

宿題報告

## 食道癌再発の実態と対策

千葉大学医学部第2外科  
磯野 可一

### THE RECURRENCE AND MEASURES AFTER SURGERY FOR THE CANCER OF INTRA-THORACIC ESOPHAGUS

Kaichi ISONO

2nd Department of Surgery School of Medicine Chiba University

教室の1959~1982年間に切除された胸部食道癌再発例のうち、その再発形式の明らかな症例147例を中心に、その再発の実態について調べ、そのおのおの再発形成に対する対策について述べた。

これら再発の原因としては、癌腫の病理組織学的所見からは、深達度、リンパ節転移、断端癌遺残、脈管内侵襲、壁内転移、上皮内癌、神経周囲浸潤などは重要な所見である。

そして、最も多い再発形式のリンパ節再発は、多くは手術の際の取り残しによるものである。したがって、現段階での対策の1つとして手術の安全性にともないできるだけ十分なリンパ節郭清を行う拡大手術を施行すべきである。そして、これと平行して全身療法の確立が大切である。

索引用語：リンパ節再発、臓器再発、残遺食道再発、局所再発、腹膜再発

#### 食道癌再発の実態と対策

日本の食道癌治療が瀬尾、大沢に始まり、中山、桂、赤倉などによる努力によって、その成績は著しく向上した。そして、その手術死亡率は全国的に10%前後の値に落ちついている。

そして現在、遠隔成績の向上にむかって努力されている。

この遠隔成績の改善を図るためには、食道癌再発の実態を見つめ、その1つ1つに対する対策を立て、実行していくことが大切であると考える。

#### I. 症例ならびに検索方法

症例は教室の1959~1982年に切除された胸部食道癌(扁平上皮癌)は719例である。そして、これらの症例に対する手術術式は、原則として、Iu, Imには右開胸胸部食道亜全摘、胸壁前食道胃吻合術を施行し、リンパ節郭清は、右胸部、腹部、と左頸部の一部を郭清した。Eiの一部のものには、左開胸、胸腔内食道空腸(胃)吻合術が行われた。そして、リンパ節郭清としては左

胸部中下部、腹部のリンパ節が郭清された。

また、1965年までは分割手術(I, II期, III期)が主体であった。

合併療法として、1972年までは術前照射として総量2,000~3,000radが照射された。そして1972年から照射(3,000)+Bleomycin(75~100mg)を、1975年から照射+Bleomycin+免疫療法剤の併用療法を施行している。

術後照射としては、癌遺残部における照射は古くより行われていたが、予防照射は、1975年頃から、系統的に頸部、上縦隔に施行されている<sup>1)</sup>。

これら症例のうち、とくに臨床検査、ならびに剖検などによって再発の所見が、かなり明らかなもの147例を選び、その再発の実態を調べた。

#### II. 成績

##### A. 食道癌の特性

著者は、1971年食道癌の予後を検討して、その予後を左右する因子として、患者側の因子(全身状態、癌腫進行度)と治療面での因子(手術、術後合併症、合併療法、術後管理—とくに栄養)の2つをあげ、とくに前者の患者側の因子について報告した<sup>2)</sup>。全身状態の中では性別と年齢に言及し、性別では女性の子後が、

※第22回日消外会総会

<1983年10月18日受理>別刷請求先：磯野 可一

〒280 千葉市亥鼻1-8-1 千葉大学医学部第2外科

年齢では40歳以下の若い者が良好であることを述べた。

癌腫の側からは、深達度、リンパ節転移、壁内転移、脈管内侵襲、上皮内癌、神経周囲浸潤などの各因子の重要性を強調した。この中で、上皮内癌に関しては、著者は1962年食道癌と異型上皮との関連において、日本病理学会にその存在を報告した<sup>3)</sup>。そして、これらの各因子の存在率をみると、切除検索例616例中、脈管内侵襲54.4%、壁内転移21.8%、神経周囲浸潤5.7%、上皮内癌22.1%（I型63.2%、II型36.8%）であった。

従来、扁平上皮癌は、単に腺癌よりも性の良いものと考えられていた。しかし、著者は扁平上皮癌も脈管内侵襲頻度の高いこと、そして、その予後を大きく左右していることを強調してきた<sup>4)</sup>。事実脈管内侵襲の有無別に生存率をみると、脈管内侵襲のないものの5生率は25.9%、10生率は16.4%であり、脈管内侵襲のあるものでは、5生率8.1%、10生率6.5%と明らかに有意差が認められた。

B. 食道癌再発とその対策

まず、食道癌の再発形式を、その主たる再発をとり、次の5つに分類した。すなわち、147例のうち、リンパ節再発は62例42.2%、臓器再発は59例40.1%、残遺食道再発は11例7.5%、局所再発は10例6.8%、腹膜再発は5例で3.4%である。以下これら各再発形式別に、その再発の実態と対策について述べる。

