

原 著

食道原発腺扁平上皮癌11例の臨床病理学的検討

国立がんセンター病院外科

根津 邦基 加藤 抱一 日月 裕司 渡辺 寛

同 研究所病理

板橋 正幸 廣田 映五 山内ゆう子

同 内科

山 口 肇

食道原発腺扁平上皮癌の11例について臨床的および病理学的検討を行いその特徴について明らかにした。腺癌構成成分の組織型は11例中腺管形成型が10例、印環細胞型 (mucoepidermoid carcinoma) が1例であった。腺癌と扁平上皮癌の構成成分の組織分布は混合型10例、衝突型1例であった。11例中7例が早期癌であった。内視鏡型分類で elevated type が11例中7例と多数を占め、早期発見に寄与したと思われる。11例中血行性転移を認めたものは2例、リンパ節転移を認めたもの4例であった。11例の5年生存率は36.5%であり根治的的外科手術を行うことにより、通常の扁平上皮癌よりも良好な予後が期待できると考えられた。

Key words: adenosquamous carcinoma of the esophagus, adenoacanthoma

結 言

食道癌はほとんどが扁平上皮癌であり、腺癌と扁平上皮癌が混在した、いわゆる腺扁平上皮癌は非常にまれで、その報告例も少ない^{1)~10)}。さらに、過去の報告例では食道原発腺扁平上皮癌の定義がさまざまであること、詳細な臨床および病理学的特徴が記載されているものが少ないことなどにより、いまだ食道腺扁平上皮癌の臨床病理学的特徴が明確にされたとはいえない。今回、後述のごとき定義に基づき食道原発腺扁平上皮癌と診断した11例を検討し、その臨床病理学的特徴について明らかにする。

対象および方法

われわれは食道原発腺扁平上皮癌を次のように定義した。(1) 外科的切除標本の検索で、組織学的に腺癌および扁平上皮癌の構成要素からなり、両者はおのの少なくとも全癌瘍の10%以上の範囲を占めるもの、

ただし偽腺管構造を示した扁平上皮癌は除く、(2) 腫瘍の原発巣としての占居部位は、原則として食道内に限局し、少なくとも癌の主座は胃噴門部ではないもの、(3) 他臓器に原発と思われる癌組織を認めないものとした。この定義に基づいて食道原発腺扁平上皮癌と診断した症例は、1962年から1988年の27年間に切除された食道癌1,128例のうち11例(1.0%)であった。11例のうち1例は腫瘍の一部が胃噴門部に浸潤していたが、腫瘍組織の80%以上が食道内にあり主組織成分が扁平上皮癌であるため食道原発と診断した。腫瘍組織の検索はすべて手術により得られた切除標本によっておこなわれた。腫瘍の大きさの測定と肉眼分類は術後の生標本によっておこなった。組織学的検索は、腫瘍の縦軸に平行な最大割面全体から組織標本を作成し、必要に応じて癌巣全体を含む多数の切片を切り出し検索した。染色はヘマトキシリン-エオジン二重染色および Alcian-blue-PAS 二重染色を行った。

比較検討の対象として、同時期に切除された胸部食道扁平上皮癌をもちいた。

進行度分類は食道疾患研究会編の食道癌取扱い規約¹¹⁾を用いた。胸部食道扁平上皮癌との有意差検定には χ^2 検定、または Student の t 検定を用いた。

結 果

1. 臨床所見

性別, 年齢: 11例は全例男性であり, 年齢は56~85歳で平均 67.0 ± 11.2 歳であった。

発症症状: 有症状は6例であり, その初発症状はすべて嚥下障害であった。ほかの5例は診断時無症状であり, そのうち3例は集団検診の胃内視鏡検査時に発見されたもの, 2例はアルコール依存性の精査にて発見されたものであった。

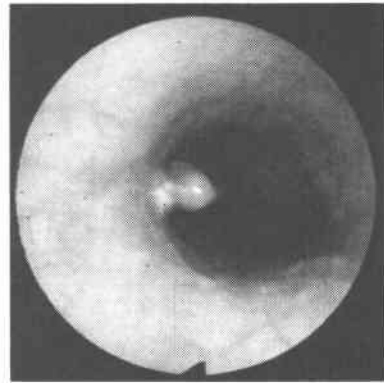
主占居部位: 腫瘍主占居部位は胸部中部食道 (Im) が8例 (73%) 胸部下部食道 (Ei) が3例 (27%) であったが, 同時期の切除扁平上皮癌834例のIm 524例 (63%), Ei 236例 (28%) と比べ分布に有意な異なりは認めなかった (Table 1)。

