日消外会誌　23（4）：827～833，1990年

# 早期食道癌20例の検討
## ―とくにsm早期癌の治療方針について―

秋田大学医学部第2外科
天満　和男　阿保七三郎　北村　道彦　橋本　正治
泉　啓一　神谷　彰　下間　信彦　山崎　泰男

早期食道癌20例（mm癌4例，sm癌16例）の組織像，治療法，予後などを解析し早期癌の治療指針につき検討を加えた．症例は男性18例，女性2例で深達度による背景因子の差はなかったが，sm癌では12例（75%）に症状を認めたのに対し，mm癌ではわずかに1例（25%）のみであった．病変部の肉眼分類ではmm癌は予後のよいとされるO-II型に分類され，sm癌はより予後の悪いO-I型に属するものが多く，多発癌が4例見られた．主病巣最大長径の平均はsm癌2.1cm，mm癌0.9cmとmm癌が小さい傾向であった．病理組織学上脈管内侵襲はsm癌に7例，mm癌にも1例見られ，すべてリンパ管侵襲であった．mm癌に再発例はなく，sm癌に2例の再発を見たが，早期癌の術後5年生存率は75%で全国集計と同等であった．mm癌とsm癌では病理組織学的性格が大きく異なり，それが予後の差として反映されていた．sm早期癌には進行癌と同様の術式および集学的治療が必要であると考える．

**Key words:** early esophageal cancer, diagnosis of early esophageal cancer, histopathological findings of early esophageal cancer, prognosis of early esophageal cancer, therapeutic policy to early esophageal cancer

### はじめに

近年，色素内視鏡の導入などによる診断技術の向上により早期食道癌が発見される機会が多くなり，予後の向上に大きく貢献するようになった．しかし，早期食道癌といえどもep癌，mm癌の予後は良好であるが，sm癌においては現在までのところ満足すべき結果が得られているとはいえず，その治療法につき再検討が急務であるとされている．当科においてもとくにこの数年間は早期例を扱う機会が多くなっており，これまで経験した20例の早期食道癌を詳細に検討し今後の治療法の新たなる指針を示すべく考察した．

### 対象と方法

1972年5月から1988年12月までの間に秋田大学第2外科で取扱った原発性食道癌症例は総数456例あり，食道切除を行ったものは407例，したがって切除率は89%であった．そのうち深達度がsmまでの表在癌は28例（6.1%）であり，さらにリンパ節転移のない早期癌は20例（4.4%）であった．早期例の深達度はep癌はなくmm癌4例，sm癌16例で，主占居部位はIu 4例（20%），Im 10例（50%），Ei 4例（20%），Ea 2例（10%）であった（**Table 1**）．

この20例の早期癌症例の臨床像，病理組織学的所見，治療法，予後に関し検討を加えた．予後調査は1989年2月末日現在とし，生存率の検討はKaplan-Meier法を用いた．本文中の記載は食道癌取扱い規約[1]に従い，

**Table 1** Overall cases of esophageal carcinomas (Second Department of Surgery, Akita University School of Medicine 1972～1988)

| | | |
|---|---|---|
| total number of patients | | 456 |
| number of operations | | 407 |
| resectability rate | | 89% |
| superficial carcinoma | | 28 (6.1%) |
| early carcinoma | | 20 (4.4%) |
| ep | 0 | |
| mm | 4 | |
| sm | 16 | |
| location of the lesion | | |
| Ce | 0 (0%) | |
| Iu | 4 (20%) | |
| Im | 10 (50%) | |
| Ei | 4 (20%) | |
| Ea | 2 (10%) | |

＜1989年12月13日受理＞別刷請求先：天満　和男
〒010　秋田市本道1－1－1　秋田大学医学部第2外科

肉眼分類のみ第41回食道疾患研究会において示された新しい分類案に従って行った．

## 結　果

1）背景因子

性別は男性18例，女性2例で，年齢構成は53歳より77歳の間で60歳台が最も多く(45%)，平均年齢は63.8歳であった．これらを当科の進行癌と比較すると，性別では進行癌の性比7：1と比べやや女性が少ない傾向にあり，平均年齢は進行癌の平均62.3歳とほぼ同じであった．

