●〈症例〉

術前診断が困難であったが、 ESDでの一括切除で診断に至った 食道SM2癌の1例

渕之上和弘^{1)*} 大塚隆文¹⁾ 馬越智子¹⁾ 乾山光子¹⁾
 小野真史¹⁾ 木村隆輔¹⁾ 五十嵐良典¹⁾ 住野泰清¹⁾
 島田英明²⁾ 根元哲生³⁾ 瀧谷和俊³⁾

¹⁾ 東邦大学医療センター大森病院／消化器内科，²⁾ 同／消化器外科，³⁾ 同／病院病理科

*Corresponding author: kazuhito.fuchinoue@med.toho-u.ac.jp

〔Key Words〕 食道癌，内視鏡診断

症 例

患者：65歳，男性。

主訴：特記すべきことなし。

既往歴：脂質異常症。

喫煙歴：20本/日を35年間，10年前に禁煙。

飲酒歴：日本酒3～5合/日。

現病歴：胃ポリープの経過観察目的に近医で上部消化管内視鏡を毎年施行されていた。2015年2月の検査で，胸部中部食道に0-IIc病変を認めた。生検にて炎症性変化という病理組織診断であったが，食道表在癌が否定できないため精査目的に当院を受診した。

来院時現症：身長167cm，体重65kg，体温35.9℃，脈拍72回/分・整，血圧124/64mmHg，頸部リンパ節腫脹なし，心雑音なし，肺雑音なし，腹部平坦・軟，圧痛なし。

血液検査所見：SCC3.6ng/mlと上昇を認めた。

上部消化管内視鏡：胸部中部食道の左壁に，境界不明瞭で血管透見が消失し黄色を呈する，僅かに陥凹した10mm大の粘膜を認めた(Color 1)。Narrow band imaging(NBI)ではbrownish areaを呈していた(Color 2)。ヨード染色では不整形な不染を呈し，pink color signも陽性であった。伸縮良好な病変であったが，暈目模様は消失していた(Color 3)。NBI拡大内視鏡観察では，病変内の上皮乳頭内血管ループ(intra-epithelial papillary capillary loop: IPCL)の密度は乏しく，また角化と思われる白色付着物を認めたため観察困難であったが，僅かに観察できたIPCLは周囲に比べてわずかに拡張し，ループ構造が保たれていないものの，形状は均一で口径不同も目立たず，癌・非癌・深達度診断は困難であった(Color 4)。

当院でも生検を行い炎症性変化の結果であったが，白色光観察やヨード染色で食道表在癌が疑われたため，

Fig. 1 Histopathological findings were squamous cell carcinoma, and depth was SM2.

十分なインフォームド・コンセントを行ったうえで，診断的治療目的に内視鏡的粘膜下層剥離術(Endoscopic submucosal dissection: ESD)を施行した。

病理組織学的所見：重層扁平上皮表層においては表層分化の傾向を保ち核異型も軽度だが，上皮基底側においては腫大核を有する異型扁平上皮細胞が高密度に増殖し，粘膜固有層へ圧排性に浸潤増殖する所見を認め，高分化扁平上皮癌の所見であった。病変中央において腫瘍組織は粘膜筋板を越え粘膜下層へ浸潤しており，筋板下縁から腫瘍組織までの深達距離は300μmであった(Fig. 1)。

病理組織診断：Mt, 9 mm, 0-IIc, well differentiated squamous Cell Carcinoma, pT1b-SM2(300μm), INFb, ly0, v0, pHM0, pVM0。

リンパ節転移のリスクが高いと判断し，食道亜全摘および3領域リンパ節郭清術を施行した。術後病理診断では遺残やリンパ節転移は認めなかった。

考 察

白色光観察・ヨード染色では食道表在癌が疑われたが，NBI拡大内視鏡観察・鉗子生検では癌の診断には至らず，ESDでのtotal biopsyで食道癌の診断に至った症例であった。NBI拡大内視鏡による食道の微細血管診断は，癌・非癌の鑑別・深達度診断に有用である。しかし，表層の血管変化が乏しい病変や，角化・びらんなどを形成している病変においては血管の評価が困難であると報告されている^{1,2)}。

今回経験した症例はIPCLの乏しい病変であり，ESD術前の内視鏡観察では，癌を示唆する食道学会分類のTypeB血管は認識できなかった。しかし，病理組織診断で重層扁平上皮表層において表層分化傾向であり，

核異型度も軽度である一方で、基底側においては核腫大を有する異型扁平上皮細胞が高密度に増殖し、粘膜固有層へ圧排性に浸潤増殖するといった下方浸潤傾向を呈する腫瘍であった。それが、生検で採取された検体で癌と診断が困難であった原因の1つと考えられた。ESDの手技は一般に普及してきており、さらにデバイスも進化し、ストラテジーも確立されてきたことで、ESDの合併症の頻度も減少し安全性が増して来ている。内視鏡通常観察・画像強調内視鏡でも診断が困難な病変について、ESDでのtotal biopsyが有用であると示唆された。

文 献

- 1) 有馬美和子, 都宮美華, 石川文隆: 食道表在癌における画像強調法併用拡大内視鏡診断の現状と課題. 日本消化器病学会雑誌, 113: 214-222, 2016
- 2) 有馬美和子, 都宮美華: ここまで進んだ食道がんの内視鏡診断と治療. 診断と治療, 103: 187-192, 2015
〈カラーはp. 4に掲載〉

A 65-year-old man had been receiving yearly esophagogastroduodenoscopy (EGD) at another hospital. A type 0-IIc lesion was found at the midthoracic esophagus, and he visited our hospital. We performed EGD and white light imaging revealed a shallow depressed lesion of about 10-mm diameter. The lesion was seen as a brownish area on NBI, and an unstained area by iodine staining. Magnifying endoscopy showed few intraepithelial papillary capillary loop area. We could not determine whether the tumor was malignant. Although histological examination of biopsy specimens showed evidence of inflammation, endoscopic findings suggested carcinoma. Thus, we performed endoscopic submucosal dissection (ESD) for diagnosis and treatment. Histopathological findings were squamous cell carcinoma, and depth was SM2. The surface differentiation was maintained and it might be reflected in the endoscopic findings. In this particular case, ESD was useful for diagnosis.

¹⁾Department of Gastroenterology, ²⁾Department of Surgery, ³⁾Department of Pathology, Toho University Omori Medical Center

*Corresponding author : kazuhito.fuchinoue@med.toho-u.ac.jp

A case of difficult-to-diagnose esophageal carcinoma

Kazuhiro Fuchinoue¹⁾* Takafumi Otsuka¹⁾
Tomoko Umakoshi¹⁾ Mitsuko Inuyama¹⁾
Masashi Ono¹⁾ Ryusuke Kimura¹⁾
Yoshinori Igarashi¹⁾ Yasukiyo Sumino¹⁾
Hideaki Shimada²⁾ Tetsuo Nemoto¹⁾
Kazutoshi Shibuya³⁾