胃梅毒の 1 手術例

長崎大学第 1 外科

三 浦 敏 夫	野 川 辰 彦	橋 本 茂 廣
藤 井 良 介	山 下 三 千 年	長 谷 川 宏
石 川 喜 久	小 武 康 徳	北 里 精 司
石 井 俊 世	下 山 孝 俊	内 田 雄 三
辻 泰 邦		

長崎大学医学部原研病理 関 根 一 郎

A CASE REPORT OF GASTRIC SYPHILIS

Toshio MIURA, Tatsuhiko NOGAWA, Shigehiro HASHIMOTO, Ryosuke FUJII,

Michitoshi YAMASHITA, Hiroshi HASEGAWA, Yoshihisa ISHIKAWA,

Yasunori KOTAKE, Seiji KITASATO, Toshiyo ISHII, Takatoshi

SHIMOYAMA, Yuzo UCHIDA and Yasukuni TSUJI

First Department of Surgery, Nagasaki University, School of Medicine

Ichiro SEKINE

Department of Pathology, Atomic Disease Institute, Nagasaki University, School of Medicine

胃の潰瘍性病変として、梅毒は稀な疾患である。われわれは、55歳女性で、心窩部痛と体重減少を主訴とし、胃X線ならびに内視鏡検査で、胃体部後壁に不正形の陥凹性病変を発見され、胃癌が疑われたが、生検による細胞浸潤を伴う炎症性肉芽所見と血清梅毒反応より胃梅毒を疑い、胃切除により本症と診断した症例を経験した。

胃梅毒の再認識と癌をはじめとする他の潰瘍性病変との鑑別点を中心に考察を試みた。

はじめに

胃梅毒は Penicillin をはじめとする抗生物質の出現で梅毒そのものが激減したことから、近年漸増の兆があるとはいえ、尚、臨床的には稀な疾患であり、報告例は極めて少ない。

梅毒の胃病変は病期により多彩な変化を示し、また急性腹症とまぎらわしい病像を表わすこともあるとされ³⁾¹⁶⁾、胃潰瘍のほか癌¹²⁾¹⁵⁾¹⁸⁾、肉腫¹⁷⁾、ポリポージス¹⁴⁾との鑑別のうえからも見直される必要があると思われる。

われわれは、最近、胃体部を中心に不正形の潰瘍病変を認め、胃癌を疑われて入院、内視鏡所見、生検所見と血清梅毒反応より胃梅毒を疑い、手術により本症と診断した1例を経験したので、文献的考察を加え、その臨床

経過と病理学的所見について報告する。

I. 症 例

患者：55歳、女性、家婦（780520）

主訴：心窩部痛

家族歴：姉2人が結核に罹患したことがある。

既往歴：特記することなし。

現病歴：約2年前より、時々空腹時心窩部痛を訴えていたが、1978年6月初め頃より疼痛が持続するようになり、某医を受診し胃X線検査が行なわれ、異常を指摘された。約2カ月間通院加療を受けるも症状の改善がなく、他医で胃内視鏡検査がなされ潰瘍性病変を指摘された。胃癌を疑われ、胃生検が3回施行されたが、いずれも悪性所見を見出せず、潰瘍治療薬の投与をうけたが治癒傾向がなく、体重減少（約7kg）を来すため、手術

の目的で9月20日当科に入院した。

現症：体格中等度，栄養可。顔面，軀幹，四肢などに皮膚病変を認めない，脛結膜に貧血なく，球結膜に黄疸をみない。脈拍整，舌に苔の付着なく，萎縮も認めない。頸部，腋窩，鼠径部など表在リンパ節を触知しない。

胸部は心音清，肺は打聴診上正常。腹部は平坦で，静脈怒張なし。心窩部に軽度の圧痛をみるも，異常腫瘍，肝，脾，腎を触れない。

下腿に浮腫なく，異常神経反射を認めない。

血圧142～92mmHg。

臨床検査所見：末梢血では，赤血球数 410×10^4 ，白血球数5,500，Hb12.3g/dl，Ht38%で貧血はない。生化学検査では，総蛋白7.3g/dl，A/G1.2，蛋白分画はAlb55.1， α_1 3.1， α_2 27.9， β 12.0， γ 21.7%，総ビリルビン0.7，GOT12，GPT5，ZST10.0，TTT4.2， γ -GTP5，LAP44，LDH233，Al-pase124，cholinest0.76で低蛋白血症も肝機能異常もない。AFP（-），CEA 1ng/dl 以下，Hbs 抗原，抗体共に陰性。IgG2,200，IgA431，IgM225mg/dl。血清電解質はNa140，Cl13.7，K104，Ca9.3，P3.5でいずれも正常。血沈値は1時間値34mm でやや亢進を示すが，ツベルクリン反応は7×6mm。血清梅毒反応は緒方法（卅），ガラス板法（卅），TPHA（+）でいずれも陽性である。

