

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

北海道外科雑誌 (1996.12) 41巻2号:202～205.

同時性胆管食道重複癌の1切除例

安部達也、林裕二、阿部島滋樹、山崎成夫、田邊 康、草野真暢、久須美貴哉、目片英治、大原正範、岡安健至、細川正夫、藤田昌宏

同時性胆管食道重複癌の1切除例

安部 達也¹⁾ 林 裕二¹⁾ 阿部島滋樹¹⁾ 山崎 成夫¹⁾
田邊 康¹⁾ 草野 真暢¹⁾ 久須美貴哉¹⁾ 目片 英治¹⁾
大原 正範¹⁾ 岡安 健至¹⁾ 細川 正夫¹⁾ 藤田 昌宏²⁾

要 旨

症例は75歳女性。黄疸を主訴に近医受診，総胆管癌疑いで当科紹介となった。精査にて同時性胆管・食道重複癌と診断された。年齢，合併症を考慮し，まず総胆管癌に対し胆管切除術を施行，その後，二期的に食道癌に対し胸部食道亜全摘術を施行して，両癌ともに治癒切除が可能であった。術後合併症はなく，14カ月を経た現在まで再発の兆候は認めない。

Key Words：重複癌，食道癌，胆管癌

はじめに

近年，高齢化と診断技術の進歩により重複癌が増加しているが，食道癌と胆管癌の重複例は少なく，両癌とも切除し得た例はきわめてまれである。今回我々は，両癌共に早期に発見され，根治的切除を施行し得た同時性胆管・食道重複癌の1例を経験したので報告する。

症 例

患者：75歳，女性。

家族歴：父，胃癌。母，肺癌。長男，次男共に胃癌。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成7年4月，黄疸を主訴に近医受診，腹部エコーにて総胆管癌が疑われ当院紹介となる。

入院時現症：腹部は平坦，軟。肝，脾および表在リンパ節は触知せず。

入院時検査所見：一般検血は異常なし。血液生化学検査では黄疸は軽快し，胆道系酵素の軽度上昇を認めた。腫瘍マーカーは陰性であった。

ERCP所見（図1）：総胆管は1.5cmと拡張し，中部胆管に陰影欠損を認める。

超音波内視鏡所見（図2）：中部胆管から上部胆管

にかけて4.3×1.5cmの腫瘤を認めた。

スクリーニングの上部消化管内視鏡にて門歯列から28cm，3時方向に淡い白色の低い隆起と，その周囲に長さ6cm，右壁中心，半周径の発赤を伴う陥凹性病変を認め（図3a，3b），同部位はルゴール不染であった（図3c，3d）。生検にて中分化型扁平上皮癌と診断された。以上より同時性胆管・食道重複癌と診断したが，75歳と高齢で，%VC，1秒率ともに約60%と低下しており一期的切除は過大侵襲と考えられた。食道癌は無症状で，早期癌と考えられ，胆管癌の進行度によっては，内視鏡的切除あるいは経過観察のみとな

