自己免疫性胃炎に合併した過形成性ポリープ様の早期胃癌の1例

河合 優佑^{1)*}, 山本 圭¹⁾, 堀部 俊哉¹⁾
 原田 容治¹⁾, 山口 隼²⁾, 福澤 誠克³⁾
 糸井 隆夫³⁾, 永田 尚義²⁾, 杉本 光繁²⁾
 松林 純⁴⁾, 長尾 俊孝⁴⁾, 河合 隆²⁾

¹⁾戸田中央総合病院 消化器内科, ²⁾東京医科大学病院 内視鏡センター, ³⁾東京医科大学病院 消化器内科, ⁴⁾東京医科大学病院 病理診断科

*Corresponding author: y-kawai@tokyo-med.ac.jp

〔Key Words〕A 型胃炎, 胃癌

症 例

患者: 58 歳女性

主訴: 特になし

既往歴: 特記事項なし

現病歴: 生来健康な 50 歳代女性。健康診断で施行した上部消化管内視鏡検査で有茎性の胃ポリープを生検したところ group 4 が検出され、精査目的に紹介となった。再度内視鏡検査を施行したところ、体中部前壁に 12 mm 大の IV 型ポリープを認め、精査・加療目的にて来院した。

身体所見: 有意所見なし

検査成績: 明らかな貧血や肝・腎機能異常なし、血清抗 *H. pylori* 抗体 (-)

上部消化管内視鏡: 胃体部では大弯まで萎縮性胃炎が及ぶ pangastritis を呈し、血管透見像も著明であった。一方前庭部には明らかな萎縮性胃炎は認められなかった (Fig. 1-a, b)。胃体中部前壁に前医で指摘された 12 mm 程度の過形成性様の IV 型ポリープを認めた。NBI 拡大内視鏡検査でも明らかな粘膜構造の異常は認められず、一部に異常血管が観察され、悪性の合併が疑われた (Fig. 2-a, b)。さらにポリープ基部及び周囲粘膜には萎縮性変化のみで異常変化が認められず内視鏡的粘膜切除術 (EMR) の適応と判断し、診断的治療として EMR を施行した。スネアで一括切除を行いクリップ 4 ケで縫縮し、明らかな合併症はみられず終了した。

病理: EMR 標本での病理所見では、類円形から卵円形に腫大した異形核と豊富な細胞質内粘液を有する腫瘍細胞が、乳頭・管状に増殖しており、Ki-67 染色で標識率が増加していた (Fig. 3-b, c)。さらに P53 過剰発現を一部に認めた。脈管侵襲はなく切除断端も陰性

Fig. 1 a: gastric body, b: antrum

であり、高分化腺癌 (Adenocarcinoma, well differentiated tub1 19×12 mm, 0-Ip, pT1a (M), L, Ant, pUL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0) の診断となった (Fig. 3-a)。なお、ポリープの基部に非癌の過形成変化を認めたことから背景には、腺窩上皮型過形成性ポリープの存在が考えられる。免疫染色では、Muc5AC 強陽性、Muc2 一部に陽性、Muc6 は陰性であり、腺窩上皮型癌と思われた (Fig. 4-a, b, c)。

内視鏡検査で自己免疫性胃炎が疑われたことから、追加採血検査を行ったところ、抗胃壁細胞抗体 160 倍以上、ガストリン 4600 pg/mL と高値を認め、自己免疫性胃炎 (AIG) の診断となった。

以後明らかな再発はなく経過している。

考 察

近年自己免疫性胃炎 (AIG, A 型胃炎) の報告が増加している。胃の壁細胞のプロトンポンプに対する自己抗体が産生されることによって諸々の症状が生じる疾患であり、その結果として萎縮性胃炎が生じることが知られている。この萎縮性変化は、通常の *H. pylori* 感染性萎縮性胃炎 (B 型胃炎) とは違い壁細胞の多い胃体部を中心とした萎縮性胃炎となることが特徴的である¹⁾。健診受診者を対象とした Notsu らの報告²⁾では、0.49% (33/6739) としている。ただし、Furuta ら³⁾は対象を 2 回以上除菌不成功患者とした場合は、18.2% (40/220) と極めて高い頻度で認められると報告している。

内視鏡的な特徴として、今回の症例のように萎縮境界を伴わない胃体部優位な高度な萎縮と著明な血管透見像に加えて、前庭部の萎縮が認められないことであるが、前庭部に萎縮を認めない AIG はわずか 43.7% であり、その他の前庭部所見として全周性半分萎縮 8.6%、幽門部のみ萎縮なし 24.3%、全体に退色調 9.5%、全体に発赤調 13.1% と診断に苦慮する症例も多々あるようである⁴⁾。

胃体部の萎縮性持続性炎症と高ガストリン血症により、神経内分泌腫瘍 (NET) を中心とした腫瘍性病変の合併が問題視されている。Terao ら多施設共同研究⁴⁾

Fig. 2 hyperplastic polyp

a, b: white light image, c: NBI image (magnifying endoscope)

