

症例報告

頸部上縦隔リンパ節再発をきたした食道粘膜癌の1例

道北勤医協一条通病院外科 (*現・勤医協中央病院外科)
石後岡正弘* 池上 淳 高橋 康幸

食道 m₃癌は脈管侵襲やリンパ節転移を有する症例もあり、その治療法は局所切除が適応となるのか、あるいはどの程度まで郭清が必要かはまだ確立していない。我々は m₃癌手術の4年後に頸部上縦隔リンパ節再発をきたした症例を経験したので報告する。

症例は53歳の男性。1988年 Im, O-IIc, m に対して右開胸開腹胸部食道全摘 RII 施行。病理所見は Mod, O-IIc, 0.7×0.6cm, m₃, ly₀, v₀, n(-)であった。術後補助療法は施行せず、外来にて経過観察していたが、4年後に嘔声が出現し精査の結果、前回の食道癌の右反回神経周囲リンパ節再発と診断し化学放射線併用療法を施行したが、6か月後に多発肝・肺転移にて死亡した。粘膜癌は予後良好であるが、本症例のようにその進行度から妥当な手術を施行したにもかかわらず、再発を認める症例も存在する。従って、どのような症例が再発、転移しやすいのかその予知と対策も今後の重要な問題と思われた。

Key words: esophageal mucosal cancer, lymph node metastasis of esophageal cancer, recurrence in lymph node of esophageal cancer

はじめに

食道粘膜癌に対する治療法として、内視鏡的粘膜切除術や非開胸食道抜去術が施行されている^{1)~5)}。粘膜癌のなかでも癌が粘膜筋板に達する m₃癌⁶⁾は、脈管侵襲やリンパ節転移を有する症例もある^{7)~10)}が、再発例は極めてまれであり¹¹⁾¹²⁾、その治療法は局所切除が適応となるのか、あるいはどの程度まで郭清が必要か、未だ確立していない。

我々は m₃癌手術の4年後に頸部上縦隔リンパ節再発をきたした症例を経験したので報告する。なお病理学的記載は食道癌取扱い規約¹³⁾に従った。

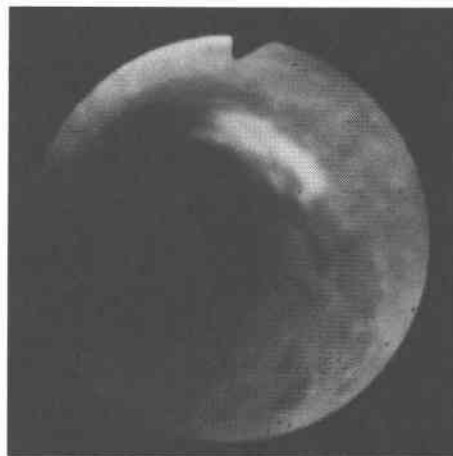
症 例

症例は53歳の男性で、1988年10月に高血圧精査入院中の上部消化管内視鏡検査にて食道に異常を指摘された。なお自覚症状はとくに認めなかった。

食道造影 X 線検査：明らかな病変を指摘できなかった。

食道内視鏡検査：上切歯列より30cmに発赤を伴った浅い陥凹性病変を認め、ヨード染色では1cm大の境界明瞭な不染域を認め、陥凹面はほぼ平滑だが一部に

Fig. 1 Endoscopic picture reveals a slightly depressive lesion in lugol staining method.



やや不整を認めた (Fig. 1)。

頸胸腹部 CT および頸部腹部超音波検査：明らかなリンパ節腫大を認めなかった。超音波内視鏡 (EUS) は施行しなかった。

以上より、胸部中部食道早期癌と診断し、1988年11月1日手術を施行した。

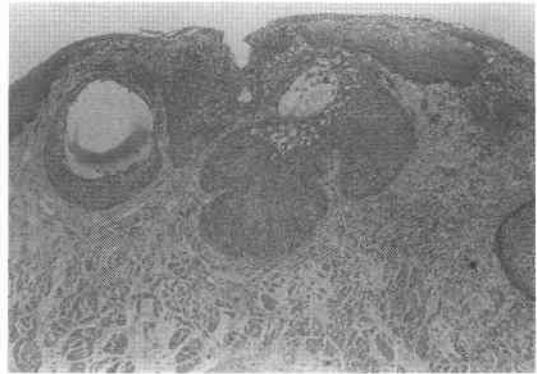
術式：右開胸開腹胸部食道全摘術、胸骨後経路胃管再建、RII (No. 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111,

<1996年4月3日受理>別刷請求先：石後岡正弘
〒065 札幌市東区伏古10条1丁目 勤医協中央病院
外科

Fig. 2 Resected specimen shows a superficial ulcerative lesion of 10mm in diameter with iodine staining method.