1. リンパ節再発

再発の実態

リンパ節再発は、再発形式の中でも最も頻度の高いものである。ここで、日本病理剖検輯報から食道癌切除後、直死または再発死亡例を合わせた1,425例について癌の存在部位を調べてみると表1のごとくである。

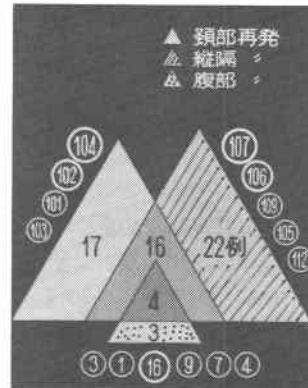
まず、再発死亡例883例についてみると、頸部、傍気管、肺門、さらに腹部では後腹膜（傍脾と合わせると31%）のリンパ節再発が、おのおの20~30%と高い再発率を示している。これを直死または他病死例についてみると、全体的に頻度は低いが、再発部とほとんど同じ部位で癌遺残の頻度が高くなっている。すなわち、癌遺残部からの再発が主であると考えられる。

教室のリンパ節再発症例62例について、その再発部位を調べてみると、頸部単独再発は17例、27%、上縦隔単独再発は22例、35%、腹部単独再発は3例、5%であった。ほかの症例は頸部と縦隔リンパ節再発が同時に認められたもの16例、腹部リンパ節も含めて三分野にわたったものが4例認められた（表2）。

表1 食道癌切除後剖検例のリンパ節転移率（日本病理剖検輯報、昭和45~55年度）

部位	再発死 (883例)	術死・ 他病死 (549例)
頸部	29.8%	7.5%
傍気管	27.2	9.1
縦隔	14.3	3.1
気管分岐	11.3	3.8
肺門	23.7	5.5
傍食道	3.2	2.4
傍大動脈	16.4	3.6
傍胃	9.7	3.5
後腹膜	17.4	4.2
傍脾	13.6	2.6
なし	22.2	68.1

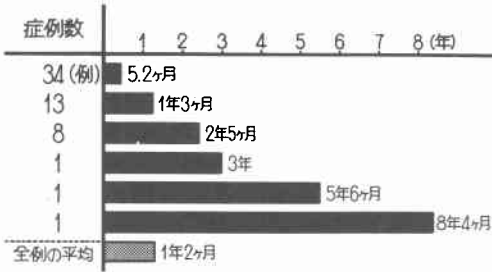
表2 リンパ節再発 再発部位（62例）



リンパ節個々についてみると、頸部では鎖骨上窩リンパ節（No. 104）深頸リンパ節（No. 102）に、縦隔では気管分岐部（No. 107）傍気管リンパ節（No. 106）などが、腹部では傍大動脈（No. 16）などが高い再発率を示していた。

これらリンパ節再発をきたした症例の病理組織像をみると、深達度（a）、リンパ節転移（n）、stageともに進行したものが60~80%を占めているが、逆に、早い症例でも30%前後にリンパ節再発をみている。次に、脈管内侵襲lyvについてみると、lyv⊕のものが61.3%と高い値を示している。そこで、早い時期の症例であっても、lyv⊕の有無を検索して、リンパ節再発に対処することが必要である。このように、リンパ節再発例において、約60%のものにlyv⊕があることは、ほかに当然臓器再発の併存が考慮されることである。

表3 リンパ節再発  
再発までの期間 千大2外 1959~1982



そこで、これらリンパ節再発が認められた場合に、単にリンパ節再発のみであるのか、あるいは、ほかの再発形式を併存しているかを知ることは、再発時の治療ならびに予後を推測するためには重要なことである。

再発して死亡する場合は、末期の状態であるが、このことを一応、剖検輯報で調べてみると、883例の検索例のうち、リンパ節再発と臓器再発が併存する場合は頻度は高く、40%を占めている。しかし、末期の状態であってもリンパ節再発のみのものが約5%、臓器再発のみのものが8%に認められている。

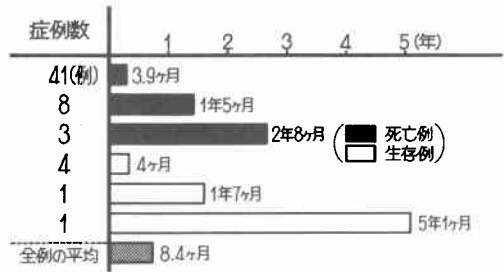
ほかは局所再発または播種性転移によるものであった。そこで、教室の症例でリンパ節再発に臓器転移を併発した症例をみると、62例中26%であり、その転移臓器は最も多いのが肺であり、次いで、肝、胃、脊椎、その他腹壁、脳、皮膚などの順となっている。

次に、これら症例の手術後再発までの期間(表3)を調べてみると、最も多いのは1年未満の症例で34例あり、その平均は5.2カ月である。1年過ぎて2年未満のものは13例あり、その平均は1年3カ月である。同様に8例の平均は2年5カ月となっている。ところが、3年過ぎてからの再発例も3例あり、5年6カ月、8年4カ月の後に再発をみたものもある。これら長期再発例は、術前合併療法は施行されているが、術後の治療は全く行っていない。

