

Borrmann II 型進行癌と鑑別困難な 早期胃癌の内視鏡検査

川崎医科大学 内科消化器部門 II

星加 和徳, 鴨井 隆一, 加藤 智弘
萱嶋 英三, 島居 忠良, 内田 純一
木原 彊

(昭和62年4月17日受理)

Endoscopic Examination of Early Gastric Cancer, Difficult to Differentiate from Borrmann Type 2 Advanced Gastric Cancer

Kazunori Hoshika, Ryuichi Kamoi
Tomohiro Kato, Eizo Kayashima
Tadayoshi Shimazui, Junichi Uchida
and Tsuyoshi Kihara

Division of Gastroenterology, Department of Medicine
Kawasaki Medical School

(Accepted on April 17, 1987)

Borrmann II 型進行癌と鑑別困難な早期胃癌の5例を経験した。 そのうち、3例は男性で、2例は女性であった。年齢は、49歳から57歳までに及び、病変は、胃前庭部に存在した。大きさは $2.1 \times 1.8 \text{ cm}$ から $4.1 \times 3.7 \text{ cm}$ であった。上部消化管造影では、中心部に陥凹を有し、その周辺部は隆起していた。内視鏡検査では、不整な潰瘍を認め、周辺部は盛り上がっていた。不整な潰瘍より胃癌との診断は容易で、生検にて確認された。しかし、その深達度診断は困難であった。深達度診断には、胃壁の硬化像、大きさ、隆起部の高さ、陥凹部の深さが重要な因子である。自験例では、陥凹部は浅いが隆起部は高く、病変は大きく、そのため病変が一塊となり深達度診断を誤り、**Borrmann II 型進行胃癌**と誤診された。組織学的検査では、深達度 sm の早期癌であった。さらに深達度診断に対するの努力が必要である。

Five cases of early gastric cancer, which were difficult to differentiate from Borrmann type 2 advanced gastric cancer, were experienced. Three were male and two were female. They ranged in age from 49 to 57 years. The lesions were located on the antrum of the stomach ranged in size from $2.1 \times 1.8 \text{ cm}$ to $4.1 \times 3.7 \text{ cm}$. Roentgenograms of the upper gastrointestinal series showed them to have a central depression and elevated circular margins. Endoscopic examinations showed ulcers, which were irregular, and the surrounding area was elevated. It was easy to diagnose the lesions as gastric cancer because the ulcers were

irregular and histological examinations of biopsied specimens obtained endoscopically confirmed the diagnosis. But it was difficult to detect the depth of invasion of the cancer. For the detection of the depth of invasion, gastric wall rigidity, size, the height of the elevated margins and the depth of depression were important factors. In our cases, the depth of depression was shallow but the height of the elevated margins was high and the size was large. Because mass formation of the lesions gave the lesions stiffness, the depth of invasion of the lesions was misdiagnosed, and the lesions were misdiagnosed as Borrmann type 2 advanced gastric cancer. Histological examinations of the resected specimens showed the lesions to be early gastric cancer with a depth of invasion of sm. We must make more effort to detect the depth of invasion correctly.

Key Words ① Gastric cancer ② Depth of invasion ③ Endoscopy

はじめに

本邦における胃癌の診断はほぼ完成の域に達したとされているが、それでもなお深達度診断の困難な症例を経験する。それらの症例には様々な要素があり、個々の症例についての解釈ができて共通の所見として論じるには不適切な場合が多いが、それらのなかで、中央が陥凹し辺縁が環状に隆起するⅡa+Ⅱc型早期胃癌では、時として Borrmann II型 進行胃癌とまぎらわしく深達度診断が困難な場合のあることが知られている。著者らも、内視鏡検査にては Borrmann II型進行癌と思わせる術前診断の困難な早期癌症例を数例経験し、その内視鏡診断について若干の文献的考察を加えて報告する。

