滑な陰

影欠損を認め、食道鏡検査(写真5)では同部位に正常粘膜におおわれた内腔への膨隆が認められた。なお、気管支造影では気管の前方への軽度圧排像が見られた。

術前診断 食道粘膜下腫瘍

手術所見(昭和50年6月3日施行) 右開胸にて上部食道の奇静脈直上に拇指頭大の腫瘍を触れたのでこれを第1例同様粘膜下に剔出した。標本は5×3×1cm大で曲玉様、弾性硬であり、病理組織所見は食道平滑筋腫であった。

術後経過 良好である。

症例3 24才 男性

主訴 自覚症状は特になく縦隔異常陰影の精査を希望。

既往歴 12才の時肺炎に罹患し、起立性蛋白尿を指摘された。

家族歴 特記すべきものなし

現病歴 約1ヶ月前就職時の検診で胸部X線写真上右上縦隔の異常陰影を指摘された。しかし、特に自覚症状は認めなかった。

入院時現症 体格中等度、栄養良で貧血なし、脈拍60/分整、血圧120/80 mmHg、頸部・腋窩リンパ節に腫脹なく胸・腹部にも異常所見なし。

入院時諸検査所見 各種血液検査、肺機能検

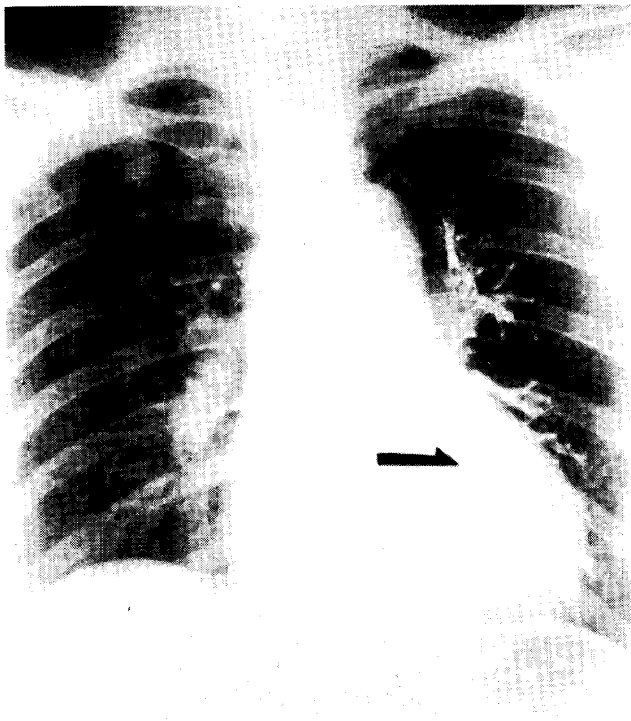


写真2 症例1 気管支造影



写真3 症例2 胸部 X 線 像

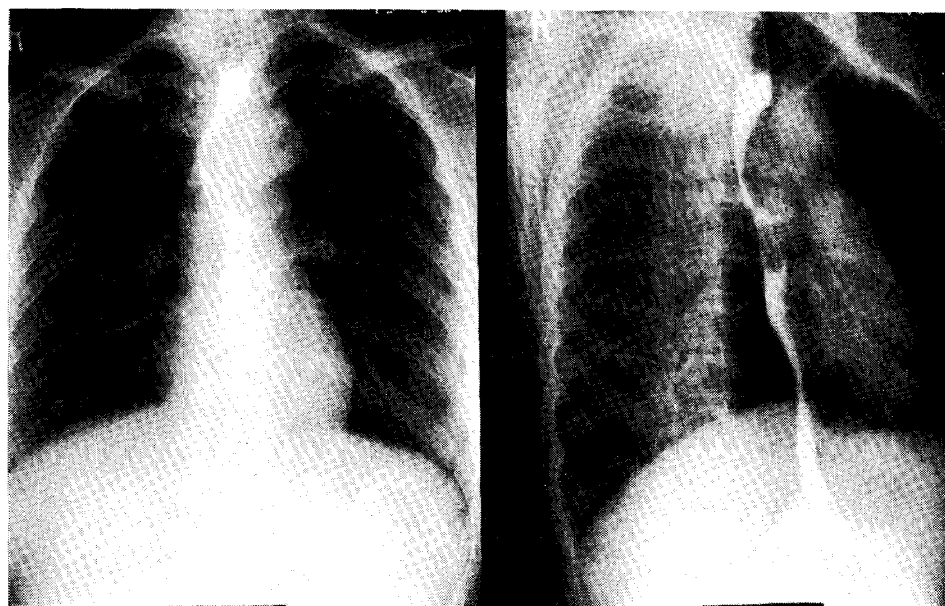


写真4 症例2 食道造影

査, 心電図などには特に異常は認められなかった。

胸部X線写真(写真6)では右上縦隔に異常陰影を認め, これは断層像で一層明白である。なお, 検診の胸部X線写真を逆行性に検索すると約5年前から同部位に同様の陰影を認めた。食道造影では上部食道後壁に辺縁平滑な陰影欠損像が見られた。気管支鏡検査では気管分岐部後壁に粘膜の膨隆を認めたが粘膜面は正常であり, 気管支造影でも同様の所見を得た。

術前診断 食道粘膜下腫瘍

手術所見(昭和51年2月10日施行) 右開胸にて上部食道の奇静脈部位に鶏卵大の腫瘍が認められた。奇静脈を結紮切断した後, 食道粘膜下の腫瘍を剔出した。標本(写真7)は7×3×3 cm大, 曲玉様, 弾性硬の腫瘍で, 病理組織所見は食道平滑筋腫(写真8)であった。

