日消外会誌　22（7）：1859～1862，1989年

腫瘤型食道癌類似X線像を呈した進行甲状腺癌の1例

防衛医科大学校第2外科
末吉　晋　島　伸吾　米川　甫
後藤　正幸　田中　勧

A CASE OF THYROID CARCINOMA LIKE APPEARACE OF ESOPHAGEAL CARCINOMA (TUMOROUS TYPE) IN RADIOGRAPHY

Susumu SUEYOSHI, Singo SIMA, Hazime YONEKAWA, Masayuki GOTOU and Susumu TANAKA
Second Depertment of Surgery, Difence Medical Callege

索引用語：甲状腺癌，甲状腺癌気管食道浸潤，腫瘤型食道癌

1. はじめに

甲状腺癌は組織型によっては発育が緩慢なものが多いため，進行例では周囲臓器への浸潤発育を認める場合も少なくない[1]．今回われわれは原発性食道腫瘍を疑わせるように浸潤発育し，食道に腫瘤を形成した甲状腺癌を経験したので報告する．

2. 症　例

患者：54歳，男性．

主訴：咽頭部違和感，燕下障害．

家族歴：父，膵臓癌．

既往歴：30歳，虫垂切除術．41歳，胆石症

現病歴：昭和59年2月感冒様症状と嗄声が出現，某耳鼻咽喉科医院にて右反回神経麻痺と診断され，ビタミン剤の投与を受け嗄声は軽快した．昭和61年8月咽頭部違和感出現し某耳鼻咽喉科にてファイバースコープ検査を受けるも特に異常なく慢性咽頭炎の診断を受けた．昭和62年1月咽頭痛と燕下障害が出現し当院耳鼻科受診し，食道造影検査の結果食道癌と診断され当科を紹介された．

入院時現症：身長168cm，体重72kg，貧血，黄疸を認めず，右側頸部に10cm×6cmの腫瘤触知，腫瘤は胸鎖乳突筋の深部にあり辺縁はほぼ平滑で可動性なく圧痛はなかった．心，肺に異常なく，腹部にも異常所見はなかった．

検査成績：WBC 6300, RBC 460万，Hb 13.4, Hct 41.7, PLT 28.6, ESR 7mm(1hr) 15mm(2hr)，CRP (−)．

生化学検査：異常なし．

腫瘍マーカーとしては，A. FP. 2.9ng/ml, CEA 0.9 ng/ml, CA19-9 6u/ml, TPA 110u/l, IAP 470μg/ml と正常範囲であった．

甲状腺機能はTSH 3.1μu/ml, T3 1.16ng/ml, T4 6.5μg/dl, I^{131}シンチグラムでは右葉に欠損が認められた．

食道造影では頸部食道の右壁に長さ7cmの陰影欠損を認めるが，上方は外からの圧排像で，下方は山田のIII型ポリープ様の腫瘤陰影であった（図1）．

胸部食道および胃には異常を認めなかった．食道内視鏡検査では，切歯列より19～25cmに右後壁より突出した腫瘤があり，立ち上がりは山田III型でヨード染色では正常部と比べ淡染性であった(図2)．生検では壊死組織および菌塊のみで悪性所見は得られなかった．

コンピューター断層撮影（CT）では右頸部から正中を越えた6cm×4cmの均一なdensityの腫瘤影が認められ，気管を左前方に圧排していた（図3）．

気管視鏡検査では，右反回神経麻痺のため声帯の変形および右側の運動麻痺を認めた．さらに，その直下の気管は右後方より圧排されており，粘膜は軽度の発赤があったが腫瘍の露出は認められなかった．

