●〈症例〉

原発性十二指腸球部粘膜内癌の1例

古谷建悟¹⁾ 加藤知爾^{1)*} 北村和貴子¹⁾ 大久保政雄¹⁾
 小林克也¹⁾ 関川憲一郎¹⁾ 光井 洋¹⁾ 山口 肇¹⁾
 橋本直明¹⁾ 岸田由起子²⁾ 田村浩一²⁾ 下田忠和³⁾

¹⁾東京通信病院／消化器内科, ²⁾同／病理診断科, ³⁾静岡がんセンター／病理診断科

*Corresponding author: tomojikato@hotmail.co.jp

〔Key Words〕 原発性十二指腸癌, NBI併用拡大観察

はじめに

原発性十二指腸癌は比較的稀な疾患だが, 近年早期に発見され, 診断・治療される報告が増加している。しかし, 同疾患の病態や内視鏡学的・病理学的診断の基準は確立されていない。今回我々は, 十二指腸球部粘膜内癌の1例を経験したので報告する。

症 例

患者: 67歳, 男性。

既往歴: 高血圧症, 脂質異常症, 高尿酸血症, 大腸ポリープ(ポリペクトミー施行後)。

現病歴: 平成27年5月に, 大腸ポリープ切除後のフォローアップ目的で, 近医より当院に紹介された。スクリーニング目的に上部消化管内視鏡検査を施行したところ, 十二指腸球部に病変を認め, 生検でgroup4と診断され, 精査加療目的に入院となった。

生活歴: ウイスキー 1 合/日×30年, 喫煙30本/日×20年。

入院時現症: 身長 164.5cm, 体重 64.3kg, 血圧 157/83mmHg, 脈拍 56回/分, 体温 36.0℃, 一般身体診察で特記すべき所見を認めない。

臨床検査成績 (Table 1): 特記すべき所見を認めない。

上部消化管内視鏡検査 (Color 1): 白色光観察で球部前壁に 8 mm 大の周囲粘膜と同色調で表面は微細顆粒状の隆起性病変を認めた。インジゴカルミン散布像では, 周囲との境界は比較的明瞭で, 拡大観察にて腫瘍の表面は不均一な乳頭状の腺管構造を呈しており, 一部に絨毛状構造を認めた。NBI併用拡大観察では, 腫瘍の表面は乳頭状, 絨毛様構造を呈し, 血管構築像では口径不同や拡張を伴うループ状や螺旋状の微小血管があり, 通常観察でも観察可能な樹枝状の異常血管を認めた。

Table 1 Laboratory data on admission.

Hematology	Blood Chemistry	CRN	1.20mg/dl
WBC 5,800/mm ³	TP 7.0g/dl	CRP	0.21mg/dl
RBC 480×10 ⁴ /mm ³	Alb 4.2g/dl	Glu	86mg/dl
Hgb 14.0g/dl	T-Bil 0.7mg/dl	Tumor Marker	
Hct 41.8%	AST 27IU/l	CEA	0.6ng/ml
MCV 87.1fl	ALT 27IU/l	CA19-9	6.3IU/ml
MCH 29.2pg	ALP 262IU/l		
Plat 15.5×10 ⁴ /mm ³	γ GTP 23IU/l		
Coagulation	LDH 172IU/l		
PT 115.2%	ChE 260IU/l		
APTT 25.8秒	BUN 17.1mg/dl		

胸部腹部骨盤部造影CT: 転移性病変を認めない。

治療: 内視鏡的吸引粘膜切除術 (EMR-C) を施行した。有害事象なく, 病変を一括切除した。

病理組織所見 (Color 2): 腫瘍は不均一な乳頭状の腺管構造を呈しており, 核の大小不同, 腫大, 重層化, 極性の乱れを認めた。免疫染色においてMUC5ACが陽性, MIB-1では増殖核は全体に不規則に分布していた。またMU6が腫瘍の深部で陽性であった。最終病理診断は adenocarcinoma well differentiated (papillary adenocarcinoma), II a, pT1a-M, ly0, v0, pHM1/VM0 であり, 側方断端陽性につき, 慎重な経過観察を行う方針とした。

考 察

内視鏡検査における十二指腸腺腫と癌の頻度はそれぞれ0.04%, 0.01%で, そのうち早期癌は0.002~0.01%と非常に稀である¹⁾。原発性十二指腸癌の組織発生母地としては, 1) de novo 発生, 2) 十二指腸腺腫の癌化, 3) Brunner 腺由来, 4) 異所性胃粘膜由来, 5) 迷入腺由来とされ, 1) と 2) で約 8 割を占める²⁾。性別は男性に多く, 平均年齢は63.3~72.7歳とされ, 好発部位は球部, 下行脚の近位十二指腸が多く, 胃型形質を呈する病変はほとんどが近位十二指腸に発生している³⁻⁵⁾。肉眼型は隆起型が多い^{3,4)}。

