症 例

原発性早期十二指腸球部癌の1例

土庄中央病院外科

日 野 博 夫 羽 井 佐 実 細 羽 俊 男 宇 田 征 史

同 内 科

三 宅 賢 一 村 嶋 誠

いわゆる乳頭部癌を含まない原発性早期十二指腸癌の報告は少ない。著者らは、十二指腸球部に認められた原発性早期十二指腸癌の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症例は77歳の男性で、上腹部不快感、腰痛にて来院した。上部消化管内視鏡検査にて十二指腸球部前壁に、表面結節状で不整形の隆起性病変を認め、生検組織検査にて、十二指腸乳頭状腺癌の診断を得た。手術はリンパ節郭清を伴う胃切除術および十二指腸部分切除術を施行した。切除標本の肉眼的所見として、十二指腸球部前壁、幽門輪の約1.5 cm 肛門側に、1.6×1.1×0.3 cm の大きさを有する結節状で広基性の隆起性病変を認めた。病理組織所見では、全体が乳頭状腺癌で、一部、粘膜下層に達する早期十二指腸癌であり、リンパ節転移を認めなかった。

索引用語：早期十二指腸癌

はじめに

原発性十二指腸癌（乳頭部癌は除く）は比較的稀な疾患であるが、近年、上部消化管造影法や内視鏡検査法の進歩により、その報告例が少しずつ増加してきている。しかし、その大部分は進行癌であり、癌層が粘膜下層までにとどまる、いわゆる早期癌の報告は依然として少ない。著者らは術前に原発性十二指腸球部癌と診断し、病理組織学的検索の結果、深達度 sm の早期癌であった症例を経験したので報告する。

症 例

患者：77歳、男性。

主訴：上腹部不快感。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：気管支喘息。

現病歴：昭和60年1月初旬より上腹部不快感、腰痛、便秘を訴え当院内科を受診した。腰痛のため上部消化管 X 線検査に先立ち施行した上部消化管内視鏡検査にて、十二指腸球部に山田Ⅲ型の隆起性病変を認め精査の目的で入院した。

入院時現症：体格、栄養中等度、眼瞼結膜、眼球結

膜、表在リンパ節いずれも異常を認めず、腹部は平坦で腫瘤を触知しなかった。

入院時検査所見：RBC 439×10^4 , Hb 15.1g/dl, Ht 46%, WBC 4,100, T-P 6.2g/dl, A/G 1.65, GOT 16KU, GPT 24KU, AL-P 8.3K-AU, LDH 260U, BUN 11.6mg/dl, Cr 1.0mg/dl, S-Amy 109.9IU, CRP (-), CEA 1.2 (<5) ng/ml, 便潜血 (-)。呼吸機能検査で混合型換気障害を認めた (%VC 57%, %FEV_{1.0} 42%)。

上部消化管 X 線検査：十二指腸球部に不整形、結節状の扁平な隆起性病変を認めた (図1)。

上部消化管内視鏡検査：十二指腸球部前壁やや大弯より白色調、小指頭大の隆起性病変を認め、表面は結節状で立ち上がりにくびれを有した。生検組織検査にて乳頭状腺癌の像を認めた (図2)。

手術所見：十二指腸球部前壁に扁平な腫瘤を触知し漿膜浸潤は認めなかった。隆起辺縁より1cm 肛側までの十二指腸を含めた幽門側胃切除術およびリンパ節郭清術を施行した。

切除標本所見：十二指腸球部前壁、幽門輪の約1.5 cm 肛門側に、1.6×1.1×0.3 cm で結節状の広基性隆起性病変があり、乳頭状の発育を示した (図3)。

1990年8月24日受付 1990年11月20日採用

図 1 上部消化管透視像：十二指腸球部に不整形，結節状の隆起性病変を認めた。

図 2 内視鏡像：十二指腸球部前壁大よりに結節状の不整形隆起性病変を認めた。

図 3 切除標本：十二指腸球部前壁に $1.6 \times 1.0 \times 0.3$ cm の乳頭状発育を示す隆起性病変を認めた。

病理組織所見：図 4 に示す如く，隆起性病変全体が腺癌であり，腫瘍細胞は高円柱状で乳頭状に増殖する

図 4 切除標本のシェーマ：隆起性病変全体が癌であり，b および c の部分で一部粘膜下層に浸潤していた。

図 5 病理組織所見 (H.E. 染色, $\times 100$)：癌細胞は高円柱状で乳頭状に増殖し，papillary adenocarcinoma の像を呈した。