検尿は蛋白（-），糖（-），ウロビリノーゲン正。PSPは15分値30%，2時間値75%。胸部X線，心電図，肝シンチ所見はいずれも異常所見はない。胃液検査は空腹時無酸，テトラガストリン法によるMAO は2.3mEq/h，遊離酸度は最高76CU で低酸の傾向を示した。

胃X線所見：立位充満像で図1のごとく，体下部小弯の変形と壁硬化，大弯の軽度の壁不整と硬化を認め，仰臥位二重造影では体下部より胃角にかけて辺縁硬化と伸展不良がみられ，体中部後壁に不規則な浅いバリウムの貯留を認める。集中する皺壁はなだらかで，肥大，融合などはみない（図2）。腹臥位充満像で大弯側体部にニッジェを認め，圧迫像では体部後壁に広い不整形の浅い陥凹病変を描出し，その中に類円形の透亮像をみる（図3）。

胃内視鏡所見：体下部から中部の後壁に辺縁明瞭で，広い不規則な陥凹性病変がみられ，黄白色の苔を付着し，その中に浮腫状粘膜の島状の残存を認める。潰瘍辺縁粘膜は発赤し，軽度のもり上りをもち，これに集中する皺壁は一部中断像をみるも，融合，先細りの所見はない。

図1 胃X線立位充満像

図2 胃X線二重造影像

以上の所見は癌性潰瘍は否定しきれないが，Ⅱc 病変にはやや程遠い所見であり，消化性潰瘍としては不整であった。入院後の生検所見で粘膜の一部に炎症性肉芽形成があり，プラズマ細胞，リンパ球，組織球の浸潤があることより，血清梅毒反応の結果を加味し，胃梅毒を強く

図3 胃X線圧迫像

図4 摘除胃像

疑って手術を施行することにした。

手術所見：1978年9月27日，気管内挿管全身麻酔のもとに開腹した。腹水はなく，肝，腹膜に異常腫瘍をみない。胃は前壁漿膜はほぼ正常であるが，大網を開き後壁をみるに，漿膜は発赤し，壁は厚く浮腫状に触れる。腸間膜ならびに所属リンパ節は小豆大～大豆大に多数触知したが軟らかく，炎症反応性のものと思われ，良性疾患として胃全摘術を行ない，残胃十二指腸間に有茎空腸を挿入，再建した。

切除胃所見（T852）：大弯側で切開した胃を図4に示すが，体下部から中部後壁に地図状の広い不規則な，境界明瞭な潰瘍がみられ，潰瘍底には島状の粘膜残存がみられ，皺襞は中断を認めるが，悪性を思わせる虫喰い像所見は認めなかった。

病理組織所見：前庭部粘膜には軽度の腸上皮化生がみられ，体部では，粘膜固有層に形質細胞の著増，リンパ

濾胞の増生が認められた。潰瘍病変はUIⅡの開放性とUIⅢの瘢痕性のものがみられ，周辺粘膜下に広範に浮腫と種々の程度の線維化がみられた。潰瘍底は好中球・フィブリン・壊死物質よりなる苔組織で被われ，その下に内皮細胞の腫大した小血管の新生と著しい形質細胞浸潤を示す肉芽層が形成され（図5），より下層に厚い線維化層がみられ，小肉芽腫が潰瘍底，周辺粘膜，粘膜下組織に散在し，癒合した肉芽腫もみられた（図6）。肉芽腫は中心が壊死性となり，比較的大きなものでは乾酪壊死巣が形成され，ラングハンス型巨細胞を混えた類上皮細胞層で囲まれ，外層は形質細胞よりになっていた（図

