●〈症例〉

Barrett食道癌の1例： 内視鏡と病理所見の対比

張 萌琳¹⁾ 横井千寿^{2)*} 秋山純一²⁾ 飯塚利彦³⁾
猪狩 亨³⁾

¹⁾ 国立がん研究センター中央病院／消化管内視鏡科, ²⁾ 国立国際医療研究センター／消化器内科, ³⁾ 国立国際医療研究センター／中央検査部門

*Corresponding author: cyokoi@hosp.ncgm.go.jp

〔Key Words〕 Barrett食道癌, 範囲診断

はじめに

Barrett腺癌の内視鏡診断は十分に確立されているとはいえない。本邦ではShort Segment Barrett's esophagus (SSBE) を背景とするBarrett腺癌が多く、右前壁側に多いという存在診断の特徴があるが、範囲診断における課題も多く残る。

症 例

患者：59歳，男性。

主訴：なし。

既往歴：高血圧，アルコール性脂肪肝，大腸ポリープ。

現病歴：58歳時，人間ドックの上部消化管内視鏡検査(EGD)で逆流性食道炎を指摘された。59歳時のEGD

で食道胃接合部(EGJ) 3時方向に発赤調顆粒状変化を認め、生検でtub1疑いとされ当院紹介となった。

臨床検査：血清抗ヘリコバクターピロリIgG抗体は陰性(<3.0U/ml)。その他特記すべき異常なし。

初回EGD(所見)：(Fig. 1-a)EGJ 3時方向に不整な発赤調顆粒状変化を認めた。背景にはZAP¹⁾ grade IのSSBEがみられた。顆粒状変化周囲には粘膜白濁が目立ち、わずかに逆流性食道炎による粘膜傷害も残存していた。

治療：炎症鎮静化目的にラベプラゾール20mg/日を3週間投与し再検した。

再検時EGD所見(Fig. 1-b)：粘膜傷害および浮腫は改善し、扁平上皮円柱上皮境界(SCJ)の形状変化を認めた。生検病理で腺癌(tub1)が確定し、CTを追加施行しcT1aN0M0の診断のもとESDを行った。

ESD所見(Fig. 2)：白色光で顆粒状変化を認めた部分に一致してNBI拡大でnetwork patternを呈する微小血管を認めた。口側境界は不明瞭であったが、Barrett腺癌の異常血管が薄い扁平上皮下に透見され、同部位は正常部分に比してわずかに肥厚してみえた(Fig. 3-a)。肛門側境界は判断が難しかったが、Line2を前後壁に追うと舌状に伸び出すSSBE線と連続することから、潜在するultra-short Barrett's esophagus線と判断した。よってLine1が病変境界と考えた。

病理所見：EGJ, 9 × 8 mm, 0-IIa+IIc, tub1, pT1a-LPM, ly0, v0, pHM0, pVM0, pR0。背景に腺上皮下の固有食道腺、癌深部における粘膜筋板の二重化、扁

Fig. 1 a: First EGD at our institution. Reddish granular change surrounded by clouded mucosa at the right wall of EGJ. b: EGD after three weeks course of oral rabeprazole showed improvement in edema and development of neosquamous epithelium. Biopsy from granular change revealed adenocarcinoma in both EGD.

Fig. 2 a: Oral side b: Anal side. NBI magnification of granular change in white light imaging. Irregular glands was seen through clouded mucosa. Network pattern of micro vessel was observed in granular changed area.

Fig. 3 a and b : Anal side observed in retroflex view. Margin demarcation was difficult to diagnose between line1 and line2. Line2 was connected to SSBE line followed to anterior side, margin demarcation was diagnosed as line1.

平上皮島がみられ、SSBEを背景としたBarrett腺癌と考えた(**Color 1-a**: 2)。浅層粘膜筋板を越えるが深層粘膜筋板は越えておらず、深達度は粘膜固有層までと診断した。口側境界にはBarrett腺癌に特徴的な扁平上皮進展が確認された。なお、切除検体のmappingでSCJに沿った帯状陥凹がみられた(**Color 1-b**: 黒点部)。病理上、SCJ直下は肛門側より噴門腺密度が低く、粘膜の菲薄化がみられた(**Color 3, 4**)。これがマクロで帯状陥凹として認識されたものと考えられた。同切片でSSBEを証明する所見は得られなかったが、前後の切片からSSBEの被蓋上皮が脱落したものと推測された。内視鏡的に同部分は(**Fig. 3, Line②**)に一致し、SSBEに連続していたことから、もとはSSBEであったと考えられ、本来のmappingは(**Color 1-b**)と推測された。

考 察

SCJに接するBarrett腺癌の約40%で口側境界の扁平上皮進展がみられ²⁾、自験例も既報³⁾と同様の手法で診断できた。一方、SCJ直下にみられた陥凹は肛門側範囲診断を難しくする要因となったが、NBI拡大での微細血管構造や粘膜模様の違い、周囲との連続性により診断した。病理学的に悪性所見はなく、また炎症細胞浸潤もみられないことから、酸逆流などによる外的要因でSSBE噴門腺が減少し限局的に粘膜が菲薄化し、相対的陥凹として描出されたとして矛盾しない。明文化はされていないが、この所見は臨床的にしばしばみられる組織所見である。なお炎症はPPI投与により消退したものと考えられる。

おわりに

Barrett腺癌の範囲診断において、噴門腺減少に伴った相対的陥凹が存在し得るという見識が、時に胃側辺縁の同定の一助になると考える。

文 献

1) Wallner B, Sylvan A, Janunger KG : Endoscopic assessment

of the “Z-line” (squamocolumnar junction) appearance : reproducibility of the ZAP classification among endoscopist, GIE, 5 : 65-69, 2002

2) 有馬美和子, 都宮美華, 川島吉之, 他 : 表在型Barrett食道腺癌の扁平上皮進展と診断. 消化器内視鏡, 26 : 571-577, 2014

3) 小山恒男 : Barrett食道表在癌の範囲診断. Barrett表在食道癌, p73-81, 日本メディカルセンター, 2015

(カラーはp. 5に掲載)

A case of Barrett esophageal cancer : comparison of endoscopic and pathological finding

Cho Hourin Chizu Yokoi*
Junichi Akiyama Toru Igari
Toshihiko Iizuka

Background : Identification of the margin is important for the diagnosis and treatment of early gastrointestinal (GI) cancer. However, it is sometimes difficult in Barrett esophageal cancer. We report a case which was able to accurate demarcation of the area.

Case : A 59 years old man received an upper GI endoscopy for follow-up of reflux esophagitis. Reddish granular change was found in posterior wall of esophagogastric junction, and biopsy of this lesion revealed adenocarcinoma. Based on the clinical diagnosis of type 0-IIc+IIa intra-mucosal cancer arising from short-segment Barrett's esophagus, ESD was performed. Although the proximal margin was unclear with influence of inflammation, recognizing mucosal thickness and microvascular network pattern is useful to diagnose demarcation line. At distal margin, demarcation line was difficult to recognize because of unnatural depressed line under SCJ considered to be caused by exfoliation of covering squamous epithelium above the cardiac gland. Pathological finding was identical with pre-operative endoscopic diagnosis of the cancer margin.

Conclusion : Approach from certificate endoscopic findings is important, especially in case of superficial Barrett esophageal cancer which is difficult to identify cancer margin.

¹⁾Endoscopy Division National Cancer Center Hospital,

²⁾Department of Gastroenterology, ³⁾Laboratory Testing Department, National Center for Global Health and Medicine

*Corresponding author : cyokoi@hosp.ncgm.go.jp