飲酒歴・喫煙歴ともに有するものは11例（55%），飲酒歴のみまたは喫煙歴のみのものおよび飲酒・喫煙歴のないものがそれぞれ3例（15%）で大部分は食道癌のリスクファクターを持つものであった．7例で1～7kgの体重減少がみられた．癌の家族歴が10例(50%)にあり，6例が胃癌であった．また，重複癌症例が3例みられ，同時性胆管癌，同時性膵臓癌，異時性乳癌がそれぞれ1例であった（**Table 2**）．

2）主訴・発見の動機

食道癌発見の契機として食道症状を訴えたものは20例中わずか4例（20%）にすぎず，その他の症状を訴えたものは9例(45%)あり，ほぼ腹部症状であった．しかしmm癌症例に限れば，症状のあったものは1例のみで，他の3例は集団検診や他疾患の精査中に偶然見つかったものである．病悩期間は15日間から9か月間の間で平均2.7か月であるが，mm癌症例では平均1.4か月と短期間であった．早期癌症例では患者の訴えを食道癌と結びつけることはきわめて困難であるといわざるをえず，食道透視や内視鏡検査に負うところが大と考えられる（**Table 3**）．

3）術前腫瘍マーカー

当科ではTable 4に示した9種の腫瘍マーカーを術前の食道癌症例で測定してきた．早期食道癌症例では5例で1～3種の腫瘍マーカーが陽性であったが，特異的なマーカーはなく，重複癌症例が2例あり，また陽性値も正常上限をわずかに越える程度のものが大部分であった．

4）X線分類・内視鏡分類

mm癌・sm癌とも全例透視にて描出可能であり，内視鏡においても確認された．食道透視によるX線分類ではmm癌はすべて表在型とされ，早期癌全体でも75%に当たる15例が表在型と読まれているが，sm癌でも腫瘤型，らせん型といった進行型に分類されたものが5例あった（**Table 5**）．

内視鏡分類においてもX線分類と同様にmm癌はすべて表在型とされ，早期癌全体では14例（70%）が表在型と読まれ，進行癌分類となる隆起型，陥凹型とされたものがそれぞれ3例あった（**Table 6**）．

5）肉眼分類（new classification）

20例の食道切除標本中に見られた32病変の肉眼分類では全体としてはO-I型すなわち表在降起型に属するものが19病変(59%)，O-II型表在平坦型に属するもの

**Table 2**　Case profile

| | | |
|---|---|---|
| sex | male 18 : female 2 | |
| age | 53yr～77yr　mean 63.8yr | |
| drinking・smoking | | |
| drinking＋smoking | 11 | (55%) |
| drinking only | 3 | (15%) |
| smoking only | 3 | (15%) |
| nothing | 3 | (15%) |
| duration of symptoms | 0.5mo.～9mo. mean 2.7mo. | |
| weight loss | 7 (35%) 1kg～7kg | |
| family history of cancer | 10 | (50%) |
| double cancer | | |
| choledochal cancer | 1 | |
| pancreatic cancer | 1 | |
| breast cancer | 1 | |

**Table 3**　Chief complaint

| symptoms | mm | sm | total |
|---|---|---|---|
| I) symptoms related to esophageal cancer | | | |
| sense of stenosis | | 2 | 2 |
| piercing pain | | 1 | 1 |
| dysphagia | | 1 | 1 |
| II) other symptoms | | | |
| abdominal discomfort | | 4 | 4 |
| epigastralgia | | 1 | 1 |
| upper abdominal pain | | 1 | 1 |
| anorexia | | 1 | 1 |
| nausea | | 1 | 1 |
| heartburn | 1 | | 1 |
| III) no complaints | 3 | 4 | 7 |
| total | 4 | 16 | 20 |

