

## 食道胃重複癌症例に関する検討

村上真基\* 杉山 敦 松下啓二  
石田公孝 丸田福門 池野龍雄  
清水文彰 川崎誠治  
信州大学医学部第1外科学教室

### Retrospective Study on Double Primary Cancer of the Esophagus and Stomach

Maki MURAKAMI, Atsushi SUGIYAMA, Keiji MATSUSHITA  
Kimitaka ISHIDA, Fukuto MARUTA, Tatsuo IKENO  
Fumiaki SHIMIZU and Seiji KAWASAKI  
*Department of Surgery, Shinshu University School of Medicine*

The clinicopathologic presentation and treatment in 17 patients with double organ cancers, in the esophagus and stomach, were retrospectively reviewed.

Among them, 13 patients were diagnosed synchronously and four metachronously. In all the cases the lesions included early cancer, and four patients had early cancers in both the esophagus and stomach. Multiple esophageal and gastric cancers were observed in two and six cases, respectively. Synchronous gastric cancers had not been diagnosed prior to surgery for esophageal cancer in three cases. In all the cases with metachronous double cancers, the gastric cancers preceded the esophageal lesions. Treatment differed depending on the location and stage of the disease. Surgical resection was performed in 15 cases. Simultaneous resections of both esophageal and gastric cancers were done in seven, preceding treatment for esophageal cancer in two and preceding gastrectomy in six.

It is important that adequate examination be carried out with the idea of other cancers in mind, especially the superficial type or multiple lesions. Appropriate surgical procedures should be selected according to the balance of such factors as the location and extension of cancers, curability and individual condition. *Shinshu Med J* 45: 349-355, 1997

(Received for publication June 11, 1997)