図5 潰瘍底肉芽組織

図6 肉芽腫（粘膜下織）

図7 肉芽腫（壊死巣周囲は巨細胞を混じた類上皮細胞よりなる。）

図8 血管内膜炎・周囲炎

図9 血管炎

7). 粘膜下織の中、小血管には、内皮細胞の腫大・内膜の炎症細胞浸潤（血管内膜炎）をきたすもの（図8）、血管外膜の浮腫・形質細胞浸潤（血管周囲炎）や内腔が器質化し閉塞するもの（閉塞性血管炎）がみられた（図9）。Warthin-Starry 法でスピロヘータの存在を確認で

きなかったが、血清梅毒反応が強陽性であること、特異な肉眼形態、形質細胞浸潤の顕著な炎症、肉芽腫・血管炎の特徴的な所見より梅毒と診断した。

II. 考 案

胃梅毒は、Andral¹⁾ が1834年駆梅毒療法で梅毒患者の胃症状が治療した2例を報告し、胃症状と梅毒の関連性について記載したのが最初である。本邦では、片山（1886年）の報告以来可成りの報告がみられ、1926年青山⁹⁾ は5例の切除例について詳述している。McNeil¹⁾ によれば、1,200名の梅毒患者のうち97例に胃症状を認め、このうち胃梅毒は3例にすぎないと述べ、消化管のうちでは胃にもっとも好発するとされ、第3期梅毒患者の0.1%に存在するとされている¹⁰⁾。しかし、実際上は顕性梅毒が発見された場合、直ちに抗生物質が投与されるため、たとえ胃症状があっても、医師側も患者側も気にしないまま症状がとれるため、臨床的には見逃される可能性があり、実数は可成り多いと推察される。

臨床診断基準としては、1) 加療されていない第3期梅毒、2) 明確な胃X線陰影欠損像、3) 胃症状の存在、4) 駆梅毒療法がなされなければ、胃症状の寛解もX線陰影欠損の改善もみられない。即ち強力な梅毒に対する特異療法によってのみX線所見の改善を伴った症状の消失をみる¹⁾ ことが挙げられている。性別、年齢は一般に青壮年男性に多く²⁾、70%は男性が占め、30歳台がピークで88%は29～48歳で占めると言われる¹⁰⁾。自覚症状として、Eustermann は¹⁰⁾ 3型に分類しており、食直後の急激な心窩部痛で発症し、嘔気乏しい嘔吐を伴うもの63%、食後1～2時間後緩徐に発現する不快感で pseudo-cancer type とされるもの15%、十二指腸潰瘍程典型的ではないが、痛みが摂食により軽快する ulcer type が22%としている。教室例は空腹時心窩部痛をもつ ulcer type に属するものであった。その他体重減少などが多くみられ、胃癌との鑑別は症状の上からは容易ではない。他覚所見としては、腹部腫瘤を触知することは少なく、胃液検査は一般に無酸又は低酸を示し、胃病変の軽快と共に分泌能を回復するとされ、正酸、過酸例の報告は少ない⁴⁾。

教室例では空腹時遊離塩酸はなく、ガストリン刺激後 MAO は2.3mEq/h で低酸の傾向を示した。胃X線所見は Moore¹¹⁾ が3型に分けており、幽門前庭部の漏斗状狭窄を示す prepyloric type が70%と多くを占める。体部病変をみるものでは対称性狭窄で砂時計型を示す median type が22%、広範な浸潤で Linitis plastica 様で

diffuse type とされるものが 8% と言われる。本例では median type で二重造影像でみられるごとく砂時計様所見を認めた。春日井⁵⁾、Williams⁶⁾ らも漏斗状狭窄を強調しているが、癌が非対称性硬化性狭窄を示すのに反し、梅毒では集心性で均一な狭窄を来すことを鑑別点として挙げている。胃内視鏡所見として⁶⁾⁷⁾⁸⁾は、梅毒性潰瘍は浅く、不規則な形態を示し、潰瘍底は黄色又は明るいピンク色を呈し、辺縁の色調は紫がかった赤色で光沢があり平滑であるとされ⁵⁾¹⁶⁾、Linitis plastica type では幅広い厚い皺襞を認め、やや褪色を呈すると言われる。又、経過観察で、多発性潰瘍が漸次融合拡大してゆき、胃体下部より幽門部殆ど全周にわたり粘膜上皮の欠損を認めたとの報告もあり⁹⁾、[梅毒潰瘍の特徴所見として経時的形態の変化も留意すべきことである。本症の診断手段としての生検の意義を強調¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾し、皮疹、腔部など他部位の生検像との合致を一つの診断基準としているものもある¹⁰⁾が、本法のみで確定診断は不可能であり、他に梅毒病変がない場合は除外診断的手段として考えるべきであろう。われわれの例では、前後 4 回の生検がされたが、悪性所見は得られず、プラズマ細胞を中心とした細胞浸潤を伴う肉芽組織を認め、最終的には梅毒を強く疑った。しかしながら、生検の不的確さからくる Scirrhous との鑑別に一抹の不安を残したため、あえて胃切除術を行なった。

