

特集：心身症治療最前線－近畿大学医学部心療内科

摂食障害や機能性消化管障害との鑑別を要した、 食道アカラシアの一例

村田 昌彦 (MURATA, Masahiko)

奥見 裕邦 (OKUMI, Hirokuni)

高橋 史彦 (TAKAHASHI, Fumihiko)

大武 陽一 (OHTAKE, Yoichi)

小山 敦子 (KOYAMA, Atsuko)

近畿大学医学部内科学腫瘍内科部門心療内科分野

要 旨：

念頭におけば比較的容易に診断に至るが、食思不振、嘔吐や体重減少といった非特異的症状と有病率の低さから、診断に至るまでに食道アカラシアは数年を要する場合もある。今回、反復する嘔吐と食思不振から摂食障害 (ED) などを疑われて紹介され、精査の結果、食道アカラシアの診断に至った症例を報告する。症例は 21 歳男性。1 年前より飲水時に胸のつかえ感が出現し、近医で上部消化管内視鏡検査を施行されたが器質的疾患は指摘されず、プロトンポンプ阻害剤を投与されたが症状は軽快しなかった。さらに、頻回な嘔吐と食思不振から 14kg の体重減少に至り、摂食障害、機能性ディスペプシア (FD) などを疑われて、当科を紹介受診となった。初診時の問診や身体診察から ED、FD は否定的で、入院後の食道嚥下造影検査、食道内圧検査により食道アカラシアと診断した。患者は経口内視鏡的筋層切開術を希望し、他院外科に転院した。術後、嘔吐は消失し良好な臨床経過をえた。

索引用語：食道アカラシア、摂食障害、機能性ディスペプシア、経口内視鏡的筋層切開術

はじめに

食道アカラシアは下部食道括約筋の弛緩不全と食道蠕動障害で食道から胃への通過障害を来す疾患である。頻回な嘔吐を繰り返し、逆流性食道炎や摂食障害 (eating disorder ; ED) と診断される場合もある。今回、反復する嘔吐と食思不振から摂食障害、機能性ディスペプシア (functional dyspepsia ; FD) などを疑われ、当科を紹介受診し、精査の結果、食道アカラシアの診断に至った一例を経験したので報告する。なお、症例報告にあたり個人

情報への十分な配慮と本人の承諾を得た。

症例提示

【症例】21歳、男性、大学生

【主訴】反復性嘔吐、食思不振、体重減少

【現病歴】X-1年7月頃から、飲水時に食道通過障害が出現するようになり、徐々に症状が増悪したため、10月に近医消化器内科を受診し、上部消化管内視鏡検査を施行されたが異常所見は指摘されず、胃炎の診断でランソプラゾールによる投薬治療が開始された。その後も症状は増悪し、頻回な嘔吐と食思不振から14kgの体重減少に至り、胸痛もしばしば認められるようになり、ED、FDなどを疑われて、X年4月に当科を紹介受診となった。問診、身体診察などから食道アカラシアを疑い、同年5月に精査目的で当科に入院となった。

【家族歴】特記事項なし

【既往歴】アトピー性皮膚炎

【生活歴】食事摂取量低下、体重は1年間で82kgから14kg減少。睡眠障害はなし。機会飲酒、喫煙歴はなし。

【入院時現症】身長170.7cm、体重67kg（やせ願望あり、理想体重65kg）、BMI 22.9。眼瞼結膜に貧血はなく、眼球結膜に黄染なし。唾液腺に腫大なく、舌は乾燥。心音は純・整、呼吸音は清。腹部は平坦・軟、圧痛なし、腸蠕動音は異常なし。前額部、上肢と両側手背に掻痒感を伴う落屑あり。

【各種検査所見】血液一般検査（表1）で異常所見なし。消化管輸送能検査（図1）で食道から胃にかけて造影剤の通過遅延を認めた。上部消化管内視鏡検査で器質的疾患は認めず。食道嚥下造影検査（図2）で、食道の著明な拡張と食道胃接合部（esophago-columnar junction；ECJ）の先細り像を認めた。食道内圧検査（図3）（灌流式8chスリーブ付きカテーテルを経鼻的に食道内へ挿入し、右鼻より51cmの下部食道に留置）で、下部食道括約筋（lower esophageal sphincter；LES）の平均静止圧（約5分間）は56.7mmHgと上昇し、LES弛緩時の圧低下は40mmHgと不完全であり、食道蠕動波はみられず同期性収縮波を認めた。

