

症例報告

胃衝突癌の2例

久留米大学第1外科

青柳慶史朗 橋本 謙 孝富士喜久生
田中 裕穂 児玉 一成 矢野正二郎
大田 準二 武田 仁良 掛川 暉夫

比較的まれな衝突胃癌の2例を経験した。症例は72歳と52歳の男性で、前者は低分化腺癌よりなるBorrmann 2型と高分化管状腺癌よりなる表面隆起型早期胃癌の衝突であり、術前の診断では表面隆起型早期胃癌の部をBorrmann 2型の口側へのはみだしと診断、後者は早期胃癌同士の衝突で、低分化腺癌よりなる表面陥凹型と高分化型管状腺癌よりなる表面隆起型の衝突であり、術前の診断は表面隆起型と表面陥凹型の混合型であった。2症例とも2つの病巣が相接しており移行像は認められず、術前には衝突癌の診断はされなかった。今後、術前診断が分類不能の症例や診断に苦慮する症例は衝突癌を念頭におく必要があると思われた。

Key words: collision tumor, gastric cancer

I はじめに

胃の多発癌は比較的良好に認められるが、1919年にMeyer¹⁾が報告した2種類の無関係に発生した腫瘍が偶然衝突した腫瘍、いわゆる衝突癌はまれである。今回われわれは、進行癌と早期癌および早期癌同士の2例の衝突癌を経験したので報告する。なお、臨床病理学的所見の評価は胃癌取扱い規約²⁾に従った。

II 症 例

症例1: 72歳, 男性。

主訴: 心窩部痛。

家族歴: 特記すべきことなし。

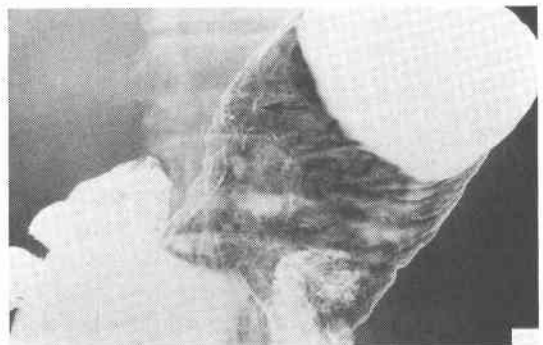
既往歴: 高血圧を指摘。

現病歴: 平成2年5月より心窩部痛出現し、近医にて上部消化管検査を受け胃の異常を指摘され同年9月3日当科入院となった。

胃透視所見: 胃体下部から上部小弯側にかけての腫瘍性病変がみられた。中央に不整形の陥凹性病変があり、隆起の境界は比較的明瞭で、Borrmann 2型胃癌と診断、その病変に接し口側に小隆起がみられた(Fig. 1)。

胃内視鏡所見: 胃体下部から上部小弯側を中心に汚苔に被れた陥凹があり、それをとりまくように凹凸不整で急峻な周堤が観察された。その口側の周堤に接する

Fig. 1 Case 1. Upper gastrointestinal X-ray examination, double contrast picture: A large lesion like Borrmann type-2 cancer is seen in the lesser curvature of the gastric body. The round wall of the oral side shows the irregularity (arrow).



ようにIIa様の隆起性病変がみられた。生検では低分化腺癌と病理診断された。この時点ではBorrmann 2型胃癌の周堤のはみだしと診断された。

以上よりBorrmann 2型胃癌(MC)の診断で9月13日手術を施行した。

手術所見: 上腹部正中切開にて開腹を行い、胃全摘、脾合併切除、所属リンパ節はR3郭清、 ρ -Roux-Y再建を行った。

術中肉眼診断はH0, P0, N1, S2, stage IIIと診断

Fig. 2 Case 1. Gross appearance of the resected specimen shows the IIa type lesion (arrow) located close to the oral side of the Borrmann type-2 lesion.

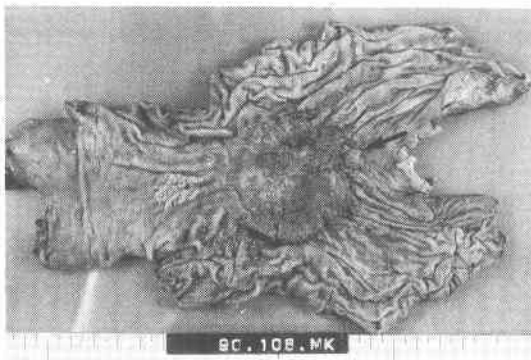
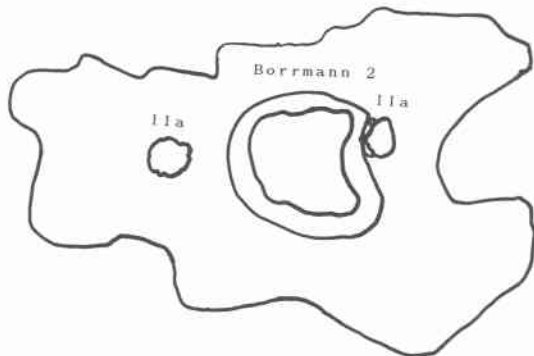


Fig. 3 Schema of the resected specimen of case 1.



