症 例

十二指腸乳頭部上部に発生した腺扁平上皮癌の1例

愛知医科大学第1外科（主任：山本貞博教授）

松 本 幸 三 小 池 明 彦 加 藤 健 一 稲 村 嘉 明
鈴 村 和 義 小 島 卓 金 光 泰 石 成 瀬 隆 吉

十二指腸原発の癌は比較的稀な疾患で、腺扁平上皮癌は極めて稀である。本症例は、45歳、男性。上腹部痛を主訴に来院した。低緊張性十二指腸造影にて、十二指腸下行脚に全周性の狭窄像を認め、内視鏡にて同部の生検を施行、高分化腺癌の病理診断を得た。標準的膵頭十二指腸切除術を施行。摘出後の病理検査の結果、癌組織は、Vater 乳頭とは関係なく、周囲の十二指腸粘膜内に迷入腺が認められたことより、この迷入腺より発生した腺扁平上皮癌の可能性もあるが、発生母地に関しては断定し得なかった。なお膵周囲のリンパ節のみに転移が認められた。術後5年経過した現在、再発の所見も認められず健在である。

索引用語：十二指腸癌，腺扁平上皮癌

はじめに

原発性十二指腸癌は比較的稀な疾患であるその病理組織型は殆ど腺癌であり、腺扁平上皮癌は極めて稀で、その報告は僅かに5例に過ぎない。私どもは十二指腸原発の腺扁平上皮癌の1例を経験し術後5年経過を観察したので、文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：45歳、男性。

主訴：上腹部痛。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：22歳の時、尿路結石。

現病歴：1983年11月下旬、上腹部痛が出現したため近医を受診した。約2カ月間保存的治療を受けるも症状の軽快を見なかったため、精査目的にて1984年1月24日当院に入院した。

入院時現症：体格中等、栄養可、血圧132/100 mmHg。貧血及び黄疸はなく、腹部にもとくに異常所見は認められなかった。

入院時検査所見：表1に一括呈示した。軽度の肝機能異常を認める以外血液一般・生化学検査に異常は認められなかった。また、血中腫瘍マーカーにも異常は認められなかった。糖負荷試験は糖尿病型で、インスリン分泌反応は低反応であった。

表1 入院時血液検査成績

WBC	8700 /mm ³	UA	6.3 mg/dl
RBC	454×10 ⁴ /mm ³	GOT	25 mU/ml
Hb	14.2 g/dl	GPT	45 mU/ml
Ht	41.6 %	ALP	123 mU/ml
Plate	27×10 ⁴	LDH	177 mU/ml
		Na	145 mEq/l
TP	6.1 g/dl	Cl	108 mEq/l
Alb	3.9 g/dl	K	4.4 mEq/l
T-B	0.2 mg/dl		
Glu	82 mg/dl		
BUN	15.4 mg/dl

図1 低緊張性十二指腸造影：十二指腸の下行脚に全周性の狭窄像が認められる。

1989年8月7日受付 1990年3月14日採用

図2 内視鏡：十二指腸球部より約2cm 肛門側に全周性の狭窄が認められその奥に潰瘍が認められる。

図3 摘出標本：腫瘍は径4cmで、十二指腸の約3/4周をしめる Borrmann II 型である。

低緊張性十二指腸造影(図1)：十二指腸の下行脚に長径約3cmの全周性の狭窄像が認められた。

内視鏡(図2)：十二指腸球部より約2cm 肛門側に全周性の狭窄がありその奥に潰瘍が認められた。生検の結果高分化腺癌と診断された。

以上の検査所見により十二指腸癌と診断し1984年2月14日手術を施行した。

手術所見：十二指腸第二部に腫瘤を触知し得たが、漿膜への浸潤は認められなかった。腹膜播種はなく、また肉眼的には肝・胆・脾にも異常を認めなかったもので、根治手術の適応と判断し、標準的脾頭十二指腸切除術を施行した。再建法は、今永変法を用いた。

摘出標本肉眼所見(図3)：腫瘍は径4cmで、十二指腸の約3/4周をしめる Borrmann II 型であった。潰瘍下縁は Vater 乳頭より約1cm 口側に位置し、乳頭と関係はなかった。

図4A 病理標本：腫瘍は十二指腸粘膜固有層から固有筋層にかけて浸潤しており、周囲には異所性腺が認められる。

図4B 病理標本：明らかな管状構造を示す腺癌部と、癌真珠(角化)を伴う扁平上皮癌の両組織が混在している。

病理組織学的所見(図4A)：腫瘍は十二指腸粘膜固有層から固有筋層内にかけて浸潤増生していた。腫瘍辺縁部には、異所性腺が認められた(図4B)。また腫瘍は、明らかな管状構造を示す腺癌部と、癌真珠(角化)を伴う扁平上皮癌の両組織が混在して認められた。