原発性十二指腸癌と腺腫の通常内視鏡での鑑別診断は困難とされてきたが, NBI併用拡大内視鏡観察などの画像強調による鑑別診断能の向上が期待されている。表面微細構造では絨毛様構造を示す傾向があり, 血管構築像では口径不同や拡張を伴うループ状や螺旋状の微小血管や通常観察でも観察可能な樹枝状の異常血管を認めることが多いとされている。本症例でも同様の所見を呈していると考えられた。

最後に, 2005年から2015年までの早期十二指腸癌(進行癌と乳頭部癌を除く)の症例のまとめを示す (Table 2)。自験例と同様に球部に多く, 隆起型の粘膜内病変が多かった。術前に粘膜内癌と診断され, 10~15mm 程度までの病変はEMRの, それ以上で術後狭窄を生じ

Table 2 Characteristics of early duodenal cancer. In most of the cases, tumors were located in duodenal bulbs and morphological type was II a.

	N = 12
Sex (male/female)	8/4
Age	60 (39-80)
Part (bulb/descending part/others)	6/5/1
Morphological type (II a/II c/II a + c)	8/2/2
Diameter mm (median)	10 (5-55)
Depth (m/sm)	10/2
Characteristics of surface (micro-granular/papillary/smooth/irregular)	8/2/1/1
Pathological diagnosis (tub1/tub1-2/tub2)	10/1/1
Treatment (EMR-C/ESD/Operation/others)	2/6/3/1

ような周在性の病変でないものをESDの適応とされている⁷⁾.

おわりに

原発性十二指腸球部粘膜内癌の1例を経験した。

文 献

- 1) 横山 正, 斉藤大三, 近藤 仁, 他: 十二指腸悪性腫瘍の内視鏡診断. 胃と腸, 28: 641-649, 1993
- 2) 川元健二, 植山敏彦, 岩下明德, 他: 十二指腸球部隆起性病変の鑑別診断, 特に良・悪性病変の鑑別診断について. 胃と腸, 28: 651-669, 1993
- 3) 近藤 哲, 蜂須賀喜多男, 山口晃弘, 他: 原発性十二指腸癌7切除例の検討. 日消外会誌, 17: 1987-1995, 1984
- 4) 猪瀬悟史, 土屋嘉昭, 野村達也, 他: 原発性十二指腸癌27切除例の臨床病理組織学的検討. 日消外会誌, 43: 135-140, 2010
- 5) 中村二郎, 吉田経雄, 滝沢登一郎, 他: 胃型形質を示した早期十二指腸癌の1例. Gastroenterol Endosc, 42: 1078-1083, 2000
- 6) 飯塚敏郎, 菊池大輔, 布袋屋州, 他: 十二指腸病変に対するEMR, ESDの適応と実際. Gastroenterol Endosc 53: 87-94, 2011

〈カラーはp. 9に掲載〉

A case of primary mucosal cancer of duodenum bulb

Kengo Furutani ¹⁾	Tomoji Katoh ^{1)*}
Wakiko Kitamura ¹⁾	Masao Okubo ¹⁾
Katsuya Kobayashi ¹⁾	Kenichiro Sekigawa ¹⁾
Hiroshi Mitsui ¹⁾	Hajime Yamaguchi ¹⁾
Naoaki Hashimoto ¹⁾	Yukiko Kishida ²⁾
Koichi Tamura ²⁾	Tadakazu Shimoda ³⁾

A 67-year-old man was referred to our hospital for follow-up after colonoscopy. Screening endoscopy showed a small (8mm) elevated lesion at the anterior wall of duodenum bulb. Magnifying view with Narrow Band Imaging (NBI) showed abnormal micro vessels. The biopsy tissue was diagnosed as group 4, and Endoscopic Mucosal Resection using a cap-fitted panendoscope was performed. The resected specimen was finally diagnosed as well differentiated (papillary) adenocarcinoma, with horizontal positive margin. Therefore, careful follow up is necessary.

Primary duodenal cancer was very rare and difficult to distinguish from adenoma. Magnifying view with NBI was effective.

We show 12 cases of past duodenal cancer in 2005-2015. In most of the cases, tumors were located in duodenal bulbs and morphological type was II a.

¹⁾Department of Gastroenterology, Tokyo Teishin Hospital,

²⁾Department of Pathological diagnosis, Tokyo Teishin Hospital, ³⁾Department of Pathological diagnosis, Shizuoka Cancer Center

*Corresponding author: tomojikatoh@hotmail.co.jp