

胃壁内転移を伴った食道癌の1例

山口大学第2外科

中村 真之 村上 卓夫 城野 憲史 林 弘人
内迫 博幸 草薙 洋 鈴木 徹

症例は60歳の男性。嚥下困難を主訴として近医受診，上部消化管透視および内視鏡検査で食道と胃の病変が指摘された。組織学的に食道の病変に関しては扁平上皮癌と診断されたが，胃の病変に関しては悪性所見は得られなかった。食道癌および胃粘膜下腫瘍の診断にて手術を施行したところ，術後，組織学的に食道癌の胃壁内転移と診断された。

食道癌の胃壁内転移は比較的にまれであり，その特徴および対応を中心に文献的考察を行った。

Key words: esophageal carcinoma, metastasis in the gastric wall of esophageal carcinoma

はじめに

食道癌の食道壁内転移はときに経験するが，胃壁内転移は比較的まれである。今回，われわれは術前，胃病巣より生検を施行したにもかかわらず，確定診断が得られず，食道癌および胃粘膜下腫瘍の診断にて手術したが，術後組織学的検討にて胃壁内転移を伴った食道癌と判明した1例を経験したので，特に診断に関する諸問題に対して，文献的考察を加え報告する。

症 例

患者：60歳，男性。

主訴：嚥下困難。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：1982年よりアルコール性肝機能障害，1985年より慢性膵炎のため，近医にて通院加療中であった。

現病歴：1989年12月頃より嚥下困難をきたすことがあった。特に症状の増悪は認めなかったが，1990年3月に人間ドック受診。上部消化管透視および内視鏡の結果，食道癌と診断され，手術目的で同年5月に当科入院となった。

入院時現症：体格・栄養中等度。眼瞼結膜に貧血なく，眼球結膜に黄疸なし。頸部・鎖骨上窩リンパ節を触知せず，心・肺にも特に異常を認めなかった。剣状突起下において，表面平滑，辺縁鈍である弾性硬の肝臓を2横指触知した。

入院時検査所見：末梢血検査で貧血を認めず，一般生化学検査で肝機能・腎機能とも正常であり，各種腫

瘍マーカー値の上昇はなかった。ICG 15分値は15.8%と軽度の上昇を認めたが，24時間クレアチニクレアランス，75g OGTT，呼吸機能検査は異常を認めなかった。

上部消化管造影：胸部下部食道(Ei)後壁に45mm×12mmの境界明瞭な腫瘤型の病変を認めた(Fig. 1)。なお，胃上部小弯側の病変は指摘できなかった。

Fig. 1 Double contrast X-ray picture showing elevated lesion in the lower esophagus.

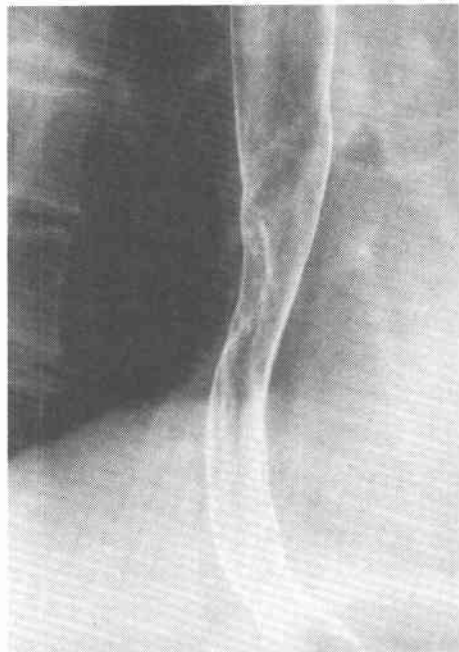
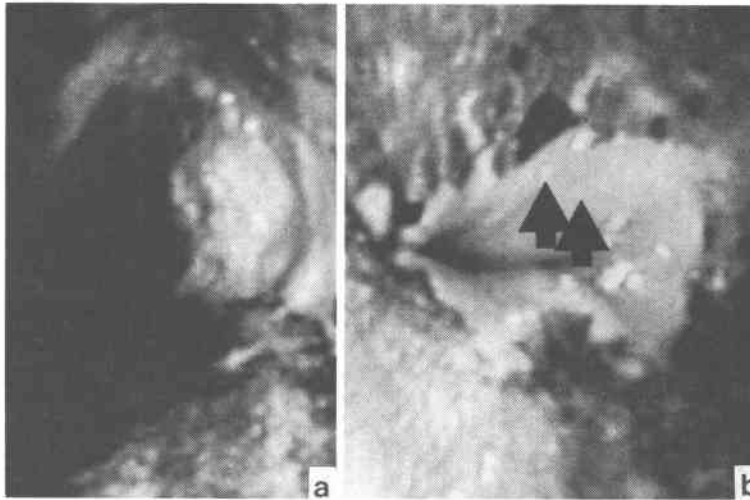


Fig. 2a Endoscopic finding of the esophagus showing elevated lesion with irregular surface and erosive lesion in the anal side. These lesions were not stained by Lugol.