乳頭状腺癌であった(図 5)。癌病巣は，一部粘膜を越え，粘膜下層に浸潤していたが(図 4)，sm にとどまる早期癌と診断された。リンパ管侵襲，脈管侵襲およびリンパ節転移は認めなかった。

考 察

乳頭部癌を除いた原発性十二指腸癌のうち，癌の浸潤が粘膜下層にまでとどまる，いわゆる早期十二指腸癌¹⁾は比較的稀な疾患である。本邦では，1968年吉谷ら²⁾の報告が初例であるが，1985年までの佐々木ら³⁾，宗像ら⁴⁾の報告に自験例を含めた39例について検討を加えた。

年齢は41歳から83歳までで平均62.5歳(男性64.0歳，女性60.8歳)であり，性比は男性51.3% (20人) 女性48.7% (19人) であった。症状としては上腹部不快感

23.1%, 上腹部痛17.9%, 出血10.3%, 腹部膨満感7.7%, 悪心5.1%などが認められた。一方、無症状であったものが、38.5%であり、検診にて発見されたものが全症例の33.3%であったことは、上部消化管のスクリーニングにおいて、十二指腸にも癌が存在することを念頭に置き注意深く検討する必要があるとする Berger ら⁹⁾の主張を支持するものである。また、報告年度としては1975年までが3例、1976年から1980年までが11例、1981年から1985年までが25例と急速に増加してきており、上部消化管検査法の発達と無関係ではないと考えられる。

発生部位は、十二指腸球部23例(59.0%), 第2部の乳頭上部10例(25.6%), 第2部の乳頭下部3例(7.7%), 第3部、第4部、重複十二指腸⁶⁾各1例で、圧倒的に口側の十二指腸に多い。これは、上部消化管検査における、第2部以下の部位の診断の困難さと関係していると考えられ、上部消化管造影の際は全十二指腸を含めて撮影する必要がある⁷⁾、内視鏡検査においても許される範囲で肛門側を観察するよう心がけるべきであると考えられる。

39例のうち、形態、最大径、深達度、腺腫合併の有無について、記載のあった33病変を図6にまとめた。形態としては、山田IV型あるいは有茎性ポリープと記されたものをIp型、山田II、III型および無茎性ポリープと記されたものをIs型、平坦隆起型をIIa、陥凹性病変をIIcおよびIII型として分類したところ、Ip型16例(48.5%), Is型10例(30.3%), IIa型4例(12.1%), IIcおよびIII型3例(9.1%)^{2),4),6)}と隆起性病変が多い。最大径、深達度との関係をみると、Ip型病変は最大径が4cm以上の大きなものがみられる一方、m癌が多い(62.5%)。これは腺腫内癌であるものが50%にみられたことと関係すると考えられる。これに対し、Is型病変は最大径に関係なくsm癌が多く、中には10mm以下のsm癌の報告もみられ^{8),9)}、診断、治療において注意が必要であると考えられた。IIa型病変は全てm癌であったが、病変が小さい場合、術前の内視鏡診断においてポリープ型との区別は容易ではなく、やはり注意を要する。陥凹性病変は3例中2例がsm癌であり、これは治療法の選択において考慮すべき点である。

内視鏡検査は早期診断に有用であるが、術前生検が行われた31例のうちGroup IあるいはIIが6.7%, Group IIIが30.0%, Group IVあるいはVと診断されたものが63.3%であった。これは、腺腫内癌がポリープ型病変の42.3%にみられたことに起因し、生検標本

の組織像が病変全体を代表していないことを示している。特にIp型病変では腺腫内癌が多いため、正診率が低く(46.2%), 内視鏡的ポリペクトミーも考慮されるべきであろう¹⁾。

治療方法としては、十二指腸部分切除を含めた胃切除術が、14例(35.9%)と最も多く、次いで外科的ポリペクトミー10例(25.6%), 臍頭十二指腸切除術8例(20.5%), 十二指腸部分切除術4例(10.3%), 内視鏡的ポリペクトミー1例(2.6%), 重複腸管切除⁶⁾、記載不十分各1例であった。球部に病変が認められることから、胃切除術施行例が多いが、臍頭部後面にリンパ節転移を認めた(病巣は第2部の乳頭下部、56×26×25mm、中等度分化型腺癌、smの有茎性ポリープ)森ら¹⁰⁾の報告もあり、十分なリンパ節郭清、行うためには、臍頭十二指腸切除術を施行することも必要であろう。形態との関係においては、有茎性病変では腺腫内癌が多いため(図6)、生検で陰性でも可能な限り内視鏡的ポリペクトミーを行い、深達度、リンパ管侵襲、脈管侵襲を検討し、浸潤が疑われれば臍頭十二指腸切除術を考慮する。無茎性病変ではsm癌が多いため臍頭十二指腸切除術を基本方針と考える。自験例では高齢、換気障害など poor risk な症例であったことから、十二指腸部分切除術を含む胃切除術を施行した。病理組織学的検索で早期癌であり ly_0 , v_0 , n_0 であった為、続けて臍頭十二指腸切除術は行わなかったが、本症例の如き poor risk 症例で球部に癌巣が存在する場合には考慮されるべき治療方針と考えられる。

