症 例

巨大皺襞に囲まれた穹隆部分化型胃癌の一例

名古屋保健衛生大学外科

岩 瀬 克 己 三 浦 馥 川 瀬 恭 平
 山 口 晃 弘 近 藤 成 彦 宮 川 秀 一
 伊左治 秀 孝 高 村 公 範 鄭 統 圭
 福 慶 逸 郎

同 内 科 中 野 浩

A CASE OF DIFFERENTIATED GASTRIC ADENOCARCINOMA
 SURROUNDED BY GIANT RUGAE IN THE FORNIX

Katsumi IWASE, Kaoru MIURA, Kyohei KAWASE, Akihiro YAMAGUCHI,
 Shigehiko KONDO, Shuichi MIYAKAWA, Hidetaka ISAJI,
 Kiminori TAKAMURA, Tokei TEI, Itsuro FUKUKEI
 and Hiroshi NAKANO*

Department of Surgery and Internal Medicine*, School of Medicine, Fujita-Gakuen University

胃に巨大皺襞を呈する病態には種々のものがあるが、そもそも、Menetrier が巨大皺襞が胃癌発生の母地となるのではないかと考えたにもかかわらず、Borrmann IV型癌の巨大皺襞を除くと、癌と巨大皺襞の合併はむしろまれである。今回われわれは、良性の巨大皺襞症と体上部大弯側の分化型進行癌との合併例を経験した。病理組織学的検索では、癌は一部は中間帯にかかるが、そのほとんどは胃底腺粘膜領域にあり、肉眼型はBorrmann II型で発育態度は周囲に圧排性の増殖を示す限局型で、組織学的には中分化型腺管腺癌であった。この周囲には、肉眼的には脳回転様を示す巨大皺襞があり、組織学的には胃底腺を含む胃体部粘膜上皮の肥厚、増生の所見を示した。胃癌と巨大皺襞症との合併例は散発的に症例報告を見るに過ぎないが、とりわけ本例の如く巨大皺襞内に発生した分化型進行癌はきわめてまれであり、また胃底腺粘膜領域に発生した分化型癌についても癌の組織発生の観点からきわめて興味深いものと考えられる。

結 言

胃に巨大皺襞を認める疾患には、良性の巨大皺襞症と胃癌および胃悪性リンパ腫の浸潤による二次的な巨大皺襞を呈するものがある。後者では特にスキルス胃癌（Borrmann IV型癌）の巨大皺襞がよく知られている。今回われわれは、良性の巨大皺襞症と体上部大弯側の分化型進行癌との合併例を経験した。巨大皺襞症と胃癌の合併もまれであるが、とりわけ巨大皺襞内に発生した分化型進行癌は診断学的および病理学的にも興味ある症例と考えられるので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：T.N. 51歳、男性、会社員。

主訴：吐血。

家族歴：母が胃癌で死亡。

既往歴：特記すべきものはない。

現病歴：昭和53年8月24日、突然、大量に吐血し、近医に緊急入院し、輸血、輸液などの保存的療法を受け軽快した。退院後、某総合病院で上部消化管X線検査、胃内視鏡などの精査を受けたが、胃の巨大皺襞を指摘されたのみで、他の病変や出血点は発見されなかった。その後自覚症状もなく経過は良好であったが、

疲れ易いなどの不定愁訴で、昭和54年2月に近医を受診、低色素性貧血と上部消化管X線検査での胃体部の異常を指摘され、当科に紹介され入院となった。

入院時現症：体格、栄養状態は良好で、心窩部に軽度の抵抗を解知する他にはとくに異常は認めなかった。

入院時検査所見：赤血球338万、ヘモグロビン8.2g/dl、ヘマトクリット27%、網状赤血球63‰、便潜血(++)と消化管出血によると思われる低色素性貧血の他には、一般検査成績に異常はなかった。

上部消化管X線所見：立位充盈像では穹隆部を中心に体部大弯側に鋸歯状所見と太く蛇行する粘膜皺襞を認めた(図1)。前壁レリーフ像では、体部全体に太く蛇行する粘膜皺襞を認め、穹隆部に大弯に鋭く突出する造影剤の貯留を認めた(図2)。体上部の二重造影像では、体下部大弯の皺襞と連続する粘膜皺襞がいっそう太く蛇行し、その中に深い陥凹が認められた(図3)。穹隆部から体下部に至る大弯線の連続性が認められる点から、この陥凹は、粘膜の著明な腫大隆起ないしは壁の硬化による二次的な弯入のために生じた像とも考えられた。