Fig. 2b Endoscopic finding of the stomach showing two elevated lesions without erosions and ulcers (arrows).



上部消化管内視鏡：上切歯列より38cmの部の6時から8時方向に黄白色調で表面がやや不整で境界明瞭な隆起性病変を認めた。その肛門側にびらん性病変を伴っておりルゴール染色ではともに不染帯を呈した(Fig. 2a)。なお、生検の結果、隆起性病変より扁平上皮癌の診断が得られた。また、食道・胃接合部直下小弯側に直径約8mm大と約5mm大でともになだらかな立ち上がりを示す、丈の低い、山田I型の隆起性病変が2個存在した。両者とも発赤は認めず周辺胃粘膜と同一色調であり、表面は平滑で、中心陥凹、bridging foldなどは存在しなかった(Fig. 2b)。なお、それ以外の胃粘膜には異常を指摘できなかった。この2個の胃隆起性病変より生検がされたが、Group Iで悪性所見は認められない胃粘膜上皮が採取されていた。

頸部・胸部・腹部 computed tomography (CT)：下部食道の一部に壁肥厚を認めたが、周囲臓器への浸潤を疑わせる所見はなく、肝・肺転移、頸部・縦隔・腹部のリンパ節腫脹は認めなかった。

以上の結果より、胸部下部食道癌および胃粘膜下腫瘍の診断にて、1990年6月7日手術施行した。

手術所見：右開胸・開腹胸部食道全摘および3領域郭清を行った。また、胃病変を切除側に含めるように大弯側胃管を作製し、胸骨後食道胃吻合にて再建した。食道癌取扱い規約¹⁾によると肉眼的進行度はA₂、N₂

(+)、M₀、P₁でIII度であった。

切除標本肉眼的所見：下部食道に30mm×28mmの境界明瞭な隆起性病変を認め、その肛門側に発赤を伴うびらんが存在した。また、胃上部小弯側には術前の内視鏡検査で確認した位置に一致して2個の山田I型の隆起性病変が存在した。大きさはそれぞれ7mm×6mm×2mmと4.5mm×3mm×1.5mmであり、ともに粘膜面には異常を認めなかった。それらは触診上、境界明瞭、弾性硬の腫瘤であり、剖面を検すると、両者とも粘膜上皮下に存在し、筋層とは連続性がなかった(Fig. 3)。

病理組織所見：食道の隆起性およびびらん性病巣は中分化型扁平上皮癌であり、深達度はa₂でly(+), v(+)であった(Fig. 4)。また、胃の病巣は両者とも、粘膜下層を中心に一部粘膜層内に扁平上皮癌が増殖していた。しかし、全範囲にわたり、正常胃粘膜上皮に被覆されており、粘膜表面への扁平上皮癌の露出は認めなかった(Fig. 5)。約5mm間隔の連続切片標本では胃病巣と食道病巣の連続性はなかったが、2つの胃病層以外の部位の胃粘膜下層のリンパ管内においても扁平上皮癌の存在が認められ(Fig. 6)、食道癌の胃壁内転移と診断した。

術後経過：術後経過は良好にて1990年9月28日退院となった。外来にて経過観察しているが、術後6カ月

Fig. 3a Resected specimen showing elevated lesion and erosion of the esophagus and two elevated lesions of the stomach (arrows).

Fig. 3b Cut surface of two elevated lesions of the stomach.

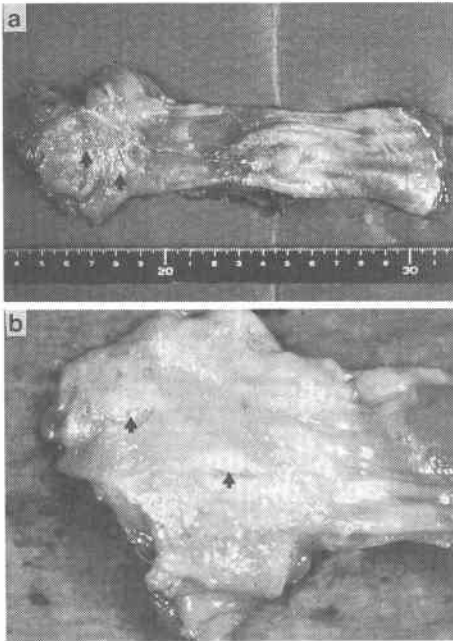
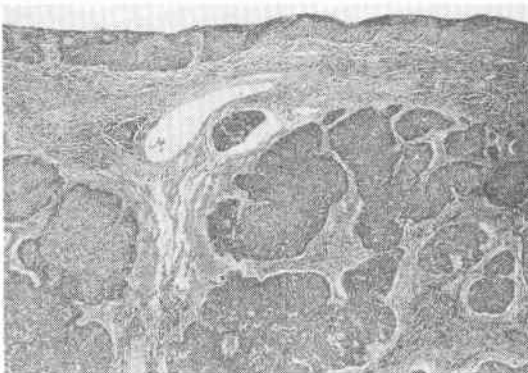