リンパ節再発全体の平均期間は1年2カ月である。さらに、再発後の生存期間(表4)を調べてみると再発までの期間と再発後の生存期間とは全く平行関係は認められなかった。

生存期間としては、やはり、1年未満の死亡例が多く41例であり、その平均生存期間は約4カ月である。再発後、現在なお生存している症例は、中抜きのバーで示しているが、中には5年すぎの現在も健在な症例

表4 リンパ節再発  
再発後の生存期間 千大2外 1959~1982



も認められる。これら症例全例の平均生存期間は8.4カ月である。

ここで、リンパ節郭清の問題に関して、少し私見を述べてみたい。まず、リンパ節転移群から生存率をみると、確かにnナンバーの進むにつれて、その予後は不良となっている。

しかし、n(-)の症例が全体の40%前後を占めていること、しかも、5生率が約30%と、それ程満足できる値とはいえない。このことは全国集計でもあまり変りはない。

そこで、食道癌のリンパ節転移を考えてみると、頸部、胸部、腹部の3つの分野に分かれていること、そして、n(-)とかn⊕といっても、どの部位を郭清してのものか、現在の規約では明らかではないことに問題がある。

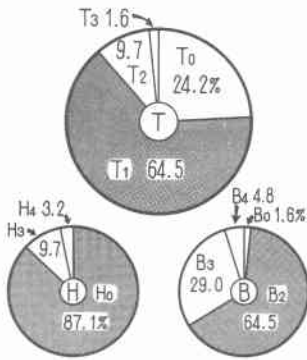
私は、リンパ節の郭清範囲がある程度、部位別に明記できればと考え、仮に頸部をHで、胸部をTで、腹部をBで表現するHTB分類を用いてみた。

たとえば、H<sub>0</sub>とは頸部のリンパ節を郭清していないもの、そして、胸部食道癌の場合は頸部に1群、2群のリンパ節がないため、H<sub>1</sub>、H<sub>2</sub>を省略し、頸部の第3群リンパ節を郭清していればH<sub>3</sub>、次いでH<sub>4</sub>と表現することにした。同様、胸腔内ではT<sub>0</sub>、T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub>、T<sub>3</sub>と表現し、腹腔内ではB<sub>0</sub>、B<sub>2</sub>、B<sub>3</sub>、B<sub>4</sub>と表現する。

たとえば、H<sub>0</sub>、T<sub>2</sub>、B<sub>2</sub>とすれば、この症例は頸部の郭清を施行せず、胸腹腔内は第2群リンパ節まで郭清したものであることがわかる。

教室では、数多くの人達によって食道癌手術が施行されるわけであるが、今、リンパ節郭清範囲をHTBで分類してみると、表5のごとくである。胸腔内であるTからみると、T<sub>0</sub>が24.2%、T<sub>1</sub>が64.5%に認められるが、T<sub>2</sub>9.7%、T<sub>3</sub>は1.6%にすぎなかった。HではH<sub>0</sub>が87.1%にみられる。逆に腹部では、B<sub>0</sub>が1.6%と少な

表5 リンパ節郭清範囲 (HTB分類) 千大2外 1959~1982



く、B<sub>2</sub>が64.5%、B<sub>3</sub>が29%に認められている。これらの事実を考えると、リンパ節再発が頸部、上縦隔に多いことが理解される。

対策

ここで、リンパ節再発に対する対策を考えてみると、予防的対策と治療の2つに分けられ次のごとく集約される。

I. 予防的対策

1. 食道癌の早期発見，早期治療
2. 徹底したリンパ節郭清，とくに、No. 107を中心とした縦隔ならびに頸部リンパ節郭清（CT超音波内視鏡などによる術前リンパ節転移の診断）
3. 予防的合併療法

II. 治療

1. 再発の早期発見，治療：X線，CT，Echoによる定期的検査

2. 再発部の外科的治療+照射，免疫化学療法
3. 根治的合併療法（照射，Cisplatin投与）

この中で予防的対策としては、まず、頸部、上縦隔を含めた徹底したリンパ節郭清に努める必要がある。また、手術死亡率の減少した今日、その時期にきているものと思われる。治療としては、X線のほかCT、Echoを定期的を使用して、再発を早期に発見し、治療することを強調したい。

そこで、教室で最近行っているこれらの対策の一部を紹介する。

手術時におけるリンパ節の郭清には、多少時間がかかるが、部分的にCU SAを用いて行っている。このことにより安全で、かつ、郭清リンパ節個数は増加している。

また、Iu進行癌では症例を選んで、従来の右開胸と腹腔内手術のほかに、両側頸部郭清と胸骨縦切開を加えたリンパ節郭清を行い検討している。

さらに、術後の検査には、CT scanningを定期的に行うことにしている。最近では単純CT、bolus CTのほか、教室独自の気縦隔CT、さらには食道超音波内視鏡などを用いている（写真1）。

