●〈症例〉

十二指腸に嵌頓し貧血の原因となった胃Inflammatory fibroid polypの1例

高雄暁成¹⁾ 藤原 崇^{1)*} 矢島和人³⁾ 柴田理美¹⁾
 千葉和朗¹⁾ 田畑拓久²⁾ 来間佐和子¹⁾ 桑田 剛¹⁾
 大西知子¹⁾ 藤原純子²⁾ 荒川丈夫²⁾ 門馬久美子²⁾
 岩崎善毅³⁾ 堀口慎一郎⁴⁾ 小泉浩一¹⁾

¹⁾がん・感染症センター都立駒込病院／消化器内科, ²⁾同／内視鏡科, ³⁾同／外科, ⁴⁾同／病理科

*Corresponding author: fuji@cick.jp

〔Key Words〕 Inflammatory fibroid polyp

症 例

患者：80歳代，女性。

主訴：腹部膨満感。

現病歴：2014年5月頃より食後の腹部膨満感を自覚。7月初旬に当院外来の上部消化管内視鏡検査で前庭部の腫瘤を指摘され，精査加療目的に入院となった。

既往歴：高血圧症，脂質異常症。

入院時現症：眼瞼結膜は貧血様。

入院時血液検査所見：Hb 8.2g/dl, MCV 94fl, 抗*H. pylori* IgG抗体陽性。

上部消化管内視鏡検査(入院前)：前庭部前壁の粘膜のひきつれを認め(Fig. 1-a)，これに連続して十二指腸球部に半球状の腫瘤(Fig. 1-b)および新鮮血の貯留を認めた。以上から前庭部に有茎性ポリープの存在が示唆され，同病変からの出血が疑われたが，十二指腸に嵌頓しており詳細な観察は不能であった。

腹部造影CT：十二指腸に造影増強効果を伴う腫瘍性病変を認め，十二指腸下降脚にかけ逸脱を認めた(Fig. 2)。

上部消化管内視鏡検査(入院後精査時)：病変の頂部が大きく，嵌頓の解除が困難であったため，OLYMPUS社製の2チャンネルスコープGIF TYPE 2T240®を使用し，大/小の把持鉗子2本を用いることで把持力を強化し，病変の茎部を把持してゆっくり胃側に牽引(2チャンネル・ダブル鉗子法)することで，嵌頓解除後に観察した。病変の頂部は脱落し，陰茎龟头様を呈した弾性硬の約4cm大の粘膜下腫瘍様病変を認めた(Color 1)。頂部からの生検では肉芽組織を認めるのみであった。

上部消化管X線検査：嵌頓解除後の充影像では前庭部に4cm大の円形の透亮像として認め，圧迫法では前庭部にStalkの付着を伴う有茎性ポリープ病変として

Fig. 1 Gastrointestinal endoscopy revealed an incarcerated polyp with a stalk in the anterior wall of pyloric zone (a), and a hemispheric tumor in the bulb of duodenum (b).

Fig. 2 CT showed prolapse of the polyp into the descending part of duodenum.

認めた(Fig. 3)。

超音波内視鏡検査：第2層，第3層に28mm大の不均一な低エコー像として描出された。

入院後経過：生検組織では確定診断がつかなかったが，内視鏡所見等からはInflammatory fibroid polyp (IFP)を第一に考えた。鑑別としてはgastrointestinal stromal tumor(GIST)，胃癌，神経鞘腫等も考えられたが，大きさから経口的な回収は不可能であり，治療として腹腔鏡下幽門側胃切除術・D1郭清・Billroth-1法再建を施行した。切除標本の所見では4.0×3.4×3.2cm大の有茎性ポリープ病変(Fig. 4)で，病理組織学的には異型性の乏しい紡錘形細胞が多彩な炎症細胞浸潤を背景に錯綜し増殖しており(Color 2)，免疫染色ではCD34(-)，MIB1(-)，KIT(-)，DOC1(-)，desmin(-)，S100(-)であり，IFPと診断した。

考 察

IFPは全消化管に発生しうる良性非腫瘍性ポリープである。臨床像は心窩部痛，嘔気，腹部膨満感等の多

Fig. 3 Upper gastrointestinal series revealed the protruding lesion whose stalk was in the anterior wall of pyloric zone.

