

症 例 報 告

内視鏡的ポリペクトミーにて切除し得た
十二指腸球部腺腫の1例

A Case of Adenoma of Duodenal Bulb Resected
Endoscopically

東京医科大学第4内科

青野一郎	葛 爾 傑	福井正徳	森田重文
斉藤徳彦	松井秀雄	滝沢千晶	高瀬雅久
田川桂一郎	七條公利	近 裕	三坂亮一
川口 実	斉藤利彦	芦沢真六	

はじめに

近年、消化管 X 線検査、内視鏡検査の発達につれて従来まれとされていた十二指腸球部腺腫の報告が増加してきている。本論文で著者らは、内視鏡的ポリペクトミーにて切除し病理組織学的検索にて Paneth 細胞を認めたまれな十二指腸球部腺腫の1例を経験したので報告する。

症 例

患 者: 72 歳, 女性。

主 訴: ポリペクトミー目的入院

家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 近医で肝機能障害にて通院中であった。平成1年12月に上部消化管 X 線検査を施行, 十二指腸球部に隆起性病変が認められた。平成2年2月ポリペクトミー目的にて本院に入院となった。

入院時現症: 身長 151 cm, 体重 37.5 kg, 眼瞼結膜に軽度の貧血を認め, 眼球結膜には黄疸を認めない。表在リンパ節触知せず, 胸腹部理学的所見異常なし。

入院時検査成績: Table 1 のごとく RBC: 327 万,

Hb: 10.4, Plt 18.4 万と軽度の貧血を認める以外異常はみられなかった。

上部消化管 X 線検査: 食道, 胃には, 特に異常所見を認めなかったが, 十二指腸球部に可動性のある, 表面凹凸を伴う有茎性の隆起性病変が認められた (Fig. 1)。

内視鏡所見: 十二指腸球部前壁に山田 IV 型の隆起性病変が認められた。鉗子にて可動性があり, その隆起性病変の表面は凹凸著明で顆粒状を呈し発赤調を帯びていたが, 出血や潰瘍形成はみられなかった。(Fig. 2, Fig. 3) 生検にて好酸性の胞体と紡錘形の核を有する腺管の増殖を認め, 腺腫と診断した。内視鏡所見及び生検にて隆起の周囲に腺腫成分を認めないことより内視鏡的切除治癒可能と判断した。後日, 内視鏡的ポリペクトミーを施行。大きさは, 20×15×15 mm であった。切除後, 出血等の合併症は認められなかった。

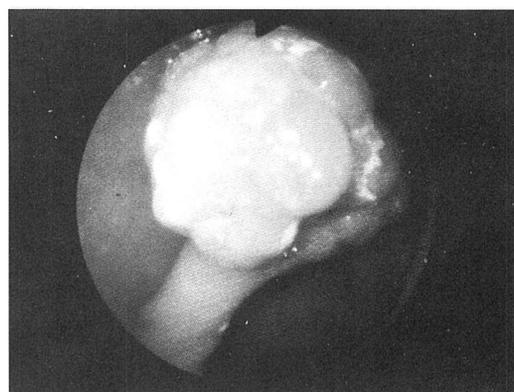
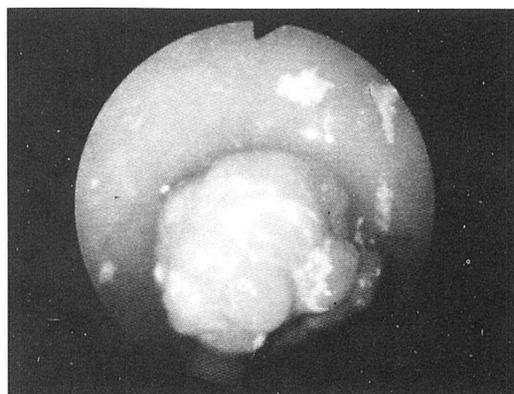
病理組織学的所見: 弱拡大像では, 腫瘍腺管は, 乳頭状増殖を示し内腔に発育していた (Fig. 4)。強拡大像では, 核は紡錘形を呈し, 基底側に規則的に配列していた。胞体は好酸性を示し, Goblet cell,

(1991年1月10日受付, 0000年00月00日受理)

Key Words: 十二指腸球部腺腫 (duodenal bulb adenoma), Paneth 細胞 (paneth cell), 内視鏡的ポリペクトミー (endoscopic polypectomy)

Table 1 Laboratory data on admission

Peripheral blood	
WBC	$3.1 \times 10^3 / \mu\text{l}$
RBC	$327 \times 10^4 / \mu\text{l}$
Hb	10.4 g/dl
Ht	31.9%
Plt	$18.4 \times 10^4 / \mu\text{l}$
RIA	
AFP	<10.0 ng/ml
CEA	<1.0 ng/ml
CA19-9	<6U/ml
CA-125	<8 U/ml
Serum chemistry :	
GOT	13 U/l
GPT	4 U/l
LDH	304 U/l
AL-P	230 U/l
γ -GTP	26 U/l
T-P	7.3 g/dl
ALB	3.6 g/dl
T-Bil	0.41 mg/dl
BUN	22.6 mg/dl
Creatinine	0.74 mg/dl

