

IIC型早期胃癌に併存した多発性びまん性胃粘膜下嚢胞症の1例

中山記念胃腸科病院

田中 精一 林 恒男 矢川 彰治 山本 雅一

東京女子医科大学消化器病センター

小林 誠 一郎

A CASE OF MULTIPLE DIFFUSE CYSTIC DISEASE OF THE STOMACH IN ASSOCIATION WITH EARLY GASTRIC CANCER (TYPE IIC)

Seiichi TANAKA, Tsuneo HAYASHI, Akiharu YAGAWA,
Masakazu YAMAMOTO and Seiichiro KOBAYASHI*

Nakayama Memorial Hospital

*The Institute of Gastroenterology Tokyo Women's Medical College

索引用語：多発性びまん性胃粘膜下嚢胞

はじめに

胃壁嚢腫のうちでも、胃壁に大小多数の中空をもつ多発性びまん性胃粘膜下嚢胞症¹⁾はまれな疾患である。近年の進歩した臨床検査法でも術前診断は困難であり、胃癌や胃粘膜下腫瘍などの診断で切除され、初めて本症と気づかれる場合が多い。本稿では、われわれの経験したIIC型早期胃癌に併存した多発性びまん性胃粘膜下嚢胞症例を呈示して、臨床検査面とくに胃X線検査所見上の特徴と本症が高率に胃癌が併存することについて、文献的考察を踏まえて報告する。

症 例

症例：46歳，男性，会社員。

主訴：上腹部膨満感。

家族歴・既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和58年1月ごろより、食後の上腹部膨満感出現。腹痛，嘔気，嘔吐なし。昭和58年2月の胃集検にて、胃の異常を指摘され、精査のため来院した。食思不振，体重減少はない。

現症：身長163cm，体重56kg。体格，栄養中等度で栄養は良好。貧血，黄疸なし。全身の表在リンパ節腫脹認めず。

血液・尿および糞便検査成績：表1に示すように、異常をみとめない。

胃X線所見：仰臥位2重造影で、胃角部後壁大弯側に皺襞集中像を認め、その先端に中断・融合の所見を認める(写真1)。これに続き体上部までに巨大皺襞像が認められ、胃壁の伸展性が障害されている。写真2

表1 入院時血液検査成績

末梢血		便潜血反応 (-)
赤血球数	513万/mm ³	検尿
血色素量	17.0g/dl	タン白 (-) 糖 (-)
Hct 値	53.5%	ウロビリノーゲン (-)
白血球数	8000/mm ³	
血小板	22.1万/mm ³	
生化学		
TP	7.5g/dl	AL-P 5.8IU
A/G	1.4	LDH 223IU
GOT	30KAU	S-Amyl 70SU
GPT	25KAU	

の第2斜位像で、aからbにかけて胃の挿管法にて送気量を増し、胃壁の伸展性の具合をみた。通常の送気量aにては、胃壁の十分な伸展は得られず、bのように患者が強く上腹部痛を訴えるほどまでに送気して、ようやく胃壁の伸展像がえられた。

胃内視鏡所見：胃角部から体中部にかけて、後壁中心に皺襞集中・先細りを有する広汎な、表面粗糙の陥凹面があり、IIC型早期胃癌と診断した(写真3 a)。浸潤境界は、大弯側では明らかであるが、口側および小弯上の境界が不明瞭である。また、胃体上部小弯後壁に、柔らかい感じの平滑な低い粘膜面の隆起が散在しているが、胃壁の伸展性はX線所見に比べてわりに良好である(写真3 b)。

術前診断：胃角部から胃体上部のIIC型早期胃癌で、胃X線所見の巨大皺襞と胃壁の伸展不良像から、癌の粘膜下浸潤を否定できず、口側切除境界は術中判断によるとして、昭和58年6月22日開腹手術を施行した。

<1986年2月12日受理>別刷請求先：田中 精一
〒162 新宿区河田町8-1 東京女子医科大学消化器病センター

写真1 胃X線仰臥位2重造影。胃角部大弯側に皺襞集中像を認め、先端に中断・融合所見を認める。(矢印)

