

食道がんについて

食道がんはどこにでもできる可能性がありますが、日本人の食道がんは約半数が食道の中央付近からでき、次に食道の下部に多くできます。食道がんは、食道の内面をおおっている粘膜の表面からできます。食道がんは食道内にいくつも同時にできることもあります。

がんが食道の壁の粘膜内にとどまるがんを早期食道がん、粘膜下層までしか及んでいないがんを表在食道がん、それより深い層まで及んでいるがんを進行食道がんと呼びます。

食道の粘膜から発生したがんは、大きくなると深層（外側）へと広がっていき、気管や大動脈などの周囲の臓器にまで直接広がっていきます。これを浸潤といいます。また、食道の壁内にあるリンパ管や血管にがんが侵入し、リンパ液や血液の流れに乗って、食道外にあるリンパ節や肺、肝臓などの他の臓器へとがんが移っていきます。これを転移といいます。

日本の食道がんの組織型は、扁平上皮がんというタイプが90%以上で、欧米に多いとされる腺がんというタイプは5%以下です。この2つ以外の組織型もまれにみられます。

食道がんでは重複がんの割合が約20%もあり、同時発生することもあるれば、別の時期に発生することもあります。食道がんの重複がんとしては、胃がん、頭頸部がん（咽頭がん、喉頭がんなど）などが多くできます。

症状は？

食道がんは、初期には自覚症状がないことがほとんどです。早期発見の機会としては、検診や人間ドックの際の、内視鏡検査や上部消化管造影検査（バリウム食道透視検査）があります。がんが進行するにつれて、飲食時の胸の違和感、飲食物がつかえる感

じ、体重減少、胸や背中での痛み、咳、声のかすれなどの症状が出ます。

胸や背中での痛み、咳、声のかすれなどの症状は、肺や心臓、のどなどの病気でもみられますが、肺や心臓やのどの検査だけでなく、食道も検査することが大切です。

検査は？

食道がんの検査では、まず、1) 食道がんを確定するための検査を行い、次に、治療方針を決めるために、2) 食道がんの進行度を診断する検査を行います。

食道がんを確定するための検査には、食道内視鏡検査と上部消化管造影検査（バリウム食道透視検査）の2種類があります。食道内視鏡検査は、上部消化管造影検査で見つけにくい無症状、あるいは初期の食道がんを発見することもできます。

食道がんの進行度を診断する検査には、食道がんの治療方針を決めるためには、がんの深さや周辺臓器への広がり、リンパ節や肺・肝臓などへの転移の有無を調べて、がんの進行度を診断する必要

があります。そのための検査として、1)の検査に加えて、CT 検査、MRI 検査、PET 検査、超音波検査、超音波内視鏡検査などを行います。

病気について

治療方法は、がんの進行の程度や体の状態などから検討します。がんの進行の程度は、「病期（ステージ）」として分類します。病期は、ローマ数字を使って表記することが一般的で、食道がんでは早期から進行につれて0期～IVa、IVb期まであります。