上部消化管または食道造影 X 線所見: X 線所見の型は表在型5例, らせん型4例, 腫瘍型1例, 鋸歯型1例と表在型が11例中5例を占めた。表在型の5例は, 全例病理学的にも表在癌であった。

内視鏡所見: 型は隆起型 (Fig. 1) 7例, 全周狭窄型3例, 表在型1例であった。内視鏡型分類の新分類¹²⁾によると, 表在型の0-I型4例, 0-IIc+IIb 2例, 0-IIc 1例と進行型のType 2が3例, Type 3が1例であった。

同時期の切除扁平上皮癌例834例中, 陥凹型は530例 (74%), 全周狭窄型120例 (14%), 隆起型90例 (11%), 表在型66例 (8%) と陥凹型が大部分を占めるのに対

Fig. 1 An endoscopic picture of adenosquamous carcinoma of the esophagus (an elevated type) (Case 8)



し, 腺扁平上皮癌では隆起型が11例中7例 (64%) と大部分を占めていた。

術前治療: 1例に術前放射線治療 (Linac 30Gy) が行われ, 食道癌取扱い規約¹¹⁾による治療効果はEflであった。表層浸潤癌の1例で laser 治療 (Argon dye, Hp-D 150mg) が施行された後手術が施行された。

手術術式: 1例は術前内視鏡所見で長径1.0cmの腫瘍で深達度は粘膜筋板まで (mm) と診断し, 食道除去術を行った。ほかの10例では開胸を行った。主病巣は11例中10例で完全切除され, 残りの1例は腫瘍が上行大動脈壁に残存した (Table 1)。

Table 1 Clinical findings of 11 cases with adenosquamous carcinoma of the esophagus

Case	Age	Sex	Location	Operative procedure		Resectability	Prognosis	Recurrent disease
				Approach	Route of reconstruction			
1	65 y.o	male	Ei ^a	Rt-Lapa ^b	retro sternal	R II	3y8mo dead	unknown
2	83 y.o	male	Im	Rt-Lapa	retro sternal	R II	7y alive	—
3	73 y.o	male	Im	Rt-Lapa	ante sternal	R II	3y11mo dead	neck lymph node
4	85 y.o	male	Ei	Lt-Lapa	intra thoracic	R I	1y6mo dead	mediastinal
5	64 y.o	male	Im	Rt-Lapa	intra thoracic	R I	5y alive	—
6	69 y.o	male	Im	Extrathoracic	posterior mediastinum	R O	3y dead	unknown
7	59 y.o	male	Im	Rt-Lapa	retro sternal	R II	7y alive	—
8	51 y.o	male	Ei	Rt-Lapa	retro sternal	R III	3y4mo alive	—
9	54 y.o	male	Im	Rt-Lapa	retro sternal	R II	1y5mo dead	liver
10	79 y.o	male	Im	Rt-Lapa	retro sternal	R II	1y11mo alive	—
11	56 y.o	male	Im	Rt-Lapa	retro sternal	R O	1y dead	lung

a. Ei : lower intra-thoracic esophagus

Im : middle intra-thoracic esophagus

b. Rt-Lapa : right thoracotomy with laparotomy

Lt-Lapa : left thoracotomy with laparotomy

Table 2 Pathological findings of 11 cases with adenosquamous carcinoma of the esophagus

Case	Biopsy diagnosis	Macroscopical type	Size (cm)	Depth of invasion	Nodal status	Distribution ^a	Histology of Ad	Main location of Ad ^b
1	Sq	Type 2	3.0×2.0	mp	n ₃	mixed Ad<Sq	glandular	deeper
2	AdSq	IIC+IIb	3.5×1.5	sm	n ₀	mixed Ad=Sq	glandular	deeper
3	Sq	Type 2	2.0×2.0	mp	n ₀	mixed Ad>Sq	glandular	deeper
4	AdSq	Type 3	6.2×4.5	a ₂	n ₂	mixed Ad<Sq	glandular	deeper
5	AdSq	IIC	1.3×1.2	sm	n ₀	mixed Ad=Sq	glandular	deeper
6	Sq	IIC+IIb	1.8×1.2	mm	n ₀	mixed Ad<Sq	glandular	superficial
7	AdSq	Ipl+IIC	4.0×3.0	sm	n ₀	mixed Ad<Sq	signet ring cell (mucoepidermoid Ca)	superficial
8	AdSq	Ipl+IIC	1.5×1.4	sm	n ₀	mixed Ad<Sq	glandular	superficial
9	Sq	Ipl+IIC	5.0×3.5	sm	n ₀	mixed Ad>Sq	glandular	deeper
10	AdSq	Ipl+IIC	5.0×4.0	sm	n ₀	mixed Ad<Sq	glandular	superficial
11	Sq	Type 2	8.5×5.4	a ₃	n ₄	collision Ad<Sq	glandular	deeper

