症 例

同時性 6 多発胃癌の 1 例

昭和大学第 2 外科 (主任: 草野満夫教授)

成 田 和 広 村 上 雅 彦 河 村 正 敏 片 岡 大 輔
清 水 喜 徳 丸 岡 義 史 草 野 満 夫

症例は70歳、男性。約5年前より狭心症にて内服治療を行っていたが、心窩部違和感が出現したため胃透視・胃内視鏡を施行したところ多発性(4個)の潰瘍性病変を認め、生検にて全て Group V と診断され、胃全摘術(R-Y 再建)、リンパ節郭清 D2 を施行した。術後病理組織学的検索では、Borrmann 2 型進行癌と、他に 5 個の早期癌(IIC×2, IIC+IIa, IIa+IIC, IIa) を認め同時性 6 多発胃癌と診断した。

近年多発胃癌は増加傾向にあるが、2 病巣が多数を占め、6 病巣はきわめて稀であるので報告した。

索引用語: 多発胃癌

緒 言

近年、色素内視鏡や電子内視鏡などの進歩により、多発胃癌の報告が増加しつつある。しかし、その多くは 2 病巣であり、6 病巣以上の報告は極めて稀である。今回われわれは 6 病巣を認めた同時性多発胃癌の 1 例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

症 例

患者: 70 歳、男性。

主訴: 心窩部違和感。

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 37 歳時、てんかん発作出現し、抗てんかん薬を内服中。66 歳時、狭心症の診断を受け内服治療中。

現病歴: 狭心症の診断後内服治療にて特に症状の出現はなかったが、1993 年 3 月下旬より心窩部違和感が出現したため、前医を受診。狭心症発作は否定的であったため、精査のため上部消化管造影検査を施行したところ、多発性の潰瘍性病変が認められた。さらに上部消化管内視鏡検査を行い、生検にて Group V と診断されたため、手術目的にて当科入院となった。

入院時現症: 身長 152.4cm, 体重 56.4kg, 体温 36.3°C, 脈拍 72/分, 整。血圧 140/60mmHg。眼瞼、眼球結膜に貧血、黄疸なし。胸腹部理学的所見には特に異常は認めなかった。

入院時血液生化学的所見: CEA が 6.2ng/ml とやや

高値である以外異常はみられなかった。

上部消化管造影検査: 体上部後壁大彎より、および小彎に皺襞の集中像を伴う辺縁不整な陥凹性病変が認められた。また、前庭部小彎に Borrmann 2 型様病変、その対側大彎に周堤様隆起を伴う陥凹性病変、さらに多発性の小ポリープ病変が認められた。

上部消化管内視鏡検査: 精査のため行った上部消化管内視鏡検査では以下の 6 病変が観察された。1) 体上部小彎に低い周堤様隆起を伴う IIa+IIC 様陥凹性病変、2) 体上部後壁に皺襞の集中像を伴う辺縁不整な IIC 様陥凹性病変 (図 1)。前庭部大彎には口側より幽門輪に向かって、3) 亀頭状隆起をきたし、inflammatory fibroid polyp と思われるポリープ病変、4) 過形成性ポリープ、5) 中心陥凹を有する bull's eye 様の Borrmann 2 型様病変 (図 2)。さらに、6) 幽門前庭部小彎に Borrmann 2 型様病変 (図 3)。生検にて、ポリープ病変を除いた 1), 2), 5), 6) の 4 病変で Group V と診断された。以上より同時性 4 多発胃癌と診断し、手術を施行した。

手術所見: 胃全摘 (R-Y 再建) 術、リンパ節郭清 D2 を施行した。肉眼的進行度は P₀, H₀, N₁, S₀, stage II であった。

切除標本: 切除標本 (図 4) の全割における病理組織学的検索において以下の所見がえられ、図 5 にそのシェーマを示し、図 6, 7 に各々の病理組織所見を示す。①体上部前壁: 15×10mm, IIC, tub₁, INFβ, int,

1995 年 6 月 8 日受付 1996 年 5 月 17 日採用

図1 胃内視鏡検査所見：1) 体上部小彎に軽度周堤隆起を伴う IIa+IIC 様陥凹性病変(右図)，2) 体上部後壁に皺襞の集中像を伴い，辺縁不整な IIC 様陥凹性病変(左図) がみられる。

図2 胃内視鏡検査所見：前庭部大彎には幽門輪に向かい，3) 亀頭状隆起をきたす IFP 様のポリープ病変，4) 過形成性ポリープ病変(左図) および，5) 中心陥凹を有する bull's eye 様の Borrmann 2 型様病変(右図) がみられる。

図3 胃内視鏡検査所見：6) 幽門前庭部小彎にも Borrmann 2 型様病変がみられる。

ly₀, v₀. ②体上部小彎；30×20mm, IIC, tub₁,
β, int, sm₂, ly₀, v₀. ③体上部後壁；22×14mm,
IIa (lipoma 併存), pap≡por, INFβ (γ), int

(sci), sm₂, ly₁, v₀. ④胃角部大彎；20×10mm, IIa,
tub₁, INFβ, int, m, ly₀, v₀. ⑤前庭部小彎；36×28
mm, Borrmann 2, por₁, INFα, med, mp, ly₂, v₂.