Fig. 3 Histological finding of the resected specimen reveals infiltration of squamous cell carcinomas in bulky down growth type within the muscularis mucosae, so-called m3.



112, 1, 2リンパ節を郭清)を施行した。

手術所見：リンパ節転移を認めず, A₀, N₀, P₀, M₀であった。

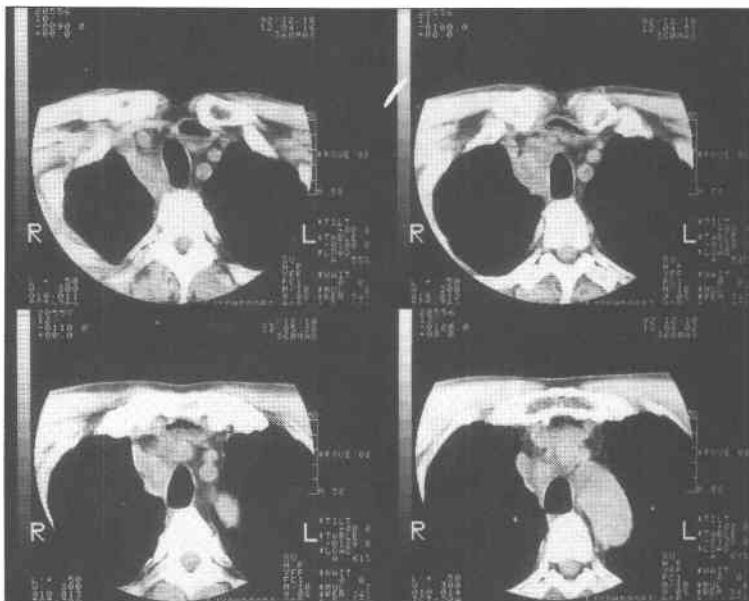
切除標本：径1cm大の不整形な浅い陥凹性病変で、陥凹面は平滑だが一部発赤した不整な部分を認めた (Fig. 2)。

病理組織学的所見¹³⁾：中分化型扁平上皮癌, 0.7×0.6cm, O-IIc, mm (m₃), ly₀, v₀, ie (-), n (-) 0/27 [105 (0/3), 106 (0/5), 107 (0/7), 108 (0/2),

109 (0/1), 110 (0/2), 112 (0/3), 1 (0/2) 2 (0/2)], ow(-), aw(-), stage 0, CIIIであった (Fig. 3)。

術後経過：術後補助療法は施行せず, 外来にて6か月毎に定期検査フォローしていたが, 4年経過後の1992年10月頃より嘔声が出現し, 気管支鏡検査にて右声帯の麻痺, CEA (3.2→9.6) および SCC (0.7→3.1)の上昇, 胸部CT検査にて頸部から右傍気管部にか

Fig. 4 Chest computed tomograms show right upper mediastinal lymph nodes swelling.



での腫瘍影を認めた(Fig. 4)。精査の結果、他に悪性腫瘍の原発巣が認められず、食道癌の頸部上縦隔リンパ節(右反回神経周囲リンパ節)再発と診断した。

治療はまず、シスプラチン(CDDP)70mg/m²を day 1+5-FU 700mg/m²を day 1-5の化学療法を1クール施行したが、CT検査上NC¹²⁾であった。次に上縦隔および右鎖骨上中心に60Gy/24fy/6wの放射線療法とカルボプラチン150mg/m², w, 計900mgの同時併用化学療法を施行した。その結果、症状はやや改善し、CEA(10→1.9)およびSCC(3.1→0.8)の正常化がみられたが、CT検査上NCであった。