Fig. 4 Histology of the esophagus showing moderately differentiated squamous cell carcinoma. (H.E. ×40)



現在、再発の兆候を認めていない。

考 察

1933年の Watson²⁾の報告以来、壁内転移は食道癌の1つの進展形式として認識され、我が国においても報告例が相次ぎ、1979年第26回食道疾患研究会において

Fig. 5a Cut surface of the stomach showing metastatic lesion mainly located in the sub-mucosal layer (arrow) (Loupe picture)

Fig. 5b Histology of the stomach showing squamous cell carcinoma covered with normal gastric mucosa. (H.E. ×40)

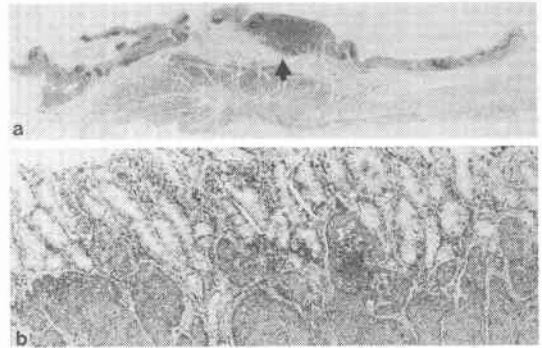
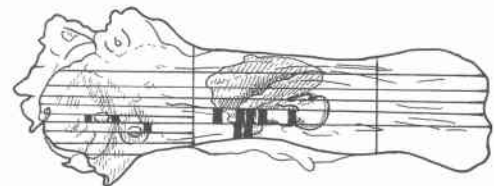
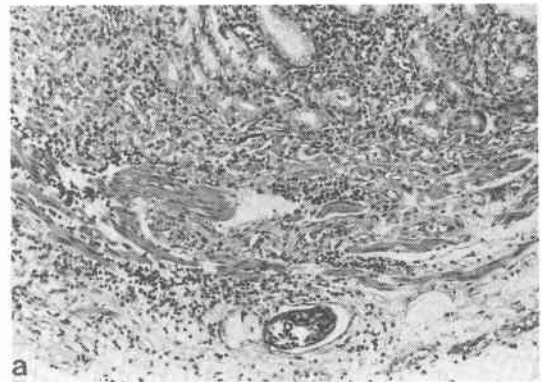


Fig. 6a Histology of the stomach showing the lymphatic invasion. (H.E. ×100)

Fig. 6b Schema of resected specimen. Black spots indicate the lymphatic invasion.



b

主題として取り上げられるに至った。

食道癌の壁内転移の頻度に関しては、井手ら³⁾は

8.4%, 吉川⁴⁾は7.7%と報告している。しかしながら、その大部分は食道壁内転移であり、胃壁内転移をきたしたものは、井手ら³⁾の症例では2.5%, 吉川⁴⁾の症例では1.0%にすぎず、比較的まれである。

森⁵⁾によれば、食道壁内のリンパ管は、粘膜固有層の浅網、深網、および粘膜下層の排導リンパ管よりなり、浅網、深網とも縦に長い網目を持っており、浅網から深網、深網から排導リンパ管へと連絡し、排導リンパ管は縦に長く走る。また、食道と胃の移行部では粘膜下のリンパ管のみで連続される。このようなリンパ管の走行により、縦軸方向への進展経路が生じ、壁内転移巣が形成されるものと考えられる。

われわれが検索しえた範囲では、現在までに本邦で詳細に記載されているのは9例^{6)~12)}であった。その特徴としては、原発巣は下部食道(Ei~Im)であること、胃壁内転移巣は噴門部および胃体上部であることなどが挙げられる。報告例9例のうち、術前に胃壁内転移と確定診断が得られた症例は2例⁸⁾¹³⁾のみで、術前に病巣の存在が指摘できなかった症例が3例⁶⁾¹¹⁾、内視鏡が通過せず、生検ができなかったため胃癌と考えられた症例が1例⁷⁾、生検が行われたにもかかわらず、悪性所見が得られなかったため粘膜下腫瘍と考えられた症例が3例⁹⁾¹⁰⁾¹²⁾であった。

