症 例

胃における colliding carcinoma を伴った大きな隆起性異型上皮の 1 例

横浜市立大学医学部第 1 外科 (主任: 松本昭彦教授)

野 口 芳 一 今 田 敏 夫 天 野 富 薫
清 水 哲 久 保 秋 夫 藤 本 泰 則
松 本 昭 彦

胃の隆起性良悪性境界領域病変は、4cm を越えると高率に癌を併存するとされている。今回、腸上皮化生粘膜を背景とし 4.5×4.0cm の隆起性異型上皮と、これに colliding する IIa+IIc 型早期胃癌さらに対側に IIa 型早期癌のみられた 1 症例を経験したので報告する。症例は 73 歳男性。6 カ月前に左肺癌 (S₉) の診断のもとに左下葉切除、リンパ節郭清を、施行。病期分類では t₂(5.7cm)n₀m₀ stage I であった。術後 FT 600mg 経口投与を受けていたが心窩部不快感が出現、消化管精査にて病変が発見された。2 多発早期癌のうち、胃角後壁病変は 1.0×2.0cm IIa の (m) で内視鏡的に辺縁分葉状、中心部軽度陥凹より悪性と診断。胃角前壁病変は、2.3×3.5cm IIa+IIc (sm) で、胃角小彎にある異型上皮と隣接して存在、組織学的に両病巣間に移行像は認められず、colliding と判断した。本症例は、異型上皮が 4.5cm と大きく、微小癌の併存をみず、同時性二多発早期癌の 1 つと colliding して存在した点に興味がもたれた。

索引用語: 胃異型上皮, colliding carcinoma, 同時性多発胃早期癌

はじめに

胃の隆起性良悪性境界領域病変は、4cm を起えたと高率に癌を併存するとされている。今回、われわれは、腸上皮化生胃粘膜を背景とし、4.5×4.0cm と大きな隆起性異型上皮と、これに colliding して存在する IIa+IIc 型早期胃癌、さらに、この対側に IIa 型早期胃癌のみられた 1 症例を経験したので報告する。

症例: 73 歳男性。

主訴: 心窩部不快感。

既往歴、家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 1983 年 9 月 2 日、左肺癌 (S₉) で左下葉切除術、リンパ節郭清を施行した。腫瘍は径 5.7cm の squamous cell carcinoma で、病期分類では t₂n₀m₀ stage I。1983 年 10 月 25 日、術後補助化学療法として FT 600mg/日経口投与開始。1984 年 2 月 21 日頃、心窩部不快感出現。3 月 16 日消化管透視、3 月 27 日、胃内視鏡検査、4 月 25 日、胃切除術を施行した。

胃 X 線所見: 背臥位二重造影第 2 斜位像 (Fig. 1) では、胃前庭部小彎側に急峻な立ち上がり有する隆起性病変を認めた。隆起の高さは比較的高く、表面は

Fig. 1 背臥位二重造影第 2 斜位像: 前庭部に表面平滑、粗大結節状の隆起性病変を認める

揃った粗大結節状で、凹凸粗造は認めず。十二指腸下行脚内側に憩室が認められたため、これを圧排する目的で圧迫を追加した。仰臥位二重造影 (Fig. 2) では、

Fig. 2 背臥位二重造影：十二指腸憩室と排除する目的にて加えた圧迫にて、腫瘤は変形し、中央に浅い陥凹を認める

Fig. 3 胃角前壁内視鏡像（インディゴカルミン散布）：胃角小弯側に表面結節状の隆起性病変を、これに接する前壁側には、不整形びらんをその中心に有する隆起性病変を認めた

