症 例

IIb 型早期十二指腸乳頭部癌の 1 例

愛媛大学第 2 外科 (主任: 河内寛治教授)

中 田 達 広 佐 藤 元 通 渡 部 祐 司 高 橋 広
 阿 部 康 人 上 田 重 春 宮 内 勝 敏 堀 内 淳
 井 関 貞 文 河 内 寛 治

症例は68歳, 男性。心窩部痛を主訴に来院した。検査で軽度黄疸, 内視鏡で乳頭部の軽度発赤を認めた。内視鏡的逆行性胆管造影 (以下 ERC) では乳頭部の壁不整を認め, 乳頭部上皮の内視鏡下生検により, Group III が検出された。癌の可能性と, 本症例は腫瘤形成なく腫瘍切除範囲判定が困難と考え, 幽門輪温存膵頭十二指腸切除術 (以下 PPPD) を施行した。切除標本では乳頭部胆管から共通管にかけて15mm にわたる全周性の平坦な IIb 型病変を認めた。組織では Oddi 筋まで浸潤した早期の高分化型腺癌であった。術後, 栄養状態良好で, 3 年 6 カ月, 再発なく生存中である。本症例の様に腫瘤形成のない平坦な浸潤傾向のある乳頭部癌は稀である。乳頭部癌は腺腫様組織を併存することが多く, 注意を要する。

索引用語: 十二指腸乳頭部癌, 十二指腸乳頭部腺腫, 幽門輪温存膵頭十二指腸切除術

緒 言

十二指腸乳頭部腺腫は稀な良性疾患であるが, 十二指腸乳頭部癌の前癌状態, あるいは高頻度の癌合併も報告されており外科治療上の問題が残されている¹⁾。今回術前乳頭部生検で Group III が検出された乳頭部胆管から共通管に発生した IIb 型早期十二指腸乳頭部癌に対し, 幽門輪温存膵頭十二指腸切除術 (以下 PPPD) を施行した。腫瘤, 潰瘍を形成しない平坦な, 浸潤傾向のある乳頭部癌は稀である。本報告ではその臨床病理像を中心に文献的考察を加え報告する。

症 例

患者: 68歳, 男性。

主訴: 心窩部痛。

家族歴: 兄, 胃癌。

既往歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 平成 3 年 10 月, 食後の心窩部痛のため, 近医で ERC, 乳頭部生検 (Group III) にて, 乳頭部腺腫あるいは癌の診断で当料を紹介された。

入院時現症: 身長 157.6cm, 体重 54.2kg, 栄養状態は良好で貧血, 黄疸を認めなかった。腹部は軟, 平坦で, 腫瘤, 肝, 脾を触知しなかった。心, 肺, 神経学

表 1 入院時検査所見

赤血球	$4.77 \times 10^6 \mu\text{l}$	ALP	133 IU/L
白血球	$5.0 \times 10^3 \mu\text{l}$	LAP	46 IU/L
ヘマトクリット	44.6 %	BUN	10 mg/dl
ヘモグロビン	14.9 g/dl	クレアチニン	0.6 mg/dl
血小板	$16.4 \times 10^4 \mu\text{l}$	Na	142 mEq/L
CRP	<0.25	K	4.2 mEq/L
総ビリルビン	1.4 mg/dl	Cl	110 mEq/L
直接ビリルビン	0.4 mg/dl	CA19-9	5.5 U/ml
総蛋白	7.3 g/dl	CEA	1.0 ng/ml
LDH	53 IU/L	HCV	(+)
GOT	11 IU/L	ICG ₁₅	4 %
GPT	11 IU/L	K-ICG	0.213
γ -GTP	20 IU/L		

的所見にも異常を認めなかった。

入院時検査成績: 血清ビリルビン 1.4mg/dl と軽度上昇を認めるのみで, 血清 CEA, CA19-9 の上昇も認めなかった (表 1)。超音波検査, CT 検査, 低緊張性十二指腸造影はいずれも異常を認めなかった。