**Fig. 1** 十二指腸球部の隆起性病変の腹臥位 X線所見を示す。**Fig. 2, Fig. 3** 内視鏡所見では、 $20 \times 15 \times 15$ mmの可動性のある表面凹凸著明、発赤調の有茎性病変を認める。

Paneth cell も認め (Fig. 5)、細胞の表面には、小皮縁も認められた。また、Alcian Blue-PAS 染色にて胞体内に PAS 陽性顆粒を認め、小皮縁に相当する部は Alcian Blue 染色陽性であった。また腫瘍内及び十二指腸球部に異所性胃粘膜を疑わせる組織学的所見は認められなかった。

以上より十二指腸球部粘膜より発生した腺腫と診断した。

尚、断端に腺腫成分を認めず、ポリペクトミー後の生検でも腺腫の残存は認められなかった。

考 察

十二指腸良性腫瘍は、比較的にまれな疾患とされている¹⁾。しかし近年内視鏡検査の普及により十二指腸病変の報告が増加傾向を示している。これは、直視式ファイバーが普及して以来、十二指腸球部の観察が安全かつ簡便に行なえるようになったこと、積

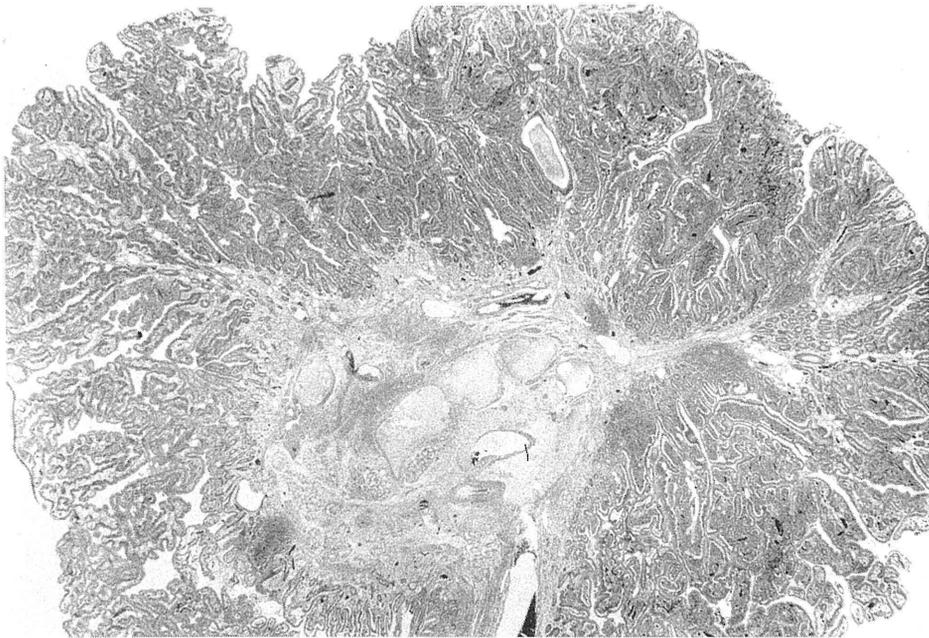


Fig. 4 切除標本の弱拡大像を示す. tubulo-villous adenoma with moderate atypia の所見を認める.

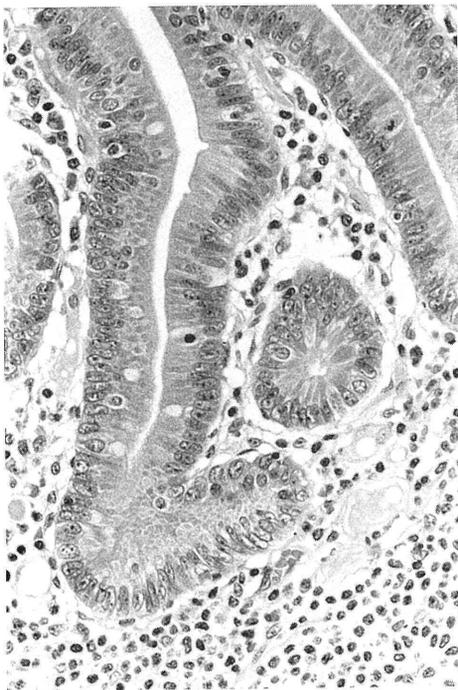


Fig. 5 切除標本の強拡大像を示す. Goblet cell, Paneth cell を認める.