**Table 4**　Positive cases of tumor marker (Level of positive marker)

| case | 11* | 12* | 13* | 14* | 17* |
|---|---|---|---|---|---|
| depth of invasion | sm | sm (pancreatic cancer) | sm (choledochal cancer) | mm | sm |
| CEA (ng/ml) | | 6.9 | | 3.8 | |
| $\beta_2$-microglobulin (mg/l) | | | | | |
| TPA (U/l) | 180 | 200 | 140 | | |
| Ferritin (ng/ml) | | | | 290 | 390 |
| SCC (ng/ml) | | | | | |
| Urine Polyamine (μMOL/g-CRE) | | | | | |
| $\alpha_1$-AGP (mg/dl) | | | | | |
| IAP (μg/ml) | 620 | 1352 | | | |
| $\beta_2$-macroglobulin (mg/dl) | | | | | |

* case number in Table 9

**Table 5** Radiological classification

| types | mm | sm | total |
|---|---|---|---|
| i) superficial | | | |
| a. superficial elevated | 1 | 7 | 8 |
| b. superficial flat | 1 | 0 | 1 |
| c. superficial depressed | 2 | 4 | 6 |
| ii) tumorous | | 4 | 4 |
| iii) serrated | | 0 | 0 |
| iv) funnelled | | 0 | 0 |
| v) spiral | | 1 | 1 |
| total | 4 | 16 | 20 |

**Table 6** Endoscopic classification

| types | | mm | sm | total |
|---|---|---|---|---|
| i) superficial | | | | |
| a) superficial elevated | polypoid | 1 | 5 | 6 |
| | plateau-like | | 1 | 1 |
| b) superficial flat | | 1 | 1 | 2 |
| c) superficial depressed | erosive | 1 | 1 | 2 |
| | ulcerative | 1 | 2 | 3 |
| ii) elevated | | | 3 | 3 |
| iii) depressed | | | 3 | 3 |
| iv) stenotic | | | | |
| total | | 4 | 16 | 20 |

が10病変（31%），O-III型表在陥凹型は3病変（9%）であるが，単一の型に分類されるものは22病変(69%)で混合型が10病変（31%）あった．深達度別にみると，mm癌4例はすべて病変部は1か所のみでほぼO-II型に分類される．sm癌は主としてO-I型に属するものが多く，次いでO-II型，O-III型の順となっている（**Table 7**）．sm癌では複数の病変を持つものが4例あり，最も多いものはIu, Im, Eiの3部位にわたり合計10病変を持つものがあった．

主病変の最大長径は，早期癌全体では0.2cm～5.0cmで，これをsm癌とmm癌に区別するとsm癌の主病巣最大長径は0.5cm～5.0cmの間で平均2.1cm，mm癌のそれは0.2cm～1.3cm，平均0.9cmでmm癌が小さい傾向があった．

6）病理組織学的所見

組織型では扁平上皮癌が19例，腺表皮癌が1例であった．扁平上皮癌では高分化型が少なく中～低分化型の症例が大部分（89%）を占めた．脈管内侵襲は8例（40%）に見られ，静脈侵襲はなく，すべてリンパ管侵襲であった．そしてmm癌症例でもリンパ管内への侵襲が見られたことは注目すべきことである．上皮内伸展はmm癌1例，sm癌5例に認められた（**Table 8**）．

**Table 7** Gross classification-new classification (draft)

32 lesions in 20cases

| types | mm | sm | total |
|---|---|---|---|
| 0－I | | | |
| I p | | 6 | 6 |
| I p＋II c | | 2 | 2 |
| I pl＋II c | | 3 | 3 |
| I pl＋II b | | 1 | 1 |
| I sep | | 6 | 6 |
| I sep＋II c | 1 | | 1 |
| 0－II | | | |
| II b | 1 | | 1 |
| II c | 2 | 4 | 6 |
| II c＋I pl | | 2 | 2 |
| II c＋II b | | 1 | 1 |
| 0－III | | 3 | 3 |
| total | 4 | 28 | 32 |

