

# 症例報告

## 診断に苦慮した胃粘液癌の一例

A case of gastric adenomucinous carcinoma with difficult diagnosis.

稲垣 泰好<sup>1)</sup> 齊藤 裕樹<sup>2)</sup> 玉木 陽穂<sup>2)</sup>  
 Yasuyoshi Inagaki Hiroki Saito Yosui Tamaki  
 小林 厚志<sup>2)</sup> 千坂 賢次<sup>2)</sup> 浅井 眞人<sup>2)</sup>  
 Atsushi Kobayashi Kenji Chisaka Mahito Asai

Key Words : 胃粘液癌, mucinous adenocarcinoma

### はじめに

胃癌は上皮性腫瘍であり、粘膜固有層から発生し、側面方向へ向かって発育する。このため、病変のいずれかの部分で癌が粘膜面に露出した形態を示すことが多い。しかし、正常粘膜に表面が覆われ、粘膜下腫瘍 (submucosal tumor ; SMT) 様の形態を示す胃癌 (SMT 様胃癌) を認めることが稀にある。SMT 様胃癌は粘膜内で発生した腫瘍が下方に発育することで生じると考えられる。SMT 様胃癌は粘膜下より深層に浸潤した癌であり、早期から進行胃癌になりやすい。SMT 様胃癌で臨床的に問題となる点は、画像所見での SMT との鑑別診断と、組織生検による癌の確定診断が困難である点である。

著者らは、術前診断が困難であった胃粘液癌の 1 例を経験したので報告する。

### 症 例

患 者 : 75 歳, 女性。

主 訴 : 特になし。

既往歴 : 高脂血症, 糖尿病。

家族歴 : 特記すべきことなし。

現病歴 : 2003 年 6 月の健康診断の上部消化管造影検査で胃幽門部に陰影欠損を指摘される。当科外来にて同年 8 月 27 日に上部消化管内視鏡検査 (gastric fiber ; GF) を施行したところ SMT 様の病変を認めた。しかし、組織診の結果は悪性または SMT の確定診断には至らなかった。以後 3 回 GF 及び生検を施行したものの、同様の組織診であっ

た。2004 年 7 月腹部 CT にて胃幽門部及び膵頭部に造影効果の乏しい腫瘍を指摘され、精査目的に 8 月 20 日当科へ入院となった。

入院時身体所見 : 身長 148cm, 体重 72kg, 体温 35.4℃, 血圧 138/74mmHg, 脈拍 70bpm

飲酒・喫煙歴 : なし

初回 GF (2003.8.27) : 胃小彎側幽門部に存在する隆起性病変で、粘膜の立ち上がりは Smooth である (図 1・2)。隆起の中央部分に発赤・びらんがみられ、周辺に Bridging fold を認める。胃 SMT を疑われ、びらん部からの生検を行った。結果は、異型性変化のない正常粘膜組織であった (図 3・4)。

入院時検査所見 : 明らかな異常なし。(表 1)

入院時 GF (2004.8.26) : 胃小彎側幽門部に隆起性病変がみられる。粘膜の立ち上がりは Smooth であった。前回と比較して明らかにサイズが増大しており、粘膜面にびらんが増加していた (図 5・図 6)。

病理組織所見 : 粘液癌の所見 (図 7)。

上部消化管造影検査 : 立位充盈像では胃幽門部小彎側に陰影欠損がみられる (図 8)。二重造影像では長径 50mm で中心に陥凹を伴う隆起性病変で、十二指腸球部を圧排している。Bridging fold は造影所見上はみられず、バリウムの明らかな通過障害は認めない。(図 9)

腹部 CT : 胃幽門部に造影効果の乏しい領域の形成がみられる。また、膵頭部に下大静脈、門脈に接する直径 60mm の低吸収域がある。主膵管も軽度拡張しているものの、他のスライスにおいては正常な膵頭部が確認されたため膵頭部周囲の著明なリンパ節の腫大と判定した。(図 4)

術前診断 : 胃癌 (mucinous adenocarcinoma), cL, cLess, c1 型, cT 3 (SE), cN 2 (8a), cM0, cStage

<sup>1)</sup> 名寄市立総合病院 研修医  
Resident, Nayoro City Hospital

<sup>2)</sup> 名寄市立総合病院 消化器内科  
Department of Gastroenterology, Nayoro City Hospital

