

スキルス胃癌との鑑別が困難であった胃蜂窩織炎の1例

小海赤十字病院外科, *富山医科薬科大学第2外科

東山 考一 永瀬 敏明 藤巻 雅夫*

胃潰瘍が成因と思われスキルス胃癌との鑑別が困難であった慢性び慢性胃蜂窩織炎の1例を経験したので報告する。

患者は64歳男性。肺炎の診断で当院内科入院中吐血で発症。胃造影X線検査および胃内視鏡でスキルス胃癌を強く疑われたが胃生検上悪性所見は得られなかった。手術所見では胃は手拳大に萎縮しており胃全摘・脾合併切除術を行った。病理所見では広範囲に潰瘍が広がり胃壁の線維性肥厚と著明な形質細胞の浸潤を認め慢性胃蜂窩織炎の診断を得た。

胃蜂窩織炎はまれであり極めて診断困難な疾患であるが、診断にあたってはまず本症の存在を念頭におく必要があると痛感した。

Key words: phlegmonous gastritis, scirrhus carcinoma, preoperative diagnosis

はじめに

胃蜂窩織炎はまれであり術前診断の難しいとされる疾患であるが^{1)~7)}、最近われわれは胃潰瘍が成因と思われ術前スキルス胃癌との鑑別が困難であった慢性び慢性胃蜂窩織炎の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者: 64歳, 男性, 農業を営む。

主訴: 全身倦怠感, 食欲不振。

家族歴: 特記事項なし。

既往歴: 52歳時外傷性てんかん。60歳よりアルコール性肝障害を指摘されている。また62歳時に外傷性血胸のため入院。

現病歴: 日常アルコールを好み40年間毎晩コップ2杯以上の焼酎を飲み続けていた。1990年3月初旬より全身倦怠感, 食欲不振出現した。3月15日夕食摂取後, 極度の脱力感のため起き上がれなくなり救急車で来院となった。

入院時現症: 体格は小柄, 顔面やや蒼白で, 眼球結膜に貧血あり。血圧98/60mmHg, 体温36.5℃, 脈拍30×4/分。神経学的に異常所見はなく, 腹部には軽度の腹満感を訴えていた。

検査成績: 末梢血検査ではWBC 12,600/mm³, PLT 4.4×10⁴/mm³と, 白血球の増加と血小板の減少

Table 1 Laboratory data at the admission

WBC	12600 /mm ³	BUN	45 mg/dl
RBC	377×10 ⁴ /mm ³	Cre	2.2 mg/dl
Hb	13.8 g/dl	Na	137 mEq/l
Ht	39.7 %	K	3.1 mEq/l
Plt	4.4×10 ⁴ /mm ³	Cl	106 mEq/l
		Ca	8.4 mg/dl
T.P	4.3 g/dl	CRP	6(+)
Alb	2.8 g/dl	HBs-Ag	(-)
GOT	156 IU/l	HBs-Ab	(-)
GPT	46 IU/l	TPHA	(-)
LDH	566 IU/l	CEA	1.2 ng/ml
ALP	149 IU/l	CA19-9	6 U/ml
γ-GTP	326 IU/l		
LAP	107 IU/l		
T.Bil	1.6 mg/dl		
TTT	0.1 KU		
ETP	0.2 KU		

を認め、血液生化学検査では総蛋白とアルブミンの低下、肝機能障害と腎機能低下および低カリウム血症を認めた (Table 1)。

腹部単純X線写真: 著名に拡張した胃と多量の残渣を認め、大腸ガスも増加していた (Fig. 1)。

胸部単純X線写真: 右中下肺野に網状陰影を認めたため肺炎の診断で当院内科入院となった (Fig. 2)。

入院後翌3月16日夜、突然の嘔気とともに約400mlの吐血出現したためレビンチューブ挿入し保存的に止血を図った。以後出血は止まったが、経過中呼吸状態は悪化し血小板は0.9×10⁴/mm³まで減少した。重症肺炎による汎発性血管内血液凝固症の診断で集中治療を行い、呼吸状態の改善を待って胃の精査を行った。

胃内視鏡所見: 4月3日の所見では、胃体上部から

Fig. 1 Plain abdominal x-ray. Stomach is dilated and gas is seen in the large bowel.



