

鏡視下手術・内視鏡治療の併用で低侵襲に治癒切除し得た 多発胃癌合併高齢者食道類基底細胞癌の一例

(食道類基底細胞癌／胃癌、重複癌／鏡視下手術／低侵襲治療)

藤井雄介¹⁾・平原典幸¹⁾・谷浦隆仁¹⁾・石飛一成¹⁾・平山昂仙¹⁾・
百留亮治¹⁾・山本 徹¹⁾・木谷昭彦¹⁾・高井清江¹⁾・西 健¹⁾・
林 彦多¹⁾・川畑康成¹⁾・石川典由²⁾・田島義証¹⁾

Minimally Invasive Management of a Poor Performance Status Elderly Male With an Advanced Esophageal Basaloid Carcinoma and Multiple Early Gastric Carcinomas

(Esophageal basaloid carcinoma / double cancer / thoracoscopic surgery / minimum invasive surgery)

Yusuke FUJII, Noriyuki HIRAHARA, Takahito TANIURA, Kazunari ISHITOBI, Takanori HIRAYAMA,
Ryoji HYAKUDOMI, Tetsu YAMAMOTO, Akihiko KIDANI, Kiyoe TAKAI, Takeshi NISHI,
Hikota HAYASHI, Yasunari KAWABATA, Noriyoshi ISHIKAWA, Yoshitsugu TAJIMA

【要旨】食道類基底細胞癌は食道癌の特殊型の1つである。今回、多発早期胃癌を重複した進行食道類基底細胞癌を有する高齢患者に対し、鏡視下手術と内視鏡治療の併用により低侵襲に治癒切除し得た一例を経験した。症例は82歳、男性。特発性血小板減少症にて近医通院中に、食思不振、胸やけを自覚し、当院紹介となった。精査にて胸部下部に進行食道癌、また体下部大彎と前庭部大彎に多発早期胃癌を認めた。年齢、活動強度等を考慮し、まず多発胃癌病変に対して内視鏡的粘膜下層剥離術を行った。いずれもfStageIA、切除断端陰性、体下部病変は治癒切除、前庭部病変は適応拡大治癒切除であった。食道手術での再建胃管として利用可能と判断し、胸腔鏡下腹臥位食道亜全摘+3領域リンパ節郭清、腹腔鏡補助下後縦隔胃管再建術を施行した。術後の病理診断にて食道癌はBasaloid carcinoma、pT1bN3M0、Stage IIIであった。術後に肺炎などを併発したものの、保存的治療で軽快し退院した。

I. はじめに

食道類基底細胞癌は、全食道癌の中に占める割合が0.1%とされ、極めて稀である。50～70歳に好発し、扁平上皮癌と比し脈管侵襲が高度で、予後不良とされている。しかしながら、症例数が少ないこともあり、そ

の治療法などに関して一定の見解は得られていないのが現状である。一方、食道癌は多臓器の癌をしばしば重複することが知られており、中でも胃癌との重複が最も多い。今回、進行食道類基底細胞癌と多発早期胃癌を同時に重複した高齢患者に対して、鏡視下手術と内視鏡治療を併用することで低侵襲に治癒切除し得た一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例：82歳男性

主訴：食思不振、胸焼け

既往歴：特発性血小板減少症（40歳頃。ステロイド剤を約15年間に服用していたが病状安定し、現在は休薬中）。

¹⁾ 島根大学医学部消化器・総合外科学講座
Department of Digestive and General Surgery, Shimane University
Faculty of Medicine