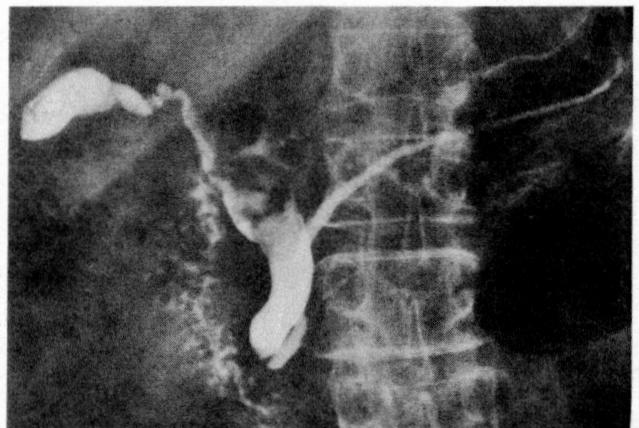


図1 ERCP所見
総胆管は拡張し，中部胆管に陰影欠損を認める。

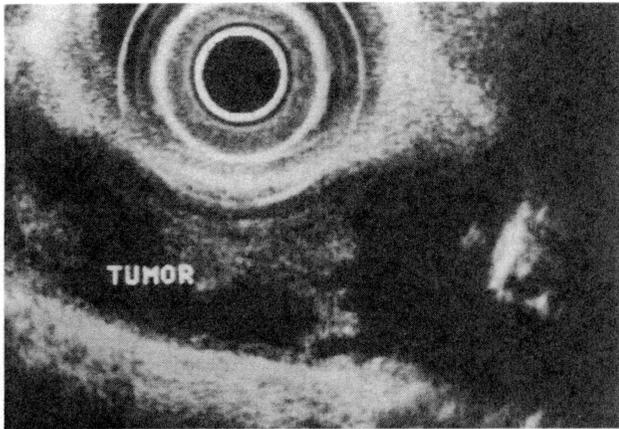


図2 超音波内視鏡所見
腫瘍は左右肝管分岐部付近まで存在する。

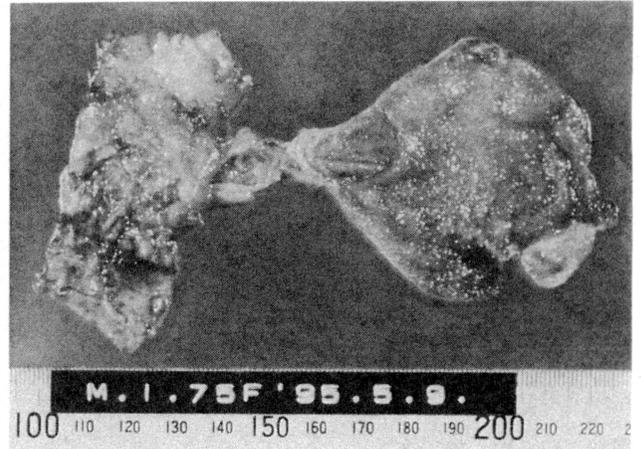


図4 切除標本4.0×3.2cmの結節型腫瘍を認める。

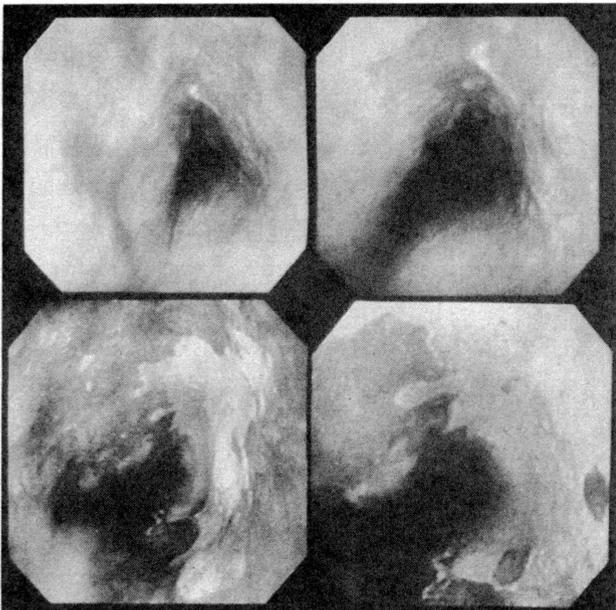


図3 a, b 右壁中心半周性の0-II a+II c
病変を認める。
c, d 同部位はルゴール不染を示す。

a	b
c	d

る可能性もあることから胆管癌切除を先行させた。術式は、術前画像診断より中部から上部胆管に局限した乳頭型の腫瘍で、開腹所見でもリンパ節腫大は認められなかったことから、食道切除後の胃管による再建も考慮して胆管切除術とした。

手術所見：腫瘍は中部胆管から上部胆管に触れ、漿膜面への露出を認めず、肝転移およびリンパ節腫大も認められなかった。切除範囲は、十二指腸側は臍内胆管を約2cmの部位で切離、肝臓側は左右肝管分岐部から約0.5cm末梢にて切離し、2群リンパ節郭清を施行した。再建は空腸を Treitz 靱帯から約20cmで Roux-Y 脚とし肝内胆管と端側吻合した。

