●〈症例〉

術前に早期胃癌と診断した
*H. pylori*陰性進行胃癌の1例田崎修平^{1,2)*} 平澤俊明³⁾¹⁾田崎胃腸科／内科, ²⁾田園調布中央病院／消化器内科, ³⁾がん研
有明病院／消化器内科

*Corresponding author: tazaki-s@ta.catv.ne.jp

〔Key Words〕*Helicobacter pylori*陰性, 胃癌

はじめに

胃癌の多くは*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 感染による慢性胃炎を背景に発症する¹⁾。しかしながら、稀ではあるが*H. pylori*陰性胃癌も存在する。今回、我々は複数検査所見より*H. pylori*未感染が考えられ、術前に早期胃癌と診断した未分化型の陥凹性進行胃癌の1例を経験したので報告する。

症 例

患者：52歳，女性。主訴：咽頭つかえ感。

既往歴：特記事項なし。除菌歴なく，proton pump inhibitor (PPI) 内服歴もない。

現病歴：咽頭つかえ感を主訴に田園調布中央病院来院。2011年10月に上部消化管内視鏡検査で胃に印環細胞癌を認めた。CT検査で転移なく，同年12月術前に早期胃癌と診断の下，腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行。

血液検査所見 (Table 1)：総蛋白の軽度低下以外，異常値はなく，血清抗HP IgG抗体3.0U/ml未満と陰性でpepsinogen (PG) IIは高値であったが，PG I，PG I/II比はいずれも正常。尿素呼気テストは未施行。

上部消化管内視鏡検査 (Color 1, 2)：逆流性食道炎を認め，胃全体に萎縮はなく，胃角部にregular arrangement of collecting venules (RAC)を認め，胃体部に表面平滑なポリープが散在した。胃体下部小彎前壁寄りに約10mm強でひだ集中はないが，周囲がやや膨隆した褪色调で星芒状の陥凹性病変を認め，未分化型早期胃癌が疑われた。

生検病理検査所見 (Fig. 1)：胃ポリープは胃底腺ポリープで，胃体下部小彎前壁の陥凹性病変はadenocarcinomaでsignet ring cell carcinoma (sig)の浸潤を認めた。ギムザ染色では*H. pylori*陰性であった。

胃X線検査 (Fig. 2)：背臥位二重造影で胃底腺領域に透亮像を認めるも，内視鏡検査で指摘された約10mm強の浅い陥凹は描出困難であった。萎縮のない胃で伸展性は保たれ，硬化所見等は認められなかった。

Table 1 Laboratory examination on admission.

〔検査成績〕			
TP 6.0 g/dl	ALB 4.1 g/dl	GOT 11 IU/l	
GPT 8 IU/l	LDH 166 IU/l	γ-GTP 6 IU/l	
RBC 400×10 ⁴ /μl	Hb 12.5 g/dl		
CEA 1.7 ng/ml	CA19-9 15.1 U/ml		
HP IgG Ab (−)	3.0 U/ml 未満		
PG I 86.9 ng/ml	PG II 18.4 ng/ml		
PG I / II 4.7	便潜血 (−)

Fig. 1 Histopathological examination of biopsy specimens showed findings consistent with signet ring cell carcinoma (arrowheads).

Fig. 2 Upper GI series showing flexibility of the edge without irregularity.

手術病理検査所見：手術標本の肉眼分類は0-IIc，大きさ15×12mmで胃壁深達度はMPで脈管浸襲はなく，切除断端は陰性であった。胃体部前壁にあるIIc advanced cancerで (Fig. 3)，病理組織学的には腫瘍は粘膜内で5mm大であるが，粘膜下から一部は筋層にまで広範に浸潤していた。粘膜内はsigで (Fig. 4)，粘膜下から筋層浸潤はpoorly differentiated adenocarcinoma non-solid type (por2) 主体の豊富な結合組織を伴うscirrhus typeであるが，Ly0，v0，N0でStage IBとなった。また，切除標本の背景胃粘膜はupdate Sydney systemのvisual analogue scaleに準じ，慢性炎症細胞浸潤(1+)，好中球浸潤(0)，萎縮(0)，腸上皮化生(0)，*H. pylori*(0)であり，*H. pylori*陰性の非

Fig. 3 Histopathological examination showed signet ring cell carcinoma in the mucosal layer, with invasion of mainly por2 cancer from the submucosal layer to the proper muscular layer (arrowheads). The background mucosa showed no neutrophil infiltration, no evidence of atrophy.

Fig. 4 Histopathological findings revealed por2 cancer with abundant connective tissue of the scirrhous type.