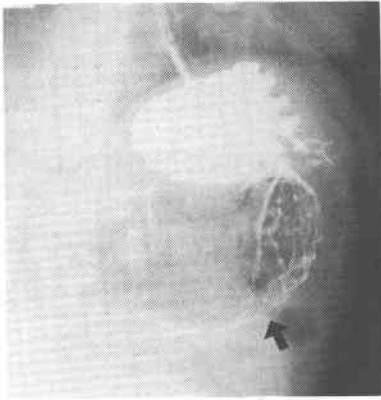


写真2 b 第2斜位像。送気量を増して、かろうじて胃壁の伸展像を得た。

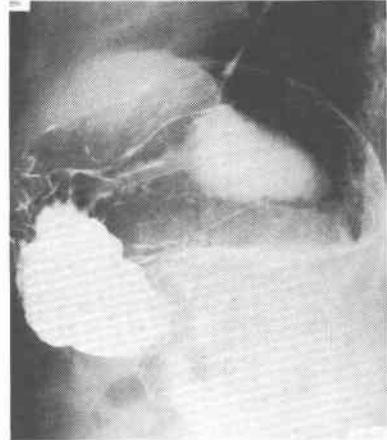
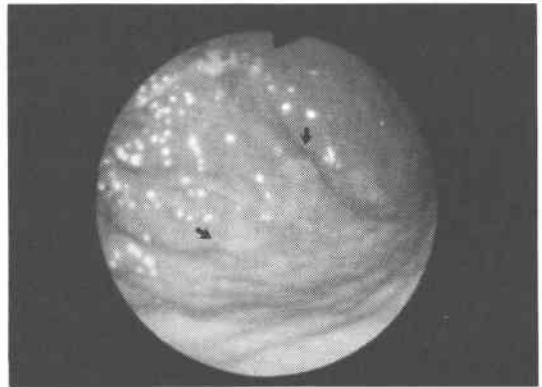


写真2 a 第2斜位像。通常の送気量では胃体部の十分な伸展像は得られない。



写真3 a 胃内視鏡所見。矢印はIIcの陥凹面を示す。陥凹周囲には皺襞の中断・やせを認める。



手術所見：胃の外観は正常で、触診上胃壁の肥厚はあるが、思いのほか柔らかで、伸展性は保たれている。触診上、粘膜下浸潤はないと判断し胃亜全摘術兼リンパ節郭清術を施行した (S₀, H₀, P₀, N₀, R₂)²⁾。

切除標本所見：胃角部後壁に先端の先細りを伴う皺襞集中と5×4cmのIIcの陥凹を認める。口側小弯には、UIIVの潰瘍瘢痕がみられる。病巣部より口側つまり胃X線検査上巨大皺襞と胃壁の伸展不良を示した体上部の胃粘膜面は、肉眼的に異常を認めない(写真4)。IIc病変部より口側の切除胃剖面で、粘膜下層は肥厚し大小多数の中空像が認められる(写真5)。

組織所見：癌部は、5×4cm IIc型、深達度mの低分化型腺癌である(写真6)。この癌病巣の口側縁より切除断端にかけて、粘膜下組織内に大小の嚢胞がみられ、嚢胞壁は幽門腺類似の細胞で構成されるが、異型像は

写真3 b 胃内視鏡所見。矢印は、胃体上部後壁の円形隆起像を示す。

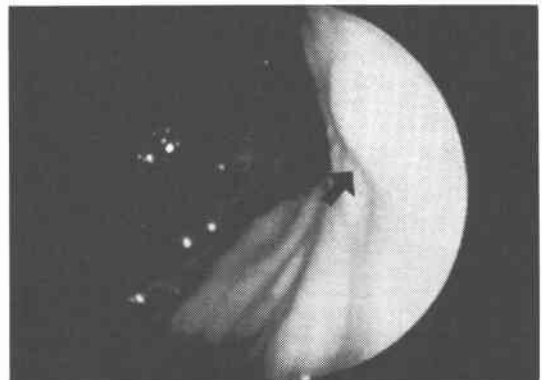


写真4 (上段) 切除標本：胃角部後壁に5×4cmのI1c病変と小弯側の潰瘍瘢痕が認められる。
(下段) 癌腫および粘膜下囊胞の分布
I1c病変部 □□, 胃粘膜下囊胞部 ▨▨

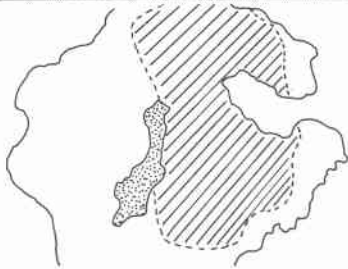
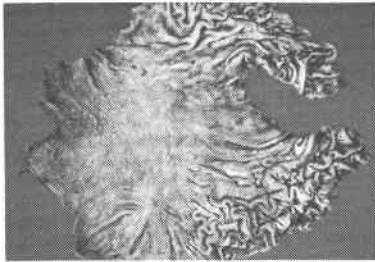