²⁾ 島根大学医学部附属病院病理部
Department of Pathology, Shimane University Hospital

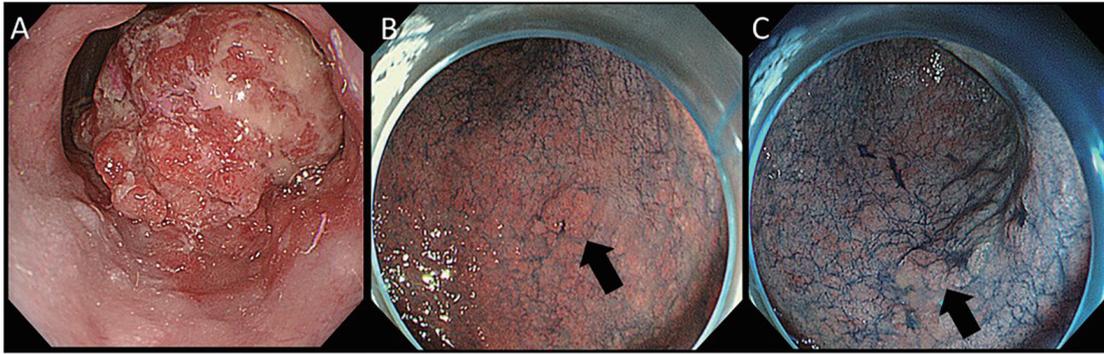


Fig. 1 術前上部消化管内視鏡検査

A: 門歯から35 cmの胸部中部～下部食道に約6×3 cmの表面不整な1型腫瘍を認めた

B: 体下部大彎に0-IIa病変(中分化腺癌)を認めた(→)

C: 前庭部大彎に0-IIc病変(高分化腺癌)を認めた(→)

腹腔鏡下胆嚢摘出術(72歳)。

嗜好歴: 日本酒3合/日を62年間。喫煙30本/日を56年間、6年前より禁煙。

家族歴: 特記事項なし。

現病歴: 食思不振、胸焼けを主訴に、かかりつけ医を受診。上部消化管内視鏡検査で、進行食道癌と多発早期胃癌の重複癌と診断され、精査・加療目的にて当院紹介となった。

入院時現症: 身長163 cm、体重51 kg、BMI 19 kg/m²。ECOG Performance Status (PS) 2。

血液検査所: 赤血球数2.68×10⁶/μL、ヘモグロビン8.6 g/dL、ヘマトクリット25.7%と小球性低色素性貧血を認めた。血小板は16万/μLであった。腫瘍マーカーはCEA、CA19-9、SCCのいずれも正常範囲内であった。血清抗 *Helicobacter pylori* 抗体は陰性であった。

上部消化管内視鏡検査: 門歯から35 cmの胸部中部～下部食道に約6 cm長の表面不整な隆起性病変を認め(Fig. 4B)、生検にて扁平上皮癌と診断された。筋層までの深達と予測され、進行食道癌と診断した。さらに、胃の体下部大彎に約8 mm大の発赤調の扁平隆起病変、前庭部大彎に約15 mm大の発赤調の陥凹病変を認め、ともに生検で中～高分化型管状腺癌の診断を得た(Fig. 1B・1C)。

超音波内視鏡検査: 食道癌の壁深達度は評価困難であった。多発早期胃癌はいずれも壁深達度mと診断した。

上部消化管造影検査: 胸部中部～下部食道に約6 cm長の陰影欠損として描出される1型腫瘍を認めた(Fig. 2)。胃病変は描出不能であった。

胸腹部造影CT: 胸部下部食道に60×30 mm大の腫瘍を認め、周囲臓器との境界は明瞭であった(Fig. 3A)。また、気管分岐部下(#107)リンパ節、および胃噴門部(#1)リンパ節の計2個が1 cm大に腫大していた

(Fig. 3B)。

以上の結果より、進行食道癌 cT2N2M0、cStage III、多発早期胃癌(体下部・前庭部、いずれも cT1aN0M0、cStage I A)と診断した。年齢、PS等を考慮し、より低侵襲性の治療法を検討した結果、多発早期胃癌に内視鏡的治療を行った後に食道癌に対する鏡視下食道亜全摘+胃管再建を行う方針とした。まず、多発早期胃癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術(Endoscopic submucosal dissection:ESD)を行った。前庭部大彎病変は0-IIa+IIc、19×15 mm、SM1 (pT1b1、10μm)、tub2>tub1、UL (-)、

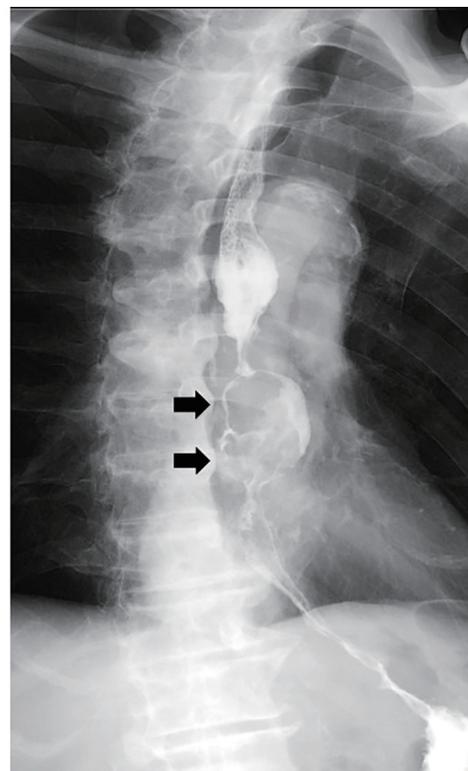


Fig. 2 術前上部消化管造影検査

胸部中部～下部食道に約6 cm長の陰影欠損として描出される1型腫瘍を認めた(→)

