●〈症例〉

内視鏡的粘膜切除術を施行し得た 長軸方向に進展した0-II a型 食道癌の1例

若林 寛二¹⁾ 小澤壯治³⁾ 海老沼浩利¹⁾ 加藤悠太郎²⁾
栗原 直人 菊池 潔 露木 晃 池田 栄二⁴⁾
田久保海誉⁶⁾ 日比紀文⁵⁾ 石井 裕正

¹⁾ 東京電力病院／内科, ²⁾ 同／外科, ³⁾ 慶應義塾大学医学部／外科,
⁴⁾ 同／病理, ⁵⁾ 同／消化器内科, ⁶⁾ 東京都老人総合研究所

〔Key Words〕 食道上皮内癌, 長軸方向進展

はじめに

食道上皮内癌は全方向に進展しうが、長軸方向にのみ進展した報告例は少ない。今回我々は長軸方向に進展し細長い形状をした食道上皮内癌を経験し、内視鏡的粘膜切除術(EMR)にて治療が可能であった。文献的にも報告例が無く、興味深い症例と考えられたためここに報告する。

症 例

患者：71歳，女性。

主訴：なし。

現病歴：平成14年春よりしばしば胸やけ症状出現し、他院にてファモチジンを処方され内服していた。平成14年夏の健康診断時、上部消化管造影にて胃体上部に潰瘍性病変を指摘され、当院受診した。平成14年8月上旬消化管内視鏡検査施行したところ、胃体上部には病変を認めなかったが、門歯列から30～35cmの食道に5×50mmのヨード不染の細長い隆起性病変を認めた。生検では上皮に異型を認めたが、明らかな癌とは断定できず経過観察としていた。平成15年3月隆起が目立つようになったため、EMR目的で入院となった。

既往歴：41歳時、子宮癌(子宮・両側卵巣切除術)。

家族歴：特記事項なし。

生活歴：喫煙歴・飲酒歴なし。

入院時現症：咽頭・扁桃；異常なし。表在リンパ節；触知せず。胸部；心音・純、肺野・清。腹部；平坦かつ軟、腫瘍触知せず、下腹部正中に手術痕あり、グル音正常。

入院時血液学的検査所見：SCCを含め異常値は認めなかった。上部消化管造影(Fig. 1-a, b)では、中部・下部食道にまたがり長径5 cm、幅0.5cm程度の低い隆起性病変が認められた。胃体部に潰瘍性病変は認めなかった。上部消化管内視鏡検査では、門歯列から30～

Fig. 1-a, b Double contrast radiography of esophagus shows a linear flat elevation along the longitudinal axis of the esophagus.

35cmの食道に線状の白苔を伴った低い隆起性病変を認めた(Color 1-a)。ヨード染色では同部位に一致して不染帯を認め(Color 1-b), 0-II a表在型食道癌が疑われた。生検の結果、上皮内癌と診断された。胃体部に潰瘍性病変は認められなかった。上部消化管超音波内視鏡検査では、病変部に明らかな異常所見はみられなかった。EEMR tube (Endoscopic esophageal mucosal resection tube)と爪付きキャップを用いて分割にてEMRを施行した。切除標本では切除標本中央に長軸方向に進展する粘膜表皮層に錯角化層が残存し、中層以深に癌細胞が認められる、基底層型上皮内癌であった。また、切除標本断端は異型上皮を認めず、完全に切除されていた。EMR後の再検では、切除後の瘢痕を認めたが、ヨード染色で不染帯はみられず、狭窄も認めなかった。病理組織学的所見では、食道粘膜内に基底層の直上から2/3の高さまで細胞異型がみられ、細胞配列の乱れが観察された(Fig 2-a, b)。Moderate dysplasiaと診断される病理医もいるかと思われるが、基底層から1/3の高さまで核分裂像が観察され、N/C比が小さく個々の細胞の異型が高度であるため、われわれは基底層型上皮内癌と判断した。

