

【解 答】

食道神経鞘腫

解説：

上部消化管内視鏡検査 (Figure 1) では、切歯から 29cm の胸部中部食道に、粘膜面は正常で、約 30mm 大の軽度隆起性の粘膜下腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査 (Figure 2) では境界明瞭な第 4 層由来の低エコー腫瘍として描出された。EUS-FNA (Figure 3) では紡錘形細胞 (spindle cells) の増殖を認め、S-100 蛋白陽性であり、食道神経鞘腫の診断となった。また、 α -SMA (-)、c-kit (-)、CD34 (-) であった。造影 CT 検査 (Figure 4) では食道壁に 30mm 大の辺縁平滑な腫瘤として描出され、周囲への浸潤や、リンパ節腫大は認めなかった。

診断は食道神経鞘腫であり、徐々に増大しており、外科的切除の方針とした。手術は胸腔鏡下食道腫瘍核出術を施行した (Figure 5)。右胸腔アプローチで行い、食道右壁に腫瘍を認めたため、胸膜を切開、食道筋層を縦切開し腫瘍に到達した。

迷走神経は温存した。粘膜穿孔に注意しながら粘膜面と腫瘍との間を丁寧に剥離し、腫瘍を核出した。内視鏡で観察し、粘膜に欠損がないことを確認し、筋層を縫合閉鎖し、胸膜も閉鎖して手術を終了した。手術時間は 2 時間 44 分、出血量は 4mL であった。術後経過は良好で、POD 13 に退院となり、現在外来で経過観察中である。

食道神経鞘腫は Schwann 細胞由来の腫瘍であり、非常にまれな良性腫瘍である。画像上、他の粘膜下腫瘍と鑑別することが難しく、組織学的診断が重要となる¹⁾²⁾。多くは無症状で、内視鏡や画像検査で偶然発見されることが多いが、腫瘍の増大によって嚥下障害や呼吸器症状をきたすこともある¹⁾²⁾。食道神経鞘腫の悪性化は極めてまれであるが、腫瘍サイズが 2cm を超える場合、嚥下障害などの症状をとまなう症例、腫瘍の増大が認められる場合は、手術適応となる³⁾。アプローチに関しては、鏡視下手術の良い適応であり、診断がつけば可能な限り低侵襲な核出術が望まれる。

本症例は経過観察も選択肢ではあったが、腫瘍は緩徐ながらも増大しており、さらに増大した場合に核出術が困難となり、食道切除が必要となる可能性も高いと考えられたため、患者との相談の

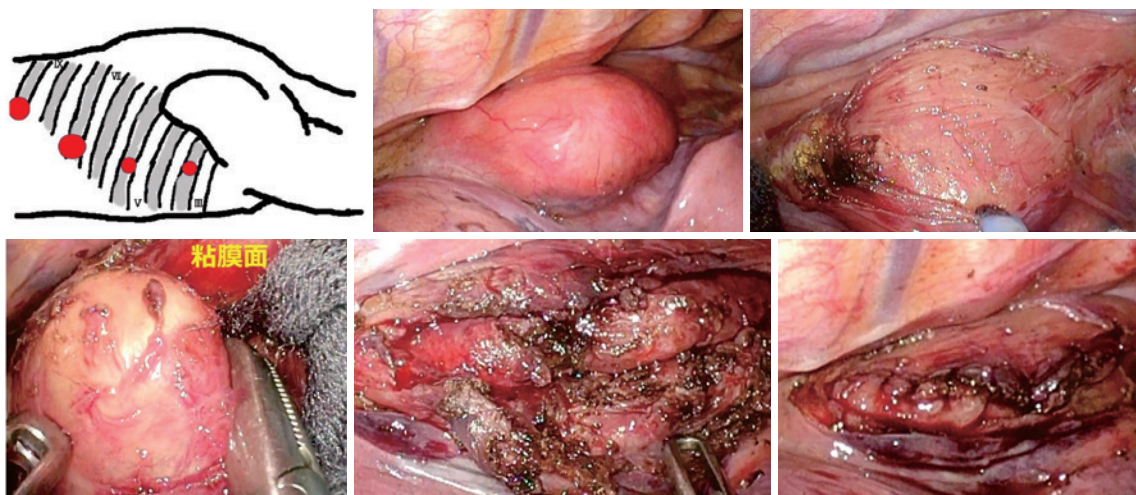


Figure 5. 術中所見。左上：右胸腔アプローチ，4 port で施行。中上：食道右壁に腫瘍を認めた。右上：胸膜を切開し、筋層をスプリット。左下：粘膜穿孔しないように、粘膜面と腫瘍との剥離。中下：腫瘍核出。右下：筋層縫合閉鎖，胸膜も閉鎖。

上、外科的切除の方針となった。核出術では、腫瘍と粘膜層との間の正確な剥離が重要で、可能な限り構造物（胸膜、筋層、迷走神経）は温存する。胸腔鏡手術をはじめとする低侵襲手術が普及し、これら核出術の適応や安全性は向上している。今後はさらなる症例の蓄積により、食道神経鞘腫に対する治療方針の標準化が進むことが期待される。

本論文内容に関連する著者の利益相反

：なし

文 献

- 1) Moro K, Nagahashi M, Hirashima K, et al: Benign esophageal schwannoma: a brief overview and our experience with this rare tumor. Surg Case Rep 3;97:2017
- 2) 安田 洋, 海江田衛, 菰方輝夫: 食道亜全摘術を施行した胸部食道神経鞘腫の1例. 日本臨床外科学会雑誌 78:687-692:2017
- 3) 石田敦久, 正木久男, 田淵 篤, 他: 食道神経鞘腫の1例. 日本臨床外科医学会雑誌 58:2033-2037:1997

（論文受領, 2025年11月13日）
（受理, 2025年11月14日）