

症 例

胃腸吻合部に発生した過形成性ポリープの1例

社会保険徳山中央病院外科

富永 博 白神 利明 平岡 博 中山 富太
山時 脩 年光 昌宏 館林欣一郎

A CASE OF HYPERPLASTIC POLYP AT GASTRO-ENTEROSTOMY SITE

Hiroshi TOMINAGA, Toshiaki SHIRAGA, Hiroshi HIRAOKA,
Tomita NAKAYAMA, Osamu SANTOKI, Masahiro TOSHIMITU
and Kinichiro TATEBAYASHI

Department of Surgery, Tokuyama Central Hospital

索引用語：過形成性ポリープ，胃腸吻合部ポリープ

はじめに

胃腸吻合部に大きなポリープのできることは極めてまれである。われわれは胃癌の根治手術を施行して4年半の後に、胃腸吻合部に一致して約3cmの過形成性ポリープが発生した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：56歳，男性。

主訴：食後のつかえ感。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：昭和53年11月20日当院を訪れ、胃透視と内視鏡検査で、胃体下部小弯のBorr 2型の胃癌と診断し、同年11月28日に胃亜全摘出術(R₂)を施行した。摘出標本をみると、胃体下部小弯に1.5×1.0cmの限局した癌性潰瘍があった。組織学的には中分化型管状腺癌で、深達度はss(β)であり、n₀, ly₀, v₀, ow(-), aw(-)stage Iであって、絶対的治癒切除と考えられた。再建はBillroth II(以下B II)で行い、術後は順調に経過していた。

現病歴：術後4年半たったころから、食後の腹痛と食物のつかえ感が現われ、昭和58年3月9日に胃癌の再発を疑って再入院した。

入院時現症：体格中等度、栄養やや不良、眼瞼結膜に貧血はなく、眼球強膜の黄染もなかった。心・肺には理学的に異常を認めず、腹部では上腹部正中に手術

表1 入院時検査成績

| | | | |
|-------|----------------------|-----------|------------|
| Blood | | | |
| WBC | 4600 | LDH | 233u |
| RBC | 435×10 ⁴ | CHE | 0.83ΔPH |
| Hb | 11.0g/dl | ALP | 3.9KAU |
| Ht | 36% | T-Bil | 0.35mg/dl |
| Plt | 36.2×10 ⁴ | Chol | 177mg/dl |
| TP | 6.9g/dl | Urine | |
| Alb | 4.1g/dl | BUN | 13.1mg/dl |
| Glb | 2.8g/dl | Creatinin | 0.98mg/dl |
| A/G | 1.5 | Na | 142.0mEq/l |
| GOT | 17u | K | 4.2mEq/l |
| Gpt | 11u | Cl | 104.2mEq/l |

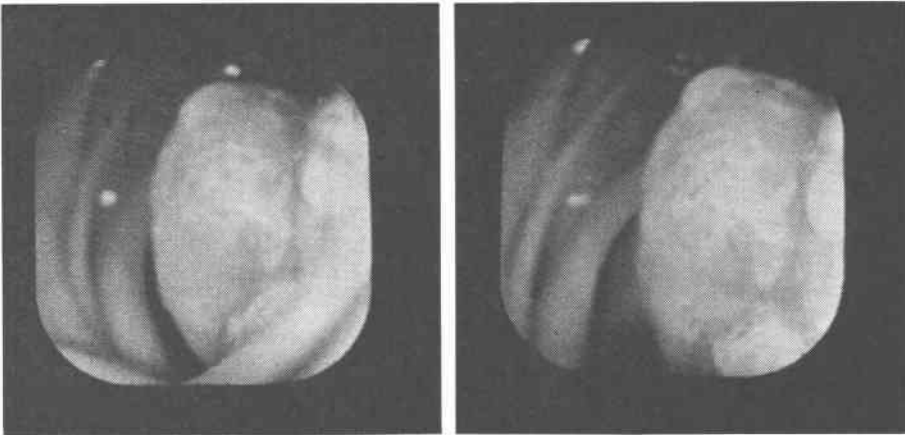
痕を認めたが、触診で腫瘍は認めなかった。

血液一般検査や肝・腎機能検査ではいずれも異常は認められなかった(表1)。

上部消化管透視所見：胃亜全摘出術が施行されていたため、残胃は胃体上部のみである。残胃のレリーフ像は正常で、残胃に拡張や陰影欠損はない。B IIで胃腸吻合がなされているが、吻合部の通過は良く、バリウムの大半はすみやかに、輸出脚に流れる。特異なことは、吻合部から輸出脚に移行したすぐの部分に、3cm径の球状の陰影欠損があり、欠損部の表面は平坦であるが、その移動性は認められなかった。

