●〈症例〉

逆流性食道炎治療中に発生した
食道胃接合部癌の1例竹東正二郎^{1)*} 喜島博章²⁾ 杉原志朗³⁾ 多賀谷信美⁴⁾¹⁾堀江病院／外科・消化器科, ²⁾獨協医科大学／第2外科, ³⁾群馬県健康づくり財団／病理部, ⁴⁾獨協医科大学越谷病院／外科

*Corresponding author: stake0916@yahoo.co.jp

〔Key Words〕食道胃接合部癌, Barrett食道

はじめに

食道胃接合部(EGJ)より口側に伸びた円柱上皮をBarrett粘膜と呼び, これを母体に発生するのがBarrett癌である。しかし, 内視鏡的にも病理学的にも診断することが困難な場合もある。我々は, 逆流性食道炎治療中に腺癌を診断し腹腔鏡下に切除したが, 確定診断が困難な症例を経験したので報告する。

症 例

患者: 70歳, 女性。主訴: 胸やけ。

既往歴: 逆流性食道炎, 脳梗塞。

現病歴: 57歳, 逆流性食道炎にてproton-pump-inhibitor(PPI)を内服し軽快することがあった。65歳よりめまいを主訴とする脳梗塞でバイアスピリンの内服を開始したが, 68歳には胸やけが増悪し再びPPIを内服した。上部消化管内視鏡で経過を見ていたが, 手術7カ月前の内視鏡検査でEGJにSMT様の厚みを持つIs様病変が見られたが, 生検にてGroup 2であった。2カ月前の内視鏡検査では病変の増大が見られ, 生検でもGroup 4となり癌が強く疑われ, 手術のため入院した。

入院時現症: 身長144cm, 体重57kg, 体温36.5℃, 血圧125/88mmHg, 脈拍72回/分・整, 腹部平坦・軟・圧痛なし。

検査所見: 軽度の腎機能障害を認めるが, 腫瘍マーカーは正常であった。ペプシノゲン・ピロリ抗体は陰性であった。

内視鏡所見: 約3年前の内視鏡所見は, Grade Dの逆流性食道炎(Fig. 1), 2年前では2時方向に発赤・腫大した襞が出現し(Color 1), 7カ月前では粘膜襞SMT様の厚みを持つIs様病変へと変化し, 表面には不規則な陥凹が見られ白苔が付着していた。生検はGroup 2であった(Fig. 2)。2カ月前には病変はさらに増大し生検でもGroup 4となり, 0-Is・Sm浸潤と診断した(Color 2)。いずれの時期でも炎症のため食道下端

Fig. 1 Endoscopic image showing evidence of GERD (Grade D) 3 years before the surgery.

Fig. 2 Endoscopic image showing a localized lesion on the fold 7 months before the surgery (Group 2).

の柵状血管は確認できず, また, 病変は食道下端から胃粘膜襞上縁にまたがっており, 内視鏡的にBarrett食道癌の診断はできなかった。

腹部超音波・CT検査: 異常所見を認めなかった。

手術所見: 全身麻酔下, カメラポートとして臍部に12mmトラカールを, 右側腹部に10mmを1本, 左側腹部に10mmを2本, 心窩部に5mmを1本留置した。まず胃体上部の大彎を遊離, 続いて左胃動静脈をクリップ切離後, 小彎を遊離した。胃体上部・食道を離断し胃噴門部を切除, 残胃前壁と食道をエンドGIA (Covidien社製)45mm・青にて側々に吻合した(D1+α)。切除標本で腫瘍と切離断端まで十分な距離がなく, 食道断端を10mm程度追加切除した(Fig. 3)。

術後病理診断: E=G, 2.0×1.5cm, Type 0-Is, tub1, pT1b/SM2(1,000μm), ly0, v0, int, inf-α, n0(Stage IA)。食道扁平上皮下の円柱上皮には異型が見られるが, 癌周囲の円柱上皮に固有食道腺・扁平上皮島・柵状静脈・粘膜筋版の二重化のBarrett上皮の特徴をいずれも確認できなかった。胃粘膜の萎縮はほとんど認めなかった(Fig. 4)。

術後経過: 術後ガストロ透視で通過は良好であったが, 術後第10病日頃から食後に胸のつかえ感を訴えた。

Fig. 3 Macroscopic features of the resected specimen: a Type 0-I lesion is seen (arrow).