写真5 切除標本囊胞部剖面写真：粘膜下層に一致して、大小多数の中空像がある。



認められない(写真7)。リンパ節転移はみられない。
術後経過は良好で、術後2年、再発なく社会復帰している。

考 察

多発性びまん性胃粘膜下囊胞症は良性粘膜下腫瘍で、病変の主体は粘膜下層にあり、囊胞壁は一層の円柱ないし立方上皮からなる多発性囊胞である。

頻度的には、岩永³⁾の報告した30例に、著者らの集計しえた5例^{4)~7)}を加えて35例が報告されているにすぎない。年齢は、40~60歳台が多く、Tchertkoff⁸⁾の報告した21歳女性例を除くと全例が男性で、若年者には認められない。臨床症状は、報告例を検討すると、心窩

写真6 I1c病変部の組織所見：粘膜層に限局する低分化型腺癌である(黒丸間)。(HE染色, ×4)

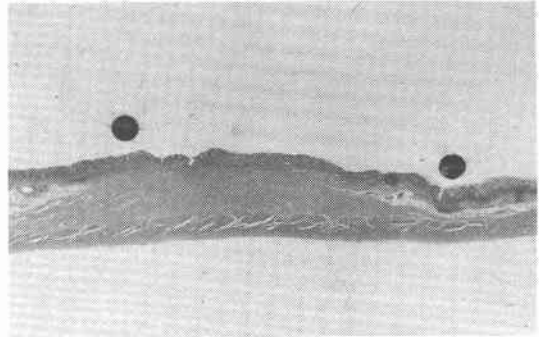
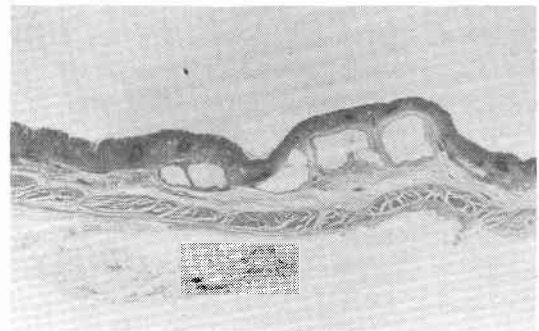


写真7 癌腫口側辺縁部の粘膜下囊胞の組織像。囊胞壁は、胃幽門腺類似の一層の円柱上皮からなり、細胞の異型性は認めない。(HE染色, ×4)



部痛、体重減少、食思不振、上腹部圧迫感・不快感のような不定愁訴であるが、なかでも体重減少と心窩部痛は多くみられる症状である。

本症に特徴的な胃X線所見はないが、多くの場合胃壁内の多発する囊胞が、陰影欠損、巨大皺襞、蠕動運動の欠如や散在する円形隆起として表現されている。胃内視鏡所見でも同様であり、胃粘膜面の大小多数の扁平~半球形の隆起として、観察されるものが多い。このような胃X線所見や胃内視鏡所見をもつため、術前に胃癌¹⁾、胃悪性リンパ腫²⁾⁹⁾、胃ポリープまたは胃ポリポージス¹¹⁾の診断をうけている。われわれの症例では、癌腫の口側は多発する粘膜下囊胞により、胃X線所見上巨大皺襞と胃壁の伸展不良として表現された。これらの所見が、撮影当初、胃癌の粘膜下浸潤を疑わせたが、胃内への送気量を増すにつれて、生ゴムののばすような抵抗感で胃壁の伸展するのを観察した。この独特の胃壁の伸展不良は浸潤型胃癌で通常観察されるもとは異なった印象を得たが、結局は癌の粘膜下浸潤を否定できず、術前に口側浸潤範囲を決定できなかった。このように、胃X線検査および内視鏡検査を

駆使しても術前の確定診断には結びつき難く、胃粘膜面の散在する扁平～半球形隆起や陰影欠損、巨大皺襞などの所見で本症の存在を念頭におく以外にはなさそうである。しかしながら、最近試用されている体腔内操作による超音波内視鏡 ultrasonic endoscope は、本来臍精査のために開発されたものが、胃壁の各層を超音波画像としてとらえることができるため、胃癌の深達度診断や胃粘膜下腫瘍の診断にも応用されている^{12)~14)}。したがって、超音波内視鏡の使用により、粘膜下の多発嚢胞が証明されれば、本症の術前診断に結びつく可能性も考えられる。

本症の肉眼形態について報告例を検討すると、胃の外観はほぼ正常で、触診では胃壁をゴム様の肥厚として感じたり¹⁾、粘膜下嚢腫を腫瘤として触知したりするが³⁾、われわれの症例では、触診上胃壁の軽度の肥厚はあるが、腫瘤は触知せず、胃の外観でも色調・形態に異常を認めなかった。嚢腫の存在部位は多くが粘膜下組織層で、局在部位は胃の上半部が多いが、幽門部に限局している症例もある。嚢胞部位は、肉眼的には胃壁の肥厚、不整な凹凸の粘膜面、巨大皺襞として観察されるが、胃粘膜面の平坦なものや、われわれの症例のように異常を認めないものまでいろいろである。