**Table 8** Histopathological findings

| findings | mm | sm |
|---|---|---|
| histologic types | | |
| squamous cell carcinoma | | |
| well differentiated | 1 | 1 |
| moderately differentiated | 1 | 12 |
| poorly differentiated | 2 | 2 |
| adenoacanthoma | | 1 |
| vascular invasion | | |
| ly(+), v(+) | 0 | 0 |
| ly(+), v(−) | 1 | 7 |
| ly(−), v(+) | 0 | 0 |
| ly(−), v(−) | 3 | 9 |
| intraepithelial spread | | |
| ie(+) | 1 | 5 |
| ie(−) | 3 | 11 |

7）術式・術後併用療法・予後

早期癌全例に術前治療なく手術を行った．20例中17例に当科の標準術式である胸部食道全摘・後縦隔経路頸部食道胃管吻合術を施行し，以前に胃切除術を受けている3例のうち2例に食道残胃間空腸間置術，1例に食道残胃間結腸間置術を行った．リンパ節の郭清範囲は$R_2$を原則とした．手術直接死亡例はなかった．

術後併用療法は以前はほとんど行っておらず，2例にTegafulを経口投与，1例にOK-432を皮下注，1例にTegafulとOK-432を併用しているにすぎない．しかし，近年sm癌の予後が必ずしも良くないというこ

とが分かり，1988年よりsm腺表皮癌には当科で施行している多剤併用化学療法を行い，他のsm癌症例2例にはT字照射を施行した．

予後に関しては，最長110か月生存例をはじめとし5年以上生存例が6例（35%）あり，術後5年以上経過したものの5年生存率は75%で，当科の早期癌の予後は三富ら[2]の全国集計て比較しても遜色ないと思われる．現在までに膵臓癌，胆管癌による2例の癌死を含め5例を他病死で失っているが，再発例は2例，原病死はそのうち1例のみである．mm癌症例には再発・

**Table 9**　Operative method・Combined treatment・Prognosis

| case | depth of invasion | operative methods | combined treatments | prognosis |
|---|---|---|---|---|
| 1 | sm | esophago-gastrostomy | — | living without recurrence |
| 2 | sm | esophago-gastrostomy | OK-432 | died without cancer |
| 3 | sm | esophago-colostomy | — | living without recurrence |
| 4 | sm | esophgo -gastrostomy | — | living without recurrence |
| 5 | sm | esophago-gastrostomy | — | living without recurrence |
| 6 | sm | esophago-gastrostomy | Tegaful | died of recurrence (23mo.)<br>metastasis to the bones and mediastinal lymphnodes (18mo.) |
| 7 | mm | esophago-gastrostomy | — | living without recurrence |
| 8 | sm | esophago-gastrostomy | — | living without recurrence |
| 9 | sm | esophago-gastrostomy | — | living without recurrence |
| 10 | sm | esophago-jejunostomy | — | died without cancer |
| 11 | sm | esophago-gastrostomy | — | died without cancer |
| 12 | sm | esophago-jejunostomy | — | died of another cancer |
| 13 | sm | esophago-gastrostomy | — | died of another cancer |
| 14 | mm | esophago-gastrostomy | Tegaful·OK-432 | living without recurrence |
| 15 | sm | esophago-gastrostomy | Tegaful | living with recurrence (28mo.)<br>metastasis to the bones and cervical lymphnodes (24mo.) |
| 16 | mm | esophago-gastrostomy | — | living without recurrence |
| 17 | sm | esophago-gastrostomy | chemotherapy·OK-432 | living without recurrence |
| 18 | sm | esophago-gastrostomy | T-shaped irradiation<br>OK-432 | living without recurrence |
| 19 | sm | esophago-gastrostomy | T-shaped irradiation | living without recurrence |
| 20 | mm | esophago-gastrostomy | — | living without recurrence |

