肉塊食道内嵌入を契機に発見された表層拡大型 早期食道癌の1例

沢田 石 勝^{*1,*3}, 鈴木 修一郎^{*1}, 松村 奈緒美^{*1}
増山 喜一^{*1}, 山崎 国男^{*2}, 坂本 隆^{*3}
藤巻 雅夫^{*3}, 石沢 伸^{*4}, 小泉 富美朝^{*4}

A Case Report of Superficially Spreading Early Esophageal Cancer Detected after Endoscopic Removal of a Foreign Body

Masaru Sawataishi, M.D.,**** Shuichiro Suzuki, M.D.,* Naomi Matsumura, M.D.,*
Kiichi Masuyama, M.D.,* Kunio Yamazaki, M.D.,** Takashi Sakamoto, M.D.,***
Masao Fujimaki, M.D.,*** Shin Ishizawa, M.D.,**** and Tomitomo Koizumi, M.D.****
Departments of *Surgery and **Internal Medicine, Kouseiren Itoigawa Hospital, Niigata and
2nd Departments of ***Surgery and ****Pathology, Toyama Medical and
Pharmaceutical University, Toyama

A 64-year-old male was admitted to our hospital because a piece of meat had become stuck in his esophago-cardiac junction (ECJ). We removed the piece of meat in the ECJ using endoscopy. A subsequent endoscopy revealed a superficially-spreading early esophageal carcinoma in the lower part of the esophagus and an esophagitis-like lesion in the intrathoracic middle esophagus. Right thoracotomy and esophagectomy were carried out. The two chief lesions were a superficially-spreading early esophageal carcinoma in the lower esophagus, and a similar tumor occupying an area extending from the upper to the middle esophagus. Histopathologically, the squamous cell carcinoma of the lower esophagus was of the total layer type, but the tumor in the middle esophagus was of the basal layer type. The histological difference in the tumor proliferation between the two lesions may be associated with the exfoliation of the intraepithelial carcinoma in the former case, and natural proliferation in the latter. The exfoliation of the intraepithelial carcinoma was thought to have been induced by the endoscopic removal of the meat lump. Furthermore, six solitary neoplastic lesions were noted independently. Histological findings in the present case support the concept of a "field carcinogenesis" and/or "lateral involvement" of esophageal carcinoma.

Key words : 表層拡大型食道癌, 基底層型上皮内癌, 全層置換型上皮内癌

I. はじめに

食道癌には, 病巣が広範な進展を示す症例があり, その大部分は悪性度の高い進行癌である。しかし時に表在癌でも全食道に多中心性と思われる広範な病巣を有する症例も経験されており, その発生および進展様式には興味深いもの

*¹厚生連糸魚川総合病院外科, *²同・内科, *³富山医科大学第2外科, **同・第2病理
別刷請求: 〒943 新潟県上越市南高田6-9
国立高田病院外科 沢田石 勝
投稿受付: 1995年2月24日

図1 上部消化管内視鏡検査所見

a: 異物摘出3週間後の内視鏡検査では、食道胃接合部直上に潰瘍型食道炎を認める。

b: 初診より4ヵ月後の内視鏡再検でECJより口側5 cm にわたるほぼ全周性、島状の不整形びらん性病変を認め、生検で扁平上皮癌の診断を得た。

がある。今回、われわれは、広範な表層拡大を示した多発食道早期癌を経験したので、若干の病理組織学的考察を加えて報告する。

II. 症 例

患 者: 64歳, 男性

主 訴: 肉塊食道内嵌入

家族歴: 特記すべきことなし

既往歴: 特記すべきことなし

現病歴: 1992年10月23日, 食べ物がつかえたため来院した。同日緊急内視鏡を施行し, 食道胃接合部 (ECJ) 直上に嵌入した約3 cm の肉片をバスケット鉗子を用いて摘除した。異物除去操作で出血を伴ったため, 即日入院となった。

入院時現症: 身長164 cm, 体重50 kg, 貧血, 黄疸はなく, 表在リンパ節は触知しなかった。

入院時検査成績: 血液一般, 生化学検査, 尿検査では異常を認めず, CEA, CA19-9, SCC も正常範囲内であった。

上部消化管内視鏡検査所見: 異物摘出3週間後の内視鏡検査では, 食道胃接合部直上に潰瘍型食道炎を認め(図1a), 生検で扁平上皮癌と診断された。しかし, その後頻回の生検にもかかわらず, 組織学的確診に至らなかったため, 厳重に外来経過観察することとした。