Ad : adenocarcinoma

Sq : squamous cell carcinoma.

AdSq : adenosquamous carcinoma.

a. distribution : distribution of adeno- and squamous cell carcinoma component.

example : A<B means B is predominant than A.

b. deeper : deeper layer of cancerous lesion.

superficial : superficial layer of cancerous lesion.

病理所見：術前組織生検で腺扁平上皮癌と診断されたものは11例中6例であり、ほかの5例は扁平上皮癌と診断された。病理肉眼新分類¹³⁾¹⁴⁾では、表在型は7例で、丘状型+軽度陥凹型(O-Ipl+IIC型)4例、軽度陥凹型+平坦型(O-IIC+IIb型)2例、軽度陥凹型(O-IIC型)1例であった。進行型は4例で潰瘍限局型(Type 2)3例、潰瘍浸潤型(Type 3)1例であった。腫瘍最大径は1.3~8.5cmであり平均3.9±2.1cmであった(Table 2)。

全例、切除標本で腺扁平上皮癌と診断された。食道癌取扱い規約による深達度は11例中7例(64%)が表在癌であった。同時期における胸部食道癌切除症例834例の深達度はTable 3に示すとおりであり、腺扁平上皮癌では扁平上皮癌と比較し有意に表在癌の比率が高かった(p<0.01)。

腺扁平上皮癌11例におけるリンパ節転移は8例がn₀であり、表在癌はすべてn₀であった。リンパ節転移の成分の組織型は3例とも扁平上皮癌であった。同時期の胸部食道癌切除834例中でのリンパ節転移はn₀287例であり、n₀症例は約1/3にすぎない。腺扁平上皮癌では扁平上皮癌と比較しリンパ節転移頻度が有意に低かった(p<0.01)(Table 3)。

11例中腺癌成分が扁平上皮癌成分より多く認められ

Table 3 Number of cases according to the depth of invasion and nodal status in cases with adenosquamous carcinoma and squamous cell carcinoma in the thoracic esophagus.

Depth of invasion and Nodal status*	No. of cases	
	Adenosquamous carcinoma	Squamous cell carcinoma
ep	0 (0%)	9 (1%)
mm	1 (9%)	12 (1%)
sm	6 (55%)	65 (8%)
mp	2 (18%)	148 (18%)
a ₁	1 (9%)	137 (16%)
a ₂	1 (9%)	290 (35%)
a ₃	1 (9%)	162 (19%)
n ₀	8 (73%)	287 (34%)
n ₁	0 (0%)	41 (5%)
n ₂	1 (9%)	251 (30%)
n ₃	1 (9%)	133 (16%)
n ₄	1 (9%)	111 (13%)

* : according to the Guide Lines for the Clinical and Pathologic Studies on Carcinoma of the Esophagus

た症例は2例、腺癌成分と扁平上皮癌成分がほぼ同程度に認められた症例は2例、腺癌成分が扁平上皮癌成分より少なく認められた症例は7例であった。増殖様

Fig. 2 Schematic drawing of distribution of adeno-and squamous cell carcinoma components on the cut surface of the tumors

