

# 食道表在癌の内視鏡診断 — 扁平上皮癌・Barrett 腺癌 —

郷田憲一

獨協医科大学内科学（消化器）講座 准教授

食道表在癌診断の目的は、内視鏡的に治療切除が可能な早期癌を発見することにある。食道癌には大きく2つの組織型があり（扁平上皮癌・腺癌）、それぞれの早期癌の通常および画像強調観察（非拡大）における特徴像を十分に理解し、効率的に拾い上げる必要がある。さらに拾い上げた早期癌に対しては、高精度の術前病期診断（範囲・深達度診断）を行い、内視鏡的に治療切除できる症例を的確に判定することが不可欠であり、そのためには拡大内視鏡診断を修得すべきである。現時点において、日本の食道表在癌の大多数は扁平上皮癌であるが、最近のGERD患者の増加に伴い、今後はBarrett食道・腺癌の増加が危惧されている。

本稿では2つの組織型の食道表在癌、とくに早期癌の内視鏡診断を中心に、通常から画像強調、拡大観察所見に至るまで網羅的に概説したい。

## 食道扁平上皮表在癌 (superficial esophageal squamous cell carcinoma : SESCC)

### 通常白色光内視鏡

食道扁平上皮表在癌 (SESCC) を拾い上げる際に重要な粘膜面の所見として、発赤、細血管網の乱れ・消失、わずかな凹凸、光沢の消失・白濁などがある (図1)。とくに重要なのは発赤所見とされ、9割は何らかの発赤所見を呈する<sup>1)</sup>。つまり1割ほどに白色調を呈するか白色部を伴う病変(白色部の多くは丈の低い隆起を示す)が

存在することを認識しておく必要がある。

しかし、SESCCで最も深達度の浅い病変 (EP/LPM) は、色調や凹凸など粘膜面の変化に乏しく、通常観察による発見は容易ではない。そこでヨード染色法を用いれば、深達度が浅くともすべての癌病変がヨード不染帯を呈するため、発見が容易となる。

### ヨード色素内視鏡 (lugol chromoendoscopy : LC)

ほぼすべてのSESCCはヨード不染帯を示すため、ヨード染色の感度は極めて高い。しかし、局所刺激性などの問題からスクリーニングには多用しがたい。よって、ハ



図1 食道表在癌の通常白色光内視鏡像

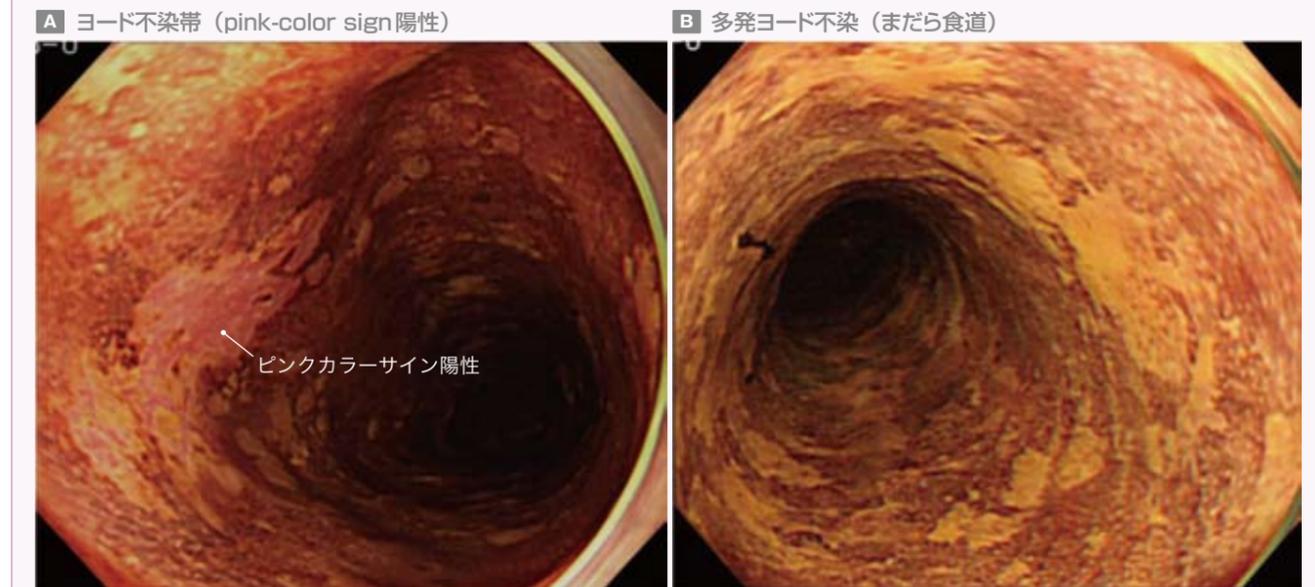


図2 ヨード色素内視鏡像

イリスク患者（高齢男性、過度の飲酒・喫煙、咽喉頭痛の既往、咽喉頭・食道メラノーマ、食道多発ヨード不染帯）に対しては追跡すべきである。

しかし、感度は極めて高いものの、特異度は高くないとされ、ヨード不染帯を示す非癌病変として食道炎、上皮内腫瘍 (intraepithelial neoplasia: IN)、異所性胃粘膜、Barrett粘膜・食道などがある。びらんを伴う食道炎の場合、不染を示すびらん部辺縁の再生上皮が濃染され、毛羽立ち様を呈することがヨード染色による鑑別点となる。一般的に上5mm以上、辺縁は不整でヨードに濃染

する縁取りがなく、pink-color sign (PCS) 陽性 (撒布2~3分後にヨード不染部が淡いピンク色に変化: 図2 A) であれば、SESCCである可能性の高いヨード不染帯とされている<sup>2)</sup>。後述する拡大NBIとLC-PCSとのRCTの結果、両者の扁平上皮表在癌に対する診断精度に有意差はなかった<sup>3)</sup>。ところが、まだら食道 (図2 B) においては拡大NBIの見逃し率はLC-PCSに比し有意に高く、Takahashiらも、まだら食道においてNBI拡大の診断精度が低下すると報告している<sup>4)</sup>。よって、まだら食道を有する患者に対しては、NBIだけでは不十分である