超音波検査でも右頸部に内部エコーは一部不均一で多房性，境界は比較的明瞭な大きな腫瘤を認めた．内頸静脈は圧排のみであったが気管および食道との関係は不明確であった．

血管造影（digital subtraction angiograpy）を行っ

＜1989年3月8日受理＞別刷請求先：末吉　晋
〒816　春日市小倉173　自衛隊福岡病院外科

図1　食道造影．頸部食道の右壁に長さ7cmの陰影欠損を認める．

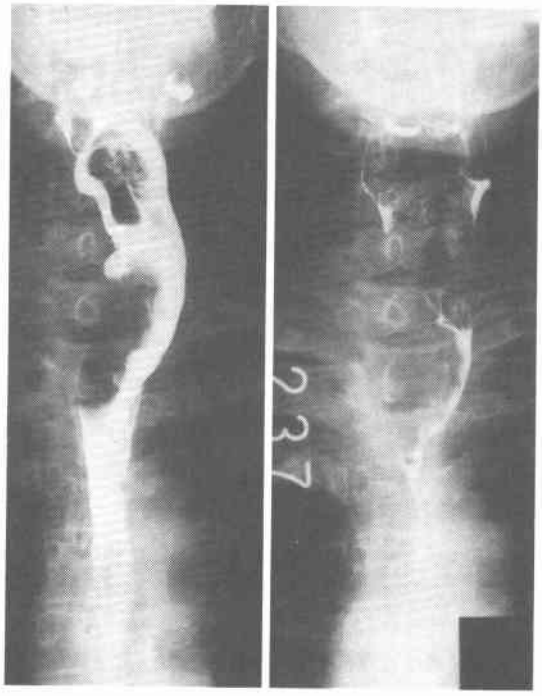
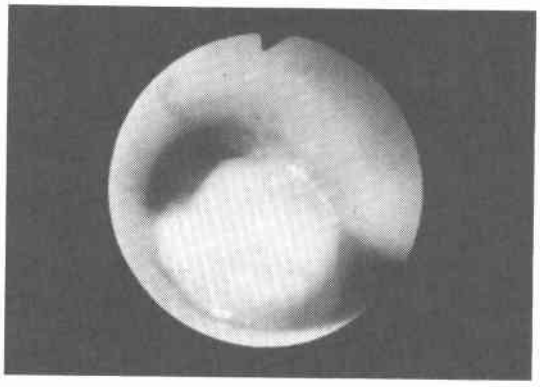


図2　食道内視鏡(ヨード染色)．右後壁より突出した山田III型様の腫瘤があり，ヨード染色では正常部と比べ淡染性であった．



たところ下甲状腺動脈より栄養されている7cm×5cmのtumor steinが認められたが頸動脈は圧排のみで浸潤を示す所見はなかった（図4）．

以上の検査結果より，①腫瘤型の食道癌，②甲状腺癌，③食道と甲状腺の重複癌を考えたが確定診断はつかず，4月2日に手術を施行した．

手術はまず母指頭大に腫大した右顎下部リンパ節を

図3　CT．右頸部から正中を越え気管を左前方に圧排している6cm×4cmの均一なdensityの腫瘤影が認められた．

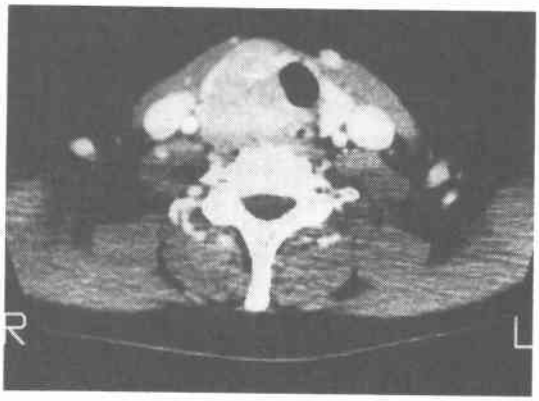
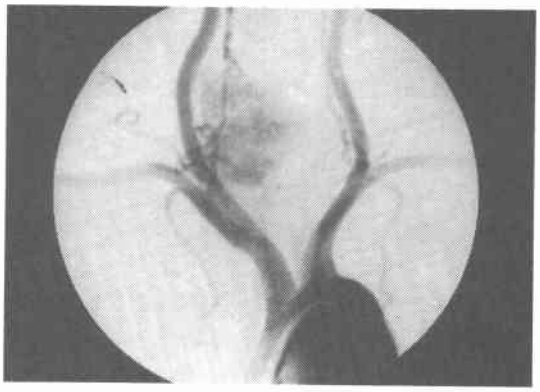


