

食道·胃吻合術後 消化性 食道狹穿이 合併된 異所性 軟骨環에 依한 先天性 食道狹窄症 1 例報告

柳 會 性** · 李 浩 一**

= Abstract =

A Case of Congenital Esophageal Stricture due to Ectopic Tracheal Cartilaginous Ring Complicated by Peptic Esophageal Stricture after Esophagogastrostomy

Hoe Sung Yu**, M. D., and Hoil Lee**, M. D.

Congenital esophageal stricture is infrequent disease entity and usually occurs in the mid esophagus. Tracheobronchial remnants in the esophagus causing esophageal stricture are extremely rare, and only few cases were reported in the literature.

During last 17 years the authors experienced a case of congenital esophageal stricture due to ectopic tracheal cartilaginous ring who was complicated by peptic esophageal stricture 11 years after esophagogastrostomy.

During thoracotomy we thought that the patient had unusual achalasia of the esophagus, and couldn't perform cardiomyotomy because of firm ring encircling the lower esophagus just above the hiatus. The patient was operated on lower esophagectomy including cardia and esophagogastrostomy at his age of two and a half years.

Postoperatively the patient did well for 11 years but later he developed intermittent regurgitation without substernal burning, and reoperated under the diagnosis of peptic esophageal stricture-lower esophagectomy, proximal gastrectomy, esophagogastrostomy and Heineke-Mikulicz pyloroplasty-with good operative result.

緒 論

先天性 食道狹窄은 주로 食道の 中1/3部에 發生하는 比較的 稀貴한 疾患이며 特히 下部食道에 發生하는 境遇엔 achalasia 나 lower esophageal ring 等과 鑑別을 要한다. 食道の 異所性 軟骨片은 胎生期發育障礙가 그 原因으로 생각되며 이에 依한 先天性 食道狹窄症은 數

例만이 文獻에 報告되어 있을 뿐이다.

著者들은 軟骨環에 依한 先天性 食道狹窄症에서 食道·胃吻合術을 實施한 後 11年만에 消化性 食道狹窄이 合併된 例를 1例 經驗하였기에 文獻考察과 아울러 報告 하고자 한다.

症 例

患者는 2年 6個月된 男兒로 1963年 2月 5日 嘔吐 및 發育不全을 主訴로 本院 小兒科에 入院하였다. 分娩은 正常分娩이었고 生後 6個月까지는 特別한 異常을 나타 내지 않았다. 生後 6個月時에 消化되지 않은 飲食物의 嘔吐, 咳嗽, 發熱 및 發汗等이 나타나기 始作하였으며

* 本論文은 1975年度 國立醫療院 臨床研究費支給에 依하여 이루어 졌음.

** 國立醫療院 胸部分科

** Department of Thoracic & Cardiovascular Surgery, The National Medical Center, Seoul, Korea

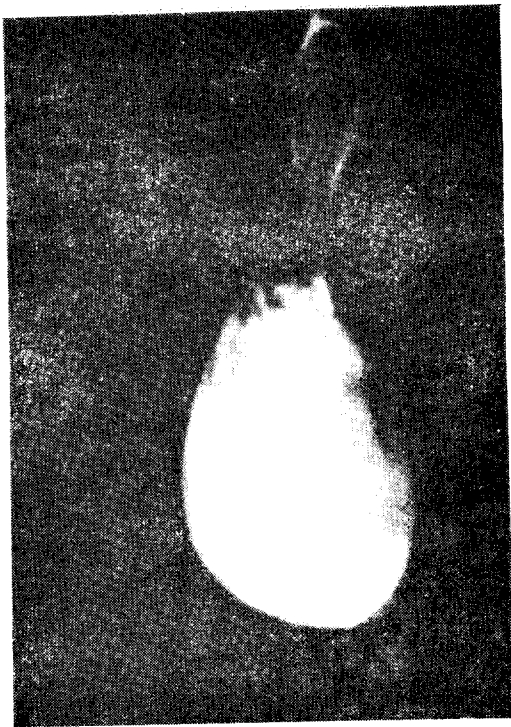


Fig. 1. Esophagogram showed an abrupt and high-grade obstruction at the esophago-gastric junction with proximal dilation. Achalasia was strongly suspected radiologically.

個人病院에서 胸部 X-線撮影上: 肺浸潤을 發見하여 肺結核이란 診斷下에 本院來院時까지 約 1年 4個月間 抗結核化學療法를 施行하였으나 症勢의 好轉을 볼 수 없었다.

