

## — 症例報告 —

## 胃がん検診にて発見された無症状若年者バレット食道癌の1例

高橋 琢磨, 川村 昌司, 早川 博騎  
 千葉 智貴, 進藤 貴郁, 渡辺 ゆみ子  
 鈴木 範明, 野村 栄樹, 長崎 太  
 渋谷 里絵\*, 菊地 達也

**要旨:** 42歳男性, 近医で施行された胃がん内視鏡検診にて胃食道接合部に発赤を認め, 生検で Group5 (tub2) がみられたため当科紹介となった. 当科の内視鏡検査では, SSBE (short segment Barrett's esophagus) 内の2時方向に発赤隆起がみられておりバレット食道癌が考えられた. 内視鏡的粘膜下層剥離術を施行し, 病理結果は高分化型腺癌で病変下に食道固有腺・筋板の二重化がみられており, 深達度 pT1a-SMM のバレット食道癌と診断した. バレット食道癌は欧米で高齢・LSBE (long segment Barrett's esophagus) 例を背景に多く報告されているが, 今回無症状の若年者において SSBE 内に発見されたバレット食道癌を経験したので報告する.

## はじめに

欧米では食道癌においてバレット腺癌が多数報告されているが, 本邦ではその多くが扁平上皮癌である. しかし, 近年の社会背景の変化から今後本邦でもバレット食道癌の増加が懸念されており<sup>1)</sup>, 症例数の報告も増えてきている. バレット食道癌の発生には胃食道逆流症などの要因が考えられるが, 今回我々は無症状で発見された若年者バレット食道癌を経験したので報告する.

## 症 例

**【症例】** 42歳, 男性.

**【生活歴】** 喫煙 5本×22年, 飲酒エタノール換算約 40g/日/20年.

**【家族歴】** 食道癌・胃癌なし.

**【現病歴】** 2020年12月胃がん検診目的に近医で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行したところ, 胃食道接合部に発赤病変を認め, 生検で Group5 (tub2) がみられたため精査加療目的に当

科紹介となった. 近医受診後から当科受診まで proton pump inhibitor (PPI) を内服継続していた.

**【アレルギー】** なし.

**【来院時現症】** 身長 165cm, 体重 70kg, 腹部圧痛なし, 胸部・腹部に自覚症状なし.

**【血液生化学所見】** 貧血, 低栄養, 炎症反応上昇は認めなかった. 腫瘍マーカー (CEA, CA19-9) 異常なし. 抗ヘリコバクターピロリ抗体は陰性であった (抗体価 5).

**【上部消化管内視鏡検査】** 通常光観察にて, 胃食道接合部に約 1.5cm の柵状血管を認めており short segment Barrett's esophagus (SSBE) と診断した. SSBE の2時方向に約 1cm 弱の不整な発赤隆起がみられ, 中心にわずかな陥凹を伴っていた. Narrow band imaging (NBI) 併用拡大観察では, 病変は brown 調で病変内に不整な粘膜微細構造・血管模様を認めた. インジゴカルミン・酢酸混合液散布にて病変は境界明瞭な発赤調を呈した (図 1a, b, c).

**【胸部腹部骨盤部造影 CT】** 肺野, 肝臓, 頸部・縦隔・腹腔内のリンパ節に転移は認めなかった.

**【治療経過】** 前医での生検にて Group5 がみられており, 当院内視鏡画像からバレット食道癌と

仙台市立病院消化器内科  
\*同 病理診断科

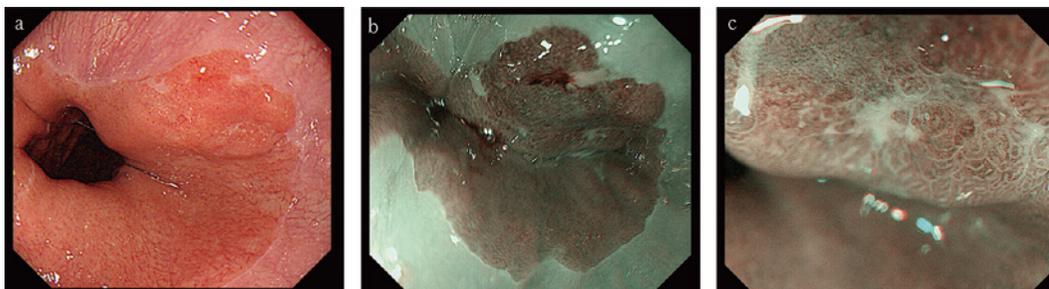


図 1. 初診時上部消化管内視鏡画像

- 白色光通常観察：2時方向に不整な発赤調の隆起を認める
- NBI (narrow band imagine) による観察：隆起病変全体が Brownish area として認識される
- NBI 拡大観察：隆起の中心に不整な粘膜構造・血管模様を認める



図 2. ESD 当日の上部消化管内視鏡画像

- 病変の口側に扁平上皮の被覆がみられる
- NBI 観察では扁平上皮被覆がより明瞭になる
- 酢酸散布で small white signs (矢印) がみられており、扁平上皮下に進展する腺癌が考えられた。