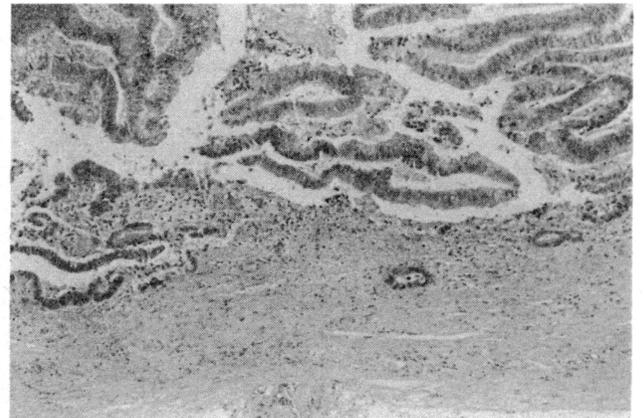


図5 病理組織像 (HE.×25) 高分化型腺癌、深達度はfmである。

切除標本 (図4)：4.0×3.2cmの結節型腫瘍で肉眼的進行度は、S₀, Glnf₀, H₀, Panc₀, D₀, N₀, Stage Iであった。

病理所見 (図5)：病理組織診断は Well differentiated adenocarcinoma, Bms, fm, INF α , ly₀, v₀, pn₀, panc₀, n₀, hw₀, dw₀, ew₀, Stage I, であった。

術後経過は良好で、8週間後に右開胸、開腹による胸部食道亜全摘術を行った。

手術所見：上腹部正中切開にて開腹したところ肝門部を中心に上腹部に癒着を認めるも、リンパ節腫大や肝転移は認められず、亜全胃管を作成した。右第5肋間にて開胸、腫瘍は触れず、リンパ節腫大を認めない。胆管切除後で胃管の挙上に制約があるため、右胸腔内吻合とし、さらに年齢、低肺機能等を考慮し頸部郭清は行わず、第2群までのリンパ節郭清を行った。

切除標本 (図6)：胸部中部食道に4.5×2.8cmの0-II a+II c 病変を認めた。

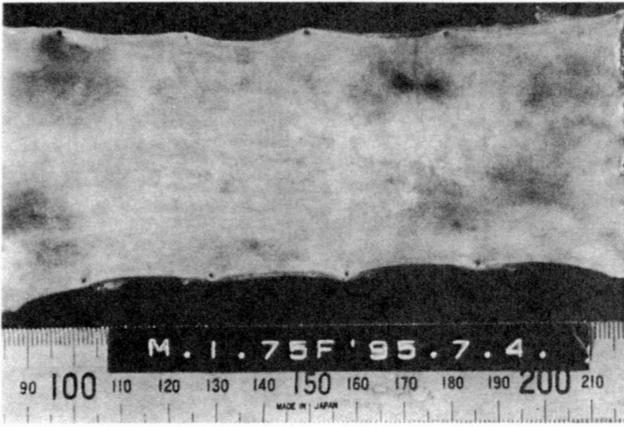


図6 切除標本
中部食道に4.5×2.8cmの0-II a+II c病変を認める。

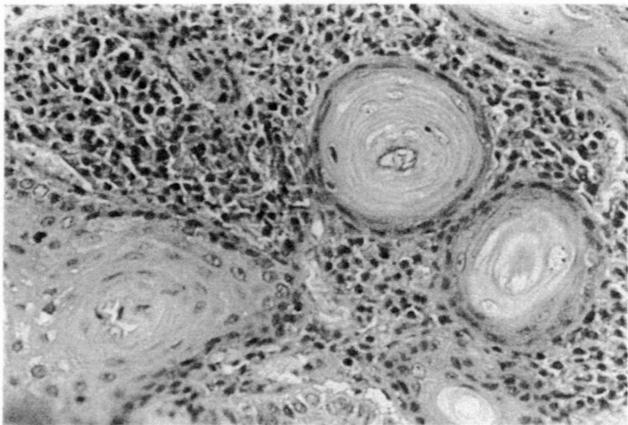


図7 病理組織像 (HE.×40) 中分化型扁平上皮癌, 深達度は m_2 であった。

病理所見 (図7): 病理組織診断は moderately differentiated squamous cell carcinoma. 深達度は m_2 , 脈管侵襲, リンパ節転移は認められず Stage I であった。術後経過は極めて良好で, 14カ月を経た現在, 再発の兆候は認めない。

