●〈症例〉

内視鏡下粘膜切除術を施行した 残胃粘膜癌の2例

石塚裕人¹⁾ 大谷吉秀 久保田哲朗 熊井浩一郎^{1,2)}
北島政樹

¹⁾慶應義塾大学医学部外科, ²⁾同内視鏡センター

〔Key Words〕内視鏡下粘膜切除術(EMR), 残胃早期癌

はじめに

近年, 内視鏡などの技術の進歩により, 残胃の早期癌が発見されることが多くなっている。患者の quality of life を重視する傾向のなか, 初発早期胃癌に対しては適応症例を選択して縮小手術が行われているが, 残胃の早期癌の治療法に関しては, いまだコンセンサスが得られていないのが現状である。残胃癌の開腹手術は技術的に困難な症例も少なくなく, 患者に対する侵襲も大きい。少ない侵襲で手術と同程度の治療効果が得られる方法は歓迎すべきである。今回われわれは残胃の早期癌に対して, 内視鏡的切除を施行した2例を経験したので報告する。

症例1 : 46歳, 男性。

主訴 : とくになし。

既往歴 : 1991年12月, 早期胃癌にて胃切除術(現病歴参照)。

現病歴 : 1991年12月, 他院にて幽門部大彎と小彎の多発IIc病変に対し, 幽門側胃切除術, D₂郭清, Billroth I 法再建術が施行された。臨床病理学的所見は低

分化型腺癌, 深達度 m, INF β , ly₀, v₀, ow (-), aw (-), n (-)であった。その後, 転勤のため当科にて経過観察されていた。1994年11月, 胃内視鏡にて残胃後壁に山田II型隆起性病変が2カ所認められ(**Color 1**), 生検の結果, 肛門側の腫瘍径 8 mm の病変が高分化型腺癌と診断された。

現症および検査所見 : 上腹部正中に手術痕あり。その他異常を認めず。頸部リンパ節は触知せず。末梢血液像, 血清臨床化学, 腫瘍マーカーはすべて正常範囲であった。腹部CT および超音波検査では, 再発を示唆する所見を認めなかった。

治療経過 : 内視鏡の所見では病変は粘膜内にとどまっていると思われ, 内視鏡的粘膜切除術(以後EMR)の適応と判断した。EMRには2 channel fiberscope (Olympus社製 GIF-2 TK200)を用いた。

切除した病変の臨床病理学的所見は高分化型腺癌, 深達度 m, INF α , ly₀, v₀, surgical margin : negativeであった。EMR 4週後および12週後施行された人工潰瘍周囲組織の生検では, 悪性の所見は認められなかった。

症例2 : 75歳, 男性。

主訴 : とくになし。

現病歴 : 1992年7月, 胃体中部前壁大彎寄りのIIa病変に対して幽門側胃切除術, D₁郭清, Billroth I 法再建術施行。臨床病理学的所見は低分化型腺癌, 深達度 sm, INF β , ly₁, v₀, ow (-), aw (-), n (-)。1994年10月胃内視鏡にて吻合部胃側大彎に隆起性病変が認められ(**Color 2**), 生検の結果, 高分化型腺癌と診断された。

現症および検査所見 : 腹部に手術痕以外明らかな異常所見なし。頸部リンパ節は触知せず。末梢血液像,

Fig. 1 Endoscopic ultrasonography of case 2. The hypoechoic third layer is intact, indicating the cancer has not infiltrated the submucosal layer.

Fig. 2 Low-power magnification of the resected specimen of case 2. Pathological findings revealed well differentiated adenocarcinoma limited to the mucosal layer, and the surgical margin was negative for cancer.

血清臨床化学、腫瘍マーカーは正常範囲内であった。

治療経過：20MHzのプロープ(フジノン社製 SP-501)を用いた超音波内視鏡検査では第3層の低エコー像は保たれており、病変は粘膜層にとどまっていると判断された(Fig. 1)。EMRは症例1と同様の手法で施行された。

Fig. 2は切除標本のルーペ像である。弱拡大では幽門線類似の粘液腺の増生、嚢胞化や粘液腺が粘膜下層に広がる像が認められ、いわゆる gastritis cystica polyposa の存在が示唆された。臨床病理学的所見は高分化型腺癌、深達度 m, ly₀, v₀, surgical margin: negative であった。EMR 施行後5週目に施行された人工潰瘍周囲の生検では、悪性の所見は認められなかった。

