

症 例

食道アカラシアに合併した食道癌の2例

浜松医科大学第2外科

戸倉 康之 大石 俊明 鈴木 敏生

浜松医科大学第1病理学

中 村 真 一

練馬総合病院外科

関 惇

TWO CASES OF ESOPHAGEAL CARCINOMA ASSOCIATED WITH ACHALASIA OF THE ESOPHAGUS

Yasuyuki TOKURA, Toshiaki OHISHI, Toshio SUZUKI
and Shinichi NAKAMURA*

The Second Department of Surgery and The First Department of Pathology*,
Hamamatsu University, School of Medicine

Atsushi SEKI

Surgical Division of Nerima General Hospital

索引用語：食道アカラシア，食道癌

はじめに

昭和53年2月来，5例の食道アカラシアを経験し，うち2例に食道癌の合併をみた。食道アカラシアは，癌発生のリスク因子の1つに数えられ，本邦で，3~8%の高頻度といわれているが，これまで自験例2例を加え，48例の報告がみられるのみである。発見時すでに進行癌が多く，術後5年以上の生存例は，自験例1例を含めて数例ときわめて少ない。ここに症例を提示し，若干の文献の考察を加えて報告する。なお，報告例のアカラシアの診断は，当科開設直後の設備上の問題より，不可欠とされる食道内圧検査は施行できず食道切除後の病理組織学的診断によった。

症 例

症例1：64歳，男。

主訴：嚥下障害。

現病歴：25歳時より主訴を認める。10年前胃集検で，噴門部の狭窄を指摘されたが放置し39年経過。昭和53年11月，某医で食道胃X線検査を受け，胸部上部食道の病変を指摘され本院放射線科受診，食道アカラシア

に合併した食道癌の診断で⁶⁰CO照射58Gy施行後，手術を目的として当科転科となる。

既往歴，家族歴ともに特記すべきことなし。

入院時現症：体重45kg，身長161cm，栄養良好，脈拍整，血圧130/70mmHg，貧血，黄疸なし。頸部，胸部，腹部とも理学的に異常を認めなかった。

入院時一般検査：胸部X線写真で，肺気腫様変化，大動脈の石灰化などを認めたが，そのほか諸検査で異常を認めなかった。

食道胃X線検査：図1左のごとく，胸部上部食道左側後壁に，約6cmの壁不整，硬化を認め，レリーフの乱れもある。低い隆起の中に浅い陥凹をともなう鋸歯型の癌が考えられた。軸変位はない。また，図1右にみられるごとく，食道は全長にわたり中等度に拡張し，末端部は紡錘状の狭窄をしめし，食道アカラシア紡錘型，拡張度II度と診断した。

食道内視鏡検査：上門歯列より，24~29cm左側後壁半周に及ぶ低い周堤にかこまれた浅い陥凹を認める。周堤周辺には，薄い白苔，出血を認め，生検で扁平上皮癌の診断をえた。

手術所見：縦隔胸膜は肥厚し，食道との間に血管新生を多く認めた。食道は拡張肥厚し，奇静脈口側に腫

図1 食道X線像(症例1)

図左はIu.鋸齒型の食道癌,図右は紡錘型,拡張度II度のアカラシアを示す。

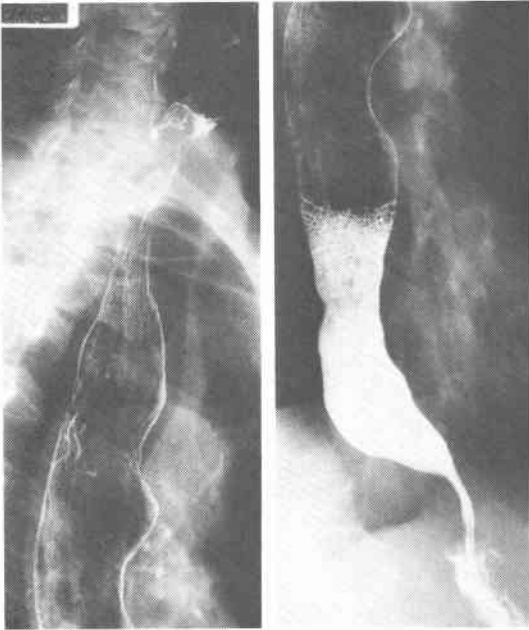


図2 切除標本組織学的所見のシェーマ(症例1)