胃内視鏡所見：噴門部附近から大弯側前後壁に太く蛇行する粘膜皺襞があり、穹隆部においてとくに著明で、その中に白苔を被ったCraterが認められた。その形は不整で底部は硬い印象を与えた(図4)。陥凹面か

図2 胃X線(前壁レリーフ)：体部全体に太く蛇行する粘膜皺襞と穹隆部に鋭く突出する造影剤の貯留を認める。

図1 胃X線(立位充盈)：体部大弯側に鋸歯状所見と太く蛇行する粘膜皺襞を認める。

図3 胃X線(体上部二重造影)：体下部大弯から連続する粘膜皺襞がいっそう太く蛇行、その中に深い陥凹を認める。

図4 胃内視鏡(穹隆部):太く蛇行する粘膜皺襞の中に白苔を被ったCraterを認める。

図5 CT:胃体上部と肝左葉とが連続しており、癌の肝左葉への直接浸潤が疑われる。

らの生検で癌陽性の結果を得た。周囲の胃壁の伸展性は比較的良好であったが、これらの所見を一元的に解釈すると Borrmann IV型癌により生じた巨大粘膜皺襞の所見と考えた。

CT所見:胃体上部と肝左葉とが連続的であり、肝左葉への直接浸潤が疑われた。肝転移の所見はなく、後腹膜リンパ節腫大などの所見も認められなかった(図5)。

以上の検索成績から、浸潤範囲は不明瞭であるが、胃体上部中心の Borrmann IV型癌と診断し、昭和54年2月16日(発症後約7ヵ月)手術を施行した。

手術所見:肝左葉に直接浸潤を認めたが、 $P_0H_0N_2S_3$ で胃全摘と脾体尾部、脾および肝左葉外側合併切除と R_2 のリンパ節郭清により、規約上は相対的治癒切除することができた。転移リンパ節は1番、2番、3番、4番、7番、9番、11番であった。

切除胃肉眼的所見:胃を大弯のやや前壁寄りで切開した。体上部大弯に $7.3 \times 5.1 \times 4.5$ cmの深い大きなCraterがいり、その形は不整で陥凹底も凹凸不整を示す。ほぼ中央の 4.5×2.0 cmの範囲が肝左葉下面に直接浸潤し S_3 の所見である。Craterの周りには幅約1.5cmの周堤を形成し、さらにその周囲には胃穹隆部から胃体部にかけて約 28×14 cmの範囲に脳回転様所見を呈する粘膜皺襞の異常に肥厚を認める。この部の胃壁は軟かく伸展性良好で、漿膜面も滑沢である(図6)。

組織学的所見:癌はほぼCraterの部位に限局している。深部へは漿膜を越え、肝に連続浸潤を認めるが、周囲には圧排性の増殖($Inf\alpha$)を示し、スキルス胃癌のような浸潤性増殖像はまったくなく、Borrmann II型

図6 切除胃生マクロ:体上部大弯に $7.3 \times 5.1 \times 4.5$ cmの不整形のCraterがあり、周囲に脳回転様所見を呈する異常に肥厚した粘膜皺襞を認める。

進行癌であった(図7)。組織学的に癌巣の大きさは 7.6×5.5 cmで、組織型は中分化型腺管腺癌であった(図8)。巨大皺襞を呈している部分は胃底腺を含む胃体部粘膜上皮全体の肥厚、増生の所見であり、炎症性細胞浸潤は少なかった(図9)。すなわち、Borrmann IV型胃癌ではなく、良性胃巨大皺襞症と分化型限局型胃癌の合併であった。

図10は本症例の胃粘膜分布と癌の位置関係を示したものである。胃底腺領域はほぼ肉眼的に巨大皺襞の見られる部分に一致し、その周辺に胃底腺群が巣状に出現する中間帯が存在し、その他の部分は幽門腺が主体であった。幽門腺粘膜と噴門腺粘膜は連続しており、

図7 癌のルーベ像：周囲には圧排性の増殖を示し (Inf α)，スキルス胃癌のような浸潤性増殖像はまったくない。

図8 癌の光顕像：組織学的には中分化型腺管腺癌の所見である。

図9 巨大皺襞のルーベ像：胃底腺を含む胃体部粘膜上皮の肥厚，増生の所見であり，炎症性細胞浸潤は少ない。

図10 胃粘膜分布と癌の位置関係：胃底腺領域は肉眼的に巨大皺襞の見られる部分に一致，腺境界は萎縮型，癌の占居部位は一部中間帯にかかるが，ほぼ全体が胃底腺粘膜領域である。

腺境界の型は中村らのいう萎縮型を示している。中間帯と幽門腺領域に軽度ないし中等度の腸上皮化生を認めた。癌の占居部位は一部中間帯にかかっているが，ほぼ全体が胃底腺粘膜領域である。