---

**Key words:** double primary cancer, esophageal cancer, gastric cancer  
重複癌、食道癌、胃癌

---

#### I はじめに

食道癌において他臓器との重複癌の発生は稀ではなく、特に胃癌との合併は2.1~5.1%<sup>1)~4)</sup>と高率である。

しかも両者が隣接臓器であるためその治療方法も一律ではない。今回、当教室において経験した食道と胃の重複癌症例について、臨床病理学的特徴と診断治療方法を検討した。

\* 別刷請求先: 村上 真基  
〒390 松本市旭3-1-1 信州大学医学部第1外科

表1 食道胃重複癌症例

症例	年齢	性別	食道癌所見			胃癌所見			時性	手術	術式	転帰		
			部位	形態	浸達度	組織型	部位	形態					浸達度	組織型
1	79	M	EiEa	0-I-pl	mp	SCCmod	A	1	sm	pap	異時	異時	幽門側胃切除→7年→食道亜全摘残胃温存、結腸再建	1年11ヵ月原病死
2	64	M	Im	0-IIb+IIc	m3	SCCmod	M	?	ss	tub1	異時	異時	幽門側胃切除→18年3ヵ月→食道拔去残胃温存、結腸再建	3年4ヵ月生存
3	51	M	Im	3	a2	SCCwell	M	0-IIc	sm	sig	異時	異時	幽門側胃切除→10年3ヵ月→食道亜全摘残胃温存、結腸再建	1年7ヵ月原病死
							A	0-IIa	m	tub1				
4	54	M	Im	0-I+IIc	sm	SCCwell	A	0-IIa	m	tub1	異時	異時	幽門側胃切除→2年10ヵ月→食道亜全摘残胃温存、結腸再建	1年6ヵ月生存
							A	0-IIb	m	tub1				
5	74	M	Ei	3	a1	SCCpor	M	0-I	m	tub1	同時	異時	幽門側胃切除→11ヵ月→食道亜全摘残胃全摘、結腸再建	9ヵ月原病死
6	66	M	Im	0-IIc+IIa	sm	SCCwell	M	0-IIc	m	tub1	同時	異時	内視鏡的粘膜切除→3ヵ月→食道拔去、胃管再建	6ヵ月生存
7	64	M	Ei Im	0-IIc 0-I		SCCmod SCCmod	CM	3	SI	por	同時		試験開腹	6ヵ月原病死
8	68	M	InCe	2		SCCmod	MC A	0-IIc 1	m mp	sig por2	同時		胃全摘、食道放射線照射	4ヵ月生存
9	67	M	Im	3	a2	SCCwell	M	0-IIc	sm	tub1	同時	同時	食道亜全摘噴門側胃切除、結腸再建	1年0ヵ月原病死
10	69	M	Im	2	mp	SCCmod	A A	0-IIc 0-IIb	mp m	tub2 tub2	同時	同時	食道拔去胃全摘、結腸再建	10ヵ月原病死
11	79	M	Ea	2	a2	SCCmod	A C	4 0-I	se m	sig pap	同時	同時	食道亜全摘胃全摘、結腸再建	3年11ヵ月原病死
12	75	M	Ei	2	mp	SCCmod	A	1	m	tub1	同時	同時	食道亜全摘胃全摘、結腸再建	5年2ヵ月生存
13	71	F	EaC	3	mp	SCCwell	M	0-IIb	m	tub1	同時	同時	下部食道切除胃全摘、空腸間置再建	1年4ヵ月原病死
14	78	M	Ea	0-IIa+IIc	sm	SCCmod	M C	0-IIa+IIc 0-IIc	sm sm	por2 tub1	同時	同時	下部食道切除胃全摘、空腸R-Y型再建	1年5ヵ月生存
15	75	M	Ce	3	mp	SCCmod	A	0-IIc	m	tub1	同時	同時	頸部食道喉頭切除・幽門側胃切除、遊離空腸再建・B-I再建	6ヵ月原病死
16	73	M	Iu Im	3 0-IIb	mp nmn	SCCmod SCC	M	0-IIc	sm	muc	同時	異時	食道亜全摘胃管再建→2ヵ月→胃管拔去、結腸再建	8ヵ月他病死
17	63	M	Im	0-IIb	m2	SCCmod	C	0-IIa	m	tub1	同時	異時	食道拔去胃管再建→1年4ヵ月→胃部分切除	4年1ヵ月生存

II 対象と方法

1981年1月から1997年3月までの16年3カ月間に当教室で経験した食道癌症例は183例であり、平均年齢は64.1歳(33~93歳)で男女比は150:33であった。食道と他臓器との重複癌は28例(15.3%)で、平均68.3歳(51~79歳)、男性26例に対し女性は2例であった。このうち胃との重複癌17例を対象とした。重複癌の定義はWarrenとGates<sup>9)</sup>に従い、二次癌診断までの間隔が1年未満のものを同時性、1年以上を異時性とした。臨床病理学的所見は食道癌取り扱い規約<sup>9)</sup>、胃癌取り扱い規約<sup>7)</sup>に従い、病変占居部位、肉眼形態、深達度、組織型について検討した。また各症例の診断治療、特に手術術式の選択について検討した。

III 結 果

A 食道胃重複癌症例数、年齢、性

食道胃重複癌は17例であり全食道癌の9.3%、食道重複癌28例の60.7%であった。平均年齢は68.8歳(51~79歳)で、女性1例に対し男性が16例と多数を占めた。同時性は13例、異時性は4例でありこの4例は胃癌の診断治療が先行していた。(表1)