胃梅毒の確定診断には、Gumma の存在、T. pallidum の証明が必要であるが困難であり、血清梅毒反応陽性の場合には、潰瘍病変の特徴、X 線的、内視鏡の特徴、梅毒性変化を考え得る胃生検所見を得たならば、一先ず駆梅毒療法を試み、不必要な胃切除を避けるよう留意すべきである。

おわりに

55 歳、主婦で心窩部痛と体重減少を訴え、胃 X 線、内視鏡検査で胃体部後壁を中心に不整形潰瘍を認め、潰瘍療法を行うも治癒傾向がないため手術の目的で入院した。血清梅毒反応陽性で、胃生検で細胞浸潤を伴う肉芽組織を認め、胃梅毒を強く疑い胃切除術を行なった。近年、顕性梅毒が増加の傾向があることより、胃の梅毒病変の再認識と他の潰瘍性病変との鑑別につき考察を加え報告した。

参考文献

- 1) Bochs, H.L.: Gastroenterology, Vol. I, p. 836, W.B. Sanders Co. Philadelphia, 1958.
- 2) 三方一沢, 国井一彦: 胃梅毒, 内科, 1: 315,

1958.

- 3) 平間敬之: 梅毒性胃潰瘍穿孔に就きて, 日消病誌, 35: 1014, 1936.
- 4) Mendl, K., Jenkins, R.T. and Hughes, J.R.: Congenital and acquired syphilis of the stomach, with special reference to the gastric deformity in the various stages, and a report of two cases. Br. J. Radiol., 29: 48, 1956.
- 5) 春日井達造, 加藤 久, 安藤昭寛ほか: 興味ある内視鏡所見を呈した胃梅毒の 1 例, 胃と腸, 3: 315, 1968.
- 6) Williams, C. and Kimmelstiel, P.: Syphilis of the stomach. J.A.M.A., 115: 578, 1940.
- 7) Patterson, C.O. and Rouse, M.O.: Description of gastroscopic appearance of leucic gastric lesions in late acquired syphilis. Gastroenterol., 10: 474, 1948.
- 8) Lindheimer, W.: Syphilitische Erkrankung des Magens, Münchener Medizinische Wochenschrift, 109, Heft, 12: 638, 1967.
- 9) 青山徹蔵蔵: 胃梅毒症ニ就テ, 日外会誌, 27: 1098, 1926.
- 10) Eustermann, G.B.: Gastric syphilis, observations based on ninety-three cases. J.A.M.A., 96: 173, 1931.
- 11) Moore, A.B. and Aurelius, J.R.: Roentgenologic manifestations in eighty-seven cases of gastric syphilis. Am. J. Roentgenol., 19: 425, 1928.
- 12) 岡本昭二, 原 紀道, 伊藤光政: 胃粘膜疹を伴った第 2 期梅毒, 臨床皮膚科, 21: 51, 1967.
- 13) Cooley, R.M. and Childers, J.H.: Acquired syphilis of the stomach. Gastroenterol., 39: 201, 1960.
- 14) Mitchell, R.M. and Bralow, S.P.: Acute erosive gastritis due to early syphilis. Ann. Int. Med., 61: 933, 1964.
- 15) 西浦孝彦, 田辺治之: 胃梅毒の 1 症例, 胃と腸, 3: 773, 1968.
- 16) 山口 保, 三川 清, 仲屋佐太男ほか: 胃梅毒—第 II 期梅毒における胃粘膜病変の観察—, 胃と腸, 4: 619, 1969.
- 17) Masakazu Maruyama, Hisao Hayakawa,

Mamoru Nishizawa, et al.: Gastric lesions associated with secondary syphilis, a case suspected of gastric sarcoma by X-ray and endoscope. 胃と腸, 3: 195, 1968.

18) 柚木 宏, 江木 昇, 酒井龍之介ほか: IIc 型早期胃癌の像を示した前庭部胃炎の 1 例, 胃と腸, 3: 1123, 1968.