考 察

本例は喫煙歴・飲酒歴のない女性であり、食道癌のrisk factorは見あたらない。本例は内視鏡検査施行前から胸やけの症状に対し他院にてH₂受容体拮抗薬(ファモチジン)を内服していた。ファモチジン内服にて胸やけの症状はほぼ消失しており、ファモチジンの効果があったものと思われる。上部消化管内視鏡検査施行時はヨード染色を含めて明らかな逆流性食道炎や食道裂孔ヘルニアの所見は認めず、切除標本にも逆流性食道炎を疑う所見はみられない。しかし下部食道括約部は閉鎖不全を認め、この所見と症状から判断すると、もともと逆流性食道炎を頻回に繰り返しており、H₂受容体拮抗薬の内服によって検査施行時には食道

Fig. 2-a, b Histopathological findings (HE stain) of esophageal mucosa by EMR. (a : 4 ×, b : 20 ×)

粘膜が修復されていたため、明らかな逆流性食道炎の所見が見られなかった可能性が示唆される。

逆流性食道炎では胃酸の逆流方向に沿って食道の長軸方向に線状のびらんや潰瘍を形成しやすい。部位こそ食道胃粘膜接合部からやや上方に位置するものの、本例の食道上皮内癌と逆流性食道炎によるびらんや潰瘍と進展方向は一致する。逆流性食道炎に伴う Barrett 食道から腺癌が発生しやすいとの報告があるが¹⁾、本邦では欧米のような重症逆流性食道炎は稀で、比較的軽症の逆流性食道炎が多い。本例は腺癌ではなく扁平上皮癌であるが、Barrett 食道形成とまではいかない軽症の逆流性食道炎からは腺癌ではなく扁平上皮癌が発生することが報告されており²⁾、本例も逆流性食道炎の関与が示唆された。

文 献

- 1) Murray L, Watson P, Johnston B et al : Risk of adenocarcinoma in Barrett's oesophagus : population based study. BMJ. 327(7414) : 534—535, 2003.
- 2) 市川一仁, 武田 純, 知花洋子, 他 : 実地診療とバレット食道 ; 逆流性食道炎からバレット食道へ. 消化器の臨床 5 : 635—640, 2002.

A case of 0-IIa esophageal carcinoma in situ developing along the long axis of the esophagus, which was resected endoscopically

Kanji Wakabayashi¹⁾ Soji Ozawa³⁾
 Hirotoshi Ebinuma¹⁾ Yutaro Kato²⁾
 Naoto Kurihara Kiyoshi Kikuchi
 Akira Tsuyuki Eiji Ikeda⁴⁾
 Kaiyo Takubo⁵⁾ Toshifumi Hibi⁶⁾
 Hiromasa Ishii

A 71-year-old woman was detected to have an ulcer-like lesion in the gastric corpus during a health examination and was referred to the Tokyo Electrical Power Company hospital. Upper GI endoscopy revealed no ulcer-like lesions in the stomach, but a linear flat elevation along the longitudinal axis of the esophagus, appearing like leukoplakia. The lesion stained positively with iodine staining. It was diagnosed histopathologically as squamous cell carcinoma of the esophagus in situ, and could be resected completely via endoscopy and use of an EEMR tube. After EMR, a repeat upper GI endoscopy revealed an ulcer scar, but no stenosis of the esophagus. Esophageal carcinoma in situ developing in this shape only along the longitudinal axis of the esophagus is very rare. The patient was not a smoker and was not habituated to alcohol. There were no other risk factors, either, and the cause of formation of an esophageal carcinoma lesion of this shape is unknown. An association with reflux esophagitis may be possible.

¹⁾Department of Internal Medicine, ²⁾Surgery, Tokyo Electrical Power Company Hospital. ³⁾Department of Surgery, School of Medicine, Keio University. ⁴⁾Department of Pathology, School of Medicine, Keio University. ⁵⁾Department of Clinical Pathology, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology. ⁶⁾Department of Internal Medicine, School of Medicine, Keio University.

〈カラーは2頁に掲載〉