術後経過 良好である。

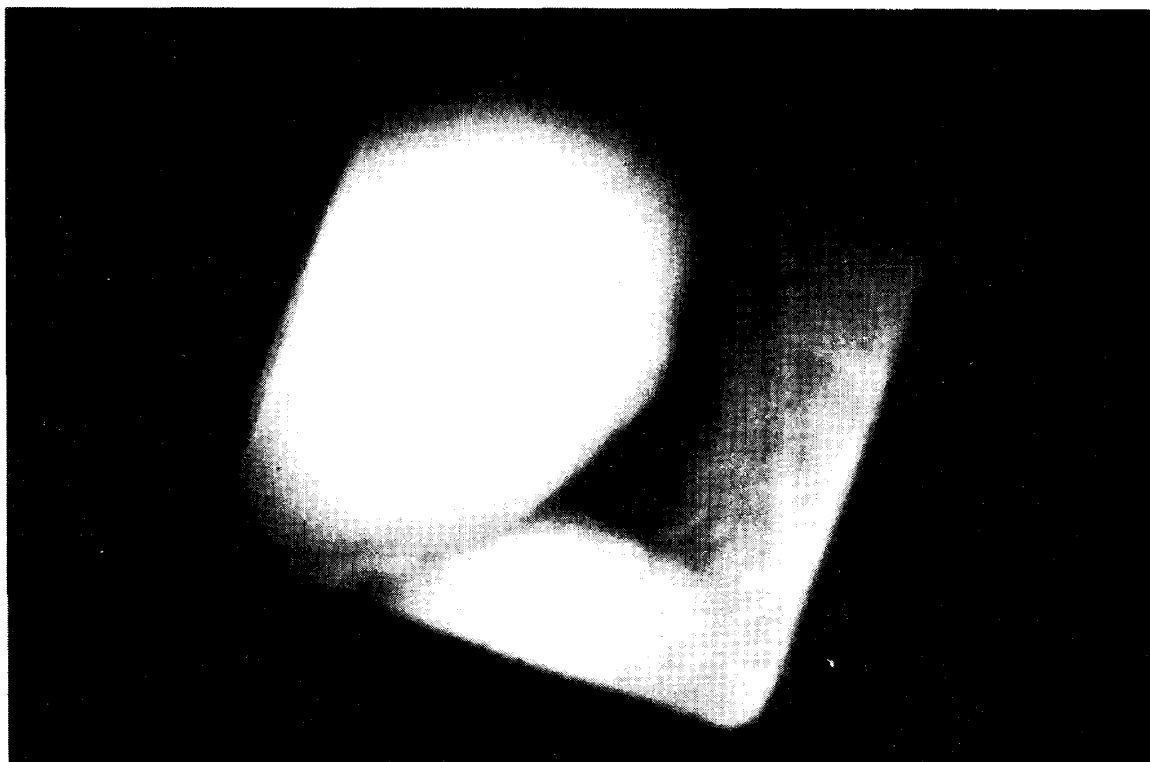


写真5 症例2 食道鏡検査

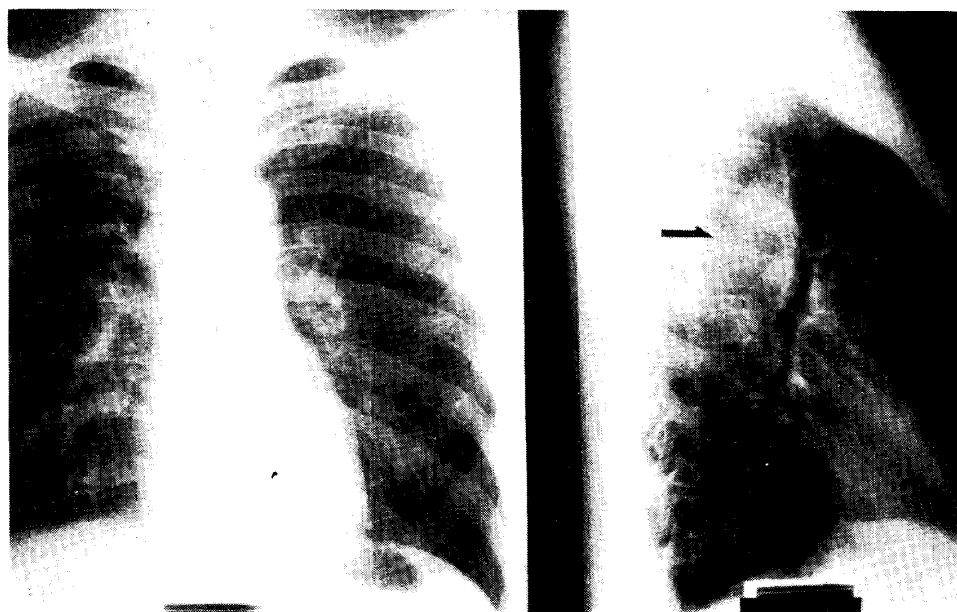


写真6 症例3 胸部 X 線像

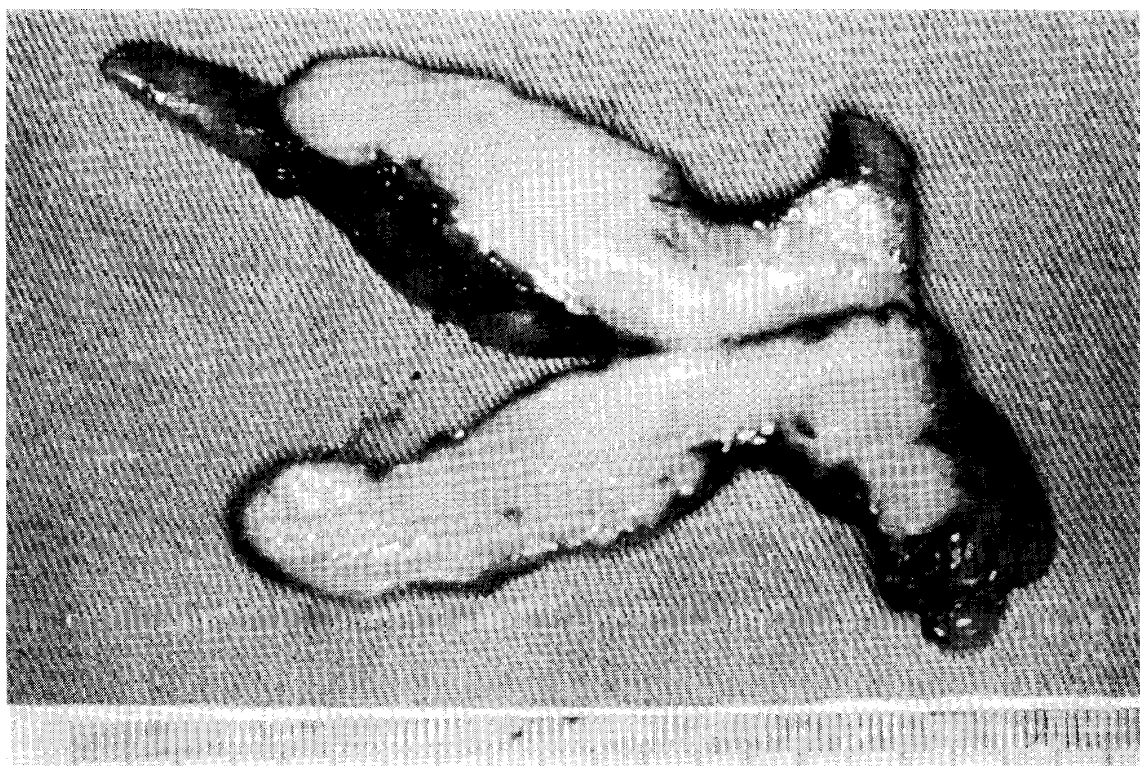


写真7 症例3 剔出標本

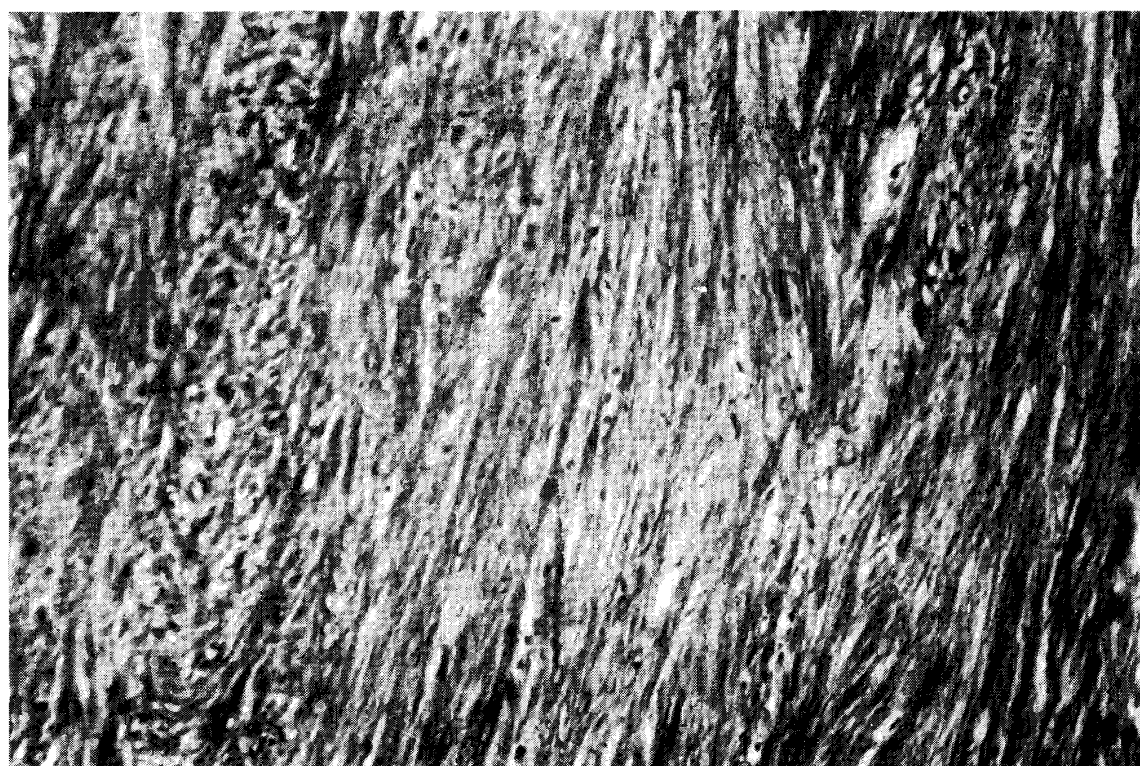


写真8 症例3 病理組織所見

Ⅲ. 考 按

食道平滑筋腫は一般的に稀な疾患とされて来たが、Postlethwait ら<sup>2)</sup> は1000例の剖検例の食道全例について詳細な検討を加えたところ5%に平滑筋腫を認め、また、秋山ら<sup>3)</sup> は食道癌で剔出した標本において組織学的な検索上発見した食道平滑筋腫例を報告し小筋腫結節などに注意すると案外頻度の高い疾患であると述べている。