された。

病理所見：固定標本では、胃体部小弯側で Borrmann 2 型胃癌とその口側に IIa 様隆起性病変が接しており、Borrmann 2 型胃癌のやや肛側にも IIa 様の隆起性病変を認めた(Fig. 2, 3)。Borrmann 2 型胃癌は漿膜層表面まで浸潤する低分化腺癌よりなり、それに接した IIa 病変部では粘膜内にとどまる高分化型管状腺癌よりなり、組織学的にも両者は接しており、形態の移行像は認められなかった(Fig. 4)。さらに Borrmann 2 型胃癌の肛側に離れて存在する IIa 病変も粘膜内にとどまる高分化型管状腺癌よりなっていた。

以上より本症例は 3 病巣の多発癌で、Borrmann 2 型胃癌とその口側の IIa 病変はいわゆる衝突癌と考えられた。

症例 2：52 歳，男性。

主訴：心窩部痛。

Fig. 4 Case 1. Histological finding shows the colliding point of poorly differentiated adenocarcinoma (left site) and well differentiated tubular adenocarcinoma (right site) (HE, ×20)

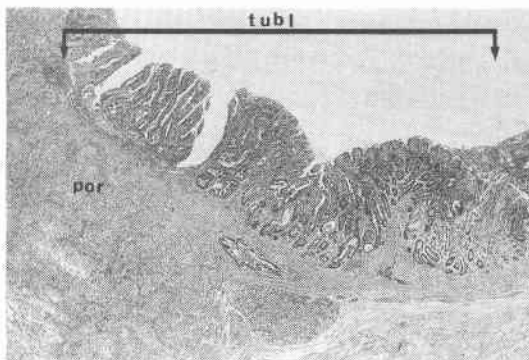
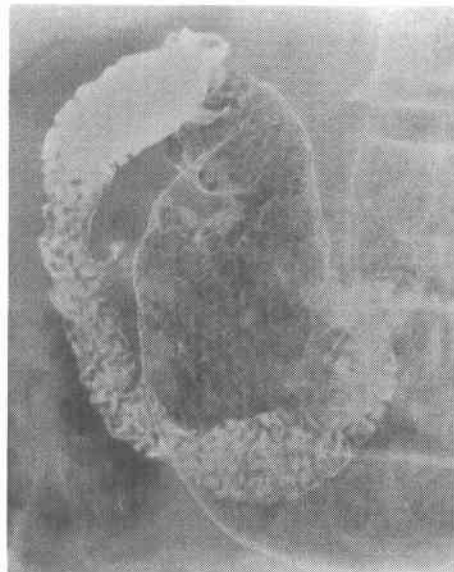


Fig. 5 Case 2. Upper gastrointestinal X-ray examination, double contrast picture: A elevated lesion with a depressed area is seen in the posterior wall of the antrum.



家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：18 歳時鼻中隔弯曲症で手術。

現病歴：以前より検診にてびらん性胃炎を指摘されていた。平成 3 年 3 月より心窩部痛出現。6 月 4 日近医受診，上部消化管造影にて異常を指摘され，6 月 8 日当院放射線科受診，胃内視鏡にて IIc 型早期胃癌の診断を受け 6 月 18 日当院放射線科入院，6 月 26 日手術目的にて当科入院となった。

胃透視所見：前庭部後壁大弯側に不整形の陥凹を伴った径約10mm 大の扁平な隆起性病変を認め、IIa+IIcの早期胃癌と診断された (Fig. 5)。

胃内視鏡所見：前底部大弯側後壁よりに、口側辺縁に不整形の陥凹を伴う扁平な隆起性病変を認め、内視鏡上もIIa+IIcの早期胃癌と診断された。

以上より早期胃癌IIa+IIc[A]の診断で7月10日手術を施行した。

手術所見：上腹部正中切開にて開腹を行い、幽門側胃切除、所属リンパ節はR2郭清、Roux-Y再建を行った。

術中肉眼検診はH0, Po, N(-), stage Iと診断された。

病理所見：固定標本では、病巣は胃前庭部大弯側に存在し、後壁よりにIIc様の陥凹性病変これに接して

Fig. 8 Case 2. Histological finding shows the colliding point of well differentiated tubular adenocarcinoma (left site) and poorly differentiated adenocarcinoma (right site) (HE, ×40)

