●〈症例〉

術前診断を得た胃粘膜下腫瘍の3例 —消化管粘膜下腫瘍に対する 粘膜切開直視下生検法—

横畠 徳祐¹⁾ 為我井芳郎²⁾ 徳原 真³⁾ 橋本政典
日野原千速 斉藤 幸夫 清水利夫 望月 眞⁴⁾

¹⁾国立国際医療センター／外科, ²⁾同／消化器科, ³⁾同／外科,
⁴⁾同／病理

〔Key Words〕 粘膜下腫瘍 粘膜切開剥離直視下生検法

和文要旨

消化管粘膜下腫瘍の術前確定診断は時に困難で、術前に確定診断に至らず、腫瘍径や臨床症状で外科的切除、術後病理により診断に至るというプロセスを経るケースが少なくない。今回著者らは為我井らによって考案された胃粘膜下腫瘍に対して粘膜切開剥離法(ESD: endoscopic submucosal dissection;)の手技を併用し、腫瘍を覆う正常粘膜と腫瘍被膜を切開、腫瘍を露出させ直視下に鉗子生検を行なう方法(以下、粘膜切開直視下生検法)にて確定診断を得た胃粘膜下腫瘍の3例を経験したのでここに報告する。

症例1

患者: 63歳女性, 上部内視鏡にて胃角部小彎に40mm大の粘膜下腫瘍を認めた(Fig. 1)。通常鉗子生検からは正常粘膜のみであった。病理学的確定診断をつけるため、フックナイフを使用し粘膜切開後、鉗子生検を行った。切開後は腫瘍の露出を避けるためクリップを使い粘膜を縫縮している(Color 1)。

検体摂取量は十分であり(Fig. 2), HE染色では錯綜配列する紡錘形の腫瘍細胞認め、免疫染色ではc-kit(+), CD34(-)(Fig. 3) α-muscle actin(+/-), desmin(-), desmin(-), Ki-67 1.3%にて⇒径30mm胃GIST(low grade malignacy)の術前診断となり後日外科的切除を施行した。手術検体でも生検組織診と同診断であった。

症例2

患者: 81歳男性, 上部内視鏡にて胃前庭部後壁に30mm大の胃粘膜下腫瘍を認めた。確定診断のため同法にてフックナイフによる粘膜切開直視下生検法を施行した(Fig. 4)。

生検組織診にて; c-Kit(2+), CD34(-)(図11, 12, 13), 核分裂<5/HPF c-kit(+), CD34(+), vimentin

Fig. 1 case1; Endoscopic image showing a gradually elevated tumor with smooth surface in gastric antrum.

Fig. 2 case1; enough volume specimen was obtained.

(+), S-100(-/+), desmin(-), actin(-)⇒径40mm胃GIST(intermediate grade malignacy)の術前診断となり、後日外科的治療施行した。

手術検体でも生検組織診と同診断であった。

症例3

患者: 30歳男性, 胃噴門部に径50mmの胃粘膜下腫瘍を認めた。(Fig. 5)。同手技により生検を行ない、(Color 2)。生検病理診断にてHEで紡錘形細胞の腫瘍性増殖みられ、c-kit(-), CD34(-), αSMA(+), S100(-), Ki-67<1%核異型もみられず平滑筋腫の診断となった。噴門側胃切除術を施行し。切除検体でも生検組織診と同診断となった。

考察

消化管粘膜下腫瘍の診断は、通常内視鏡, EUS, CT, MRI, などのmodalityを用いて行なっている。同検査により腫瘍の発生する層, 内部エコーCT値などによって嚢胞や脂肪腫などの一部の病変の診断を行なうことは可能である。しかし確定診断に至らないことや、粘膜下腫瘍の多くは臨床症状が出現しにくく、発見された時点で比較的大きな腫瘍径であることも少なくない。また、粘膜下腫瘍の多くのGISTや神経原性腫瘍、筋原性腫瘍はリンパ節郭清を必要としない肉眼的切除が基本であることから「診断を兼ねた外科的切除」を行なう経過を経ることが現実のケースでは存在する。

Fig. 3 case1 ; imunostaining with CD34 ; the tumor cells show positive.

Fig. 4 case2 ; Endoscopic image showing a tumor with normal gastric mucosa. and same procedure has done for diefinite diagnosis.

しかし、腫瘍の生物学的悪性度を単純に腫瘍径のみで判断することには限界があり、術前に組織的確定診断をつけること治療戦略として重要である。かつてはボーリング生検や、EMR併用後の粘膜切除、人工潰瘍形成後の直視下生検の報告があり^{1,2)}。また、昨今ではEUS併用下のfine needle aspiration biopsy (FNAB)の手技が消化管粘膜下腫瘍に対する生検としても普及しつつあり、安全でかつ高い組織摂取率(86~96%)、正診率(88~100%)が報告されている^{3,4,5)}。

本方法は粘膜下腫瘍上の正常粘膜と腫瘍皮膜に切開を加え直視下生検により確実に安全に十分量の検体が得られる。また、FNABでは起こりうる漿膜外へseed-ingのriskがないこと、出血の際には確実な止血が可能であること、採取検体が凝固や、変性することなく、小さな病変に対しても検体を十分量摂取することができ、切離縁が鋭利であることから生検後のクリップ縫縮が可能という利点があげられる。しかし、腫瘍の露出に伴う局所再発のriskに関しては予測が難しく、症例数を蓄積し今後の検討を慎重に行なう必要があると

Fig. 5 case3 ; Endoscopic image showing a tumor with smooth mucosa in the cardia.

考えられる。

文 献

- 1) 浜田史朗, 大原秀一, 関根 仁, 他: 胃平滑筋肉腫の臨床からみた良悪性の鑑別診断—経過観察を中心に. 胃と腸, 30: 1141—1150, 1950.
- 2) 田中三千雄, 薄田勝男: 粘膜下腫瘍. Mebio, 18: 56—61, 2001.
- 3) 有馬美和子, 原田 昇, 神津照雄, 他: 上部消化管疾患に対する超音波内視鏡ガイド下生検法. 消化器内視鏡, 11: 91—100, 1999.
- 4) 浜田史朗: 消化管疾患—胃粘膜下腫瘍の治療の進歩—内視鏡的治療を中心に. 治療 81: 401—405, 1999.
- 5) 今井奈緒子, 大橋計彦, 山緒健治, 他: 超音波内視鏡穿刺吸引法による消化管粘膜下腫瘍の診断. 臨床消化器内科, 16: 293—299, 2001.

〈カラーは6頁に掲載〉

3 case of gastric SMT(submucal tumor) which was diagnosed before operation —open biopsy with ESD(endoscopic submucal dissection) for interstind SMT—

Norisuke Yokohata¹⁾ Yoshiro Tamegai²⁾
Makoto Tokuhara¹⁾ Masanori Hashimoto
Cihaya Hinohara Yukio Saito
Toshio Shimizu Makoto Mochizuki³⁾

¹⁾Surgery, ²⁾Gastroenterology, ³⁾Pathlogy, International Medical Center of Japan.