症例を供覧する。患者は58歳の男性で、Eiの進行癌であり、術前照射の後、右開胸で切除し、胸壁前食道胃吻合術を施行した。そして、術後1カ月、3カ月、6カ月とCT検査を行ってきたが、再発の所見は認められなかった。ところが11カ月のCTで、傍気管左側後壁にmassを認めた。13カ月には腫瘤は増大し、嚔声も表われてきた。そこでCisplatinの投与を行い200mg投与した直後のCTではあるが15カ月目には腫瘤

写真1 胸腔内リンパ節診断

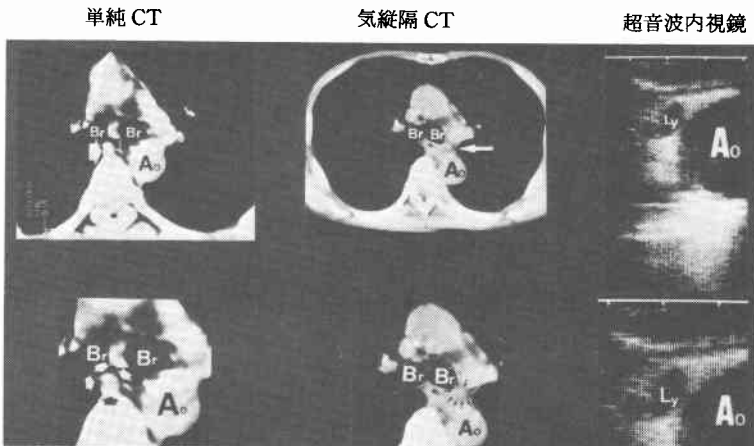
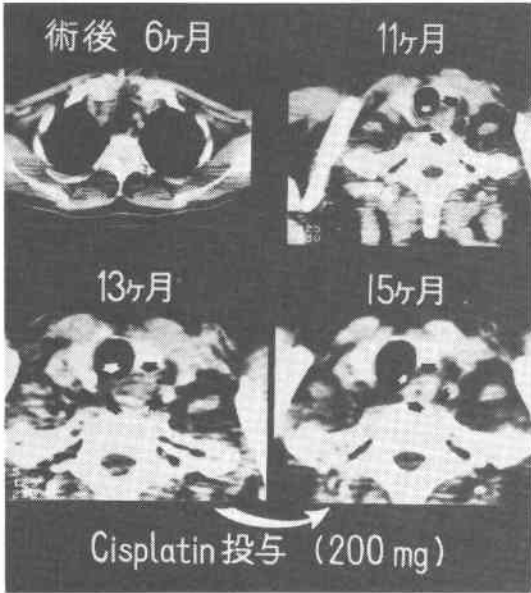


写真2 リンパ節再発(上縦隔リンパ節再発)

症例 T.K.: 58歳, 男性, CT スキャンによる術後経過



は縮小している(写真2)。現在なお, Cisplatin の投与を続けている。

次に, 頸部リンパ節再発の症例は, 外来で比較的容易に腫瘍を触知することができるが, このような症例には積極的に腫瘍摘出⊕照射または化学療法を追加している。

このように, これまでの頸部再発例に対してリンパ節の摘出と, 照射を施行してきた症例の予後をまとめると表6のごとくである。

photon 照射例は, 再発後1年前後, または1年以内に死亡しているものがほとんどであるが, 速中性子線を照射したものの中には, 再発後3年, 5年の長期にわたるものがある。これは一概に, 速中性子線の効果ばかりではなく, 多少症例のかたよがりがあり, photon 照射例には進行癌でlyv ⊕の症例が多い。

全体を通じて, 原発巣が早い症例でlyv ⊖のものは, 再発治療後の予後も十分期待できるものもあるといえる。

しかし, 今後はどうしても強力な免疫化学療法が必要である。

## 2. 臓器再発

### 再発の実態

リンパ節再発とともに最も多い再発形式の1つであ

表6 頸部再発リンパ節摘出+照射例の予後 千大2外 1959~1982

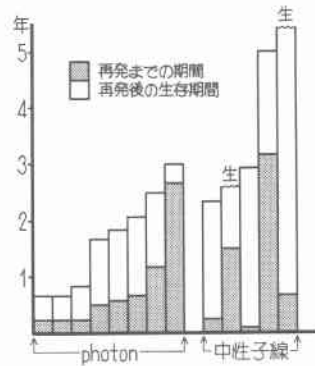


表7 再発臓器 検索例59例 千大2外 1959~1982

再発臓器	例数	%
肺	27 (20)	45.8
肝	21 (11)	35.6
骨	20 (6)	33.9
脳	4 (3)	6.8
腎	4	6.8
副腎	2	3.4
皮膚	2	3.4

