

慢性胃蜂窩織炎の2例

福岡大学医学部外科学第2講座 *国立福岡中央病院外科

酒井 憲見 朔 元則* 内藤 英明

神代龍之介 犬塚 貞光

肺炎が誘因と思われる慢性胃蜂窩織炎の2例を経験した。

症例は65歳, 男性および70歳, 男性で術前スキルス胃癌が疑われた。術中所見でも胃壁は著明に肥厚し, 脾体部と強く癒着し, 胃全摘を施行した。しかし切除標本の病理組織診断は慢性胃蜂窩織炎であった。

胃蜂窩織炎はきわめてまれな疾患であり, 術前に診断されることはまれである。特にスキルス胃癌との鑑別診断は非常に困難であり, 本疾患の存在を熟知しておくことが必要である。

Key words: chronic phlegmonous gastritis, scirrhous carcinoma, pancreatitis

はじめに

慢性胃蜂窩織炎はきわめてまれな疾患であるうえ特にスキルス胃癌との術前鑑別診断はしばしば困難とされる。われわれは最近, 肺炎が誘因と思われる慢性胃蜂窩織炎の2例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

症例1

患者: 65歳, 男性。

主訴: 腹部膨満感, 食欲不振, 下腹部痛。

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 高血圧, 狭心症。

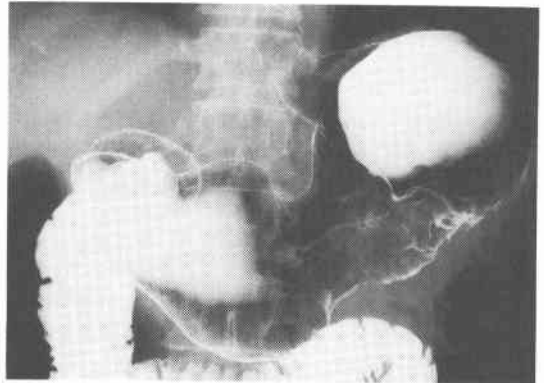
現病歴: 1980年12月に下腹部痛出現し近医にて慢性肺炎の診断を受けた。その後腹部膨満感, 食欲不振, 黒色便が続いたため1981年6月胃透視で胃体上部に異常陰影を指摘され同年7月入院した。

臨床検査所見: 末梢血検査では白血球5,400, 赤血球 240×10^4 , 色素7.2g/dlと貧血を認めた。血液生化学検査では蛋白5.9g/dl, アルブミン3.5g/dl, 肝機能, 電解質には異常は認められなかったが, 血清アミラーゼ738U/lと増加していた。

胃透視所見: 胃体中部を中心に狭窄がみられ大弯の辺縁は不整で硬化像を認めた (Fig. 1)。

胃内視鏡所見: 同部位には肥厚した皺襞を伴う半球状の粘膜下腫瘍を思わせる腫瘤を認めたが, 表面に潰

Fig. 1 Upper gastrointestinal series of case 1 shows thickening of gastric wall and narrowing of gastric body.



瘍, 出血, ビランなどはみられなかった。また, 胃内視鏡生検の結果, 粘膜の腸上皮化生と炎症細胞浸潤を認めたが悪性所見は得られなかった。しかし, 胃透視所見でスキルス胃癌を完全に否定できなかったことから1981年8月開腹手術を行った。

手術所見: 胃体部後壁はびまん性に肥厚し手拳大の腫瘤状となり, 脾体部と強固に癒着していたことから, 脾への直接浸潤を伴うスキルス胃癌と診断し胃全摘, リンパ節郭清, 脾体尾部合併切除を行った。

切除標本: 胃体部後壁に著明な壁肥厚と固有筋層内に嚢胞形成を認めたが粘膜面には潰瘍やビランなどを認めなかった (Fig. 2, 3)。

病理所見: 粘膜構造はよく保たれているが粘膜下層

<1989年11月8日受理>別刷請求先: 酒井 憲見
〒814-01 福岡市城南区七隈7-45-1 福岡大学医学部第2外科

Fig. 2 Resected specimen of case 1.