考 察

近年、胃癌の手術成績向上に伴い、患者の quality of life を考慮した縮小手術が試みられている。また、従来ならば開腹手術が行われた症例に対して EMR が盛んに行われるようになり、適応を厳密に選択することにより根治が得られる治療法として確立されつつある。教室では primary case の早期胃癌に対する局所切除の適応を m 癌で、隆起型は腫瘍径2.5cm まで、陥凹型では U1(-)かつ腫瘍径1.5cm までとしている¹⁾。また、EMR は腫瘍径1cm 以下の m 癌で原則として分化型癌を適応としている²⁾。この適応は渡辺³⁾や竹腰⁴⁾らの提案とほぼ一致するものである。教室ではこれまでに11例の残胃の早期癌手術症例を経験した。その内訳は m 癌6例、sm 癌5例であり、リンパ節転移を認めたのは胃癌の術後29年目に噴門部にみつかった I + IIc 型 sm 癌の1例のみであった。

また、曾和ら⁵⁾の集計によると、本邦において1961年から1990年までに残胃早期癌は124例報告されているが、リンパ節転移が認められたのは3例で、すべて sm 癌であった。残胃においては胃体下部や前庭部へのリンパ流の遮断により、異常リンパ流が出現していることが想像され、RI リンフォグラフィーを用いた実験で、Billroth II 法再建では空腸動脈に沿うリンパ管から上腸間膜動脈へ向かうリンパ流などが報告されている⁶⁾。しかし、教室の症例も含め、これまでの報告例ではリンパ節転移陽性例は sm 症例に限られており、非手術胃の適応基準に従って、EMR は残胃早期癌に対しても施行可能であり、QOL を考慮した安全、確実な治療法になりうると考える。

文 献

- 1) Otani Y, Murayama Y, Kitajima M, et al: Analysis of 1,000 gastrectomies for early gastric cancer experienced in Keio University Hospital; The implication for therapeutic strategy. 1st International Gastric Cancer Con-

gress. ed by Nishi M, p363~366, Monduzzi Editore, Bologna, 1995

- 2) 熊井浩一郎, 才川義朗, 小川信二, 他: 早期胃癌に対する各種縮小手術の選択. 日消外会誌, 27: 937~941, 1994
- 3) 渡辺 豊: 手術成績からみた内視鏡の治療適応—アンケート調査成績を中心に—. 外科診療, 30: 1206~1212, 1989
- 4) 竹腰隆男, 藤井 彰, 柳沢昭夫, 他: Endoscopic double snare polypectomy (EDSP) の方法と評価. 胃と腸, 23: 387~398, 1988
- 5) Sowa M, Onoda N, Umeyama K, et al: Early stage carcinoma of the gastric remnant in Japan. Anticancer Research, 13: 1835~1838, 1993
- 6) 米村 豊, 沢 敏治, 片山寛治, 他: 残胃のリンパ流ならびに残胃の癌のリンパ節転移の検討. 日消外会誌, 17: 1814~819, 1984

The Cases of Early Cancer in the Remnant Stomach Resected by Endoscopic Mucosal Resection

Hiroto Ishizuka¹⁾ Yoshihide Otani
Tetsuro Kubota Koichiro Kumai^{1,2)}
Masaki Kitajima

Case 1: This 46-year-old man underwent subtotal gastrectomy in 1991 for two IIc lesions. Endoscopy in 1994 revealed a polypoid lesion in the posterior wall of the gastric remnant, and biopsy results were positive for adenocarcinoma. The lesion was resected by endoscopic mucosal resection (EMR). Pathological findings revealed well differentiated adenocarcinoma limited to the mucosal layer and the surgical margin was negative.

Case 2: This 75-year-old man underwent subtotal gastrectomy for a IIa lesion in 1992. Endoscopy in 1994 revealed a polypoid lesion at the anastomotic site, and biopsy results were adenocarcinoma. Endoscopic ultrasonography (EUS) indicated that cancer was limited to the mucosal layer and EMR was performed. Pathological findings confirmed well differentiated adenocarcinoma limited to the mucosal layer and the surgical margin was negative.

In the Keio University Hospital, we have strict guidelines for local resection of primary gastric cancer: ① the lesion must be limited to the mucosal layer, ② protruding lesions must be smaller than 2.5 cm in diameter, ③ depressed lesions must be smaller than 1.5 cm in diameter and U1(-). The indications for EMR are even more limited; smaller than 1 cm in diameter.

We have operated on 11 cases of early gastric remnant cancer thus far, and experienced only 1 case of lymph node metastasis in a submucosal cancer of a patient operated for gastric cancer 29 years before the second operation. There have been 124 reported cases of early cancer in the remnant stomach in Japan, and only 3 cases had lymph node metastasis, all submucosal cancers. For these reasons, we can regard EMR for early cancer in the remnant stomach as a good alternative to operation when performed along the same guidelines as primary early gastric cancer.

¹⁾Dept of Surgery, and ²⁾Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University Hospital
<カラーは12pに掲載>