B 食道、胃病変病理所見

1 食道癌病理所見

17例の食道癌の全病巣数は19(多発癌は2例でそれぞれ2病巣)であった。病変の主たる占居部位は頸部(cervical esophagus: Ce):1病巣、胸部上部(upper intra-thoracic esophagus: Iu):2病巣、胸部中部(middle intra-thoracic esophagus: Im):9病巣、胸部下部(lower intra-thoracic esophagus: Ei):4病巣、腹部(abdominal esophagus: Ea):3病巣であり、ImとEiが多数を占めた。肉眼形態は0型(superficial

type):9病巣、2型(ulcerative and localized type):4病巣、3型(ulcerative and infiltrative type):6病巣で、組織学的深達度は粘膜層まで(limited to mucosa: m):3病巣、粘膜下層まで(involving submucosa: sm):3病巣、固有筋層まで(involving muscularis propria: mp):6病巣、外膜に達する(into adventitia: a1以上):4病巣であった。非切除症例(case7, 8)の深達度は不明とした。組織型は全て扁平上皮癌(squamous cell carcinoma, SCC)であり、高分化型(well differentiated type, well):5病巣、中分化型(moderately differentiated type, mod):12病巣、低分化型(poorly differentiated type, por):1病巣、分化度不明:1病巣であった。尚、深達度m及びsm症例はいずれも切除後の組織学的リンパ節転移陰性であり早期癌であった。(表2)

2 胃癌病理所見

胃癌の全病巣数は24であり、多発癌を6例に認め5例は2病巣、1例は3病巣であった。主たる病変部位は上部(upper third: C):4病巣、中部(middle third: M):9病巣、下部(lower third: A):11病巣であった。肉眼形態は0型が多く18病巣、他に1型(protruding type):3病巣、3型と4型(diffusely infiltrative type)が各1病巣、1975年に他医にて胃切除を受けた1例(case2)では形態不明であった。深達度は切除例ではm:12病巣、sm:7病巣、mp:2病巣、漿膜下組織まで(involving subserosa: ss):1病巣、漿膜を越える(exposed serosa: se):1病巣、また非切除例では他臓器浸潤(infiltrating serosa: SI; 規約<sup>7)</sup>により大文字表記):1病巣であった。主たる組織型は高分化型管状腺癌(tubular adenocarcinoma well differentiated type: tub1):12病巣、中分化型管状腺癌(tubular adenocarcinoma moderately

表2 食道・胃病巣病理所見

食道癌						* 数字は病巣数
主たる病変部位	Ce: 1	Iu: 2	Im: 9	Ei: 4	Ea: 3	
肉眼形態	0型: 9	1型: 0	2型: 4	3型: 6		
深達度	m: 3	sm: 3	mp: 6	al: 1	a2: 3	
主たる組織型	well: 5	mod: 12	por: 1	不明: 1	(いずれも SCC)	
胃 癌						* 数字は病巣数
主たる病変部位	C: 4	M: 9	A: 11			
肉眼形態	0型: 18	1型: 3	2型: 0	3型: 1	4型: 1	
深達度	m: 12	sm: 7	mp: 2	ss: 1	se: 1	si(SI): 1
主たる組織型	tub1: 12	tub2: 2	por: 3	sig: 3	pap: 3	muc: 1

differentiated type: tub2): 2病巣, 低分化型腺癌 (poorly differentiated adenocarcinoma: por): 3病巣, 印環細胞癌 (signet-ring cell carcinoma: sig): 3病巣, 乳頭腺癌 (papillary adenocarcinoma: pap): 3病巣, 粘液癌 (mucinous adenocarcinoma: muc): 1病巣であった。(表2)

### C 診断時期, 方法

#### 1 治療前同時性診断: 8例

治療前に同時性食道胃重複癌と診断されたのは8例 (case7-12, 14, 15) であった。このうち7例はX線造影検査と内視鏡検査及び生検により術前に確定診断されていた。1例 (case9) は食道病変のために内視鏡が胃に入らず, X線検査で胃体部の陥凹病変を指摘して手術に臨み, 術中迅速病理診断を行って胃癌を確診した。

#### 2 食道病変診断先行: 3例

術前に食道病変のみ診断されていた症例は3例 (case13, 16, 17) であり, これらはいずれも切除標本の病理組織学的検査により胃癌を発見した同時性重複癌であった。

