囊胞形成を主体としたブレンネル腺過形成の1例

大澤一郎*、山本敏雄、中村菊洋、林 忠恵、
飯田 拓、小笠原誠**、長屋章三郎

要旨：症例は66歳女性、上部消化管内視鏡にて十二指腸第2部に著性ポリープ様腫瘍を認め、生検施行時に内容液の漏出が認められ、囊胞性ポリープとして内視鏡的切除術を施行した。腫瘍は基部にブレンネル腺過形成を認め、囊胞壁はブレンネル腺細胞から成り、囊胞形成を主体としたブレンネル腺過形成と診断した。1990年以降のブレンネル腺腫瘍本邦論文報告例に自験例を加えた62例を組織学的に分類し、検討を加え報告した。

Key words 十二指腸腫瘍/ブレンネル腺過形成/十二指腸囊胞

I 緒 言

乳頭部を除く原発性十二指腸腫瘍の頻度は低いものの、内視鏡診断、技術の進歩とともに、十二指腸ポリープもよく見られるようになってきている。十二指腸良性腫瘍の中で最も頻度が高いのがブレンネル腺由来の腫瘍である。今回、囊胞形成を伴うブレンネル腺過形成に対し内視鏡的切除を行った1例を経験したので、最近10年の本邦文献報告例の検討を加え報告する。

II 症 例

患者：66歳、女性。
主治：なし。
既往歴：60歳時、胃・十二指腸潰瘍。
現病歴：近医で施行された胃・十二指腸潰瘍治験後の定期の上部消化管内視鏡検査で、十二指腸第2部後壁に有茎性腫瘍を認めため、精査加療目的で当科紹介入院となった。

入院時現症：眼瞼結膜に軽度貧血を認めた。腹部は平坦、軟で、圧痛認めず、便潜血反応は陰性であった。

入院時検査成績：末血検査でHb 11.3 g/dl、Hct 33.5％と軽度の貧血を認めたがその他に異常値を認めなかった。

上部消化管内視鏡所見：十二指腸第2部後壁に十二指腸内腔を占拠する約30×25 mm大の有茎性腫瘍を認めた。可動性に富み、軽で、茎は約5 mmと細く、表面は正常な十二指腸粘膜に覆われ、潰瘍・びらんなどの変化を認められなかった（Figure 1）。生検時、腫瘍より無色透明の粘液が流出した。

低圧張性十二指腸造影所見：十二指腸第2部後壁に、生検時の粘液流出により大きさは直径約20 mm大に縮小していたが、表面平滑な有茎性病変を認めた。体位の変換や圧迫で容易に移動した（Figure 2）。

超音波内視鏡所見：第3層を連続する囊胞性病変を認めたが、移動性に富むため、対向する所見が得られなかった。

腹部CT所見：ガストログラフィン飲用後CTにて、内部のCT値が12.6 H.U.と低濃度で、造影CTでも造影されない腫瘍を認めめた（Figure 3）。

以上より、粘液を含む十二指腸囊胞性腫瘍の診断にて内視鏡的切除を施行した。施行時、腫瘍は縮小しており（Figure 4-a）、手術部に留置ステナをかけた後、その直上部を高周波ステナにて切除した（Figure 4-b,c）。

切除標本肉眼所見：腫瘍は長径15 mmの単胞性囊胞（Figure 5-a）で、内部に無色透明の粘液の貯留を認めた。

病理組織学的所見：ルーペ像では、腫瘍は粘膜筋板下に存在する囊胞で、表面は正常十二指腸粘膜に覆わ
れていた（Figure 5-b）．囊胞壁は杯細胞、Paneth 細胞を含まないプルネル腺円柱上皮からなり、粘膜筋板下の囊胞壁内に増殖する異型性のないプルネル腺過形成を認めた（Figure 6）．よって、囊胞が主体であるが、その周囲にはプルネル腺過形成が認められたことより、囊胞形成を主体としたプルネル腺過形成と考えられた．