前庭部にかけて広範囲に不整形の浅い潰瘍が広がり白苔の付着を伴っていた (**Fig. 3a**)。潰瘍周囲からの生検では、壊死組織と炎症性細胞浸潤を認めたが悪性所見は得られなかったため H_2 -blocker などの保存的治療により経過を見ていたところ4月下旬頃から次第に胃の狭窄症状が出現した。

胃造影 X 線検査所見：5月7日の所見では胃体上

Fig. 2 Plain chest x-ray shows reticular shadow in the right middle and lower lung field.



部から幽門にかけて大彎・小彎ともに壁の硬化と不整像を認め、あたかも胃切除後の残胃のごとく著明に萎縮していた (**Fig. 4**)。

さらに5月26日の内視鏡所見では壁の伸展性は失われ、ほぼ胃全体にわたって潰瘍とびらんが存在し易出血性であった。胃体下部から前庭部にかけて著明な狭窄を認めファイバーの通行は不能であった (**Fig. 3b**)。胃造影 X 線検査所見と合わせてスキルス胃癌を強く疑ったが20か所におよぶ生検の結果は形質細胞を主とする肉芽組織がほとんどで、極少数の異型細胞も見られたが悪性所見の確診は得られなかった。また超音波検査、computed tomography (CT) 検査上リンパ節および肝臓に転移を思わせる所見はなかった。

Fig. 3 Gastroendoscopic findings show large shallow ulceration from the upper body to antrum of the stomach (a), wall rigidity and narrowing of the stomach (b).

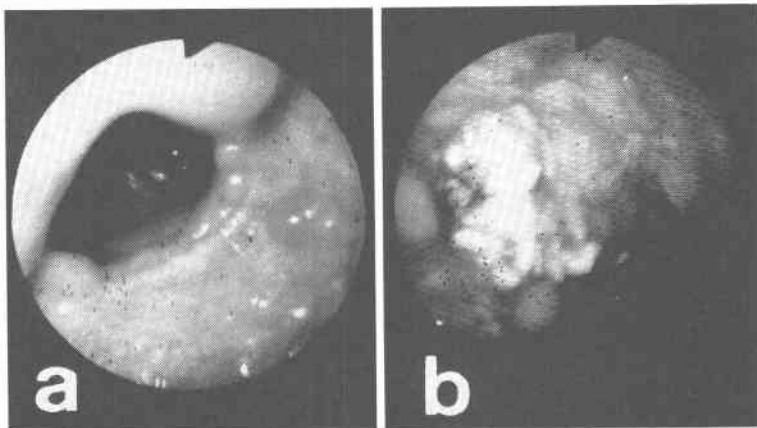


Fig. 4 Upper GI series shows irregular ulceration from the upper body to the antrum. And the whole stomach is atrophied just as remnant stomach with gastrectomy.

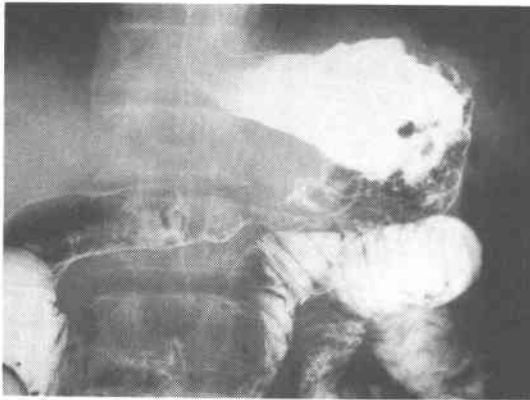
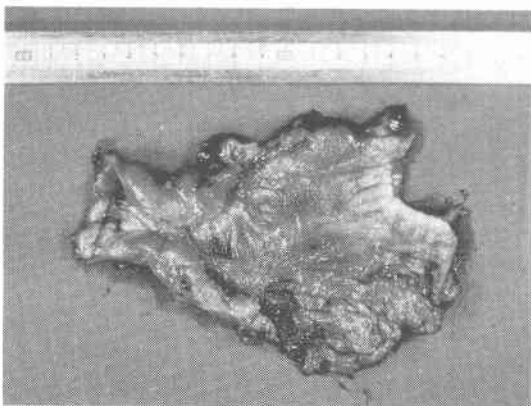


