

## 胃絨毛上皮腫の1例

東京医科歯科大学第2外科 (主任: 三島好雄教授), 病理\*

嘉和知靖之 青柳 和彦 飯塚 益生  
木村 信良 北條 郁生 斉藤 克浩  
西村 久嗣 上原孝一郎 田中 道雄\*  
江石 義信\*

### A CASE OF CHORIONEPITHELIOMA OF THE STOMACH

Yasuyuki KAWACHI, Kazuhiko AOYAGI, Masuo IIZUKA, Nobuyoshi KIMURA,  
Ikuro HOJO, Katsuhiko SAITO, Hisatsugu NISHIMURA, Koichiro UEHARA,  
Michio TANAKA\* and Yoshinobu EISHI\*

Second Department of Surgery and Department of Pathology\*, Tokyo Medical and Dental University

索引用語: 胃絨毛上皮腫, 絨毛上皮腫

#### I 諸 言

絨毛上皮腫 choriocarcinoma の過半数は胎状奇胎娩出後に, 子宮体部の絨毛上皮から発生する。性器外に原発する絨毛上皮腫はまれであり, なかでも胃原発の絨毛上皮腫は極めてまれで, 論文報告例は内外を通じて今日まで36例に過ぎない<sup>1)</sup>。われわれは1症例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。

#### II 症 例

患者: 68歳, 男性, 会社役員。  
主訴: 食欲不振および心窩部痛。  
家族歴: 特記事項なし。  
既往歴: : 特記事項なし。

現病歴: 昭和56年6月初旬より食欲不振と心窩部鈍痛があり, 下旬より疼痛が増強し体重も減少したので, 本学第1内科を受診した。胃癌の診断で手術を目的として7月10日, 当科へ転科した。

現症: 身長150.4cm, 体重41Kg, 眼瞼結膜に貧血, 眼球結膜に黄疸なく, 表在リンパ節は触知しなかった。圧痛を伴う女性化乳房が両側に認められた。胸部には理学的に異常所見はなかった。腹壁静脈怒張なく, 上腹部はやや膨隆していた。肺肝境界は第6肋間, 右中鎖骨線上で2横指, 心窩部左に3横指幅の弾性硬の肝腫を触知した。脾・腎は触知しなかった。腹水は認めず, 直腸指診上も異常はなかった。睾丸には触診上異常を認めなかった。

検査所見: Hb 10.7g/dl, RBC  $427 \times 10^4 / \text{mm}^3$ , WBC  $8,200 / \text{mm}^3$ , Ht 33.4%, 血小板  $43 \times 10^4 / \text{mm}^3$  で軽度の低色素性貧血であった。血液生化学検査では, 総蛋白6.4g/dl, アルブミン2.8g/dl, GOT 27U, GPT 19U,  $\gamma$ -GTP 87U, Al-p 270U, LDH 1155U, 総ビリルビン0.4mg/dl, BUN 17mg/dl, クレアチニン1.2mg/dl, と低アルブミン血症と, LDHの高度上昇を示した。CEAはZ-Gel法で7.18ng/mlと高値を示した。尿には異常なく, 尿で潜血反応陽性であった。手術後の検査であるが, 尿中絨毛性ゴナドトロピン (human chorionic gonadotropin, HCG) は518.000IU/ml, 血清HCGは5,010IU/mlと極めて高値を示した。

胸部X線像では右下肺野に拇指頭大の円形陰影が1コあり, 肺転移が疑われた。胃X線所見では胃体部小弯側に径約6cmの陰影欠損があり, その中央やや後壁よりに潰瘍形成を伴う径2.5cm境界明瞭な隆起性病変を認めた(図1)。胃内視鏡所見では角上部後壁小弯寄りにBorrmann 2型病変があり, 中央に別個の小さなBorrmann 2型様腫瘤が存在した。外側の周堤よりの生検で中等度分化型管状腺癌であった。

