術前の病理診断に難渋した
幽門部進行胃癌の2例

森 秀雄1,2,大塚隆美3, 富田一成4, 菅本常夫
鉾田順也3, 龍本和雄3, 多田俊史, 渋谷 純5
片山洋子3, 竹内淳子

1東京都薬学健康保険組合栄康センター, 2東神戸病院/外科, 3同/内科, 4神戸協同病院/病理学, 5東京大学医学部/歯学

【Key Words】内視鏡検査, 内視鏡診断

はじめに
胃癌の術前診断において、内視鏡診断の役割は大き
く、術前の最終診断は内視鏡検査によることが多い。
しかし、技術的な努力にも拘らず5,6粘膜下より深く
進展すると粘膜面からの生検診断がつかないこともし
あり得る8。今回、約4年間に拘わった胃癌手術症例の
なかで、幽門部の進行胃癌であるに拘らず、術前
の内視鏡診断に難渋した2症例を報告する。

症例
症例1: 70歳, 男性。平成13年12月食欲不振と体重
減少を主訴として来院。幽門部狭窄を伴う幽門部の進
行胃癌であったが、十二指腸の球部に反転(図1)
を含む3カ所生検するも粘膜は周囲近縁線の僅かに癌
があらわれた1カ所のみよりpor2が証明された。組織學
的には内視鏡の通過できる周囲と周囲に含まれる部位
は正常粘膜に覆われ癌組織は見られず、生検部位は
幽門側からも球部側からも正常粘膜からなる周囲に
限られていた。切除標本では大きさである癌組織の露
出している癌細胞も实际上には折り畳まれるように内に
隠れ、内視鏡では直接できなかったものと推測され
る(図1)。潰瘍周囲部の連続組織切片においても、粘
膜下より多彩な胃癌の組織型(por2, por1, muc)がみられ
ているが粘膜面は正常粘膜に保たれている(図2)。

症例2: 60歳, 男性。平成10年4月上腹部痛と体重
減少を主訴として上部消化管内視鏡検査を行い
る。幽門部に潰瘍を認めるが病理診断を含め良
性潰瘍と診断され経過観察とされた。同年9月症状収
快しないため再度内視鏡検査が施行され(図2)
にpor2が認められたため手術目的にて紹介となった。当院

Fig. 1 Fixed resected specimen. The ulceration is closed by the surrounding wall covered with normal mucosa.

Fig. 2 Histological findings showing normal mucosa and cancer exist in the submucosal layer or deeper. (HE, ×200)

での2回の内視鏡下生検(10カ所と3カ所)では癌細胞
は証明されてなかったが、紹介来院した10カ所の粘膜
を確認後、腫頭十二指腸切除術を施行した(図3)。
Stage IV(浸透深度S1)の進行胃癌であった。症例1と同
様に、潰瘍底を除く大部分の粘膜は正常粘膜に覆われ
ており明らかな粘膜面の癌細胞の露出はなく、粘膜下
に所々リンパ管浸潤が見られた(図4)。癌の露出し
ている潰瘍部は内視鏡の通過部の後壁寄りに口を閉
じるように内臓しており、僅かに露出した遠辺部より
のみ内視鏡下生検で癌細胞が証明できた。粘膜下を中
心にpor2, por2がみられ壊死に陥った個所もみられ
た。

考察
幽門狭帯をきたした病変は胃潰瘍, 十二指腸潰瘍な
どの良性病変から、胃癌, 悪性リンパ腫などの悪性病
変まで鑑別を要する。症例とも切除標本でははっきり
とした癌性潰瘍がみられているが、このほどどの症
例術前の内視鏡検査時には正常粘膜に覆われた周囲の
に隠れ潰瘍とその辺縁の生検に適した部が表面からは
見える生検診断に難渋したものと考えられた。バリウ
ムによる消化管透視にてこのような症例はスクリー
ニングの観点とされ、幽門部近傍は十分な充満像や圧
迫像を得にくいため描出が難しく、二重造影法を用い
ても正面撮影では判別が困難である。強い第一斜位
をとり前庭部をはずした幽門部の側面像でようやく進
行癌であることがわからることもある。また症例2のように、生検診断が陰性であっても自覚症状より診断の見直しが必要なこともある。幽門部の狭窄・不整な粘膜下の膨隆を認めた場合には、これらの症例のように生検診断にて癌細胞を的確に採取することが困難なこともあり得ることを踏まえて、慎重に経過観察および診断する必要があると思われる。

文献
5) 丹羽登文編：胃癌，診断と治療：70-73, 1995.

Two cases of advanced gastric cancer involving the pyloric ring which was difficult to diagnose endoscopically.

Kiyoshi Mori ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳
Yuzu Otsubo ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑳
Kazunari Tomita ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑳
Tsunehisa Suga ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑳
Junya Minohata ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑳
Toshifumi Tada ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑳

Fig. 3 Surgical specimen.

Fig. 4 Histological findings.(HE, × 200)

Atom Katayama ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑳ Atsuko Takeuchi ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑳

We report two cases of advanced gastric cancer involving the pyloric ring, which was difficult to diagnose properly by endoscopic examination and biopsy.

Case 1: A 70 year-old male with pyloric stenosis. Six biopsy specimens were taken from the lesion, and only one of them pathologically showed gastric cancer.

Case 2: A 69 year-old male with a type 2 gastric cancer involving the pyloric ring.

The first endoscopic examination was performed 5 months before operation, but was diagnosed as benign gastric ulcer, and biopsy specimen also showed no evidence of cancer. Endoscopic examinations were performed again twice thereafter, and only one biopsy specimen showed cancer.

The difficulty in getting precise diagnosis is due to the fact that most of the cancer cells exist in the submucosal layer or deeper. And endoscopists tend to take biopsy from the ulceration in the center of the lesion, because it is easy to reach the center of the lesion by biopsy forceps. But as for type 2 gastric cancer involving the pyloric ring, the ulceration is closed by the surrounding wall covered with normal mucosa due to the structure of the ulcer bed. For this reason, most of the biopsy specimens from such lesions are normal mucosa. Endoscopists should be careful in the diagnosis of type 2 gastric cancer involving the pyloric ring.

①The Tokyo Glass Health Insurance Ryogoku Health Management Center. ②Department of Surgery and, ③Internal Medicine, Higashi Kobe Hospital. ④Department of Pathology, Kobe Kyodo Hospital. ⑤Department of Surgery, University of Tokyo Hospital.

(カラーは5頁に掲載)