考 察

重複癌の定義には Warren, Gates¹⁾の提唱した3条件が一般的に用いられるが, 自験例はこの条件を満たしており, 同時性重複癌とすることに問題はない。食道癌における重複癌の頻度は, 最近の報告では7.9~24.3%^{2)~4)}となっており, 重複臓器としては従来から一般に胃癌が多いとされ, 山本ら³⁾は49%, 篠田ら⁵⁾は37%が胃癌であったとしている。しかし, 胆管癌との重複は少なく²⁾⁴⁾, 1987年の食道疾患研究会の全国集計によると食道癌と他臓器癌の重複症例は1703例中

185例(約11%)で, そのうち胆管癌は1例(約0.5%)と非常に低率である。また当院における食道癌症例1023例中(1981, 3月~1996, 5月)重複癌は129例(12.6%)で, そのうち胆管癌は本症例を含めてもわずか2例(1.6%)であり, 本症例は両癌共に早期に発見された極めてまれな同時性胆管・食道重複癌の1例といえる。

重複癌の発生機序は, 単発癌と同じく, いまだ多くの議論のあるところであるが, Warren⁶⁾らは, 重複癌の発生はただ偶然に起こるのではなく, その発生率は単なる偶然にくらべ11倍であったと述べており, 北島⁷⁾らも, 第2癌の発生頻度が偶然の発生頻度より有意に高いことを示している。そこで発生原因に関し, 遺伝的素因, 体質的素因, 環境因子, 第1癌に対する化学療法⁸⁾, 放射線治療⁹⁾による発癌因子や免疫学的影響, アルコール, 喫煙など¹⁰⁾¹¹⁾の刺激因子の増加など, 様々な検討がなされている。諸家により重複癌発生に関して遺伝的素因の関与が示唆され, Moertel¹²⁾は重複癌症例の14~50%に悪性腫瘍の家族歴が認められたと報告しているが, 自験例でも両親, 息子2人に癌が発生しており, 遺伝的素因が関与している可能性が高い。

食道重複癌の予後は, 阿保ら¹³⁾によると同時性重複癌の72%の症例が1年以内に死亡しており予後不良であったとしている。しかし, 片柳ら²⁾は同時性重複癌の5生率34.6%, 篠田ら⁵⁾は同時性, また他臓器癌先行の異時性重複癌切除例の5生率は22.1%であり, 両癌の治療切除が行えれば予後の向上が期待できるとしている。同時性重複癌の治療に際しては, 手術の優先順位が問題となる。組み合わせにもよるが, 特に合併症がなく手術侵襲も小さいと判断される重複癌の場合には, どちらが先でもよく, また一期的切除も可能である。手術侵襲の大きさや, 合併症の面から二期的に手術を行う場合, 両者の悪性度や進行度を比較し, 予後を決定するであろう側を優先すべきと考える。同程度の進行度の場合には, 手術侵襲の大きさ, 合併症の種類により検討されなければならない。自験例では, 食道癌は術前の深達度診断が m_2 で画像上明らかなリンパ節転移を認めず比較的早期であると考えられ, また75歳と高齢で, 呼吸機能の低下が認められたことから, 耐術のための心肺機能を温存すべく, 開胸術を必要とする食道癌を後にして, 胆管切除術を先行させた。その結果, 術後合併症もなく両癌ともに根治切除し得た。

悪性腫瘍に対する診断、治療の進歩、悪性腫瘍の増加と相まって、長期生存例が増加している現在、重複癌の症例は今後ますます増加すると思われる。したがって、悪性腫瘍の患者を取り扱う場合、常に重複癌の存在を念頭に置き、より早期に発見する努力が必要である。また重複癌を認めた場合、その治療は複雑かつ困難となるが、十分に病態を把握した上で、双方の癌の根治性を考慮した術式や手術時期の選択が重要となる。