選択的血管造影法(図2)および超音波断層法では, 肝の両葉に血管に富む径4~6cm程の大小多数の腫瘤陰影がみられ, 転移と考えられた。

手術所見: 7月27日手術を施行した。上腹部正中切開で開腹すると腹水を少量認めたが, 腹膜播種はなく,

図1 胃 X 線像

胃体部小弯側に経約 6 cm の陰影欠損があり、その中央に潰瘍を伴う別の小隆起性病変が認められる。

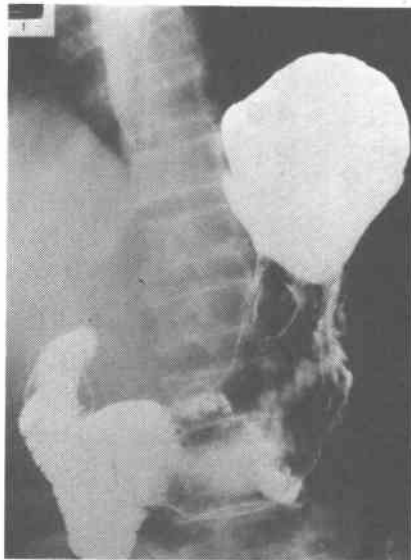


図2 選択的血管造影所見

肝の両葉に大小多数の腫瘍陰影が認められる。

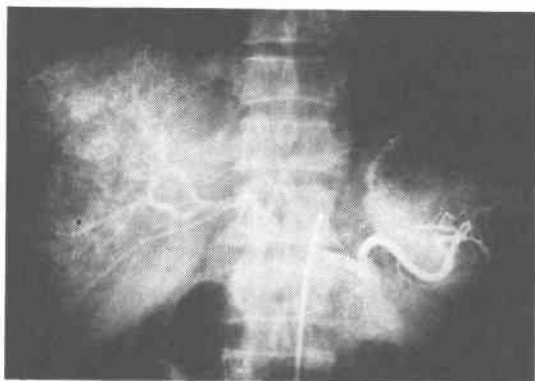
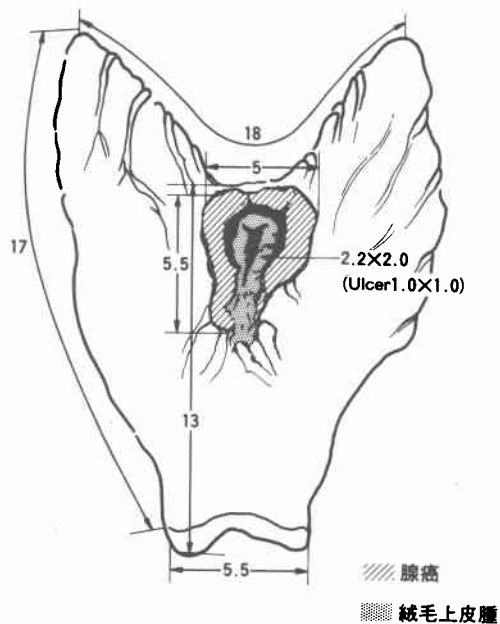


図3 切除胃標本のシューマ

胃体部小弯に5.5×5cmの Borrmann 2型腫瘍があり、その中心部に径約 2 cm の黄白色、壊死状の腫瘍がある。



ダグラス窩にも異常はなかった。肝の両葉には多数の転移性腫瘍を認めた。原発巣は胃角部から体部にかけて、小弯を中心とする3×5 cmの腫瘍であった。No 7, 8, 9, 13にリンパ節転移を触れた、根治手術は不能と考えられたので、主病変を除去する目的で胃切除術(B-II法)を行い、リンパ節郭清は行わなかった。すなわち胃癌取扱い規約によるMC, Borrmann 2型, S<sub>1</sub>N<sub>3</sub>P<sub>0</sub>H<sub>3</sub>stage IV, であった。

切除標本の肉眼的所見(図3): 胃体部小弯に5.5×5 cmの Borrmann 2型腫瘍があり、潰瘍中心部に径約 2 cmの表面黄白色、壊死状の腫瘍があり、その中心