Fig. 4 The resected specimen was a 4.0×3.4×3.2 cm pedunculated polyp.

彩な症状を呈する。病理組織学的には、①粘膜固有層ないし粘膜下層に存在、②繊維芽細胞・繊維細胞などの結合組織の増生、③好酸球・リンパ球・形質細胞などの炎症細胞浸潤、④細小動脈・毛細血管・リンパ管などの小脈管の増生、⑤小血管周囲の繊維性結合組織の同心円状増生などが特徴とされている¹⁾。しかし、生検組織で確定診断を得られる症例は10.3%²⁾と低いことが報告されており、その理由として病巣の主座が粘膜固有層から下層に存在することが考えられる。生検の際には、掘り起こす様な深い生検が推奨される。治療に関しては必ずしも切除の必要はないが、確定診断目的、有症状時には内視鏡的・外科的切除が施行される。しかし*Helicobacter pylori*の除菌治療により縮小を認めた報告もあり³⁾、IFPの治療の際には詳細な観察の上、治療方針を慎重に決定することが望ましい。本症例のように高度嵌頓を呈する場合は、嵌頓を内視鏡的に解除し観察をすることが診断の一助となり得ると考えられる。

文 献

- 1) 小林広幸, 測上忠彦, 堺 勇二, 他: 消化管炎症性類線維ポリープ (IFP) の診断と治療: 胃と腸, 39: 640-646, 2004
- 2) 石橋英樹, 阿部光一, 二村 聡: 非腫瘍性疾患: IFP (inflammatory fibroid polyp): 胃と腸 50: 818-820, 2015
- 3) Shoji Hirasaki, Minoru Matsubara, Fusao Ikeda, et al: Gastric Inflammatory Fibroid Polyp Treated with *Helicobacter pylori* Eradication Therapy. Internal Medicine, 46: 855-858, 2007

〈カラーはp. 7に掲載〉

A case of Gastric Inflammatory Fibroid polyp incarcerated into the duodenum caused anemia

Akinari Takao ¹⁾	Takashi Fujiwara ^{1)*}
Kazuhiro Yajima ³⁾	Satomi Shibata ¹⁾
Kazuro Chiba ¹⁾	Taku Tabata ²⁾
Sawako Kuruma ¹⁾	Go Kuwata ¹⁾
Tomoko Onishi ¹⁾	Junko Fujiwara ²⁾
Takeo Arakawa ²⁾	Kumiko Momma ²⁾
Yoshiaki Iwasaki ³⁾	Shinichiro Horiguchi ⁴⁾
Koichi Koizumi ¹⁾	

An 80-years-old woman was admitted to our hospital complaining of feeling uncomfortable bowel distention after eating. Endoscopic examination showed a protruding lesion completely prolapsing into the duodenal bulb.

After we corrected the incarcerated tumor by 2 channel-double-grasper method, endoscopic examination and upper gastrointestinal series revealed the polyp-like formation which the appearance of the overlying mucosa is smooth and the top is deciduaized. Pathological examination of biopsy specimen showed no evidence of malignancy. The tumor was guessed as an inflammatory fibroid polyp (IFP) arising from the anterior wall of pyloric zone. To diagnose the tumor, a distal partial gastrectomy was performed. Pathologically, the 4-cm-diameter tumor was an IFP. We report a suggestive case of IFP of the gastric antrum prolapsing into duodenum.

¹⁾Department of Gastroenterology, ²⁾Department of Endoscopy,

³⁾Department of Surgery, ⁴⁾Department of Pathology, Tokyo Metropolitan Komagome Hospital

*Corresponding author: fuji@cick.jp