III 考 按
近年、パンエンドスコープの普及進歩とともに十二指腸の腫瘤性病変の内視鏡的発見率が増加している．

十二指腸腫瘤の頻度について、田中らは、1971 年から 1988 年までの十二指腸良性腫瘤本邦報告例 610 例を集計し、腺腫・腺腫様ポリープが 156 例（25.6％）、プルネル腺腫が 137 例（22.5％）と多く、囊胞が 30 例（4.9％）を占めるに過ぎないと報告している．一方、竹本らは十二指腸囊胞本邦報告例 46 例を集計し、プルネル腺腫が 20 例（47.6％）、異所性腺管からの発生 6 例（14.3％）、起源不明なもの 15 例（35.7％）、プルネル腺と異所性腺管の混在例 1 例（2.4％）と報告しており、十二指腸囊胞としての報告例の大多数はプルネル腺腫由来の可能性がある．

1990 年から 2000 年までに医学中央雑誌にて集計できたプルネル腺囊胞としての本邦文献報告例は 1 例のみであった．プルネル腺腫の囊胞形成については、プルネル腺管の囊胞状拡張によって生ずると考えられているが、実際に囊胞がプルネル腺腫の副病変として存在することも多く、臨床的に囊胞はプルネル腺腫と同様に扱うべきとの指摘がある．そこで、今回われわれは 1990 年から 2000 年までに医学中央雑誌にて検索し得たプルネル腺腫瘤本邦論文報告例 61 例（囊胞としての 1 例を含む）に自験例を加えた 62 例（Table 1）について，組織学的に通常の分類に味噌の分類Ⅲを加味して，過形成を“H・E 標本上，正常 Brunner 腺と明瞭な組織学的異型度差を認めない腺組織の増殖性病変”，腺腫を“正常プルネル腺

Figure 1 上部消化管内視鏡：十二指腸第 2 部後壁に細い基部を持つ十二指腸内腔を占拠する有義性腫瘤を認める．生検の際，透明粘液の流出をみた．

Figure 2 低浮上性十二指腸造影；十二指腸第 2 部後壁に表面平滑な有義性腫瘤，可動性に富み，軟，内視鏡時より縮小している．
Figure 3 ガストログラフィン飲用後 CT：腫瘍内部は低濃度。

Figure 4 上部消化管内視鏡: a) 生検時の内容液流出により腫瘍縮小しているのが観察され、最大5mm程度であった。b) 花部に留置スネアをかけたのち c) 高周波スネアにて切除。
とは明らかに異なる組織型を示すが、組織学的特徴および細胞内粘液の特性からプルネル腺由来と想定される腺組織からなる病変”と規定した上で、過誤腫の過形成、腺腫、癌の4型に分類し、囊胞の有無を含めた特徴を基に検討した。うち、癌は胃癌取扱い規約における早期胃癌の定義に従い、早期、進行に分類した。なお、プルネル腺腫瘍はその定義、あるいは過形成と過誤腫の分類において混乱が見られる。今回の検討では過形成と過誤腫については報告の記載に従ったが、腺腫として報告されているもののうち、組織学的に過形成と考えられるものは組織所見を優先し分類した。また、囊胞として報告された1例は細胞診のみの診断であるため、組織型は不明とした。病変の形態については、便宜上、広基性、亀有基性、亀基性として検討した（Table 2）。

プルネル腺腫瘍62例は過形成38例（61.3%）、過誤腫9例（14.5%）、腺腫3例（4.8%）、癌11例（17.7%）、不明1例（1.6%）で、癌11例中早期癌5例、進行癌6例であった。腺腫の大きさは過形成35.1±26.5 mm、過誤腫で43.2±20.2 mm、腺腫で28.0±19.7 mm、癌で31.5±17.7 mmであり、組織学的所見による分類と大きさには明らかな差はみられなかったが、癌の進行度別では早期癌で17.2±2.3 mmと過形成や腺腫に比べ小さいのに対し、進行癌では43.3±15.8 mmと明らかな差を認めた。発赤、びらんや潰瘍形成などの表面変化については過形成36例24例、過誤腫では9例中の7例、腺腫は3例中の1例、癌は11例全例に認めた。表面変化と腫瘍の大きさとの関係をみると、過形成では表面変化を認めるものが41.3±30.0 mm、認めないものが21.8±11.1 mmであり、過誤腫ではそれぞれ46.6±17.4 mm、31.5±33.2 mm、腺腫では50 mm、17.0±7.1 mmとプルネル腺腫瘍では癌を除く、過形成、過誤腫、腺腫いずれにおいても腫瘍径が大きくなると表面変化を伴う傾向があった。形態についてみると過形成では38例中20例（52.6%）が、過誤腫では9例中6例（66.7%）が有基性を示していたが、癌では11例中5例（45.5%）が広基型を示していた。なお、癌で有基性を示した1例は被覆上皮由来の癌と考えられた1例であった。また、癌では胃癌取扱い規約の2型とIIa型を示すものもみられた。発生部位については過形成では38例中27例（71.1%）、過誤腫では9例中8例（88.9%）が球部に発生しているが、癌では11例中7例（63.6%）が第2部以下にみられた。画像所見、組織所見にて囊胞性病変を認めた囊胞合併例過誤腫4例（44.4%）、過形成11例（28.9%）、癌2例（18.1%）であり、腺腫に囊胞合併例は少なく、癌では早期、進行とも1例ずつ囊胞の合併