入院時 理學的 所見으로는 身長 74 cm, 體重 7 kg 으로 發育狀態가 不良하였고 同時에 營養狀態도 不良하였으나 다른 特異所見은 없었다. 血液檢査所見 鐵缺乏性貧血像以外는 正常値를 보였고 尿檢査所見도 正常이었다.

胸部 X-線上 兩側 肺門部에 浸潤을 보였으나 tuberculin 反應은 陰性이었고 食道撮影上: 噴門部 直上方에 狹窄과 近位部 食道擴張을 보여 achalasia를 疑心케 했다(第1圖).

二次에 걸쳐 耳鼻咽喉科에서 食道鏡檢下 食道擴張術을 企圖하였으나 失敗하였고 食道鏡檢上: 食道粘膜의 異常所見은 없었다.

1963年 2月 27日 患者는 本病院 胸部外科로 轉科되었 으며 다음날 全身麻酔下에 一次的인 胃瘻術을 實施하였다. 胃瘻術後 患者의 全身狀態가 良好해지기 始作하여

同年 5月 9日에 achalasia란 診斷下에 左側開胸術을 實施하였다. 처음 myotomy를 企圖하였으나 噴門部 直上方에 길이 1 cm 程度의 筋切開術이 不可能한 堅固한 狹窄이 있음을 確認하고 7 cm 程度의 噴門部를 包含한 下部食道切除術 및 食道·胃吻合術을 施行하였다. 手術後 特別한 合併症을 볼 수 없었고 術後 第10日에 經口食을 始作하였다. 術後 第19日에 實施한 食道鏡檢上: 吻合部 狹窄을 볼 수 없었으나 胃內容物의 逆流를 觀察할 수 있었다.

切除한 食道狹窄部의 病理組織學的 檢査所見은 6個의 一定한 形態의 軟骨片으로 둘러싸인 狹窄임이 判明되었다(第2圖).

術後 第20日에 胃瘻管을 除去하고 患者는 退院하였다 退院後 鐵缺乏性 貧血과 胃腸炎으로 2次 再入院한것 以外엔 特別한 異常所見을 觀察할 수 없었으며 10餘年間 嚥下障礙나 嘔吐等を 呼訴하지 않았다.

術後 11年인 1974年 3月부터 患者는 固形食에 嚥下困難을 느끼기 始作하였으며 同時에 間歇的인 嘔吐를 呼訴하였으나 胸骨下疼痛은 呼訴하지 않았고 他病院에서



Fig. 2. Photomicrograph of the section of the excised specimen revealed a collar of cartilage fragments resembling tracheal ring.

食道攝影上 食道狹窄이란 診斷下에 再手術을 권유받고 1974年 12月 22日 本院의 小兒科에 再入院 한後 手術目的으로 胸部外科에 轉科되었다.

檢在室檢査所見上 輕度の 貧血과 alkaline phosphatase의 上昇(11 B. U.) 以外 特異所見없었으며 胸部 X-線所見도 正常이었다. 食道攝影上 食道·胃吻合部의 狹窄 및 上部食道の 擴張을 보였다.

1975年 1月 7日 消化性 食道炎에 依한 食道狹窄症이란 診斷下에 第7肋骨切下 左胸腹部切開術을 實施하였다. 食道·胃吻合部는 收斂되었으며 약간 堅固하였고 上部食道の 擴張像을 보였다. 大動脈弓下方의 食道 및 胃底部를 切斷한 後 空腸置換術을 目的으로 Treitz 靱帶下方 30 cm 部位의 空腸을 切斷하고 遠位部血管을 利用한 空腸分節을 結腸腸間膜을 通하여 胸腔內로 올려 食道·空腸吻合術 및 空腸·胃吻合術을 實施하였으나 置換된 空腸分節이 吻合後 變色되어 近位部胃切斷 및 食道·胃吻合術로 代置시켰다. 同時에 Heineke-Mikulicz 幽門成形術을 實施하고 胃를 縱隔洞肋膜 및 橫膈膜裂孔에 固定시켜 大部分의 殘餘胃가 胸腔內에 있도록 하였



Fig. 3. Postoperative esophagogram showing intrathoracic esophagogastrostomy with good passage. Pylorus located just below the diaphragm.

다.

手術直後 肺左下葉에 吸引性肺炎이 發生하였으나 氣管内吸引으로 治癒되었고 分當 160程度의 頻脈이 手術中에 나타났으나 手術後 多量の 輸液으로 正常化되었다 術後 第3日에 經口食을 始作하였으며 非溶血性 連鎖狀球菌에 依한 瘡傷感染以外的 特別한 合併症을 보지 못하였다. 切除標本의 病理組織學的 檢査所見은 潰瘍을 同伴한 消化性 食道炎에 依한 食道狹窄이었다.