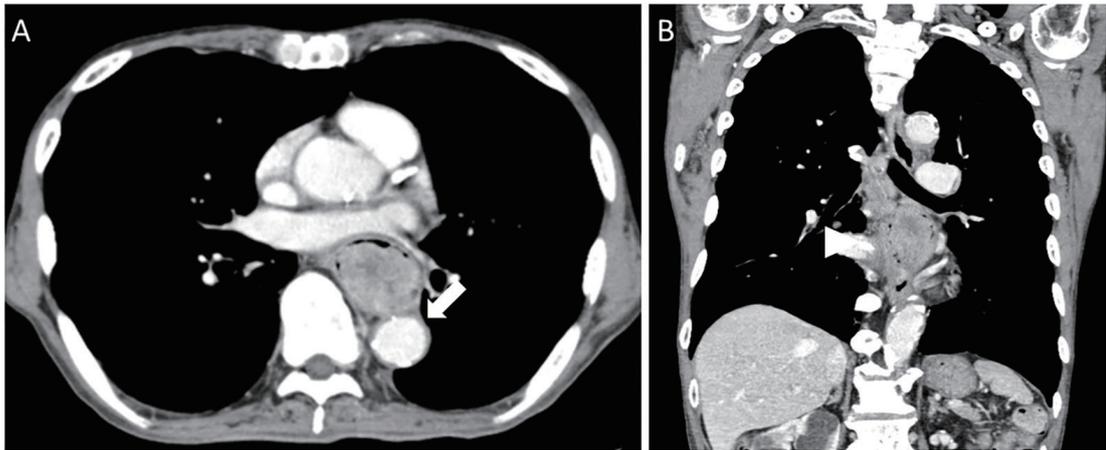


Fig. 3 胸部腹部造影 CT 検査

A: 60×30 mm 大の内腔発育型食道腫瘍を認めた (矢印)。隣接する臓器との境界は明瞭であった
B: 気管分岐部下 (#107) リンパ節 (矢頭)、および胃噴門部 (#1) リンパ節の腫大を認めた

