●〈症例〉

十二指腸に嵌入した有茎性胃癌に 表面型早期胃癌と腺腫が併存した 1 例

森山友章^{1)*} 長主直子¹⁾ 高力俊策²⁾

¹⁾ 湘南藤沢徳洲会病院／消化器内科, ²⁾ 同／外科

*Corresponding author: moriyama@ctmc.jp

〔Key Words〕 胃癌, 十二指腸嵌入

症 例

患 者：76歳, 男性。

主 訴：胃腫瘍治療目的。

既往歴：異型狭心症・脂質異常症。

現病歴：2013年胃X線検診で十二指腸に隆起性病変を指摘され, 上部消化管内視鏡を行ったところ, 胃前庭部に表面型早期癌と有茎性胃癌を認めたため当院に紹介された。

現 症：身長153cm, 体重52kg。結膜に軽度の貧血が見られ, 腹部は平坦・軟で圧痛はなかった。

検査成績所見：Hb 10.7g/dl, Fe 18μg/dl, フェリチン<10ng/mlと鉄欠乏性貧血を認めた。CEAとCA19-9は基準値内であった。迅速ウレアーゼ試験は陽性であった。

上部消化管内視鏡所見：萎縮性粘膜を背景に胃前庭部に無茎性ポリープ(病変1), 表面型早期胃癌(病変2), 有茎性胃癌(病変3)の3個の病変を認めた。病変1は1cm大の隆起性病変で, 生検組織は腺腫であった(Color 1-a)。病変2は3cm大の0-IIa+IIc型早期胃癌で, 陥凹辺縁の隆起が強く粘膜下層癌と推測した(Color 1-b)。病変3は幽門前部に基部をもつ多結節状の有茎性腫瘍で, 十二指腸に嵌入していた(Color 2)。このため把持鉗子・回収ネット・バルーンゾンデを使用して解除を試みたが, 胃内に還納することはできなかった。病変2と3の生検診断はいずれも管状腺癌であった。

胃X線検査所見：胃前庭部に隆起性病変(病変2), 十二指腸に3cm大の多結節状腫瘍の脱出(病変3)を認めた(Fig. 1)。

腹部CT所見：十二指腸に脱出した腫瘍(病変3)を認めた(Fig. 2)。

以上の所見から, 胃前庭部の重複胃癌と腺腫の併存と診断し, 腹腔鏡下に幽門側胃切除術を行った。

病理組織学的所見：胃前庭部に3個の病変を認めた(Color 3)。病変1は胃型の管状腺腫であった。病変2

Fig. 1 Barium study showing a multinodular tumor in the duodenal bulb (lesion 3, arrow) and an elevated tumor in the gastric antrum (lesion 2, arrowhead).

Fig. 2 Abdominal CT showing a polyp prolapsing into the duodenum (arrow).

は0-IIa+IIc型早期胃癌で, 高分化ないし中分化管状腺癌が主体で一部に低分化腺癌も混在し, SM1, N0, ly0, v0であった。病変3は, 手術後は手動的に整復可能で, 少量の低分化腺癌を認めたものの大部分は微小腺管構造の増生した高分化腺癌から構成され(Fig. 3), M, N0, ly0, v0であった。

考 察

胃腫瘍の十二指腸脱出・嵌入は稀な病態で, 要因として腫瘍の重量と可動性, 支持組織の脆弱化などが指摘されている¹⁾。症状は幽門閉塞に伴う腹痛・嘔気・嘔吐があるが²⁾, X線検診や内視鏡検査で偶然発見される

Fig. 3 Histopathology of the pedunculated polyp in the resected specimen disclosed intramucosal well-differentiated tubular adenocarcinoma (HE staining, $\times 100$).