癌とガングリオン細胞の存在部位,多寡の関係をしめす。

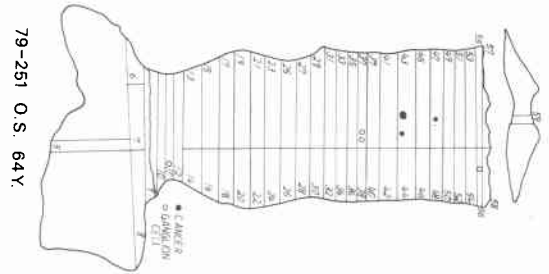
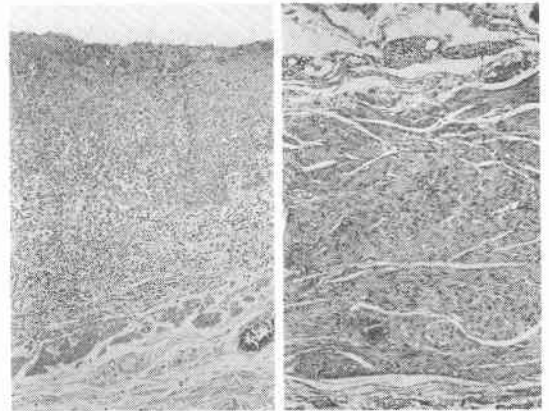


図3 組織像, H.E.染色(症例1)

図左は,粘膜下層の高度の慢性炎症像を,図右は,筋層とくに,内輪筋の乱れをしめす。



瘍を触知した。A₁、N₂、Mo. plo. Stage III と診断、R₂のリンパ節郭清を行い、胸部食道を亜全剝し、胸骨後頸部食道胃吻合術を施行した。

術後経過：9日目に経口摂取を開始したが術中OWを充分とるために頸部食道を喉頭とともに剝離授動したためか、両側反回神経麻痺と喉頭の硬直を認め、しばしば誤飲を認めたため、2カ月目に喉頭切除、永久気管瘻を造設した。その後は順調に経過し、5年を経過した現在、再発の徴候なく生存中である。

切除標本の病理組織学的所見：食道は幅7.5cmと拡張し、筋層の肥厚を認める。narrow segmentは長さ2.5cm、幅4.5cmであった。腫瘍は3.5×3.5cm、Borrmann III型の癌で、組織学的所見は扁平上皮癌、pm. n₂, 2/16, (No. 106: 1/4(+), No. 107: 1/1(+)), ly(-), v(-), inf β, stage III, C II*, であった。一方、癌とアカラシアの関係を、ガングリオン細胞の存在部位と多寡よりみると、図2のシェーマのごとく、癌周辺に3コと、narrow segmentに1コ認めるのみであった。また、図3にみられるごとく、癌周辺のみならず、

全域にわたって、粘膜、粘膜下層の慢性炎症、神経叢の炎症、内輪筋の乱れ(narrow segmentで著明)などの変化を認めた。

症例2：59歳、男。

主訴：吐血、胸痛。

現病歴：24歳時より嚥下障害を認める。食道胃X線検査で、アカラシアの診断を受ける。食事摂取時、鎮痙剤を使用し35年経過。昭和53年10月より胸痛、12月に少量の吐血を認め某院へ入院。胸部上部食道に、Borrmann II型の食道癌(epidermoid cancer)の合併を指摘され、⁶⁰CO照射、42Gy施行後(Ef₃)、手術を目的として当科入院となる。

既往歴：肺結核、痛風、巨大尿管および膀胱、膀胱炎、肝炎、赤痢。

家族歴：特記すべきことなし。

入院時現症：体重54.5kg、身長157cm、栄養良好、

* 食道癌取扱い規約に拠る。以下本文中の*についても同様

脈拍整, 血圧160/80mmHg, 貧血, 黄疸なし, 頸部は著変なし, 胸部は右胸郭の変形を認めるも理学的には異常を認めず, 腹部は蛙腹状で, 臍下部に拡張した膀胱によると思われる軟かい腫瘤を触知した。

入院時一般検査: 血沈106, 136mm, CRP(##), フィブリノーゲン640mg/dlと, 感染を疑わせる所見を呈したが, 肝腎機能は正常。胸部X線写真で陳旧性結核, CTで拡張した食道の液体貯留と腫瘍像を認めた。また, 静脈性腎盂造影で拡張した尿管, 膀胱を認めた。

食道胃X線検査: 図4のごとく, Sigmoid型, 拡張度Ⅲ度のアカラシアの胸部上部食道に長径6cmのBorrmann II型の腫瘍を認めた。

食道内視鏡検査: 上門歯列より22~28cm前壁より左側にかけて3/4周にわたり Borrmann II型の腫瘍を認めた。それより肛門側の食道は著明に拡張し, 発赤とびらんを多数認めた。

手術所見: 胸膜の肥厚癒着は強固で, S₁およびS₂に結核結節を触れた。食道は著明に拡張し, 縦隔胸膜と癒着し血管新生が豊富であった。腫瘍は奇静脈口側に鶏卵大に触れ, 気管, 大動脈と強く癒着し, A₃No. Mo. Plo. Stage IV*と診断し, R₁のリンパ節郭清と, 胸部食道亜全剝, 胸骨後頸部食道胃吻合術を施行した。

