

症 例

胃の Reactive Lymphoid Hyperplasia 3 例の 臨床病理学的検討

大阪医科大学一般・消化器外科

桜本 邦男 岡島 邦雄 北出 文男
岡田 勝彦 安田 正幸 革島 康雄
山田 真一

同 第1病理

黒川 彰夫 常田 実
高知医科大学第1外科
荒木 京二郎

CLINICOPATHOLOGICAL STUDY ON THREE CASES OF REACTIVE LYMPHOID HYPERPLASIA OF STOMACH

Kunio SAKURAMOTO, Kunio OKAJIMA, Fumio KITADE, Katsuhiko OKADA,
Masayuki YASUDA, Yasuo KAWASHIMA and Shinichi YAMADA

Department of Surgery, Osaka Medical College

Akio KUROKAWA and Minoru TSUNEDA

First Department of Pathology, Osaka Medical College

Keiji ARAKI

First Department of Surgery, Kochi Medical School

索引用語：胃の Reactive Lymphoid Hyperplasia

はじめに

reactive lymphoid hyperplasia (RLH と略す) は
良性のリンパ系細胞の増生を主座とする疾患である。
最近われわれは、胃の RLH を 3 例経験したので、X
線、内視鏡、切除胃肉眼所見および病理組織所見を中
心に検討し、若干の知見を得たので報告する。

症 例

症例 1 : 53 歳, 女性

主訴 : 心窩部痛

既往歴 : 25 歳, リュウマチ熱

家族歴 : 父, 祖父, 祖母, 胃癌

現病歴 : 3 年前より嘔吐, 下痢を時折り認めるも放
置していた。2 年前に空腹時に心窩部痛を認め, 近医
にて胃 X 線検査を受け十二指腸潰瘍と診断された。通
院加療するも症状軽快せず, 1 カ月前に本学放射線科

にて胃 X 線, 胃内視鏡検査を施行し, II c 類似進行癌
と診断され, 当科に紹介された。

胃 X 線所見 : 胃角は開大し, 胃角より幽門前庭部ま
で不整形, 連続性の比較的淡い Ba 斑がみられ, II c 類
似進行癌が疑われた。

胃内視鏡所見 : 胃角より幽門前庭部に広範な多発性
びらんと粘膜ひだ集中が認められ, II c 類似進行癌が
疑われた。幽門前庭部びらん面の生検では悪性細胞は
認められず, peptic ulcer と診断された。

胃切除標本(図 1) : 胃角より幽門前庭部に広範な II
c 様病変が認められる。ただし, びらん面は凹凸不整で
辺縁は II c に比べ不明瞭で, 粘膜ひだは内側に凸の中
断像を呈する。