対 象

昭和55年以降に当科で内視鏡検査が施行され、手術にて深達度が確認された症例のうち、

Borrmann II型の 進行胃癌と 術前 診断された早期癌 5 例を対象とした。

結 果

まず、5 例について年齢をみると、49歳から57歳に及び平均52.4歳であった。性別では、男性3 例、女性2 例であった。部位は、全例前庭部に存在し、前壁1 例、小彎1 例、後壁2 例、大彎1 例であった。大きさは2.1×1.8 cm大より4.1×3.7 cm大であった (Table 1)。

まず、これらの症例の消化管造影をみると、いずれも中心部に不整な陥凹を有し、その周辺部は陥凹部を取り巻くように隆起している。しかも、病変部辺縁の隆起は立ち上がり急峻であるためその境界は明瞭で、ほぼ円形を呈している。病変部の粘膜表面が不整であり、周堤にくずれた部分がなく境界が明瞭であるため限局潰瘍型の Borrmann II型 進行胃癌と診断されていた。

Table 1. Early gastric cancer, difficult to differentiate from Borrmann type 2 advanced gastric cancer.

Case	Age	Sex	Location	Size	Depth of invasion
1	53	M	Antrum, posterior wall	3.2×2.4 cm	submucosa
2	50	F	Antrum, lesser curvature	2.1×1.8 cm	submucosa
3	57	M	Antrum, posterior wall	4.0×2.7 cm	submucosa
4	49	F	Antrum, anterior wall	4.1×3.7 cm	submucosa
5	53	M	Antrum, greater curvature	3.0×2.3 cm	submucosa

内視鏡所見でも同様で、円形の限局した病変で中央に不整な陥凹を有し周辺粘膜は周堤様に盛り上がりその周辺の隆起した部分には崩れたところもない。しかも、隆起した部分の盛り上がりも高く、また、その病変に動きが乏しく、Borrmann II型進行胃癌と診断されていた。