胃内視鏡所見：残胃には著変は認められない。吻合部の大弯側、すなわち輸出脚側に管腔の約1/3周を占める山田II~III型の隆起性病変を認める。周囲粘膜よりやや褪色調で表面に軽度の凹凸、一部にビラン・発赤

図1 胃内視鏡所見



があり、所によっては粘液の付着を認める(図1)。このポリープの6カ所を生検したが、表層上皮細胞の軽度の増生がみられ、壊死巣や炎症性細胞浸潤、毛細管の増生も少しはみられたが、悪性像を思わせる所見はなかった。

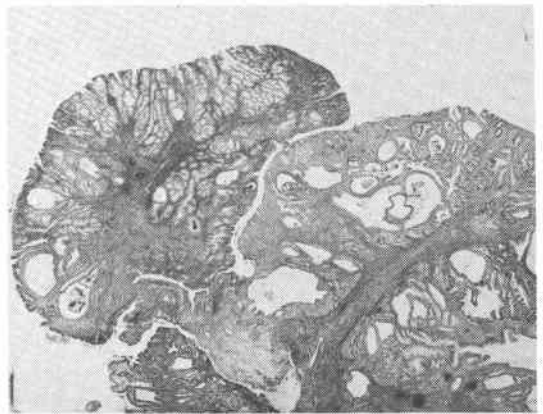
手術所見：再開腹して胃空腸吻合部を外側より触ってみると、輸出脚内にクルミ大の腫瘤を触知できた。そこで輸出脚を切開し、腫瘤を露出してみると、 $3.0 \times 3.0 \times 2.5$ cmの腫瘤が認められた。腫瘤の表面は発赤し、浮腫状であり、粗大な顆粒状を呈しているが、潰瘍は認めない。腫瘤と周囲の健状粘膜との色調は、発赤のため明らかに異なる。触ってみると弾性があって軟らかい。腫瘤をつまみあげるようにすると、広基性であって、口側では健状な胃粘膜が、肛門側では空腸粘膜と一緒に持ち上がる。したがってこの腫瘤は吻合部に全く一致して発生したものと考えられるが、この段階では胃粘膜から発生したものか、空腸粘膜から発生したものかを識別することはできなかった。このポリープを持ち上げるようにして、基底部より0.5~1.0cm離れたところで健状粘膜および粘膜下層を切離し、ポリープの基底を筋層から剥ぎ取るようにして切除した。切離した胃粘膜と空腸粘膜を吸収糸で数針だけ結節縫合し、手術は簡単に終えた。摘出した標本は、 $3.0 \times 3.0 \times 2.5$ cmの山田III型のポリープで、粘膜面の所見は手術時と同じであるが、断面では粘膜筋板が樹枝状にポリープ内に入り込み、それを厚い粘膜が被っている(図2)。

病理組織学的所見：弱拡大でみると、図3のように厚い粘膜層の中に樹枝状に増生した粘膜筋板が入り込

図2 摘出標本

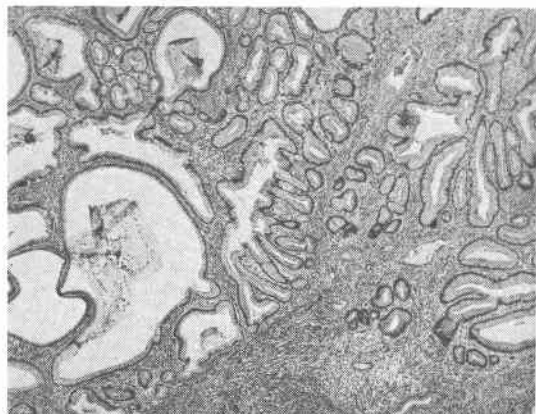


図3 病理組織所見(弱拡大)



み、この枝わかれした粘膜筋板の間には、嚢胞様になった腺組織がみられる。強拡大でみると図4のように、

図4 病理組織所見(強拡大)