初診より4ヵ月後の内視鏡再検で, ECJより口側5 cm にわたるほぼ全周性, 島状の不整形びらん性病変を認め, 生検で扁平上皮癌の診断

図2 食道造影所見

胸部下部食道に, 粘膜面の細顆粒状変化を認める(矢印)。

を得た(図1b)。また, 中部食道にも非連続性にルゴール不染帯を認め, 随伴性食道炎と診断した。

図3 切除標本

a : ルゴール染色標本。術前, 随伴性食道炎と診断された病巣は口側断端から9 cmにわたる広範な顆粒状不整粘膜で, ルゴール染色ではいずれも淡染~不染性を示す。また, 正常粘膜を介して7カ所の孤立性ルゴール不染粘膜が存在する。
b : 新鮮標本。腫瘍は肛門側断端から口側5 cmにわたり, 3/4周の不整顆粒状粘膜病巣として認められ, わずかに発赤している。また, 中部食道にも, わずかの隆起を有する顆粒状不整粘膜を認めるが, 口側病変は認識しがたい。Bar=5 cm。

食道造影所見：胸部下部食道に粘膜面の細顆粒状変化を認めた(図2)。

以上より, 占居部位Ei, Ea, 0-IIb食道癌の診断で, 初診から6カ月後の1993年5月10日, 右開胸開腹食道亜全摘術を施行した。

手術所見：肉眼的進行度は, A0, P10, N(-), M0, Stage I, RII, CIIであった。

切除標本：腫瘍は肛門側断端から口側5 cmにわたり, 3/4周の不整顆粒状粘膜病巣として認められ, わずかに発赤していた。また, 術前, 随伴性食道炎と診断された病巣は, ルゴール染色では口側断端から9 cmにわたる広範な顆粒状不整粘膜で, いずれも淡染~不染性を示した。さらに, 正常粘膜を介して7カ所の孤立性ルゴール不染粘膜が存在した(図3a, b)。

病理組織学的所見：上部~中部食道の病巣は深達度m1を主体とする扁平上皮癌で, 基底層型上皮内癌の広範囲の伸展を特徴とした(図4a, 5)。一部, sm浸潤が認められた。下部食道では全層置換型の上皮内癌で導管内浸潤が認められた(図4b, 5)。中部食道の孤立性病巣は,

深達度m1~sm2の癌巣であった。リンパ管侵襲, 脈管侵襲は認めなかったが, 口側断端癌浸潤が陽性で, sm, n(-), ly0, v0, ow(+), aw(-), stage II, c0であった。

術後経過：吻合部口側に癌遺残が確認されたため, 総量45 Gyの放射線治療を追加し, 腫瘍の消失をみた。現在外来で厳重に経過観察中であるが, 再燃は認められない。

III. 考 察

表層拡大型食道癌については, 1977年の第24回食道疾患研究会のテーマに取り上げられ, 食道粘膜内の癌性変化が20 mm以上の拡大を示す型と定義し, 143例の集計がなされている¹⁾。その問題点は血行, リンパ行性転移が多く予後が不良であること, および口側断端陽性例が15%と多いことであった。食道癌取り扱い規約(8版)では, 表層拡大型食道癌は目立った隆起や陥凹がなく, 長軸方向に5 cm以上の拡がりを示す表在癌と定義されており²⁾, 0-II型食道表在癌に対応する。また, 井出らは食道の3占居

図4 病理組織学的所見

a : 上部～中部食道の病巣は深達度 m1 を主体とする扁平上皮癌で、基底層型上皮内癌であった。

b : 下部食道では全層置換型の上皮内癌であった。

部位あるいは、それ以上に癌巣がみられるものを広範囲進展食道癌とし、その1型に表層拡大型を入れている³⁾。したがって、新規約の定義では、第24回食道疾患研究会の定義より、広汎な病巣を有することが強調されている。本症例は、口側、肛門側病変とも5 cm以上の病巣を有し、表層拡大型食道癌の多発例である。

