

— 臨床 —

食道癌術後に両側反回神経麻痺を認めた一例

小山吉人¹⁾, 真柄 仁²⁾, 谷口裕重²⁾, 栗田 浩¹⁾, 井上 誠³⁾

¹⁾ 信州大学医学部歯科口腔外科学講座 (主任: 栗田 浩 教授)

²⁾ 新潟大学医歯学総合病院 摂食嚥下機能回復部

³⁾ 新潟大学医歯学総合研究科 摂食環境制御学講座 摂食嚥下リハビリテーション学分野 (主任: 井上 誠 教授)

Bilateral Recurrent Laryngeal Nerve Paralysis Following Resection of Esophageal Carcinoma -Case Report-

Yoshito Koyama¹⁾ Jin Magara²⁾ Hiroshige Taniguchi²⁾ Hiroshi Kurita¹⁾ Makoto Inoue³⁾

¹⁾ *Shinshu University School of medicine, department of Dentistry and Oral surgery (Chief: Prof Hiroshi Kurita)*

²⁾ *Niigata University Medical and Dental Hospital, Unit of Dysphagia Rehabilitation*

³⁾ *Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Division of Dysphagia Rehabilitation (Chief: Prof Makoto Inoue)*

平成 25 年 12 月 12 日受付 平成 26 年 1 月 30 日受理

抄録

症例は 56 歳男性で 2012 年 12 月頃に嚥下時のつかえ感を自覚, 新潟大学医歯学総合病院消化器外科を受診し, 進行性食道癌 (T3N0M0 Stage III) の診断にて, 2013 年 4 月に右食道切除・3 領域郭清術施行した。

術後両側反回神経麻痺を生じ気管切開術施行, 術後 14 日目に経口摂取再開目的に摂食嚥下回復部を受診した。初診時機能評価では, 嗄声を認め, 発声持続時間 6 秒, 改定水飲みテストは 3a 点であった。嚥下内視鏡検査では, 両側声門の正中固定, 両側喉頭披裂の不全麻痺および嚥下時のホワイトアウト不良を認めたため, 両側反回神経麻痺・咽頭圧形成不全を伴う嚥下咽頭期障害と診断した。間接訓練として, 息こらえ訓練, プッシング訓練, 直接訓練として, 1%とろみ水を用いた訓練を開始した。

訓練開始後 7 日目, 嚥下造影検査施行し, 液体での喉頭侵入, 全粥・混合食にて咽頭残留が認められたが, 複数回嚥下で誤嚥像なくクリアランスを保てた。以上の結果から, 液体とろみ付け, 全粥・半固形食 (ペースト食) にて食事を開始した。その後嚥下間接訓練の継続, 及び段階的な食上げを実施し, 訓練開始後 25 日で経過良好につき自宅退院・外来通院となった。

訓練開始後 49 日目の嚥下造影検査では, 食道入口部直下の狭窄, 食塊停滞を認め, 消化器外科にて食道拡張術を施行, 再評価し通過障害は改善した。吻合部位の食道停滞の再発が認められてはいるものの, 現在も当科外来通院を 1 ヶ月単位で継続し, 咽頭期の嚥下機能に関しては経過良好である。

Key words:

食道癌術後 (postoperative esophageal cancer), 両側反回神経麻痺 (bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis), 摂食嚥下リハビリテーション (dysphagia rehabilitation)

Abstract

The present case was 56 years old male patient, who felt difficulty swallowing as early subjective symptom, and consulted digestive surgery in Niigata University Medical and Dental Hospital in December 2012. The diagnosis was progressive esophagus cancer (T3N0M0 Stage III) and right esophagectomy and 3-field lymph node dissection surgery were performed in April 2013.

After the operation, the dyspnea caused by the bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis was observed and tracheostomy was undergone. The patient was admitted to the Unit of Dysphagia Rehabilitation on the 14th day after the operation. The first examination of swallowing function showed the dysarthria with shortened maximum phonation time. The modified water swallow test score was 3a. In the endoscopic examination, the bilateral glottis

and arytenoid represented paresis and whiteout during swallowing was weakened. The diagnosis was dysphagia in the pharyngeal stage caused by the bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis. Supraglottic swallow and pushing exercise were conducted as the indirect therapy; in addition, thickened water swallowing was also tasked as the direct one.

