The Japanese Society of Gastroenterological Surgery

I-8-4　下部食道胃接合部癌の手術成績，再発を中心に

馬場政道，夏越祥次，帆北修一，草野　力，中野静雄，石神純也，宮園太志，坂元史典，松本正隆，吉中平次，高尾尊身，愛甲　孝
(鹿児島大学第一外科)

深達度sm以深のType1,2癌180例中，上縁Lt下縁胃U領域に留まる，長径10cm以下の153例を検討した(Type1：ほぼ全例扁平上皮癌，Type 2：8割は腺癌)．sm/mp癌再発は全て臓器再発で，Ad-Adj, ss-si癌でも臓器再発が多いが，Type1は左肺門から裂孔部，Type2は16番再発が増加した．Type1は深達度が深くなると，Type2はリンパ節陽性であれば予後不良となった．sm/mp癌のType1では分岐部までの郭清は必須であるが，Type2では縦隔郭清を省略できる場合もある．Ad-Adj, ss-si癌のType1は症例による左開胸の選択，Type2は16番郭清が重要と考えられる．

I-8-5　下部食道胃接合部浸潤癌のリンパ節転移と再発形式の特徴

鈴木裕之，斉藤礼次郎，本山　悟，奥山　学，今野広志，本間　恵，小川純一，伊藤正直[1]，石岡知憲[2]，伊藤康信[3]
(秋田大学医学部第二外科，第一外科[1]，第一内科[2]，脳神経外科[3])

1990～98年に切徐した下部食道胃接合部浸潤癌（AeC）10例を対象とした．stageはII：1例，III：3例，IV：4例と進行例が大半を占めた．リンパ節転移は7例（88%）に陽性で，特にNo.1（38%），2（63%），3（38%），7（50%）に多かった．再発は7例（88%）と高率で早期に遠隔臓器（肝：3例，肺：3例，脳：3例）へと転移す傾向が著明であった．脳転移に対しては，腫瘍摘出術が有効であった．結論：下部食道胃接合部浸潤癌は胸部食道癌と同様な郭清が必要である．また，早期に遠隔転移（特に脳転移）を来す症例が多かった．

I-8-6　食道胃接合部癌の検討

栗田　啓，青儀健二郎，中田昌男，佐伯英行，高嶋成光，多幾山歩*
(国立病院四国がんセンター外科，安佐市民病院外科*)

食道胃接合部癌の特徴を明らかにするため1985年～94年に当施設で切除した食道胃接合部癌76例を臨床病理学的に分析した．主座は，Lt：23例，Ae：7例，U：46例で，組織型は扁平上皮癌24例，腺癌48例，腺扁平上皮癌2例，未分化癌2例であった．扁平上皮癌，Ltの癌では初再発はリンパ節転移が多く，腺癌，Ae, Uの癌では血行性，リンパ節，腹膜(胸膜)再発がほぼ同等であった．下部胃癌に比して腹膜再発が少なかった．U領域の癌で食道浸潤を呈すると予後は不良であった．LtとAe, Uの癌，換言すれば扁平上皮癌と腺癌とは別個に取り扱うべきと考えられた．

I-8-7　当センターにおける下部食道胃接合部癌の再発形式からの検討

露久保辰夫，清水利夫，田村　潤，上村志伸，小堀鴎一郎
(国立国際医療センター外科)

当センターで経験した下部食道胃接合部癌例は29例中25例が進行癌で，平均腫瘍径も約60mm強と大きかった．よって再発形式も多岐にわたり，臓器転移が再発症例の半数以上に認められた．またリンパ節再発は，腹部傍大動脈リンパ節再発が多い傾向にあった．特に腺癌は縦隔内リンパ節再発が1例もない反面，腹部傍大動脈リンパ節再発が4例認められ，また扁平上皮癌においても3例に腹部傍大動脈リンパ節再発が認めた．以上より，下部食道胃接合部癌では病変の早期発見に加え，縦隔内リンパ節はもとより腹部傍大動脈リンパ節の郭清も考慮すべきと考えられた．