Figure 5 切除標本：a）肉眼所見では半球性囊胞で透明粘液の貯留を認め、表面は長円十二指腸粘膜に覆われていた。

Figure 6 病理組織学的所見：囊胞壁はプルネル腺円柱上皮からなり、粘膜筋層下の囊胞壁内に増殖する異型のないプルネル腺過形成を認めた（HE×40）。
<table>
<thead>
<tr>
<th>報告者</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>田中</td>
</tr>
<tr>
<td>手間</td>
</tr>
<tr>
<td>福田</td>
</tr>
<tr>
<td>清水</td>
</tr>
<tr>
<td>上田</td>
</tr>
<tr>
<td>津田</td>
</tr>
<tr>
<td>佐々木</td>
</tr>
<tr>
<td>宮本</td>
</tr>
<tr>
<td>霧野</td>
</tr>
<tr>
<td>辻本</td>
</tr>
<tr>
<td>任</td>
</tr>
<tr>
<td>小林</td>
</tr>
<tr>
<td>下田</td>
</tr>
<tr>
<td>春田</td>
</tr>
<tr>
<td>相澤</td>
</tr>
<tr>
<td>山口</td>
</tr>
<tr>
<td>常喜</td>
</tr>
<tr>
<td>小野木</td>
</tr>
<tr>
<td>赤木</td>
</tr>
<tr>
<td>五井</td>
</tr>
<tr>
<td>志村</td>
</tr>
<tr>
<td>真武</td>
</tr>
<tr>
<td>小山</td>
</tr>
<tr>
<td>伊津野</td>
</tr>
<tr>
<td>小松</td>
</tr>
<tr>
<td>石川</td>
</tr>
<tr>
<td>平見</td>
</tr>
<tr>
<td>幾世橋</td>
</tr>
<tr>
<td>石黒</td>
</tr>
<tr>
<td>石黒</td>
</tr>
<tr>
<td>橋本</td>
</tr>
<tr>
<td>駒場</td>
</tr>
<tr>
<td>鈴木</td>
</tr>
<tr>
<td>原</td>
</tr>
<tr>
<td>佐藤</td>
</tr>
<tr>
<td>篠原</td>
</tr>
<tr>
<td>篠原</td>
</tr>
<tr>
<td>加藤</td>
</tr>
<tr>
<td>木村</td>
</tr>
<tr>
<td>小島</td>
</tr>
<tr>
<td>中島</td>
</tr>
<tr>
<td>荒井</td>
</tr>
<tr>
<td>楠</td>
</tr>
<tr>
<td>遠藤</td>
</tr>
<tr>
<td>山本</td>
</tr>
<tr>
<td>伊藤</td>
</tr>
<tr>
<td>小林</td>
</tr>
<tr>
<td>羽田</td>
</tr>
<tr>
<td>米田</td>
</tr>
<tr>
<td>前田</td>
</tr>
<tr>
<td>篠原</td>
</tr>
<tr>
<td>伊藤</td>
</tr>
<tr>
<td>足立</td>
</tr>
<tr>
<td>春日井</td>
</tr>
<tr>
<td>古巣</td>
</tr>
<tr>
<td>増藤</td>
</tr>
<tr>
<td>自験例</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>途部</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
<tr>
<td>第2部</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>発生部位</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
<tr>
<td>腸部</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>充進</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
<tr>
<td>有基性</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>率</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Table 1 ブルネル腺腫症例報告例 62 例（自験例を含む）

