●〈症例〉

Barrett 食道の経過中に発生した
早期腺癌の 1 例村上 秩¹⁾ 大野 隆 下浜孝郎 田中博志
松木茂樹 橘田輝雄 徳山 丞²⁾ 別所 隆¹⁾伊勢原協同病院内科, ²⁾同外科

〔Key Words〕 Barrett 食道, Barrett 食道腺癌

はじめに

Barrett 食道(以下 BE)は, 食道腺癌の前癌病変と認識されている¹⁾。われわれは, 約 1 年の経過で発生した Barrett 食道腺癌(以下 BECa)の 1 例を経験したので報告する。

症例: 53 歳, 男性。

主訴: 検診による食道の精査目的。

既往歴: 高血圧。

家族歴: 父胃癌, 叔母肺癌。

現病歴: 平成 7 年 8 月, 検診の上部消化管造影検査にて食道裂孔ヘルニアと, その口側に伸展不良な円筒状の食道を指摘され(Fig. 1), 上部消化管内視鏡検査を施行し, 胸部下部食道に全周性に食道粘膜欠損を認め, その口側に縦走する発赤調粘膜を認めた(Color 1A)。ルゴール散布にて, 粘膜欠損部は不染帯で(Color 1B), 同部の生検は肉芽組織を伴った壊死のみであった。

以上より BE と考えられたが, その後通院しなくなり, 平成 8 年 8 月の検診で食道隆起性病変を指摘され, 再受診した。嚥下障害, 胸やけなどの症状はなく, 体重減少も認めなかった。

入院時現症: 異常所見なし。

検査所見: 異常所見なし。CEA, CA 19-9,

SCC もすべて正常であった。

食道造影検査: 胸部下部食道の食道胃接合部(以下 EGJ)より 3.5cm の部に, 3.0×2.5cm 大の立ち上がり急で, 表面不整な隆起性病変を認めた(Fig. 2)。

上部消化管内視鏡検査: 門歯列より 35cm から 39cm の EGJ まで全周性に赤色調粘膜を認め, その口側辺縁に表面不整な径約 2 cm 大の隆起性病変を認めた(Color 1C)。見上げにて全周性の赤色調粘膜には, 下部食道の特徴である柵状の血管像が透見された(Color 1D)。ルゴール散布では隆起性病変, 全周性赤色調粘膜とも不染帯であり, 赤色調粘膜の口側には数個の扁平上皮島を認めた(Color 1E)。隆起性病変からの生検では管状腺癌であり, BECa と診断し, 右開胸開腹胸部食道全摘胃管再建術を施行した。

切除標本肉眼所見: EGJ から口側へ約 2 cm にわたり全周性に胃粘膜は挙上し, その中央に隆起性病変を

Fig. 2 Double contrast radiograph in August 1996 reveals the protruding lesion and stricture with hiatus hernia.

Fig. 1 Double contrast radiographic findings of the esophagus in August 1995. Stricture with hiatus hernia is seen.

Fig. 3 A: Histological picture shows adenocarcinoma arising in columnar epithelium and esophageal glands in the submucosa under the tumor B: This pathological section shows well-differentiated adenocarcinoma (tub₁).

認めた(Color 2A)。ルゴール散布では、隆起性病変、その背景粘膜とも不染帯であった(Color 2B)。

病理組織学的所見：腫瘍は円柱上皮粘膜から発生しており、粘膜下層には食道腺を認めた(Fig. 3A)。腫瘍細胞は核異型が目立つが、N/C比は低く、分化した異型腺管からなり、高分化型の管状腺癌であった(Fig. 3B)。深達度はsm, n(-), ly₀, v₀であった。

考 察

BEのBECaの合併頻度は平均して10%にみられ、また発癌の危険性は一般人口の約30~350倍と報告されている¹⁾。発癌の過程はmetaplasia dysplasia carcinoma sequenceとされているものの、prospective studyは少なく、Hameetmanら²⁾の報告ではBE 50例中5例に1.5~10年で発癌しているが、high grade dysplasiaからは全例半年を経ずして発癌していた。

われわれが1970年より医学中央雑誌にて検索した、本邦におけるBECaのうち、BE診断後に腺癌の発生した症例は、本症例を含め5例³⁻⁶⁾(Table 1)のみであった。全例、高分化型腺癌であり、早期癌であったが、癌発見までの期間は0.5~7年とばらつきがあり、長期の経過観察が必要と考えられた。なお本症例は1年で比較的大きなsm浸潤の腺癌が発生しているが、1年前に非癌部を生検した可能性は否定しきれない。