死亡例はなく，再発例はともにsm癌症例であった．再発例2例のうち1例は術後Tegafulの経口投与を行ったが，術後18か月で縦隔リンパ節と骨に再発を来し，23か月で死亡した．もう1例に対しても同じく術後療法を行ったが，24か月で頸部リンパ節と骨に再発を認め28か月生存，現在入院加療中である(**Table 9**)．

再発例2例を見ると，その病変が多発し2領域以上に広がっていること，中分化型扁平上皮癌であること，深達度smであること，リンパ管侵襲をともなうこと，リンパ節と骨に再発を来していることなどの共通点を持っていた(**Table 10**)．

## 考　察

最近の食道癌に対する治療成績は3領域郭清や集学的治療により向上しているが，食道癌全体としての予後は依然不良である．その主たる原因としては，われわれの扱う食道癌の大部分が発見時すでに高度進行癌であるためで，よって食道癌の予後向上のためには早期癌をいかに発見するかがきわめて重要な課題であると考える．

近年，色素内視鏡の導入などによる診断技術の進歩により表在癌の発見も年々増加しており，ep癌，mm癌の症例も着実に多くなっている[2]．しかし，表在癌といえどもリンパ節転移のあるものは予後が悪く進行癌と変わりないといわれており，いわゆる早期癌の発見に努めなければならないが，依然として早期食道癌の発見は容易であるとはいいがたい．今回われわれの検討においても早期癌症例は食道癌全症例中わずか4.4%ときわめて少数であり，発見のむずかしさをあらためて痛感させられた．白壁ら[3]によれば二重造影法により17例(ep癌10例，mm癌7例)の食道粘膜内癌のうち16例(94.1%)に異常所見が認められ，吉田ら[4]は内視鏡検査にルゴール法を併用することにより食道粘膜内癌をより正確に診断することができるとしている．患者の訴えから早期癌を発見することはきわめて困難であり，二重造影法などの食道透視の充実と徹底，さらにep癌の発見のためには通常内視鏡とともに色素内視鏡をも用いるべきであると考える．現在のところ食道癌，とくに扁平上皮癌に関する腫瘍マーカーの陽性率は低く，わずかにscc抗原の有用性が認められるにすぎない[5][6]．平田ら[6]はscc抗原はstage III以上の中分化型から高分化型扁平上皮癌については，診断および治療効果の判定に有用であるとしているが，現在のところ早期癌発見の強力な武器とはなりえていない．

また同じ早期癌といえども，いわゆるm癌とsm癌とではその予後は大きく異なり，1983年までの三富ら[2]の集計によれば，ep癌では7年生存率100%，mm癌では5年生存率，9年生存率ともに85.3%であるが，sm癌では5年生存率69.2%，10年生存率53%と予後は悪くなっている．井手ら[7]によると，食道表在癌の病理肉眼分類との関係は5年累積生存率がO-I型55.3%，O-II型95.1%，O-III型43.0%でO-II型は他の

**Table 10** Cases with recurrence

| case | 6* | 15* |
|---|---|---|
| sex | male | male |
| age | 56yr | 59yr |
| symptom | sense of stenosis | asymptomatic |
| duration of symptoms | 4month | 1month |
| location of the lesion<br>gross classification | Iu<br>0-III<br>Im<br>I pi+I sep<br>Ei<br>I pl | Im<br>I pl+IIc<br>Ei<br>IIc |
| positive tumor marker | — | TPA |
| histologic types | moderately differentiated s.c.c. | moderately differentiated s.c.c. |
| depth of invasion | sm | sm |
| vascular invasion | ly(+), v(−) | ly(+), v(−) |
| intraepitherial spread | ie(+) | ie(−) |
| operative methods | esophago-gastrostomy | esophago-gastrostomy |
| combined treatments | Tegaful | Tegaful |
| recurrence | bones and mediastinal lymphnodes (18mo.) | bones and cervical lymphnodes (24mo.) |
| prognosis | died of recurrence (23mo.) | living with recurrence (28mo.) |