病期は、がんが食道壁のどの深さまで広がっているかを示すT因子、リンパ節転移の程度を示すN因子、別の臓器への転移の有無を示すM因子の組み合わせにより決まります。

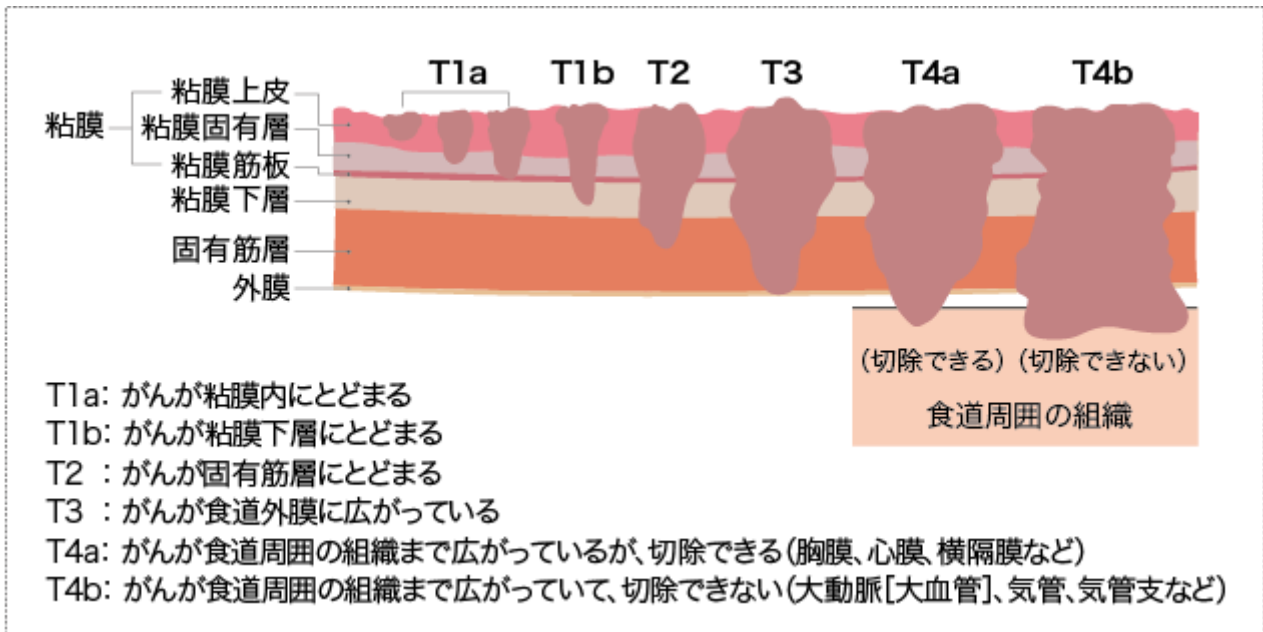
食道がんの T・N・M 各因子の分類 （日本食道学会による分類）

T因子 (がんの広がり) [図2参照]	T1a	がんが粘膜内にとどまる
	T1b	がんが粘膜下層にとどまる
	T2	がんが固有筋層にとどまる
	T3	がんが食道外膜に広がっている
	T4a	がんが食道周囲の組織まで広がっているが、切除できる (胸膜、心膜、横隔膜など)
	T4b	がんが食道周囲の組織まで広がっていて、切除できない (大動脈[大血管]、気管、気管支など)
N因子※ (リンパ節転移)	N0	リンパ節転移がない
	N1	第1群リンパ節のみに転移がある
	N2	第2群リンパ節まで転移がある
	N3	第3群リンパ節まで転移がある
	N4	第4群リンパ節まで転移がある
M因子 (遠隔転移)	M0	遠隔転移がない
	M1	遠隔転移がある

※ 食道の周りや近くのリンパ節を、がんのある場所別に、転移の頻度が高いものから低いものの順で、1群、2群、3群、4群と分類します。

日本食道学会編「臨床・病理 食道癌取り扱い規約（第11版）」（金原出版）より一部改変

食道がんの深達度



日本食道学会編「臨床・病理 食道癌取り扱い規約（第11版）」（金原出版）より一部改変

食道がんの病期（ステージ）分類 （日本食道学会による分類）

転移 壁深達度	N0	N1	N2	N3	N4	M1
T0、T1a	0	II	II	III	IVa	IVb
T1b	I	II	II	III	IVa	IVb
T2	II	II	III	III	IVa	IVb
T3	II	III	III	III	IVa	IVb
T4a	III	III	III	III	IVa	IVb
T4b	IVa	IVa	IVa	IVa	IVa	IVb

日本食道学会編「臨床・病理 食道癌取り扱い規約（第11版）」（金原出版）より一部改変

病期分類には、日本の分類（表2）と国際的な分類（UICCによる分類）の2種類があり、国際的な分類が使われることもあります。

治療は？

食道がんの治療には、大きく分けて内視鏡的切除、手術、放射線治療、薬物療法（化学療法）の4つがあります。それぞれの治療法の特長を生かしながら、単独または組み合わせた治療を行います。

治療法は主に病期で決まりますが、同じ病期でも、患者さんの希望やがん以外の病気、体の全体的な状態を考慮して治療を決めていきます。担当の先生とよく相談し、十分に納得した上で治療を受けましょう。