Ⅲ A と診断された。2004.9.30当院外科にて幽門側胃切除+2群リンパ節郭清を施行された。

**切除標本：**胃幽門小彎側を中心に陥凹を伴う40×35mm大の隆起性病変を認める。前壁側に伸びる Bridging fold を認め、隆起表面の粘膜面の変化は比較的乏しい。(図11)ルーペ像では粘膜下を主体として蜂巢状の粘液産生傾向の強い異型組織が見られ、筋層方向へも膨張発育する傾向が見られる。粘膜内においても筋板を超えて、粘膜側への進展も見られる。(図12)

**病理組織学的所見：**弱拡大像で蜂巢状の粘液産生の強い構造異型を認め、その内部にN/C比の高い変化に富んだ核異型を認める(図13・図14)。

リンパ節には、粘液産生はほとんどみられない異型細胞が多量に見られた(図15)。

**最終診断：**early gastric cancer, mucinous adenocarcinoma, L Less, 0-II a + II c, T1(SM2), PM(-), DM(-), ly3, v0, med, INF α, CY0, HOP0, M0, N3+, Stage IV

**術後経過：**化学療法・放射線療法といった後治療は追加せず、現在のところ明らかな再発なく経過している。

表 1

血 算		生 化		腫瘍マーカー	
WBC	6500 / μl	GOT	27 IU/l	CEA	1.7 ng/ml
RBC	411万 / μl	GPT	23 IU/l	CA19-9	24.4 U/ml
Hb	12.6 g/dl	BUN	17.7 mg/dl	DUPAN-2	<25 U/ml
Ht	38.20%	Cre	0.76 mg/dl	Span-1	21 U/ml
Plt	24.2 / μl	Na	142 mEq/l		
PT	0.92%	K	3.7 mEq/l		
APTT	30.1 sec	Cl	100 mEq/l		

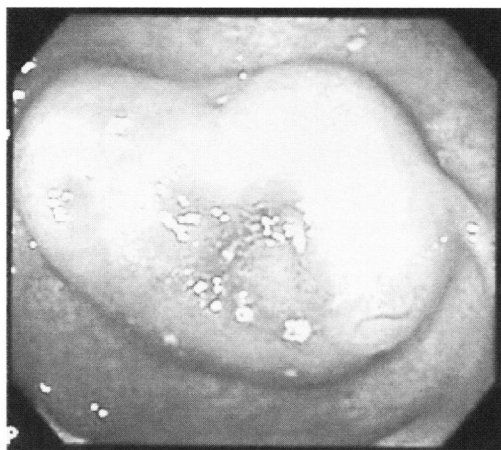


図 1 GF (2003.8.27)

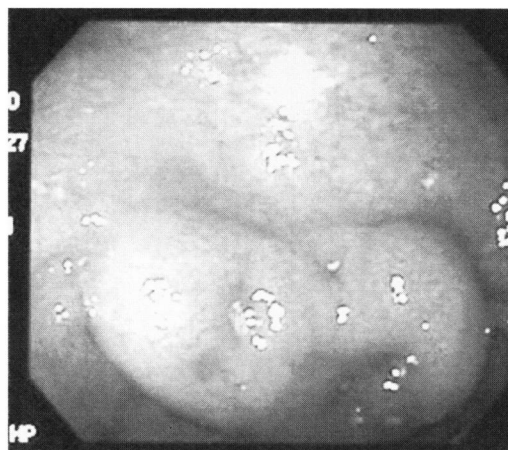


図 2 GF (2003.8.27)

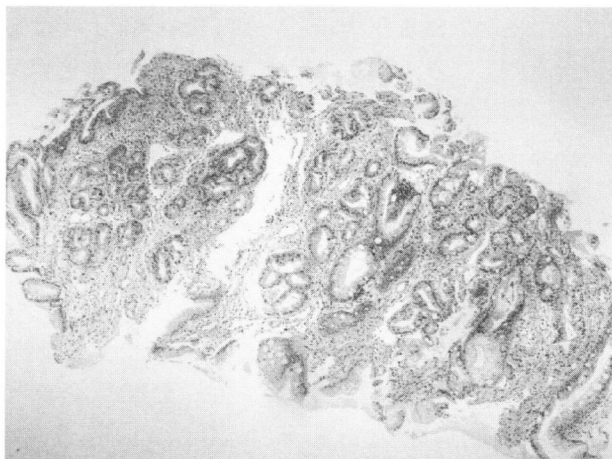


図 3 生検組織 ×40 (2003.8.27)