* case number in Table 9

表在癌に比べ有意に予後良好で胃の早期癌の遠隔成績に匹敵すると述べている．当科の症例ではmm癌は4例中3例がO-II型に属し，これに反してsm癌では主としてO-I型に属するものが多く，O-II型に属するものは少数であり，肉眼分類と予後との一致が認められた．

組織型においては扁平上皮癌ではmm癌，sm癌ともに高分化型は少数で比較的分化度の低い中分化型と低分化型が大勢を占めている．脈管内侵襲はmm癌ではわずかに1例（25%）のみにリンパ管侵襲が認められるにすぎないのに比べ，sm癌では7例（43%）と半数近くにリンパ管侵襲が見られた．上皮内伸展もmm癌1例（25%），sm癌5例（31%）とmm癌に比べてsm癌に多く見られた．上皮内伸展陽性例が陰性例に比べ予後が悪いとの報告は少なく[8)9)]，むしろその逆であるとの報告もあり，見解は一定していない．しかし，脈管内侵襲が予後不良となる大きな要因であるとの報告は多く見られ[10)11)]，当科における進行癌の検討でもその傾向が見られる[12)]．したがってこの意味からもsm癌とmm癌とは性格を異にすると考えられた．

以上のことから同じ早期癌といえども，いわゆるm癌とsm癌とを同じ範疇のものとして取り扱うには難があり，予後の差を考慮すれば治療法の点でも区別されねばならない．すなわち，sm早期癌の治療においては進行癌と同様な術式および集学的治療の必要性が示唆される．治療方針決定に関して最近の知見として，近年核DNA量の測定が比較的簡便に行われるようになり早期食道癌においても検討され，その悪性度および予後の判定にきわめて有用であるとの報告がある[13)14)]．当科の川村による進行癌を含めた報告[15)]では1年以内の再発，死亡例は全例にaneuploidyが認められており，Sanekataら[16)]はaneuploidyは深達度と予後を，s-phase fractionはリンパ節転移と予後を大きく反映すると述べている．これらのことから核DNA量は治療方針決定の際の新たな指針となりうると期待される．

最後に，mm癌でもリンパ節転移や脈管内侵襲陽性例の報告があり[2)17)18)]，当科においてもわずかに1例ではあるが，リンパ管侵襲を認めるmm癌症例があった．これは粘膜固有層にリンパ管や静脈などの脈管の発達が良好であるという食道壁の特徴的構造を考えれば当然であり[18)]，今後mm癌症例の増加とともにこれに対する処置が問題になる可能性があり，この悪性度判定を早急に把握する必要がある．

