

早期胃癌 III 型の考え方

—いわゆる Hauser 型潰瘍癌の 1 例より—

昭和大学附属豊洲病院外科

安井 昭 渋谷 三喜 西田 佳昭

昭和大学医学部外科

石井 博 小泉 和雄 石井 惇一

POINT OF VIEW, OF THE TYPE III EARLY GASTRIC CANCER —SO CALLED, A CASE OF ULCER CANCER AS HAUSER'S TYPE—

Akira YASUI, Miki SHIBUSAWA and Yoshiaki NISHIDA

Dept. of Surgery, Toyosu Hospital, Showa Univ.

Hiroshi ISHII, Kazuo KOIZUMI and Junichi ISHII

Dept. of Surgery, Showa Univ. School of Med.

索引用語 : III 型早期胃癌, Hauser 型潰瘍癌, 瘢痕癌

はじめに

早期胃癌の肉眼分類が定義されてから20有余年を経過した現在では, その形態上よほどの複雑さが無い限りは現在の分類法でことが足りている。しかし症例数が増加するにしたがって少数例ではあるが IIb 型や III 型において意見の別れるところである。

われわれは, III 型早期胃癌とは¹⁾²⁾, 潰瘍のようにはっきりした陥凹があり, その辺縁にのみ癌細胞(組織)が存在する場合, すなわち Hauser の規準¹⁾(病理組織学的にみて, 固有筋層が完全に断裂し, その間が肝膵組織によって補充された潰瘍が存在し, その辺縁のみに局限して癌細胞, あるいは癌細胞群が存在する時, すなわち U-I-IV¹⁾潰瘍の辺縁にのみ局限している癌細胞, あるいは癌細胞群の存在を認めた場合のみ潰瘍癌と考えて良いという説)の拡大解釈(U-I-II, III 潰瘍も含めて)³⁾⁻⁵⁾したものすべてを III 型早期胃癌として取り扱っている。すなわち, 一見良性潰瘍と見られる病巣を詳細な組織学的検索によって初めてその辺縁にのみ癌細胞(組織)が証明されるような程度の場合である。

以上のような観点より, 今回の症例を III 型早期胃癌例として呈示し, その考え方について解説するもの

である。

症 例

患者 : 40歳, 男性。

主訴 : 激しい心窩部痛, 左肩甲部痛および下血, 貧血。

既往歴 : 31歳時より糖尿病に罹患。胃潰瘍は指摘されていたが放置していた。

家族歴 : 特記すべき事項なし。

現病歴 : 1983年3月19日貧血による起立歩行困難のため某院に入院。2日後無断外出中に激しい心窩部痛および左肩甲部痛が出現し, 救急車にて当院に搬送され, そのまま入院となった。

入院時現症 : 体格中等度, 栄養良好。脈拍86/分で整。血圧102/70mmHg。顔面は蒼白で眼瞼結膜に貧血を認めるも, 眼球強膜の黄染はない。胸部の理学的所見, その他に異常所見は認められない。

入院時検査成績 : 白血球数14,000, 赤血球数273×10⁴, Hb 5.6g/dl, Ht 25.5%, 血清鉄14μg/dl と白血球増多および著明な貧血を認めた。また, 血清蛋白5.0g/dl と低値, 空腹時血糖値は220mg/dl と高値を示した(糖尿病)。その他は特に異常所見は認められなかった。

胃レントゲン所見 : 立位充盈像では胃角部小弯を中心に巨大なニッシュが見られ, 小弯線の輪郭は比較的軟らかく, 硬さは感じられなかった。ニッシュが巨大なためか, 同部に線状潰瘍性病変が存在しているた

<1986年4月9日受理>別刷請求先 : 安井 昭

〒135 江東区豊洲4-1-18 昭和大学附属豊洲病院外科

めか、いずれにしても小弯の短縮が著明で、嚢状胃 (Beutel Magen) を形成していた。腹臥位充盈像においても同様の所見が得られた。また圧迫像においても潰瘍そのものは辺縁の透亮像として現われ、不完全な Hamton's line 様の所見を呈し、軟らかかった。

図 1 の仰臥位二重造影像では、短縮した小弯線よりはみ出した大きく深いニッシュと後壁側にひろがるニッシュの中間附近、つまり前壁側により深いニッシュが認められるが、その輪郭は比較的スムーズで、皺襞の棍棒状肥大や断裂像も不明瞭である。以上の所