本症例で興味深い点は、確診に至るまでかなりの経過があり、頻回の生検でも癌が見い出されなかったことである。この原因として、癌でない部位からの生検、異物除去という機械的操

作による上皮内癌の広範囲の剝離等が考えられる。実際、生理的状态においても上皮内癌の剝脱が起こりうるとされている⁴⁾。また、いったん剝脱が生じると上皮欠損部分に再生上皮が入り込んだ結果、腫瘍部と再生上皮との境界がルゴール染色でも識別困難となり、いっそう診断が難しくなる。したがって、深達度の浅い平坦病変では剝脱や再生上皮の存在を配慮して診断をすすめる必要がある。

一方、胸部食道のルゴール不染帯は、4回目の再検で認識されたが、生検標本では、角質層

図5 全割標本の深達度

のみ採取されており、本症例のように基底層中心型の上皮内癌の場合は、生検手技に注意を要する。食道ルゴール染色と組織学的各層との染色態度の基礎的研究はすでに報告されており⁵⁾、門馬らも、基底層型上皮内癌は表面が非癌上皮に覆われているため、凹凸がなく平坦で、境界不鮮明なまだらな発赤としか見えず、内視鏡観察では最も発見しにくい病変としている⁶⁾。

次に、表層拡大の形式であるが、その形式には、多中心性、同時に癌が発生し融合する場合と、広い面積が一斉に癌化する単発拡大型のもの、さらに主病巣から側方に浅く浸潤伸展するもののいずれかが考えられる。一般に食道癌の癌発生の際は、胃や大腸のそれと異なり、上皮内深層に首座があり、扁平上皮深層で増殖しながら、最終的には上皮全層を置換すると考えられている⁷⁾。

また、長軸方向には、進行食道癌における上皮内進展にみるように、主病変周辺に基底層中心あるいは全層を置換する形で進展すると考えられている⁸⁾。表層拡大型食道癌が多中心性、同時に発生し融合するか、あるいは上皮内伸展のような形で拡大型となるのか現在のところ明らかではない。本症例の切除標本の全割では、主たる2病巣で明瞭にその増殖形態が異なり、口側病変は基底層中心型上皮内癌を主体とし、一方、肛門側は全層置換型上皮内癌であった。

異物除去による機械的刺激を考慮すると全層

置換型の肛門側病巣は、ある範囲をもって上皮内癌が剥離したあと、残存する腫瘍組織が増殖し、角質層を有しない癌層を形成したものと推測される。これに対し口側病変は、より生理的な形で発育したはずであり、正常食道粘膜上半層を有しながら基底層側で癌化増殖したものと思われる。この2カ所の主病変の他に6カ所に孤立性癌巣を認め、表層拡大型食道癌の多中心性発生がその母地にあることをうかがわせるとともに、口側病変ではあたかも基底層を這うように増殖しており、上皮内伸展の関与も示唆された。

以上より、本症例は、表層拡大型食道癌の発見契機および診断の困難さ、進展様式に関し、興味深いと考えられた。

IV. ま と め

肉塊食道内嵌入を契機に発見された表層拡大型早期食道癌の1例を経験し、若干の病理組織学的知見を得たので報告した。

文 献

- 1) 田中乙雄, 武藤輝一, 川口正樹・他: 表層拡大型食道癌. 外科 Mook, 24: 45-51, 1982.
- 2) 食道疾患研究会編: 食道癌取扱い規約 (第8版), p. 34, 金原出版, 東京, 1992.
- 3) 中村英美, 井手博子, 山田明義・他: 広範囲進展食道癌の臨床病理学的検討. 日消外会誌, 26: 1604, 1993.
- 4) 丸山道生: 食道癌の上皮内伸展に関する研究. 癌の臨床, 36: 574-583, 1990.

日気食会報, 46 (6), 1995

- 5) 沢田石 勝, 唐木芳昭, 川口 誠・他: 食道粘膜のルゴール染色性の機序の検討. 日気食会報, 40: 252-257, 1989.
- 6) 門馬久美子, 吉田 操, 山田明也・他: 食道粘膜癌の内視鏡診断. 胃と腸, 29: 327-340, 1994.
- 7) 渡辺英伸, 多田哲也, 岩淵三哉・他: 病理からみた早期食道癌の定義と肉眼診断. 胃と腸, 25: 1075-1086, 1990.