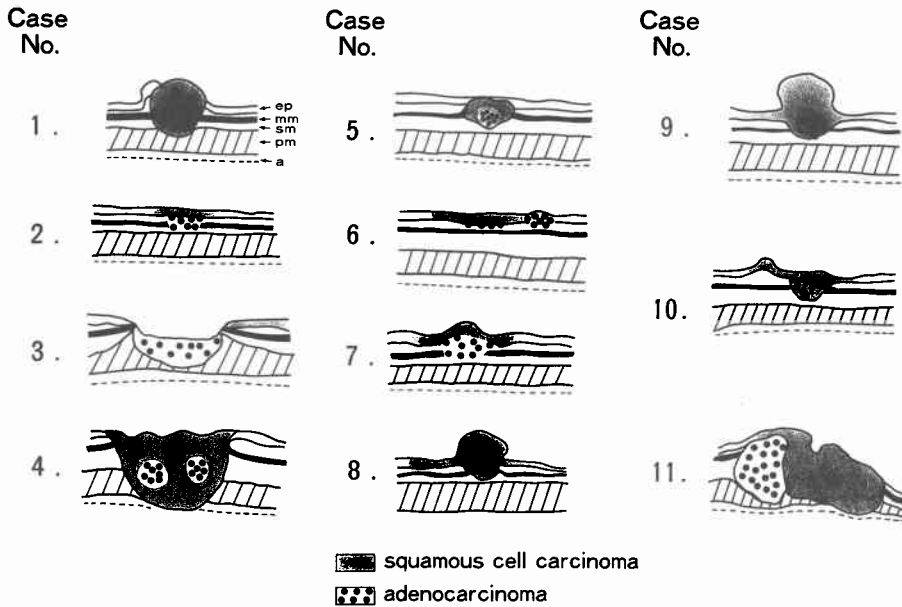


Fig. 3 A photomicrograph of typical mixed type in distribution of adeno-and squamous cell carcinoma components. Mixed proliferation of the two components is seen in the mucosa. (H.E. stain $\times 100$, Case 6)

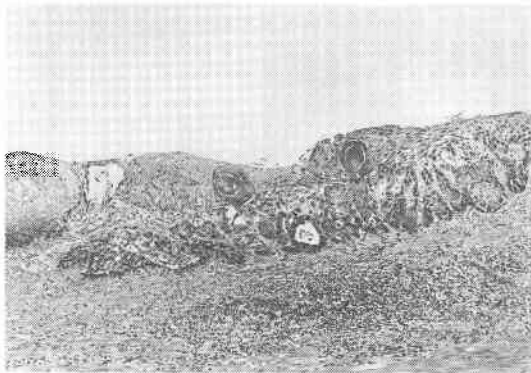


Fig. 4 A photomicrograph of typical collision type in distribution adeno-and squamous cell carcinoma components. A clear border is seen between the two components. (H.E. stain $\times 40$, Case 11)

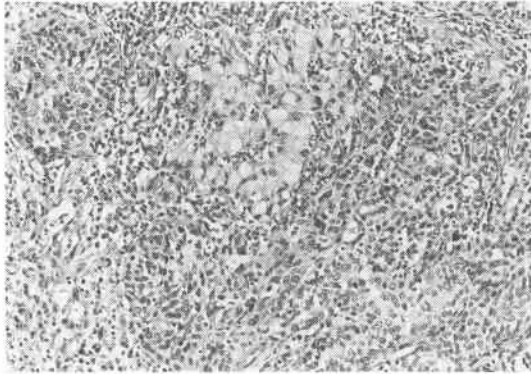


式は癌胞巣が上皮下に散在性に浸潤する散在性浸潤型 6例, 粘膜内および粘膜固有層内を表層性に浸潤する表層浸潤型 2例, 癌胞巣が周囲組織を圧排性に浸潤する膨張型 3例であった。

腫瘍断面における腺癌および扁平上皮癌の分布を Fig. 2 に示す。両構成成分が混在している混在型 (Fig. 3) が 10 例であり、両構成成分の間に明かな境界

を有する衝突型 (Fig. 4) とおもわれるものは 1 例 (症例 11) のみであった。腺癌の組織像は 11 例中明かな腺管形成性の腺癌を伴うもの 10 例、印環細胞型の腺癌を伴うもの (mucoepidermoid 型) (Fig. 5) 1 例 (症例 7) であった。腺癌の主な浸潤部位は、表在性が Case 6, 7, 8, 10 の 4 例、深在性が Case 1, 2, 3, 4, 5, 9, 11 の 7 例であり、食道固有腺や導管との連続性は確認され

Fig. 5 A photomicrograph of mucoepidermoid carcinoma, which shows mixed proliferation of signet ring cell carcinoma and poorly differentiated squamous cell carcinoma. (H.E. stain $\times 200$, Case 7)