Fig. 3 Pathological examination of the resected specimen shows adenocarcinoma.

a: hematoxylin and eosin stain, b: ki-67, c: p53 immunohistochemical staining

Fig. 4 Pathological examination of the resected specimen shows adenocarcinoma.

a: Muc5AC b: Muc2, c: Muc6 immunohistochemical staining

において、11.4% (28/245) に NET type1 が認められたと報告している。それ以外に近年注目されているのは、胃癌合併である。Terao らは、9.8% (24/245) に胃癌が合併し、内訳として早期胃癌 22 例、進行胃癌 2 例、組織学的には分化型 19 例、未分化型 5 例である。さらに胃腺腫 0.8% (2/245)、過形成ポリープ 21.2% (52/245) も合併すると報告している。

萎縮性胃炎に合併した過形成性ポリープの癌化に関して、Zhang H らの報告では、過形成ポリープの癌化率は AIG (A 型胃炎) で 2.8%、*H. pylori* 感染胃炎 (B 型胃炎) で 0.6% とされており⁵⁾、約 4 倍癌化しやすいとしている。さらに癌を伴うポリープの部位は噴門、穹窿部及び体部であり、全例多発ポリープであり、平均径は 40 mm (20-50) であるとしている。

今回の症例は、過形成性ポリープの精査加療目的に

て来院 EMR にて腺癌の診断であり、背景に A 型胃炎がみられた。先にも述べたように A 型胃炎でみられる過形成性ポリープは癌化率が高いことが知られているため、萎縮性胃炎を伴う過形成性ポリープを認めた際は、*H. pylori* 感染の有無はもちろんであるが、A 型胃炎の可能性も十分に考え、精密な検査と経過観察が必要であると考ええる。

文 献

- 1) Neumann WL, Coss E, Rugge M, et al : Autoimmune atrophic gastritis-pathogenesis, pathology and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* **10** : 529-541, 2013
- 2) Notsu T, Adachi K, Mishihiro T, et al : Prevalence of Autoimmune Gastritis in Individuals Undergoing Medical Check-ups in Japan. *Intern Med* **58** : 1817-1823, 2019
- 3) Furuta T, Baba S, Yamade N, et al : High incidence of autoimmune gastritis in patients misdiagnosed with two or

more failures of *H. pylori* eradication. Aliment Pharmacol Ther **23**: 370-373, 2018

- 4) Terao S, Suzuki A, Yaita H, et al : Multicenter study of autoimmune gastritis in Japan: Clinical and endoscopic characteristics. Digestive Endoscopy **32,2**: 191-203, 2019
- 5) Zhang H, Nie X, Song Z, et al : Hyperplastic polyps arising in autoimmune metaplastic atrophic gastritis patients: is this a distinct clinicopathological entity? Scand J Gastroenterol **53**: 1186-1193, 2018

A case of early gastric cancer looks like hyperplastic polyp in autoimmune gastritis

Yusuke Kawai^{1)*}, Kei Yamamoto¹⁾
 Toshiya Horibe¹⁾, Youji Harada¹⁾
 Hayato Yamaguchi²⁾, Masakatsu Fukuzawa³⁾
 Takao Itoi³⁾, Naoyoshi Nagata²⁾
 Mitsushige Sugimoto²⁾, Jun Matsubayashi⁴⁾
 Toshitaka Nagao⁴⁾, Takashi Kawai²⁾

Woman in her fifties. She had been received regularly an up-

per gastrointestinal endoscopy noted for gastric polyp for several years. Biopsy sample from the polyp was suspected malignancy, so she was referred to come our hospital for examination. Blood examination revealed anti-parietal cell antibody positive, hypergastrinemia and anti-*Helicobacter pylori* antibody negative. She had severe atrophic gastritis in the body and fundus, but no atrophic gastritis in the antrum. Based on the above, we diagnosed autoimmune gastritis (AIG). We also detected hyperplastic type polyp in anterior wall in the middle body. Magnify endoscopy revealed hyperplastic change and abnormal vessel in the polyp. Afterward we conducted endoscopic mucosal resection (EMR) for the polyp, which was pathologically diagnosed as well-differentiated adenocarcinoma was diagnosed pathologically from EMR sample. It was reported that the risk of cancer in hyperplastic type polyp in AIG was high. We will have to check *H. pylori* infection but also AIG about gastric hyperplastic type polyp with atrophic gastritis.

¹⁾Division of Gastroenterology, Toda Chuo General Hospital, ²⁾Endoscopy Center, Tokyo Medical University Hospital, ³⁾Gastroenterology and Hepatology, Tokyo Medical University Hospital, ⁴⁾Division of Pathology, Tokyo Medical University Hospital

*Corresponding author : y-kawai@tokyo-med.ac.jp