症 例

噴門部腺筋腫様変化をきたした胃粘膜下腫瘍の1例

東京都保健医療公社東部地域病院外科

森 脇 稔 鈴木 義 真 野 口 肇 鳴 海 賢 二
落 合 匠 安 田 一 彦 杉 谷 通 治
同 検査科
岡 野 匡 雄

胃に腺筋腫様変化をきたすことは稀であるが、今回われわれは、噴門部の粘膜下腫瘍で、その大部分に腺筋腫様の变化をきたした1例を経験したので報告する。症例は82歳男性、主訴は食物通過障害、現病歴は平成5年8月頃から、食物摂取後につかえ感が出現するようになる。上部消化管内視鏡検査にて胃噴門部の粘膜下腫瘍の診断で、平成5年10月7日入院となる。入院後再度内視鏡検査にて、polypectomyしようとするも、大きすぎて施行できず、手術適応と考え、10月22日左開胸開腹手術にて、下部食道及び噴門部胃切除術を施行した。術後一時逆流による食思不振が出現するも、その後順調にして平成5年11月28日退院した。術後の病理組織学的検査にて、粘膜下腫瘍は粘膜下層に adenomyomatous な増殖を呈する稀な病変で、特殊免疫染色にて、筋線維と腺組織が濃染される部分が混在していた。

索引用語：胃粘膜下腫瘍，胃腺筋腫，噴門部腫瘤

はじめに

噴門部の粘膜下腫瘍はしばしば散見されるが、胃の腺筋腫症は稀であり、胃癌に合併してみられるなどの報告がある。今回われわれは、噴門部粘膜下腫瘍で筋腺腫様変化をきたした1例を経験したので報告する。

症 例

患者：82歳，男性。

主訴：食物通過障害。

既往歴：平成2年左肺癌にて左肺上葉切除術施行（低分化腺癌，stage I）。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成2年9月26日左肺癌の診断にて、当院入院した。入院後の精査にて、胃噴門部に粘膜下腫瘍を認めたが、組織生検にて、Group 1の診断であったため、胃病変については経過観察とした。その後、左肺上葉切除が行われた。平成5年8月頃から、食物摂取後につかえ感出現するようになり、上部消化管内視鏡検査にて胃噴門部粘膜下腫瘍の増大傾向を認めたため、精査治療目的にて平成5年10月7日入院となった。

図1 上部消化管 X 線撮影：噴門部小彎側に巨大な陰影欠損が認められた（↑）。

1995年4月6日受付 1995年8月8日採用

表 1 入院時血液生化学所見

WBC	6,990 / μ l	GOT	16 U/l	GLU	90 mg/dl
RBC	346万 / μ l	GPT	10 U/l	T-Bil	0.5 mg/dl
Hb	11.3 g/dl	LDH	306 U/l	D-Bil	0.2 mg/dl
Ht	32.4 %	CK	41 U/l	ALP	158 U/l
PLT	28.1万 / μ l	AMY	157 U/l	GHE	3,399 U/l
TP	6.3 g/dl	LAP	36 U/l	r-GTP	10 U/l
ALB	3.2 g/dl	BUN	17.5 mg/dl	CRE	1.0 mg/dl
Na	139 mEq/l	T-CHO	152 mg/dl		
K	4.4 mEq/l				
Cl	103 mEq/l				
		CEA	1.4 ng/ml		
		AFP	4.3 ng/ml		
		CA19-9	10 U/ml		

East Tokyo Metropolitan Hospital

入院時現症：胸腹部理学的所見で、異常所見は認めず、腹部に腫瘤等触知しなかった。

入院時血液生化学所見：貧血なく、腫瘍マーカー等の上昇も認められなかった（表1）。

上部消化管 X 線撮影：左側の食道造影及び、右側の胃 X 線撮影で、胃噴門部小彎側 hiatus hernia と思われる部分に、巨大な陰影欠損（↑）が認められた（図1）。

上部消化管内視鏡検査：（図2左）はファイバーの反転像の所見で、右側はその近接像であるが、腫瘤は噴門部の内腔を塞ぐように隆起しており、内腔がかるうじて認められた（図2）。

以上より、胃噴門部の粘膜下腫瘍で、腫瘤が噴門部の内腔をほぼ閉塞するように増大し、食物通過障害が出現しているため、最初は、polypectomy 可能と考えたが、大きすぎたため、手術適応と考え、手術に踏み切った。手術は、左開胸開腹にて、下部食道及び噴門部胃切除術を施行した。