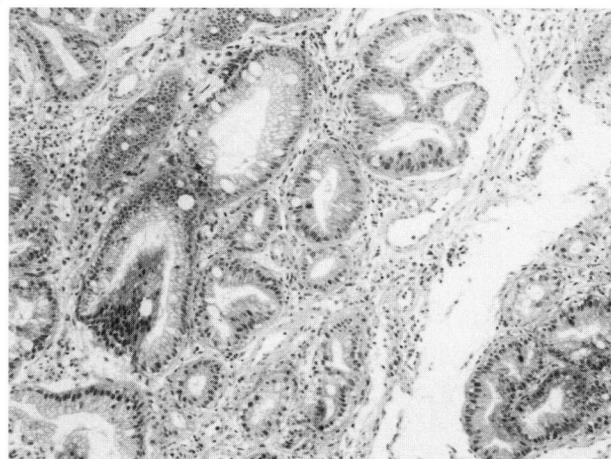


図 4 生検組織 ×100 (2003.8.27)

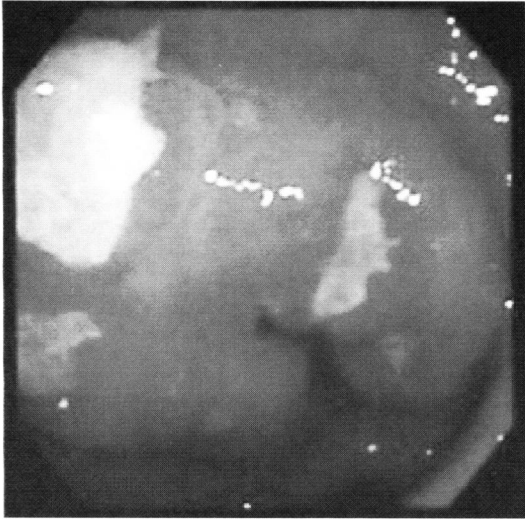


図5 GF (2004.8.26)

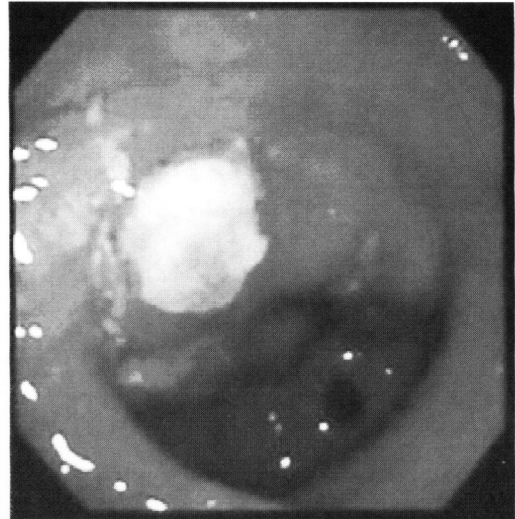


図6 GF (2004.8.26)

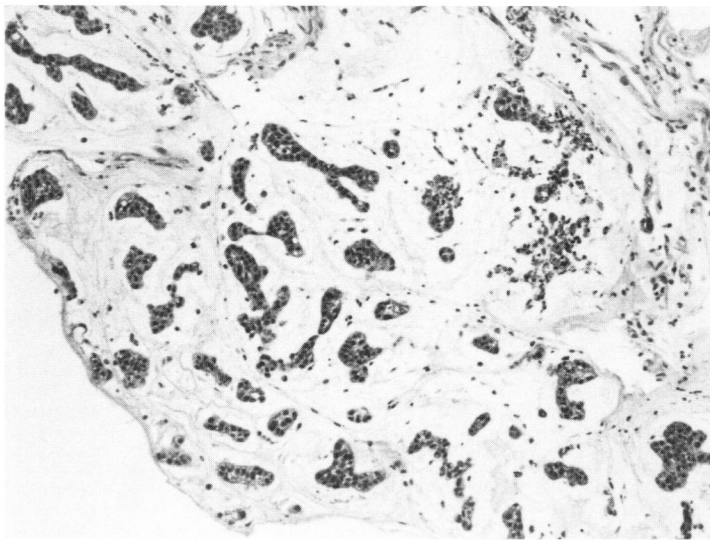


図7 生検組織 ×100 (2004.8.26)