( )内は単独再発と推定される症例

る。

ここで, 食道癌切除後の臓器転移が, どのような部位に起こりやすいかを, 剖検輯報から調べた。再発死883例, 直死549例中, 肺の再発転移率が最も高く再発例で57% (直死例で8%), 次いで肝の43% (7%), 骨の24%(2%), 副腎の13%(1%), 脾の12%(2%), 胃の9%(2%), 食道の4%(1%)となっている。

これを教室の症例で調べると, ほとんど同様の傾向である。ただ, これら症例の中で, 単独再発と思われるものは, 肺転移例で20例, 肝で11例, 骨で6例, 脳で3例となっている(表7)。このことは, たとえ臓器転移があったとしても, 即あきらめることなく, 積極的治療を行う必要性を物語っている。

次に, これら血行性転移を起こした症例の病理組織所見と再発臓器を調べた(表8)。まず, 54例のうち, 85%のものに脈管内侵襲か壁内転移を認めた。そして, このうちの70%のものは, 多臓器に再発しており, 残り30%のものは肺のみの転移であった。また脈管内侵襲の認められなかった約15%のものは, 右の円に示すごとく, リンパ節転移がn<sub>2</sub>以上⊕の症例が63%であっ

表8 臓器再発

病理所見と再発部位 千大2外 1959~1982

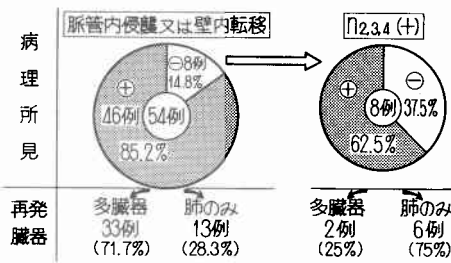
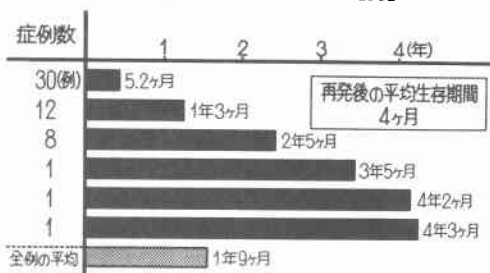


表9 臓器再発

再発までの期間 千大2外 1959~1982



た。そして、これらlyv⊖でn<sub>2</sub>以上⊕症例の臓器転移は、lyv⊕例の場合とは逆に、肺のみの転移が75%で、多臓器転移は25%にすぎなかった。このことは臓器転移治療上にも極めて重要な所見と思われる。

ここで、臓器再発例における術後再発までの期間を調べてみると表9のごとくである。

1年未満のものが最も多く、30例でその平均期間は5.2か月である。そして、1年すぎ、2年過ぎの再発例は12例、8例となっており、1年3か月、2年5か月である。中には3~4年すぎて再発した症例も認められる。

これら臓器再発例の平均再発までの期間は、1年9か月である。また、再発後の生存期間を調べてみると、再発までの期間とはまったく平行関係はなく、平均4か月にすぎない。

対策

臓器再発に対する対策としては、ほぼ、リンパ節対策と同じであるが、予防的対策としては、lyv⊕や壁内転移の認められるもの、また、リンパ節転移がn<sub>2</sub>⊕以上症例には、予防的に免疫化学療法が必要である。また、治療としては、外科的切除可能なものはできるだけ切除を行い、その後合併療法を施行すべきであることを強調したい。

写真3 臓器再発(肝転移)

症例 S.T.: 53歳, 男性, 転移巣(5ヵ月後)



ここで、積極的の外科手術を施行した症例を供覧する。症例

患者は53歳男性で、Im Eiに10数cmにわたる鋸歯型の食道癌があり、術前照射施行後、右開胸胸壁前食道胃吻合術を施行した。ところが、術後5ヵ月を経て、CT, Angiographyで写真3に示すごとく、肝右葉に転移を認め、右葉切除手術を施行した。右はその断面像と組織である。現在、わずか4ヵ月であるが健在である。

しかし、症例によっては、ほとんど手のつけられないものも認められる。たとえば、ほかの1例は原発巣が早期癌であったが、lyv⊕の所見が認められた。切除手術後経過は順調で退院後元気に社会復帰していた。ところが3年6ヵ月を過ぎた頃から突然脳症状をきたし、1ヵ月足らずで死亡した。解剖の結果、肺、肝、腎、脳のほか多数の縦隔部のリンパ節再発を認めるほとんど全身性の転移をきたしていた。このような症例には、早期より有効な化学療法が必要である。

教室では最近、再発例ならびに非切除例に対して、積極的にCisplatinを使用しており、現在までに15例使用している。

その効果は表10に示すごとくであるが、中には非切除例で2年近く生存しているもの、また、再発により、死亡直前までいった症例が、一時緩解して退院することができた症例など、とくに有効なものも認められ、今後研究に値する薬剤と思われる。

