●〈症例〉

過形成性ポリープが背景の 低分化型混在腺癌に 内視鏡的切除を施行した1例

山田康隆¹⁾ 杉本真也 諸星雄一 伊藤 剛
角田裕也 今村 諭 田村寿英 長久保秀一
小池祐司 藤田由里子 高橋正純²⁾ 小松弘一^{1)*}

¹⁾横浜市立市民病院／消化器内科, ²⁾同／消化器外科
*Corresponding author: hi00-komatsu@city.yokohama.jp
[Key Words] 過形成性ポリープ, 低分化腺癌

症 例

患者：64歳，男性。

主訴：吃逆，逆流症状。

既往歴：高血圧。

家族歴：特記すべき事項なし。

嗜好：喫煙歴あり（30年前に禁煙，20本/日×10年），
機会飲酒。

現病歴：吃逆・逆流症状の精査のため近医で上部消化管内視鏡を施行され，多発性過形成性ポリープを認めた。*H. pylori*陽性であり除菌療法が行われた。その後，当院にて経過観察されていたが，前庭部大彎側の過形成性ポリープは，約3カ月後の観察で頂部にびらんを伴う8×7mm大の山田Ⅲ型のポリープとなって認められた（Color 1）。同部位の拡大NBI観察でびらんの範囲に一致し，粘膜の表面構造が消失し，仲吉らが提唱したfine network patternの消失した異常血管を認めた（Color 2, 3）。生検病理組織像にて過形成性ポリープの中に中分化型が主体ながらも低分化成分が混在する腺癌（Fig. 1, 2）を認めたため治療目的にて入院となった。

入院時現症：特記すべき異常なし。

血液所見：血算・生化学・凝固に特記すべき異常所見はなく，腫瘍マーカー（CEA，CA19-9）の上昇は認めなかった。

入院後経過：低分化成分を含む腺癌ではあったが，腫瘍径は2cm以下の粘膜内癌であり，患者同意の上，endoscopic submucosal dissection (ESD)を施行した。切除標本の大きさは41×37mm，ポリープ病変が8×7mm，頂部のびらんが3×2mmであった。ESD病理組織像では過形成性ポリープの頂部にかけて癌病巣を認め（Fig. 3），tub2 > tub1 > por2と中分化型が主体であったが低分化型が混在していた。断端は陰性であったが，D2-40免疫染色でリンパ管侵襲を認めた。

Fig. 1 Hematoxylin-eosin staining showing poorly differentiated carcinoma (white arrow) and hyperplastic polyp (black arrow).

Fig. 2 Hematoxylin-eosin staining showing poorly differentiated adenocarcinoma.

リンパ節転移の可能性を考慮し，当院消化器外科にて幽門側胃切除術およびリンパ節郭清の追加切除を施行した。最終病理診断では残存病変を認めずリンパ節転移は陰性で，治癒切除となった。

考 察

20年以上前の文献では，554病巣の過形成性ポリープの検討で癌の併存は1例もなかったとの報告があるように¹⁾，過形成性ポリープは良性ポリープの代表疾患とされてきた。しかしながら内視鏡デバイスの進歩に伴い，263例の過形成性ポリープの検討で腺腫が5例，腺癌が4例みられたとの報告があるように²⁾，発癌との関連が示唆されるようになってきた。過形成性ポリープに発生した低分化癌および印環細胞癌の過去の報告例の中には*H. pylori*陰性例も含まれており（Table 1），*H. pylori*感染に関係なく過形成性ポリープは発癌の可能性を秘めていることが示唆される。また，10mm以下の低リスクと考えられていた過形成性ポリープの症例にも胃癌が発生した報告も散見された。

*H. pylori*感染と過形成性ポリープの関連性は多くの文献で報告されている³⁾。また，*H. pylori*による慢

Fig. 3 Histopathological section of ESD specimen showing poorly differentiated adenocarcinoma detected in erosion on hyperplastic polyp (arrow).