考 察

胃の皺襞が巨大となる原因として，1)胃腺の増生または肥大による粘膜層の広範囲の肥厚，2)粘膜間質の水腫や炎症性細胞浸潤による粘膜，粘膜下層の肥厚，3)粘膜下層や筋層の収縮，があげられる¹¹²⁾。一方，“Menetrier 病”の定義については報告者により相違が認められ，1)肥厚性胃炎または巨大皺襞症と同義語，2)巨大皺襞症に低蛋白血症を伴っているもの，3)Shindler の提唱した固有腺の破壊，表層上皮の過形成に低酸症，低蛋白血症を伴うものに限る，などの見解がある³⁾。現在では，Menetrier 病は組織学的に体部腺の単純な肥大，つまり佐野の simple hypertrophy⁴⁾，Shindler の hypertrophic glandular gastritis⁵⁾とする説が多く採り入れられている。

本症例の巨大皺襞の組織学的特徴は，胃腺全体の肥厚，増生で，炎症性細胞浸潤もほとんど認められない点から，本症例も巨大皺襞症，ひいては Menetrier 病といつてよいと考えられる。

一方，胃の粘膜は幽門腺粘膜，胃底腺粘膜，噴門腺粘膜の胃固有粘膜と腸上皮化生粘膜とに大別される。これら各粘膜の分布と胃病変との間には密接な関係があることが知られている。これとともに癌がどのような母地から発生するかという癌の組織発生に関しても多数の検索がなされ，癌の組織型とそれが発生した部の性状との関係については諸家の報告が一応一致する傾向を得るに到っている⁶⁾⁻¹²⁾。それによれば，幽門腺領域に発生する癌は大部分が分化型癌であり，胃底腺領域に発生する癌は未分化型癌が多く，両領域の境界

部（中間帯）では両者が混合して見られるが、未分化型が多い傾向にあるとされ、さらに分化型癌の発生と腸上皮化生の間に密接な関係があるとされている。中村は未分化型癌は胃固有粘膜から、分化型癌は腸上皮化生粘膜から発生し、癌発生後は正常細胞の分化の過程を模倣していると主張している⁶⁾⁷⁾。したがって腸上皮化生のない胃底腺粘膜から発生する癌の組織型は未分化型ということになる。さらに胃底腺粘膜には良性潰瘍の発生はまれであり、この領域における潰瘍性病変のほとんどは未分化型癌とみなしてよいと考えられている。

本症例では、癌の占居部位は中間帯にかかっているが、ほぼ全域が胃底腺粘膜領域内であった。組織型は中分化型腺管腺癌で浸潤様式も限局型であった。先に述べたごとく、腸上皮化生のない胃底腺粘膜から発生する癌は未分化型癌であり、分化型癌は腸上皮化生粘膜から発生するという通則をあてはめると、本例の場合には、癌巢の辺縁に位置してはいるが、腸上皮化生を伴う中間帯から発生したものと考えざるを得ない。しかし、一般に加齢とともに腺境界は噴門側に移動することを勘案すると、本例ではむしろ胃底腺粘膜から癌が発生したと考える方が無理がなく⁷⁾、占居部位、組織型からみた癌の組織発生観点からは特殊な症例と考えられる。

ところで、胃底腺領域の癌の診断については、他の部位の癌に比して一般に困難と言わざるを得ない。その要因として、胃底腺領域の癌は他の部位に比してその頻度が少ないこと、もともと胃体部大弯には著明な粘膜皺襞の存在する所であり、X線像で病変を明瞭に描出することは困難であること、胃内視鏡によっても盲点となり易いことなどがあげられる¹³⁾。杉山らによれば、この部位の癌の正診例は67.6%で、性状誤診例18.9%、存在誤認例13.5%とその困難性を論じている¹⁴⁾。したがって、この部位の検索に当っては、体位の取り方、使用する胃カメラの機種選択にも注意を払い、十分な観察を行うことが必要とされる¹³⁾¹⁵⁾。