5例中唯一意図的に経過観察された中島ら⁶⁾の症例は、low grade dysplasiaから半年後に発癌しており、またStreitsら⁷⁾も、BECaはBE経過観察にて発見される方が、有症状にて発見されるより明らかに早期の例が多いと報告している。やはりBEでは、内視鏡による生検を含めた厳重な経過観察(Hameetmanら²⁾、中島ら⁶⁾の報告や本症例を考えると6カ月に1度)が必要であると考えられた。

文 献

- 1) 西巻 正, 鈴木 力, 藍沢喜久雄, 他: Barrett 食道. 臨外, 52: 155~160, 1997
- 2) Hameetman W, Tytgat GNJ, Houthoff HJ, et al: Barrett's esophagus: Development of dysplasia and adenocarcinoma. Gastroenterology, 96: 1249~1259, 1989
- 3) 岩崎善毅, 吉田 操, 吉川時弘, 他: 潰瘍による狭窄, 多発腺癌を合併した Barrett 食道の1例. 胃と腸, 25: 433~437, 1990
- 4) 小西 大, 加藤抱一, 日月裕司, 他: 残胃全摘術後に発生した Barrett 様食道腺癌の1例. 日消外会誌, 24: 2565~2569, 1991
- 5) 郡 登茂子, 渥美進一, 伊勢英明, 他: 経過観察中に早期食道癌を合併した Barrett 食道の1例. Gastroenterol Endosc, 35: 1321~1326, 1993

Table 1 Barrett's cancer arising in followed up Barrett's esophagus in Japan.

No	Author	Year	Age	Sex	Period (Y)	Symptom	Location	Gross type	Size (cm)	Histology	Depth	n	ly	v
1	Iwasaki	1990	71	M	4	+	Ei	Ilb	0.3, 0.15, 0.1, 0.1	tub 1	m	0	-	-
2	Konisi	1991	52	M	7	-	Im, Ei	Pro	7.4×3.2	tub 1	m	0	+	-
3	Koori	1993	67	M	3	+	Ea	Pro	1.4×1.4	tub 1	sm	0		
4	Nakajima	1996	79	M	0.5	-	Ei	Pro	2.7×1.8	tub 1	m	0	-	-
5	Our case	1997	53	M	1	-	Ei	Pro	3.1×2.5	tub 1	sm	0	0	0

Period: interval between diagnosis of Barrett's esophagus and that of Barrett's cancer; Pro: protruding

- 6) 中島嘉之, 足立定司, 原 武司, 他: Barrett 食道に発生した食道癌の1例. 高山赤十字病院紀要, 20: 77~82, 1996
- 7) Streitz JM, Andrews CW, Ellis FH: Endoscopic surveillance of Barrett's esophagus. J Thorac Cardiovasc Surg, 105: 383~388, 1993

A Case of Barrett's Cancer Arising in Followed up Barrett's Esophagus

Satoshi Murakami¹⁾ Takashi Ohno
Takao Shimohama Hiroshi Tanaka
Shigeki Matsuki Teruo Kitsuta
Jo Tokuyama²⁾ Takashi Bessho

We report a case of early adenocarcinoma arising in Barrett's esophagus. A 53-year-old man was diagnosed with Barrett's esophagus in August 1995. An esophageal protruding lesion with irregular surface was found out by mass screening X-ray examination of the upper gastrointestinal tract in August 1996. Endoscopic examination revealed a protruding lesion in erythematous esophageal mucosa that was not stained by iodine spraying. The tumor was diagnosed as adenocarcinoma with biopsy. A subtotal esophagectomy was performed. The histological type of the tumor was well-differentiated adenocarcinoma, with the invasion limited within the submucosa and without lymph node involvement. The esophageal glands were seen in the submucosa under the tumor microscopically.

Five cases, including our case, of esophageal adenocarcinoma arising in followed up Barrett's esophagi were reported in Japan. Cancerous invasion was limited within the submucosa and there were no tumor-invaded lymph nodes in any of the 5 cases. Patients with Barrett's esophagus are recognized as having a risk of development of adenocarcinoma. If patients with Barrett's carcinoma can be identified during prospective follow-up Barrett's esophagus, they are diagnosed at the early stage and offered the possibility of curative therapy.

We think that a long term clinical, endoscopic, and careful histologic surveillance in patients with Barrett's esophagus are very important.

¹⁾Dept of Internal Medicine, and ²⁾Dept of Surgery, Isehara Kyodo Hospital.

<カラーは7pに掲載>