術後 100餘日頃에 撮影한 食道攝影上 吻合部의 通過 障礙를 볼 수 없었으며(第3圖) 現在까지 約 5個月間의 調査上 特記할만한 異常所見이 없으며 向後 繼續的인 觀察을 實施할 豫定이다.

考 按

Tracheobronchial remnants에 依한 先天性 食道狹窄은 極히 稀有한 疾患으로 氣管軟骨環에 依한 食道狹窄의 境遇 Kumar¹⁾가 1例를 報告하면서 28年間의 英文 文獻調査에서 같은 症例를 찾지 못하였다고 하였고 Paulino 等²⁾이 2例를 追加報告하였으며 最近에 Fonksrud³⁾가 軟骨은 없지만 呼吸器上皮 및 粘液腺을 갖는 環狀의 band에 依한 食道狹窄 1例를 報告했을 程度로 드문 疾患이다.

本疾患의 原因에 對하여는 胎生期에 primitive esophagus에서 respiratory tract가 正常的인 分離를 하지 못하여 發生한다고 推測하며 다른 可能性으로는 mesenchymal cell의 metaplasia가 생각되고 있다⁴⁾.

本疾患의 診斷은 食道擴張術이 不可能한 點으로 쉽게 내릴 수 있다고 하지만 著者들의 境遇 手術所見을 보기 前까지 本疾患에 對한 知識을 갖지 못하였듯이 相當한 食道外科에 對한 經驗이 없는 境遇 achalasia로 誤診하기 쉽다고 하겠다.

本疾患의 治療는 外科의 療法만이 可能하며 手術方法으로는 狹窄部切斷 및 食道の 端端吻合術이나 Paulino 等²⁾의 報告처럼 粘膜外收斂環切斷을 實施할 수도 있다. 萬一 噴門部切斷가 不可避한 境遇 本症例와 같은 消化性 食道炎의 合併을 避하기 爲하여 大腸置換術을 實施함이 옳다고 하겠다⁵⁾.

消化性 食道狹窄은 歐美에서는 흔히 보는 疾患이지만 韓國에서는 아주 드물다고 생각되며 많은 食道外科患者를 治驗한 著者들도 過去 17年間 本症例 1例에서만 消化性 食道狹窄에 對한 外科의 治驗을 했을 뿐이다. 消化性 食道狹窄에 對한 手術方法은 여러가지가 알려져 있으며 本症例와 같은 境遇엔 小腸이나⁶⁾ 大腸分節을 利

用한 置換術(interposition)이 가장 좋은 方法으로 생각되며 萬一 食道·胃吻合術을 實施할 境遇에는 遠位部胃切除後 胃를 胸腔內에 固定시켜 逆流를 防止하도록 하는 것이 좋다고 생각된다.

相當數의 食道癌患者에서 著者들이 只今까지 食道·胃切除 및 食道·胃吻合術을 實施하여 術後에 吻合部에 消化性 食道狹窄의 併發을 보지는 못하였으나 長期間調査가 不可能하였으므로 本症例에서 이에 對한 繼續的인 觀察을 實施할 豫定이다.

結 論

國立醫療院 胸部外科에서 軟骨環에 依한 先天性 食道狹窄症 1例를 經驗하였으며 本症例에서 食道·胃吻合術後 下部食道の physiologic sphincter 의 除去로 因한 消化性 食道狹窄이 11年後에 合併되어 再次 이에 對한 外科的治療가 不可避했음을 經驗하여 간단한 文獻考察과 아울러 報告하였다.

REFERENCES

1. Kumar, R. : *A Case of Congenital Esophageal Stricture due to a Cartilaginous Ring. Brit. J. Surg.* 49:533, 1962.
2. Paulino, F., Roselli, A., and Aprigliano, F. : *Congenital Esophageal Stricture due to Tracheobronchial Remnants. Surgery* 53:547, 1963.
3. Fonkalsrud, E.W. : *Esophageal Stenosis due to Tracheobronchial Remnants. Am. J. Surg.* 124:101, 1972.
4. Mustard, W.T. et al. : *Pediatric Surgery, Year Book Medical Publishers, Chicago, 1969.*
5. Merendino, K.A., and Dillard, D.H. : *The Concept of Sphincter Substitution by an Interposed Jejunal Segment for Anatomic and Physiologic Abnormalities at the Esophagogastric Junction. Ann. Surg.* 142:486, 1955.