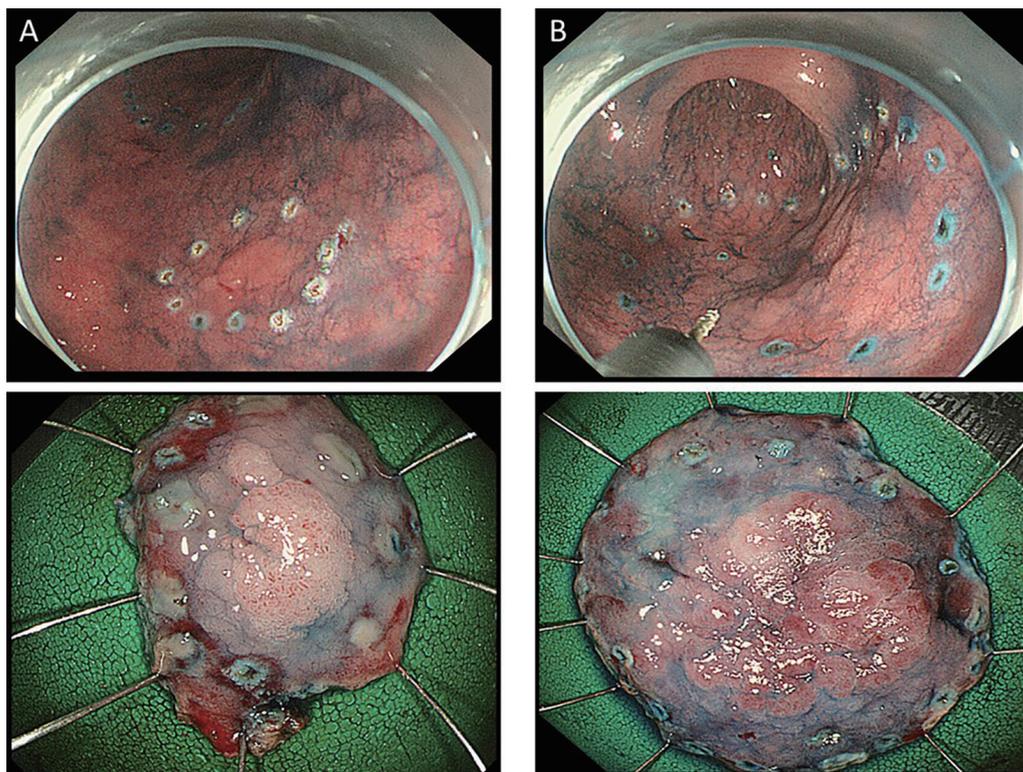


Fig. 4 多発早期胃癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術

A: 前庭部大彎病変

B: 体下部大彎病変



Fig. 5 摘出標本肉眼所見
胸部中部 - 下部食道に50×47 mm 大の表面不整な1型腫瘍を認めた

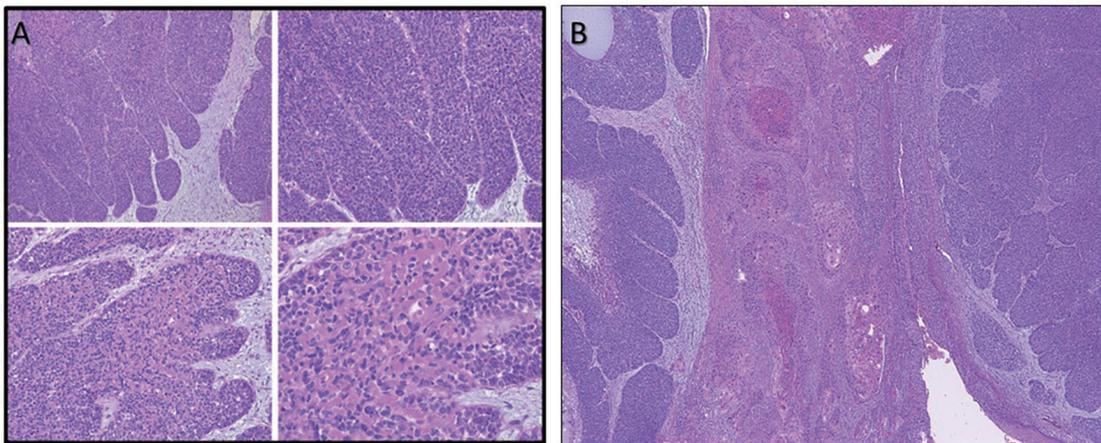


Fig. 6 病理学的所見
A：好塩基性の細胞質を有する細胞の胞巣状増殖、および好酸性の基底細胞膜様物質を認めた
B：隆起性病変の基部には扁平上皮癌の混在、癌真珠の形成を認めた

ly (-), v (-), HM0, VM0, fStageIA (Fig. 4A) であり、ESD 適応拡大治療切除であった。体下部大彎病変は0-II a, 8×7mm, M (pT1a), tub1>tub2, UL (-), ly (-), v (-), HM0, VM0, fStageIA (Fig. 4B) であり、治療切除であった。ESD の4週後に内視鏡検査を行い、内視鏡治療後の潰瘍が癒着化していることを確認した。再建胃管として利用可能であると判断し、翌週 (ESD の5週後) に食道癌根治手術を予定した。

手術：腹臥位胸腔鏡下食道亜全摘、3領域リンパ節郭清、腹腔鏡補助下後縦隔経路胃管再建を行った。手術

時間は13時間28分、総出血量は100 mlであった。

摘出標本肉眼所見：胸部中部 - 下部食道に50×47 mm 大の表面不整な1型腫瘍を認めた (Fig. 5)。

病理学的所見：好塩基性の細胞質を有する細胞が胞巣状に増殖し、好酸性の基底細胞膜様物質を認めた (Fig. 6A)。隆起性病変の基部には扁平上皮癌の混在、癌真珠の形成を認めた (Fig. 6B)。右噴門 (#1)、左胃動脈幹 (#7)、頸部食道傍 (#101) のリンパ節に転移を認めた。最終診断は類基底細胞癌、pT1b (SM3)、ly2、v2、pPM0、pDM0、pRM0、pN2、M0、fStage II であり、手