本論文の要旨は，第33回日本消化器外科学会総会（平成元年2月）において発表した．

## 文　献


1) 食道疾患研究会編：臨床・病理．食道癌取扱い規約．第6版，金原出版，東京，1984
2) 三富利夫，幕内博康，生越喬二ほか：早期食道癌の治療．外科治療　53：587—591，1983
3) 白壁彦夫，西沢　護：食道粘膜内癌の臨床診断．胃と腸　20：1311—1319，1985
4) 吉田智治，宮崎誠司，河原清博ほか：食道粘膜内癌の臨床診断．内視鏡および超音波内視鏡を中心に．胃と腸　20：1321—1330，1985
5) 池田健一郎，寺島雅典，石田　薫ほか：食道扁平上皮癌患者におけるscc抗原測定の臨床的意義．癌と化療　15：678—682，1988
6) 平田　哲，山崎弘資，横山康弘ほか：扁平上皮癌関連抗原sccの食道癌における臨床的意義．日外会誌　90：262—272，1989
7) 井手博子，村田洋子，奥島憲彦ほか：表在性食道癌肉眼分類の新しい提案．病理の立場から．胃と腸　22：1369—1376，1987
8) 新井裕二：食道癌術後遠隔成績に関する臨床病理学的研究，とくにm，sm癌と進行癌の対比．日消外会誌　19：1291—1301，1983
9) 磯野可一，佐藤　博，鍋谷欣市ほか：食道の発育形成からみた予後の検討．日外会誌　73：901—903，1972
10) 井手博子，遠藤光夫，木下祐宏ほか：手術所見および予後からみた食道m，sm癌の治療方針．外科診療　22：1659—1666，1980
11) 佐々木泰二，渡辺登志男，森　昌造ほか：食道癌の脈管侵襲に関する検討．外科診療　21：85—89，1979
12) 阿保七三郎，三浦秀男，工藤　保ほか：胸部食道癌の治療方針—病型別にみて．日外会誌　81：1058—1062，1980
13) 小関和士，栗谷義樹，豊田統夫ほか：DNA Histogramからみた食道早期癌および食道表在癌の検討．日外会誌　85：548—554，1984
14) 杉町圭蔵，松浦　弘，岡村　健ほか：早期食道癌再発症例の検討，とくにDNA量分布パターンによる悪性度判定の提言．外科治療　49：627—631，1983
15) 川村義宏：Flow cytometryによる悪性腫瘍のDNA解析及びcisplatin併用療法に関する実験的並びに臨床的研究．秋田医　13：383—399，1989
16) Sanekata K, Nishihira T, Kasai M: The prognostic value of flow cytometric DNA analysis in human esophageal carcinomas. Edited by Siewert JR, Holscher AH. Disease of the esophagus. Springer-Verlag, Berlin, 1987, p81—84

17) 井手博子, 村田洋子, 茂木茂登子ほか：食道 m, sm 癌の臨床病理—診断ならびに治療上の問題点について—. 日気管食道会報 32：413—421, 1981
18) 五関謹秀, 小池盛男, 滝澤登一郎ほか：現行の早期食道癌定義上の問題点—食道表在癌といわゆる早期胃癌および pm 胃癌との病理組織学的比較検討—. 胃と腸 22：1429—1436, 1987

## Clinical Study on 20 Cases of Early Esophageal Cancer —Treatment of sm Esophageal Cancer—

Kazuo Tenma, Shichisaburo Abo, Michihiko Kitamura, Masaji Hashimoto, Keiichi Izumi, Akira Kamiya, Nobuhiko Shimoma and Yasuo Yamazaki
Second Department of Surgery, Akita University School of Medicine

In order to determine a therapeutic policy, we conducted a retrospective study on 20 cases of early esophageal cancer (mm 4, sm 16) concerning histopathological findings, treatment and prognosis. Of the 20 patients, 18 were male, and 2 were female. There were no differences in clinical fetures between mm and sm cancers. Twelve patients (7.5%) with sm cancers complained of some kind of symptom, while only one (25%) with mm cancer did. mm cancers were classified macroscopically as 0-II type, and most of the sm cancers as 0-I type. The mean longitudinal diameter of the lesions in sm cancers was 2.1 cm and that in mm cancer was smaller (0.9 cm). In the 8 patients with lymphatic invasion, 7 of the cancers were in sm and only 1 was mm histopathologically. We observed no recurrence of mm cancers, while there was recurrence in 2 patients wth sm cancers. The 5 year survival rate for our early esophageal cancers (75%) was the same as that reported in Japan as a whole. We concluded that the great histopathological difference between mm cancer and sm cancers reflected their own prognoss. It is essential that we adopt the same surgical approach and multidisciplinary treatment for sm cancers as we do for advanced cancers.

Reprint requests: Kazuo Tenma Second Department of Surgery, Akita University School of Medicine
1-1-1 Hondo, Akita, 010 JAPAN