なかった。扁平上皮癌の分化度は、中分化型7例、低分化型4例であった。粘液組成では1例を除き10例で Alcian-blue, PAS とも陽性であった。陰性の1例では H-E 染色で明らかに円柱上皮像を呈していたため腺癌と診断した。ie (+) 9例, ly (+) 7例, v (+) 1例であった。

病理組織学的進行度は stage 0 が7例, stage I が1例, stage III が1例, stage IV が2例であった。

予後：腺扁平上皮癌11例の平均生存期間は42.3 \pm 24.1か月であり、2例が7年生存中である。累積3年生存率は60.2%、5年生存率は36.5%であった。同時期胸部扁平上皮癌切除例834例の平均生存期間は30.6 \pm 46.8か月、累積3年生存率は28.0%、5年生存率は23.0%であった。腺扁平上皮癌の症例数が少ないため扁平上皮癌の生存率との間に統計上有意差は認められないが、腺扁平上皮癌の生存率の方が、5年で約10%良好であった。腺扁平上皮癌の早期癌7例中再発を認めたものは1例で、術後5か月に肝転移を来し、1年5か月で死亡した。進行癌4例中、再発の有無を確認し得た3例の初再発部位は頸部リンパ節1例、縦隔リンパ節1例、肺転移1例であった。再発部位の組織型は検索されていない。

考 察

腺扁平上皮癌は、一般には腺上皮と扁平上皮の接合する食道胃吻合部や、子宮頸部の junctional zone に発生することが多いとされる。Mcpeak¹⁵⁾らは65例の噴門部胃癌のうち、8例が腺扁平上皮癌であり、食道粘

液腺が発生母地であろうと述べているが、実際下部食道癌で胃側に浸潤している場合、腺癌成分の発生源をはっきり診断することは難しい。

食道原発腺扁平上皮癌の報告はまれであるが、食道原発腺癌として扱われているものや³⁾⁴⁾、腺扁平上皮癌 adenosquamous carcinoma と腺表皮癌 adenoacanthoma を同義語と考え、腺癌の一部に扁平上皮化生(良性)を併存しているものも腺扁平上皮癌として扱う報告もある^{16)~18)}。

Azzopardi³⁾は食道原発腺癌を組織学的に次の3 Type に分類した。1) 胃の腺癌に類似した乳頭状腺癌、2) 胃癌にはまれにしかみられないもので、腺癌と扁平上皮癌の併存したもの (adenoacanthoma, mucoepidermoid carcinoma を含む)、3) 胃癌には見られないタイプの腺癌 (adenoid cystic carcinoma) とに分け腺扁平上皮癌を食道原発腺癌の一部としている。中山ら⁴⁾は食道腺癌を、1) 腺癌の構造のみを有するものと、2) 腺類癌とに分類し、さらに腺類癌を a) 腺癌と扁平上皮癌が衝突しているような像を呈しているもの、b) 扁平上皮組織様分化の中に腺管形成のあるものものとに分け、腺類癌の中に腺扁平上皮癌を含めている。現在の食道癌取扱規約の組織学的分類では、a) 扁平上皮癌、b) 腺癌、c) 腺表皮癌、d) 未分化癌とに分けられ、そのほかの癌の中に mucoepidermoid carcinoma, adenoidcystic carcinoma がある。この規約では腺癌と扁平上皮癌の混成癌で、mucoepidermoid carcinoma と adenoidcystic carcinoma を除くものが腺表皮癌 adenoacanthoma となるが、食道原発腺扁平上皮癌の定義についてはいまだはっきりしたものはない。そこで、今回われわれは食道原発腺表皮癌の特徴を明らかにするため、前述の3条件を定義として決め、その定義により病理組織学的に診断した11症例を食道原発腺扁平上皮癌とし、その臨床および病理学的特徴について検討した。なお、食道扁平上皮癌においても僅かに粘液染色陽性細胞や、腺管構造がみられるものを含めると、それは20~30%に相当するという報告¹⁹⁾²⁰⁾もあり、われわれは組織学的に腺癌および扁平上皮癌の構成要素がおのおの少なくとも10%以上を占めるものに限定した。

これまで報告された食道原発腺扁平上皮癌は非常にまれであり、Suzuki ら²¹⁾は、剖検例の全国集計で食道の全悪性腫瘍中0.8%が腺表皮癌であったと報告しているが、その定義に関しては述べていない。われわれの症例は切除食道癌全症例中1.0%であり、ほぼ等しい

Table 4 Reported cases of adenosquamous carcinoma of the esophagus.