The videofluoroscopic examination showed the penetration during liquid swallowing. Although the pharyngeal residue after solid food swallowing also remained, the clearance in the pharyngeal region was accomplished by added swallowing. Therefore, direct therapy was started using the adjusted meal. After swallowing function was improved, the fine progress admitted to leave the hospital on the 25th day.

On the 49th day after therapy started, the videofluoroscopic evaluation showed the bolus stasis. After the esophagus extension was performed in digestive surgery, the videofluoroscopic assessment showed improvement of bolus stasis. Although the stasis at the anastomosis was still observed, the status of swallow function showed satisfactory and stable.

【緒 言】

食道癌術後の嚥下障害として食道の吻合部狭窄のみならず、術後合併症である反回神経麻痺（片側・両側）を原因とした咽頭期障害や呼吸障害がしばしば認められる¹⁾。また、反回神経麻痺症例に注目した過去の報告でも、食道癌を原因とした反回神経麻痺は、その全例数の7%～15%を占めるといふ報告もあり^{2, 3)}、決して少なくはない。特に両側反回神経麻痺では重度咽頭期障害を生じ、誤嚥性肺炎を含む肺合併症の危険を増加させ、長期の経過に大きな影響を与えうる。今回、我々は食道癌術後に両側反回神経麻痺を伴う嚥下障害患者に対し長期にわたりリハビリテーションを行い、嚥下機能が回復した症例を経験したので報告する。

【症 例】

患者：56歳、男性

当科初診日：2013年4月23日

摂食に関する主訴：口から食べたい

原因疾患：食道癌（T3N0M0 [Stage III]）術後

既往歴：特記事項なし

現病歴：2012年12月末頃に嚥下時のつかえ感、季肋部の痛みを自覚した。症状が改善しないため近医受診し、2013年1月25日に同部精査目的に新潟大学医歯学総合病院消化器外科紹介受診し、進行性食道癌（T3N0M0 Stage III）の診断をうけた。2月8日より術前化学療法（FP療法、5-FU 700mg CDDP 140mg）を2クール施行した後に、4月9日に全身麻酔下で右開胸食道切除、3領域郭清を施

行した。術中に右反回神経損傷があり、形成外科にて神経修復した。4月14日の抜管施行時に、両側反回神経麻痺による呼吸困難となり再挿管となった。4月18日に呼吸状態改善目的に気管切開術を施行した。4月23日に経口摂取再開に向け嚥下機能評価およびリハビリテーションを目的として同院摂食嚥下機能回復部を受診した。

経過：〔初診時〕

栄養摂取方法：胃瘻、身体機能：端坐位可能であった。口腔内および顎舌顔面運動機能・感覚所見：特記すべき異常は認められなかった。呼吸機能：カフ付きスピーチカニューレを使用しており、腹式呼吸、ハッフイング、咳嗽は不良であった。発声・構音機能：発声時軟口蓋挙上は不良であり、軟口蓋感覚・軟口蓋反射・咽頭絞扼反射は減弱しており、嗄声（粗造性・氣息性）を認め、発声持続時間は6秒（カットオフ値；男性15秒未満）であった。嚥下機能：反復唾液嚥下テスト（repetitive saliva swallowing test：以下RSST）は7回（カットオフ値；3回未満）、改定水飲みテストは3a点（嚥下認め、呼吸良好、湿性嗄声あり）であった。同時に実施した嚥下内視鏡検査（以下VE）では、安静時に喉頭披裂の浮腫を認め、吸気時の両側声帯は正中部で固定し、開大不全を認めた（図1）。嚥下時のホワイトアウトは弱く、2%



図1 初診時の安静時（左）、および吸気時（右）の嚥下内視鏡検査画像。

安静時に喉頭披裂の浮腫（白矢印）、吸気時には両側の声門の開大不全（白矢尻）を認めた。