●〈症例〉

NBI併用拡大観察および 超音波内視鏡が深達度診断に有用 であった0-IIc+Is型食道癌の1例

伴野繁雄 高林 馨* 高田祐明 阿部圭一郎
平田 哲 和田道子 高取祐作 木下 聡
加藤元彦 菊池美穂 菊池真大 藤山洋一
浦岡俊夫

独立行政法人国立病院機構東京医療センター／消化器内科

*Corresponding author: kaoru0902@yahoo.co.jp

〔Key Words〕食道表在癌, 深達度

症 例

患者: 65歳, 男性.

主訴: 咽頭違和感.

現病歴: 2015年7月に声門上部癌(cStage III)を指摘され, 同月に当院耳鼻咽喉科を受診. 重複癌スクリーニング目的に当科紹介受診となった.

既往歴: 2010年に左眼網膜剥離.

嗜好歴: アルコール; 日本酒2合/日×30年, 喫煙; 20本×42年.

入院時現症: 特記事項なし

検査所見: 血液検査所見, CT所見で特記すべき事項なし.

上部消化管内視鏡所見: 上切歯より34cmの胸部下部食道右壁に約30mm大の軽度発赤した浅い陥凹性病変を認め, NBI観察では明瞭なbrownish areaとして観察された(Color 1). 病変内に2つの隆起性病変を認め, 肛門側, やや前壁よりの5mm大の厚みのある隆起は食道癌取り扱い規約の病型分類0-I s, 同病変の右側に2mm大の小隆起は0-II aと考えられた(Color 2). Narrow Band Imaging(NBI)拡大観察で病変の大部分は日本食道学会拡大内視鏡分類のType B1血管として観察されたが, 0-I s部位でType B2血管を認めた(Color 3).

超音波内視鏡(EUS)所見: 細径プローブ, 12MHz(脱気水充満法)を用いて0-I s部位を6時方向に描出. 食道壁は7層に描出され, 結節部位を含めて病変は第2層までの低エコー域として観察された. 結節下の3/7層に病変とは不連続に, 2mm大の低エコー域を認めた(Fig. 1).

治療と経過: 白色光で結節部の深達度はSM2以深と考えたが, NBI拡大観察およびEUSから最終的にMM/SM1までと診断した. CTにて明らかなリンパ節転移は

Fig. 1 We focused on the 0-I s lesion using 12 MHz radial type endoscopic ultrasonography (EUS). EUS revealed that hypoechoic mass was located on the first to second layer. A 2mm-diameter hypoechoic area was in the third layer (arrow).

なく, T1a-b N2 M0, cStage 0-Iの早期食道癌と診断した. 同病変に対し, 追加治療の可能性について説明の上内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行し, 病変を一括切除した.

病理組織学的所見: Moderately differentiated squamous cell carcinoma, Type 0-II c+Is, T1a (MM), INFb, ly1, v1, pHM0, pVM0, 37×35mm.

追加治療と経過2: 病理結果から追加治療が勧められた. 声門上部癌に対し化学放射線療法(CDDP 100 mg/m²/日+放射線照射60Gy)を施行後, 胸部下部食道のESD後部位とその所属リンパ節領域に対し予防的に放射線療法(40Gy)を追加し, 現在再発の所見なく経過観察中である.

考 察

自験例で病変内の0-I s(Color 4-a)と0-II a(Color 4-b)の部分を病理所見から比較したところ, ともに深達度MMであったが, 0-I sの部分では0-II aの部分と比較し, 病巣の上下方向への進展に加え, 炎症細胞浸潤が目立つため丈が高く観察されたものと考えられた. また, 0-I s結節の下の低エコーは食道固有腺と考えられた. 白色光で炎症細胞浸潤により0-I s病変と認識されSM深部浸潤を有さなかった例は鬼島ら¹⁾が報告しており, 自験例と類似の病理像が確認された.

MM/SM1は内視鏡治療の相対的適応とされるが, 白色光における深達度MM/SM1の正診率は66%と低い²⁾. 白色光にNBI拡大観察またはEUSを併用することによる深達度診断の上乗せ効果に関する報告に関して, 有

馬ら²⁾が白色光観察にFICE(Flexible Spectral Imaging Color Enhancement)併用拡大内視鏡を併用することでMM/SM1の正診率は61.1%から78.6%と向上したことを報告している一方、modalityの併用による深達度診断の上乗せ効果は得られなかったとする報告もある^{3,4)}。自験例ではNBI拡大観察およびEUSの所見から深達度MMと診断したが、診断が乖離した場合、どのmodalityを信用するかに一定の見解は得られていない。

正確な深達度診断を行う際に、どのmodalityを使用し、また組み合わせるべきか、今後の検討課題と思われるが、現時点では白色光、NBI拡大観察およびEUSを併用し総合的に判断すべきと考えられ、自験例は教訓的な症例と考えられたので報告した。

文 献

- 1) 鬼島 宏, 加藤優子, 幕内博康, 他: 食道表在癌の深達度診断を誤った要因 病理の立場からの検討. 胃と腸, 6: 915-926, 2004
- 2) 有馬美和子, 有馬秀明, 田中洋一, 他: FICE併用拡大内視鏡. 胃と腸, 46: 677-686, 2011
- 3) Lee MW, Kim GH, Lee BE, et al: Predicting the invasion depth of esophageal squamous cell carcinoma: comparison of endoscopic ultrasonography and magnifying endoscopy: Scand J Gastroenterol, 49: 853-861, 2014
- 4) Ebi M, Shimura T, Takashi Joh T, et al: Multicenter, prospective trial of white-light imaging alone versus white-light imaging followed by magnifying endoscopy with narrow-band imaging for the real-time imaging and diagnosis of invasion depth in superficial esophageal squamous cell carcinoma: Gastrointestinal Endoscopy, 81: 1355-61, 2015
(カラーはp. 4に掲載)

A case of a type 0-IIc + Is superficial esophageal squamous cell carcinoma, in which using magnifying endoscopy and endoscopic ultrasonography was effective for evaluation of the depth of invasion

Shigeo Banno	Kaoru Takabayashi
Yoshiaki Takada	Keiichiro Abe
Tetsu Hirata	Michiko Wada
Yusaku Takatori	Satoshi Kinoshita
Motohiko Kato	Miho Kikuchi
Masahiro Kikuchi	Yoichi Fujiyama
Toshio Uraoka	

The patient was a 64-year-old man in whom esophagogastroduodenoscopy showed a 30-mm-diameter, reddish, depressed, partly nodular lesion at the lower esophagus as the depth of invasion was SM1/2. Magnifying endoscopy with NBI revealed type B1 vessels in the depressed area and Type B2 vessels in the nodular area as the depth of invasion was MM1/SM1. Since there was a deviation between the white-light and NBI findings, we performed EUS, and confirmed that the third layer was intact. Based on these findings, the lesion was classified as type 0-IIc + Is with an invasion depth of MM/SM1. Based on the final pre-operative diagnosis, ESD underwent for achieving a block resection. Histopathologically, the depth of invasion of the lesion was classified as up to MM. 0-Is area contained more abundant inflammatory cells, and was observed as a tall lesion, with the result that the depth of invasion was diagnosed as deeper with white-light. The present case suggests that the depth of invasion should be comprehensively and accurately diagnosed using not only white-light but also NBI-magnifying endoscopy and EUS.

Department of Gastroenterology, National Hospital Organization Tokyo Medical Center

*Corresponding author: kaoru0902@yahoo.co.jp