Case	Year	Author	Age	Sex	Location	Depth	Nodal status	Prognosis
1	1947	Mcpeak	46	male	Ei	a+	N+	OPD
2	1954	Gregg	75	male	Im			4mo dead
3	1962	Azzopardi	54	female	Ei	a+		14y alive
4			47	male	Im			12mo dead
5	1964	Nakayama	56	male	Im			1y9mo dead
6			67	male	Im			1y6mo dead
7			61	male	Im			2y1mo dead
8			57	male	Im		N+	7mo alive
9	1966	Raphael	62	male	Ei	a+	N-	2mo dead
10			61	male	Ei	a+	N-	12mo dead
11			69	male	Im	a+	N-	OPD OPD
12	1968	Lortat-Jacob	60	male	Im		N-	OPD OPD
13			63	male	Im		N-	OPD OPD
14			61	male	Ei		N+	OPD OPD
15			56	male	Im		N+	4mo dead
16			49	male	Ei		N+	OPD OPD
17	1972	Rikimaru	60	female	Im		N+	9y3mo dead
18	1981	Kormano	71	male	Im			1mo dead
19			60	female	Iu			11mo dead
20	1984	Ide	58	male	Im	sm	N-	12y5mo dead
21			67	male	Im	a+	N+	2y11mo dead
22			65	male	Ei	a+	N-	12y10mo dead
23	1985	Tanaka	78	male	Iu		N-	7mo alive

OPD : operation death

頻度であった。しかし、現在までに腺扁平上皮癌として報告されている症例は非常に少なく、腺表皮癌 *adenocanthoma* として報告されている中でも、前述したように腫瘍が下部食道より大部分が胃噴門部に存在し、その起源がはっきりしないもの¹⁵⁾、あるいは、むしろ腺癌といえるもの^{16)~18)}が含まれる。そういったものを除くと、われわれが集計しえた胸部食道原発腺扁平上皮癌の報告例は23例にすぎない (**Table 4**)。性別では報告例23例中20例が男性で、われわれの症例11例を含め33例中3例のみが女性であり男性が多い。年齢では報告例の最年少は47歳、最高年齢は78歳であり平均61.0±7.9歳であった。われわれの症例は56~85歳、平均67.0±11.2歳であるが過去の報告例および扁平上皮癌症例と比較し有意差はみとめなかった。本症例の初発症状では診断時無症状例が11例中5例と多数を占めた。一方、ほかの報告例中、初発症状が記載されている14例はすべて嚥下困難が初発症状であり、われわれの症例と異なっている。これは、われわれの症例において早期癌が多数を占めたことによると思われる。術前食道造影 X 線所見でも、われわれの症例は表在型が11例中7例を占める。一方、ほかの報告例中で型を

明記してある11例では表在型は井手らの1例のみであり、鋸歯型が3例、ロート型が2例、腫瘤型2例、らせん型3例と、進行癌型が多い。自験例において、報告例と比較し早期癌が多数を占める原因の1つとして考えられることは、自験例の11例中9例が1981年以降に発見されていることである。食道癌においても、近年診断技術の進歩とともに早期癌の発見される比率が高くなっている²²⁾。

術前の内視鏡所見は自験例では、扁平上皮癌症例において陥凹型が63.5%と多数を占めるのに対して隆起型が有意に高率であり ($p < 0.01$)、特徴的な所見であると思われる。われわれの症例では術前の内視鏡で隆起型が多数を占めたことにより、より早期発見につながったのではないかと推測される。過去の報告例においては、内視鏡所見について明確に記載されているものは少ない。

自験例で放射線治療が施行された症例 (症例3) の組織診断では潰瘍形成がみられ、腺癌よりも扁平上皮癌成分に放射線の影響が認められた。術前放射線治療が行われた報告例3例中で⁴⁾⁷⁾放射線の治療効果が記載されているのは2例であり、4,200radを照射した例

で、放射線終了後の X 線では腫瘍の完全消失 (CR) が得られ、剖検の結果でも原発巣に癌は全く認めなかったとしている。もう 1 例は放射線の影響は扁平上皮癌成分に著明で、腺癌にほとんど認められなかったと述べている。