<table>
<thead>
<tr>
<th>全国大icare会誌 1990;51:1763-67</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>島根中病気誌 1980;18:76-80</td>
</tr>
<tr>
<td>久留米誌誌 1980;53:210-20</td>
</tr>
<tr>
<td>Endoscop Digest 1996;6:223-8</td>
</tr>
<tr>
<td>和歌山赤十字誌 1999;9:93-8</td>
</tr>
<tr>
<td>宮崎誌誌 1991;26:1395-9</td>
</tr>
<tr>
<td>大阪医大誌 1991;50:107-12</td>
</tr>
<tr>
<td>Med Postgrad 1991;29:70-3</td>
</tr>
<tr>
<td>Endoscop Digest 1991;7:213-16</td>
</tr>
<tr>
<td>消外誌誌 1992;7:155-8</td>
</tr>
<tr>
<td>外臨誌誌 1992;47:663-6</td>
</tr>
<tr>
<td>消視誌誌 1992;42:305-7</td>
</tr>
<tr>
<td>外臨誌誌 1992;34:1089-93</td>
</tr>
<tr>
<td>Endoscop Digest 1992;8:144-9</td>
</tr>
<tr>
<td>消内誌誌 1993;43:184-7</td>
</tr>
<tr>
<td>消内誌誌 1993;5:1235-8</td>
</tr>
<tr>
<td>病院誌誌 1993;11:12</td>
</tr>
<tr>
<td>岐阜県医師会誌 1993;6:299-304</td>
</tr>
<tr>
<td>胃腸誌誌 1993;28:671-76</td>
</tr>
<tr>
<td>胃腸誌誌 1993;28:687-91</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Jpn 1993;28:118-25</td>
</tr>
<tr>
<td>日消誌誌 1994;27:1815-9</td>
</tr>
<tr>
<td>東京医大誌 1994;64:1033-36</td>
</tr>
<tr>
<td>腸疾患誌 1994;6:25-8</td>
</tr>
<tr>
<td>消内誌誌 1994;44:178-9</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 1995;37:1201-9</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 1995;37:1201-9</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 1995;37:2776-81</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Jpn 1995;28:118-7</td>
</tr>
<tr>
<td>日消誌誌 1995;92:1189-93</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 1996;38:2883-8</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 1996;38:1219-24</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 1996;38:1219-24</td>
</tr>
<tr>
<td>新潟新発田病療誌 1997;3:32-5</td>
</tr>
<tr>
<td>新潟新発田病療誌 1997;3:32-5</td>
</tr>
<tr>
<td>青森中病気誌 1997;42:35-41</td>
</tr>
<tr>
<td>日消薬会誌 1997;30:2287-91</td>
</tr>
<tr>
<td>消食誌誌 1997;12:431-6</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 1998;40:1872-8</td>
</tr>
<tr>
<td>広島医 1998;51:1203-6</td>
</tr>
<tr>
<td>消内誌誌 1998;10:123-6</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 1999;41:1203-08</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 1999;41:1203-08</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 2000;42:2273-78</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 2000;42:3338-41</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 2000;42:9744-54</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 2000;42:2273-78</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 2000;42:3338-41</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroenterol Endosc 2000;42:9744-54</td>
</tr>
</tbody>
</table>

※多発例

Gastroenterological Endoscopy
Table 2 グルステ変化本邦論文報告例 62 例のまとめ

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>症例数</th>
<th>症状</th>
<th>平均膿瘍径</th>
<th>腫脹形成</th>
<th>発生部位</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>症例数</td>
<td>あり</td>
<td>なし</td>
<td>あり</td>
<td>なし</td>
</tr>
<tr>
<td>過形成</td>
<td>38</td>
<td>(1)</td>
<td>26</td>
<td>12</td>
<td>35.1 ± 25.9mm</td>
</tr>
<tr>
<td>過誤腫</td>
<td>9</td>
<td>(4)</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>57.0 ± 9.1mm</td>
</tr>
<tr>
<td>腫脹</td>
<td>3</td>
<td>(0)</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>28.0 ± 1.7mm</td>
</tr>
<tr>
<td>癌</td>
<td>11</td>
<td>(2)</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>31.5 ± 17.7mm</td>
</tr>
<tr>
<td>早期</td>
<td>5</td>
<td>(1)</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>17.2 ± 2.3mm</td>
</tr>
<tr>
<td>進行</td>
<td>6</td>
<td>(1)</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>43.3 ± 15.0mm</td>
</tr>
<tr>
<td>不明※1</td>
<td>1</td>
<td>(1)</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>10mm</td>
</tr>
<tr>
<td>計</td>
<td>62</td>
<td>(2)</td>
<td>42</td>
<td>20</td>
<td>35.3 ± 23.9mm</td>
</tr>
</tbody>
</table>