図4　血管造影．下甲状腺動脈より栄養されている7cm×5cmのtumor steinが認められた．



摘出し，術中迅速検査でmetastatic papillary adenocarcinomaの診断を得，甲状腺癌と判断した．腫瘍は全長12cm，甲状腺右葉より右後方に発育し気管右後壁に長さ3cm幅1.5cmの範囲で浸潤し，更に食道へは右側より長さ4cm幅1.5cm高さ1.5cmの腫瘤を形成して浸潤していた．

術式は甲状腺右葉切除・気管部分切除・食道部分切除・頸部リンパ節郭清術・気管切開術であった．気管の切除は粘膜を残し軟骨を含み粘膜外筋層切除を行い気管壁欠損部（1/3周5軟骨輪）は右胸鎖乳突筋を節弁として補強した．一方，食道は腫瘤を含め腫瘤の辺縁より約5mm離して楕円形に全層切除を行い，その幅は約1/3周にとどまったので直接縫合しても内腔が保てることを確認後Olsen一層縫合で閉鎖した．

切除された標本は図5に示すごとく楕円型で腫瘤本

図5　切除標本．矢印で示す表面平滑な食道内へ突出した隆起をともない，大きさは固定標本で7.5×5.3×4.5cmであった．

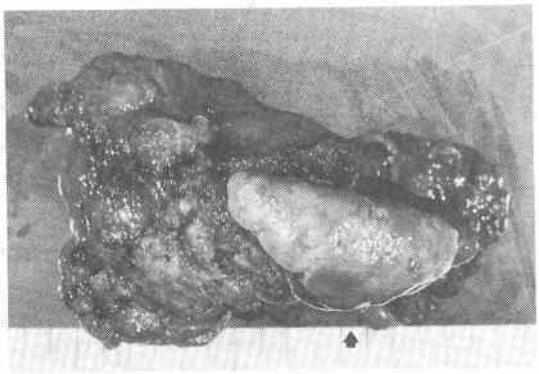
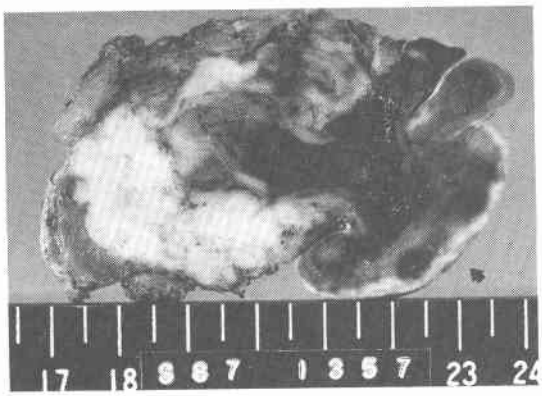


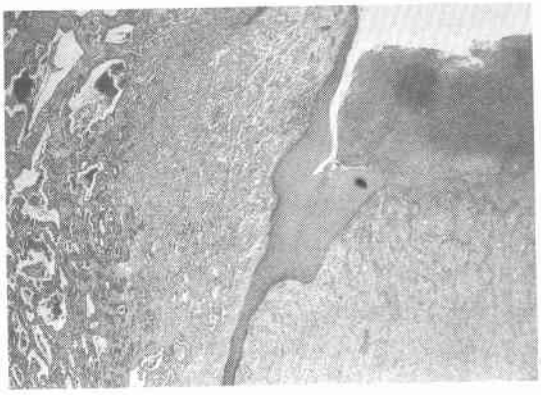
図6　切除標本割面．矢印で示すように腫瘍が食道にポリープ状に発育している．



体と矢印で示す表面平滑な食道内へ突出した隆起から成り，甲状腺右葉より発生した腫瘍が右後方に発育して行き食道に達したものである．大きさは固定標本で7.5×5.3×4.5cmであった．図6は切除標本の割面であるが腫瘍が食道に浸潤しポリープ状に発育しているのが判る．腫瘤は茎を有しその立ち上がりは山田III型である．腫瘍は，ほぼ全周に線維性被膜を有し，一部で被膜を超え周囲脂肪組織や骨格筋へ浸潤しており，組織型はpapillary typeとfollicular typeの混在した高分化腺癌であった．食道粘膜面は潰瘍化し，広範な肉芽組織を形成し表面は壊死組織でおおわれていた（図7）．