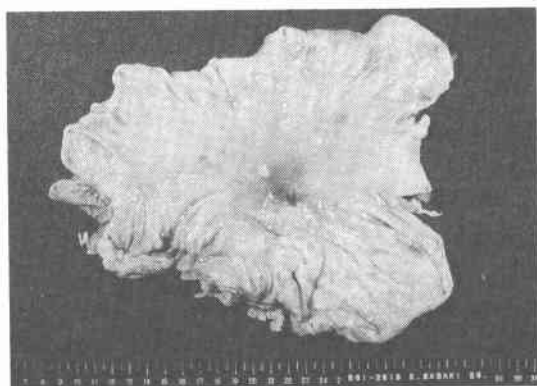
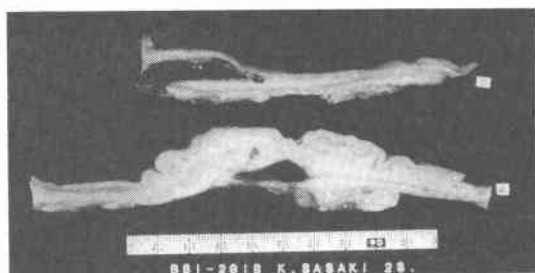


Fig. 3 Cross-section of resected specimen of case 1 shows diffuse and fibrous thickening of the wall with a cystic change.



以下に著明な線維化および慢性炎症細胞の浸潤により著しい肥厚をきたしていた(Fig. 4)。また固有筋層内の嚢胞は組織の融解壊死によると考えられた。

慢性膵炎の既往があり血清アミラーゼが増加していたこと、術中胃体部後壁と膵体部とが強固に癒着し、切除胃の病理所見より膵炎に続発した慢性胃蜂窩織炎と診断した。

症例 2

患者：70歳，男性。

主訴：上腹部不快感。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：1982年8月胆嚢摘出術。

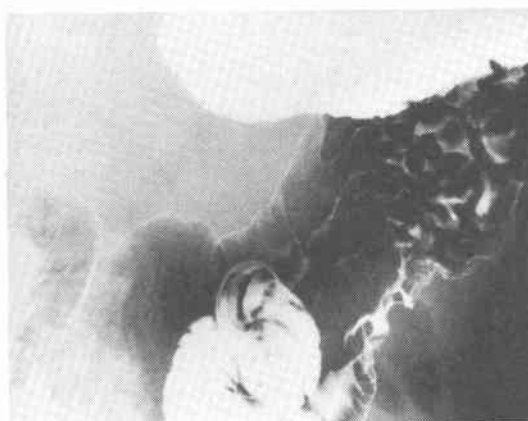
現病歴：1985年7月ころより時々上腹部不快感が出現した。1986年5月，近医受診し胃透視で異常を指摘され，同年6月精査目的にて入院した。

臨床検査所見：末梢血検査では白血球 $10,600$ ，赤血球 480×10^4 ，血色素 16.0g/dl と白血球増加を認めた。血液生化学検査では蛋白 7.9g/dl ，アルブミン 4.4g/dl ，肝機能，電解質には異常はみられなかったが，血清ア

Fig. 4 Microphotograph shows dense chronic inflammatory infiltration and fibrosis in the submucosa. (hematoxylin-eosin, $\times 40$)



Fig. 5 Upper gastrointestinal series of case 2.



ミラーゼ 317U/l ，尿中アミラーゼ $1,405\text{U/l}$ であり尿中アミラーゼが増加していた。

胃透視所見：胃角部小弯側に浅い陥凹病変を認めた。また胃体下部から中部にかけて後壁小弯側を中心にビマン性に壁肥厚し，狭小化を認めた(Fig. 5)。

胃内視鏡所見：胃角部に浅い陥凹病変を認めた。胃体部粘膜は浮腫状で，ビラン，出血を伴っていた。胃角陥凹部からの生検の結果 Group V, adenocarcinoma の病理診断を得，1986年6月手術を行った。

手術所見：胃体部後壁を中心にビマン性に壁肥厚を認め，膵体尾部と強く癒着していた。膵直接浸潤を伴うスキルス胃癌と診断し胃全摘術，膵体尾部合併切除，リンパ節郭清を施行した。

切除標本：胃体部大弯には壁肥厚，発赤，浮腫を認めたが粘膜面は比較的平滑であった。胃角部には $2.5 \times$

Fig. 6a Resected specimen of case 2.

