

胃壁内転移が巨大な粘膜下腫瘍様所見を呈した 粘膜下進展胃癌の1例

山梨医科大学第1外科, 中央検査部病理*

井上 慎吾 関川 敬義 松木 啓 野口 明宏
在原 文夫 前田 宜包 菅原 克彦 小山 敏夫*

A CASE OF SUBMUCOSAL INVADING GASTRIC CANCER WHICH THE INTRAMURAL METASTASIS WAS RESEMBLED TO BE A GIANT SUBMUCOSAL TUMOR

Shingo INOUE, Takayoshi SEKIKAWA, Kei MATSUKI,
Akihiro NOGUCHI, Fumio ARIHARA, Yoshikane MAEDA,
Katsuhiko SUGAHARA and Toshio OYAMA*

1st Department of Surgery, Yamanashi Medical College
*Department of Pathology of The Clinical Laboratory

索引用語: 壁内転移胃癌

われわれは早期胃癌の胃壁内転移巣が巨大発育し、胃粘膜下腫瘍様所見を呈した1例を経験した。胃癌の胃壁内転移の報告例は散見されるが¹⁾、転移巣が巨大化した症例は見られず、診断が困難であったまれな症例と思われるので若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

症例: 60歳, 男性。

主訴: 腹部腫瘍。

既往歴: 昭和38年, 高血圧。昭和45年, 左腎結核。

家族歴: 特記することはない。

現病歴: 昭和61年8月中旬ころより心窩部の腫瘍に気づくとともに、全身倦怠感、食欲不振が出現した。症状の改善が認められないため8月26日に近医を受診し、上部消化管X線検査で胃の異常を指摘され、9月16日に胃の精査・治療目的で当科に入院となった。なお、入院3日前より夕方ころに38度から39度台に及ぶ弛張熱が出現した。

入院時現症: 身長167cm, 体重53kgで2か月の間に6kgの体重減少があった。脈拍96回/分, 血圧138/90 mmHgであった。栄養状態はやや不良。眼瞼結膜に貧血はなく、眼球強膜に黄疸はない。表在リンパ節は触

知できず、胸部には特に異常所見は認めなかった。腹部所見では、心窩部に6×6cm大の可動性のある弾性硬で、圧痛のない表面が平滑な腫瘍を触知した。

入院時血液検査: 白血球数は $22.0 \times 10^3/\mu\text{l}$ と増加し、TPは5.0g/dl, Albは2.3g/dlと低値を示し、ALPは583mIU, LAPは105mIU, γ -GTPは141mIUで肝機能障害を示し、赤沈値は1時間値で75mm, 2時間値で120mmと亢進していた(表1)。

上部消化管X線検査: 二重造影では、胃体下部から前庭部中心に、内腔に突出する8cm大の大きな圧排像がみられ、それに接するように口側に表面が凹凸不整の約2×2cmの隆起性病変が見られた(図1a)。

上部消化管内視鏡検査: 胃体下部大弯側後壁に立ち上がり急峻で、表面が平滑な中心にわずかに不整な粘膜欠損を有する胃粘膜下腫瘍様の隆起性病変が見られ、その口側に凹凸不整な乳頭状のBorrmann 1型様の隆起性病変が見られた。

生検では、口側病変はpapillo-tubular adenocarcinomaであった。胃粘膜下腫瘍様病変では粘膜欠損部がわずかであったためか生検では異常所見は認められなかった(図1b)。

