

【症例 3】

症例提示：石川県立中央病院 消化器内科 安田康平先生

読影： 慈泉会相澤病院 消化器内科 今井淳葵先生

信州大学 消化器内科 岩谷勇吾先生

病理：石川県立中央病院 津山 翔先生 (以下敬称略)

最終診断：Advanced esophagogastric junction cancer, after induction therapy

石川県中央病院 安田が症例提示した。70 歳台・男性。主訴：食餌のつかえ感。2022 年近医の食道つかえ感の精査で施行した上部内視鏡検査で食道胃接合部に凹凸不整の病変があり、生検組織で高分化型腺癌が認められ、同院に紹介された。CEA が軽度高値とのことであった。

今井：食道胃接合部(EGj)を中心として発赤調の隆起の強い病変が認められる。隆起の部分は血管の不整な部分が認められ、EGj に境界不鮮明な盛り上がりがあり、扁平上皮側への進展を示す所見であり、上皮性で扁平上皮側への進展を示す病変、胃癌、Barrett 上皮癌もありとした。反転像では隆起は陥凹から少し離れており、陥凹を中心とする病変と連続性はない可能性あり。食道側の扁平上皮側にいくつもの黄白色調の小さな隆起性病変が認められて、いわゆる WGA 様の所見と考えられた。

岩谷：主座としては食道癌・胃癌どちらともいえない接合部癌で食道側に多発 WGA を有する病変、主腫瘍の中にも WGA 所見あり。病変の粘膜所見と病変の立ち上がりから明らかに進行癌であり、覆われているのは正常粘膜に近く Barrett 上皮癌とは言えない、いろいろな成分が混在しており、神経内分泌癌(NEC)の可能性もある。食道側の WGA 病変は大きいものは黄色調であり、小さいものは白色調に見え、内容を表しているのか、深さを示しているのか、不明である。食道胃接合部癌によってリンパ流がうっ滞してできたもののように見え、NBI の所見を待ちたい。信州医療 C 赤松泰次先生からボツボツした白色隆起はリンパ行性の食道壁内転移ではないか、見下ろしの粘膜下隆起病変と反転の隆起は同じものに見えないとの意見がでた。安田からは EGj が開いている状態で同じ病変であると説明された。NBI は主病巣の拡大、食道側の多発白色調隆起の病変の拡大などが示された。今井は主病巣の血管構造はかなり不整で、表面構造も不整、扁平上皮側も変形を疑うような進展された不整血管が認められる。食道側の多発する白色調隆起の表面構造ははっきりせず、リンパ管なのか拡張した隆起病変なのか WGA 様の病変である。拡大した病変は縮れた血管が進展された像が診られる。かなり口側まで WGA 様の病変は認められる。拡大では病変の近くにあった病変と同様に圧排された血管が認められる。内容は腫瘍なのか、debris かは不明であるとした。岩谷は主病変の不整な隆起と血管構造から腺癌成分の tub1-tub2 と診断し、血管が引き延ばされている所見は粘膜下浸潤が強い部分を示しているとした。食道側の WGA 様の所見は一つ一つは粘膜下の浸潤を示しており、深部の樹枝状血管も引き延ばされており、深さがまちまちで粘膜下層のリンパ管がうっ滞して隆起しているのではないかと推測した。土山は淡黄色所見の部分は大きさが小さいが WGA 様の所見としていいとつけ加えた。佐久医療 C 小山から WGA 様の所見はすべて粘膜下浸潤を示すかとの質問があり、岩谷は深浅様々であり、粘膜固有層深部までの病変であるとした。まとめると、EGj の上皮側進

展を来した MP 浸潤を来した進行癌 type 3 の高分化腺癌であり、食道側にリンパ管のうっ滞を来した、あるいは転移を来した広範な病変であるとした。小山からリンパ管を介した転移は縦走傾向があるのではないかとされたが、赤松は縦走傾向というよりは一つの線に沿った病変でやはりリンパ行性の転移ではないか、中身はわからないが、全体像を診てリンパ行性転移と考えると意見した。安田と石川県立中央病院検査科病理津山から生検病理組織所見と経過が示された。主腫瘍は口側の WGA 様の病変組織は扁平上皮下に腺癌の進展と淡黄色の部分は一部粘液の貯留も認められ、intraglandular necrotic debris (IND)と考えられた。腫瘍はリンパ行性というよりは直接浸潤と言われたが、赤松から生検のレベルでは黄色の腫瘍の間に関しては生検陰性でありリンパ行性ではないのではということになった。CT では食道胃接合部の不整壁肥厚を認め、噴門部のリンパ節も腫大していた。術前診断は食道癌 cT3N1M0 Stage III であり、術前化学療法 (SOX 療法) を行い、胸腔鏡補助下食道亜全的術 + 腹腔鏡下胃管再建術が行われた。術前補助化学療法では主病巣の軽度縮小と、WGA 様の所見の減少が確認できた。術後の食道亜全的標本が示され、食道胃接合部に 35x38mm 大、3/5 周の 0-IIc+IIa 様の病変が認められた。病理診断は主病巣部に高分化から中分化の腺癌を認め、食道胃接合部腺癌で高度のリンパ管浸潤を認めた。病理の津山から主病巣は筋層から漿膜下まで腺癌が認められ、リンパ管にもかなり浸潤はあったが、癌胞巣として多数粘膜下に認められたことから直接浸潤の可能性もあるとした。手術後の所見から癌が露出している部分は、EGj のみであった。小山から食道側にも癌があるのかとの質問があり、化療後で石灰化や壊死組織が散在していたため癌があったのではないかと推測に過ぎないとした。静岡がんセンター病理下田忠和先生から主病巣から食道側断端まで食道表層・固有筋層の肥厚があり、内輪筋の筋繊維がバラバラになっており、壊死像を呈する点状の病変とともに癌が連続性に広範に浸潤していた可能性が高い。治療によって壊死が残った、リンパ行性のものも残っている。下の癌の広がりはかなり口側まで広がっていると。口側の組織像を出さなければとのことであった。石川の安田から振り返りの所見が提示され、最も口側の切歯列 35cm の WGA 様の所見の口側の部分には非腫瘍性重層扁平上皮下に腺癌の浸潤があり、生検で悪性所見がなく、その部位から食道切除を行ったとの情報があった。術後標本で主病巣から離れた認識できる病変は、厳密な対比は困難だが、NAC 前に認められた WGA 様の病変の壊死像・石灰化と考えられ、腫瘍細胞の存在が疑われた。また、一部にまだ扁平上皮下に活動性の腺癌浸潤があるが、術後標本では内視鏡で確認できるような表層に IND は認められなかったと結論づけた。赤松は内視鏡では進展はわからないがバリウム食道透視像、小山は超音波内視鏡で進展がわかるのではないかと提案した。下田は SCj を明確にする必要があり報告上上皮浸潤は平均 2.5mm であり、起源はまれながら重層扁平上皮内の噴門腺から出た可能性があると考えた。(終)