術根治度はAであった。

術後経過：術後、気管食道瘻および難治性の肺炎を発症したが、保存的加療にて軽快した。活動強度改善のためにリハビリテーションの継続が必要となり、術後90日目に転院となった。その後、再発なく経過していたが、化膿性脊髄炎を発症し、術後9か月で永眠された。

II. 考 察

食道類基底細胞癌は、基底細胞に類似した小型の細胞が充実性ないし胞巣状に増殖し、ときに不規則な腺様、小嚢胞様構造を形成する。この癌の特徴として、胞巣内外に基底膜様物質の沈着を認め、上皮内や浸潤部に扁平上皮癌を有することが多いとされる¹⁾。食道癌全体の中に占める割合は0.1%程度とする報告が多い^{2,3)}。臨床的特徴としては、50～70歳代の比較的若年の男性に好発するとされ、男女比は3～6：1である。発生部位については中下部食道に好発する。早期癌、進行癌とも隆起型を呈することが多く、通過障害をきたし、嚥下困難を訴える症例が多い¹⁾。予後に関しては扁平上皮癌より悪いとする報告がみられるが^{2,4,5)}、症例数が少ないこともあり、現在のところ一定の見解は得られていない。治癒切除ができる場合、リンパ節転移陰性例では手術のみ、リンパ節転移陽性例では扁平上皮癌に準じた化学療法が行われる⁴⁾。

自験例は多発早期胃癌を同時重複していた。食道癌全体での同時性重複癌は7%にみられ、重複臓器としては胃が最も多く、3.5%と報告されている⁶⁾。食道類基底細胞癌と胃癌の重複癌は症例報告を散見する程度であるが⁷⁾、食道と胃の同時性重複癌では、食道切除術を行う際の再建臓器の選択が問題となる。手術の安全性、簡便性、侵襲性や、より生理的であることなどから通常は胃管が用いられるが、胃管を利用できない場合には遊離空腸や結腸による再建となる。高齢化が進む中、食道癌と胃癌の重複癌は今後さらに増加するものと思われるが、食道癌手術の術後合併症の頻度や手術死亡率は周術期管理が向上した現在でも極めて高い⁸⁾。従って、特に高齢患者の治療に際しては、加齢に伴う心肺機能の低下や種々の合併症、PS低下など様々な因子⁹⁾に配慮するとともに、個々の症例に応じた治療戦略が要求される。

われわれは、2008年～2013年までの6年間に、本例以外に3例の食道癌と胃癌の同時性重複癌を経験している。1例は86歳・男性・PS2で、加えて心肺機能と腎機能の低下を認めたため、食道癌に対しては根治的放射線照射のみとし、胃癌に対して胃全摘術を施行した。

他の2例はともに全身状態が良好（62歳・男性・PS0、72歳・男性・PS0）で、食道亜全摘、胃全摘、結腸再建を施行した。この2例はいずれも胸部中部食道癌症例で、胃癌が進行癌であった。従って、根治的切除と根治的リンパ節郭清を考慮すると胃の温存は不可能であった。今回の症例は82歳、PS2で、進行食道癌と多発早期胃癌の同時重複例であった。根治性と手術侵襲のバランスを考慮し、多発早期胃癌に対する内視鏡治療を先行して行い、その後に鏡視下食道亜全摘、腹腔鏡補助下後縦隔経路胃管再建を行った。多発早期胃癌はいずれも大彎側に存在し、胃管を再建臓器とすると当然ながら胃癌治療部位が胃管内に残存することになる。しかし、胃癌の肉眼型と組織型、深達度からESDの拡大適応の範疇にあり¹⁰⁾、ESD後の病理所見からも、追加切除や追加リンパ節郭清は不要と考えられ、再建胃管として利用可能であると判断した。この様に、食道癌と胃癌の同時性重複症例において、食道癌による閉塞症状がなく内視鏡操作が可能、かつ内視鏡治療で根治が期待できる早期胃癌であり、さらに内視鏡治療後の潰瘍が治癒するまで食道癌根治手術を待機できる場合には、胃管を再建臓器として利用できると思われる¹¹⁻¹³⁾。勿論、この際には、術後の新たな胃管癌や他の後発重複癌の発生に留意しながら注意深い経過観察が必要となる¹⁴⁾。特に胃管癌は、進行癌となつては、リンパ節制御も含めた十分な治療は困難であることが多く、内視鏡による早期発見・早期治療に努めることで、その予後の改善につながると考えられる^{15,16)}。