は潰瘍を形成していた。腫瘍の口側端から切除胃口側端までは1 cm弱でOW(+)と考えられた。

病理組織所見: 腫瘍は腺癌と絨毛上皮腫とからなっ

ていた。外側の大きな腫瘍は高分化型管状腺癌であった(図4)。中心部の径約2 cmの腫瘍は絨毛上皮腫で、随所に壊死層や出血層が見られた。大部分は栄養体細胞が占め、胞体が大きく淡明で、明瞭な核膜と核小体を有しクロマチンの淡い栄養体細胞と、胞体が好酸性で細長く、クロマチンに富んだ核を持つ合胞体細胞が主であった。細胞分裂は400倍視野で3~4個見られ、Langhans型巨細胞も存在した(図5)。

腺癌と絨毛上皮腫との境界は大部分が明瞭である

が、一部に明瞭な境界を欠き、両者の組織が混在する部位があった(図6)。

漿膜下層では絨毛上皮腫の静脈侵襲が著明で、所属リンパ節は腺癌の転移が主であった(図7)。

酵素抗体法による染色<sup>2)</sup>では、絨毛上皮腫には濃褐色を呈するHCG陽性のsyncytium細胞が多数認められた。しかし小数ながら腺癌細胞にもHCG陽性の細胞が認められた(図8)。

術後経過：術後10日目より5-FU 500mg/日投与を

図4 腺癌の顕微鏡所見(HE, 左, ×52, 右, ×130) 高分化型管状腺癌である。

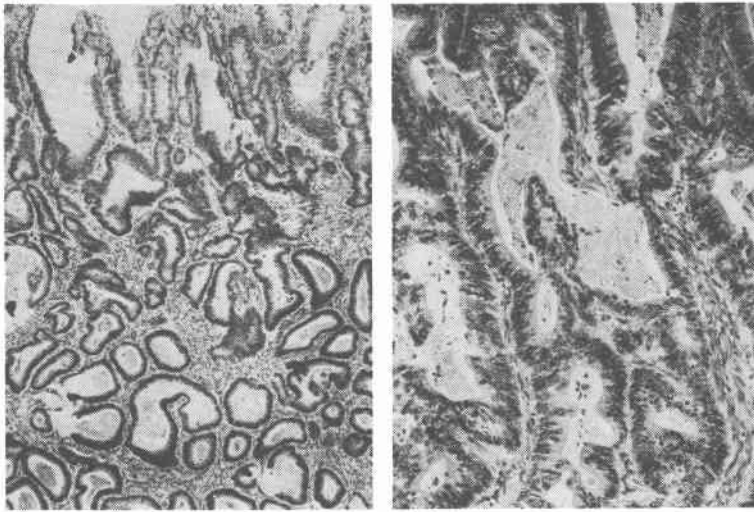


図5 絨毛上皮腫の顕微鏡所見(HE, 左, ×25, 右, ×210)

随所に壊死層や出血層がみられる(弱拡大)。核膜、核小体の明瞭な栄養体細胞と、クロマチンに富んだ核をもつ合胞体細胞が主である。巨細胞も多数認められる。

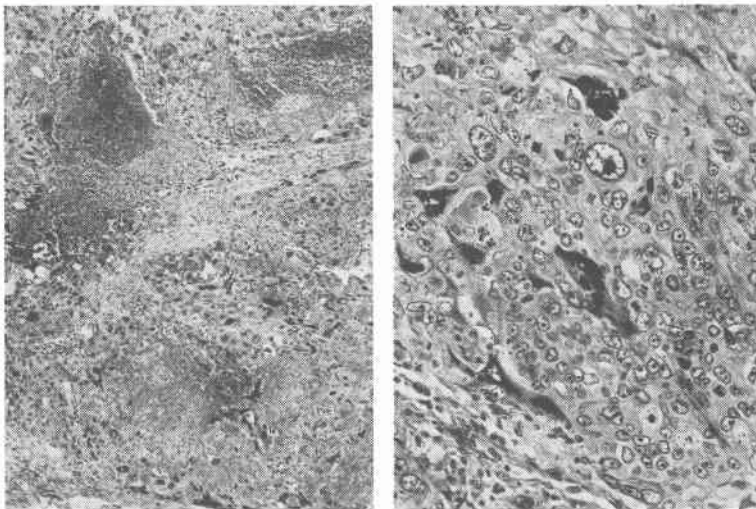


図6 腺癌と絨毛上皮腫の境界 (HE, ×52)