#### 3 胃癌診断先行: 6例

胃癌の診断治療が先行したのは6例 (case1-6) であった。食道癌診断までの期間は3カ月~18年3カ月 (平均6年7カ月) であり, 全例胃癌に対して根治切除がなされ再発徴候は認めていなかった。これらのうち, 同時性重複癌は2例で, 1例 (case6) は胃癌内視鏡的粘膜切除後3カ月時に行った内視鏡検査で0-IIc型食道癌を発見した。他の1例 (case5) は胃切除術の11カ月後に3型進行食道癌と診断された。残りの4例は幽門側胃切除術後, 1年間隔で内視鏡検査を行って経過観察されている間に食道癌を発見した。このうち3例 (case1, 2, 4) は0型病変であったが, 1例 (case3) は発見時すでに3型進行癌であった。これら6例 (case1-6) では初回内視鏡検査時あるいは定期観察時にルゴール染色を行っていなかった。

### D 手術所見

手術は17例全例に行われ術死, 入院死は0であった。1例 (case7) は胃癌の進行が高度なため試験開腹にて終了し両病巣非切除であった。また1例 (case8) は心肺機能低下患者であり, 出血の認められる胃癌のみ手術の対象とした。この2例はいずれも治療前に同時性重複癌と診断されていた。他の15例は食道胃両病変の切除手術が行われた。(表1)

#### 1 同時切除手術: 7例

同時に両病巣を切除したのは7例 (case9-15) である。1例 (case13) は術前診断で食道癌と胃幽門部の大きな腺腫を認め, 腺腫内癌の存在を否定できなかったため胃全摘を加え, 摘出標本の検索により腺腫とは別に胃体部より癌を認めた。本例は胃癌に対して根治切除が行われたと考え, 追加切除等は行わなかった。他の6例は術前に同時性重複癌と診断され両病巣の切除手術をうけた。このうち頸部食道癌の1例 (case15) は術前の診断で胸部食道に病変を認めず縦隔リンパ節の転移もないと考えられたため, 胸部食道を温存し頸部食道のみを切除, 切除断端の組織学的癌細胞陰性を確認の後, 再建には遊離空腸移植を行った。しかし本例では術後3カ月目に吻合部近傍の胸部食道にスキップ病変によると思われる再発を認め, 脊椎へ浸潤しており再切除は不可能であった。胸部食道癌6例 (case9-14) の術式の内訳は右開胸食道亜全摘 (食道亜全摘) 3例, 非開胸食道抜去 (食道抜去) 1例, 左開胸下部食道切除 (下部食道切除) 2例, 噴門側胃切除1例, 胃全摘5例であった。下部食道切除2例では有茎空腸で再建し他の4例は結腸で再建した。

#### 2 異時切除手術: 胃癌切除先行6例

胃癌の治療後に食道癌の治療を行った6例 (case1-6) は診断も胃癌先行であった。1例 (case6) は胃癌内視鏡的粘膜切除後の食道表在癌であり, 手術は食道抜去として胃管で再建した。5例は幽門側胃切除後の食道癌でありこのうち1例 (case5) は食道亜全摘に残胃全摘を加え, 残りの4例は食道亜全摘 (case1, 3, 4), 食道抜去 (case2) とし, 腹腔内リンパ節は前回の手術時に残されたものを郭清して残胃は温存した。

#### 3 異時切除手術: 食道癌切除先行2例

食道癌の治療が先行した2例は切除標本の検索により胃癌を発見した同時性重複癌である。1例 (case16) は食道癌切除後の病理組織学的検査で腹腔内リンパ節に腺癌組織を認めたため胃癌を疑い, 術後早期に内視鏡検査を行って胃管内胃体部の癌と診断した。本例は2カ月後に胃管抜去と結腸による再建を行った。また1例 (case17) は食道切除時の噴門部断端に胃癌組織を認め, 厳重な経過観察を行い1年4カ月時に断端再発を確認した。この症例は直腸癌に対し直腸切断術を受けている三重複癌症例であり結腸を再建臓器として使いづらかったこと, 再発胃癌が粘膜癌と考えられ食道胃吻合部と離れていたことより, 胸骨縦切開により胸骨後経路胃管の部分切除を行った。