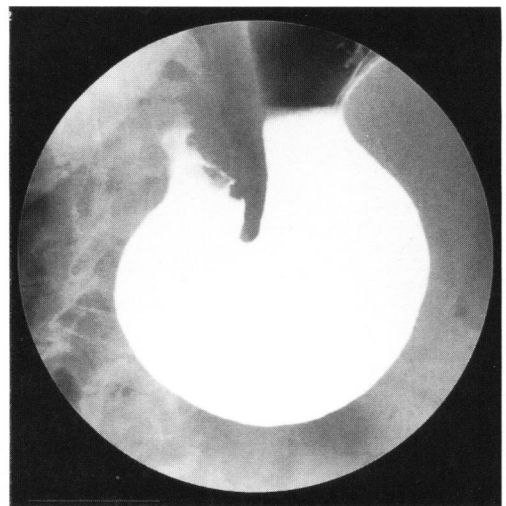


図8 上部消化管造影所見 (2004.8.30)

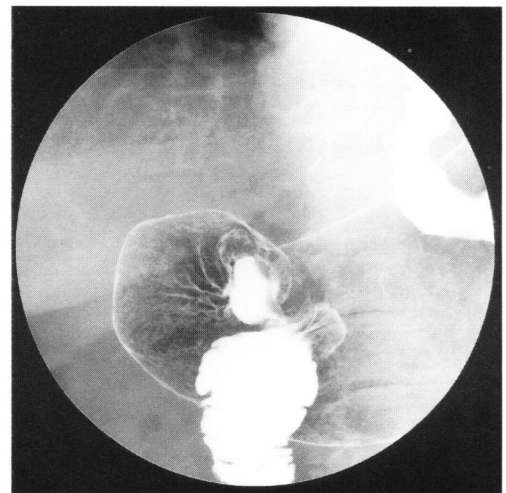


図9 上部消化管造影所見 (2004.8.30)

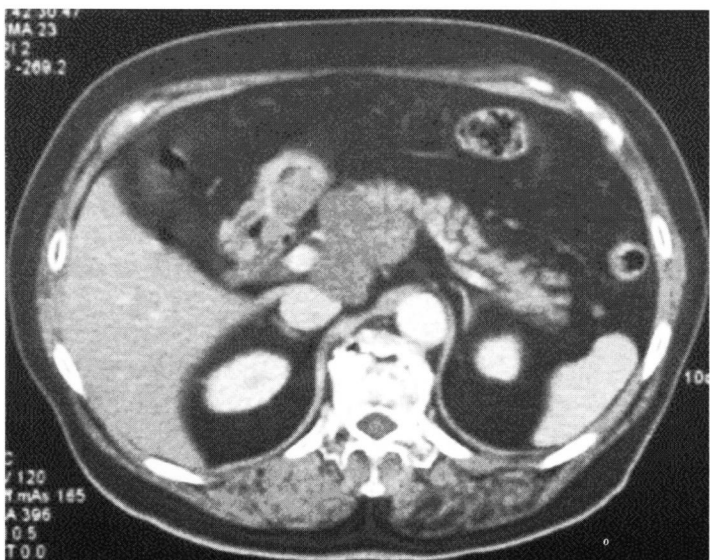


図10 腹部CT (2004.7.20)