表10 Cisplatin 投与例

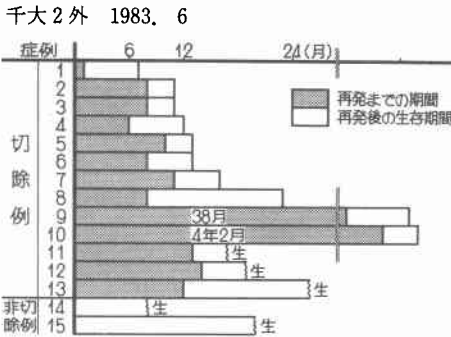
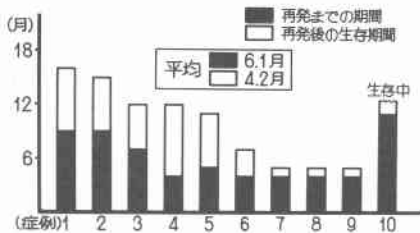


表11 局所再発

再発と予後 千大2外 1959~1982



### 3. 局所再発

#### 再発の実態

ここで局所再発としたものは、癌の存在していた後縦隔に発生したものであり、その中でも、明らかに局所のリンパ節によると判断されたものは、リンパ節再発にいい、残遺食道に再発したものは、別に残遺食道再発の項を設けた。

この条件で分類した局所再発例は、すべて  $a_3$  症例であった。このような  $a_3$  症例は切除例の約26%に認められている。

そして、これら  $a_3$  症例の予後は、極めて不良であり、5生率はわずか2%にすぎない。

この  $a_3$  症例の中で局所再発をきたしたのものについて調べてみると、再発死亡例の剖検所見はほとんどのものが後縦隔を縦に広がる広い連続性の病巣を呈し、多くは胸膜播種をともなっていた。

ここでは局所再発例の再発までの期間と再発後の生存期間をみると、表11のごとくである。平均再発までの期間は6.1カ月で、再発後の生存期間は4.2カ月であった。

#### 対策

局所再発に対する対策として、次のものがあげられ

る、

1. 浸潤臓器の合併切除
2. 縦隔播種に対する対策（スポンゼル・プレオマイシンの挿入）
3. 術前・術後の合併療法（とくに、Ef3を得るように努める）
4.  $A_3$  症例であっても、切除する以上、十分なリンパ節の郭清に努める
5. その他

ここで、局所再発の所見が後縦隔を縦に広がる病巣であることから、その原因は、単に術中局所への癌遺残によるものだけ考えられず、多くはこのような  $a_3$  症例では術前から術中を通して後縦隔へ広い範囲での癌細胞の撒布ということが十分考えられる。対策のNo. 3は症例がまだまだ少ないのであるが、術前合併療法によってEf3となった症例には、この再発形式は認められなかった。したがって、現在のところ、少なくともこの再発形式に対してはEf3の症例を得よう心掛けている。

ここで、教室では早くから術前合併療法として、照射に制癌剤、免疫療剤を用いたり、photonに代わり、速中性子線を用いてきたが、今、photonを用いたものと速中性子線を用いたもので、その効果を比較してみると  $a_3$  症例における結果は次のごとくである。

Photonを用いた場合100例の症例の中、Ef 57%, Ef2 34%, Ef3 39%となっている。これに対して、速中性子線を用いた場合は10例であるが、Ef1 30%, Ef2 40%, Ef3 30%となっており、速中性子線におけるEf3の出現率が高くなっている。

症例の追加と同時に、現在、速中性子線の効果が検討されている。

#### 4. 残遺食道再発

##### 再発の実態

残遺食道再発の症例（写真4）を供覧する。患者は63歳の男性でEiの食道癌であり、右開胸で胸腔内食道胃吻合術を施行した。術後4カ月を経て右のX線像のごとく、Iuの部に腫瘤陰影を認めた。そして、生検で扁平上皮癌であった。

ここで、残遺食道再発をきたす因子を考えてみると、壁内転移（血行性、リンパ行性）、上皮内癌（多発癌）の遺残、口側断端癌遺残、局所リンパ節転移の食道への浸潤などがあげられる。しかし、再発が新生したものかの証明が困難であるため、一応異時性重複癌もその対象として明記しておく。ここで、食道癌切除後、

写真4 残遺食道再発

症例 J.M.: 63歳, 男性.