#### 4 補助的血管再建術

なお1994年以降の症例では、再建時に頸部へ挙上した腸管と頸部の静脈あるいは動静脈の吻合による補助的血管再建術を施行しており (case3, 4, 5, 6), 縫合不全は認めていない。

#### IV 考 察

重複癌の定義は Warren と Gates<sup>5)</sup> による①各腫瘍は一定の悪性像を示す, ②各腫瘍は互いに離れた部位を占める, ③一方の腫瘍が他方の転移巣ではない, という3条件が一般的であり自験例もこの条件を満たしている。重複癌発生の時性については, 本邦では1年以内を同時性としている報告が多く<sup>3)8)</sup>, 我々もこれに従い胃癌診断から食道癌診断まで3カ月及び11カ月の2症例は同時性として扱った。

食道重複癌については第23回食道疾患研究会 (1977年) でこのテーマが取り上げられ, 阿保ら<sup>1)</sup> により集計されている。これによると食道癌11,732例のうち重複癌は同時性異時性をあわせて425例 (3.6%), 食道と胃の重複癌は248例 (全食道癌の2.1%, 食道重複癌の58.4%) であった。しかし診断, 治療技術の向上に伴い重複癌の報告は増加し, 食道疾患研究会が1987年の食道癌症例を集計した結果<sup>2)</sup> では食道重複癌は全食道癌1,703例のうち201例 (11.8%), 食道胃重複癌は87例 (全体の5.1%, 重複癌の47.0%) であった。当教室の症例では食道重複癌は全食道癌の15.3%, 食道胃重複癌は9.3%, 食道重複癌の60.7%とさらに高率であった。

性別では他の報告と同様, 男性に多く, 年齢は平均68.8歳, 70歳以上8例と高い傾向であった。

各癌の占居部位は食道癌ではIm, Eiに多く, 胃癌ではA, Mに多く単独癌の傾向と同様であった。多発胃癌を6例 (35.3%) に認め, 胃癌全国集計<sup>9)</sup> (3.9%) の10倍近い頻度であった。諸家の報告でも食道胃重複癌に於ける多発胃癌の頻度は高率であった<sup>9)10)</sup>。

食道癌の形態は0型が9病巣と約半数 (47.4%) を占め, 深達度でもm, smが6病巣 (37.5%) であった。またa1以上の外膜浸潤を認めるものは4病巣のみであり, 食道癌集計<sup>2)</sup> の表在癌18.4%, a1以上61.9%とは逆の傾向であった。これは胃癌術後として定期的に検査を受けている症例から表在癌が多く見ついていること (case1, 2, 4, 6), 外科に紹介される症例は手術を前提にしているということで説明されると思われた。胃癌では0型が18病巣 (78.3%), smまでの早期癌が19病巣 (79.2%) と多数を占めた。最近の

報告は早期癌が多い傾向にあり<sup>3)</sup>, 教室の症例でも同様で全例に食道あるいは胃の早期癌病巣を認めた。食道胃全病巣が早期癌であった症例は同時性3例 (case6, 14, 17), 異時性1例 (case4) であり, 諸家<sup>1)8)10)11)</sup> の報告ほど稀ではなかった。これを多発癌の頻度 (17例中胃癌6例: 35.3%, 食道癌2例: 11.8%) とあわせて検討すると, 食道癌, 胃癌の診断時には他方の癌の存在を考慮するだけではなく, 表在癌, 多発癌を念頭にいれて検索する必要があると考えられた。