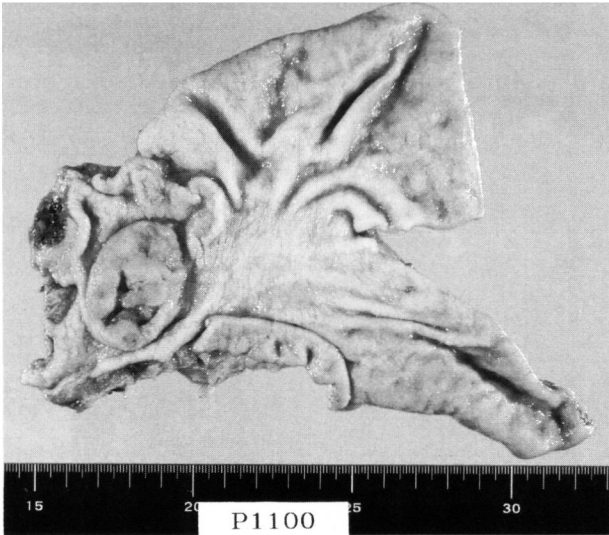


図11 摘出標本（肉眼像）

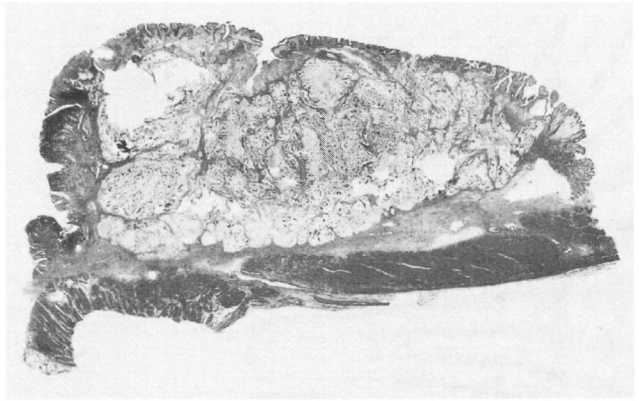


図12 摘出標本（ルーベ像）

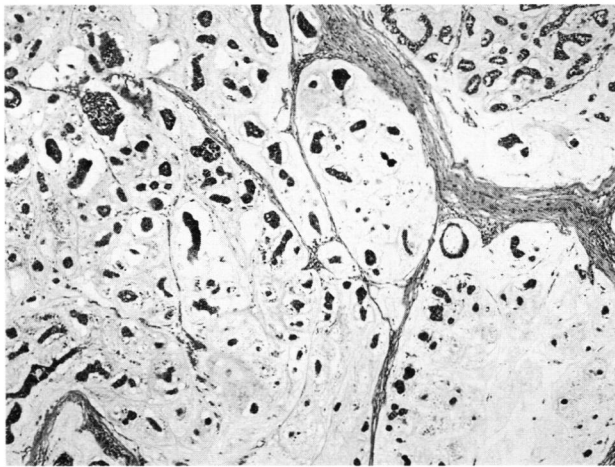


図13 摘出標本（×40）

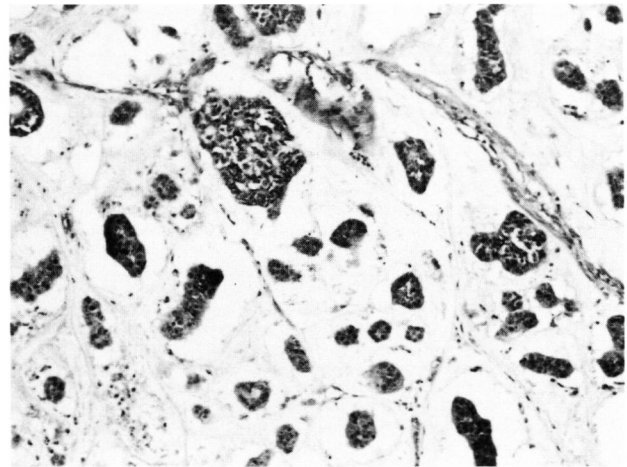


図14 摘出標本（×100）

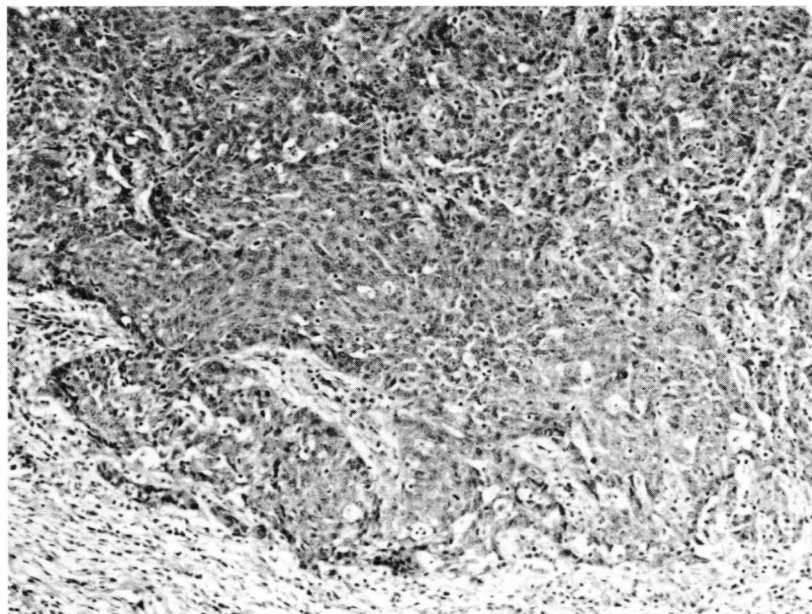


図15 リンパ節（×40）

## 考 察

SMT様胃癌の頻度は全胃癌の0.1～1.3%<sup>1)~5)</sup>であり、比較的まれではあるが、この約10年間で数多く報告されている。発生部位はL領域に多いとするものから<sup>1)</sup>、M領域<sup>5)</sup>、U、M領域<sup>4)</sup>に多いとするものまで多様な報告がされており、一定の傾向は見出せなかった。SMT様胃癌の生検での術前正診率は55～60%と報告されている<sup>5)</sup>。また、SMT様胃癌の組織型は充実型低分化型腺癌、粘液癌が多いと報告されている<sup>1)</sup>。

上堂らの報告によると、SMT様胃癌とSMTの形態学的な鑑別点は以下の表2<sup>6)</sup>の通りである。本症例においては、①隆起の高さは高く、②基部の形状は整、③隆起全体に占める陥凹部の面積は狭く、④陥凹の形状は比較的整、⑤陥凹は深く、⑥陥凹のうち掘れを認めなかった。このことから、典型的なSMTとは言えないまでも、積極的にSMT様胃癌を疑う所見は乏しかった。また、約1年間の期間にGFを4回施行しているが、サイズ・形態共に著変を認めなかったことから、少なくとも高悪性度腫瘍を念頭に置かなかつた。結局初回GFから診断までに約1年間かかったことになり、反省すべき点と考えられた。また、生検の病理組織学的な所見では、初めの4回ではいずれも陥凹のびらん部を狙ってきているが、異型のない粘膜固有層の組織であった。びらんの所見は認めなかったことから、正確にびらんを捉えていなかったものとする。切除標本のルーペ像では粘膜下層から広く粘膜固有層に進展しているが、2003年8月