上は境界が明瞭であるが、下は不明瞭で両組織が混在している。

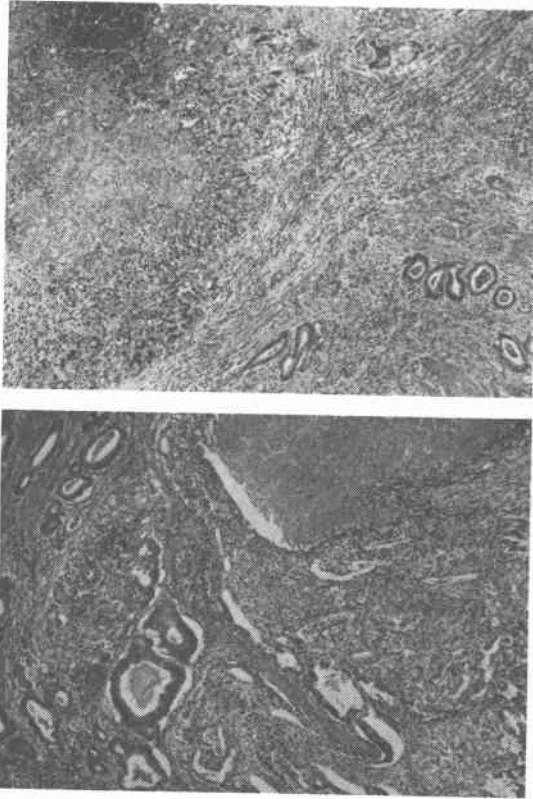
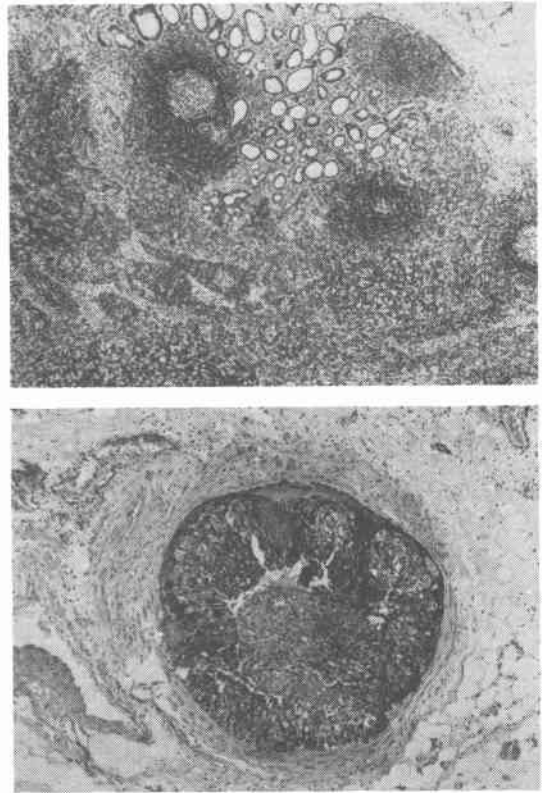


図7 腺癌と絨毛上皮腫の転移 (HE, ×52)

上は所属リンパ節における腺癌の転移、下は胃漿膜下静脈内の絨毛上皮腫塞栓。



開始したが、強い食欲不振のため5日間のみで中止した。術後約3カ月で死亡した。剖検は行われなかった。

### III 考 察

胃原発の絨毛上皮腫の最初の報告は Davidsohn (1905) の44歳男子例である<sup>3)</sup>。以来1982年4月までに胃絨毛上皮腫の論文報告例は内外を通じて36例<sup>1)</sup>、本例を加えて37例のみである。うち本邦報告例は13例である。

男女比は24:13=1.8:1で男子に多く、本邦例のみでは10:3である。年齢は23歳から82歳まで、40歳代に最も多く、平均55歳である。胃絨毛上皮腫の原発巣は幽門前庭部が52%と過半数を占め、本例のように体部のものは38%である。