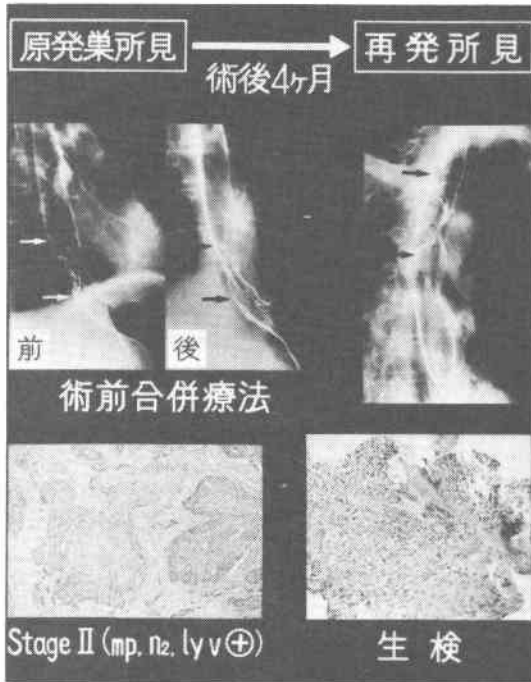
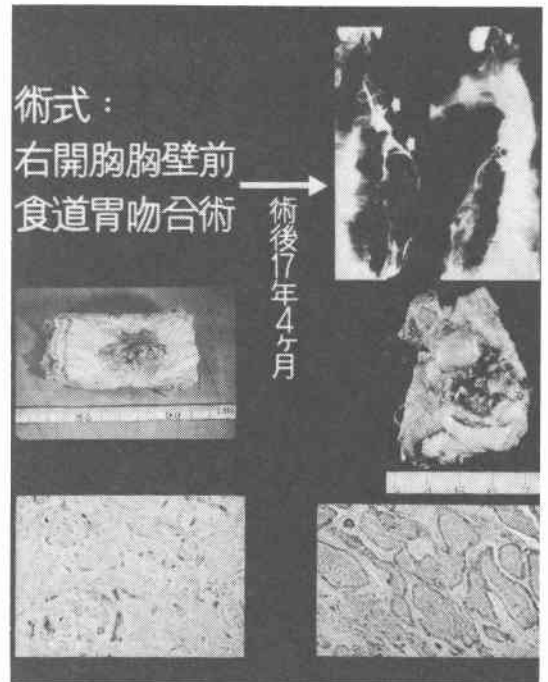


写真5 異時性重複癌症例

症例 M.M.: 63歳, 男性.



10年以上を経過して残遺食道に癌の発生をみた症例を2例経験しているが、その1例を提示する。

症例は63歳の男性で、Im食道癌であり、右開胸で胸壁前食道胃吻合術（2期分割手術）を施行した。その後約9年を経てIII期手術が行われた。ところが原発巣を切除して、17年4か月を経て胸壁前に吻合した食道に癌が発生したため、切除手術を施行した。その組織像も扁平上皮癌であった（この写真5の一部は、東京女子医大の御厚意により拝借したものである）。このように10年以上も経過したことからすれば、明らかな証明はないが、再発と考えるよりは、異時性重複癌と考える方が妥当であると思われる。

次に残遺食道再発と予後との関係をもとと表12のごとくである。No. 1, 2は重複癌と考えられるので一応、この両者を除いたもので再発までの平均期間をみると、17.9か月である。

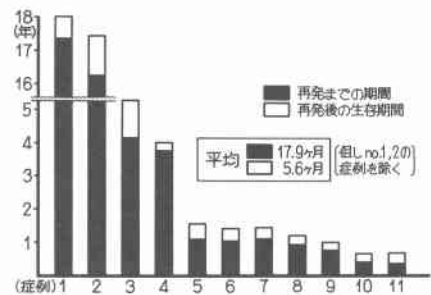
しかし、中には4年すぎの再発例も2例認められ、これまでの再発形式に比べると、長くなっている。ところが、再発後の生存期間は短かく、5.6か月にすぎず、ほかの再発形式の場合と、ほぼ同程度である。

対策

そこで、残遺食道再発に対する対策を、その再発因

表12 残遺食道再発

再発と予後 千大2外 1959~1982



子と合わせ考えると、表13のごとくである。この中でとくに、食道に発生した癌が扁平上皮癌である場合は、できるだけ長く食道を切除することと、長期にわたる術後管理が必要である点を強調したい。

5. 腹膜再発

再発の実態

ここで症例を供覧する。患者は54歳の男性でIm食道癌であり、右開胸で胸壁前食道胃吻合術を施行した。標本の検索でstage Iの早い症例でlyv ⊖であった。ところが写真6に示すごとく、筋層に壁内転移を認めている。



写真6 症例 K.F.: 54歳, 男性.

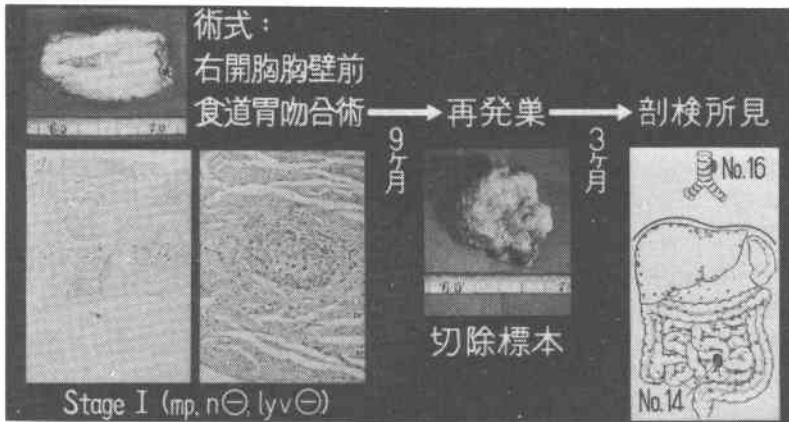
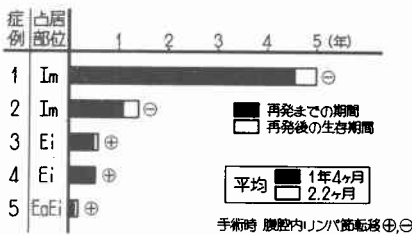