摘出標本所見：噴門部に6.5×6.0×4.0cm 大の表

図2 上部消化管内視鏡検査：ファイバー反転像にて、噴門部粘膜下腫瘍は内腔をほぼ閉塞するように発育していた。

面灰白色の腫瘤が認められた（図3）。またその断面像では、白色の腫瘤内部に一部 cystic な部分もみられた（図4）。

病理組織学的所見：腫瘍部分の顕微鏡所見では、図上方が胃粘膜上皮であるが（図5a）、粘膜下層に増殖して拡張した腺組織が認められ、図の粘膜下層の強拡大では、腺上皮に軽度の異型が認められた（図5b）。また

図3 手術時の摘出標本のマクロ所見：表面灰白色の6.5×6.0×4.0cm 大の腫瘤であった。

図4 剖面像：腫瘍の大部分は、白色で一部嚢胞状の拡張を示す部分も認められた。

腺組織と腺組織との間に、平滑筋組織が増殖しており、これが腫瘍の主体をなしていた。

さらに腫瘍の他の部分で、腺組織が密集している部位（図6a）では、その一部（矢印↓）を強拡大して特殊免疫染色を施行してみた。desmin 免疫染色では、腺腔に乳頭状に突出した部分に、筋繊維が濃染されてお

り（図6b）、同部位を、cytokeratin 免疫染色で染めてみると（図6c）、腺腔を形成している腺上皮が濃染された。以上より、腫瘍は腺腫組織の成分だけでなく、平滑筋組織の成分をも含んでおり、しかもこの両者が交互に混在しており、病理組織学的に腺筋腫様腫瘍と診断した。また、腫瘍のどの部分にも胃癌の合併はなかった。

術後経過：術後一時逆流による食思不振出現するも、その後順調にして平成5年11月22日退院した。しかし、平成6年5月4日誤嚥性肺炎にて再入院し、治療の甲斐なく平成6年5月8日永眠した。

考 察

本症例は、病理組織学的に、腫瘍上層の粘膜上皮成分の増殖と悪性像はなく、また粘膜下層に拡張増殖した腺管と、増殖した平滑筋組織とが、交互に混在しており、粘膜下層に主病巣があるため、粘膜下腫瘍の範疇に入るものと考えられた。

胃粘膜下腫瘍の中では、平滑筋腫、神経性腫瘍、線維腫、脂肪腫、血管腫などが多い¹⁾とされている。胃腺筋腫の様な病変は、松丸ら²⁾によれば、1985年までに中国や欧米で、45例が報告されている²⁾。本邦でもかなり稀であり、著者が調べた限りでは、胃癌に合併した症例を含めても、本例が5例目のようである²⁾。

図5 ミクロ所見：図a 上方が胃粘膜上皮であるが、粘膜下層に拡張した腺管と腺管との間に、平滑筋束が入り込んでおり、図bの如く強拡大では、粘膜下層に腺及び平滑筋組織が交互に増殖を示していた。また一部の腺上皮に軽度の異型を認めた。
a (HE, ×25) original magnification, b (HE, ×100) original magnification

図6 腫瘍の他の部分のミクロ所見：図aの矢印の部分(↓)を免疫特殊染色して強拡大してみると、図bの desmin 免疫染色で濃染される筋線維の部分と、図cの cytokeratin 免疫染色にて濃染される上皮成分の組織がみられた。
a (HE, $\times 25$) original magnification, b (desmin 染色, $\times 100$) magnification, c (cytokeratin 染色, $\times 100$) magnification

術前に通常の内視鏡下生検にて、組織学的に診断することは難しいが、経過中に超音波内視鏡³⁾を施行していれば、術前にある程度、粘膜下層に病変の主体があることが診断できたものと考えられる。また数年に渡り内視鏡にて、経過をみているうちに、徐々に腫瘍が増大してきたが、高齢であるため放置していた。途中で、積極的に polypectomy や、alcohol 局注により潰瘍を作製して生検などをしていれば、もう少し術前に、診断が可能だったかもしれないと反省させられた症例でもある。

一般に、子宮や胆嚢に腺筋腫が認められることはよくある⁵⁾が、胃に腺筋腫が認められることは稀で、最近、胃癌に随伴して認められたとの報告などがある⁴⁾。今回われわれが経験した症例では、病理組織学的に粘膜下層の拡張した腺管上皮の中には、多少異型が認められる部分があるものの、大部分は腺管上皮の構築も保たれており、腺管と腺管の間質、つまり平滑筋組織が入り込んだ組織内にも、構造異型はなく、胃癌の合併はなかった。噴門部に腺筋腫様の病変が単独に発生したものと思われた。