萎縮性胃粘膜と考えられた。

術後経過：Stage I Bで化学療法施行せず，2014年現在まで経過良好で転移も認めていない。

考 察

ABC検診のA群の胃癌は*H. pylori*既感染症例が含まれており，*H. pylori*未感染の非萎縮胃粘膜から発生した胃癌は全胃癌の0.66～3.11%と報告され，頻度は極めて稀である²⁾。藤崎ら³⁾は*H. pylori*未感染の条件には，①PPIの2週間以内の内服歴がない，②除菌歴がない，③血清抗*H. pylori*抗体3U/ml以下，④ペプシノーゲン法正常，⑤尿素呼気テスト陰性，⑥上部消化器内視鏡検査で萎縮がなくRAC陽性，⑦九嶋ら⁴⁾の論文に倣いupdate Sydney systemのvisual analogue scaleに準じ，慢性炎症細胞浸潤(0～1+)，好中球浸潤(0)，萎縮腸上皮化生(0)，*H. pylori*(0)であるものを*H. pylori*陰性，非萎縮性胃粘膜と定義した。以上，7項目の検査を満たすものを*H. pylori*陰性とした。自験例は尿素呼気テストを施行していないが，その他の上記6項目を満たしており，*H. pylori*未感染と診断した。

*H. pylori*陰性未分化型早期胃癌の肉眼型は0-IIcが多く，褪色調を呈し，胃底腺領域が最も多い。sig主体で粘膜内病変がほとんどであった³⁾。自験例も胃底腺領域の褪色調の0-IIcで，生検ではsigの浸潤を認める*H. pylori*陰性未分化型早期癌の術前診断であったが，10mmを超えており，鏡視下手術を施行したところ，筋

層まで癌の浸潤を認めた。

ABC検診の評価ではC群，D群のハイリスク群に対して注意深い内視鏡観察が要求されるが，原則A群の*H. pylori*陰性胃癌は今後，相対的な増加が見込まれる。自験例のように胃体部前壁の浅い陥凹病変の描出は胃癌検診のX線検査では困難で，有症状の場合はABC検診，胃癌検診の結果にかかわらず，積極的に上部消化管内視鏡検査を施行し，*H. pylori*陰性胃癌を念頭に入れて検査を進めることが肝要と考えられた。

文 献

- 1) Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S et al: *Helicobacter Pylori* infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med*, 345: 784-789, 2001.
- 2) Matsuo T, Ito M, Takata S et al: Low prevalence of *Helicobacter Pylori*-negative gastric cancer among Japanese. *Helicobacter*, 16: 415-419, 2011.
- 3) 藤崎順子，山本智理子，堀内裕介，他: *Helicobacter pylori* 陰性未分化型早期胃癌の特徴。胃と腸，49: 854-861, 2014.
- 4) 九嶋亮治，松原亜季子，柿木里枝，他: *Helicobacter pylori* 陽性胃癌と陰性胃癌の比較—病理の立場から。胃と腸，42: 967-980, 2007.

〈カラーはp. 5に掲載〉

A case of *Helicobacter pylori*-negative advanced gastric cancer preoperatively diagnosed as early gastric cancer

Shuhei Tazaki^{1,2)*} Toshiaki Hirasawa³⁾

A 52-year-old woman was referred to the hospital with the chief complaint of dysphagia. Upper gastrointestinal (GI) endoscopy showed reflux esophagitis; fundic gland polyps and a shallow discolored depressed lesion measuring approximately 10 mm in diameter were observed in the anterior wall of the gastric lower body, with no evidence of atrophic changes. Histopathological examination of biopsy specimens showed evidence of signet ring cell carcinoma in the depressed lesion and a negative result for *Helicobacter pylori* (HP) on Giemsa staining. The patient had no history of HP eradication therapy. Serology for HP IgG antibody was negative and the result of testing by the pepsinogen method was negative. The carcinoma risk was classified as group A according to the ABC classification. Laparoscopic gastrectomy was performed under the tentative diagnosis of early gastric cancer without metastasis, the latter determined by CT imaging. Histopathological examination of the resected specimen revealed signet ring cell carcinoma in the mucosal layer, with invasion of mainly por2 cancer from the submucosal layer to the proper muscular layer, and abundant connective tissue of the scirrhous type. The background mucosa showed no neutrophil infiltration, or any evidence of atrophy. Based on the findings, we diagnosed the patient as a case of non-HP-infected gastric cancer. In the future, a higher incidence of HP-negative gastric cancer may be found among patients classified into Group A of the ABC risk classification. Upper GI endoscopy should be performed bearing in mind the possibility of HP-negative gastric cancer in cases with GI symptoms, regardless of the results of the ABC classification for gastric cancer screening.

¹⁾Tazaki Medicine Gastroenterology Clinic, ²⁾Department of Gastroenterology Denenchofu Central Hospital, ³⁾Department of Gastroenterology, Cancer Institute Hospital

*Corresponding author : tazaki-s@ta.catv.ne.jp