更に、第28回日本胸部外科学会総会シンポジウム「食道の良性疾患」において飯塚・唐沢<sup>4)</sup> が食道平滑筋腫の頻度は割に高いと報告している。このように食道平滑筋腫発見例が増加している現況を考慮すると縦隔腫瘍と鑑別すべき疾患の一つとして食道平滑筋腫を常に念頭におき、必要があれば食道造影や食道鏡検査を試みるべきであると思われる。そこで自験例3例(表1)を中心に本症の特徴などについて文献的に考察してみたい。

本症の好発年齢は20才から40才代までに多く癌腫年齢に比較して若く、また、男女差は特にないとされている。症状として、自験例症例1, 2には嚥下障害や胸部不快感があったが、症例3は特になく胸部X線写真上縦隔腫瘍の疑いであった。文献的<sup>4-8)</sup>にも嚥下障害・胸部不快感・無症状などいろいろであり、腫瘍の大きさや占居部位により症状が現われるのではないと思われる。自験例の有症状例1, 2の病悩

期間(症例3では検診の胸部X線写真上の異常陰影の存在期間)が2年から6年と長く、これは本症の進展の度合がゆるやかであることを示している。

胸部X線写真では縦隔の異常陰影が問題となる<sup>9-11)</sup>。単純平面像のみでは異常を認めない場合もあろうが、縦隔陰影を丹念に検索すると平面写真のみでも腫瘍陰影が認められることが多い。特に症例3は右上縦隔の異常陰影によって発見されたものである。このような腫瘍陰影は断層写真で一層明白になる。(写真1, 3, 6参照) 占居部位は症例1が下部食道で症例2, 3が上・中部食道であった。文献上占居部位が下部食道に多く上部食道に少ないのは頸部へ近づくほど横紋筋が多くなり平滑筋が少なくなるためと言われている<sup>5, 8)</sup>。腫瘍の大きさ・形態は大小様々であるが、拇指頭大から手拳大までが標準であろう。