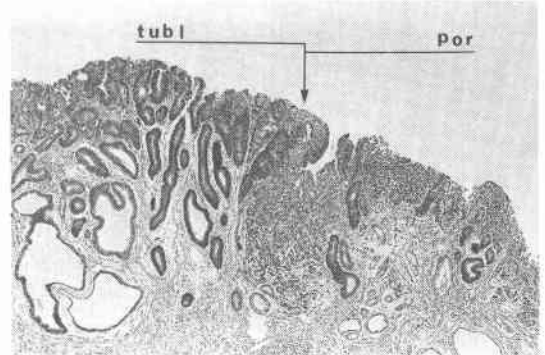


Fig. 6 Case 2. Gross appearance of the resected specimen shows the IIc type lesion (arrow) located close to the oral side of the IIa lesion.

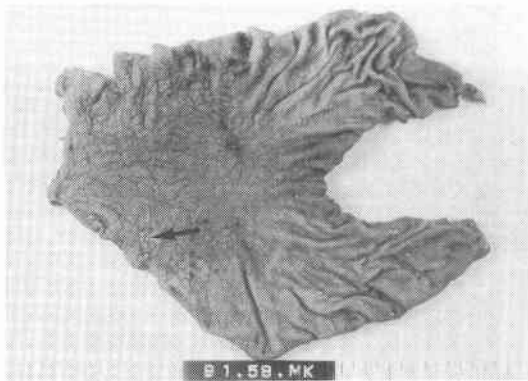


Fig. 7 Schema of the resected specimen of case 2.



扁平なIIa様の隆起性病変を認め、隆起性病変の一部は前壁にもまたがって存在した (Fig. 6, 7)。IIc病変では癌は粘膜層内にとどまる低分化腺癌からなっており、IIa病変は粘膜および一部は粘膜下層におよぶ高分化型管状腺癌よりなっていた。両者は相接して存在していたが、組織学的に形態の移行像は認められなかった (Fig. 8)。

以上より本症例はIIaとIIcの二重癌で、両者はいわゆる衝突癌と考えられた。

考 察

衝突癌は、多発癌の中でも比較のまれな進展形態をとるもので、その頻度は低い。衝突腫瘍は1919年にMeyer¹⁾が、2種類の無関係に発生した腫瘍が相互に接して、あるいは一部相互に浸潤して衝突したものと定義した。以来胃の衝突腫瘍は、現在までにわれわれが検索しえた範囲では自験例を含め37例の報告があり、うち腺癌同士の衝突は16例³⁾⁻⁵⁾で、他は腺癌と悪性リンパ腫の衝突が16例⁶⁾⁻⁸⁾、腺癌と扁平上皮癌の衝突が3例⁹⁾⁻¹¹⁾、腺癌と小細胞癌の衝突が1例¹²⁾および腺癌と横紋筋肉腫の衝突が1例¹³⁾であった。腺癌同士の衝突のなかでも進行癌同士の衝突が5例、進行癌と早期癌の衝突が7例、早期癌同士の衝突が4例であった。今回報告した2例は、進行癌と早期癌および早期癌同士の衝突癌で、症例1はBorrmann 2型胃癌の口側にIIaが接して認められ、症例2はIIaの口側にIIcが接して認められた。2症例ともそれぞれの組織型が異なり、組織学的に移行像はなく明瞭な境界をもって接していた。これらより1つの癌巣の一部が他方向へ拡大

した可能性は否定できないが、多中心性に発生した2種類の癌が、偶然に衝突したと考えるほうがより自然であるという高見ら¹⁴⁾や西ら¹⁵⁾が報告した衝突胃癌の定義にあてはまると思われる。癌と非上皮性腫瘍との衝突や腺癌と腺癌以外の組織型を有する癌との衝突腫瘍の診断は比較的容易である¹⁶⁾が、同じ腺癌の衝突癌は術前および肉眼標本では診断困難であり¹⁷⁾、診断は病理組織学的に行われるものが一般的である。今回報告した2症例も術前に衝突癌の診断はされていない。症例1ではBorrmann 2型胃癌の口側に接したIIaは、周堤のはみだしと術前診断され、症例2ではIIcの陥凹性病変が病巣の口側辺縁にみられ、診断に苦慮したが、IIa+IIcと術前診断された。佐藤ら³⁾は、分類不能癌8例を検討し、8例中5例は衝突癌であったと報告している。以上より、今後術前に診断困難で分類不能の症例は衝突癌を念頭におく必要があると思われる。