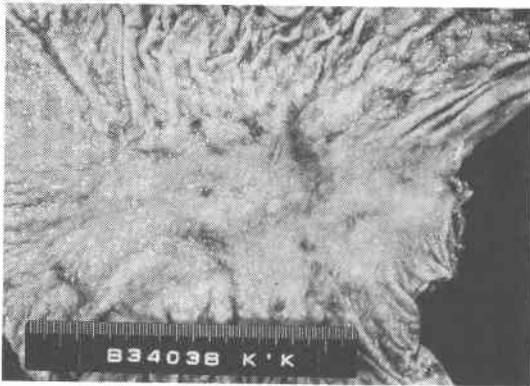
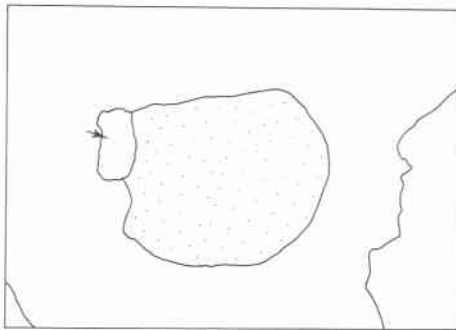


Fig. 6b It's scheme. Arrow indicating early cancer. Edematous change with erosion are recognized at the dotted area.



1.5cm 大の浅い陥凹病変を認めた (Fig. 6a, b).

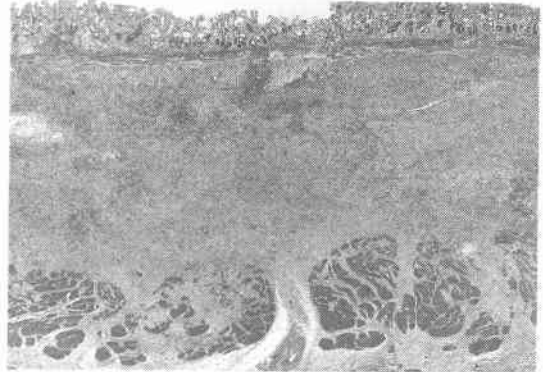
病理所見: 胃角部小弯の IIc 病変は一部粘膜下層に達する中分化型腺癌であり、リンパ節転移は認めなかった。胃角部小弯から噴門にかけて胃壁は線維性に肥厚しており、形質細胞、リンパ球、好酸球の浸潤を認めたが癌細胞は認めなかった (Fig. 7)。また同時に摘出した膵組織は腺胞の萎縮、消失および慢性炎症細胞を伴う線維増生が強く慢性膵炎の像であった。以上の所見から本症例は早期胃癌を伴う膵炎に合併した慢性胃蜂窩織炎と診断した。

考 察

胃蜂窩織炎は胃の全層に滲出性変化と炎症性細胞浸潤、浮腫などきたす比較的まれな疾患である^{1)~5)}。本症は臨床経過により急性、亜急性および慢性に分けられる^{1)~5)}。碓氷ら²⁾によると本邦では99例が報告されているが、約2/3が急性型であり、慢性型は比較的少ない。

胃蜂窩織炎の術前診断はきわめて困難であるとき

Fig. 7 Microphotograph of case 2 shows severe submucosal chronic inflammation with an intact mucosa. (hematoxylineosin, ×40)



れ、本邦報告例で術前診断がなされたものは6.4%に過ぎない¹⁾。すなわち急性型は悪寒、戦慄、発熱をとまなう上腹部痛、嘔気、嘔吐など腹膜刺激症状を伴って発症し、一兩日中に重篤な状態に陥いる。したがって、消化性潰瘍穿孔、急性胆嚢炎、急性膵炎、イレウスなどの急性腹症と術前診断されることが多い。一方、慢性型は上腹部痛、食欲不振、上腹部不定愁訴などを伴って発症し、一般に胃透視により幽門部の腫瘍性病変として発見されることが多く胃癌との鑑別が必要とされる^{1)~5)}。自験例の2症例とも慢性胃蜂窩織炎であるが主に胃体部に病変がみられた点でもさらにまれな症例である。