組織学的にみると、胃粘膜下層のびまん性多数の幽門線類似の腺組織あるいは嚢胞であるが、成因として、先天的に迷入した異所腺の増殖とする説¹⁾と胃炎などによって多数の異所腺嚢胞が発生するという後天説³⁾に分かれている。

ところで、本症に胃癌が併存しやすいことは、よく知られた事実である。集計しえた35例中21例(60%)にみとめられ、うち12例が多発癌病巣を持っている。発癌の機序として、粘膜下異所腺の存在する表層粘膜の繰り返すびらん・再生が癌の発生に関与するという説³⁾¹⁵⁾や、嚢胞壁を構成する細胞に異型性を認める部分のあることから、嚢胞自身の癌化であるという説⁶⁾がある。とくに、後者では、本症が前癌病変としてとらえられている。このように、多発性びまん性胃粘膜下嚢胞症は、高率に胃癌を併存することにより胃癌の high risk group と考えられ、なんらかのきっかけで本症と診断したら、併存癌病変の有無を十分に検索し、また将来的な胃癌発生に十分注意して経過観察を行う必要がある。本症の患者で、胃切除後4年目に残胃に癌の発生したという報告例¹⁵⁾を考えると、残胃に本症の遺残が予想されるわれわれの症例でも、残胃癌の発生に注意する必要がある。一方、このように、残胃に多発性粘膜下嚢胞が残存している限り、残胃癌発生の危険があるわけで、理論的には、癌発生母地の全摘除

つまり多発する粘膜下嚢胞部の全摘除が望ましい手術形式と考えられるが、今後、一層の検討を加えるべき事柄と考える。

結 語

IIc型早期胃癌に併存した多発性びまん性胃粘膜下嚢胞症例を呈示して、本症の診断学的特徴や高率に胃癌を合併することなどについて、文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) Scott HW Jr, Payne TPB: Diffuse congenital cystic hyperplasia of stomach clinically simulating carcinoma. Bull Johns Hopkins Hosp 81: 448-455, 1947
- 2) 胃癌研究会編: 外科・病理胃癌取扱い規約. 改訂第11版, 東京, 金原出版, 1985
- 3) 岩永 剛: 胃における多発性粘膜下嚢腫と癌. 癌の臨 19: 971-979, 1973
- 4) 谷 昌尚, 島津久明, 小堀嶋一朗: 胃嚢胞の2例と本邦報告例に関する文献的考察. 胃と腸 9: 1067-1072, 1974
- 5) 小林成禎, 大島健次郎, 広瀬 洋: 5年の経過を観察した胃潰瘍合併の多発性びまん性胃粘膜下嚢腫の1例. 胃と腸 14: 461-466, 1979
- 6) 井口公雄, 松本仁志, 石橋治昭: 重複胃癌を合併した多発性胃粘膜下嚢腫の2例について. 日外会誌 81: 688-693, 1980
- 7) 佐野量造: 胃疾患の臨床病理. 東京, 医学書院, 1978, p288-289
- 8) Tchertkoff V, Wagner BM: Diffuse cystic malformation of stomach. NY State. J Med 66: 2049-2052, 1966
- 9) Oberman HA, Lodmell CJ, Sower CN: Diffuse heterotopic cystic malformation of the stomach. N Engl J Med 269: 909-911, 1963
- 10) 笹生俊一, 渋谷五郎, 千葉文雄: 胃ポリープと誤られた多発性胃壁嚢腫の一例. 外科 30: 621-624, 1968
- 11) Igantius JA, Armstrong CD, Eversole SL: Multiple diffuse cystic disease of the stomach in association with carcinoma. Gastroenterology 59: 610-614, 1970
- 12) 相部 剛, 富士 匡, 浅上文雄: 超音波内視鏡の検討(第2報). Gastroenterol Endosc 24: 1900-1909, 1982
- 13) 相部 剛, 超音波内視鏡による消化管壁の層構造に関する基礎的・臨床的研究(1)胃壁の層構造について. Gastroenterol Endosc 26: 1447-1464, 1984
- 14) 安田健治朗, 清田啓介, 向井秀一: 内視鏡的超音波断層法(EUS)の臨床的評価. Gastroenterol Endosc 26: 1911-1922, 1984
- 15) 岩永 剛, 谷口春生: 多発性胃壁内嚢腫と胃癌との関連性. 医のあゆみ 84: 492-493, 1973