図4 食道X線像(症例2)

Iuに鋸歯型の食道癌, およびsigmoid型, 拡張度Ⅲ度のアカラシアをしめす。

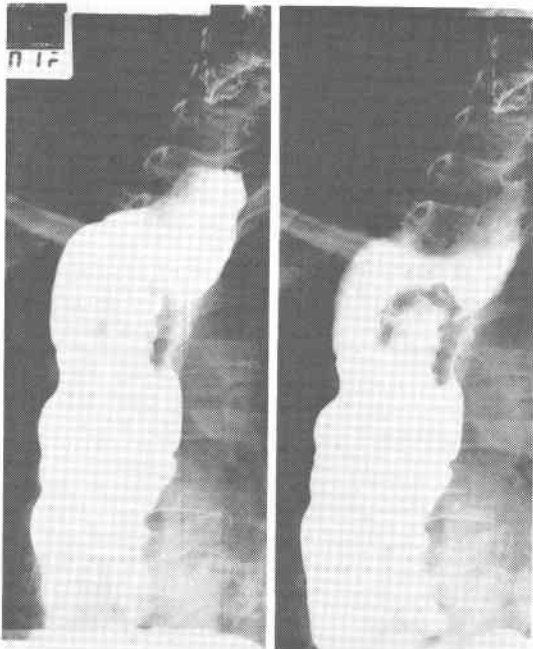
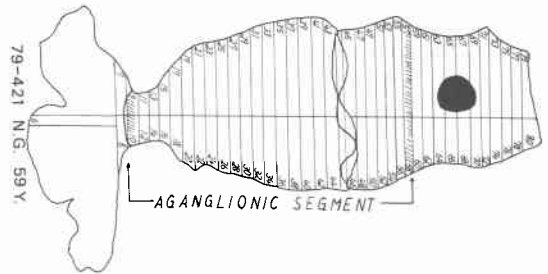


図5 切除標本組織学的所見のシェーマ(症例2) 癌とガングリオン細胞の存在部位, 多寡の関係をしめす。



術後経過: レスピレーターにより呼吸管理した。術当日, 180/分の発作性頻脈, 上室性期外収縮を認めたが, キシロカイン, D-C除細動などにより正常に回復した。I. M. V.呼吸でおおむね順調に経過したが, 7日目, 突然心停止, 約30分後に蘇生したが, 意識は回復せず, 9日目に頸部縫合不全, 11日に右臍胸を併発し, 16日目に死亡した。

切除標本の病理組織学的所見: 食道は幅9cmと拡張, narrow segmentは長さ1.6cm, 幅1.8cmであった。癌は6.8×4.6cmで照射のためか陥凹が主体で辺縁にわずかに隆起を認めた。組織学的所見は扁平上皮癌, a₁, (Ef₃), n₀, ly(-), v(-), stage II, C III*であった。癌とアカラシアの関係を, シェーマでみると, 図5のごとく, ガングリオン細胞は消失し, EGJ直下に, 2コ観察されるにすぎなかった。その他, 症例1と同様の組織学的変化が認められた。

剖検所見: 心停止の原因は, はっきりしなかったが, 死因に関係すると思われる所見をしめすと, 1) 4.5cm胃管壊死をとまなう頸部食道胃管吻合部縫合不全, 2) 右臍胸, 3) 胸腹部解離性大動脈瘤(1×1×25cm, 赤色血栓), 4) 左血胸などであり, 新鮮解離性大動脈瘤が心停止に関与した可能性が示唆された。

考 察

食道アカラシアの経過中に食道癌を合併する頻度は2.7~19%といわれている。本邦では, 平島3.2%¹⁾, 井手7.1%²⁾, など10%以下の報告が多いが, 男性食道癌自然発生0.0074%にくらべ, あきらかに高頻度である。ちなみに第34回食道疾患研究会(昭和58年)の主題II, 良性食道疾患に合併した食道癌において発表された各施設からの症例を集計すると46例である。癌合併例の臨床的特徴を諸家の報告よりまとめてみると, 1) 男性に多く, 50歳台に発症, 2) アカラシア発症より15~20年と病期間の長いものが多い, 3) 症状として嚥下障

