

胃神経鞘腫の3例

東京都立府中病院外科

小林 国力 村田 宣夫 南 智仁 増子 宣雄
佐藤 富良 小野寺時夫 矢沢 知海

THREE CASES OF NEURINOMA OF THE STOMACH

Kokuriki KOBAYASHI, Nobuo MURATA, Tomohito MINAMI,
Nobuo MASHIKO, Tomiyoshi SATO, Tokio ONODERA
and Chikai YAZAWA

Dept. of Surg. Tokyo Metropolitan Fuchu Hospital

索引用語：胃神経鞘腫，胃粘膜下腫瘍

はじめに

神経鞘腫は末梢神経の Schwann 細胞から発生する腫瘍であり，消化管，中でも胃に発生するものはこれまで多くの報告がなされている。しかし，胃神経鞘腫の X線検査・内視鏡検査による術前診断は困難であり，多くは単に胃粘膜下腫瘍という診断のもとに手術が施行され，術後の病理組織検査で神経鞘腫と判明することが多く，現在なお，外科手術上問題の残されている領域である。

最近著者らは，悪性1例を含む胃神経鞘腫3例を経験した。症例の概要を記すとともに，本邦報告例をもとにして，その診断・治療方針などについて考察を加えた。

症 例

症例1. 71歳，男子。

主訴：特になし。

既往歴・家族歴：特記すべきものはない。

現病歴：昭和47年2月胃集団検診で胃ポリープを指摘された。以後定期的に東京都ガン検診センターで検査を受けていた。昭和57年より当院内科で経過を観察していた。昭和58年10月ポリープの増大傾向を認め，悪性化が疑われて，手術を行うこととなった。

入院時現症：特に異常を認めない。

入院時検査成績：血算・血液化学・検尿に特に異常を認めない。

胃 X線所見：胃体上部後壁に，4×3cm，表面平滑な

図1 症例1の胃 X線像。体上部後壁に，表面平滑な隆起性病変を認める。



隆起性病変を認めた(図1)。

胃内視鏡所見：胃体上部後壁に，表面平滑で，粘膜面正常な山田III型の隆起性病変があり，その表面には潰瘍・陥凹などは認めなかった。生検では正常粘膜であった(図2)。

胃 X線・内視鏡所見より胃粘膜下腫瘍と診断。手術を施行した。

手術所見：(昭和58年10月19日)胃体上部後壁に径約3cmの球状の硬い腫瘤を認めた。漿膜面は正常で，他臓器との癒着は認めなかった。粘膜を切開して腫瘤

<1986年6月16日受理>別刷請求先：小林 国力
〒399-15 長野県下伊那郡阿南町北条2009-1 長野
県立阿南病院外科

図2 症例1の胃内視鏡像。体上部後壁に、山田III型の粘膜下腫瘍を認める。

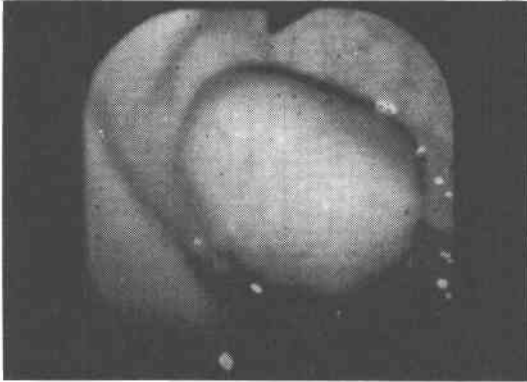
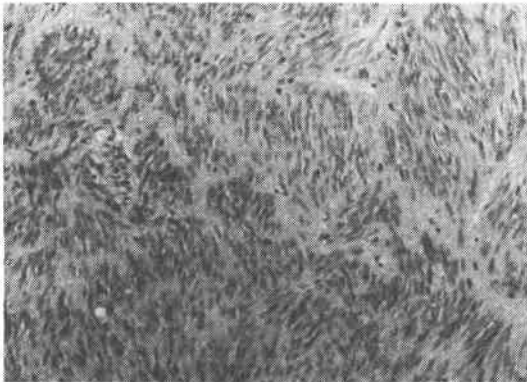


