●〈症例〉

内視鏡的粘膜切除後，外科手術を 追加した sm 小胃癌の 1 例

根本一宏¹⁾ 小森俊昭 小林 謙之 倉山英生
宮地和人 東 宗徳 難波美津雄 砂川正勝
佐野 寧²⁾ 藤盛孝博

¹⁾獨協医科大学第 1 外科, ²⁾同第 2 病理

〔Key Words〕EMR, 深達度診断

はじめに

近年，早期胃癌に対する内視鏡的粘膜切除 (EMR) の増加に伴い，EMR 適応病変の中にも，切除後の病理組織所見で sm 浸潤が認められる症例も少なからず報告されている。今回われわれは，予測困難であった長径 8 mm の sm 癌を経験したので報告する。

症例：67歳，男性。

主訴：特になし。

現病歴：平成 9 年 6 月，胃集団検診で異常を指摘された。近医で胃内視鏡検査を施行したところ，胃体下部大弯に IIc 病変を認め，生検によって高分化型腺癌であったため，治療目的で当科紹介入院となった。

入院時現症：異常は認められなかった。

生化学検査所見：CA 19-9 が 84U/ml と軽度上昇を認めた以外には，異常は認めなかった。

上部消化管造影検査：胃角対側大弯に指摘された病変は描出できなかった。

胃内視鏡検査：胃角対側大弯に境界明瞭な発赤を有する，わずかな陥凹病変を認め (Color 1A)，インジゴカルミン散布後では陥凹面はやや強調されたが，明らかな潰瘍形成は認められなかった (Color 1B)。また，内視鏡施行時の計測では長径 8 mm であった。

超音波内視鏡検査 (20MHz 細径プローブ)：第 2 層に達する低エコー像を認め，深達度は m と診断した (Fig. 1)。

以上の結果より IIc (m)，tub₁，ul(-)，8 mm の EMR 適応胃癌病変と診断し，EMR を行った。ボスミン加生食局注時に，病巣全体の lifting は良好だったが，中央にわずかに陥凹を認めた (Color 2)。

切除標本：電気メスによる熱変性や浮腫も加わり，病巣は不鮮明であったが，中央に辺縁不整な陥凹面が認められ，sm 浸潤も否定できなかった (Color 3)。

Fig. 1 Endoscopic ultrasonography (20MHz) demonstrating an irregular depression of first and second layers.

病理組織所見：標本は 6 分割して検索した。中央の切片において，粘膜下層に 1500×1000μm の癌浸潤を認めた。しかし，垂直方向の断端は 500μm で完全切除であった (Color 4)。なお，この浸潤部に接し，EMR 前の生検によって生じた ul-II の潰瘍の所見を認めた。

以上の所見より，完全切除であるが追加手術が必要と判断され，2 週間後に胃切除，リンパ節郭清が行われた。切除胃の病理学的検索では，癌病巣の遺残とリンパ節転移は認められなかった。

考 察

西俣ら¹⁾によると，EMR 施行検体の約 20% に切除後に sm 浸潤例があるという。中でも 10mm 以下の陥凹型分化型胃癌のうち，sm₂以深癌が 6% にあるとい

Fig. 2 Histologic finding revealed well differentiated adenocarcinoma with submucosal invasion of 1500×1000μm at the center of the resected specimen.

う報告がされているが、治療前の診断は一般に困難なことが多い。現在、深達度診断における EUS の役割は大きい²⁾が、木田ら²⁾によると 20MHz の振動子を有する EUS でも、1000 μ m 以内の sm 浸潤の深達度正診率は約 32%にとどまっている。

次に sm 層の浸潤度が問題とされるが、現在 sm_{1,2,3} に細分類されており、特に sm₁とそれより深い sm_{2,3}との区別が重要で、外科的切除、リンパ節郭清を追加するか否かの判断材料とされている。しかし、sm₁癌の定義は諸家により様々であり、粘膜筋板から 300 μ m までのものを sm_{1-a}³⁾とするものから、1000 μ m を sm₁¹⁾とするものまで幅がある。また手術材料と EMR 検体では sm 層の厚さにも違いがあり、この点について、今後 EMR 検体で症例を重ね、検討する必要があると思われる。

文 献

- 1) 西俣寛人, 西俣嘉人, 美園俊明, 他: 胃の m, sm₁癌と sm_{2,3}癌との鑑別. 胃と腸, 32: 1675~1688, 1997
- 2) 木田光広, 国東幹夫, 渡辺摩也, 他: SM 胃癌に対する超音波内視鏡による診断能の検討. 胃と腸, 32: 1699~1708, 1997
- 3) 川口 実, 斉藤利彦, 梅沢裕信, 他: 胃の m, sm₁癌と sm_{2,3}癌との鑑別. 胃と腸, 32: 1689~1697, 1997

A Case of Early Gastric Cancer with Minute Submucosal Invasion Treated with EMR Followed by Surgery

Kazuhiro Nemoto ¹⁾	Toshiaki Komori
Yasuyuki Kobayashi	Hideo Kurayama
Kazuto Miyaji	Munenori Azuma
Mitsuo Nanba	Masakatsu Sunagawa
Yasushi Sano ²⁾	Takahiro Fujimori

A 67-year-old male patient referred to our department had received X-ray examination for mass screening and had a diagnosis of early gastric cancer type IIc in the greater curvature opposite to the gastric angle.

Endoscopically it was 8 mm in length with reddening and well-defined margins. Because the biopsy result was well differentiated type of tubular adenocarcinoma (tub₁) histologically and both conventional endoscopy and endoscopic ultrasonography did not suggest any of deeper invasion, the patient underwent endoscopic mucosal resection (EMR). Unexpectedly, however, minute submucosal invasion of 1500 $\times$ 1000 μ m in size was detected microscopically from the center of the lesion resected and partial gastrectomy with lymph adenectomy of D1 was added to EMR. No lymph node metastasis and no residual cancer was found in the surgical specimen.

The case presented indicated the difficulty in preoperative diagnosis of minute submucosal invasion, as well as the importance of EMR for providing the definite histological diagnosis. In addition, it should be an urgent need to assess the necessity of additional surgery for those having minute submucosal invasion with a large number of such cases.

¹⁾1st Dept of Surgery, and ²⁾2nd Dept of Pathology, Dokkyo University School of Medicine.

<カラーは11pに掲載>