表層は刷子縁を持たない一層の高円柱上皮よりなっている。すなわち、このポリープは胃上皮に由来するものであって、小腸粘膜に起因するものではないことが判る。そして盃細胞の増生が著しく、胃小窩細胞の著明な増生によって、胃小窩が深く、または拡張している。粘膜筋板は肥大し、垂直に立ち上ったのちは、粘膜層内に樹枝状に分岐している。この分岐した粘膜筋板や粘膜下組織の中にも、胃小窩細胞の増生と拡張により嚢胞化した腺組織がみられる。これから表層上皮、小窩細胞および粘膜筋板が均等に増生して、このポリープを形成していることがわかる。そのほか、軽度の炎症性細胞の浸潤があるが、悪性像を思わせる所見は全くない(図3)(図4)。

術後経過:良好に経過し、再手術後1年半経った昭和59年10月31日の胃透視および内視鏡検査で異常はなく、昭和60年3月末の現在も健康である。

考 察

胃腸吻合部に一致して発生したポリープの症例は極めて少く、日本では亀山¹⁾、有馬³⁾、友田³⁾、水野⁴⁾、の各1例と古賀の3例(有馬、友田例を含む)の報告論文があり、他に河野⁶⁾、川村⁷⁾、の学会報告があるに過ぎない。以上の7例にわれわれの1例も入れて、その既応歴を表2にまとめた。これで見るとすべてが男性で、胃切除の原因となった原疾患は胃潰瘍2例、十二指腸潰瘍3例、胃癌3例であり、再建はすべてBIIでなされているのが特徴である。最初の手術から吻合部ポリープで再手術するまでの期間は、最短は2年であり、最長は16年となっている(表2)。

ポリープの大きさ、形態および占拠部位などについてまとめたのが表3である。有馬例やわれわれの例で

表2 胃腸吻合部ポリープ患者の病歴

| 症例報告者(報告年月日) | 年齢 性 | 原疾患 | 再建様式 | 再手術までの期間 |
|--------------|------|--------|------|----------|
| 亀山(1972) | 54 男 | 十二指腸潰瘍 | BII | 12年 |
| 有馬(1975) | 62 男 | 胃癌 | BII | 16年 |
| 友田(1975) | 49 男 | 胃癌 | BII | 7年5ヵ月 |
| 水野(1978) | 63 男 | 胃潰瘍 | BII | 10年 |
| 古賀(1976) | 39 男 | 十二指腸潰瘍 | BII | 4年 |
| 河野(1979) | 38 男 | 十二指腸潰瘍 | BII | 12年 |
| 川村(1980) | 63 男 | 胃潰瘍 | BII | 2年 |
| 自験例(1984) | 49 男 | 胃癌 | BII | 4年4ヵ月 |

は山田III型のポリープ状であるが、多くはイモ虫様に平坦であったり、2~3個のポリープが融合した不整形な形であることが多いようである。占拠部位は吻合口に一致するが、胃腸吻合のわずか胃側よりで、しかも大弯側、すなわち輸出脚側に偏在していて、輸入脚側には認められないのも特異である。これらの記載は摘出標本についてなされているのが大半で、いずれも胃の粘膜皺襞との間に明瞭な境界はなく、漸次移行していたとされるが、内視鏡的に確認したわれわれの症例では、健状胃粘膜とポリープとの間には明確な色調の区別があり、手術時にも輸出脚を開いてポリープを直視したが、内視鏡所見と同様にポリープと周囲の健状粘膜とを識別することは比較的容易であった(表3)。

本症の成因に関しては、Littlerら⁸⁾は、BIIによる胃腸吻合によって、吻合口の胃粘膜が物理的にも化学的にも異常な刺激に暴露されていることが原因であろうと推測している。すなわち、胃粘膜が腸側へ脱出しているような時には、この部は食物の通過によって常に機械的刺激にさらされており、さらに胆汁や膵液による化学的刺激も考えられるわけである。

本症の組織学的検索はLittlerら⁸⁾が詳しく行っている。すなわちポリープの上皮は胃粘膜由来のものであって、表層上皮や胃小窩上皮の著明な増生、壁細胞の消失があり、肥大した粘膜筋板は胃腺で貫通され、粘膜下層に腺の浸潤、嚢胞形成が著明であったと述べ、このような病変に対して Gastritis cystica polyposa