超音波内視鏡検査: 肛門側病変は胃体部後壁から大弯側にかけて粘膜を外方より圧排し、胃内腔に突出する内部エコーが不均一な腫瘍で粘膜層の連続性は欠如

<1989年5月8日受理>別刷請求先: 井上 慎吾

〒409-38 山梨県中巨摩郡玉穂町下河東1110 山梨医科大学第1外科

表1 入院時血液検査成績

末梢血		凝固系	
WBC	22.0×10 ³ /μl	PT	82.8%
RBC	4.09×10 ⁶ /μl	APTT	45.5秒
Hb	11.4g/dl	Fib	643.8mg/dl
Ht	35.1%	腫瘍マーカー	
Plt	331×10 ³ /μl	CEA	2.39ng/ml
		α-FP	3.50ng/ml
		CA19-9	18.38U/ml
TP	5.0g/dl	血沈	
Alb	2.3g/dl	1時間	75mm
Ch-E	0.36ΔPH	2時間	120mm
T. Bil	0.5mg/dl		
D. Bil	0.2mg/dl		
ALP	583mIU		
LAP	105mIU		
γ-GTP	141mIU		
LDH	414mIU		
GOT	26mIU		
GPT	67mIU		
BUN	23mg/dl		
Crt	0.6mg/dl		
Na	139mEq/l		
K	4.2mEq/l		
Cl	102mEq/l		

図2 腹部CT所見. 胃体部から前庭部にかけて壁外性に内部構造が不均一な充実性の腫瘍が認められる.

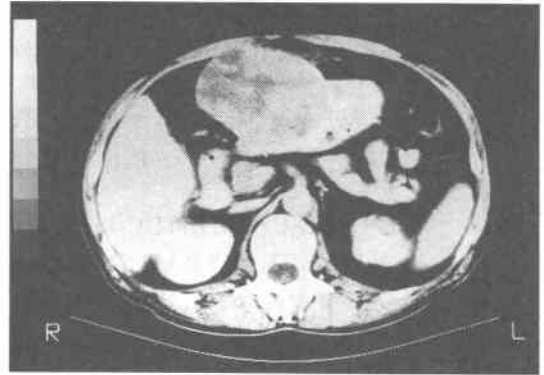


図3 腹部血管造影所見. 総肝動脈からの造影では右胃大網動脈が圧排された円形の hypovascular な領域が見られる (矢印).

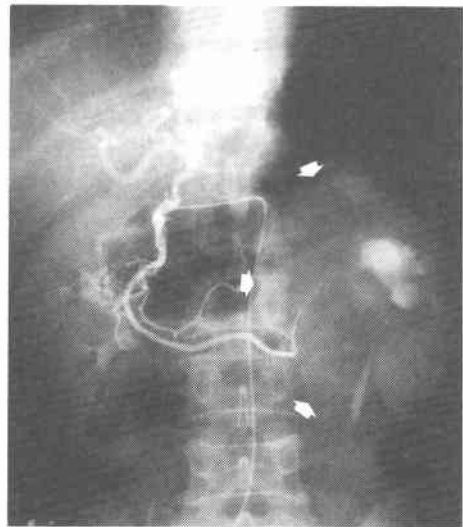
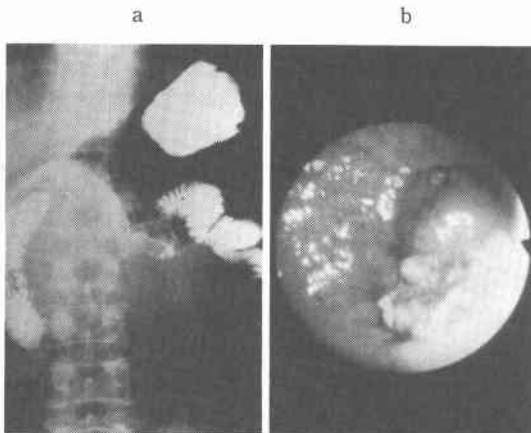


図1a (左) 上部消化管 X線所見. 胃内腔に突出する大きな圧排像とそれより口側に隆起性病変が見られる.

図1b (右) 上部消化管内視鏡所見. 胃体下部大弯側の粘膜下腫瘍様の隆起性病変とそれより口側に乳頭状の隆起性病変が見られる.