害の増強および変化、吐下血、るいそうの増強などが認められる。4) 拡張の高度のものに多い。5) 癌発生部位では、外国の報告では中下部に多いが、本邦では上部もかなり認められる。6) epidermoid cancer が多いなどをあげることができる。自験例2例とも、1)~6)の特徴をほぼそなえていると考えられる。一方、食道癌発生の因果関係に関しては、Rake, Peymanらの説がある。長年にわたる食物、唾液の貯留が粘膜を刺激し、食道炎(stasis esophagitis)をひきおこし、その修復と再生の過程で、粘膜の肥厚、角化、乳頭増殖、さらには異型上皮などの変化をもたらす発癌にいたるとする説である。他方、これに対するものとして、Potterらは³⁾、もし、stasis esophagitisが発癌に関係ありとするならば、下部食道に集中して発生してもよいのに、中部、上部にもかなりの頻度で癌発生をみるのはなぜかという疑問に充分、納得のいく解答が与えられない以上肯定するわけにはいかないとして述べている。そのほか、stasis esophagitisだけが原因でないとする根拠として、アカラシアに罹患後、Hellerなどのドレナージ手術を受けているにもかかわらず、その後の経過中に癌発生をみている症例がわずかであるが存在することである⁴⁾。最近、報告された井手らの早期癌症例は、これらの因果関係を解明する上で、大変興味あるものと考えられる。癌周辺に、異型上皮、過形成上皮などを認め、Peymanらの説を裏付けるが、一方で、病期期間がわずか3年、拡張も中等度であったと報告しているところから、癌発生の因果関係は現状では、より複雑であると考えざるをえない。自験例は、いずれも進行癌で、術前照射を施行しているために、上記粘膜の随伴病変を検討し、発癌の過程を推測することができなかった。しかし、2症例とも、癌周辺のみならず、食道全域にわたって、ガングリオン細胞がほとんど消失し、また、粘膜、粘膜下層に高度の慢性炎症が認められた完成されたアカラシアに発癌したことは確かであり、この点を考慮すると、Potterの部位的問題は、病期期間の長い、完成されたアカラシアでは、あまり問題にならないのではないとも考えられる。診断に関しては、ドレナージ手術の有無にかかわらず、長期的な、かつ、定期的なフォローアップが必要であり、もし症状に何らかの変化を認めたら、速かに、食道胃X線、内視鏡検査を施行することが大切である。検査にあたっては、食道内容をできるだけ排除し、微細な病変をみおとさないよう、心がけるべきである。遠藤ら⁵⁾は、ルゴールなどの色素撤布による観察が食

道炎との鑑別の上でも有用であると述べているが、疑わしいときは、積極的に生検することが必要である。治療に関しては、内外の報告例をみても切除率は低く、本邦でも、自験例を含めて、48例中、25例(52.1%)と低い。発見時、すでに進行癌が多く、切除例でもほとんどが術前照射されているが、その予後はきわめて不満足である。5年以上の生存例は自験例1例を含めて、内外で報告されているものは6例を数えるにすぎない。放射線単独治療あるいは、放射線および抗癌剤合併治療の報告も散見されるが、一般に予後は不良であり、早期発見、根治手術、合併療法が遠隔成績を向上させる最善な方法であると考えられる。また、予後を向上させる手段として、アカラシアをみたら、できるだけ早期に、何らかの方法で、ドレナージ処置を行い、stasisを軽減させておくこと、さらに年1回の食道胃X線および内視鏡検査を施行し癌発見の検索を行うことが肝要と考えられる。この点に関して、金子ら⁶⁾の、内視鏡装着pneumatic bagによる拡張術は、侵襲も少なく、ドレナージと癌検索を同時に施行できる点で、軽症例には、よい方法と考えられる。自験例の症例1は、相対治癒切除例で、術後合併療法なしに、幸い、5年生存を得たが、さらに厳重なフォローアップが必要と考える。

結 語

食道アカラシアに合併した胸部上部食道癌の2例を提示した。うち1例に幸い、術後5年以上の生存を得た。若干の文献的考察を加え報告した。

本論文の要旨は、第30回食道疾患研究会(昭和56年)において発表した。

文 献

- 1) 平島 毅, 中村靖明, 磯野可一ほか: 特発性食道拡張症に食道癌を合併した9例. 外科 32: 361-368, 1970
- 2) 井手博子, 吉田 操, 林 恒男ほか: 食道アカラシアに合併した表層拡大型表在食道癌の1治験例. 手術 33: 337-342, 1979
- 3) Potter SE, Rasmussen JA, Best RR: Problem of carcinoma in achalasia. J Thorac Surg 31: 543-549, 1956
- 4) Barrett NR: Achalasia of the cardia, Reflection upon a clinical study of over 100 cases. Br Med J 1: 1135-1140, 1964
- 5) 遠藤光夫: 食道癌vsアカラシア. Medicina 17: 1890-1891, 1980
- 6) 金子栄蔵, 熊谷純一, 繩野光正ほか: 内視鏡に装着したpneumatic bagによるアカラシアの治療. Gastroenterol Endosc 24: 95-99, 1982