術前組織生検について、過去の報告例で術前組織生検の結果が記載されているのは 4 例であり^{2)6)~8)}、3 例が扁平上皮癌、1 例が未分化癌であり、腺扁平上皮癌と診断されたものはない。われわれの生検組織診断を切除標本病理組織所見と対比して検討してみると、腺扁平上皮癌と診断された 6 例のうち、腺癌の主浸潤部位が浅在性であるものが 3 例であるのに対して、扁平上皮癌と診断された 4 例のうち 3 例では、腺癌の主浸潤部位が深在性であったことが術前診断の確率に影響すると思われる。

切除標本肉眼所見では、食道疾患研究会の新肉眼分類¹³⁾によると、早期癌では隆起型優位の 0-Ip+Iic 型が最も多かった。Itabashi ら²³⁾は通常の扁平上皮癌を主体とする表層浸潤型食道癌では陥凹型が最も多かったと述べており、腺扁平上皮癌においては隆起型が多いのが 1 つの特徴と思われる。過去の報告例では進行癌がほとんどであり、潰瘍型が多く、われわれの症例の腫瘍最大径は平均 3.9cm であり、報告例 14 例の平均 6.4cm と比較し小さい。これは早期癌が多数を占めたことによると思われる。病理組織学的所見で印環細胞型の腺癌を伴うもの (mucoepidermoid carcinoma) が 1 例あったが、食道原発の mucoepidermoid carcinoma はきわめてまれな腫瘍であり、欧米では 9 例が報告されているのみである²⁴⁾。これまでの報告例で深達度の明らかにされているものでは、井手ら⁹⁾の sm の 1 例を除きほかはすべて mp 以上の進行癌である。リンパ節転移に関してはまれであるという報告⁵⁾もあるが、報告例全体では 15 例中 7 例と約半数にリンパ節転移が認められている。これらの報告と比較すると、自験例で早期癌が 11 例中 7 例を占めることは大きな特徴である。

腺扁平上皮癌の組織像としては、いわゆる“collision carcinoma”の形をとり、あたかも、別々に発生した扁平上皮癌と腺癌とが相接して衝突してみられる場合⁴⁾⁹⁾、両者が混在して存在する場合⁵⁾とがある。報告例 23 例を、記載されている組織所見より分類すると、衝突型 3 例、混在型が多数を占めている。われわれの症例でも明らかに衝突型といえるものは 1 例しかなく、ほかの 10 例は混在型であり報告例と同様の結果であっ

た。

腺扁平上皮癌の発生部位としては、従来、食道の深部粘液腺もしくはその導管由来か、扁平上皮と粘液腺の両方から、たまたま同時に発生したものと考えられていたが³⁾、最近、重層扁平上皮由来の可能性も指摘されている¹⁹⁾²⁰⁾。自験例で腺癌成分の浸潤部位が深在性であった 7 例では、粘液腺あるいはその導管が発生部位であったことも推測されるが、癌組織と食道腺との連続性は指摘し得なかった。浅在性であった 4 例のうち 1 例は、上皮内で腺癌と扁平上皮癌が連続するように存在するものであり、扁平上皮由来の可能性が示唆される。

食道原発腺表皮癌は通常の食道扁平上皮癌と比較し浸潤傾向が強く、血行転移も多く予後が悪いとする報告が認められる¹⁵⁾。しかし、自験例では早期癌が 11 例中 7 例を占め、そのうち血行転移を認めたものは 2 例のみであり、同時期の胸部食道癌切除例と比較しても予後は良好であった。その原因として、われわれの症例の大部分は比較的最近の症例であり、早期癌の発見率が上昇していること、隆起型が多いことにより、早期の時点で発見されやすかったこと、近年の治療の進歩の関与が考えられる。従って、十分な郭清を伴った根治手術を行うことによって、比較的良好的な予後が期待できると思われる。

文 献

- 1) McPeak E, Arons WL: Adenoacanthoma of the esophagus; a report of one case with consideration of the tumors resemblance to so-called salivary gland tumor. Arch Pathol 44: 385-390, 1947
- 2) Gregg JB, Stampler FW: Unusual neoplasms of the esophagus. A M A Arch Otolaryngol 59: 159-169, 1954
- 3) Azzopardi JG, Menzies T: Primary esophageal adenocarcinoma. Confirmation of its existence by the finding of mucous gland tumors. Br J Surg 49: 497-506, 1962
- 4) 中山恒明, 柳沢文憲, 鈴木恵之助ほか: 食道の原発性腺癌。癌の臨 10: 8-16, 1964
- 5) Raphael HA, Ellis FH, Dockerty MB: Primary adenocarcinoma of the esophagus. Ann Surg 164: 785-796, 1966
- 6) Lortat-Jacob JL, Maillard JN, Richad CA et al: Primary esophageal adenocarcinoma. Report of 16 cases. Surgery 64: 535-543, 1968
- 7) 力丸茂穂, 北川正信: 原発性食道腺類表皮癌。癌の臨 18: 814-820, 1972