ことも少なくない。自験例は、有茎性胃腫瘍が十二指腸に嵌入していたものの無症状のまま検診で発見され、しかも前庭部に0-II a + II c型早期癌と腺腫が併存していた点で注目すべき症例であった。

十二指腸脱出病変を認めた場合、内視鏡で形態と表面構造を仔細に観察し、その上で生検することが診断上重要である。自験例が示すように消化管造影やCTも補助診断として有用である。病変の整備には、①内視鏡下に十分な送気と前庭部大彎の伸展、②球部内反転操作、③鉗子・スネア・回収ネット・チューブ・バルーンポンプなどの処置具の使用が有効である。自験例では、病変の切断・出血・切除標本の散逸が危惧されたため、整備を断念した。

胃癌は十二指腸に脱出を来す腫瘍の中で最も多い。年齢では60～70歳代に多く、大きさは平均4.2cm、発生部位は約3/4が幽門輪上も含む前庭部である。中でも早期癌は9割近くを占め、その大部分が0-I型である³⁾。治療は外科的切除が多く内視鏡的切除は少ない⁴⁾。しかし、粘膜下層癌よりも粘膜内癌の割合が高いことから³⁾、整備可能な病変は内視鏡的切除(EMR, ESD)を念頭に置き、拡大内視鏡やEUSを行った上で治療法を選択するのが妥当と思われる。自験例の有茎性腫瘍は粘膜内癌であり、嵌入を解除できたならば、それ自体は内視鏡治療が有効であったと考えられた。

おわりに

十二指腸に脱出した胃腫瘍は無症状が多く、内視鏡治療の適応病変も少なくないことや併存病変の有無に留意する必要がある。

文 献

- 1) 星野 敢, 永田松夫, 渡辺一男, 他: 胃穹窿部に発生し十二指腸脱出をきたした過形成性ポリープの1例. 日臨外会誌, 63: 2668-2673, 2002.
- 2) Hobbs WH, Cohen SE: Gastroduodenal invagination due to a submucosal lipoma of the stomach. Am J Surg, 71: 505-518, 1946.
- 3) 伊藤元博, 國枝克行, 北村文近, 他: 十二指腸球部に脱出した超高齢者早期胃癌の1例. 日臨外会誌, 67: 2070-2073, 2006.
- 4) 太田義人, 赤井 崇, 上里昌也, 他: Endoscopic submucosal dissection (ESD) を施行した胃癌による ball valve syndrome の1例. 癌の臨床, 56: 621-626, 2010.
(カラーは p. 6 に掲載)

Pedunculated gastric mucosal cancer prolapsing into the duodenum coexisting with Type 0-II a + II c early gastric carcinoma and adenoma in the gastric antrum

Tomoaki Moriyama^{1)*} Naoko Nagasu¹⁾
Shunsaku Koriki²⁾

A 76-year-old man was referred to our hospital for the treatment of gastric tumors. He had a past medical history of angina pectoris and hyperlipidemia. Endoscopic examination revealed three tumors in the gastric antrum, a sessile polyp, an elevated cancer with a central depression extending into the submucosa, and a pedunculated multinodular polyp prolapsing into the duodenum. Biopsy specimens taken from the three tumors revealed that they comprised an adenoma and two adenocarcinomas. The pedunculated polyp could not be returned into the stomach. Therefore, under the diagnosis of coexistent gastric adenoma and two adenocarcinomas, laparoscopy-assisted distal gastrectomy was performed. Histopathological examination of the resected specimen revealed the sessile polyp as a gastric adenoma, a well- to moderately differentiated tubular adenocarcinoma invading the submucosa (Type 0-II a + II c gastric cancer), and the pedunculated polyp as an intramucosal well-differentiated tubular adenocarcinoma.

It is important to carefully observe the surface and form of a pedunculated gastric tumor prolapsing into the duodenum, and consideration of endoscopic treatment might be warranted after it is repositioned in the stomach.

¹⁾Department of Gastroenterology, ²⁾Department of Surgery, Shonan Fujisawa Tokusyukai Hospital

*Corresponding author: moriyama@ctmc.jp