から約半年間は大部分が粘膜下層に存在しており、通常生検では容易に悪性所見が得られるものではなかったと推測される。

従って、GF上明らかな良性のSMTと判断する場合は除き、悪性のSMTあるいはSMT様胃癌を示唆する所見を認めるにもかかわらず、生検で悪性所見が得られない場合、早期の段階で開窓生検あるいは超音波内視鏡ガイド下生検を施行すべきと考えられる。

## おわりに

診断に苦慮した胃粘液癌の1例を報告した。

### 参 考 文 献

- 1) 河田加代子, 石黒伸吾, 辻直子, 他: 粘膜下腫瘍様形態を示す胃癌の臨床病理学的特徴. 胃と腸 30:739-746, 1995
- 2) 武本憲重, 馬場保昌, 加来幸生, 他: 粘膜下腫瘍の形態を示した胃癌のX線診断. 胃と腸 30:759-768, 1995
- 3) 光永篤, 二見佐智子, 鈴木麻子, 他: 粘膜下腫瘍の形態を示した胃癌の内視鏡診断—典型症例の検討を中心に. 胃と腸 30:769-776, 1995
- 4) 長南明道, 望月福治, 結城豊彦, 他: 粘膜下腫瘍の形態を示した胃癌の内視鏡診断. 胃と腸 30:777-785, 1995
- 5) 結城豊彦, 佐藤匡, 石田一彦, 他: 粘膜下腫瘍様の形態を示した胃癌—臨床および画像的特徴と鑑別診断. 胃と腸 38:1527-1536, 2003
- 6) 上堂文也, 飯石浩康, 石黒伸吾, 他: 粘膜下腫瘍の形態を呈し術前診断が困難であった胃粘液癌の1例. 胃と腸 38:1557-1561

表 2

	SMT様胃癌	SMT
隆起の高さ	低い	高い
基部の形状	不整	整
陥凹の面積	広い	狭い
陥凹の形状	不整	整
陥凹の深さ/幅	浅い	深い
陥凹の内掘れ	認めることもある	少ない