その後、多発肺・肝転移出現し、1993年7月に死亡した。なお剖検は施行できなかった。

考 察

吉井ら¹⁾による第25回食道色素研究会(1991年)のアンケート調査によると、組織学的に確認された術前未治療の食道粘膜癌外科切除の755例の検討では、ly(+)は46例(6.1%)、v(+)は8例(1.1%)、n(+)は26例(3.4%)に認められ、これらのいずれかを有したものは56例(7.4%)であった。さらに粘膜癌の転帰については、755例中再発を認めたものは19例(2.5%)で、うち5例は初回手術時に脈管侵襲あるいはリンパ節転移を有した症例であった。これら再発例の初回手術は14例に開胸開腹術が、4例に非開腹抜去術が施行されていたが(残り1例は不明)、頸部郭清施行例は3例のみであった。再発形式は、頸部上縦隔リンパ節再発が6例、縦隔リンパ節再発が4例、吻合部再発が3例、その他遠隔臓器転移が6例であった。

これらの結果から、粘膜癌といえども少数例ながらリンパ節転移や再発を認める症例、すなわち予後不良例が存在すると考えられる。現在までの諸家²⁾⁻⁵⁾⁷⁾⁻¹⁰⁾の報告をみると、深達度m₁, m₂までは脈管侵襲もリンパ節転移も認めず、m₃になると認められた。しかし予後は5年生存率で100%²⁾⁵⁾¹⁰⁾, 96%⁹⁾, 86%⁷⁾, 83%⁴⁾と良好であり、再発例は認めなかった施設⁹⁾⁷⁾¹⁰⁾もあるが、一方、m₃で1例(1.3%)²⁾, 2例(6%)⁴⁾と再発を認めたとの学会報告も散見された。

自験例に関しては、深達度、脈管侵襲の状況より、術野への癌細胞の撒布は考えにくく、しかもn(-)であり、再発時他に悪性疾患を認めないことから、手術時すでに上縦隔への跳躍微小転移¹⁴⁾が遺残し4年間で増大してきたと考えられた。さらに深切り切片(deep cut)¹⁵⁾を作製し再検討したが深達度はm₃であり、smに達していた部分は認められなかった。

また自験例は右開胸にて縦隔郭清を施行したにもかかわらず再発を認めたので、上縦隔リンパ節とくに右反回神経周囲リンパ節の郭清が不徹底であった可能性も考えられた。

第48回食道疾患研究会において、同リンパ節委員会より新規約案におけるリンパ節grading案が示され、胸部中部食道癌では右反回神経リンパ節(106-r)が第1群にgrade upしており徹底郭清の重要性が再認識された。

以上より、粘膜癌とくにm₃癌の中には十分な郭清と合併療法が必要なものもあるが、現段階ではその鑑別は困難である。しかし近い将来、生物学的悪性度診断¹⁶⁾⁻¹⁸⁾の進歩も含めた、転移・再発の術前予知¹⁹⁾²⁰⁾およびそれに基づいた合理的治療方針の選択が重要と考えられた。