性炎症により胃癌の発生リスクが高まることが証明されてきた¹⁾。一方、過形成性ポリープと発癌の関連は現在明らかにはなっていないものの、両者の関連を示唆する報告例は散見されている(**Table 1**)。*H. pylori*感染と過形成性ポリープの2つのイベントの合併が、自験例において8mm大の小さな過形成性ポリープに低分化型混在腺癌を発症するに至る一要因となった可能性を考えた。

10mm以下の過形成性ポリープから低分化型混在腺癌を発生し外科的追加切除を要した自験例のように、背景に*H. pylori*感染などの発癌リスクがある場合や、ポリープの性状が不均一な場合、陥凹を伴う場合などはポリープの大きさに関わらず切除を考慮の上、厳密な経過観察が必要と考えられた。

おわりに

過形成性ポリープを背景粘膜として発生した低分化型混在腺癌に対し内視鏡的切除を施行した1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告した。

文 献

- 1) 長南明道, 望月福治, 池田 卓, 他: 胃過形成性ポリープの癌化例の検討. *Gastroenterol Endosc*, 31: 344–350, 1989.
- 2) Hizawa K, Fuchigami T, Iida M et al: Possible neoplastic transformation within gastric hyperplastic polyp. Application of endoscopic polypectomy. *Surg Endosc*, 9: 714–718, 1995.
- 3) 菅野健太郎: *H. pylori*と胃ポリープ. 総合臨牀, 46: 2545–2548, 1997.
- 4) Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S et al: *Helicobacter pylori* infection and the development of a gastric cancer. *N Engl J Med*, 345: 784–789, 2001.

(カラーは9頁に掲載)

Table 1 Reported cases of undifferentiated carcinoma developing in a hyperplastic polyp.

症例	報告者	報告年	年齢/性別	大きさ(mm)	組織型
1	Fujino	1988	58 F	30	por2
2	Ichiyoshi	1992	65 F	40	sig, tub1, por
3	Nakamura	1994	61 F	13	sig, por
4	Tone	1994	71 F	15	sig, tub2
5	Iriarte	1995	68 F	22	sig
6	Atsumi	1996	58 F	12	sig
7	Hojo	2000	79 M	15	por1, tub2
8	Hanai	2002	58 F	45	sig, pap
9	Imai	2005	74 F	7	por
10	Miyazaki	2005	61 M	10	sig
11	Akaike	2006	71 M	15	sig
12	Asakawa	2006	65 M	15	sig
13	Mishra	2006	58 M	40	por
14	Hirasaki	2007	45 F	6	sig
15	Hirano	2008	59 M	48	sig, por
16	自験例	2012	64 M	8	tub2, tub1, por2

Endoscopic resection of poorly differentiated adenocarcinoma arising from hyperplastic polyp

Yasutaka Yamada ¹⁾	Shinya Sugimoto
Yuichi Morohoshi	Tsuyoshi Ito
Yuya Tsunoda	Satoshi Imamura
Toshihide Tamura	Shuichi Nagakubo
Yuji Koike	Yuriko Fujita
Masazumi Takahashi ²⁾	Hirokazu Komatsu ^{1)*}

A 64-year-old male patient underwent several endogastroduodenoscopy (EGD) procedures for treatment of multiple gastric hyperplastic polyps. An erosion (2 × 3 mm) was observed on a hyperplastic polyp located in the antrum at the greater curvature of the stomach. Magnifying endoscopy with narrow band imaging (NBI) revealed that superficial formation and fine network pattern of the mucosa had disappeared. This lesion was diagnosed by pathological assessment of a biopsy specimen as adenocarcinoma, including a poorly differentiated component. Although poorly differentiated carcinoma was involved, we elected endoscopic submucosal dissection (ESD) because the cancer was thought to be contained within 20mm mucosal depth. Histopathological analysis of the ESD specimen revealed horizontal and vertical margins of the cancer were negative, but lymphovascular involvement was present. Therefore additional surgical resection was performed. Lymph-node metastasis and residual cancer were not detected. Carcinogenicity of hyperplastic polyps is unknown at present, but recently several cases of poorly differentiated adenocarcinoma developing in hyperplastic polyps have been reported. These polyps were frequently discovered extending deeper than 20mm. In the case reported here, a poorly differentiated adenocarcinoma developed in a hyperplastic polyp less than 10mm in depth and required additional surgical resection. We conclude that it is necessary to monitor hyperplastic polyps strictly regardless of size, especially in cases with existing risks of carcinogenesis such as *H. pylori* infection and non-uniform or recess type polyp.

¹⁾Department of Gastroenterology, ²⁾Department of Gastroenterological Surgery, Yokohama Municipal Citizen's Hospital

*Corresponding author: hi00-komatsu@city.yokohama.jp