原発巣の病理組織は、腺癌と絨毛上皮腫の併存が55.5%、絨毛上皮腫のみが22.2%、腺癌のみが22.2%で、腺癌と絨毛上皮腫の併存例が過半数を占める。両者を合わせて77.8%は原発巣に絨毛上皮腫が確認されている。われわれの症例も絨毛上皮腫と腺癌の併存例で

あった。原発巣が腺癌のみで、肝などの転移巣に絨毛上皮腫を認めた8例は、胃原発の絨毛上皮腫と診断することは難しい(表1)。

絨毛上皮腫は血管壁を破壊し、血管内に侵入して速やかに遠隔転移をおこす。転移部位としては肝(100%)リンパ節(87.5%)、肺(72.0%)が多く、結腸がこれに次ぎ、副腎、脾、心筋などの一般的には転移のまれな臓器にもみられる。転移部位の腫瘍組織は臓器によって著明な相違がある。肝転移にはすべてに絨毛上皮腫がみとめられ腺癌のみの転移は全くない。肺転移には腺癌のみの転移が5.6%にみられるが、ほとんどは絨毛上皮腫が優位である。これに対してリンパ節では腺癌の転移率が前2者に比べて大きい。われわれの症例でもリンパ節転移は腺癌が優位であり、他方、血管内浸潤は絨毛上皮腫がはるかに優位であった。肝転移の組織学的検査は行われていないが、絨毛上皮腫の比率が大きいと考えられた。

胃原発性絨毛上皮腫の診断には、組織学的に胃に絨

図8 酵素抗体法による HCB 染色 (×66)  
絨毛上皮腫(上)には HCG 陽性の合体細胞が濃染しているが、腺癌細胞(下)にも HCG 陽性細胞が少数認められる。

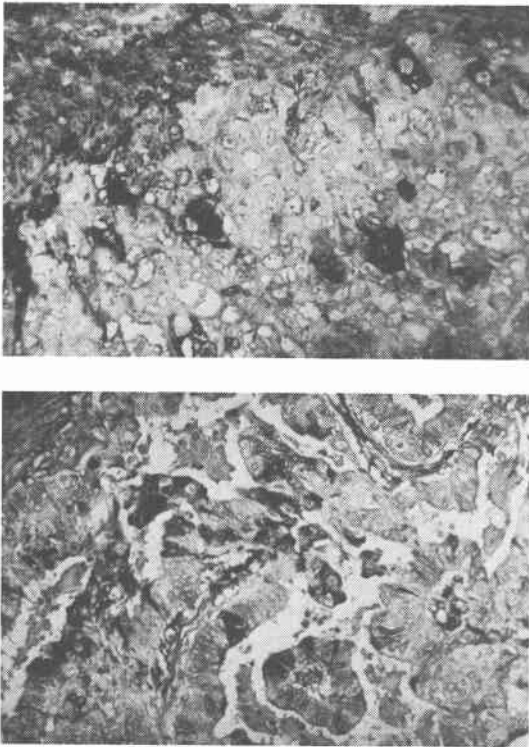


表1 胃絨毛上皮腫の病理組織

I. 原発巣  
 絨毛上皮腫と腺癌の併存 : 20/36 (55.5%)  
 絨毛上皮腫のみ : 8/36 (22.2%) } 77.8%  
 腺癌のみ : 8/36 (22.2%)

II. 転移巣

	転移率(%)	腫瘍組織別頻度・%		
		絨毛上皮腫のみ	腺癌のみ	両者併存
肝	32/32 (100)	69.2	0	30.8
リンパ節	28/32 (87.5)	38.1	23.8	38.1
肺	18/25 (72.0)	88.9	5.6	5.6

毛上皮腫が存在し、生物学的にも HCG が陽性であり、性器をはじめ他部位の原発巣が否定されることが必要である。これらの条件を満たして、形態学的ならびに生物学的に確実に証明されている胃原発性絨毛上皮腫は僅か13例に過ぎない<sup>1)</sup>。剖検で胃以外に原発性絨毛上皮腫のないことが確認されているのは37例中24例(64.9%)である。また妊娠反応として HCG の直接測