食道癌の組織型は単独癌と同様に中分化型扁平上皮癌が多かった。一方, 胃癌はtub1が10例12病巣と半数以上であり, 胃癌全国集計<sup>9)</sup> のtub1 (22.0%) よりも多い傾向であった。組織型について言及している報告は少ないが, 池内ら<sup>4)</sup> は教室例と同様の傾向を認めており, この理由として萎縮性胃炎が胃分化型腺癌の発生母地であり, かつ食道癌と萎縮性胃炎の合併率が高いことを挙げている。

同時性重複癌の診断に関しては, 術中に迅速病理診断を行った1例を含めると4例で術前に胃癌の診断ができず, 諸家の報告<sup>3)8)12)</sup> でも切除標本よりはじめて胃癌を診断した症例がみられた。狭窄により内視鏡が通らない食道癌では, 術中内視鏡検査, あるいは術中胃切開及び迅速病理診断等で再建に用いる胃管の精査を考慮すべきであると思われた<sup>3)13)</sup>。また胃癌治療後早期 (3カ月目) に食道癌を認めた1症例 (case6), 胃癌術後定期的に経過観察していたにもかかわらず進行食道癌となって発見された2症例 (case3, 5) はいずれもルゴール染色による食道検査を行っていなかった。これらの症例では喫煙歴や飲酒歴もあり食道癌のhigh risk groupとしてルゴール染色を行っていれば同時診断治療や, 早期癌での発見ができた可能性もあると思われた。

同時性重複癌の手術を行う場合, 両病巣を同時に切除再建するのが理想的である。自験例では心肺機能高度障害例 (case8) で食道病変の切除を行わなかったが, 本例は胃切除のみで術後人工呼吸器管理を要したことより, 食道癌の外科的治療は困難であったと考えられた。他の切除可能例は全で一期的に切除再建した。患者の全身状態, 手術侵襲, 両病巣の根治度を考慮して術式を決定し, その結果縮小手術にとどめた症例もあった。心機能に障害がありペースメーカーを使用していた症例 (case10) では, 進行食道癌に対し非開胸食道抜去にとどめ1年以内の再発死亡を認めたが, 経

口摂取可能で退院できており手術治療の意義はあったと考えられた。一方、頸部食道切除例 (case15) は胸部食道温存を選択した術前の過小評価が早期再発をまねいたと考えられ、今後同様の症例に対する術式選択を再考する必要がある。我々は一期的切除再建を原則としているが、循環呼吸器系の合併症を有する症例等では、二期的手術も考慮すべきであると思われた<sup>13)</sup>。胃の切除範囲は多発胃癌の頻度等を考えると全摘が望ましく<sup>12)</sup>、治癒切除をめざして胃全摘を原則とする報告もあるが<sup>3)</sup>、根治性を損なわない範囲で胃を残す方針もあり<sup>8)</sup>、食道病変の進行度と手術侵襲の大きさを熟慮しバランスのとれた術式をとるべきである。

胃切除後の食道根治手術において我々は4例に残胃を温存し、1例は残胃を全摘した。残胃温存4例では腹腔内再発は認めなかった。残胃全摘は不可欠とする報告もあるが<sup>3)</sup>、初回手術時及び食道手術時の腹腔内操作で十分な郭清がされていれば残胃は温存して良いものと考えられた。しかし今後、遠隔成績向上に伴い異時性胃多発癌 (胃癌→食道癌→胃癌) の報告も生じると思われ、更なる検討が必要である。