Konjetzny ら⁶⁾は胃蜂窩織炎を病理学的に全面的胃蜂窩織炎、部分的胃蜂窩織炎(び漫進行型、限局停止型)に分類しているが、報告例の大部分を占めるびまん型は、粘膜下層を中心とする炎症性浮腫により著明な胃壁の肥厚をきたし、粘膜皺襞も固く進展性がなくなる。一般に自然治癒の傾向は少なく、たとえ治癒しても粘膜下層の線維性肥厚、胃周囲組織との癒着、萎縮胃などをおこす。このため、胃透視所見上ではスキルス胃癌様の所見を呈するものと考えられる。自験例の2例では組織学的に粘膜構造はよく保たれ、粘膜下組織は線維化および慢性炎症細胞浸潤などによる著しい肥厚をきたし、慢性胃蜂窩織炎の組織像を呈していた。また術前に胃透視所見および内視鏡検査でスキルス胃癌と鑑別することはきわめて困難であったばかりか、術中所見においても肥厚した胃壁は膵前面と強く癒着しスキルス胃癌が強く疑われ、結果的に胃全摘およびリンパ節郭清を施行した。病理組織診断で始めて

慢性胃蜂窩織炎と診断された。

本症の原因としては胃癌、胃潰瘍、胃炎などの胃疾患や異物、薬、毒物などによる胃粘膜損傷に起因すると考えられる原発性のものと、心内膜炎骨髄炎、肺炎、胆嚢炎など他臓器からの炎症が波及して生じる続発性のものに分けられる。しかし全く成因不明の特発性のものも報告されている。自験例では2例とも血中、尿中アマラーゼが高値であり手術所見で胃体部後壁と膵が線維性に強く癒着していたこと、摘出膵組織は慢性膵炎の像を呈していたことから臨床的、病理組織学的に膵炎に続発して生じたものと考えられた。

治療は保存的には抗生物質投与、胃内容持続吸引、手術的には切開排膿、胃切除術、胃全摘術などがあげられる。丸野ら¹⁾、碓氷ら²⁾によると急性型、慢性型ともに胃切除術の成績が良好であったと報告されている。自験例は2例とも周囲組織との慢性の癒着があり癌性浸潤と疑い、膵体尾部合併切除が行われた。過大手術を避けるためにはスキルス胃癌の鑑別診断として慢性胃蜂窩織炎を常に念頭においておくことが痛感され

た。

文 献

- 1) 丸野 要, 上田和毅, 梅北信孝ほか: 胃蜂窩織炎; 症例報告と本邦報告例の分析. 臨外 36: 253—256, 1981
- 2) 碓氷章彦, 蜂須賀喜久男, 山口晃弘ほか: 亜急性び慢性胃蜂窩織炎の1例. 臨外 38: 541—546, 1983
- 3) 桑田克也, 米山千尋, 北村和也ほか: 上腸間膜動脈性十二指腸閉塞に合併した胃蜂窩織炎の1例. 消外 11: 645—648, 1988
- 4) Shih Tse Chen, Kawai S, Matsumoto H et al: Acute diffuse phlegmonous gastritis. Jpn J Surg 10: 155—158, 1980
- 5) Cowan SS, Sarlin GJ, Mori K et al: Phlegmonous gastritis; report of a case. Mount Sinai J Med 50: 417—419, 1983
- 6) Konjetzny GE: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Vol 4. Edited by Henke F, Lubarsch O. Springer, Berlin, 1928, p768—1116

Chronic Phlegmonous Gastritis —Report of Two Cases—

Toshimi Sakai, Motonori Saku*, Hideaki Naitoh, Ryunosuke Kumashiro and Sadamitsu Inutsuka
Second Department of Surgery, School of Medicine, Fukuoka University
*National Fukuoka Central Hospital

Two cases of chronic phlegmonous gastritis treated surgically after pancreatitis are reported. The patients were 65-year-old man and 70-year-old man, who underwent total gastrectomy under the preoperative diagnosis of gastric carcinoma of the scirrhus type. The intraoperative finding confirmed the diagnosis of gastric carcinoma because of the markedly thickened and rigid gastric wall tightly adhering to the pancreas body. However the histological diagnosis of the resected specimen of the stomach was phlegmonous gastritis of the chronic type. Chronic phlegmonous gastritis is exceeding rare and it is often difficult to differentiate it from gastric carcinoma preoperatively. It is considered that gastrectomy is the best method for treating chronic phlegmonous gastritis.

Reprint requests: Toshimi Sakai Second Department of Surgery, School of Medicine, Fukuoka University
7-45-1 Nanakuma, Jounann-ku, Fukuoka, 814-01 JAPAN