図4 切除標本肉眼所見：①体上部前壁に15×10mm, IIc, ②体上部小彎に30×20mm, IIc, ③体上部後壁に22×14mm, IIc+IIa(+lipoma), ④胃角部大彎に20×10mm, IIa, ⑤前庭部小彎に36×28mm, Borrmann 2, ⑥前庭部大彎に14×10mm, IIa+IIc および IFP, 過形成性ポリープ。

図5 図4のシェーマ

⑥前庭部大彎；14×10mm, IIa+IIc, pap, INFβ, int, sm₂, ly₀, v₀。その他前庭部大彎に inflammatory fibroid polyp, および過形成性ポリープが認められた。また、1群リンパ節 (No. 4, No. 6) に転移が認められた。以上より同時性6多発胃癌, t2, n1 (No. 4, No. 6), p0, h0 (stage II) と診断した。③および④の2病巣が術前診断されなかった。

考 察

一般的には、多発胃癌は高齢者に多く¹⁾、占拠部位ではM, A領域に好発しC領域に少なく、中でも小彎、前壁に好発する²⁾³⁾。主病巣と副病巣との関係では、早期癌同士の組合せが最も多く、ついで進行癌と早期癌の組合せが多い⁴⁾⁵⁾。多くは副病巣が主病巣より口側に認められ、主病巣より6cm以内に発生するとの報告が

図6 病理組織所見 (H.E. 染色, ×10)：上段：① tub₁, int, INFβ, sm₂, ly₀, v₀, 中段：② tub₂, int, INFβ, sm₂, ly₀, v₀, 下段：③ pap=por, int (sci), INFβ (γ), sm₂, ly₁, v₀。

多い⁶⁾。組織型では、共に分化型であるとする報告が多いが^{7)~9)}、胃癌の病理組織学的発生の背景を考えると当然のことであり、高齢者に多いのも加齢とともに増大する腸上皮化生に関与しているものとの推論もされる¹⁰⁾。

一方、病巣の数からみると、その多くは2病巣であり、6病巣以上の報告はきわめて稀である。われわれが調べ得た限りでは、6病巣をこえる報告は、石原ら¹¹⁾の8病巣および19病巣、鎗田ら¹²⁾の25病巣、熊谷ら¹³⁾の40病巣、江間ら¹⁴⁾の53病巣、尾関ら¹⁵⁾の80病巣以上、趙ら¹⁶⁾の80病巣以上の7例のみであった。

当教室における過去35年間 (1956年～1990年) の手術胃癌症例でも多発胃癌の頻度は年々増加傾向にあ

図7 病理組織所見 (H.E. 染色, 上段:ルーペ像, 中下段:×10): 上段:⑤ por₁, med, INF α , mp, ly₂, v₂, 中段:⑥ pap, int, INF β , sm₂, ly₂, v₂, 下段:④ tub₁, int, INF β , m, ly₀, v₀.

り、1986年から1990年の5年間ではそれまでの5%以下から7.11%と増加傾向である。また、そのうちの88%以上が2病巣で、6病巣以上の症例は本例がはじめてであった。

これら6病巣以上認められた7例について検討すると、占拠部位に好発部位は認められず、主病巣と副病巣の進行度の組合せでは、進行癌と早期癌の組合せが4例、早期癌同士の組合せが3例であった。組織学的には、石原らの報告は不明であるが、5例で印環細胞癌が主体であった。本例においては印環細胞癌は認めず、主病巣が低分化腺癌であり、副病巣の3病巣が高分化腺癌、2病巣が低分化腺癌であった。

以上の点から本邦報告例における5病巣以下と6病巣以上の症例の特徴を比較すると、5病巣以下の多発

胃癌についての報告は主病巣は幽門部に存在し、副病巣はそれより口側6cm以内に存在し分化型が多いとするものが多く、これらは同一母地からの発生が推測された。一方、6病巣以上のものでは、発生部位に一定の傾向はみられず、組織型に関しても低分化型腺癌が多くみられるようになり、やはり組織型に関しても一定の傾向はみられなかった。このことは6病巣以上の症例では従来までの報告のような萎縮粘膜からの多中心性発生だけでは説明がつかず、胃全体における癌の発生母地としての risk factor が存在するのではないかと考えられた。今後癌遺伝子レベルでの検討が必要と思われた。