なお13番のリンパ節に転移(腺癌)が認められた。

術後経過：術後は順調に経過した。術後5年経過した現在再発の所見認めず、外分泌機能はPFDテストで正常、肝機能も正常である。糖尿病は食事療法でコントロールされ、インスリン治療は行っていない。

考 察

原発性十二指腸癌は比較的稀な疾患で、Mateer¹⁾によると全悪性腫瘍中の0.25%であったと報告している。性および年齢別にみると、Stewart²⁾の集計では男女比1.7:1 平均年齢56歳、岡島³⁾の集計では1.5:1、

平均年齢50歳でいわゆる癌年齢層に多い傾向がある。十二指腸腫瘍の発生部位を表現するには、前腸より発生する乳頭上部、中腸より発生する乳頭下部、および乳頭部の3部位に分ける発生解剖学的分類が妥当と考えられている。本邦におけるこの部位別発生頻度は依光ら⁴⁾の集計では、上部15.5~21.2%乳頭部67.4~76.7%、下部8.5~12.9%となっておりその半数以上を乳頭部癌が占めている。次いで下部がやや多い傾向が見られている。しかし乳頭部癌は、発生母地が胆管、膵管由来かあるいは十二指腸粘膜由来かの識別が困難な場合が多いため十二指腸癌には含めないとする考え方が多い^{9)~11)}。本症例では主病変は乳頭上部にあり、病理組織標本の詳細な検索では主膵管とは関係なく、副膵管への十二指腸側からの浸潤が認められたことから、十二指腸上部に発生した癌と診断した。

原発性十二指腸癌の組織型は殆どが腺癌であると報告されており⁵⁾¹²⁾、本症例のような腺扁平上皮癌は稀で、本邦では佐藤ら¹³⁾、吉原ら⁹⁾、池松ら¹⁴⁾の報告の3例と、外国の文献においてもLieberら¹⁵⁾の2例の報告があるにすぎない。腺組織からの扁平上皮癌の組織発生説としては、1)異所性扁平上皮由来、2)腺組織の扁平上皮化生由来、3)未分化基底細胞由来、4)腺癌の扁平上皮癌化などがあげられている。しかし現在では、3)と4)の両者が多く支持されているが確固たる定説はない^{16~18)}。

1983年から1987年の日本病理剖検輯報より集計した消化器腺扁平上皮癌の発生頻度は、十二指腸膨大部及び小腸癌755例中僅かに2例(0.27%)である。一方膵癌では、6,662例中122例(1.83%)に認められ、その頻度は十二指腸膨大部、小腸癌の約6.8倍と高率である。一方十二指腸癌のなかには十二指腸の迷入膵から発生したと考えられる症例報告がある¹⁹⁾²⁰⁾。本症例では癌組織周囲の十二指腸壁内には迷入膵が認められていることから迷入膵から発生した腺癌の扁平上皮化性の可能性もあるが、発生母地に関しては断定し得なかった。

十二指腸腺扁平上皮癌の予後に関しては、症例数が少ないため明らかではないが、乳頭部、膵・胆道癌においては腺癌に比して予後不良であると報告されている^{18)21)~25)}。本症例は術後既に5年経過し、再発所見は認めていないことから、根治的手術が行い得れば予後は必ずしも悪いとは考え難い。

文 献

1) Mateer JG, Hartman FW: Primary car-

cinoma of duodenum. clinical and pathologic aspects, with differential diagnosis. JAMA 99: 1853—1859, 1932

2) Stewart HL, Lieber MM: Carcinoma of the suprapapillary portion of the duodenum. Arch Surg 35: 99—129, 1937

3) 岡島邦雄, 小林淳一, 森下和郎他: 十二指腸 Vater 乳頭部癌の3治験例, 外科 27: 208—213, 1965

4) 依光好一郎, 竹内一正, 山口岱三他: 原発性十二指腸起始部癌の1治験例, 外科 32: 213—216, 1970

5) Burgerman A, Baggenstoss AH, Cain JC: Primary malignant neoplasms of the duodenum excluding the papilla of Vater. A clinicopathologic study of 31 cases. Gastroenterol 30: 421—321, 1956

6) Brenner RL, Brown CH: Primary carcinoma of the duodenum: Report of 15 cases. Gastroenterol 29: 189—198, 1955