術後経過：1週間後の食道造影検査で縫合不全や狭窄はなく食事を開始した．しかし2週間後に実施した気管支鏡検査で，筋弁で補強した気管壁欠損部に気管

図7　組織像（×100）．右側が食道内に発育した腫瘍で表面は壊死組織で覆われている．



内腔に肉芽が形成されており，しだいに狭窄が強くなりほぼ完全閉塞となった．そこで気管支鏡下にYAGレーザーによる照射を2回行い肉芋を除去し気管切開孔よりT字管を挿入しstentとした．T字管は気管粘膜の再生を待ち約三か月後に抜去した．その後は経過良好で1年半後の現在も再発の兆候もなく社会復帰している．

3. 考　察

分化型甲状腺癌は発育速度も遅く，被膜に包まれていることが多く，予後も他の癌に比べてよいといわれている．しかし再発癌の気管などの周囲臓器への浸潤症例についての報告も多くみられ[1)~4)]，また初発例でも腫瘍の発育が緩慢なため，かえって周囲臓器にまで浸潤した進行例に遭遇することもある．食道への浸潤例もまれに報告されており，菅谷ら[4)]は腫瘍の一部が食道腔内にまで進展し，ポリープ状の小さな腫瘤を形成していた症例を報告している．しかし，本例のように血管系への浸潤もなく気管への浸潤も食道と比べ軽度であり，食道に大きな腫瘤を形成した症例の報告はない．本例は昭和59年に嗄声が出現し，反回神経麻痺が診断された時点ですでに腫瘍は発生していたものと思われ，約2年間で徐々に発育したものと思われる．食道への浸潤がこの様に腫瘤を形成した原因は明かではないが，癌が食道壁を貫通する部分は狭いが食道内腔で山田III型のポリープ状に発育したため，X線像では食道癌を疑わせるような形になったものと思われる．

本例では食道内腔へ突出した腫瘍は大きかったが基部は比較的小さく，長軸方向では約8cmと長い切除となったが1/3個の切除で除去できた．このため縦に一層

縫合したが狭窄等の問題は起きなかった．尾崎ら[5]も1/3周までは術後狭窄を起こさず十分切除可能であると述べている．

気管浸潤に対する術式については，津森ら[1]は腫瘍残存の可能性があること，補塡部の狭窄，肉芽腫形成の問題，現在では気管環状切除が比較的安全に行えることなどから環状切除術がよいと述べている．しかし本例では同時に食道切除も行う必要があり，食道気管同時合併切除は感染の可能性が大きくなると考えた．さらに気管への浸潤範囲も広くなく，しかも粘膜面に達しておらず切除範囲も1/3周5軟骨輪程度であったので粘膜を温存し，その外側を筋弁で補強した．気管欠損部に対する筋弁による補強について川原ら[6]は有茎性胸背筋弁の有用性を主張しているが本例は欠損が小さいので胸鎖乳突筋で充分であろうと推測したが術後は著明な肉芽形成を来してしまった．原因として筋弁の血行に問題があったことが示唆された．幸いにレーザー照射にて肉芽の焼却ができたが肉芽の再発防止と粘膜再生のため，約3か月にわたってT字管のstentoを挿入しておく必要があった．今後は有効な筋弁について検討する必要があると思われた．

4. おわりに

腫瘤型頸部食道癌を疑わせるように浸潤発育した分化型甲状腺癌を経験したので，その術式の検討も含めて報告した．

文　献

1) 野口志郎：甲状腺癌周囲臓器の合併切除．手術 41：347—350，1987
2) 津森孝生，中尾量保，宮田正彦ほか：甲状腺癌の気道浸潤様式について．日外会誌 88：600—605，1987
3) 武宮三三：甲状腺分化癌の気管・食道浸潤例に対する再建手術．手術 35：905—910，1981
4) 菅谷 昭，牧内正夫，宮川 信ほか：甲状腺進行癌における食道合併切除術の縫合不全とその対策．外科治療 46：113—117，1982
5) 尾崎修武，糸数俊秀，中尾守次ほか：高齢者の進行性甲状腺癌に対する手術．臨外 34：1587—1591，1979
6) 川原英之，藤田博正，日高正晴ほか：食道癌の気管または気管膜様部合併切除例における広背筋有茎筋弁補強術式の有用性．日外会誌 85：300—306，1984