胃噴門部は、胃の中でも特異な場所で、しばしば胃粘膜下異所腺⁶⁾などの発生も多いところである。今回のわれわれの症例でも、粘膜下異所腺との鑑別が重要であったが、PAS、ムチカルミン染色、及びアルシアンブルー染色などの免疫染色で、胃の粘膜に一番近い

という所見であったために、heterotopic gland とは異なっていると考えられた。また、関連病変として、aberrant pancreas があるが、迷入腺は比較的小型であり、腺管構造の多様性や腫瘍性増殖に欠けるといわれており、胃 adenomyoma と鑑別されうる。Heinrich⁷⁾が迷入腺を3型に分類したが、このうち第3型が一般的に adenomyoma と呼ばれている。

今回胃噴門部に腺筋腫様の病変が何故発生したのか、その発生原因は不明であるが、この症例が他の症例に比べて違う所は、胃噴門部に hiatus hernia があることである。そのための食物の逆流により、浅い潰瘍や erosion を何度か繰り返し、その際に胃粘膜、及び粘膜下層、粘膜筋板などの欠損があり、その部分での急激な組織欠損部を修復する際に、なんらかの原因にて、平滑筋が粘膜下層に入り込み、そこで過形成がおこったのではないかと、著者は類推したが、その場合には、潰瘍の瘢痕などが、粘膜下腫瘍の表面の粘膜面に見られてもいように思える。術前に経過を観察している期間中には、内視鏡による肉眼所見でも粘膜面には異常所見はなく、病理組織検査の結果でも、Group I であり、いずれもはっきりとした粘膜面の異常は認められなかった。従って、はっきりとした原因については、不明である。

ま と め

高齢者で、肺癌術後に胃噴門部に巨大な腺筋腫様変

化をきたした，稀な 1 例を経験したので報告した。

なお本要旨は第56回日本臨床外科学会総会にて，発表した（1994年11月19日）。

文 献

- 1) 青木 純：胃良性隆起性病変。消化器科 12：544—558, 1990
- 2) 松村一彦，菅野 勇，中村孝司：胃 adenomyoma。日臨 別冊消化管（上）：290—292, 1994
- 3) 松村一彦，阿部俊之，鶴岡由美子他：超音波内視鏡を施行した胃 Adenomyoma の 1 例。日消病会誌 87：1087, 1990

- 4) 金平永二，川浦幸光，太田安彦他：早期胃癌を合併した胃 adenomyoma の 1 例。日消内視鏡誌 33：1594, 1991
- 5) 武藤良弘，岡本一也，内村正幸：Adenomyomatosis。胆と膵 4：1149—1162, 1983
- 6) 劉 星漢：粘膜下異所腺が噴門部早期胃癌の進展に及ぼす影響に関する臨床病理学的検討。順天堂医 39：329—337, 1993
- 7) Heinrich H：Ein Beitrag zur Histologie des sogen. akzessorischen Pankreas. Virchow Arch 198：392, 1909

SUBMUCOSAL TUMOR OF THE STOMACH PRESENTING ADENOMYOMATOUS CHANGE AT THE CARDIAC PART —REPORT OF A CASE—

Minoru MORIWAKI, Yoshimasa SUZUKI, Hajime NOGUCHI, Kenji NARUMI,
Takumi OCHIAI, Kazuhiko YASUDA, Michiharu SUGITANI
and Tadao OKANO*

Departments of Surgery, Clinical Laboratories*, Tokyo East Metropolitan Hospital

It is rare that adenomyomatous change occurs in the stomach. We experienced a case of submucosal tumor of the cardiac part of the stomach presenting adenomyomatous change in the greater part of the lesion. An 82-year-old man was seen at the hospital because of difficulty in swallowing which started in around August, 1993. Upper gastrointestinal endoscopy revealed a submucosal tumor at the cardiac part of the stomach and the patient was admitted on December 7, 1993. After admission polypectomy was tried, but it was impossible because the tumor was too large. The patient appeared to be a candidate for operation. Under left thoracotomy the lower part of the esophagus and cardiac part were excised. After the operation the patient experienced poor appetite for a temporal regurgitation, but thereafter his clinical course was uneventful. He was discharged from the hospital on November 22, 1993. Histopathologically the excised specimen revealed a rare adenomyomatous proliferation in the submucosal layer. Specific immunostaining disclosed diffused coexistence of deeply stained myofiber and glandular tissue.