十二指腸内視鏡: Vater 乳頭部には, 軽度発赤と腫大を認めたが腫瘤像は認めなかった (図 1)。

ERC: 総胆管の拡張と, 乳頭部胆管の軽度狭窄, 圧排, 壁不整を認めた (図 2)。

乳頭部再生検: 腺組織の増殖を認めた。大型の軽度

1995 年 8 月 2 日受付 1996 年 9 月 18 日採用

図1 十二指腸内視鏡：乳頭部は軽度発赤を認めるのみであった。

図2 ERC：総胆管の拡張と、乳頭部胆管の軽度狭窄，圧排，壁不整を認めた。

大小不同を伴った核像を呈し，Group III，高度異型を有する腺腫と診断された（図3）。

以上より乳頭部腺腫と診断された。本症例は悪性の可能性があること，腫瘤を形成しない腺腫であり，切除範囲の決定が困難である事を考え，手術は，PPPDの方針とした。

手術所見：肝硬変を認めるものの，他臓器に異常は

図3 乳頭部生検組織像：大型の軽度大小不同を伴った核像を呈し，高度異型を有する腺腫と診断された。

認めなかった。右胃大網動脈，右胃動脈を温存しつつ PPPD，脾胃吻合，Billroth I 法再建を行った。

切除標本：乳頭部胆管から共通管に15mm にかけて全周性に顆粒状の平坦な IIb 型の癌であった（図4a, b）。

病理学的所見：切除標本の顆粒状の粘膜に高分化型腺癌管状腺癌を認めた。癌は乳頭部胆管，共通管から乳頭に存在し，Oddi 筋へのわずかな浸潤を認めた。他臓器への浸潤は認めず，胆道癌取り扱い規約²⁾に従えば，N0，H0，Panc0，D0，P0で Stage I，病理組織所見では，patAbc，tub1，med，infα，ly0，v0，pn0，d0，panc0で早期癌の所見であった（図5）。

術後経過は一過性の黄疸，胃内容の停滞を認めたものの，比較的良好であり，術後2カ月で退院した。術後3.5年，再発なく栄養状態も良好で生存中である。

考 察

1938年，Baggenstoss が乳頭部腺腫と乳頭部癌の組織学的類似性を指摘して以来³⁾，乳頭部腺腫の前癌状態としての可能性を示唆する報告が増加している。和田ら⁴⁾は，早期乳頭部腺癌例中例に腺腫とみなしうる組織の存在を認め，この腺腫様組織は細胞異型，構造異型を示すため，癌病巣と共存する腫瘍の大半は癌と

図4 切除標本 (a), 癌の存在部位模式図 (b): 膵・胆管合流形式は P-C type であり, 乳頭部胆管, 共通管から乳頭部約15mm にかけて全周性に顆粒状の平坦な IIb 型の癌を認めた。

a | b

図5 病理組織像: 切除標本の顆粒状の粘膜に高分化型腺癌管状腺癌を認めた。癌は Oddi 筋へのわずかな浸潤を認めた。

みなすのが妥当であると報告している。しかし、一方では遠城寺ら⁹⁾のよう大部分の乳頭部癌では de novo に発生するという考えもあり、意見が一致していない。これは、“腺腫”の概念の多義性、高分化型腺癌と腺腫の鑑別が困難である事に由来する⁹⁾。いずれにせよ乳頭部癌において重要なことは、高頻度に腺腫様組織が

併存することである。乳頭部腺腫と診断された場合、常に癌の存在を念頭に置かなければならない。自験例の生検組織は軽度ではあるが細胞および構造異型を認め、carcinoma in adenoma というよりは、むしろ腺癌の一部と考えた方が妥当であると思われた。

乳頭部癌の肉眼的形態は、ほとんどが腫瘤型か、潰

瘍形成型に分類されるが、IIb 型の浸潤傾向を呈する癌は診断が困難なため比較的稀である⁷⁾。胆管癌取り扱い規約²⁾では、本疾患は正常型に分類されるが、本邦における正常型の頻度について、30 例以上の経験のある 5 施設 (33~67 例) の集計では、50 例未満の 3 施設 (33~43 例) は正常型は 1 例も認めず、50 例以上 2 施設 (50, 67 例) に 1 例 (1.5, 2%) を認めるのみであった⁷⁾⁸⁾。

このような腫瘍は、肉眼的にとらえ得ぬまま進行する事が考えられる。膵実質への浸潤を認めると遠隔成績は著明に低下する⁹⁾ため、治療成績向上のためには、腺腫等異型性が認められた場合、積極的検査が必要となる。しかし、十二指腸乳頭部生検を施行する場合、乳頭部腫瘍、潰瘍を形成する場合は生検部位の選択はさほど困難ではないが、自験例のように肉眼的に正常な乳頭部よりの生検の場合、その部位の選択は困難である。十二指腸乳頭部に癌と腺腫が共存する場合、十二指腸からみて深部に癌が存在する例が多いとの報告¹⁰⁾や、十二指腸内腔に癌病巣が露出している例では、内視鏡的生検で癌陽性となるが、膨大部にとどまる癌や総胆管、膵管末梢部などの癌は生検で癌陰性であるとの報告¹¹⁾もあり、鉗子を挿入して生検を行うべきとする意見や¹²⁾、乳頭部切開後生検を積極的に行うべきであるとする意見もある¹⁾。