図 1 仰臥位二重造影像：皺襞集中像は見られるが、その尖端部の棍棒状肥大や断裂像は認められない。

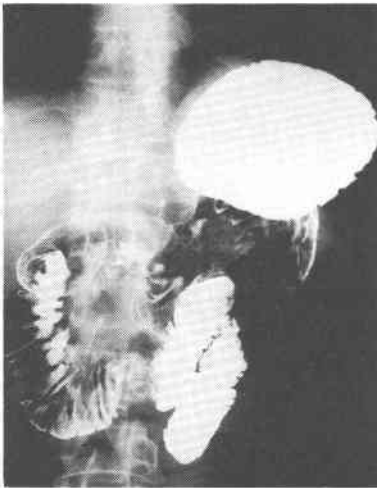


図 2 内視鏡所見：胃角小弯上に位置した大きくて深い潰瘍。潰瘍底は黄白色の苔で覆われて、ところどころに血管の露出を見る (黒い spots)。前壁側よりの皺襞集中像が見られる。



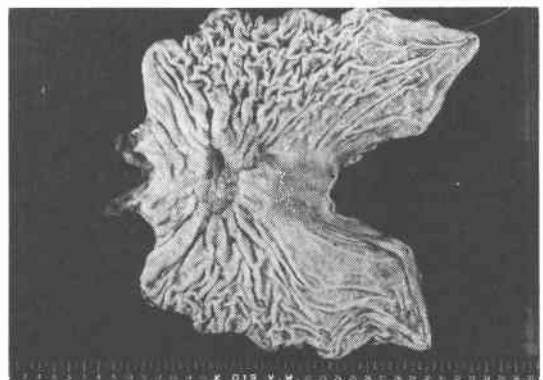
見より悪性とするに足る積極的な所見が見出せず、良性潰瘍と診断した。

胃内視鏡所見：図 2 に示すごとく、胃角部小弯を中心に前後壁にまたがった大きくて深い潰瘍があり、それに向かって前壁側から数本の皺襞集中像が見られるが、その尖端は軟らかく、棍棒状肥大もなく、潰瘍の輪郭もスムーズである。潰瘍底は厚い黄白色の苔で覆われており、ところどころに血管の露出を思わせる黒褐色の spots が認められる。この時点では良性の慢性潰瘍と診断したが、同時に行った胃生検組織診で Group-V (signet-ring cell carcinoma) が証明されており、組織診が確定した時点からは Borrmann 3 型の潰瘍癌と診断を改めた。

手術所見：上腹部正中切開で開腹、腹水は認められないが、胃角部を中心とする胃漿膜面は腫瘤様に臍と強固に癒着しており、進行癌の診断のもとにいわゆる胃癌の拡大根治手術 (本例の場合は R₃、胃全剝) を施行し、食道空腸-Roux-en-Y 吻合にて消化管の再建を行った。

切除胃所見：図 3 の肉眼像は、大弯側で展開したもので、胃角部小弯を中心に粘膜皺襞の集中の強い巨大でやや扁平な深い潰瘍性病変 (40×25mm) が存在している。集中する多数の粘膜皺襞は萎縮性で、その表面は凹凸不整、一部では顆粒状の面をもっており、壁の硬さが想像される。また、潰瘍性病変に集中する粘膜皺襞の尖端は丸味があり、棍棒状肥大や硬化像、虫喰い像などの悪性徴は認められないが、前壁側の一部にわずかな潰瘍の穿掘 (まくれ込み) が見られる。潰瘍底は出血や滲出物などによってかなり汚穢である。し

図 3 切除胃肉眼所見：40×25mm の巨大潰瘍に向かって多数の皺襞集中が見られる。早期胃癌 III 型ではあるが、肉眼的悪性徴にとぼしい。



たがって切り出し前の粘膜面からの肉眼診では良性潰瘍とせざるをえなかった。しかし術前胃生検で Group-V (sig) と診断されていることや、切り出し時の壁断面所見(巨大潰瘍、固有筋層の断裂、壁の硬化、fusion、アメ色の断面所見など)より判断し、進行した潰瘍癌