軽い圧迫にて病変は変形し、隆起口側中心部に浅い陥凹を認めた。この丈の高い隆起性病変の口側（胃角小

Fig. 4 胃角後壁内視鏡像（インディゴカルミン散布）：胃角後壁側には、辺縁分葉状の扁平な隆起性病変を認めた

弯側）は、丈の低い表面粗造な隆起性病変に連なり、これが胃角の変形をきたしていた。以上の所見より、大きな異型上皮+IIa, 又はI型早期癌と診断した。

胃内視鏡所見：①胃角小弯前壁側、②胃角から角裏小弯側、③胃角後壁側の3カ所に病変を認めた（Fig. 3, 4）。病変1：胃角小弯前壁側に粘膜ひだの集中を伴わない隆起性病変を認めた。隆起の中心部は、陥凹、不整形びらんを呈し、軽い白苔の付着を認め、その周辺には軽度出血を伴う発赤面があり、この部はIIa+IIc型早期胃癌（m）と診断した。病変2：病変1に相接し、胃角から角裏、小弯側中心に周辺粘膜と色調差の乏しい結節状の隆起性病変を認めた。隆起の立ち上がりは鮮明で、空気量を減らすと前後壁より粘膜ひだの集中がみられた。隆起表面は粗大結節状であるが、粘膜は光沢を有し、表面構造は比較的保たれていた。中心部に陥凹をみるも、びらんなどは認めなかった。肛門側への進展は、prepylorusで明確に中断していた。以上より隆起性異型上皮、又はI型早期癌（m）と診断した。なお病変1の発赤面は、病変2の隆起基部で途絶、正常粘膜を介さず病変2に移行していた。病変3：病変2より正常粘膜を介し胃角後壁側に、辺縁分葉状を呈する扁平な隆起性病変を認めた。その表面は平滑で、軽度発赤、中心部に軽い陥凹を認めた。IIa

型早期癌 (m) と診断した。

手術所見：上腹部正中切開にて開腹。腹水なく、腹膜、肝、脾などに異常を認めず。胃前庭部に腫瘤を触知するも、漿膜面に浸潤なく、リンパ節に著明な腫大も認めなかった。S₀N₀P₀H₀ stage I の診断のもとに幽門側胃切除、R₂郭清、B-I 吻合を施行した。

切除胃肉眼所見 (Fig. 5)：大彎切開した切除胃新鮮標本では、胃角小彎前壁側に、2.3×1.3cm の周辺に軽い隆起を伴う陥凹性病変を認めた (病変 1)。病変 2 は前庭部小彎にあり、丈の差のある隆起が集合し 4.5×4.0cm と大きい、隆起の表面、辺縁共に平滑、結節

Fig. 5 切除胃標本

Fig. 6 切除胃シェーマ：病変 1 と 2 とが colliding して存在する。

状で、凹凸不整びらんなどは認めなかった。この 2 個の病変は正常粘膜を介さず移行、colliding と判断した。病変 2 の後壁側に、正常粘膜を介して丈の低い小隆起を認めた (病変 3)。大きさは 2.0×1.0cm、病変 2 に比し粘膜は軽く発赤し周辺は菊花状で、その中心に軽度の陥凹があり、全体として盃状を呈していた。

病理組織学的所見：病変の占居部位及び再構築図を Fig. 6 に示した。病変 1 の陥凹中心部では腺管形成は著明ではなく、腺管は隣接し、基底膜も明瞭ではなく間質に乏しい (tub 2)。陥凹中心部で粘膜下に浸潤 (sm)。辺縁部では粘液産生が著明で膠様腺癌の部分も認められた。病変 2 の基底部の粘膜深層に INF α の型で浸潤していたが、両者の間に組織学的移行像は認められなかった (Fig. 7)。病変 2 は濃染した高円柱上皮からなる異型腺管の密な増成と、その底部の幽門腺及びその囊胞状拡張とで構成されていた。腺管の大きさ

Fig. 7 病変 1 のルーベ像：病変 1 (tub 2) の肛側は、一部膠様腺癌に変じ病変 2 の基部に浸潤している

Fig. 8 病変 2 のルーベ像：異型腺管の増生と幽門腺の囊胞状拡張が著明に認められる

Table 1 Comparison of size distribution & its malignancy: cases (malignancy)

	cases (malignancy)					
	5	10	20	30	40 (mm)	total
ATP ¹⁰⁾ (elevated type)	43(0)	43(1)	17(1)	13(6)	4(3)	120 (1)
IIa subtype ¹²⁾	9	21	14	9	2	55
Flat polyp ⁴⁾	11(1)		8 (8)		19 (9)	
Adenomatous polyp ⁶⁾	2 (2)		8 (2)		10 (4)	