表3 吻合部ポリープの様相と再手術の様式

| 報告者 (報告年月日) | 大きさ・形態 | 発生場所 | 再手術様式 |
|----------------|------------------------|-----------------------|---------------|
| 亀山 (1972) | 大小3個のポリープ 1.5×2.5cm | 吻合線に一致 大弯側 | 残胃部分切除 BII |
| 有馬 (1975) | 7.5×2.0cm | 吻合線の胃粘膜 全周(小弯側を除く) | 残胃部分切除 BII |
| 友田 (1975) | いも虫様 10.5×5.0×1.0cm | 同上 | 残胃全摘 |
| 水野 (1978) | 不明 | 吻合線の胃側粘膜 | 残胃部分切除 BII |
| 古賀 (1976) | 1.0×3.0cm | 同上 大弯側 | 同上 |
| 河野 (1979) | いも虫様 1.8×6.0cm | 吻合部と漠然と記入 | 同上 |
| 川村 (1980) | 不明 | 同上 | 残胃全摘 |
| 自験例 (1984) | 山田Ⅲ型 3.0×3.0×2.5cm | 吻合線に一致 大弯側 | 経腹的ポリープ切除 |

と命名した。古賀ら⁵⁾も3例の胃腸吻合部ポリープを検索して、(1)表面上皮および胃小窩上皮は幼若で、胃小窩の延長を伴う。(2)偽幽門腺の増生と嚢胞化があり、体部腺は著明に萎縮ないし消失する。(3)粘膜筋板が円弧状の挙上を示す。(4)偽幽門腺が粘膜下に侵入し嚢胞を作る。(5)慢性炎症性細胞浸潤や浮腫が、軽度ないし中等度にみられ、表面にピランをみないことなどが本症に共通した所見であると述べている。そして武藤⁹⁾も述べるごとく、このような組織学的特徴は腺腫性のものとは考え難く、腺管の再生性新生を伴った過形成性のものと考えられるところから、過形成性ポリープなる名称が与えられると述べている。また、この過形成性ポリープが癌化することは、極めて少ないと考えている。

本症に対する手術方法について調査してみると(表3),わが国の7症例中5例では残胃の再部分切除およびBIIによる再々建が行われ、2例では全摘が行われている。しかし、今まで述べたように本症があくまで過形成性ポリープであって、悪性像を有しないものである以上、過大な手術侵襲は不要であろう。われわれが行ったように輸出脚を吻合口近くで開いて直視下に Polypectomy することも可能であり、このような方法は実技上も極めて容易であった。なお、そのためにも術前の内視鏡的生検は不可欠のものとする。

おわりに

BIIで胃切除したのち、4年半して吻合部に一致し

て、過形成性ポリープの発生した1例を報告し、本症の成因に関して文献的考察を加え、手術方法についても、過大な侵襲を避けポリープの切除だけで十分であることを述べた。

文 献

- 1) 亀山 容, 松森英明, 高木正雄ほか: 胃切除後胃腸吻合部に発生した胃 polyp の1例について. 外科診療 14: 1504-1508, 1972
- 2) 有馬純孝, 光山昌洙, 川嶋正通ほか: 胃切除後胃腸吻合部に発生せる胃ポリープの1例. 外科診療 17: 671-674, 1975
- 3) 友田博次, 副島一彦, 斉藤貴生ほか: 残胃吻合部におけるポリープ様病変. 外科 37: 367-370, 1975
- 4) 水野修一, 中根正勝, 石川 浩ほか: Gastritis cystica polyposa の1例. 胃と腸 13: 1423-1427, 1978
- 5) 古賀 淳, 渡辺英伸, 遠城寺宗如: 胃腸吻合部に見られるポリープ状病変. 福岡医誌 67: 285-296, 1976
- 6) 河野研一, 桜庭 清, 東海林茂樹ほか: 大量出血をきたした残胃ふん合部ポリープ(GCP)の1例. 日消外会誌 12: 195, 1979
- 7) 川村亮機, 広田昭三, 仲松 宏ほか: 食道胃接合部のI型早期癌と Gastritis cystica polyposa を合併した1例. 日消病会誌 77: 112, 1980
- 8) Littler ER, Gleibermann E: Gastritis cystica polyposa. Cancer 29: 205-209, 1972
- 9) 武藤徹一郎: 胃の過形成性ポリープ. 胃と腸 17: 383-388, 1982