十二指腸乳頭部腺腫の手術術式は未だ一定の見解が得られていない。手術術式に関しては一般的には膵頭十二指腸切除術を推奨する意見¹¹⁾¹³⁾が多いが、手術侵襲の大きさ、Quality of life が問題となる。それに対し乳頭腫瘤型では、十二指腸乳頭局所切除を推奨する意見¹⁴⁾¹⁵⁾もあり、異論の残るところである。今回われわれは、手術術式として、十二指腸乳頭局所切除し、悪性の場合、二期的に手術するか、初回より PPPD 施行するか判断に迷ったが、最終的に PPPD を選択した。この理由は、癌の可能性があると、肉眼的に乳頭局所切除術の切除範囲判定が困難である¹³⁾と考えたためである。

ま と め

- 1) 術前、乳頭部生検で腺腫と診断された早期乳頭部癌の 1 例を報告した。
- 2) 乳頭部生検で異型上皮を認める際は癌の合併を考え積極的な検査、治療が望ましい。

文 献

- 1) 高倉範尚, 坂田龍彦, 中川浩一他: 十二指腸乳頭部腺腫に対する乳頭全切除術. 手術 44: 1559—1561, 1990
- 2) 日本胆道外科研究会: 胆道癌取り扱い規約, 金原出版, 東京, 1993
- 3) Baggenstoss AH: Major duodenal papilla variations of pathologic interest and lesions of the mucosa. Arch Path Clin 26: 853—868, 1938
- 4) 和田祥之, 黒田 慧, 森岡恭彦他: 乳頭部癌 (II) — 早期の乳頭部癌と腺腫との関係. 外科治療 49: 602—609, 1983
- 5) 遠城寺宗知, 城戸英希: 十二指腸乳頭部癌の発生母地. 胆と膵 3: 1651—1656, 1981
- 6) 木村 理, 黒田 慧, 森岡恭彦: 病理からみた乳頭部癌の発生母地—剖検例における検討—. 胆と膵 8: 1501—1509, 1987
- 7) 小倉嘉文, 今井俊積, 水本龍二: 十二指腸乳頭部早期癌の考え方. 胃と腸 23: 1079—1087, 1988
- 8) 丹羽正之, 加藤俊幸, 斉藤征史他: 十二指腸内視鏡による乳頭部癌の診断. 胃と腸 23: 1089—1094, 1988
- 9) 西村祥三, 中山和道, 吉田 正: 乳頭部癌. 肝・胆・膵 15: 507—516, 1987
- 10) Sigel JH, Yattoo RP: Endoscopic evaluation and therapy of periampullary adenoma. Am J Gastroenterol 78: 225—226, 1983
- 11) 廣田映五, 木村充志, 飯島直人他: 十二指腸乳頭部生検病理の問題点. 胃と腸 23: 1069—1078, 1988
- 12) 竹内俊彦: 十二指腸に優等部病変 (座談会). 胃と腸 7: 1474—1486, 1972
- 13) 尾崎行男, 前田宏仁, 坂本将洋他: 総胆管末梢部の乳頭状腺腫摘出後に乳頭部癌が発生した 1 例. 外科 52: 425—427, 1990
- 14) 村国 均, 子澤哲郎, 名越大起他: 十二指腸乳頭部腺腫の 1 例と本邦報告 42 例の臨床病理学検討. 日臨外医会誌 48: 672—677, 1987
- 15) Wise L, Pizzimbono C, Dehner LP: Periampullary cancer. A clinicopathologic study of sixty-two patients. Am J Surg 131: 141—148, 1976

A CASE OF TYPE IIb EARLY CANCER OF THE DUODENAL PAPILLA

Tatsuhiro NAKATA, Motomichi SATO, Yuji WATANABE, Hiroshi TAKAHASHI,
Yasuhito ABE, Shigeharu UEDA, Katsutoshi MIYAUCHI,
Atsushi HORIUCHI, Sadafumi ISEKI and Kanji KAWACHI
Second Department of Surgery, Ehime University School of Medicine

A 68-year-old man was seen at the hospital because of an epigastric pain. Close examination indicated a mild jaundice and endoscopy revealed a slight redness in the duodenal papilla. Endoscopic retrograde cholangiography (ERC) visualized an irregular wall of the papilla. With endoscopic biopsy of the papillary epithelium group III was detected. Since possibility of cancer not ruled out and no tumor formation made a discision-making for a range of resection difficult, pylorus preserving pancreatoduodenectomy (PPPD) was performed. In the resected specimen, a whole-circumferential flat IIb type lesion ranging 15 mm from the papillary portion of the bile duct to common channel was noted. Histologically it was early well differentiated adenocarcinoma invading the Oddi muscle. After the operation the patient is in a good nutrition. There has been no sign of recurrence as of 3 and 6 months. Such flat and invasive papillary carcinomas without tumor formation as our case are uncommon. We need to pay careful attention to possible existence of adenomatous tissue which is often associated with carcinomas of the duodenal papilla.