稿を終えるにあたり、御指導と御校閲をいただきました慶應義塾大学医学部講師安藤暢敏先生に深謝いたします。

なお本論文の要旨は第45回日本消化器外科学会総会(横浜)において発表した。

文 献

- 1) 吉井由利, 中村常哉, 伊藤克昭ほか: 食道粘膜癌のアンケート調査による症例解析. Gastroenterol Endosc 35: 2516-2524, 1993
- 2) 杉町圭蔵, 遠藤光夫, 西巻 正ほか: 遠隔成績よりみた早期食道癌の治療方針. 日臨外医会誌 54: 1417-1428, 1993
- 3) 鶴丸昌彦, 宇田川晴司, 梶山美明ほか: 胸部食道表在癌の外科治療. 外科治療 69: 351-355, 1993
- 4) 佐山淳造, 菅原 浩, 標葉隆三郎ほか: 臨床病理学的因子と遠隔成績からみた胸部食道癌の治療方針の検討. 日消外会誌 27: 1729-1736, 1994
- 5) 三富利夫: 食道癌へのアプローチ. 日消外会誌 28: 1901-1910, 1995
- 6) 白壁彦夫, 大倉康男, 西澤 護ほか: 食道粘膜癌—新しい病型分類とその診断. 胃と腸 29: 259-350, 1994
- 7) 吉田 操, 葉梨智子, 門馬久美子ほか: 食道癌に対する内視鏡治療. 癌と治療 22: 847-854, 1995
- 8) 富松久信, 馬場保昌, 賀来幸生ほか: 食道表在癌の内視鏡および臨床病理学的検討. Gastroenterol Endosc 36: 915-924, 1994
- 9) 井手博子: 食道表在癌の治療. 臨胸外 11: 191-197, 1991
- 10) 松浦俊彦, 浜辺 豊, 西田勝浩ほか: 教室における食道表在癌症例の検討. 日臨外医会誌 55: 2201-2205, 1994
- 11) 村岡 実, 神津照雄, 佐久間洋一ほか: リンパ節侵襲を伴い術後リンパ節再発で死亡した食道mm

- 癌の1例. 日消外会誌 26:2121, 1993
- 12) 草薙 洋, 村上卓矢, 丹黒 章ほか: 食道m癌の検討. 日消外会誌 27:1146, 1994
- 13) 食道疾患研究会編: 食道癌取り扱い規約, 第8版. 金原出版, 東京, 1992
- 14) 渡辺 寛, 加藤抱一, 日月裕司ほか: 実地臨床に役立つ食道癌悪性度のパラメーター. 臨外 50:57-62, 1994
- 15) 夏越詳次, 相原光久, 手塚善久ほか: 深切り切片による食道表在深達度の検討. 日消外会誌 28:753-756, 1995
- 16) 小澤壮治, 安藤暢敏, 池田佳史ほか: 食道癌治療上の問題点—生物学的悪性度からみた遠隔臓器転移診断. 外科治療 19:667-672, 1995
- 17) 田村茂行, 塩崎 均, 門脇隆敏ほか: 食道表在癌のリンパ節転移に対する臨床病理学的, 免疫組織学的検討. 日外会誌 96:550-556, 1995
- 18) 森 正樹, 定永倫明, 渡辺雅之ほか: DNA量分布パターンよりみた食道癌の悪性度. 外科治療 67:390-395, 1992
- 19) 齊藤貴生, 筑波貴与根, 内野真也ほか: 食道癌術後臓器ならびにリンパ節再発の術前予知. 日消外会誌 27:2268-2272, 1994
- 20) 安藤暢敏: 胸部食道癌に対する縮小手術. 医のあゆみ 170:243-247, 1994

A Case of Recurrence in the Cervical and Upper Mediastinal Lymph Nodes after Operation of Esophageal Mucosal Cancer

Masahiro Ishigooka*, Jun Ikeue and Yasuyuki Takahashi
 Department of Surgery, Douhoku Kin-Ikyo Ichijodouri Hospital
 *Department of Surgery, Kin-Ikyo Chuo Hospital

We report a case of recurrence in the cervical and upper mediastinal lymph nodes four years after resection of esophageal mucosal cancer. A 53-year-old male patient had undergone thoracoabdominal subtotal esophagectomy with lymph node dissection (RII) for IIc type esophageal mucosal carcinoma in 1988. Histopathological findings were as follows: Moderately differentiated squamous cell carcinoma, 0-IIc type, 0.7 × 0.6 cm in size. m₃ in depth, no lymphatic and vascular invasion, no lymph node involvement. Four years after the operation, recurrence was strictly examined upper mediastinal lymph nodes swelling was detected by CT scanning. At that time he complained of sever hoarseness. We treated him by chemo-radio therapy, but he died of multiple liver and lung metastasis after six months. It is generally considered that the prognosis of esophageal mucosal cancer is good. We treated this patient surgically, but recurrence or metastasis of the cancer was found. Therefore we believe that it is very important in the future to predict in which kinds of patients with esophageal mucosal cancer, especially m₃ in depth, there is a trend toward recurrence or metastasis.

Reprint requests: Masahiro Ishigooka Department of Surgery, Kin-Ikyo Chuo Hospital
 10-2 Fushiko, Higashi-ku, Sapporo, 065 JAPAN