は、ほぼ揃っており、表面には刷子縁様構造を認めた。核は円～楕円形で濃染、配列も軽度乱れ一部は原形質上部に、一部は多層性に配列していた (Fig. 8)。粘液染色 (PAS, PH2.5 Alcian blue) では、異型細胞の細胞尖端部の細胞質は、PAS 陽性、Alcian blue には所々、弱陽性であった。深層部腺管には、PAS, Alcian blue 共に染まる顆粒を有した杯細胞が散在していた。この病変の周辺正常粘膜には、著明な腸上皮化生が認められた。病変3は病変1の中心部と同様の所見 (tub 2) であった。

考 察

胃良悪性境界領域病変は、中村のIII型ポリープ¹⁾癌研の異型上皮 (ATP)²⁾、福地のIIa subtype³⁾、佐野の扁平ポリープ⁴⁾等の呼称で、一定の領域内にある病変群に対する名称として用いられてきたが、1983年6月に改正された胃生検組織診断分類 (Group 分類) 改正案⁵⁾では、生検組織学的には、Group IIIは「良性と悪性の境界領域の病変」と広く包括的に定義されるに至った。今回の症例は、胃隆起性異型上皮 (Ming and Goldman⁶⁾の言う adenomatous polyp の Group III) 及びこれと colliding する IIa+IIc, その対側の IIa の二多発早期癌と診断された症例であった。

隆起性異型上皮とI型及びIIa型早期癌との鑑別診断として、大きさ、表面の不規則な凹凸 (隆起の大小不同)、中心部陥凹、発赤やびらん性変化等が挙げられる。しかし4cm以上の大きな異型上皮に微小癌を合併した報告例では、表面は比較的平滑、胃小区も規則的であり、これらが逆に特徴的であるとする報告もある^{7,8)}。

今回の症例では、病変3は、大きさ2.0×1.0cm、内視鏡所見として癌研、高木の言う⁹⁾辺縁菊花状の盃状隆起で、更に表面が軽度発赤していたことよりIIaと確診された。この病変の範囲はイソジゴカルミンの散布にて、より一層明確となった。一方、病変2は、表

面平滑で光沢を有し、顆粒の大きさも揃っており外観上、佐野の扁平ポリープ桑の実型⁴⁾に一致した。しかし3回に渡る数カ所よりの生検でも Group III 以上の診断は得られぬものの、病変が大きく、更に病変1のIIcと隆起基部で相接していた為、術前微小癌の併存は否定しきれなかった。

良悪性境界領域病変の内でも、組織学的に two layer structure を有し、内視鏡的に灰白色ないし黄白色を呈し、2cm内外に留まる典型的 so called ATP¹⁰⁾ とIIaとの鑑別は、前記事項が有効であるが、大きな異型上皮に併存する微小癌の診断は、形態上、表面性状の特徴のみからでは容易ではない。両者の良悪性鑑別診断は、自と別個の範疇にあるべきものであろう。微小癌の局在診断には、メチレンブルー染色、拡大内視鏡、snare biopsy 等が有効であるが、確診の得られぬ場合にはEDSP¹¹⁾や外科的切除が必要である。

一般に異型上皮の大きさは、2.0cm以下のものが多く、2.1cmを越えるのは、11~20%と少ない (Table 1)。殊に4cmを越える大きな異型上皮は更に少なく、異型上皮は2.0cm程度で、その発育を停止するとの考察もある¹³⁾。

異型上皮の悪性変化に関しては、明確な見解は得られていないが、異型上皮の臨床的経過観察例の検討からは¹⁴⁾、腫瘍の増大傾向のある増殖力の強い病変が悪性化しやすいとされている。これは異型上皮の癌化率又は微小癌の合併頻度が、2cmを境に増加し、4cmを越えると極めて高率になるとする諸家の報告と一致する (Table 1)。しかし今回の症例は、4.5×4.0cmと異型上皮としては大きい、病巣内に癌を併存していない点で逆に稀有な症例であり、異型上皮のある種のもの、その大きさに拘らず、異型上皮に留まることの裏付けと思われた。

隆起性異型上皮と癌との併存率は、加藤¹⁰⁾に依れば、74.8%と高い。殊に高齢者の腸上皮化生の著明な胃に

異型上皮と分化型腺癌の併存率が高いと報告されている¹¹⁾。異型上皮は、それ自体大きさの増大に伴い、その病巣内に癌併存率が高まると共に、背景胃粘膜での癌発生率も高まっている。故に、異型上皮を有する胃内の他部位の検索は、より慎重であらねばならない。