診断的な面からみると、本例においては2病巣が見逃されている。内視鏡技術機器の向上により5mm以下の微小病変に対する質的診断能が向上したが、多発病巣に対する拾い上げでは胃全体の注意深い観察のみが唯一の手技である。診断的には常に多発病巣を念頭においた検索の必要性を痛感させられた。特に近年増加傾向にある縮小手術（内視鏡の切除、局所切除）の際は切除病巣にとらわれない徹底した胃内検索が要求されると思われた。

結 語

同時性 6 多発胃癌の 1 例を経験した。内視鏡の技術的な進歩が目ざましい現在でも主病巣にとらわれ副病巣の検査がおろそかになりがちであり、常に多発癌を念頭においた注意深い観察が必要であると思われた。

文 献

- 1) 亀岡信悟, 押淵晃晃, 鈴木博孝他: 多発早期胃癌の臨床病理学的検討。癌の臨 24: 289—292, 1978
- 2) 石井淳一, 片岡 徹, 河村一敏他: 多発胃癌の臨床病理学的検討。消外 11: 145—152, 1988
- 3) 斎藤善広, 大内明夫, 後藤慎二他: 多発胃癌の臨床病理学的検討。日消外会誌 22: 32—37, 1989
- 4) 小坂健夫, 三輪晃一, 米村 豊他: 多発胃癌の臨床病理学的検討。日消外会誌 21: 2362—2365, 1988
- 5) 三上哲夫, 滝澤登一郎, 猪狩 享他: 多発胃癌—病理学的立場から。胃と腸 29: 627—632, 1994
- 6) 高橋俊雄, 伊藤順造: 多発胃癌の検討。消外 6: 141—144, 1983
- 7) 坂部 孝, 坂本俊雄, 植田哲生他: 多発胃癌症例の検討。日大医誌 41: 489—493, 1982
- 8) 東 昇, 鎌野俊紀, 榊原 宣他: 多発早期胃癌の検討。日臨外医会誌 49: 431—437, 1988
- 9) 川口 実, 三神 竜, 谷 稔他: 早期胃癌に対する内視鏡的治療における多発癌の問題点。胃と腸

- 29: 683—689, 1994
- 10) 磨伊正義, 源 利成, 伊藤 透他: 多発早期胃癌の臨床病理学的検討。外科的立場から。胃と腸 29: 691—700, 1994
- 11) 石原 省, 中島聰總, 太田恵一朗他: 多発胃癌の臨床病理学的検討。日臨外医学会誌 52: 2821—2827, 1991
- 12) 鎗田 正, 白壁彦夫, 岡田文親他: 微小胃癌の X 線診断。胃と腸 14: 1045—1058, 1979
- 13) 熊谷一秀: 周囲胃粘膜よりみた多発早期胃癌の臨床病理学的研究。日外会誌 83: 285—296, 1982
- 14) 江間幸雄, 林 繁和, 鈴木正之他: 53カ所に多発病巣を認めた胃癌の 1 例。胃と腸 18: 747—752, 1983
- 15) 尾関 豊, 日野晃紹, 林 勝知他: 80個以上の病巣を有する多発胃癌の 1 例。胃と腸 25: 467—472, 1990
- 16) 趙 容寛, 岩永 剛, 古河 洋他: 同一胃内に多数の多発胃癌病巣を認めた 1 例。胃と腸 24: 439—442, 1989

A CASE OF SYNCHRONOUS MULTIPLE GASTRIC CARCINOMA WITH SIX LESIONS

Kazuhiro NARITA, Masahiko MURAKAMI, Masatoshi KAWAMURA, Daisuke KATAOKA,
Yoshinori SIMIZU, Yoshifumi MARUOKA and Mitsuo KUSANO
Department of Surgery, Showa University School of Medicine

A 70-year-old male was seen at the hospital because of epigastral discomfort. he had been under medication for angina pectoris for last 5 years.

Upper GI barium and endoscopic studies revealed multiple (four) ulcerative lesions of the stomach.

Biopsy proved malignancy (group V) in all the four lesions and total gastrectomy with R-Y reconstruction and D2 lymph node dissection was performed. Postoperative pathological evaluation revealed one advanced Borrmann type 2 carcinoma and five early carcinomas (two IIc, IIc + IIa, IIa + IIc, IIa).

Although multicentric gastric carcinomas have been increasingly encountered recently, most of them occur in two lesions and our case of six simultaneous lesions is extremely rare.