【心理社会的背景】警察官の父と主婦の母の間で出生、同胞なし。幼少期より内向的で肥満体型のこともあり、中学3年生までいじめの対象となっていた。高校入学後は部活動や趣味のバイクで対人関係が改善し、活動的で外向的となった。大学では学業、部活動やアルバイトと生活は多忙を極め、対人関係でのストレスを自覚することが徐々に多くなった。現在は両親と3人暮らしで、教条主義的な父とは喧嘩が絶えず、寛容な母は良き相談相手である。異性関係はなし。

【心理検査結果】

TEG- II : CP 15%、NP 88%、A 50%、FC 50%、AC 100%、L 2

POMS : T-A 64 点、D 69 点、A-H 69 点、V 36 点、F 69 点、C 76 点

MMPI (T-score) : Hs 66、D 57、Hy 48、Pd 60、Mf 43、Pa 59、Pt 60、Sc 58

EAT-26 : 六点法で 74 点

GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) 初診時→退院時 : 胃痛 6→4、胸焼け 7→4、逆流 5→4、空腹時痛 3→2、嘔気 7→5、吃逆 6→6、下痢 4→2、軟便 4→2、残便感 3→2

【経過】入院時の上部消化管内視鏡検査で器質的疾患は認めなかった。食道嚥下造影検査では、食道最大横径 6cm と拡張像を認め、食道内圧検査では、嚥下時の LES 弛緩不全と食道の同期性収縮波を認め、紡錘型・Grade III度の食道アカラシアと診断した。21 歳と若年者であり、本人の希望も考慮して、外科的根治術の適応と判断した。食道アカラシアの侵襲的外科手術として、腹腔鏡下手術または、経口内視鏡的筋層切開術 (per-oral endoscopic myotomy ; POEM) の選択に関して、当院外科にコンサルトした。その結果、より低侵襲の POEM を勧められたため、X 年 8 月に他院消化器外科を紹介受診し同術法施行となった。術後、嘔吐は著明に改善、食事摂食量も増加し、良好な臨床経過をたどった。

また、心理テストや面接を通じて、行動療法や支持的精神療法を中心とした心身医学的治療を施行した結果、腹部症状のみでなくアトピー性皮膚炎の皮膚症状の軽快も得られた。

考 察

頻回な嘔吐から ED や FD などを疑われ心療内科に紹介され、画像診断や食道内圧測定検査の結果、食道アカラシアの診断に至り、外科手術後に症状改善をみた 1 例を報告した。食道アカラシアは下部食道括約筋の弛緩障害により食物の通過障害を来す疾患である。人口 10 万人当たりの年間発症率は 0.4 ~ 1 人、生涯罹患率は 10 人と比較的まれな疾患であり、好発年齢は 20 ~ 40 歳で、女性に多いとされる。一方、潜在的には小児から高齢者まで幅広く存在し、性差はないとする、相反する報告もなされている^{1) 2)}。症状は食道通過障害を中心に、胸焼け、嘔吐や胸痛をしばしば伴う。Pietro M らの報告³⁾によると、嚥下困難 (94%) が最多であり、逆流 (76%)、胸焼け (52%) と続き、本例に認めた胸痛 (41%)、体重減少 (35%) は普遍的な症状ではなかった。嚥下障害は固形物から始まり、徐々に液体でも認めるようになるとされている⁴⁾。繰り返す嘔吐から体重減少に至るため、ED、心因性嘔吐症や FD と誤診されて、正確なアカラシアの診断までに数年を要することもしばしばみられる⁶⁾。消化器症状は、心理的要因により影響を受けやすく、食道アカラシアにおいても、精神的緊張により症状増悪をきたすことは、日常診療上でしばしば観察される。食道アカラシアの嘔吐症状は、心理的要因によって増悪するとされ^{7) 8)}、その病態は心身症の範疇で