文 献

- 1) Meyer R: Beitrag zur Verständigung über die Namengebung in der Geschwulstlehre. *Zentralbl Allg Pathol* 30: 291-296, 1919
- 2) 胃癌研究会編: 胃癌取扱い規約, 改訂第11版. 金原出版, 東京, 1985
- 3) 佐藤薫隆, 小松原登: 特異な発育進展様式を示した胃癌の検討, とくに衝突癌とその類似癌について. *Gastroenterol Endosc* 28: 2794-2795, 1986
- 4) 山本 俊, 松尾龍一, 松尾佳子ほか: 衝突早期胃癌の1例. *臨消内科* 3: 1497-1501, 1988
- 5) 里見建裕, 井上修志, 藤田紀子ほか: 胃衝突癌の2

- 例. 高知市民病院 8: 17-20, 1984
- 6) Manier JW, Reyes CN: Collision tumor of the stomach. *Gastroenterology* 67: 1011-1015, 1974
- 7) 東 哲明, 田村和也, 福井 興ほか: IIc型早期胃癌との衝突が見られた1例. *癌の臨* 33: 1368-1373, 1987
- 8) Teh B, Hsueh S: Collision tumor of the stomach—A case report. *Chang Gung Med J* 12: 167-173, 1989
- 9) Wanke M: Collision-tumor of the cardia. *Virchows Arch [A]* 357: 81-89, 1972
- 10) 南部修二, 田中三千雄, 渋谷 隆ほか: 胃衝突癌の1例. *Gastroenterol Endosc* 26: 1118-1125, 1984
- 11) 安藤貴文, 岡 勇二, 黒川 晋ほか: 噴門部の微小な衝突癌の1例. *胃と腸* 26: 313-319, 1991
- 12) Purdy S, Gaffney EF: Ultrastructural and immunocytochemical definition of component neoplasms in an unusual gastro-oesophageal collision tumor. *Histopathology* 10: 525-534, 1986
- 13) Fox KR, Moussa SM, Mitre RJ et al: Clinical and pathologic features of primary gastric rhabdomyosarcoma. *Cancer* 66: 772-778, 1990
- 14) 高見 宏, 八木宏之, 藤川正博ほか: 多発胃癌の検討. *日臨外医会誌* 44: 1410-1420, 1983
- 15) 西 満正, 中村 真, 高木國夫ほか: 胃の重複癌について. *外科* 30: 1115-1125, 1968
- 16) 太田博俊, 豊田澄男, 岡野光伸ほか: 胃腺扁平上皮癌. *癌の臨* 24: 1287-1294, 1987
- 17) 佐野量造: 胃疾患の臨床病理. 医学書院, 東京, 1979, p76-77

Two Cases of Colliding Carcinoma of the Stomach

Keishiro Aoyagi, Ken Hashimoto, Kikuo Kohfuji, Takaho Tanaka, Iseji Kodama, Shojiro Yano,
Junji Ohta, Jinryo Takeda and Teruo Kakegawa
First Department of Surgery, School of Medicine, Kurume University

We report two rare cases of a collision tumor in the stomach. In case 1, a 72-year-old man was admitted to our hospital because of epigastralgia. Roentgenographic and endoscopic examinations of the stomach revealed a large lesion having the appearance of a Borrmann type-2 cancer in the lesser curvature. Total gastrectomy was performed, and examination of the resected specimen showed a Borrmann type-2 lesion together with a IIa lesion located close to each other. Histologically, the Borrmann type-2 lesion was a poorly differentiated adenocarcinoma infiltrating into the serosa, while the IIa lesion was a well-differentiated tubular adenocarcinoma localized in the mucosa. In case 2, a 52-year-old man was admitted to our hospital also because of epigastralgia. Roentgenographic and endoscopic examinations of the stomach revealed a lesion having the appearance of a mixed type IIa + IIc early gastric cancer in the posterior wall of the antrum. Distal gastrectomy was performed, and examination of the resected specimen showed a IIa type lesion together with a IIc type lesion located close to each other. Histologically, the IIa type lesion was a well-differentiated tubular adenocarcinoma infiltrating into the submucosa, whereas the IIc lesion was a poorly differentiated adenocarcinoma localized in the mucosa. In each of these two cases, serial

sections of the area where the two carcinomas collided with each other revealed no histological transition between them. Thus, the histological findings of the two cancerous lesions correspond well with the concept of collision carcinoma.

Reprint requests: Keishiro Aoyagi First Department of Surgery, School of Medicine, Kurume University
67 Asahi-machi, Kurume, 830 JAPAN