図3 症例1の病理組織像。悪性神経鞘腫(×100, HE染色)



を核出した。術中の迅速組織診では、神経鞘腫で悪性像はないと診断されたため、核出のみで閉腹した。

病理組織所見：長紡錘形の細胞が渦流状に配列し、palisade配列も見られ、神経鞘腫の像であるが、細胞密度が高く、核分裂像の増加が見られ、組織学的に悪性神経鞘腫と診断された(図3)。しかしながら組織学的悪性度は低く、核出術のみで病巣は完全に除去されており、追加手術は行わなかった。

症例2。58歳、男子。

主訴：心窩部痛。

既往歴：Basedow病(昭和47年)、現在は症状なし。

家族歴：特記すべきことはない。

現病歴：昭和58年6月より心窩部痛あり、当院内科で胃角部の潰瘍として経過観察を受けていた。同年12月内視鏡で噴門直下に胃粘膜下腫瘍が発見され、以後経過観察をした。昭和59年12月内視鏡によるポーリン

グ生検で神経線維腫と診断され、悪性を否定できず、昭和60年2月手術を行うこととなった。

入院時現症：心窩部に軽度の圧痛を認める以外特に異常を認めない。

入院時検査成績：血算・血液化学・検尿に特に異常を認めない。

胃X線所見：噴門直下後壁寄りに径2cmの表面平滑で、立ち上がりのなだらかな隆起性病変を認めた。

胃内視鏡所見：昭和59年10月の内視鏡検査では、噴門直下後壁に山田I型、表面平滑な隆起性病変を認めた。同年12月内視鏡的にポーリング生検を施行したあとの検査では、中央に陥凹を認めた。

手術所見：(昭和60年2月18日)胃噴門部後壁に小指頭大の硬い腫瘤を触知した。粘膜切開をして腫瘤を核出。術中の迅速組織診では良性の神経鞘腫と診断され、核出のみで閉腹した。

病理組織所見：長紡錘形の細胞からなる腫瘍で、背景にはmyxoid変性が強いが、良性の神経鞘腫と診断された。

症例3。52歳、女子。

主訴：特になし。

既往歴・家族歴：特記すべきことはない。

現病歴：昭和60年7月胃集検で異常を指摘され、精査の結果、胃穹隆部前壁小弯側の胃粘膜下腫瘍と診断された。同年8月17日紹介され当科受診。9月5日手術目的で入院した。

入院時現症：右単径ヘルニアを認める以外特に異常を認めない。

入院時検査成績：血算・血液化学・検尿に特に異常を認めない。

胃X線所見：胃穹隆部前壁小弯寄りに3×2.5cmの表面平滑な隆起性病変を認めた。

胃内視鏡所見：噴門直上前壁に山田III型、表面平滑で、bridging foldを伴った隆起性病変を認め、胃粘膜下腫瘍と診断した。

手術所見：(昭和60年9月9日)胃穹隆部前壁にやや硬い母指頭大の腫瘤を触知。漿膜を切開し、腫瘤を核出した。術中迅速組織診で良性の神経鞘腫と診断され、核出のみで閉腹した。

病理組織所見：長紡錘形の細胞からなる腫瘍で、palisade配列やVerocay bodyも見られ、良性の神経鞘腫と診断された。

なお3例とも、Azan染色・銀染色により組織学的に筋原性のものは否定された。また3例とも術後経過は

表1 胃神経鞘腫の年齢・性別頻度

年齢	男	女	計
0~10			
11~20		1	1
21~30			
31~40	2		2
41~50	5	4	9
51~60	5	9	14
61~70	2	11	13
71~	3	7	10
計	17 (35%)	32 (65%)	49 (100%)
不明			4

順調で、それぞれ術後2年4カ月・12カ月・5カ月の現在、健在である。

考 察

胃の非上皮性腫瘍のうち、神経鞘腫の占める割合は、大井ら¹⁾によると482例中30例・6.2%、浅木ら²⁾によると912例中65例・7.1%である。胃神経性腫瘍のうちでは、神経鞘腫が最も多く、Palmer³⁾によれば、胃神経性腫瘍263例中181例で68%、本島ら⁴⁾によれば、125例中103例・82%である。