結 語

同時性胆管・食道重複癌の二期的切除例を報告した。重複癌の早期発見には第1癌にとらわれない慎重な臨床的観察が必要である。

同時性重複癌に対しては、両癌の進行度や病態を十分に把握した上で手術適応、術式を決定する事が重要である。

文 献

- 1) Warren, S., Gates, O. (1932) : Multiple primary malignant tumors, A survey of the literature and a statistical study. *Am. J. Cancer.*, 16 : 1358-1414.
- 2) 片柳憲雄, 武藤輝一, 田中乙雄, 他 (1991) : 食道と他臓器の重複癌臓器の検討. *日消外会誌*, 24 : 968-976.
- 3) 山本雅一, 吉田 操, 村田洋子, 他 (1990) : 食道癌における重複癌症例の検討. *日消外会誌*, 23 : 2723-2727.
- 4) 馬場憲一郎, 長尾和治, 松尾正和, 他 (1994) : 食道癌と他臓器重複癌の検討. *日臨外医会誌*, 55 : 2457-2462.
- 5) 篠田雅幸, 高木 巖, 國島和夫 (1990) : 食道癌と他臓器重複癌症例の検討. *日臨外会誌*, 55 : 2457-2462.
- 6) Warren, S., Ehrenreich, T. (1944) : Multiple primary malignant tumor and susceptibility to cancer. *Cancer Res*, 4 : 554-570.
- 7) 北島 隆, 金子晶生, 木戸長一郎, 他 (1960) : 重複悪性腫瘍の発生頻度に関して一症例報告並びに統計的考察. *癌の臨床*, 6 : 337-345.
- 8) Brody, R. S., Schottenfeld, D. (1980) : Multiple primary cancers in Hodgkin's disease. *Semin. Oncol*, 7 : 187-201.
- 9) 川本誠一, 西山謹司 (1982) : 頭頸部癌症例における重複癌. *癌の臨床*, 28 : 1-7.
- 10) Wynder, Z. L., Mushinski, M. H., Spivak, J. C. (1977) : Tobacco and alcohol consumption in relation to the development of multiple primary cancers. *Cancer*, 40 : 1872-1878.
- 11) Goldstein, H. M. (1987) : Association of squamous cell carcinoma of the head and neck with cancer of the esophagus. *Am. J. Roentogenol*, 131 : 791-798.
- 12) Moertel, G. C., Dockerty, B. M. (1961) : Multiple primary malignant neoplasms. *Cancer*, 14 : 221-230.
- 13) 阿保七三郎, 三浦秀男, 工藤保, 他 (1980) : 日本における食道と他臓器の重複癌について. *日臨外医会誌*, 13 : 377-381.

Summary

Synchronous double cancer of the bile duct and the esophagus —A case report—

Tatsuya ABE¹⁾, Yuji HAYASHI¹⁾,
Shigeki ABESHIMA¹⁾, Shigeo YAMASAKI¹⁾,
Yasushi TANABE¹⁾, Masanobu KUSANO¹⁾,
Takaya KUSUMI¹⁾, Eiji MEKATA¹⁾,
Masanori OOHARA¹⁾, Kenji OKAYASU¹⁾,
Masao HOSOKAWA¹⁾ and Masahiro FUJITA²⁾,

Department of Surgery, Keiyukai Sapporo Hospital¹⁾
Department of Pathology, National Sapporo Hospital²⁾

A 75-year-female was admitted to our hospital because of obstructive jaundice. A preoperative diagnosis of synchronous double cancer of the bile duct and the esophagus was made. It was judged impossible to resect the both carcinomas on an one-step. Radical esophagectomy was performed for the esophageal cancer, 2 months after radical operation for the bile duct cancer. No recurrent sign has been found as of 14 months after this surgical management. Recently second primary malignant neoplasms combined with esophageal cancers have been increasing in number, and we consider it important to work to understand the present condition in routine clinical work. In dealing with patients with esophageal cancer associated with other primary cancers, aggressive resection of both cancers should be performed for improving their prognosis.