表13 残遺食道再発に対する対策

対策	再発因子
1. 扁平上皮癌の場合、出来るだけ食道全摘を行なう	壁内転移
2. 主癌巣以外の食道の精査	上皮内癌
3. 十分なリンパ節郭清	断端癌遺残
4. 予防的合併療法	局所リンパ節転移
5. 長期にわたる術後管理 (特に消化管検査)	異時性重複癌
6. その他	

表14 腹膜再発

再発と予後 千大2外 1959~1982



切除後9カ月で残遺食道に再発をきたしたため、この部を切除した。しかし、2度目の手術後3カ月で腹部再発のため死亡した。剖検してみると、シェーマのごとく、腹部全体にわたるDisseminationであった。胸部食道癌における腹膜再発はむしろ少ない再発形式といえる。

ここ腹膜再発例の再発と予後(表14)をみると、症例はわずか5例であり、その占居部位はImが2例、Ei Eaが3例であった。

再発までの期間はIm症例では、4年すぎと1年すぎであり、比較的長い経過後の再発といえる。これに

比べると下部食道癌での再発は1年以内と短かくなっている。

平均再発までの期間は1年4カ月であるが、再発後の予後は、ほかの再発形式に比べて最も短かく2.2カ月にすぎない。

この腹膜再発例の中で、下部食道癌例は、すべてNo. 7左胃動脈幹リンパ節に転移を認めた。このことは後腹膜リンパ節経路から考えて、No. 16大動脈周囲リンパ節転移の残存が想定される。

対策

腹膜再発に対する対策としては、下部食道癌ほど胃癌に準じたリンパ節郭清が必要であり、とくに、腹腔動脈周囲リンパ節に転移を認める場合には、大動脈周囲リンパ節に対する対策が必要であるといえる。

III. 考 察

予後不良とされている食道癌に関して、その実態を把握して、少しでも改善に向けて努力することは、私達の務めでもある。そして、その予後不良の原因の大部分はやはり再発であることに異論はない。

そこで、再発について検索したが、検索に先だち、まず問題になったのは食道癌の場合、再燃と再発を区別して論ずることは、まず不可能に近いということである。そこで、今回は、これを一緒に論じた。

そして、再発形式別に再発の実態を調べたが、大きくは、手術により改善可能と考えられる場合と、まず不可能と考えられる場合とに分けられる。

手術によりある程度改善の可能性の認められる場合には、できる限りそれに向けて努力することが必要であると思われる。それには再発の実態を現在まで行われてきた手術術式と合わせ考え、改善の方向に進むべ

きであろう。このことにより、必ずしも良好な結果が得られるとは限らないが、打開の策も生ずる可能性がある。また、再発の時点では、手術により全く切除不可能と思われる再発にしても、最初の手術の時に、ある程度徹底した手術を施行しておれば治癒しえたかもしれない症例もありえると思われる。

しかし、再発によっては、手術によるだけでは全く治癒不可能な症例があり、また、このような症例は進行癌においては、大部分を占める。したがって、このような再発を起こす因子を早期に見出し、予防的対策を立てることが必要である。また、一度、再発が起こった場合には、強力な合併療法が必要となる。そのためには、癌の特性を把握し、再発の予測される場合には、CT、Echoなどを用いてできるだけ早期に発見し、治療に当たる必要がある。

そして、再発治療に当っては、決して容易にあきら

めることなく、最も有効な集学的治療で対処し、1日でも長く予後を良好にするように、心掛けるべきだと思われる。

最後に、恩師中山恒明、佐藤博両教授に深甚なる謝意を表すものであります。

#### 文 献

- 1) 磯野可一, 佐藤 博, 植松貞夫ほか: 食道癌に対する術前放射線, 制癌剤 (BLM) の併用療法に対する考察. 外科 37: 478—481, 1975
- 2) 磯野可一, 佐藤 博, 植松貞夫ほか: 胸部食道癌の死亡原因. 外科 38: 153—158, 1976
- 3) 磯野可一: 食道粘膜の異型増殖について. 日病会誌 51: 571—587, 1963
- 4) 磯野可一, 佐藤 博, 鍋谷欣市ほか: 食道癌患者の術後遠隔を左右する因子の検討. 手術 25: 1370—1377, 1971