1973年5月より1984年5月までの12年間に著者らの集計しえた範囲では、胃神経鞘腫の本邦報告例は53例であった。以下これらの症例について検討を加える。

性別頻度：記載の明らかな49例中、男17例・35%、女32例・65%であり、Palmer³⁾、本島ら⁴⁾とほとんど同様の傾向を示し、女性にやや多い(表1)。

年齢別頻度：最年少11歳より最年長79歳までの各年齢層に見られるが、40~60歳台に多い。Palmer³⁾は40~50歳台、本島ら⁴⁾は40~60歳台に多いと述べている(表1)。

主訴：Palmer³⁾・本島ら⁴⁾によると、出血・腹痛・腹部腫瘤が主症状だとされている。著者らの集計した53例中不明8例を除く45例については、出血7例・16%、腹痛18例・40%、腹部腫瘤9例・20%であった。しかし特に症状のないものが12例・27%あり、胃集検などが熱心に行われるようになったためと思われる。

術前診断：術前に神経鞘腫と診断のついたものは1例のみであった。腫瘤内に空洞形成がみられ、ここからの生検で診断されている⁵⁾。術前診断は単に胃粘膜下腫瘍とされたものが最も多く、不明14例を除く39例

表2 胃神経鞘腫の大きさ

最大径 (cm)		(例数%)
~1.0	0	(0%)
1.1~3.0	4	(9%)
3.1~5.0	17	(40%)
5.1~7.0	5	(12%)
7.1~10.0	9	(21%)
10.1~15.0	5	(12%)
15.1~20.0	1	(2%)
20.1~25.0	1	(2%)
25.1~	1	(2%)
計	43	(100%)
不明	10	(3)

中30例・77%であった。他は胃癌(3例)、胃肉腫(2例)、平滑筋腫・後腹膜腫瘤・卵巣嚢腫(各1例)などの術前診断であった。このように胃神経鞘腫の術前診断は極めて困難であり、胃X線検査および内視鏡検査では、他の胃粘膜下腫瘍との鑑別はむづかしく、また良悪性の鑑別もむづかしい。胃X線・内視鏡以外に血管造影を施行した報告もある^{6)~11)}。神経鞘腫の特徴は、左右胃動脈の拡張と腫瘍部の血管増生が認められる点であるとする報告が⁶⁾⁷⁾⁹⁾¹¹⁾多い。しかしこれに対して、腫瘍部の血管増生を認めないとするものもあった⁸⁾。中塚ら⁹⁾によれば、胃神経鞘腫の血管造影像の報告がまだ少ないことと、その特徴が平滑筋腫瘍のものと同通っていることより、血管造影による鑑別診断は現時点では困難としている。

占居部位：記載の明らかな44例中上部14例・32%、中部21例・48%、下部9例・26%、同様に34例中前壁9例・26%、後壁13例・38%、大弯4例・12%、小弯8例・24%と上・中部に多く、また大弯に少ない傾向を認める。

発育形式：内胃型・外胃型・混合型・胃壁内型の4型に分けると、35例中内胃型20例・57%、外胃型10例・29%、混合型4例・11%、胃壁内型1例・3%である。

大きさ：大きさの記載のある43例中最大径1.1~15.0cmのものが41例・93%であり、そのなかで3.1~10.0cmのものが31例・72%で大部分を占める。特に3.1~5.0cmのものが17例・40%と多い。Palmer³⁾・本島ら⁴⁾の集計でも最大径1~15cmのものが大部分を占め、1~5cmのものが特に多い(表2)。

悪性例：著者らの集計した53例中7例・13%に悪性の神経鞘腫が見られた。性別は男1例・女6例で女に多く、洲崎ら¹²⁾が悪性例に男が多いとしたのと異なる。年齢は40歳台1例、50歳台2例、60歳台2例、70歳台

2例と良性例とはほぼ同様の傾向である。大きさは、記載の明らかな4例中3例は最大径10cm以上であり、良性のものにくらべて大きい傾向を示すが、最大径4.5cmの悪性例の報告もあり、悪性例は必ずしも大きなもののみとは限らない。また肝転移、所属リンパ節転移を認めた症例の報告もある¹⁰⁾¹¹⁾。それらの主病巣のX線・内視鏡所見に特有のものはなく、良・悪性の鑑別は最終的に切除標本の病理組織診断にたよらざるをえないであろう。