Fig. 5 Gross appearance of resected specimen of the stomach shows large shallow ulcer from greater curvature to lesser curvature.



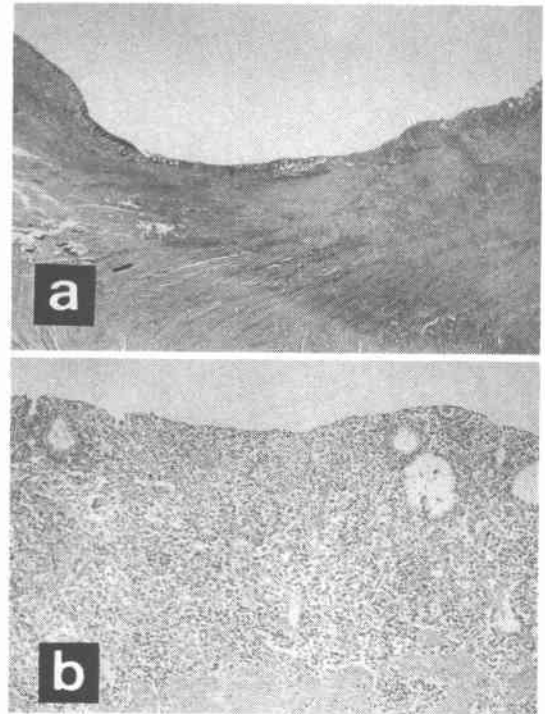
しかし、スキルス胃癌を完全に否定できずまた胃の狭窄症状も認められるため6月12日手術を施行した。

手術所見：腹水見られず肝にも異常なし。胃は手拳大に著明に萎縮し、壁全体の肥厚を認め、肝左葉・横行結腸・脾・脾に囲まれるように癒着していた。しかし、剝離は比較的容易で所属リンパ節には転移を疑わせる所見はなく、また脾炎も認めなかった。スキルス胃癌を否定しきれず胃全摘・脾合併切除術を施行した。

切除標本：胃は著明に萎縮し、大彎側から後壁にかけて広範囲に不整形の潰瘍を認めた。胃壁は肥厚しているが、硬癌を思わせる硬さはなかった (**Fig. 5**)。

病理組織学的所見：漿膜側に達する深い潰瘍を認

Fig. 6 Histologically thickness of gastric wall by fibrosis (a; H.E. stain $\times 40$) and massive infiltration of plasma cell (b; H.E. stain $\times 100$) were seen.



め、周囲には広範囲に浅い潰瘍が広がり胃壁は線維性に肥厚していた (**Fig. 6a**)。潰瘍の浅層には著名な形質細胞の浸潤を認め、深層では組織球の浸潤が目立ち所々に核巨細胞も見られたが、悪性所見は認めなかった (**Fig. 6b**)。また組織標本のグラム染色では細菌は観察されなかった。

以上より、起炎菌は不明であったが、胃潰瘍を成因とした慢性び慢性胃蜂窩織炎と診断した。

術後は肺炎を合併したが保存的に軽快し退院となり、現在外来経過観察中である。

考 察

胃蜂窩織炎は粘膜下層を中心に胃全層に広がる非特異的化膿性炎症疾患であり¹⁾、その発生はまれで日本では多田 (1911年) の報告²⁾以来1990年3月までに自験例を含めて103例が報告されている。