図4 切除胃の組織学的構築図。

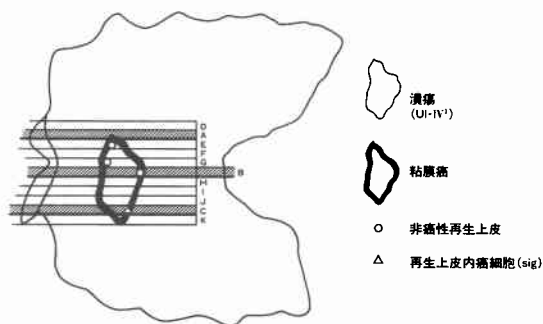


図5 Hauser型潰瘍癌：UI-IV¹潰瘍で、固有筋層の断裂、fusionが見られる（ルーベ像）。

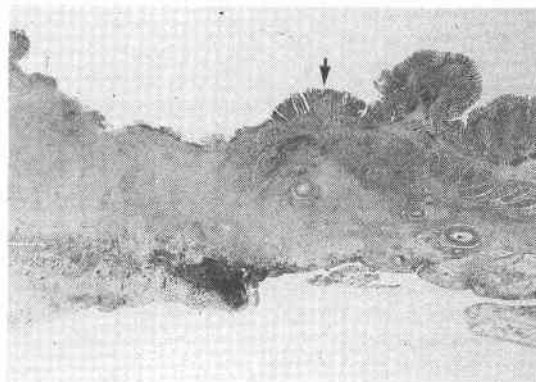
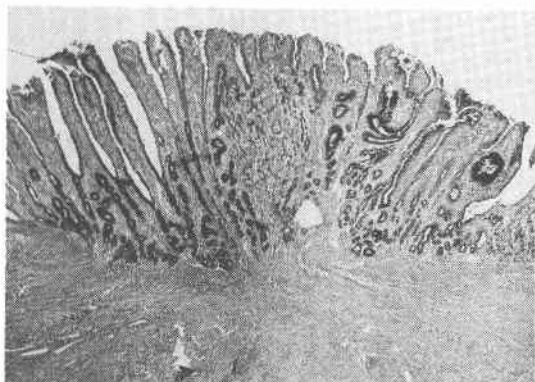


図6 図5の矢印の部の拡大像。再生上皮内の sig。



と診断した。

病理組織学的所見：癌の存在する部位は図4のシエマのごとく、UI-IVの深い潰瘍性病変があり、その辺縁(周囲)にのみ signet-ring cell carcinoma (sig)が存在している。最初の切り出しは進行癌と判断したためA, B, Cの3切片のみを切り出したが、病理組織学的診断により早期癌(m癌)であったため直ちにD~Kまでの追加切り出しを行った。そのうち切片EとGの幽門側およびBとJの噴門側の潰瘍辺縁には非癌性の再生上皮が認められた。図5は切片Jのルーベ像であるが、固有筋層は断裂し、粘膜筋板と固有筋層は癒合(Fusion)し、完成された胼胝組織で潰瘍底は露出している。いわゆる Hauser 型の潰瘍癌(m癌)である。しかし図6に示すごとく、辺縁の再生上皮内に sig (印環細胞癌)が認められる。この状況はUI-IVを母地とする局所的な聖域型瘢痕癌^{6)~8)}の聖域内に再発(数個の sig の発生源・Development point=Dpが認められている)したものと推測されるが、しかし、ここで注意しなければならないことは、この切片(J)の前壁側(切片D)と後壁側(切片C)の切片の潰瘍辺縁にも sig が存在しているということである。この意味は、sig の側方浸潤(Lateral invasion)が長軸と直角方向、つまり潰瘍の辺縁に沿って Lateral invasionしたものとも解釈されるからである。しかし、このことを的確に追求するためには、3個のブロックの連続切片を作製し、顕微鏡的判定が必要であるので、今回はこの程度の憶測でとどめておきたい。

その他、切片Eの噴門側辺縁の粘膜癌が現在もなお潰瘍性病変によって破壊されつつある像もみ受けられた(粘膜癌の潰瘍化)。なお、病巣部およびその周辺には線状潰瘍性病変は認められなかった。また、手術時剔出したリンパ節(26個)には転移は認められなかった。

考 察

われわれは III 型早期胃癌を、いわゆる Hauser 型のみではなく、これを拡大解釈して検討を続けているが、しかしこのような III 型にも 2 種が考えられる。一つは、いわゆる Hauser 型で、UI-IV の open ulcer の辺縁にごく小範囲に粘膜癌(m癌)が存在し、肉眼分類では III 型早期胃癌の範ちゅうに属するもの。もう一つは、潰瘍の周囲に IIb のある場合、すなわち IIb+UI の場合である。しかしこのような例も III 型と表現すると、前者(Hauser 型)のごとく潰瘍の辺縁粘膜のみに癌細胞の存在する場合との間に混乱をまねく恐れが