- 8) Korman MJ, Yrjana J: Radiology of uncommon esophageal neoplasms. *Eur J Radiol* 1: 51-56, 1981
- 9) 井手博子, 遠藤光夫: 食道腫瘍の臨床病理. 医学書院, 東京, 1984, p40-45
- 10) 田中 明, 辺見公雄, 新田直樹ほか: 食道癌及胃癌の特殊型の3例. 食道原発腺扁平上皮癌, 胃原発悪性絨毛上皮腫, 胃原発扁平上皮癌. *日外宝* 54: 39-47, 1985
- 11) 食道疾患研究会編: 臨床・病理. 食道癌取扱い規約. 第7版, 金原出版, 東京, 1989
- 12) 遠藤光夫, 河野辰幸: 食道表在癌肉眼分類の新しい提案. *内視鏡の立場から. 胃と腸* 22: 1343-1348, 1987
- 13) 板橋正幸, 廣田映五: 肉眼分類の解説(1). 表在型食道癌. *胃と腸* 24: 837-840, 1989
- 14) 渡辺 寛: 食道癌肉眼分類の解説(2). 進行型. *胃と腸* 24: 587-591, 1989
- 15) Mcpeak E, Warren S: Histologic features of carcinoma of the cardioesophageal junction and cardia. *Am J Pathol* 24: 971-991, 1948
- 16) Hewlett AW: The superficial glands of the esophagus. *J Exp Med* 5: 319-331, 1900
- 17) Cabot RC: Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 21521. *N Engl J Med* 213: 1311-1315, 1935
- 18) Feldman M: Adenocarcinomatous pedunculated polyp of the esophagus. Report of a case. *Am J Dig Dis* 6: 453-454, 1939
- 19) 真船健一: 食道癌における腺成分に関する組織学的研究. *日外会誌* 89: 162-172, 1988
- 20) Takubo K, Sasajima K, Yamashita K et al: Morphological heterogeneity of esophageal carcinoma. *Acta Pathol Jpn* 39: 180-189, 1989
- 21) Suzuki H, Nagayo T: Primary tumors of the esophagus other than squamous cell carcinoma. *Int Adv Surg Oncol* 3: 73-109, 1980
- 22) Mitomi T, Makuuchi H, Ogoshi K: Treatment of So-called Early Esophageal Carcinoma. *Diseases of the Esophagus*. Springer-Verlag, New York, 1988, p381-384
- 23) Itabashi M, Fukuzumi S, Hirota T et al: Superficial carcinoma of the esophagus. Relations between macroscopic and microscopic findings. *Dig Dis Pathol* 2: 1-34, 1987
- 24) Enterline H, Tompson J: Pathology of the Esophagus. Springer-Verlag, New York, 1984, p134

A Clinicopathologic Study of 11 Adenosquamous Carcinoma of the Esophagus

Kunimoto Nezu, Hoichi Kato, Yuji Tachimori and Hiroshi Watanabe
 Department of Surgery, National Cancer Center Hospital
 Masayuki Itabashi, Teruyuki Hirota and Yuuko Yamauchi
 Department of Pathology, National Cancer Center Research Institute
 Hajime Yamaguchi
 Department of Internal Medicine, National Cancer Center Hospital

Eleven cases of adenosquamous carcinoma of the esophagus were studied clinico-pathologically. Seven of them were early esophageal carcinoma. Endoscopic examination of the lesions revealed that seven were elevated, three stenotic and one superficial. Histological examination revealed that the adenocarcinomatous component was of the glandular type in 10 cases and signet ring cell type in one. Ten lesions showed a mixed histological distribution of adenocarcinomatous and squamous carcinomatous components, while one was a collision type of the two components. The prognostic data showed a better prognosis in patients with adenosquamous carcinoma of the esophagus than in those with squamous cell carcinoma, after curative resection with lymph node dissection.

Reprint requests: Kunimoto Nezu Third Department of Surgery, Nara Medical College
 840 Shijo-cho, Kashihara, Nara, 634 JAPAN