病理組織所見(図 2) : U1 II~III の潰瘍とその周辺
には筋層に及ぶ高度のリンパ球浸潤とリンパ濾胞形成

図1 症例1の胃切除標本

胃角より幽門前庭部に広範なIIc様病変があり、びらん面は凹凸不整で、粘膜ひだは内側に凸の中断像を呈する。

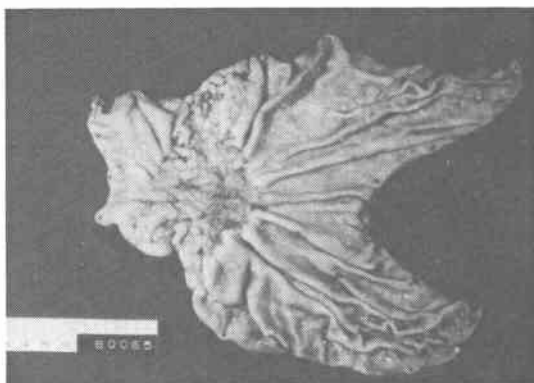


図2 症例1の潰瘍辺縁の病理組織像

粘膜下層に明瞭なリンパ濾胞形成を伴う高度のリンパ球浸潤が認められる。



図3 症例2の胃切除標本

胃角小弯と胃体中部後壁(矢印)に不整形びらんと周辺粘膜ひだの肥厚像が認められる。

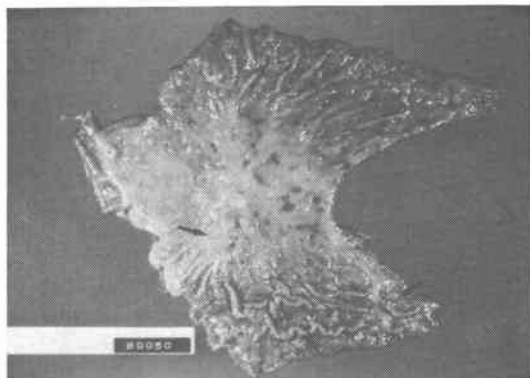
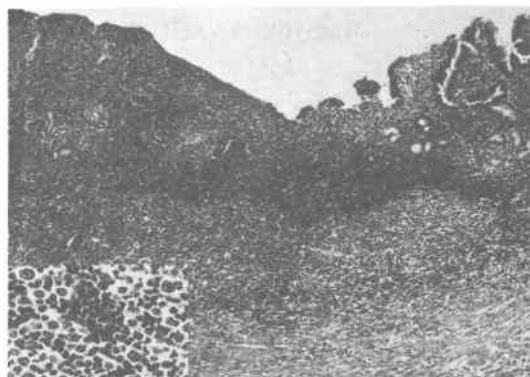


図4 症例2の病理組織像

びらんと粘膜、粘膜下層に高度のリンパ球浸潤と大きく明瞭な胚中心が認められる。左下(強拡大):著しくリンパ芽球の増生している部分。



が認められる。

症例2: 29歳, 女性

主訴: 心窩部痛

既往歴, 家族歴: 特記すべきことなし

現病歴: 6カ月前より空腹時に心窩部痛を認め, 近医にて胃内視鏡検査を受け, RLH疑いと診断され, 手術目的にて当科に紹介された。

胃X線所見: 胃体下部前, 後壁および胃角小弯に浅いBa斑の付着する多発性陥凹性病変と周辺粘膜ひだの結節肥大像が認められ, RLHが疑われた。

胃内視鏡所見: 胃体中部後壁, 胃角小弯に多彩な浅い陥凹性病変と周辺粘膜ひだの浮腫状隆起が認められ, RLHあるいは悪性リンパ腫が疑われた。また, 同時に施行した生検では悪性細胞は認められず, 間質に

軽度の atypia のあるリンパ球浸潤が認められた。

胃切除標本(図3): 胃角小弯後壁に周辺粘膜の結節状隆起を伴う不整形びらんと胃体中部後壁に辺縁不明瞭な浅いびらんと脳回転様の粘膜ひだ肥厚が認められる。

病理組織所見(図4): びらんと固有胃腺の萎縮と粘膜層, 粘膜下層に極めて高度のリンパ球浸潤が認められ, 明瞭な胚中心を有するリンパ濾胞の増生を伴ない, しかもリンパ芽球の著しい増生を伴った巨大な胚中心が散見されるため, giant follicular lymphoma と鑑別し難く, いわゆる“良性リンパ腫”と思われる所見であった。

症例3: 58歳, 女性

主訴：心窩部圧迫感

既往歴，家族歴：特記すべきことなし

現病歴：1年前より心窩部圧迫感を認めるも放置していた。6カ月前より心窩部圧迫感，1カ月前より上腹部膨満感が増強し，近医にて胃X線，胃内視鏡検査を受け，噴門癌と診断され当科に紹介された。

胃X線所見：噴門部小弯に比較的低い隆起性病変と表面に浅い陥凹が認められ，Borrmann I型癌が疑われた。

胃内視鏡所見（図5）：噴門部小弯に約3cm大の隆起性病変と隆起表面にびらんと浅い潰瘍性病変が認められ，Borrmann I型癌と診断した。生検（図7）では不完全な小腺管の増生が認められ tub₂が強く疑われた。