しており、胃粘膜下腫瘍の所見であった。口側病変は胃後壁の低エコーの隆起性病変であり、固有筋層が保たれていることより粘膜下までの早期胃癌の所見であった。

腹部computed tomography (以下CT) 検査：胃体部から前庭部前壁に腹側壁外性に、内部構造が不均一な9×7cmの充実性の腫瘍があり、粘膜下腫瘍が疑われた。肝転移、リンパ節転移は見られなかった(図2)。

腹部血管造影：腹腔動脈からの造影では、右胃大網動脈の末梢枝が円弧状に圧排された円形の hypovascular な領域が認められた (図3)。

以上の所見より術前診断は、口側病変は胃癌、肛門側病変は胃粘膜下腫瘍、特に胃平滑筋肉腫と診断し、昭和61年9月25日に手術を施行した。

術中所見：腹水や肝転移はなかった。胃体下部大弯

図4 切除標本。胃体下部大弯側に不整な粘膜欠損を有する立ち上がりがあり急峻な、主に壁外性に発達した腫瘤を認め、さらに口側に乳頭状の腫瘤が認められる。

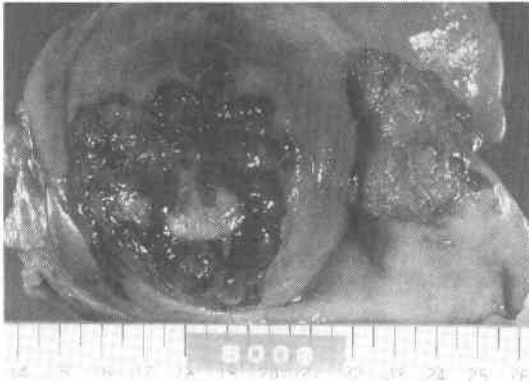
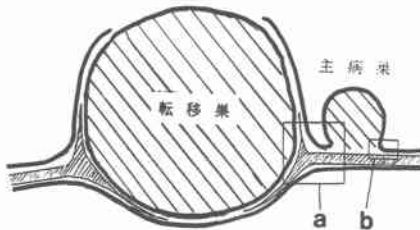


図5 切除標本の剖面模式図。aは図6aに、bは図6bに病理組織組織所見を示す。



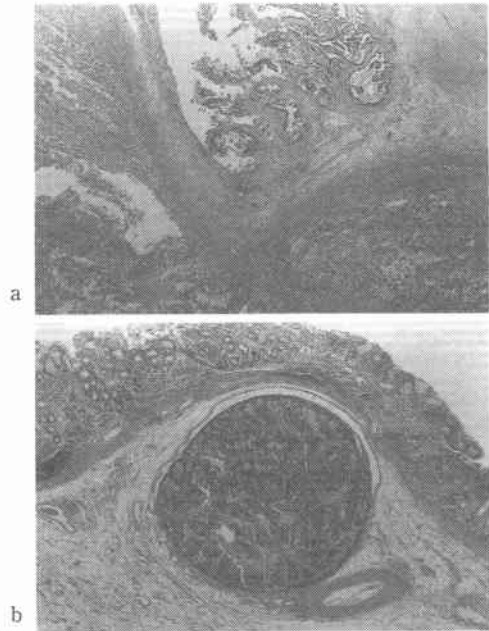
側を中心に径12cm大の表面がやや凹凸不整で暗赤色、弾性軟の腫瘤があり、リンパ節転移は胃癌取扱い規約によれば²⁾、③、④、⑥、⑦に認められた(以下の表現は胃癌取扱い規約による)。腫瘍部の胃体下部後壁は横行結腸に癒着し、腫瘍の浸潤が疑われたため、胃垂直全摘、横行結腸合併切除術を施行した。

切除標本：胃体下部大弯側に4×4cmの不整な粘膜欠損を有する9.5×9.5×8.0cmの立ち上がりがあり急峻な表面が整であり、主に胃壁外性に発達した弾性軟の腫瘤が認められた。さらにその口側に2×2cm大の乳頭状の腫瘤が認められた。横行結腸には腫瘤からの直接浸潤が認められた(図4、5)。