あり、このような例は III+IIb 型とすべきが適当であろう。しかし、一方では、この場合の陥凹は UI+IIb 型とすべきという意見もあるが、われわれは IIb 病変が潰瘍とある程度離れて存在する場合（主観の相異はある）は、これを [IIb]+[UI] とそれぞれ〔 〕を付し、独立した形として取り扱っている。

このような考えのもとに村上は、胃潰瘍の Life cycle として陥凹性早期胃癌における“村上の悪性サイクル説”⁶⁾を提唱した。今回の症例も巨大な潰瘍の辺縁にのみ癌細胞が存在する早期潰瘍癌（III 型早期胃癌）であるが、村上説による A（潰瘍起源）、C、C'、D（瘢痕癌起源）のいずれのルートをもとったとは考え難く、E ルート、いわゆる胃炎癌^{9)~11)}經由の Hauser 型であろうと推測される（詳細については省略する）が、今となってはその経過を確かめるすべはない。しかし前にも述べたごとく、本例の潰瘍性病変の状況より判断して E ルート、すなわち胃炎癌の潰瘍化により発生したものと推測するのが無理がないように思われる。

一方、臨床診断面においてのレントゲンや内視鏡による的確な診断は、おのずから限界があるようである¹²⁾。本症においても巨大潰瘍で、しかも生検診で Group-V (sig) が証明されているため、いわゆる進行した潰瘍癌と診断し、胃レントゲンや内視鏡による検査は、今回提示した所見以上のものを精査する意欲をもたなかったし、胃液酸度の測定も行っていない。結局は詳細な組織検索にゆだねざるを得なかった。

おわりに

本例のような Hauser 型潰瘍癌は勿論のこと、術前に III 型早期胃癌として診断され手術される例はきわめて少ない。今回は III 型早期胃癌に関するわれわれの考え方、およびその術前診断の困難さ、反省のこと、などについて述べた。参考に供していただければ幸甚

である。

文 献

- 1) Hauser G: Das Chronische Magengeschwür, sein vernarbungs prozeß und dessen Beziehung zur Entwicklung des Magen Karzinoma. Leipzig, 1883
- 2) 村上忠重, 常岡健二, 白壁彦夫ほか(編): 早期胃癌 診断学講座 V. 病理, 東京, 文光堂, 1968, p83—112
- 3) 村上忠重: 初期胃潰瘍癌の肉眼的診断法とその組織学的検討. 日外会誌 53: 503—508, 1952
- 4) 村上忠重, 中村暁史, 漆原春樹ほか: 胃潰瘍と胃癌 (広義の潰瘍癌について). 治療 42: 261—266, 1960
- 5) 安井 昭, 荒川征之, 田崎博之ほか: 早期胃癌の肉眼分類と病理組織学的関連. 癌の臨 19: 1151—1158, 1973
- 6) 村上忠重: 胃潰瘍に関する新しい考え方. 順天堂医誌 13: 157—165, 1967
- 7) 中村恭一, 菅野晴夫, 高木国夫ほか: 胃の潰瘍と癌の因果律—陥凹性早期胃癌の問題点一. 胃と腸 6: 145—156, 1971
- 8) 安井 昭, 西田佳昭, 渋沢三喜ほか: 胃潰瘍癌における悪性サイクル説. 昭和医誌 44: 157—162, 1984
- 9) Stromeyer F: Die pathogenese des ulcus ventriculi zugleich ein beitrag zur frage nach den beziehungnen zwischen ulcus U. Carcinoma. Ziegler Beitr Zur Path Anat 65: 1—67, 1912
- 10) Konjetzney GE: Der oberflächliche schleimhaut krebs der magens. Chirurg 12: 21—86, 1942
- 11) 村上忠重, 安井 昭, 一瀬 裕ほか: 早期胃癌と慢性胃炎. 臨と研 50: 43—48, 1973
- 12) 市川平三郎, 山田達哉, 堀越 寛ほか: 胃潰瘍の良・悪性の鑑別診断—鑑別に際しての 5 段階の提唱一. 胃と腸 8: 1163—1172, 1973