治療：腫瘍の大きさ・部位により、腫瘤核出・楔状切除・胃切除・胃全摘などが行われている。前述のごとく胃神経鞘腫の術前診断は極めて困難であり、胃粘膜下腫瘍と診断されることが多い。著者らは、胃粘膜下腫瘍の手術適応として、中村¹⁴⁾、伊藤ら¹⁵⁾と同様に以下のように考えている。すなわち、①生検により悪性と診断された場合、②径が3~5cm以上のとき、または大きさの急速な増大や性状の変化など悪性が否定できない場合、③出血や狭窄をきたすもの、④厳密な経過観察ができないものなどである。胃神経鞘腫についても同様の方針でよいと思われる。手術術式は、術中所見および術中組織診で良性と診断された場合は、胃をなるべく温存する手術を、また悪性を強く疑う場合は、胃癌に準じたリンパ節郭清を行うべきと思われる。ただし本症例1においては、術後に悪性と診断されたが、著者らは組織学的悪性度・surgical edgeなどを考慮して、追加手術を行わなかった。実際多いと思われるこのような場合の治療方針は、残された課題であろうと思われる。

まとめ

胃粘膜下腫瘍の術前診断で手術を施行し、術中および術後の病理組織検査で1例は悪性、2例は良性の神経鞘腫と診断された3例を報告した。

また、過去12年間の本邦報告例をまとめ、診断・治療などに関する考察を加えた。

なお、本論文の要旨は第185回日本消化器病学会関東甲信

越地方会で報告した。

文 献

- 1) 大井 実, 三穂乙実, 伊東 保ほか: 非癌性胃腫瘍. 外科 29: 112-133, 1967
- 2) 浅木 茂, 渡辺重則, 岩淵仁寿ほか: 胃肉腫および胃粘膜下腫瘍(腫瘤も含む)の集計. Gastroenterol Endosc 17: 262-275, 1975
- 3) Palmer ED: Benign intramural tumors of the stomach: A review with special reference to gross pathology. Medicine 30: 81-181, 1951
- 4) 本島悌司, 鍋谷欣市, 花岡建夫ほか: 胃外性発育を呈した巨大胃神経鞘腫の1例. 日消外会誌 7: 616-620, 1974
- 5) 北川陸生, 脇屋義彦, 栗原 稔ほか: 術前に確診した胃 Neurinoma の1例. 日消病会誌 72: 56-57, 1975
- 6) 高場誠司, 中神和清, 小林玄彦ほか: 胃神経鞘腫の1例. 昭和医誌 35: 495-499, 1975
- 7) 巽 寿一, 横井 浩, 伊東則幸ほか: 外胃型の発育型を示した胃神経鞘腫の2治験例. 日生病医誌 6: 125-133, 1978
- 8) 倉田 悟, 植木幸一, 中原泰生ほか: 胃神経鞘腫の1例. 消外 3: 221-224, 1980
- 9) 中塚春樹, 高島澄夫, 古川 隆ほか: 胃神経鞘腫の1例. 臨放線 26: 969-972, 1981
- 10) 高橋健二, 浅香正博, 長瀬 清: 肝転移を来した胃悪性神経鞘腫の1例. 日消病会誌 79: 102-106, 1984
- 11) 栗山 洋, 宮本徳廣, 東 弘ほか: 胃神経鞘腫の1例. 日消外会誌 17: 783-786, 1984
- 12) 洲崎兵一, 犬尾武彦, 小俣照信ほか: 腸閉塞を起こした胃悪性神経鞘腫とその統計的観察. 日臨外医会誌 30: 613-614, 1969
- 13) 卜部元道, 権田厚文, 林田康男ほか: 食道胃接合部にみられた悪性神経鞘腫の1例. 胃と腸 18: 231-235, 1983
- 14) 中村輝久, 雷 哲朗: 胃粘膜下腫瘍. 臨と研 61: 100-105, 1984
- 15) 伊藤信義, 大石 泉: 胃粘膜下腫瘍(治療). 消外 5: 827-832, 1982