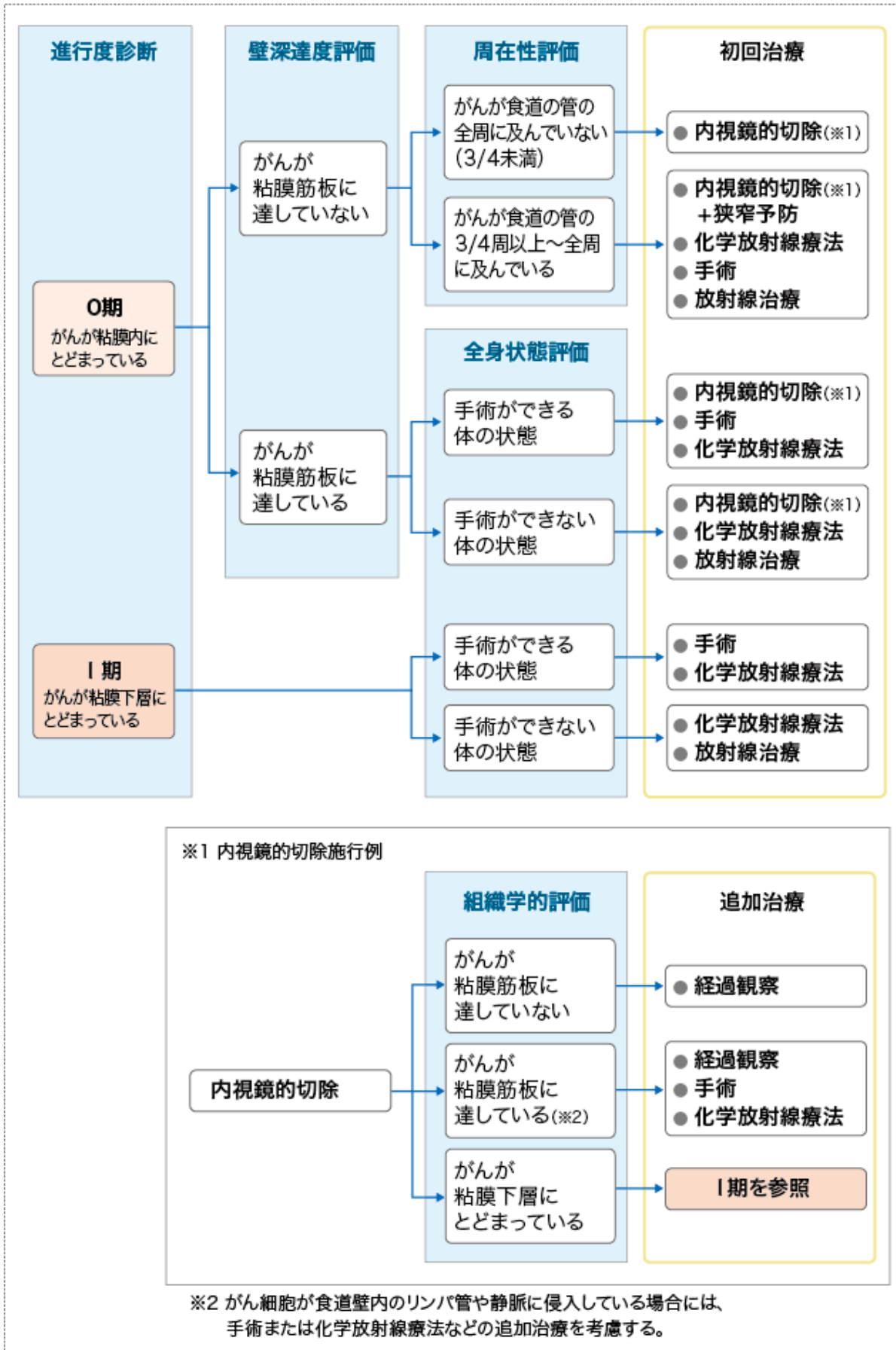
(1) 0期の治療

粘膜にとどまるがんでは、食道を温存できる内視鏡的切除術が標準治療として推奨されています。病変の範囲が広く、内視鏡的切除後に食道が細くなる（狭窄する）可能性が高い場合は、放射線治療や手術を行う場合があります。

(2) I期の治療

I期では、手術が標準治療として推奨されています。状況によって、手術と化学放射線療法（放射線治療と化学療法の併用療法）のいずれかを行います。化学放射線療法は手術と同じくらいの治療効果が得られるという報告があります。