7) Resnik HLP, Cooper DR: Carcinoma of the duodenum. Review of the literature from 1948 to 1956. Amer J Surg 95: 946—952, 1958

8) 綿引 元, 中野 哲, 武田 功他: 原発性十二指腸癌の1例, 胃と腸 14: 827—832, 1979

9) 吉原 渡, 古林芳範, 水本和代他: 十二指腸乳頭上部に原発した腺扁平上皮癌の1例, J Jpn Soc Clin Cytol 22: 80—84, 1983

10) 中村卓次, 飯塚 啓, 岡田了三他: 十二指腸の腫瘍。1. 悪性腫瘍—胃癌との重複—, 胃と腸 4: 223—229, 1969

11) 佐藤寿雄, 木村俊一, 佐久間晃他: 十二指腸悪性腫瘍について, 外科 32: 281—287, 1970

12) Ochsner S, Kleckner MS Jr: Primary malignant neoplasms of the duodenum. Discussion based on seventeen cases, with emphasis on radiologic diagnosis. JAMA 163: 413—417, 1957

13) 佐藤 明, 細谷雄太, 武藤 功他: 十二指腸(乳頭上部)原発と考えられた腺扁平上皮癌の1例, 日消病会誌 77: 623—628, 1980

14) 池松禎人, 塚本幹夫, 松尾繁年他: 十二指腸腺扁平上皮癌の1切除例, 日消外会誌 21: 885—888, 1988

15) Lieber MM, Stewart HL, Morgan DR: Adenosquamous carcinoma of the peripapillary portion of the duodenum. Arch Surg 40: 988—996, 1940

16) 神谷順一, 石博秀勝, 犬飼 治他: 膵腺扁平上皮癌

- の1例, 癌の臨 28: 1674—1676, 1982
- 17) 武藤良弘, 内村正幸, 脇 慎治他: 胆道の腺扁平上皮癌症例の臨床病理学的検討, 癌の臨 28: 440—444, 1982
- 18) 古川敬芳, 浅野武秀, 陳 文夫他: 十二指腸乳頭部腺扁平上皮癌の1例と本邦報告8例の検討, 日消外会誌 16: 2000—2004, 1983
- 19) Freedman E, Rabwin MH, Sava M: Benign and Malignant Tumors of the Duodenum. Radiol 65: 557—568, 1955
- 20) Weinsaft PP: Primary carcinoma of the duodenum. Gastroenterol 28: 388—392, 1955
- 21) 高橋 侃, 河田憲幸, 村松友義他: 中・下部胆管癌の発育進展型式の検討, 広島医 38: 1360—1364, 1985
- 22) 渡辺義二, 吉川広和, 斉藤弘可他: 胆管腺扁平上皮癌3例の経験, 埼玉医会誌 14: 224—229, 1979
- 23) 清水康一, 上野一夫, 草島義徳他: 隣扁平上皮癌の1切除例, 胆と膵 2: 1737—1742, 1981
- 24) Baylor SM, Berg JW: Cross-classification and survival characteristics of 5,000 cases of cancer of the pancreas. J Surg Oncol 5: 335—358, 1973
- 25) Brown DB, Strang R, Gordon J, et al: Primary carcinoma of the extrahepatic bile-ducts. Br J Surg 49: 22—28, 1961

A CASE OF ADENOSQUAMOUS CARCINOMA ARISING IN THE SUPRAPAPILLARY PORTION OF THE DUODENUM

Kouzou MATSUMOTO, Akihiko KOIKE, Kenichi KATOU, Yoshiaki INAMURA,
Kazuyoshi SUZUMURA, Takashi KOZIMA, Taiseki KANEMITSU and
Takayoshi NARUSE

First Department of Surgery, Aichi Medical University
(Director: Prof. Sadahiro YAMAMOTO)

Primary cancer arising in the duodenum is rare, especially an adenosquamous cell carcinoma extremely rare.

In a 45-year-old male complaining of epigastralgia, hypotonic duodenography revealed a definite stricture in the 2nd portion of the duodenum. Endoscopic biopsy showed a well differentiated adenoar carcinoma. Therefore, standard pancreaticoduodenectomy was performed. Metastasis was found in the para pancreatic lymphnode. The postoperative histological examination revealed that the lesion was not related with the Vater's papilla and there was aberrant pancreas at the adjacent area. These findings suggest that the lesion might arise in the aberrant pancreas rather than in the duodenal mucosa. The patient has been well without any evidence of recurrence for 5 years since the surgery.