病理組織所見：右側の口側病変は組織学的には papillo-tubular adenocarcinoma で sm, ly₂, v₀, n₂ (+)の早期胃癌であった。左側の肛門側病変は潰瘍形成はあるが、潰瘍以外の部の粘膜は正常所見で、正常粘膜を筋層より内腔に圧排しており、同部粘膜由来とは考えにくかった。組織学的には papillo-tubular adenocarcinoma が混在する predominantly poorly differentiated adenocarcinoma であり巨大な粘膜下

図6a (上) 病理組織所見。左側、右側の病変は共に adenocarcinoma であり、組織学的に同一の部分認められ、両者の間には明らかな連続性はない。(H.E. ×40)

図6b (下) 病理組織所見。胃粘膜下に著明なリンパ管浸襲が認められる。(H.E. ×100)



腫瘍病巣は上皮性由来であった。さらに両者の病巣の間には明らかな連続性はなく、組織学的に同一の部分が見られること、口側病変の粘膜下に著明なリンパ管浸襲が見られることより、肛門側の病巣は口側の病巣である早期胃癌からリンパ行性に胃壁内転移をきたし、胃粘膜下腫瘍に増殖腫大したと考えられた(図6)。

術後経過：術後合併症もなく昭和61年10月20日に退院した。その後10月27日より38度台の発熱がみられるようになり、11月6日再入院となった。検査の結果、白血球数は $35.8 \times 10^3 / \mu\text{l}$ と増加し、初回入院時、手術時の腹部CTや超音波検査では正常であった肝臓に多発性の転移が疑われた。発熱はさらに40度台に達し、入院後も白血球数は $77.5 \times 10^3 / \mu\text{l}$ と増加し、2回目のCTでは疑われていた肝転移病巣の急速な増大と転移巣内の壊死がみられ、11月26日に播種性血管内凝固症候群を併発し死亡した。剖検は行われなかった。

考 察

一般に胃癌の胃壁内転移は、胃の原発巣が粘膜下層や漿膜下層のリンパ管網や静脈網を通じて原発巣と離れた粘膜下や漿膜下に転移巣を形成するもので、原発

巢、転移巢は組織学的に同一であり、病巣間に連続性はあってはならないと定義されている。本症例では第1に口側の主病巣の組織型はpapillotubular adenocarcinomaであり、肛門側の胃粘膜下腫瘍様の副病巣の組織型は、papillotubular adenocarcinomaが混在したpredominantly poorly differentiated adenocarcinomaであり、組織学的に同一の部分が見られたこと、第2に両病巣間には全割標本で連続性がみられなかったこと、第3に主病巣の粘膜下に著明なリンパ管侵襲が見られたことより主病巣である口側の早期胃癌がリンパ行性に胃壁内に転移し胃粘膜下腫瘍様病巣が形成されたと考えられた。

胃癌の胃壁内転移の報告例として特異な報告を述べると、増田らは胃前庭部から胃体中部にかけて発生した5つの胃癌のうち1つが粘膜下に存在した胃壁内転移巣だとしている。加藤¹⁾は前庭部の胃癌に対して胃亜全摘術を施行したところ6cm離れた口側断端の粘膜下層に癌が存在し、胃壁内転移巣と判断し追加切除を施行したとしている。佐藤²⁾は胃体中部のIIc型早期胃癌の診断で開腹したが、高度のリンパ節転移を認めたために胃全摘術を施行した例では、体中部のsm胃癌以外に胃粘膜筋板、粘膜下層を中心に広範かつ高度のリンパ管浸潤を伴った壁内転移を認めたとしている。