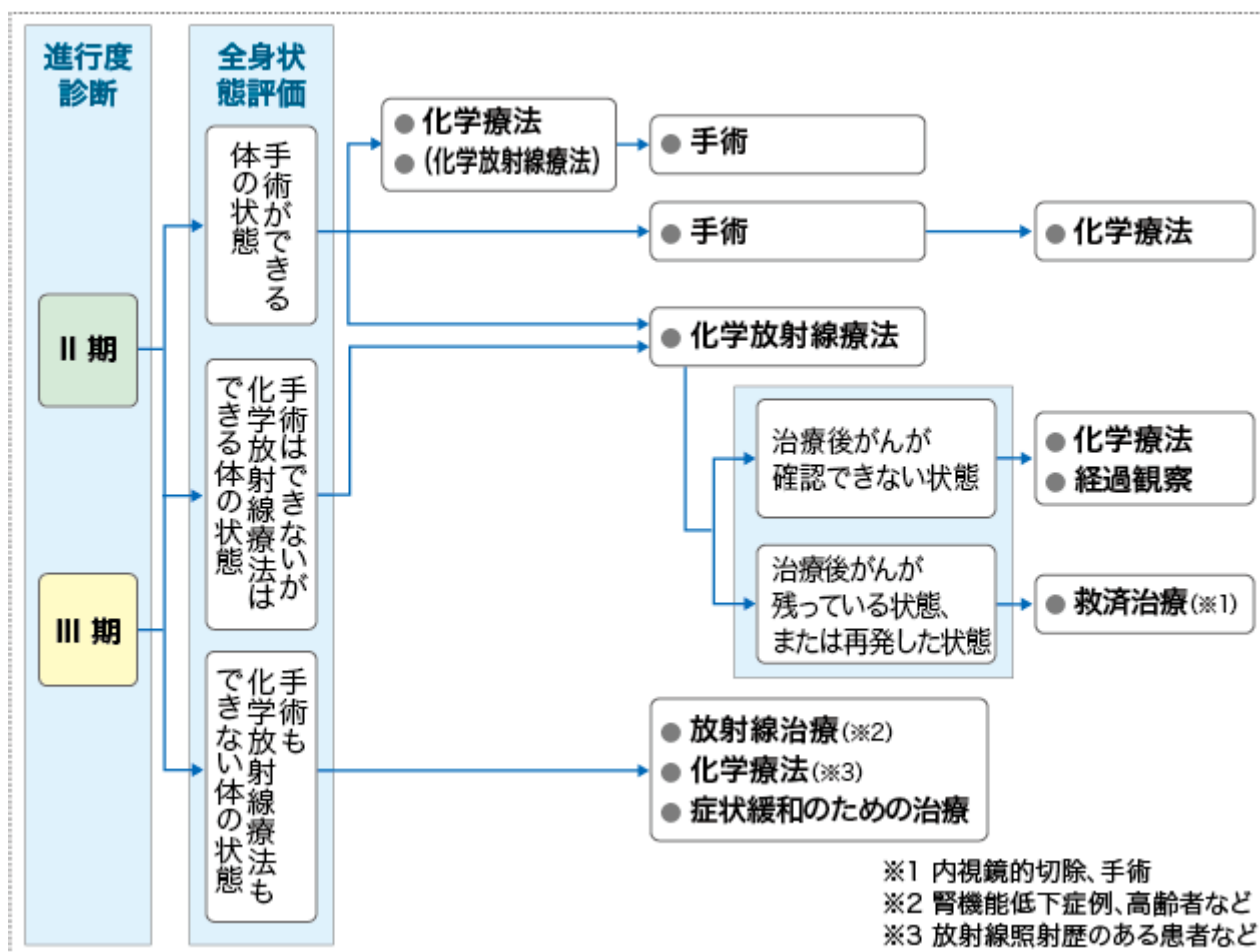
食道がんの治療の選択（0期・I期）



(3) II期・III期の治療

II期・III期の標準治療は、治療前に体の状態を調べて、手術ができる体の状態である場合には手術が第一選択です。その中でも、まず化学療法を行って手術をする方法が標準治療とされています。体力的に手術ができない体の状態であると判断された場合や、手術を希望しない場合には、化学放射線療法や放射線治療単独療法を行います。

食道がんの治療の選択 (II期・III期)



(4) IV期の治療

IVa 期では、化学放射線療法が標準治療として推奨されています。IVb 期では、化学療法が標準治療として推奨されています。がんによる痛みや狭窄などの症状がある場合は、これらを緩和する治療が重要になります。

食道がんの治療の選択 (IVa 期・IVb 期)