胃切除標本（図6）：噴門部小弯に2.8×1.7cmの平皿状潰瘍が認められ，術前観察した隆起性病変は完全に消失し，術前の内視鏡所見と異なる外観を呈していた。なお，本症例には術前に抗癌剤UFT（総量8.4g）

図5 症例3の胃内視鏡像

上段：食道側よりの見おろし像で噴門部小弯に隆起性病変が認められる。

下段：胃側よりの反転像で隆起性病変の表面にびらん形成が認められる。

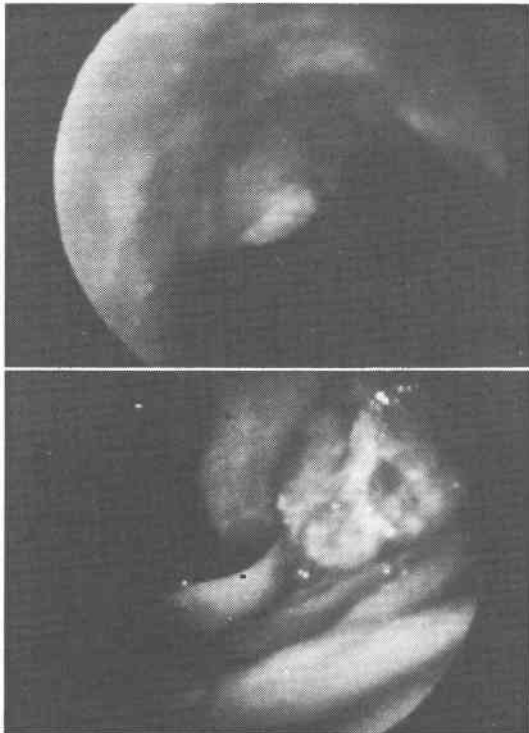


図6 症例3の胃切除標本

内視鏡で認められた噴門部小弯の隆起性病変は消失し，同部に平皿状潰瘍（2.8×1.7cm）が認められ，潰瘍底はメチレンブルーに染色されている。

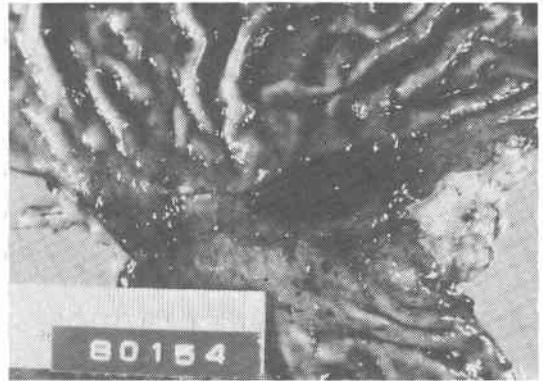
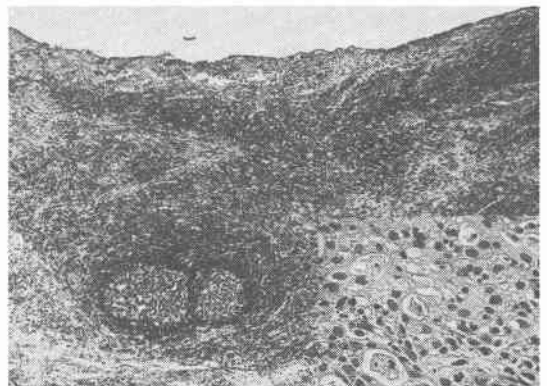


図7 症例3の病理組織像

潰瘍底にリンパ濾胞形成を伴う高度のリンパ球浸潤が認められる。右下（強拡大）：術前の内視鏡生検で，不完全な小腺管の増生が認められる。



が投与されていた。

病理組織所見（図7）：UI IIの潰瘍と主として潰瘍底，粘膜下層に高度のリンパ球浸潤及びリンパ濾胞形成が認められる。

考 察

Konjetzny¹⁾ (1928), Schindler²⁾ (1937) はリンパ細胞の腫瘍性増生を慢性胃炎の1型として報告している。Smith and Helwig³⁾ (1958) は悪性リンパ腫の中の予後良好な症例に組織学的に良性の症例が含まれ，これらを reactive lymphoid hyperplasia とした。本邦では中村ら⁴⁾ (1966) が，リンパ球及び細網内皮系を含めた広義の reactive lymphoreticular hyperplasia と報告し，その肉眼的形態よりびまん・扁平型，