おわりに

4.5×4.0cm と大きな隆起性異型上皮と、これに colliding して存在する IIa+IIc、及び対側の IIa の併存した 1 症例を報告した。

文 献

- 1) 中村卓次：胃ポリープの考え方，胃と腸，1：639—652，1966。
- 2) 高木国夫，熊倉賢二，菅野晴夫他：胃隆起性病変—良悪性の境界病変，異型上皮を中心として—，癌の臨，13：809—817，1967。
- 3) 福地創太郎，望月孝規：FGS 生検による臨床的経過観察からみたポリープの癌化に関する考察，胃と腸，3：757—759，1968。
- 4) 佐野量造：胃腺腫性ポリープとその癌化について，胃と腸，3：725—728，1968。
- 5) 胃癌研究会，生検組織分類委員会：胃生検組織診断分類（Group 分類）改正案，癌の臨，29：737—754，1983。
- 6) Ming, S.C. and Goldman, H.: Gastric polyps A histogenic classification and its relation to carcinoma. Cancer, 18: 721—726, 1965.
- 7) 中野 浩，山内雅博，水野文雄他：胃の大きな隆起性異型上皮巣の中の癌の認められた 1 例，胃と腸，14：245—251，1979。
- 8) 北村公男，中野 哲，綿引 元他：胃の隆起性異型上皮からの癌化と考えられた一症例，胃と腸，14：1205—1210，1979。
- 9) 高木国夫：IIa の異型上皮—早期胃癌の問題点—，胃と腸，3：15—25，1968。
- 10) 加藤 洋，柳沢昭夫，菅野晴夫：胃の良悪性境界領域病変，最新医，36：21—30，1981。
- 11) 大橋一郎，竹腰隆男，高木国夫他：胃の良悪性境界病変：異型上皮の診断と治療，消外，6：1151—1157，1983。
- 12) 福地創太郎，檜山 護，望月孝規：胃の IIa 境界領域病変 (IIa subtype) の内視鏡診断，胃と腸，10：1487—1493，1975。
- 13) 菅野晴夫，中村恭一，高木国夫他：消化管境界病変の病理形態：胃の異型上皮，癌の臨，18：834—842，1982。
- 14) 遠城寺宗和，渡辺英伸：胃の良悪性境界領域病変—私はこう思う—，胃と腸，10：1443—1447，1975。

A CASE OF A LARGE ATYPICAL EPITHELIUM WITH COLLIDING SYNCHRONOUS DOUBLE EARLY CARCINOMA IN THE STOMACH

Yoshikazu NOGUCHI, Toshio IMADA, Tomishige AMANO, Satoru SHIMIZU,
Akio KUBO, Yasunori FUJIMOTO and Akihiko MATSUMOTO
The First Department of Surgery Yokohama City University, School of Medicine

Supposed exceeding 4 cm in the greatest diameter, atypical epithelium, Group III by histological examination of the biopsied specimen, is said to turn malignant or to contain focal carcinoma. An atypical epithelium, 4.5 × 4.0 cm in size, derived against intestinal metaplasia in the stomach of a 73 year old male with two synchronous double early carcinoma is reported. The atypical epithelium did not contain either a definite area of malignancy or a transitional zone suggestive of malignancy.

The patient underwent a right lower lobectomy under the diagnosis of lung carcinoma (squamous cell carcinoma, 5.7 cm in diameter) 6 months prior to the second admission. He had been taking antineoplastic agent, FT, 200 mg TID during the interval.

The double synchronous carcinomas were a 1.0 × 2.0 cm (m) Type IIa carcinoma on the posterior wall of the gastric angle, and a 2.3 × 3.5 cm Type IIa + IIc sm carcinoma at the anterior wall of the angle. The former had the typical configuration of Type IIa i.e. lobulated margin, slight central depression and an area of injection. The latter collided with the atypical epithelium, whose surface was smooth and bright without erosion or localized injection. Nodulation was regular and similar to an enlarged gastric area.

This case was significant in that the atypical epithelium did not contain any focal carcinoma in spite of its size and that one of the double synchronous early carcinoma collided with the atypical epithelium.