あるとの報告もなされている⁹⁾。本例では、入院中に食道通過障害は軽度の改善を認めた
が、起床時より夕方にかけて徐々に増悪する傾向にあった。さらに細かく観察すると、入院
時よりストレッチ運動などによるリラクゼーションを促した結果、軽度の運動負荷をかけた
翌日には症状の軽度改善を認めたり、逆に病室での対人緊張が強くなると症状増悪をきたす
傾向も見受けられた。こうした変化の要因の一つとして、LESが中枢神経系、交感神経系、
副交感神経系や消化管壁固有の壁内神経系によって複雑に調節され、不安緊張などのストレ
スにより各系の平衡が崩れ、症状の増悪が惹起される可能性が示唆された。また、病因に関
して、遺伝的要因の関与も今日までに報告されているが^{10) 11) 12) 13)}、少なくとも本例では
家族歴として同症状を来した近親者はみられず、家族性の病態とは断定できなかった。

結 語

反復する嘔吐と食思不振から当初、ED、FDなどが疑われ、心療内科での精査によって、
食道アカラシアの診断に至った一例を提示した。食道アカラシアは、鑑別の際に念頭におけ
ば上部消化管内視鏡検査や食道嚥下造影検査などの検査から比較的には診断に至りやすい
が、臨床症状や有病率を鑑みれば、診断に辿りつくまでに数年を要する場合も多い。反復す
る嘔吐、体重減少などの鑑別診断において、食道アカラシアも重要な一疾患であり、詳細な
問診ならびに検査を行い、早期発見に務めることが重要である。また、これまでの報告より
食道アカラシアはストレス因子との関連性を示唆されているが、現時点では報告数も少なく
心身相関の有無は解明されていない。本例の経験を踏まえ、発症、再発予防の観点からも、
食道アカラシアの心身相関を更に検証することが今後の課題であると考えられた。

文 献

- 1) Sadowski DC, Ackah F, Jiang B, et al. 2010, Achalasia: incidence, prevalence and survival. A population-based study. *Neurogastroenterol Motil Sep*; 22 (9):e256-61.
- 2) Vela MF, Vaezi MF: Cost-assessment of alternative management strategies for achalasia. 2003, *Expert Opin Pharmacother. Nov 4 (11):2019-25.*
- 3) Piero M. Fisichella, Dan Raz, Francesco Palazzo, et al. 2008, Clinical, radiological, and manometric profile in 145 patients with untreated achalasia. *World J Surg. Sep*; 32 (9):1974-79.
- 4) Vaezi MF, Richter JE, 1998, Current therapies for achalasia: comparison and efficacy. *J Clin Gastroenterol. Jul*; 27 (1):21-35.
- 5) 岩切勝彦, 田中由理子, 河見典之他, 2008, アカラシアの病態と診断. *臨牀消化器内科* 23 (7).
- 6) 進 武幹, 1998, 食道疾患. *耳鼻咽喉科心身症, 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 MOOK*. 金原出版 :94-98.
- 7) 中川哲也, 中井吉英, 野田敏之他, 1980, 食道アカラシア 11 症例についての心身医学的な検討. *消化器 PSM の会誌* 8:18-20.

-
- 8) 関口典子, 中井隆, 森池明子他, 1997, 心因性嘔吐と食道アカラシアが合併した成人女性の1症例. 臨床精神医学 26 (6):741-49.
 - 9) 中井吉英, 1990, 消化器における心身症: 医学と薬学 30:125-130.
 - 10) Tullio-Pelet A, Salomon R, Hadj-Rabia S, et al, 2000, Mutant WD-repeat protein in triple-A syndrome. Nat Genet. 26:332-335.
 - 11) Moore SW, 2008, Down syndrome and the enteric nervous system. Pediatr Surg Int. Aug; 24 (8):873-83.
 - 12) Zarate N, Mearin F, Gil-Vernet JM et al, 1999, Achalasia and Down's syndrome: coincidental association or something else?. Am J Gastroenterol. Jun; 94 (6):1674-77.
 - 13) Gockel HR, Schumacher J, Gockel I et al, 2010, Achalasia: will genetic studies provide insights?. Hum Genet. Oct; 128 (4):353-64.