定以外に生物学的 (Friedman 法など) や免疫学的 (Gonavis 法など) 妊娠反応が37例中18例 (48.6%) に行われているが、絨毛上皮腫が確認されていないながら妊娠反応陰性のものが1例ある<sup>5)</sup>。本症例は剖検をしていないので、胃の絨毛上皮腫が転移性である可能性を否定することはできない。しかし絨毛上皮腫の胃への転移は極めてまれであり<sup>4)</sup>、腸に転移することが多い<sup>6)</sup>ので、開腹時に胃のみに病巣を認めたことは胃原発と考えてよいと思われる。

胃絨毛上皮腫の組織発性については、① 癌細胞の逆分化説<sup>7)~9)</sup> (Retrodifferentiation or opisthoptasia)、② 胃壁への絨毛原基迷入説<sup>3)10)</sup>、③ 奇形腫起源説<sup>11)12)</sup>、④ 不顕性性器原発巣よりの転移説<sup>13)</sup>、などの諸説がある。われわれの症例では絨毛上皮腫と腺癌が併存し、両者の境界が不明瞭で移行部位があることや、免疫学的 HCG 染色で絨毛上皮腫のみならず定型的胃癌細胞にも HCG の存在が認められることなど、腺癌細胞から絨毛上皮腫への逆分化説が支持されるものと考えられる。

IV 結 語

68歳男子の胃に、管状腺癌と絨毛上皮腫を合併したまれな1例を、若干の文献的考察を加えて報告した。絨毛上皮腫の組織発生には腺癌よりの逆分化が考えられた。

本論文の要旨は第168回日本消化器病学会関東甲信越地方会(東京・1982)、第20回日本消化器外科学会総会(東京・1982)で報告した。教室主任、三島好雄教授の御校閲に心からの謝意を表す。

文 献

- 1) 宮永忠彦, 入交信廣, 平山廉三ほか: 胃絨毛上皮腫の1例と文献的考察. 日臨外医会誌 7: 772-780, 1981
- 2) Eishi, Y., Hatakeyama, S., Takemura, T., et al: Demonstration of various antigens on paraffin sections of formalin-fixed tissues; Trypsin-treatic, indirect peroxidase labelled antibody technique. Bull. Tokyo Med Dent Univ 28: 27-43, 1981
- 3) Davidsohn, C.: Cholinepitheliom und Magenkrebs, eine seltene Verschmelzung zweier bösartiger Geschwülste. Charité Ann 29: 426-437, 1905
- 4) 石塚直隆, 大口善市, 中島貞利: 絨毛性腫瘍転移と臨床. 診断と治療 41: 931-940, 1966
- 5) 田中貞夫, 坂江清弘, 加藤允義: 男子の胃に原発した悪性絨毛上皮腫と癌腫の合併した4例. 胃と腸 10: 1369-1375, 1972

- 7) Pick, L.: Über die Chorionepithelähnlich metastasierende Form des Magencarcinoms. *Klin Wschr* 5 : 1728—1729, 1926
- 8) Regan, J.F. and Cremin, J.H.: Cholionepithelioma of the stomach. *Am J Surg* 100 : 224—232, 1960
- 9) Smith, F.R., Barkin, J.S. and Hensley, G.: Choriocarcinoma of the stomach. *Am J Gastroent* 73 : 45—48, 1980
- 10) Madersbacher, H.: Primäres Cholionepitheliom des Magens. *Zbl Allg Pathol* 105 : 198—205, 1964
- 11) Hartz, P.H. and Ramirez, A.C.: Coexistence of carcinoma and cholioepithelioma in the stomach of a young man. *Cancer* 6 : 319—326, 1953
- 12) Goder, G.: Primäres metastasierendes Cholionepitheliom des Magens bei einer seniles Nullipara. *Z Krebsforsch* 62 : 501—508, 1958
- 13) Koritchoner, R.: Über ein Cholionepitheliom ohne Primärtumor mit abnorm langer Latenzzeit. *Beitr Pathol Anat* 66 : 501—510, 1920