食道癌と早期胃癌を同時重複した症例において、胃癌に対する内視鏡治療を先行して行う場合には、内視鏡治療に伴う潰瘍の治癒遅延により手術待機を余儀なくされる間に食道癌が進行する可能性や、潰瘍瘢痕に伴う胃の変形や進展不良が生じる可能性が問題となる。しかし、現在はプロトンポンプ阻害剤など潰瘍治療が進歩しており^{17,18)}、本例でも潰瘍治癒の遷延は見られず、胃の伸展性が良好であることを術前の内視鏡検査で確認した。術中も、胃管作成に問題はなく、胃管の変形や伸展不良などもみられなかった。

III. 結 語

多発早期胃癌を重複した食道類基底細胞癌を有する高齢患者に対して、ESDによる胃癌根治治療を行った後、胃管再建による胸腔鏡下食道亜全摘術を施行した。今後、高齢化社会に伴い、多発癌や重複癌が増加していくものと思われる。同時に、心肺機能低下や基礎疾患を有する症例の増加が予想される。従って、個々の

病態に応じた、より低侵襲に根治を目指す集学的な治療戦略の必要性がますます高まってくものと思われる。

文 献

- 1) 串田吉生. 食道の類基底細胞癌. 病理と臨床 2008; 26 (8) : 858-859.
- 2) Suzuki H, Nagayo T. Primary tumor of the esophagus other than squamous cell carcinoma; histological classification and statistics in surgical and autopsied materials in Japan. *Inv Adv Surg Oncol* 1980; 73-109.
- 3) 国立がんセンター編. 全国食道登録調査報告 1969-1984.
- 4) 掛川暉夫, 藤田博正, 島 一郎, 他. 他の食道悪性腫瘍-治療の実際. 日消外会誌 1992; 15 : 896-904.
- 5) 秋山浩利, 国崎主税, 市川靖史, 他. 食道類基底細胞癌の1例. 日臨外会誌 1999; 60 : 533-1536.
- 6) Soji Ozawa, Yuji Tachimori, Hideo Baba, *et al.* Comprehensive registry of esophageal cancer in Japan, 2002. *Esophagus* 2010; 7 : 7-22.
- 7) 松本壮平, 上野正闘, 高山智燮, 他. 他臓器癌を重複した食道類基底細胞癌の2例. 日臨外会誌 2009; 70 : 1335-1340.
- 8) The Japanese Society for Esophageal Diseases. Comprehensive registry of esophageal cancer in Japan (1988-1997). 3rd ed. ; 2002.
- 9) 福元俊孝, 徳田和信, 浅谷倫代, 他. 高齢者食道手術における3領域リンパ節郭清の評価と問題点. 日消外会誌 1995; 28 (5) : 979-986.
- 10) 日本胃癌学会(編). 胃癌治療ガイドライン. 第4版. 東京: 金原出版; 2014.
- 11) 神津慶多, 辻本広紀, 平木修一, 他. 治療方針決定に難渋し、手術を施行し得た同時性多発食道癌・多発胃癌の1例. 防衛医科大学校雑誌 2014; 39 (4) : 269-274.
- 12) 松谷 毅, 内田英二, 丸山 弘, 他. 同時性食道胃早期重複癌に対し minimally invasive surgery を行った1例. 臨床外科 2010; 65 (10) : 1445-1450.
- 13) 藤島則明, 開発展之, 浜口伸正, 他. 早期胃癌に巨大な食道のいわゆる癌肉腫を合併した1例. 高知市医師会医学雑誌 2006; 11 (1) : 127-130.
- 14) Oki E, Morita M, Kimura Y, *et al.* Gastric cancer in reconstructed gastric tube after radical esophagectomy: a single-center experience. *Surg Today* 2011; 41 (7) : 966-969.
- 15) 森 和彦, 瀬戸泰之. 同時性・異時性重複がんの実態と診療戦略 食道癌. 臨床外科 2015; 70 (12) : 1346-1351.
- 16) 萩原信敏, 松谷 毅, 野村 務, 他. 食道癌術後再建胃管癌の臨床病理学的検討 本邦報告165例の年代による変化と傾向. 日消誌 2014; 111 (3) : 512-520.
- 17) 日本消化器病学会(編). 消化性潰瘍ガイドライン. 東京: 南江堂; 2009.
- 18) 辻 晋吾. 治療をめぐる最近の進歩 高齢者の消化性潰瘍-エビデンスと対策. 医学のあゆみ 2004; 210 (5) : 495-499.

(受付 2016年8月4日)