胃底腺粘膜領域の癌は先に述べたごとく、そのほとんどが未分化型癌で、粘膜内病巣が小さなうちに広汎な粘膜下浸潤をきたすために、他領域の癌に比べ特徴的な形態を示す。それは病変周囲に密で長く、太くうねっているという特徴をもった粘膜皺襞が存在するという点で、これには胃体部の特有な既存粘膜皺襞の要素も加わっているものと考えられている¹⁶⁾。胃底腺粘膜領域の癌はこのような過程を経て Linitis plas-

tica 状態に移行することが多く、Borrmann 型進行癌から Linitis plastica 型への移行は少ないとされている¹⁷⁾。この粘膜皺襞の性状を詳細に観察し、皺襞の太まり、蛇行の増強、走行の直線化（硬化）、径の不規則、不明瞭像などを指標として、癌の浸潤範囲を検索することになる¹⁶⁾¹⁸⁾。これが広範囲に及んだ場合には、良性の巨大皺襞症との鑑別が問題となるが、癌ではX線上胃壁の伸展不良が見られることが大きな違いとされ、走行はより直線的で鋭利な傾向を示すとされる¹⁹⁾。

本例では、初発症状が吐血という比較的器質的病変を疑い易い症状でありながら、病変が体上部大弯に位置したために、当初の診断過程で病変が内視鏡の盲点となったことのほか、潰瘍性病変を確認し得た後も、その周辺に巨大皺襞を伴う所見を認めたが、壁の伸展性は良好で、スキルス胃癌などの悪性は疑いにくい所見であり、正診を得るのが困難であった。

さきに述べたように、巨大皺襞を呈する病態には種々のものがある。そもそも Menetrier は巨大皺襞が胃癌発生の母地となるのではないかと考えたにもかかわらず¹⁾、巨大皺襞症と癌の合併例は Borrmann IV 型癌の粘膜下浸潤例を除けば非常にまれで、散発的に症例報告がされているに過ぎない²⁰⁾²¹⁾²²⁾。ことに本例のごとき巨大皺襞内に分化型進行癌が合併した例はきわめてまれな症例と考えられる。また癌と周辺粘膜との位置関係、組織型に関しても、癌の組織発生観点から大変興味深い症例と考えられる。

おわりに

巨大皺襞症と癌の合併はまれであるが、最近、巨大皺襞内の体上部大弯に分化型進行癌を合併した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告した。

引用文献

- 1) 多賀須幸男：巨大皺襞と Menetrier の原著の紹介。胃と腸，3：525—533，1968。
- 2) 多賀須幸男：胃巨大皺襞症の病態—メネトリエ病の場合。胃と腸，15：531—541，1980。
- 3) 佐野量造：胃疾患の臨床病理，188，医学書院，1974。
- 4) 佐野量造：胃疾患の臨床病理，182，医学書院，1974。
- 5) 佐野量造：胃と腸の臨床病理ノート，6，医学書院，1977。
- 6) 中村恭一：臨床病理学的にみた腺境界。胃と腸，15：125—135，1980。
- 7) 中村恭一：胃癌の組織発生。外科治療，23：435—448，1970。

- 8) 望月孝規：腺境界と胃病変。胃と腸，15：123，1980。
- 9) 奥田 茂：腺境界と胃病変—胃底腺の機能的な境界と胃病変。胃と腸，15：177—185，1980。
- 10) 江崎行芳：腺境界と胃病変—老年者剖検例の検索より一。胃と腸，15：137—143，1980。
- 11) 鈴木 茂：腺境界と胃病変—噴門側萎縮境界も含めて内視鏡の立場から一。胃と腸，15：167—175，1980。
- 12) 赤坂裕三：腺境界と胃病変—腺境界の識別法と腺境界の局在に関連する諸因子を中心に。胃と腸，15：155—165，1980。
- 13) 中村孝司：胃体部大彎の癌。日本消化器内視鏡学会雑誌，17：747—748，1975。
- 14) 杉山憲義：胃底腺粘膜に囲まれた癌のX線診断と病理学的所見。日本消化器内視鏡学会雑誌，17：748—750，1975。
- 15) 山田達哉：巨大皺襞のX線診断。胃と腸，3：97—105，1968。
- 16) 杉山憲義：胃底腺粘膜領域の癌のX線診断。胃と腸，15：145—154，1980。
- 17) 中村恭一：Linitis plastica 型癌の発育過程に関する研究。胃と腸，15：225—234，1980。
- 18) 落合英朗：X線所見と切除胃の対比，検討。日本消化器内視鏡学会雑誌，17：750—751，1975。
- 19) 伊藤 誠：胃巨大皺襞のX線学的鑑別の検討。胃と腸，15：495—508，1980。
- 20) 村上隼夫：伸展良好であった巨大皺襞進行胃癌の1例。胃と腸，15：559—565，1980。
- 21) 小山隆三：胃巨大皺襞に IIb 型早期胃癌を合併した1例。癌の臨床，26：581—585，1980。
- 22) 中沢三郎：胃巨大皺襞症(Ménétrier 病)に進行胃癌を合併した1例。胃と腸，12：247—252，1977。