考えられた。CTにて転移所見なく、内視鏡では病変の厚みやひだの引きつれなどはみられなかったため粘膜層を中心とした早期病変と考え内視鏡的粘膜下剥離術 (ESD) 治療の方針となった。ESD 治療時の観察では、病変の口側に扁平上皮が被った状態であり、PPI 内服による扁平上皮被覆と考えた (図 2a, b)。扁平上皮下進展の可能性を考え、初回内視鏡像と、酢酸散布でみられる small white signs (SWS) を参考に口側にマーキングを行い切除した (図 2c)。

【病理組織学的所見】 切除病変の粘膜内には高・中分化型管状腺癌が観察された (図 3)。また癌部の深層には食道固有腺を認め、Desmin 染色で筋板の二重化もみられており、背景はバレット粘膜と考えられた。病変の肛門側にも食道固有腺がみられており、バレット食道癌と診断した (図

4, 5)。扁平上皮下進展を疑った部位では、腺癌を被覆するように円柱上皮がみられていた。最終診断はバレット食道腺癌 (9×8 mm, 0-IIa, tub1+2, pT1a-SMM, ly0, v0, HM0, VM0) で完全切除されていた。

## 考 察

欧米ではバレット食道癌の増加が注目されており、米国の食道癌は 1995 年を境に 6 割が腺癌となり扁平上皮癌より割合が高くなっている<sup>2)</sup>。バレット腺癌の発癌母地と考えらるバレット食道には 3 cm 以上の long segment Barrett's esophagus (LSBE) と、それより短い SSBE があり、欧米のメタ解析では LSBE で年 0.33 から 0.56%、SSBE で年 0.19% のバレット腺癌の発生が報告されている<sup>3)</sup>。本邦の食道癌は扁平上皮癌が 90% 程度といわれており

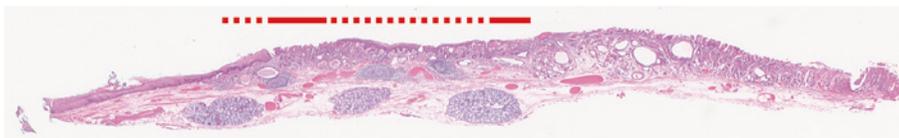


図3. ESD 切除病理像 (HE)  
粘膜層を中心に高分化型腺癌がみられていた。腺癌の一部は扁平上皮に被覆されていた (点線部)。

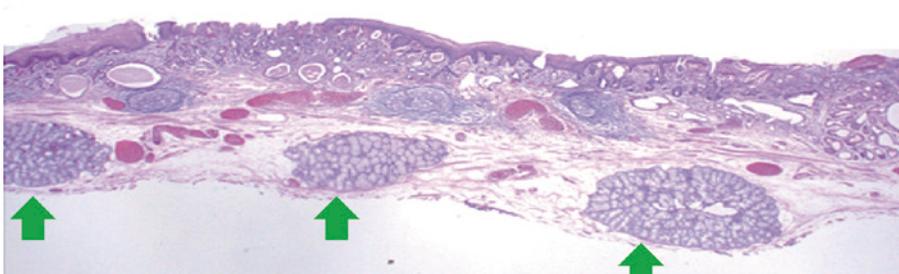


図4. ESD 切除標本病理像 (HE) 病変の深部には食道固有腺 (矢印) がみられた。

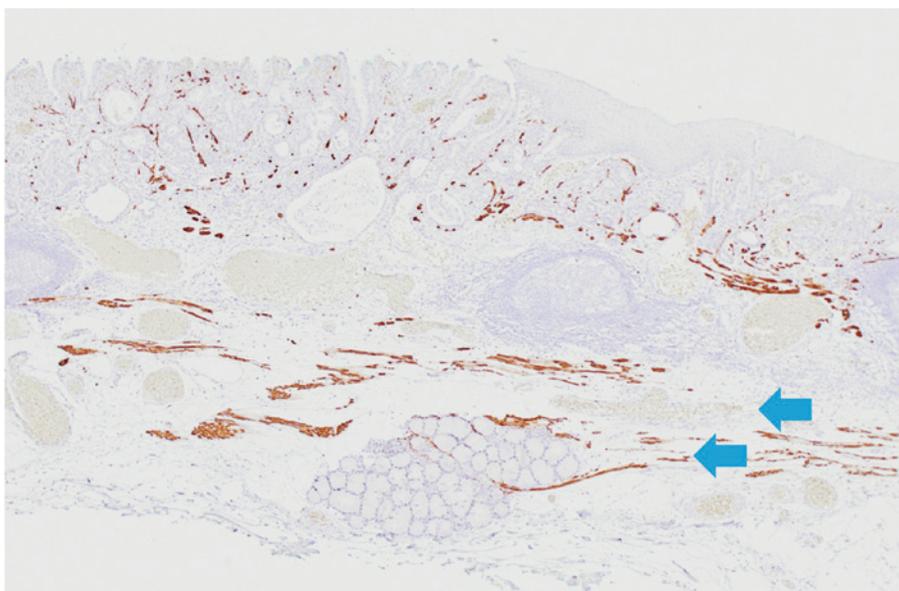


図5. 切除標本 Desmin 染色  
病変部では粘膜筋板の二重化 (矢印) がみられており、食道固有腺と合わせてバレット粘膜と診断した。腺癌の深達度は浅層粘膜筋板 (SMM) までであった。

