

食道がんについて

① 食道がんとは

食道がんは食道粘膜から発生する悪性新生物のことであり、進行するとがんにより食道内腔が狭窄するために食べ物が通りにくくなったりします。また、反回神経（声を出す神経）周囲のリンパ節に転移を起こした場合、嚔声（声がかすれる）症状がでることもあります。他のがんと同様に何も治療をしないと、進行し他の臓器に転移を起してしまいます。

日本食道学会の全国調査（2008年）によると、性別では男女比が約6:1と男性に多く、年齢は60代、70代に好発し、全体の年代の約69%を占めています。発生部位は、胸部中部食道（食道の中心）が約50%と最も多く、次いで胸部下部食道（食道の下部）（約25%）、胸部上部食道（食道の上部）（約12%）、腹部食道（食道と胃の間）（約6%）、頸部食道（喉のすぐ下）（約5%）でした。組織型（細胞レベルの分類）は扁平上皮がんが約90%と圧倒的に多く、腺がんが約4%でした。

食道がんの患者さんで、食道がんが見つかると同時にあるいは1年以上の間をおいて他にもがんが見つかる可能性は約23%で、胃がん、咽頭がん、大腸がん、肺がんの順で多く、食道がん診療において注意が必要な問題です。

（「日本食道学会 食道がんについての基礎知識」より抜粋・改変）

② 食道がんの罹患率（診断される率）

日本において、食道がんと診断される率は、男性では緩やかに増加傾向で、女性では横ばいです。2015年の食道がんの人口10万人あたりの患者数は、男性が31.2人、女性が5.9人でした。（右表）

（地域がん全国推計値。出典：国立がんセンターがん対策情報センター）



③ 食道がんの死亡率

2018年の食道がん死亡者数は11,345人であり、全悪性新生物の死亡者数の3%にあたります。人口10万人あたりの死亡患者数は9.1人となり、男性では15.5人で、臓器別にみると肺、胃、大腸、肝臓、膵臓、前立腺に次いで7番目です。女性では3.1人で、臓器別に見ると10番目以降です。（右表）

（地域がん全国推計値。出典：国立がんセンターがん対策情報センター）



4) 食道がんのリスク

食道がんの危険因子は飲酒と喫煙です。わが国で90%以上と頻度の高い扁平上皮がんでは飲酒および喫煙が危険因子として重要で、その両者を併用することで危険性が増加することが知られています。また、食生活において、栄養状態の低下や果物や野菜を摂取しないことによるビタミンの欠乏も危険因子とされ、緑黄色野菜や果物は予防因子とされています。

（「日本癌治療学会 食道癌 診療・治療ガイドライン」より抜粋・改変）

① 食道がんの診断

がん一般に言えることですが、食道がんの確定診断は主に腫瘍から内視鏡などを用いて採取された組織の病理検査(顕微鏡検査)においてがん細胞が証明されることで診断されます。ただし、採取された組織の状態で、確定診断が難しい場合もあります。

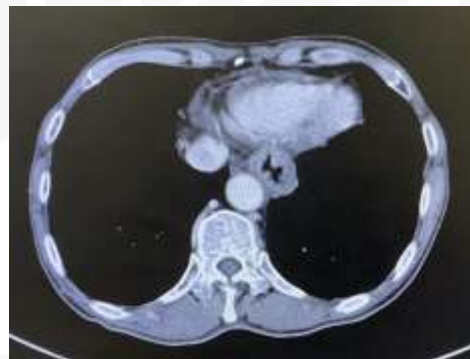
食道がんを診断・治療する上で様々な検査・精査が必要ですが、①診断のための検査、②治療をする上で必要な検査があります。

①診断のための検査

食道内視鏡検査・・・実際に腫瘍を目視し、組織を採取する。



CT・MRI・超音波検査・・・病変の広がり、リンパ節転移の有無、遠隔転移(肝転移・肺転移など)の有無の検索を行う。



②治療をする上で必要な検査

心臓超音波検査、心電図検査、呼吸機能検査、頸部・腹部超音波検査

下部消化管内視鏡検査、血液検査、尿検査、レントゲン検査(バリウム検査) など