以上のように特殊な胃癌の壁内転移の報告例が3例みられるが、本症例では術前にすでに肛門側病巣が口側の主病巣より大きくなっていた状態で指摘されたため、胃粘膜下腫瘍、特に胃平滑筋肉腫を最も疑い、主病巣からの壁内転移と診断することが困難であった。

次に、生検などにより組織学的に胃癌と診断できた場合、副病巣が粘膜面に浸潤していれば多発胃癌との鑑別が問題となるほか、主に胃外発育をしていけば異所性腺管から発生した胃癌との鑑別が問題となる。多発胃癌では早期胃癌が関与する頻度が多く、類似した肉眼型および組織型を示す傾向が指摘されている³⁾。また多発胃癌では主病巣は副病巣に比較しリンパ管侵襲、静脈浸襲の程度がやや強いとの報告や副病巣が主病巣より長軸方向に5cm以内の距離に集中するという報告⁴⁾もあることから本症例とかなり類似点がみられる。しかし多発胃癌は胃粘膜上皮より浸潤していくのに対して、本症例では粘膜下より粘膜面に向かい圧排増殖している点から、多発胃癌とは鑑別されうると考えられる。

異所性腺管由来の胃癌は松田⁵⁾によると胃壁の筋層あるいは漿膜下にある異所性胃粘膜に発生した癌が壁外性に発育したものであるとし、岩永⁶⁾は切除胃癌の組織学的検索では2.5%に異所性腺管の併存を認め、本病変がprecancerous lesionとして注目されると述べている。また小澤⁷⁾は壁外発育を主とする胃癌は本質的に異なる母地から発生した可能性があるが、実際には腫瘍が大きな腫瘤になって初めて指摘されるため、その発生母地を推定するのは困難としている。本症例では副病巣が巨大となりすぎたため副病巣からだけでは胃癌の胃壁内転移巣か胃粘膜下の異所性腺管からは発生したものは鑑別できない。しかし、主病巣と組織学的に同一の部分があること、主病巣周囲にリンパ管浸潤が著明に見られることより鑑別されたと考えられる。

以上のように早期胃癌の胃壁内転移が胃粘膜下腫瘍様所見を呈した本症例では、その術前診断、また確定診断において転移か別の病巣かの鑑別が困難な点がある。さらに、近年多発胃癌が増加傾向にあること³⁾、またさらに胃壁内転移症例も見られることが推定されるので、胃切除の際にはその切除断端の病変、あるいは残胃の胃壁内転移巣や多発病巣の有無について詳細な検索が必要になる。

まとめ

早期胃癌の胃壁内転移が巨大な胃粘膜下腫瘍様所見を呈した1例を経験し、若干の文献的考察を加え治療上留意すべきことを報告した。

なお本症例は、第1回日本消化器病学会甲信越地方会(昭和62年8月、新潟)において発表した。

文 献

- 1) 加藤岳人, 秋田幸彦, 七野滋彦ほか: 興味ある胃壁内転移を呈し再手術を施行した胃癌の1例. 八千代病紀 4: 37-40, 1984
- 2) 胃癌研究会: 胃癌手術の記載について. 胃癌取り扱い規約. 11版. 金原出版, 東京, 1985, p2-29
- 3) 伊藤順造, 高橋俊雄: 多発早期胃癌からみた胃切除線の検討. 外科診療 58: 992-995, 1982
- 4) 松田滋明, 榊原 宣, 鈴木博幸ほか: 巨大な胃外発育を示した胃癌の2例. 日消外会誌 9: 134-137, 1976
- 5) 岩永 洞: 多発性胃壁内のう腫と胃癌との関連性. 医のあゆみ 84: 492, 1972
- 6) 小澤正則, 杉山譲, 森田隆幸ほか: 胃粘膜下層に発生した巨大な癌腫の1例. 日消外会誌 17: 95-98, 1984
- 7) 城所 仵, 熊谷一秀: 多発胃癌. 城所 仵編. 胃癌の臨床. 1版. へるす出版, 東京, 1983, p598-609