極的に生検が施行されるようになったためと考えられる。十二指腸上皮性腫瘍の内訳をみると欧米では腺腫が最も多く、次いで Brunner 腺腫とされているが、本邦では Brunner 腺腫が最も多く、腺腫がこれに次ぎ欧米とは逆になっている²⁾。また腺腫の占居部位では球部が最も多いとされている。著者らが文献的に検索しえた範囲 (1965~1990. 1) で、十二指腸球部腺腫の本邦報告例を集計すると自験例をふくめ 70 症例の報告がある。(Table 2) 男女比は 1.3: 1.0 と男性にやや多い。年齢分布は 37 歳から 86 歳までに及び、平均年齢は 61.5 歳である。肉眼形態では田口らは腺腫は山田 III, IV 型が多く、表面は凹凸不整で小顆粒状を呈し、やや赤みを帯びているものが多いとしている³⁾。本論文の報告でも有茎性が 32 症例、無茎性が 16 症例と有茎性のものが多い。すなわち、胃の腺腫とは、形態的にやや異なる特徴を有すると思われる。大きさでは、長径で 2 cm 未満が 17 症例、2 cm 以上 5 cm 未満が 21 症例、5 cm 以上が 4 症例で 2 cm 以上 5 cm 未満のものが多い。最小は 0.3 cm、最大は 10 cm である。中村らの報告では、cancer in adenoma を合併する頻度は 3.0 cm 以上の比較的大きなポリープに多く認められている⁴⁾。著者らの検索では癌を併存したものが 10 症例あり、

Table 2 Cases of duodenal bulb adenoma reported in Japan: 70 cases (1965~1990. 1)

1. Male: Female=1.3:1.0	
2. Age: 37 y.o.~86 y.o.	
	Average. 61.5 y.o.
3. Appearance	
Pedunculate	: 32 cases
Sessil	: 16 cases
4. Size	
0~2 cm	: 17 cases
2~5 cm	: 21 cases
5 cm~	: 4 cases
5. Cancer in adenoma: 10 cases	
0~2 cm	: 0 cases
2 cm~	: 8 cases
Unknown	: 2 cases
6. Therapy	
Polypectomy	: 17 cases
Operation	: 19 cases
Unknown	: 34 cases

そのうち、2 cm以上が8症例と多い。したがって2 cm以上の長径を有するものに対しては積極的に治療すべきと考えられる。十二指腸球部の腺腫の発生は異所性粘膜からと本来の球部粘膜からの発生の2つが考えられる。本例は十二指腸球部粘膜から発生したものと考えられる。また十二指腸粘膜から発生する腺腫にPaneth細胞を認めることはまれである⁵⁾。しかし本論文の著者らの症例はPaneth細胞を認め、1968年中村らが報告したように⁵⁾、まれな十二指腸腺腫の1例であり、組織学的に興味ある症例である。通常、Paneth細胞のある十二指腸粘膜から発生する腺腫にPaneth細胞を認めず、一方Paneth細胞のない大腸粘膜から発生する腺腫にしばしばPaneth細胞を認めることがあり⁵⁾、腺腫に出現するPaneth細胞の意義は大変興味深い。また胃癌においてもしばしばPaneth細胞を認めることを合わせ考えると、消化管腫瘍の発生、分化のどの過程においてPaneth細胞が出現するかを解明することは消化管腫瘍の本質にせまるものである。治療としては記載不明なもの34症例を除いて、外科手術19症例、内

視鏡的摘除17症例となっており、やや外科手術例の方が多。これは、初期の症例で直接手術が施行されたものが多いことに起因するが、内視鏡的摘除後、断端陽性であったため、後日手術されたものが2例含まれている。前述した様に十二指腸球部腺腫は有茎性のものが多く、内視鏡の手技が進歩した現在、今後、内視鏡的ポリペクトミーが施行される症例が増加することが予想される。内視鏡的ポリペクトミーが施行された17症例のうち、重篤な合併症としては術後出血が2症例に認められたが、これらは内視鏡的に止血されている。術前に基部及び周辺の生検にて腺腫の拡がりについて十分注意すれば球部とはいえ、ポリペクトミーは比較的安全であり、かつ確実な手技であるといえる。本症例もポリペクトミー後、5ヶ月経過するが、合併症、再発なく外来にて経過観察中である。

おわりに

内視鏡的ポリペクトミーにて切除し病理組織学的にPaneth細胞を認めたまれな十二指腸球部腺腫の1例を報告し、本邦報告例70症例につき文献的考察を行った。

文 献

- 1) Wilson, J.M., Melvin, D.B., Gray, G., et al: Benign small bowel tumor: Ann. Surg. **181**: 247~250, 1975.
- 2) 中村卓次, 山城守也, 鈴木雄二郎, 他: 十二指腸の腫瘍, 2., 良性腫瘍: 胃と腸. **4**: 375~384, 1969.
- 3) 田口 進, 福富久之, 中村耕三, 他: 十二指腸隆起性病変の内視鏡診断: Progress of Digestive Endoscopy. **8**: 100~103, 1976.
- 4) 中村卓次: 小腸ポリープ, 基礎と臨床. 最新医学. **36**: 68~79, 1981.
- 5) 中村卓次: Paneth細胞をもつ十二指腸真性腺腫: 日本臨床. **26**: 1701~1704, 1968.

(別刷請求先: 〒160 新宿区西新宿6-7-1

東京医科大学内科第四講座 青野一郎)