原発性十二指腸癌の発生母地としては、十二指腸粘膜より de novo¹¹⁾に発生する場合、腺腫の一部に癌病巣を認める腺腫内癌の報告にみられる十二指腸腺腫の癌化、迷入臍、迷入胃組織の癌化、ブルネル腺腫の

図6 形態、最大径および深達度の関係：有茎性病変をIp、亜有茎性、無茎性病変をIs、平坦隆起型をIIa、陥凹性病変をIIcおよびIIIとした。

癌化などが言われている。自験例は、病巣全体が癌組織であり、de novo に発生した癌と考えられた。

おわりに

十二指腸球部に認められた原発性早期十二指腸癌の 1 症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告した。

文 献

- 1) 中越 享, 北里精司, 猪野睦征他: 原発性早期十二指腸球部癌の 1 例, 胃と腸 18: 1119—1125, 1983
- 2) 吉谷和男, 高橋秀夫, 吉利晃治他: 十二指腸球部早期癌の 1 例, Gastroenterol Endosc 10: 232—234, 1968
- 3) 佐々木明, 小長英二, 榎本正満他: 原発性早期十二指腸癌と盲腸癌の重複した 1 症例, 日消外会誌 17: 2051—2054, 1984
- 4) 宗像康博, 苅部徳郎, 畑山善行他: 十二指腸早期癌の 1 例, 日消外会誌 18: 309, 1985
- 5) Berger L, Koppelman H: Primary carcinoma

of the duodenum. Ann Surg 116: 738—750, 1942

- 6) 井上雅勝, 田中 繁, 阿部重郎他: 胆嚢欠損を伴った重複十二指腸早期癌の 1 例, 日消外会誌 11: 384—388, 1977
- 7) Dixon CF, Lichtman AL, Weber HM, et al: Malignant lesions of the duodenum. Surg Gynecol Obstet 83: 83—93, 1946
- 8) 森田敏和, 川瀬建夫, 上井一男他: 十二指腸球後部早期癌の 1 例, Progress of Digestive Endoscopy 19: 230—233, 1981
- 9) 木村 徹: 早期十二指腸球部癌の 1 例, Gastroenterol Endosc 24: 1093—1101, 1982
- 10) 森 敏宏, 後藤裕己, 鈴木祐一他: 早期十二指腸癌の 1 例, 消外 7: 483—486, 1984
- 11) Larsen E, Johansen A: Primary superficial carcinoma of the duodenum. Acta Pathol Microbiol Immunol Scand 74: 487—494, 1963

A CASE OF PRIMARY EARLY CARCINOMA OF THE DUODENAL BULB

Hiroo HINO, Minoru HAISA, Toshio HOSOBABA and Masashi UDA

Department of Surgery, Tonosho Central Hospital

Kenichi MIYAKE and Makoto MURASHIMA

Department of Internal Medicine, Tonosho Central Hospital

Primary early carcinoma of the duodenum excluding duodenal papilla is uncommon. We report a case of primary early carcinoma of the duodenal bulb with a review of literature.

A 77-year-old man was admitted to our hospital because of upper abdominal discomfort and lumbago. Endoscopic examination of the upper gastrointestinal tract revealed an irregular and elevated lesion with nodular surface in the anterior wall of the duodenal bulb. The biopsy specimens showed papillary adenocarcinoma.

Gastrectomy, partial duodenectomy and lymph node dissection were performed. Gross appearance of the resected specimen showed a nodular polypoid lesion with broad base, measuring $1.6 \times 1.1 \times 0.3$ cm, in the anterior wall of the duodenal bulb, being about 1.5 cm distal to the pyloric ring. Histological diagnosis was papillary adenocarcinoma located within mucosa and submucosa without lymph node metastasis.