食道癌における外科治療において、再建臓器として、胃が最も頻用されている。そのためには術前における胃病変の検索は絶対不可欠である。本症例において、内視鏡検査で胃病変の存在診断は可能であったが、生検を施行したにもかかわらず、質的診断は得られなかった。この原因としては、壁内転移巣が正常胃粘膜上皮に被覆されていたため腫瘍組織が採取されなかったことが挙げられる。胃粘膜下腫瘍の診断で手術にのぞんだが、retrospectiveにみると上述の特徴を有しており、胃壁内転移を考慮すべきであったと反省させられる。したがって、上述の特徴を有した症例に対しては、通常の鉗子生検法のみではなく、ポーリング生検やstrip biopsyあるいは、Nd-YAGレーザーやエタノールにより人工的潰瘍を作成し、そこからの生検を行う¹⁴⁾など、胃壁内転移を積極的に疑って診断に努めなければならない。

なお、9例中7例^{6)~10)12)13)}において、原発巣より胃壁内転移巣の方が大きく、特に2例⁹⁾¹³⁾は胃壁内転移巣の急速な増大が報告されている。これらはいたずらに

確定診断を得るために時間を費やすことへの警鐘を鳴らしていると思われる。

よって、原発巣が下部食道に存在する症例で、噴門部あるいは胃体上部に粘膜下腫瘍様の病変を認めた場合、たとえ、小さな病巣で生検によっても悪性所見を得られないとしても、胃壁内転移を念頭に入れ、診断医はその存在を外科医に知らせるべきであり、外科医はその病巣を切除範囲に入れる方針で手術に望むべきであると思われる。

文 献

- 1) 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
- 2) Watson WL: Carcinoma of the esophagus. Surg Gynecol Obstet 56: 884-897, 1933
- 3) 井手博子, 荻野知己, 吉田克己ほか：食道癌壁内転移に関する臨床病理的検討。日消外会誌 13: 781-789, 1980
- 4) 吉川時弘：食道癌の随伴病変に関する臨床病理的検討。その実態と臨床的意義を中心に。日消外会誌 19: 2010-2019, 1986
- 5) 森 堅志：気道及び食道のリンパ管。日気管食道会報 19: 85-98, 1968
- 6) 前田迪朗, 西土井英明, 宮野陽介ほか：胸部食道癌の胃壁内転移例。手術 31: 1217-1220, 1977
- 7) 多田正安, 相良憲幸, 安積奎三ほか：食道癌の胃転移。近畿大医誌 4: 115-120, 1979
- 8) 茂木茂登子, 井手博子, 吉田 操ほか：食道・胃に広範な壁内転移を認めた表在食道癌の1例。外科診療 90: 1286-1290, 1980
- 9) 吉住 豊, 島 伸吾, 杉浦芳草ほか：胃壁内転移巣により発見された表在食道癌の1例。癌の臨 31: 1327-1331, 1985
- 10) 木戸 潔, 中谷勝紀, 宮城信行ほか：診断に苦慮した、表在食道癌の胃壁内転移の1例。日臨外医会誌 47: 1293-1297, 1986
- 11) 平田 泰, 田中洋一, 三山健司ほか：口側食道及び噴門側切除術後残胃への壁内転移を認めた胸部食道癌の1例。埼玉医師会誌 23: 615-618, 1988
- 12) 吉田一成, 井手博子, 村田洋子ほか：巨大な胃壁内転移をもった食道mm癌の1例。日胸外会誌 37: 1430-1435, 1989
- 13) 高野淑美, 小山捷平, 横田 光ほか：急速な増大・自壊を示した胃壁内転移病巣を伴った表在食道癌の1例。癌の臨 35: 948-945, 1989
- 14) 川口 実, 斉藤利彦：胃粘膜下腫瘍の内視鏡診断の現況。胃と腸 24: 991-998, 1989

A Case of Esophageal Carcinoma with Metastasis to the Gastric Wall

Masayuki Nakamura, Takuo Murakami, Norifumi Johno, Hiroto Hayashi, Hiroyuki Uchisako,
Hiroshi Kusanagi and Takashi Suzuki
Second Department of Surgery, Yamaguchi University School of Medicine

A 60-year-old man visited a hospital because of dysphagia. Upper gastrointestinal series and endoscopic examination revealed an esophageal elevated lesion and two gastric elevated lesions. On biopsy, the esophageal lesion was diagnosed as esophageal carcinoma, but the gastric lesions had no signs of malignancy, which led us to suspect gastric submucosal tumors. Histological findings after surgery led to the conclusion that the gastric lesions were due to metastases of esophageal carcinoma to the gastric wall. Esophageal carcinoma metastatic to the gastric wall is relatively rare. The clinical features and possible treatment of these lesions are discussed.

Reprint requests: Masayuki Nakamura Second Department of Surgery, Yamaguchi University School of
Medicine
1144 Kogushi, Ube, 755 JAPAN