バレット腺癌の頻度は低いと考えられていたが、食生活の欧米化や *H. pylori* 感染率の低下から今後の増加が懸念されている。

本邦では LSBE に比べて SSBE の割合が多いとされているが、日本消化器内視鏡学会が行った本

邦の LSBE 症例の前向きコホート研究では年1.2%の発癌が報告された<sup>4)</sup>。バレット食道の定義は本邦と欧米で異なっており、本邦では「内視鏡で食道下部柵状血管の下端よりも口側に伸びる円柱上皮粘膜を有する食道」、欧米では「生検で胚細胞

を有する腸上皮化生をもつ特殊円柱上皮」として定義されている。このような診断定義の違いが欧米と本邦のバレット食道癌の比較に影響する可能性はあるが、最近の Norita らの報告<sup>5)</sup>でも 2 cm 以上のバレット食道で年 0.47% の発癌がみられており、本邦でも欧米と同様にバレット食道・バレット腺癌の発生に注意していく必要があると思われる。

バレット腺癌の内視鏡的特徴は、発赤調を呈することが多く、バレット粘膜の 0～3 時（前壁～右壁）に多くみられる<sup>6)</sup>。本症例でも発赤・2 時方向に病変がみられており特徴的な内視鏡像を呈していた。また NBI 拡大観察により表面構造・血管の不整がみられており、インジゴ・酢酸散布も診断に有用であった。本症例では ESD 時に病変の一部に扁平上皮被覆がみられていた、腺癌の扁平上皮進展時にみられる酢酸散布による腫瘍腺管開口部（SWS）<sup>7)</sup>を認識することで病変の範囲診断が正確に行うことができた。

バレット食道癌の内視鏡治療適応については食道癌診断・治療ガイドラインにおいて扁平上皮癌に準じ、深達度 T1a-LPM までの分化型腺癌とされている<sup>8)</sup>。一方、新たに粘膜下層浸潤距離にあわせた適応拡大の可能性も報告<sup>9)</sup>されており、更なる適応拡大の検討が必要と考えられる。本症例では分化型腺癌、深達度 pT1a-SMM で治癒切除となっているが、今後も経過観察を行う予定である。

バレット食道・腺癌には、胃酸逆流症による炎症が関与しているとされており、胸やけ・呑酸などの臨床症状は胃酸逆流症、バレット食道を疑う重要な所見と考えられる。一方、本症例のように無症状の検診で発見される SSBE などを背景としたバレット食道癌は今後も増加する可能性があ

り、示唆に富む一例としてその特徴を報告した。

## 結 語

検診で発見された若年者の無症状バレット食道癌を経験した。従来本邦では少ないとされてきたバレット食道癌であるが今後その増加が予想されており、バレット食道癌の内視鏡所見の特徴や診断法の理解が重要と考えられる。

## 文 献

- 1) 天野祐二 他：本邦における Barrett 食道癌の疫学—現況と展望—, 日本消化器病学会雑誌 **112**: 219-231, 2015
- 2) Pohl H et al.: The role of overdiagnosis and reclassification in the marked increase of esophageal adenocarcinoma incidence. *Natl Cancer Inst* **97**: 142-146, 2005
- 3) Sikkema M et al.: Risk of esophageal adenocarcinoma and mortality in patients with Barrett's esophagus: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* **8**: 235-244, 2010
- 4) Matsuhashi N et al.: Surveillance of patients with long-segment Barrett's esophagus: a multicenter prospective cohort study in Japan. *J Gastroenterol Hepatol* **32**: 409-414, 2017
- 5) Norita K et al.: Long-term endoscopic surveillance for Barrett's esophagus in Japan: Multicenter prospective cohort study. *Digestive Endoscopy* **33**: 1085-1092, 2020
- 6) 小池智幸 他：食道腫瘍性病変の内視鏡診断 Barrett 食道癌の診断, 胃と腸 **55**: 514-529, 2020
- 7) Yamagata T, et al.: Efficacy of acetic acid-spraying method in diagnosing extension of Barrett's cancer under the squamous epithelium. *Digestive Endoscopy* **24**: 309-314, 2012
- 8) 日本食道学会 (編). 食道癌診療ガイドライン 2017 年版, 第 4 版. 金原出版, 2017
- 9) 竹内 学 他: Barrett 食道癌のリンパ節転 移頻度と特徴—多施設共同研究の結果. 胃と腸 **52**: 329-338, 2017