食道造影において、辺縁平滑な半月状の陰影欠損像が認められ、粘膜レリーフは正常で輪郭がはっきりしその上部に食道の拡張がないなどの所見は悪性食道腫瘍との鑑別に際して重要な所見である。また、食道鏡検査で腫瘤による内腔への膨隆が見られ、内腔は狭くなっているが粘膜面は正常であり、腫瘤の移動性を認めることも本症の特徴の一つであろう。

気管支造影では腫瘍による気管・気管支の圧排像が認められ、気管支鏡検査でも同様の所見

表1 食道平滑筋腫自験例

症 例	1	2	3
年 令	45才	34才	24才
性	女	女	男
症 状	嚥 下 障 害	嚥 下 障 害 胸 部 不 快 感	特 に な し
病 悩 期 間	2年	6年	5年*
占 居 部 位	下 部 食 道	上・中 部 食 道	上・中 部 食 道
大 小	大 人 手 拳 大	5 × 3 × 1 cm 曲 玉 様	7 × 3 × 3 cm 曲 玉 様
手 術 法	食 道 粘 膜 下 剔 出 術 (右 開 胸)	食 道 粘 膜 下 剔 出 術 (右 開 胸)	食 道 粘 膜 下 剔 出 術 (右 開 胸)
結 果	良 好	良 好	良 好