内視鏡ではGrade Bの逆流性食道炎であったが、PPI投与により症状は軽減し術後第20病日に退院した。幸い現在は胸やけの症状はなく外来通院している。

考 察

逆流性食道炎治療中に腺癌を診断し、外科的に切除した。Barrett食道癌を疑ったが¹⁾、内視鏡的には食道炎による浮腫・発赤のため食道下端の櫛状血管の認識ができず、内視鏡的にBarrett食道癌の診断は困難であった。また欧米の定義ではEGJは胃粘膜襞の上縁とするが、自験例の病変は胃粘膜襞上縁にもわたっており、やはり診断は困難であった²⁾。0-Iであったが、SMT様の厚みを持ち、胃粘膜上縁から食道下端にまたがる隆起性病変で表面に不規則な陥凹と白苔の付着を伴っていた。sm以深浸潤が疑われ、腹腔鏡下に噴門側胃切除を施行した³⁻⁵⁾。術後病理組織学的所見でも0-I、sm浸潤であったが、0-Iはsm浸潤が多いとする小田らの見解と一致した⁶⁾。しかし癌周囲の円柱上皮にBarrett上皮の特徴がいずれも確認できなかった⁷⁾。

自験例は逆流性食道炎治療中に発生したBarrett食道癌が疑われる食道胃接合部癌であったが、術前の確定診断は困難であった。このような場合は、食道下端を含めた胃噴門部を一塊に切除し入念な病理検索が必要と思われた。

文 献

- 1) 大前雅実, 藤崎順子, 清水智樹, 他: Barrett食道癌における酸逆流の意義. 臨床外科, 68: 406-412, 2013.
- 2) 小池智幸, 中川健一郎, 齊藤真弘, 他: Barrett食道とBarrett食道癌—欧米との見解の相違. 臨床消化器内科, 29: 643-650, 2014.
- 3) 後藤 修, 佐々木基, 藤本 愛, 他: 食道胃接合部癌の診断と治療 内視鏡診断. 消化器外科, 36: 1565-1570, 2013.
- 4) 有馬美和子, 都宮美華, 吉井貴子, 他: 食道接合部癌の診断と治療 内視鏡治療. 消化器外科, 36: 1589-1596, 2013.
- 5) 山田真善, 小田一郎, 野中 哲, 他: 食道胃接合部癌に対する内視鏡治療. 臨床外科, 68: 414-417, 2013.

Fig. 4 Microscopic image failing to show sufficient evidence of Barrett's esophagus, but showing atypical columnar epithelium (arrow). (HE staining, $\times 40$).

- 6) 小田一郎, 草野 央, 阿部清一郎, 他: 食道胃接合部癌の内視鏡診断 通常内視鏡の立場から. 胃と腸, 44: 1155-1162, 2009.
- 7) 相田順子, 西村 誠, 星原芳雄, 他: Barrett食道の病理組織学的診断基準と病理学的特徴. 臨床消化器内科, 29: 659-666, 2014.

〈カラーはp. 5に掲載〉

A case of esophago-gastric junction cancer, diagnosed during treatment of gastro-esophageal reflux disease

Shojiro Taketsuka^{1)*} Hiroaki Kijima²⁾
Shiro Sugihara³⁾ Nobumi Tagaya⁴⁾

A 70-year-old woman diagnosed as having cancer of the esophago-gastric junction (EGJ). She had intermittently received treatment with a proton pump inhibitor (PPI) for over 10 years for gastro-esophageal reflux disease (GERD). As her symptoms were extremely severe 3 years ago, we decided to repeat a course of her PPI treatment. Endoscopic examination carried out 7 months prior to the surgery revealed a type 0-I lesion at the EGJ, which was confirmed as Group 2. Thereafter, a repeat endoscopy performed 2 months prior to the surgery revealed that the tumor had progressed to Group 4. The palisade vessels characteristic of Barrett's esophagus were not recognized in the distal portion of the esophagus. Due to suspected sm invasion by the tumor, a laparoscopic proximal gastrectomy was performed. The resected specimen showed a tumor that was Type 0-I s, 2.0 $\times$ 1.5 cm, tub1, sm, v0, (Stage I A). Although Barrett's esophageal cancer was strongly suspected based on the clinical data, histopathology failed to reveal Barrett's epithelium in the vicinity of the carcinoma lesion. This could be due to the short length of the resected specimen. EGJ cancer should be carefully resected and examined, bearing in mind the diagnosis of Barrett's esophageal cancer.

¹⁾Department of Surgery, Horie Hospital, ²⁾2nd Department of Surgery, Dokkyo Medical School, ³⁾Department of Pathology, Gunma Health Foundation, ⁴⁾Department of Surgery, Dokkyo Medical School, Koshigaya Hospital

*Corresponding author: stake0916@yahoo.co.jp