## 文 献

- 1) 阿保七三郎, 三浦秀男, 工藤 保, 当真秀夫, 池田利吏, 中村正明: 日本における食道と他臓器の重複癌について. 日消外会誌 13: 377-381, 1980
- 2) 食道疾患研究会編: 全国食道がん登録調査報告. 第15号, 昭和62年症例. 食道疾患研究会, 東京, 1996
- 3) 片柳憲雄, 武藤輝一, 田中乙雄, 鈴木 力, 藍沢喜久雄, 西巻 正, 田中陽一, 武藤一朗, 武田信夫, 田中申介, 鈴木 茂, 田中典生, 藪崎 裕, 大森克利, 多田哲也, 鈴木 聡, 大日方一夫, 曾我 淳: 食道と他臓器の重複癌症例の検討. 日消外会誌 24: 968-976, 1991
- 4) 池内駿之, 島 伸吾, 岡本哲彦, 有森正樹: 食道癌切除再建術後における重複癌の発生とその治療, 食道, 胃重複例と食道, 口頸部重複例を中心として. 日消外会誌 28: 2077-2082, 1995
- 5) Warren S, Gates O: Multiple primary malignant tumors. A survey of the literature and a statistical study. Am J Cancer 16: 1358-1414, 1932
- 6) 食道疾患研究会編: 食道癌取り扱い規約. 改定第8版. 金原出版, 東京, 1992
- 7) 胃癌研究会編: 胃癌取り扱い規約. 改定第12版. 金原出版, 東京, 1993
- 8) 浜辺 豊, 黒田大介, 生田 肇, 加藤道男, 斉藤洋一: 食道胃同時性早期重複癌1例並びに食道胃同時性重複癌の検討. 日臨外医会誌 51: 302-307, 1990
- 9) 胃癌研究会, 三輪 潔編: 全国胃がん登録調査報告. 第47号, 昭和42・43年度症例の治療成績. 胃癌研究会, 東京, 1997
- 10) 大原正範, 山崎成夫, 石原邦洋, 安部達也, 田邊 康, 樋田泰浩, 草野真暢, 岡安健至, 細川正夫, 藤田昌宏: 同時性食道・胃早期重複癌の4例. 日臨外医会誌 56: 71-75, 1995
- 11) 酒井敬介, 関川敬義, 小河原忠彦, 野口明宏, 松本由朗: 食道・胃同時性早期重複癌の1例. 日消外会誌 25: 1268-1272, 1992
- 12) 松原敏樹, 中川 健, 堀 雅晴, 大橋一郎, 木下 巖, 高木国夫, 梶谷 銀, 加藤 洋: 食道胃同時性重複癌の外科治療. 消外 6: 1247-1253, 1983

食道胃重複癌の治療で特に問題となるのは再建方法である。教室では1994年以降の食道癌症例で結腸による再建を行った症例 (case3, 4, 5), 胃管で再建した場合でも緊張が強く血流に不安がある症例 (case6) では、吻合部の血流を維持するため挙上した腸管の静脈あるいは動静脈を頸部の血管と吻合し補助的血管再建を行っている<sup>14)</sup>。食道胃重複癌症例において血流の十分でない結腸を再建に用いる場合の補助的血管再建は有用な補助術式となると考えられ、今後症例を重ねたい。

## V 結 語

食道癌183例中に食道胃重複癌を17例経験し、これらに検討を加えた。本疾患は食道癌患者において決して稀ではなく、早期癌, 表在癌, 多発癌の頻度も高く, 診断治療, 経過観察にはこれらを十分念頭にいれなければならないことが再認識された。また手術をはじめとする治療時には両病変の進行度や手術侵襲, 患者の全身状態を十分に考慮してバランスのとれた術式をとるべきであると思われた。

食道胃重複癌症例に関する検討

- 13) 内田雄三, 友成一英, 村上信一, 葉玉哲生, 藤島宣彦, 藤富 豊, 柴田興彦, 調極 治, 茂木 亨, 猪野陸征, 橋口勝敏, 岡 嘉彦: 食道胃同時性重複癌に関する検討, とくに診断と外科治療上の問題点について. 日癌治療会誌 21: 1292-1301, 1986
- 14) 清水文彰, 杉山 敦, 池野龍雄, 石田公孝, 松下啓二, 有賀浩子, 池上俊彦, 川崎誠治: 微小血管吻合を追加した食道再建術の検討. 日臨外医会誌 57(増): 274, 1996

(9. 6. 11 受稿)