I-9-1　術前に下部食道癌との鑑別が困難であった食道胃接合部胃癌の1例

城下豊生，二見喜太郎，長谷川修三，有馬純孝，溝口幹朗*
(福岡大学筑紫病院外科，同病理*)

症例は42歳男性．2ヵ月前より嚥下困難出現し，近医にてMDL施行．下部食道癌の診断で入院．既往歴に逆流性食道炎はなく，家族歴特記すべき事なし．MDL・GIFにて下部食道癌，術前生検で低分化型扁平上皮癌と診断，右開胸食道亜全摘術を施行した．術中所見は，胃周囲のリンパ節にのみ転移を認め，術後病理診断は低分化型腺癌と診断された．手術標本では腫瘍の首座が胃側にあり，術後診断は胃癌とした．術後に5FU 500 mg, CDDP10 mgの5日投与2日休薬の3クール施行，外来でUFT 400 mg投与し経過良好であったが，術後約2年目に癌性胸腹膜炎で再発し死亡した．

I-9-2　食道胃境界部に発生した癌の臨床病理学的検討

斉藤文良，斉藤光和，岡本政広，井原祐治，田内克典，清水哲朗，坂本隆，塚田一博
(富山医科薬科大学第2外科)

食道胃境界部に発生した癌の性質につき検討した．対象は1979.12から1998.12迄の胃癌1085例と食道癌312例のうち，SiewertのTypeI,IIの範囲に留まる10例．結果：男7例，女3例，平均年齢60.7才．下部食道切除＋胃全摘7例，下部食道切除＋噴門側胃切除3例．リンパ節郭清はD1 6例，D2 4例．組織型は腺癌3例，扁平上皮癌7例．Stage1が3例，Stage 2が4例，Stage3が3例であった．まとめ：深達度は全てSM以深で，リンパ節転移は主に腹部中心であった．噴門部領域内に認める癌で口側浸潤が腹部食道に留まり，癌先進部が上皮内進展型であれば，下部食道切除および胃全摘または噴門側胃切除術で，腹部中心のリンパ節郭清でよいと思われる．

I-9-3　胃癌食道浸潤例に対する左開胸開腹根治術の検討

高田信康，大杉治司，竹村雅至，加藤　裕，岸田　哲，奥田栄樹，西川正博，上野正勝，田中芳徳，福原研一朗，木下博明
(大阪市立大学第2外科)

胃癌食道浸潤19例より左開胸開腹根治術の有効性を検討した．左開胸開腹下に下部食道切除・胃全摘術，リンパ節郭清術を行ったpN3以上の7例中3例に胸部下部食道傍リンパ節あるいは後縦隔リンパ節の転移が認められた．術前EUSを行った5例中3例に胸腔内のリンパ節に転移が疑われたが，うち2例に転移が認められた．術中迅速病理検査で2例(10%)がPM（+）のため，食道を追加切除しPM（-）を得た．当科で経験した食道浸潤を伴う胃癌は進行例が多く，組織学的悪性度は高い．また高率に認めれる下縦隔リンパ節転移に対する郭清と，確実なPM（-）の必要性から同一視野の下に行う左開胸開腹下操作は非常に有効である．

I-9-4　下部食道胃接合部癌手術症例の検討

細谷好則，渋沢公行，横山　卓，佐久間和也，上野勲夫，小林伸久，土屋一成，和気義徳，永井秀雄
(自治医科大学消化器・一般外科)

1990年～99年の全食道癌切除症例中下部食道胃接合部に発生した食道癌19例(9%)が対象となった．男16例，女3例で平均年齢67歳．扁平上皮癌16例，バレット上皮より発生した癌3例であった．すでに遠隔転移伴っていた3例と89歳高齢者1例に対してはリンパ節郭清を伴わない腫瘍切除を施行した．残り15例に対して開胸縦隔郭清を伴う腫瘍切除を行い，根治度AないしはBを得た．全症例の5年生存率は56%であった．再発形式，死亡原因は肝，肺，骨への血行性転移が多く(8/9例)，血行性転移のコントロールがさらなる治療成績向上につながると考えられた．

NII-Electronic Library Service