限局・肥厚型の2型に分類した。しかし、最近では悪性リンパ腫の構成細胞に関する考え方の変遷により、lymphoreticular systemの呼称にも問題が生じてきたため、reactive lymphoid hyperplasiaと呼ぶべきという諸家の意見もあり、われわれもこれに従い今回 reactive lymphoid hyperplasia (RLH) とした。

谷口⁹⁾の最近の集計では、RLHは本邦で約320例を数え、そのうち性、年齢が明記された237例では、男139例(59%)、女98例(41%)で、40~69歳に76%の症例が含まれていたと報告している。われわれの症例では3例とも女性であり、50歳代2例、20歳代1例であった。

症状は心窩部痛、嘔気、嘔吐、腹部膨満感が多く、消化性潰瘍の症状とほぼ一致する。

胃X線診断では通常胃潰瘍、II c胃癌、悪性リンパ腫などと診断されることが多く、RLHの術前診断は極めて困難である。青山⁶⁾はX線所見の特徴として、多彩なびらん、潰瘍や辺縁の不連続なII c様陥凹と粘膜ひだの棍棒状肥大あるいは粘膜ひだの膨隆と giant rugae 様肥大を挙げている。

内視鏡的には、吉井⁷⁾らはびまん・扁平型のRLH 3例の検討にて、広範II c様病変で陥凹部の発赤とびらん、潰瘍の多発を認めた。またII cあるいはII c+IIIとの鑑別には、陥凹部辺縁の粘膜ひだが内側に凸状の良性の中断像を呈し、陥凹部の境界が不明瞭で、非連続である点を指摘している。谷口⁹⁾は、限局・肥厚型は胃体部、穹窿部に多く、脳回転様のひだや肥大した集中ひだを示し、その表面にびらん、色変り、不ぞろいな結節状、敷石状所見があり、びまん・扁平型では腺境界領域、前庭部に好発し、多発する潰瘍性病変が特徴的であると述べている。川口⁸⁾は独自のX線、内視鏡分類を5型に分け報告している。すなわち、I 多発潰瘍びらん型、II 陥凹型早期癌類似型、III 平皿状潰瘍型、IV 粘膜下腫瘤型、V 肥厚離裂型の5型で、I、II、V型は悪性リンパ腫との鑑別が困難であり、頻回の生検によるfollow upあるいは手術適応があると報告している。また生検の際、数カ所から採取した材料で粘膜筋板が認められる深さで、いずれの場所においても同様のリンパ組織の著明な増殖を認めることが必要であると述べている。われわれの症例1、症例2は生検にてpeptic ulcerと診断され、症例3は不完全な小腺管の増生によりtubular adenocarcinoma (tub₂)が疑われた。

切除標本の病理組織学的検討では、限局・肥厚型で

は胚中心を持ち境界明瞭で、粘膜、粘膜下組織にリンパ濾胞形成が著明であり、びまん・扁平型ではII c様病変で、リンパ球のびまん性浸潤が著明で、リンパ濾胞の形成が乏しいことが多い。症例1はII c様病変で、びまん・扁平型に属し、UI II~IIIの潰瘍と筋層に及ぶリンパ球浸潤と小さなリンパ濾胞形成を認めた。症例2は限局・肥厚型で軽度のatypiaを示すリンパ芽球が著しく増生した巨大な胚中心が散見され、一部ではその胚中心の境界が不明瞭になりB-cell lymphomaであるfollicular lymphomaと酷似した像を示していた。すなわち大部分はneoplasticな性格を持たないRLHであるが、一部にこのようなlymphomaとしての性格を示していることはRLHがneoplasmaに移行し得ることを示唆する極めて貴重な所見であると思われる。症例3は術前Borrmann I型癌と診断され、制癌剤UFT¹⁰⁾が投与され、切除標本では術前みられた隆起性病変は消失し、平皿状潰瘍に変化していた症例である。本症例は隆起型のRLHではなく、もともと癌の存在に対する反応として癌病巣を取り巻き高度のリンパ球浸潤があったものと考えられ、制癌剤により癌が変性脱落し、手術時には潰瘍底のRLHの像だけが残存したものと思われた。すなわち、質的には癌に随伴するlymphoid reactionの像であり、このようなRLHの存在は極めて興味ある所見である。しかしながらRLHの特徴とされるリンパ濾胞の増生が比較的軽度で、本症例をRLHと断定するのはなお疑問が残る。