\* 症例3は縦隔腫瘍の疑いで、胸部X線写真の経過を逆行して調査したところ、5年前から右上縦隔に異常陰影を認めた。



が得られるが、これらは特異的な所見ではない。従って気管支造影や気管支鏡検査は咳嗽を伴う場合や他の縦隔・肺内腫瘍との鑑別に際してのみ意義があるようである。

治療は勿論手術によらざるを得ず、それに関しては単純剔出術が可能な早い時期に行なうことが望ましい。我々はいずれも右開胸下で食道粘膜下に腫瘍剔出術 (Enucleation) を施行し簡単に剔出し得たが、症例によっては食道切除術や食道胃吻合術を行なう必要がある。また、下部食道の腫瘍剔出後の欠損部に対する修復に Fundic patch 法<sup>12)</sup>を応用してみるのも一つの方法であろう。いずれにしても術中迅速標本によって悪性所見の有無を確認しておくことと手術々式の選択の参考になる。また、下部食道の場合右開胸よりも左開胸による腫瘍剔出術の方が良いという意見<sup>5)</sup>もあるが、症例によりどちらの胸腔から入るか選択すべきである。更に文献的<sup>4)</sup>に食道平滑筋腫が多発している例も見られることから、術中に食道の全長にわたって触診を試みるよう心がけておくことが必要である。

最後に病理学的な所見としては、肉眼的に多くは曲玉様で、大きさは手拳大から拇指頭大であり、表面は褐色・分葉状で被膜に被われ弾性硬である。その断面は灰白色・充実性である。組織学的には交錯して増殖する均一性の紡錘形細胞からなり、van Gieson 染色にて黄染する。悪性化について平滑筋肉腫や食道癌との併存症例が報告されている<sup>3,4,9)</sup>ことから悪性転化の可能性を否定できない。従って採取した標本の全体について詳細な検討が必要であろう。

#### IV. ま と め

我々が経験した食道平滑筋腫の3治験例を報

告した。本症は文献的に最近では必ずしも稀な疾患ではないとされており、他の縦隔腫瘍との鑑別の意味において食道造影や食道鏡検査の必要性を述べるとともに本症の臨床所見について考察を加えた。

#### 文 献

- 1) 大沢 達：食道外科，日本外科宝函，10：605，1933.
- 2) Postlethwait, R. W., Musser, A. W.: Changes in the esophagus in 1,000 autopsy specimens, J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 68: 953, 1974.
- 3) 秋山洋他：食道平滑筋腫について，臨床外科，27：1615，1972.
- 4) 飯塚紀文，唐沢和夫：3. 食道平滑筋腫，日胸外会誌，24：497，1976. (第28回日本胸部外科学会総会シンポジウム「食道の良性疾患」)
- 5) 和田寿郎他：食道平滑筋腫と外科治療，外科，30：358，1968.
- 6) Seremetis, M. G. et al.: Leiomyoma of the esophagus, Ann. Thorac. Surg., 16: 308, 1973.
- 7) Deverall, P. B.: Smooth-muscle tumours of the oesophagus, Brit. J. Surg., 55: 457, 1968.
- 8) 酒井一守他：憩室を合併せる食道平滑筋腫の1治験例，外科診療，11：1495，1969.
- 9) 富田正雄他：食道平滑筋腫症例，日本胸部臨床，34：532，1975.
- 10) 森野靖雄他：食道平滑筋腫の1例，岡山医学会雑誌，86：133，1974.
- 11) 篠原慎治他：食道外壁へ広く進展せる食道平滑筋腫の症例，臨牀放射線，18：723，1973.
- 12) 旗福哲彦，佐藤寿雄：5. Fundic patch 法による食道平滑筋腫の1治験例 (第15回食道疾患研究会)，日消外会誌，7：324，1974.

## THREE CASES OF ESOPHAGEAL LEIOMYOMA

**Satoshi WATANABE, Motohiko ITO, Hiroaki YAMAMOTO,  
Yanosuke SAGAWA, Mikio KATO and Kimihiko SATO**

*Department of Thoracic Surgery and Department of Clinical Pulmonary  
Physiology, Chest Disease Research Institute, Kyoto University*

Three surgically treated patients with leiomyoma of the esophagus were presented. The patients were 1 man and 2 woman whose ages ranged from 24 to 45 years. Although two patients complained of dysphagia and retrosternal discomfort for a long time, the other one had no symptoms except abnormal mediastinal shadow on plain chest x-ray. The preoperative diagnosis was a benign tumor of the esophagus in all cases. All patients were treated by thoracotomy and enucleation of the tumor, and the results were excellent.

Some recent studies report that the incidence of this tumor is not so rare as previously thought. We must distinguish this lesion from other mediastinal tumors by means of esophagography and esophagoscopy in practice.