本症の性別は2 : 1 ~ 3 : 1で男性に多く、どの年齢にも見られるが特に30 ~ 60歳代に多く^{3)~5)}、われわれの症例も同様の傾向を示していた。

成因について Konjetzny⁶⁾は、胃炎・胃潰瘍・胃癌な

どの胃疾患や異物・毒物・外傷などの胃粘膜損傷による局所発生からの原発性、多臓器感染源からの血行性・リンパ行性の波及や近接臓器の炎症の波及による続発性、および胃や他臓器に原病変を認めない特発性の3群に分類している。また誘因としてはアルコール常用、加齢、暴飲暴食、過労、栄養不良、薬剤、などが考えられている³⁾⁷⁾。胃蜂窩織炎の発生には低酸性や慢性胃炎など胃液の殺菌力および胃粘膜再性能の低下した状態が必要であり⁸⁾、Sundberg⁹⁾は本症の患者の多くは低酸であることに注目しており、殊に誘因としてアルコールとの関係を重視している。自験例では最初に肺炎の診断で入院となったが、胸部単純写真上の所見は比較的軽度の変化であった。にもかかわらず著明な血小板減少と貧血を認め、また腹部単純写真で胃の拡張と多量の残渣物が見られ、さらに入院翌日には多量の吐血も出現したことよりすでに入院時から急激な胃の炎症性変化が起こり始めていたものと考えられた。したがって胃潰瘍を合併していたことも考え合わせると原発性と判断するのが妥当と思われる。また本症例患者もアルコール常用者であったことは興味深く、誘因としてアルコールによる慢性胃炎や低酸症の存在が示唆された。さらに経過中重症肺炎を合併したことにより免疫能の低下から蜂窩織炎はび慢性に進行したものと考えられた。

起炎菌は大部分が連鎖球菌でブドウ球菌などが混合感染の形で加わることもあるという⁷⁾⁸⁾。自験例の切除標本のグラム染色では起炎菌は認められなかったが、これは術前の大量の抗生物質の投与によるためと考えられた。

臨床症状は経過によって急性、亜急性、慢性に分けられており、碓氷⁴⁾の報告ではおのおの61.8%、4.1%、34.1%で急性型が多かったとしている。自験例の場合発症は急激であったが保存的治療により軽快し、結果的には慢性型に移行したものと考えられた。診断は困難で、術前診断率は丸野³⁾は6.4%であったと報告している。急性型は上腹部激痛、高熱、白血球増多、嘔吐や腹膜刺激症状を伴い急激な経過をとり穿孔性腹膜炎、急性胆嚢炎、急性膵炎、腸閉塞などの急性腹症と診断され、一方慢性型は軽い発熱や上腹部痛、食欲不振などを呈し、上腹部に圧痛を伴う腫瘤を触知することもあり特に胃癌との鑑別が困難な場合が多い³⁾⁸⁾。自験例の場合、病変の大きさに比べて腹部腫瘤が触れなかったこと、病変の急激な進行の割にはエコー、CT上明らかなリンパ節転移や肝転移を認めなかったこと、

繰り返し行われた胃生検で癌細胞の得られなかったことなど retrospective に考えるとスキルス胃癌と矛盾する点も見られ、診断に当たってはまず本症の存在を念頭に置き慎重な姿勢で臨む必要性を痛感した。

病理学的には Konjetzny⁶⁾は病変の範囲により全面的胃蜂窩織炎、部分的胃蜂窩織炎(び慢性進行型、限局停止型)に分類し、Sundberg⁹⁾は膿瘍形成または蜂窩織炎傾向の強さの程度により胃膿瘍、胃蜂窩織炎(び慢性、限性性)、混合型に分類している。組織学的所見では粘膜下層を中心とした高度浮腫を呈し初期には好中球の浸潤をみ、慢性化に伴い単球やリンパ球、形質細胞の浸潤が著明となり線維化が進行する⁹⁾¹⁰⁾。また病因に関して粘膜下層に見られる血栓性静脈炎と本症との関係を論じた報告も見られる¹¹⁾。われわれの症例では、経過として慢性型をたどったため著明な形質細胞の浸潤と胃壁の線維性肥厚を認めた。これにより強度の萎縮と周囲臓器との癒着を来し壁の伸展性を失ったためスキルス胃癌との鑑別が困難になったものと考えられた。