※1細胞診のみのため病理組織学的所見不明 ※2多発例(合計数より除外) ( )滝組合併例

がみられた。また、癌が合併の有無で膿瘍径、表面変化、形態、発生部位に差はなかった。

癌の診断には癌の穿刺・細胞診および超音波内視鏡 (EUS) が有用とされている。しかし、グルステ変化に関して、今回の中検討で①過形成、過誤腫は十二指腸球部に、癌は第2部以下に存在する傾向がある②過形成、過誤腫は有基性を、癌は有基性を呈する傾向がある③癌では表面を変化を認めたが、過誤腫、過形成、腫脹についても膿瘍径が大きくなるにつれ表面変化を呈していくことが多い④悪性変化も早期、進行に関わらず癌を合併する場合がある、等のことが明らかになった。このことより、癌の有無と組織学的関連性が認められない以上、現時点では内視鏡適が肉眼所見、あるいは超音波内視鏡などの画像を示す診断の問題は困難であると考えられる。また、かわめて経過を指摘されている如く、グルステ変化は粘膜下膿瘍巣の形態をとることが多いために生検による組織診断が困難であることが多い。従って、グルステ変化を診断、特に異常の検出において、主病変が粘膜下層に存在することが多いことを念頭に入れ、病変の大きさに関わらず十分な範囲の切検を行った上で病理組織学的検査を行うことが重要であると思われた。

IV 結論

癌形成を伴うグルステ変化形成と考えられた今

団の症例をもとに近年の報告例を集計し、検討を加え報告し、組織像や表面変化の有無により存在部位や形態、膿瘍径に存する傾向がみられたが、癌の有無と組織の良悪との間には関連が認められなかった。

稿を終えるにあたり、病理組織学的所見につき御指教頂きました、市立伊勢総合病院病理 野田雅俊先生に感謝致します。

文献
1. 田中三千雄、宮本 清、横 松 さか、十二指腸癌の 1 例、消化器内視鏡 1989；11：1009-15.
2. 竹本達雄、薬原 穴、篠村直ほか、内視鏡的切除が得た十二指腸癌の 1 例、Mod Physcian 1992；12：1557-9.
3. 佐藤典宏、吉田郁一、小川芳明ほか、多発性十二指腸癌の 1 例、胃と腸 1996：31：677-80.
4. 石原 淳、五十嵐定典、加井義浩ほか、十二指腸 Brunner 腫瘍、Brunner 腫過形成、別冊日本臨床、領域別症候群 5、日本臨床社、大阪 1994：698-700.
5. 味沢友一、渡辺英伸、成沢太郎ほか、十二指腸の慢性・


論文受付 平成13年7月12日 同 改定 平成14年2月20日
CYSTIC CHANGE OF BRUNNER'S GLAND HYPERPLASIA: 
A CASE REPORT

Ichiro OHSAWA*, Toshio YAMAMOTO, Kikuhiro NAKAMURA, 
Tadataka HAYASHI, Taku IIDA, Makoto OGASAWARA** 
AND Shozaburo NAGAYA

*Departments of Surgery,  
**Departments of Internal Medicine, Ise Municipal Hospital.

A pedunculated mass arising from the second portion of the duodenum was detected in a 66-year-old woman during a follow-up endoscopic examination after treatment of a gastric and duodenal ulcer. The mass was a soft, 3cm-sized, polypoid projection into the lumen and was overlaid by intact duodenal mucosa. When biopsied, clear fluid was exuded from the polyp. Endoscopic resection was performed with a preoperative diagnosis of cystic polyp of the duodenum. The resected specimen revealed a simple submucosal cyst containing clear mucinous fluid, and Brunner's gland hyperplasia was observed in the stalk of the polyp. The wall of the cyst was lined with a single layer of columnar cells, and it appeared to represent cystic change of Brunner's gland hyperplasia. In addition to our own case, 61 cases of Brunner's gland tumor have been reported in Japan in the last decade. We review them from the standpoint of cystic change, and have classified them into four histological categories.