次いで、RLHの手術適応について考えると、勝又¹¹⁾は隆起性変化(増殖傾向)の強い症例にはすみやかな手術適応があると述べている。また、われわれの症例1のごとき多発びらんを伴う難治性病変や、症例2のごときneoplasticな性格を有する病変にも手術適応があると考え、非手術例には頻回の内視鏡生検による注意深いfollow upが必要と考える。

まとめ

最近経験した胃のRLH 3例について臨床病理学的に検討した。

1) 術前胃癌と鑑別困難であった胃のRLH 3例を経験した。

2) 症例1では、II c胃癌に比べ陥凹部は凹凸不整で境界は不明瞭、不連続で、粘膜ひだは内側に凸状の良性中断像を呈した。

3) 症例2では、多彩な潰瘍性病変、粘膜ひだの膨隆、肥大より術前RLHを疑い、組織学的にはgiant fol-

licular lymphoma の像を呈した。

4) 症例3では、術前噴門癌(Borrmann I)を疑い制癌剤(UFT)を投与したが、切除標本では隆起性病変は消失し、平皿状潰瘍型の病像を呈し、組織学的にも癌を認めなかった。

5) 難治性の多発びらん、潰瘍性病変を伴うRLH及びneoplasticな性格を有するRLHには手術適応があり、非手術例には頻回の内視鏡生検によるfollow upが必要と考える。

本論文の要旨は第18回日本消化器外科学会総会(広島、1981年7月)で発表した。

文 献

- 1) Konjetzny, G.E.: Entzündungen des Magens. In Henke-Lubarsch. Handbuch spez. path. Anatomie und Histologie. IV/2, Berlin, Springer-Verlag, 1928
- 2) Schindler, R.: Gastroendoscopy. The Endoscopic Study of Gastric Pathology. 2nd ed., Hofner Publishing Co., New York, 1966
- 3) Smith, J.L. and Helwig, E.B.: Malignant lymphoma of stomach: its diagnosis, distinction to biologic behavior (Abstr.) Amer J Path

34: 553, 1958

- 4) 中村恭一, 青木幹雄, 菅野晴夫ほか: 胃の Reactive lymphoreticular hyperplasia 6例の手術材料とその考察. 癌の臨 12: 691-696, 1966
- 5) 谷口春生: 胃の reactive lymphoreticular hyperplasia の病理. 胃と腸 16: 127-135, 1981
- 6) 青山大三: Reactive lymphoreticular hyperplasia of the stomach について. 胃と腸 2: 1283-1291, 1967
- 7) 吉田由利, 小林世美, 春日井達造: 胃良性リンパ腫の内視鏡診断. 胃と腸 16: 145-151, 1981
- 8) 川口新平, 中沢三郎, 芳野純治ほか: 胃良性リンパ腫の臨床診断. 胃と腸 16: 137-144, 1981
- 9) 田口鉄男, 中野陽典, 軸屋紘蔵ほか: Uracil と FT-207 の併用経口投与(UFT療法)による抗腫瘍効果の増強について(その1). 癌と化療 5: 1161-1163, 1978
- 10) 中野陽典, 田口鉄男, 酒井克治ほか: 共同研究によるUFTのPhase II Study. 癌と化療 7: 1569-1578, 1980
- 11) 勝又伴栄, 岡部治称, 三井久三ほか: 胃 Reactive lymphoid hyperplasia の臨床的, 病理学的研究. 日消病会誌 76: 1407-1415, 1979