治療は化学療法、胃内容持続吸引、輸液、輸血等の保存的治療の他、ドレナージ、切開排膿、胃切除等の観血的治療法がある。抗生物質発見以前は予後不良な疾患とされていたが、強力な化学療法と積極的な手術により治療成績も向上してきており急性型、慢性型とも胃切除例のほうが保存的治療法に比べて治療率は良好である³⁾⁻⁵⁾¹⁰⁾。手術に際して沢⁷⁾は、漿膜面の炎症像よりもしばしば深層に広く炎症波及があるため胃切除の範囲には注意が必要であると述べている。

本症の診断のためには何よりもまずその存在を認識することが肝要であると思われた。

本症例の病理学的所見につき御指導頂きました信州大学医学部臨床検査医学教室太田浩良先生に感謝いたします。

本論文の要旨は第37回日本消化器外科学会総会(1991年2月、名古屋)において報告した。

文 献

- 1) Guzzetta CPC Jr, Lieutenaut HW, Southwick HW: Acute phlegmonous gastritis. Surgery 22: 453-456, 1947
- 2) 多田 寛: 化膿性胃炎の1例. 東京医事新誌 1741: 2308-2312, 1911
- 3) 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
- 4) 碓氷章彦, 蜂須賀喜多男, 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
- 5) Starr A, Wilson JM: Phlegmonous gastritis.

- Ann Surg 145 : 88—93, 1957
- 6) Konjetzny GE: Entgunclungen des Margens. Edited by Henke F, Lubarsch O. Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Vol 4. Springer, Berlin, 1928, p768—1116
- 7) 沢徳 一, 山本次郎, 丸野貞彦: 急性胃蜂窩織炎の1治験例. 外科治療 23 : 698—702, 1970
- 8) 浜口栄裕, 石塚慶次郎: 胃蜂窩織炎. 石川浩一, 木村忠司, 佐野圭司 編. 現代外科学大系. 35C. 中山書店, 東京, 1973, p4—7
- 9) Sundberg HH: Ueber gastric phlegmone. Nord Med Arkiv 11 : 303—468, 1919
- 10) Miller AI, Smith B, Rogers AI: Phlegmonous gastritis. Gastroenterology 68 : 231—238, 1975
- 11) 浜家一雄, 平井淳一, 白 健朗: 胃蜂窩織炎の1例. 細胞核病理誌 16 : 146—147, 1978

**A Case of the Phlegmonous Gastritis Difficult to Differentiate from
Gastric Carcinoma of the Scirrhus Type**

Kouichi Higashiyama, Toshiaki Nagase and Masao Fujimaki*

Department of Surgery, Koumi Red Cross Hospital

*Second Department of Surgery, Faculty of Medicine, Toyama Medical and Pharmaceutical University

We report a case of phlegmonous gastritis of the chronic diffuse type in which a gastric ulcer was the focus of infection, and it was preoperatively diagnosed as gastric carcinoma of the scirrhus type. A 64-year-old man, who was admitted to our hospital with acute pneumonia, became nauseated and vomited blood. We diagnosed his illness as gastric carcinoma of the scirrhus type by barium meal and gastroscopy, but histologically there was no malignant finding on biopsy. During surgery the stomach was found to be the size of a fist, and total gastrectomy and splenectomy were performed. Histological examination revealed a shallow ulcer of the stomach with the gastric wall thickened by fibrosis and massive infiltration of plasma cells, which was diagnosed as phlegmonous gastritis of the chronic type. Phlegmonous gastritis is a rare inflammatory disorder of the stomach and it is very difficult to make a definite diagnosis preoperatively. In diagnosis early recognition of this disease should be emphasized.

Reprint requests: Kouichi Higashiyama Department of Surgery, Koumi Red Cross Hospital
80 Koumi-machi, Minamisaku-gun, Nagano, 384-11 JAPAN