それらの摘出標本の組織所見では、いずれも深達度 sm の早期癌で平皿状の病変であるが、

中央の陥凹部の程度により I 型、IIa 型、IIa+IIc 型、IIc 型と様々に分類された。

症 例 報 告

症 例 1

上部消化管造影では、胃前庭部後壁にほぼ円形の明瞭な陰影欠損として描出され、その中央に不整な陥凹を有していた。中央の陥凹部の深

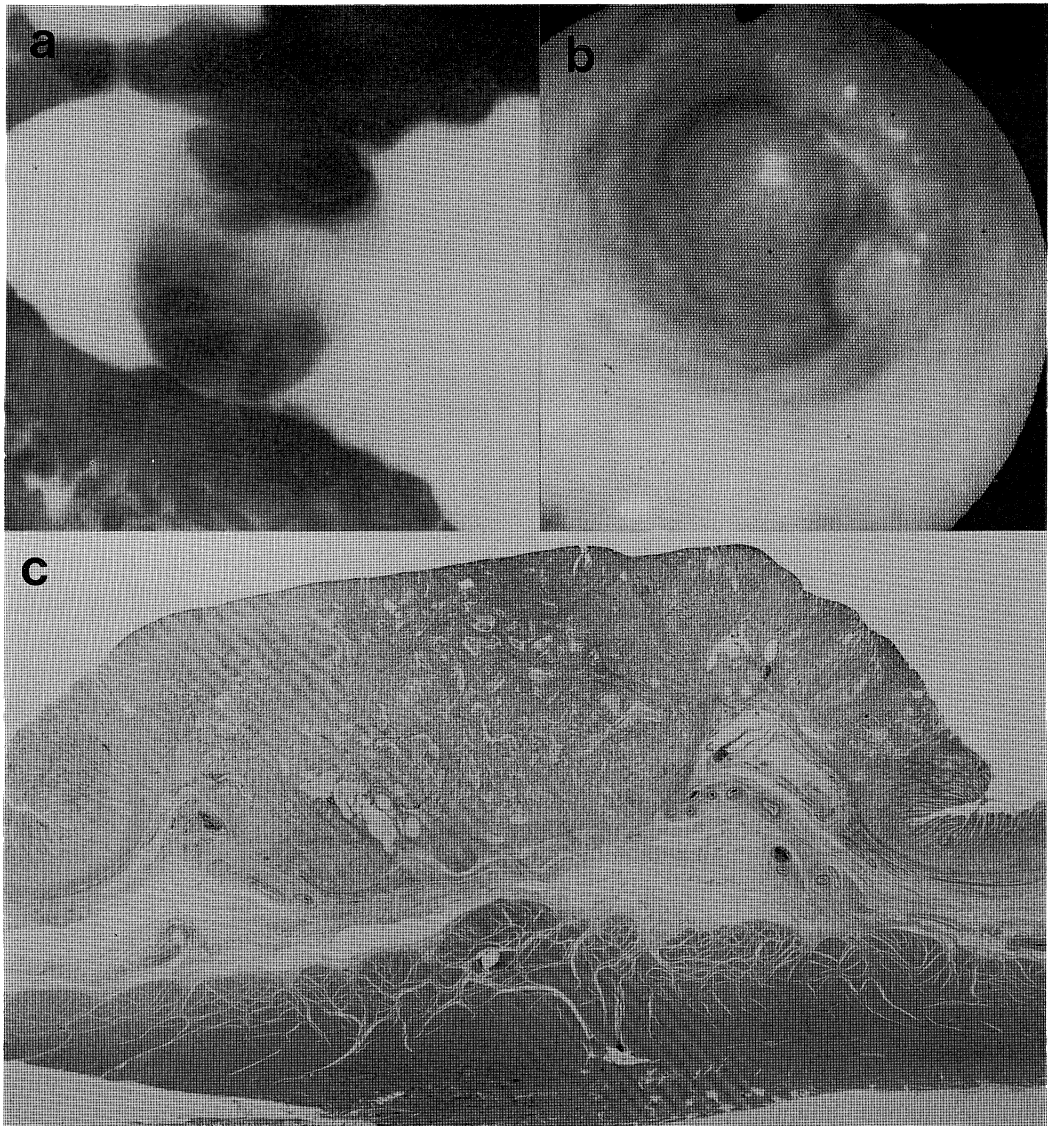


Fig. 1. Roentgenogram of upper gastrointestinal series (a) and endoscopic examination (b) of Case 1 shows the lesion with central depression and elevated circular margin. The cut section of the specimen (c) shows the tumor and invasion to submucosa (H-E stain, $\times 6$).

さはやや浅いが、周辺の周堤様に盛り上がった隆起の境界は極めて明瞭であった。したがって、中央に陥凹面を認め、周辺粘膜が陥凹部を取り巻くように盛り上がり、その隆起部に崩れた部分はなく、限局潰瘍型の進行癌と診断された (Fig. 1a)。

上部消化管内視鏡検査では、胃前庭部後壁にほぼ円形の不整な陥凹面を認め、その周辺粘膜はドーナツ様に盛り上がっていた。その周堤様隆起の幅がほぼ一定で崩れた部分がなく、その正常粘膜との境界は明瞭で浸潤性変化を認めなかった。病変の大きさはかなりの大きさで、蠕動によってもほとんど変形しなかった。生検施行時に鉗子で引っ張ってもすぐに組織がちぎれてしまいこの病変を動かすことができなかった。また、生検鉗子で押してもほぼ病変全体が動き限局潰瘍型の進行癌と診断した (Fig. 1b)。

しかし、摘出標本では、早期癌で深達度はsmであった (Fig. 1c)。

症例 2

上部消化管造影では、胃前庭部小彎に不整潰瘍を認め、周辺粘膜は隆起しているが正常部との境界は極めて明瞭であった (Fig. 2a)。この造影所見より、症例1のような早期癌ではないかと考えた。

上部消化管内視鏡検査では、胃前庭部小彎に周堤を伴う不整潰瘍を認め、周堤の立ち上がりは急峻であった (Fig. 2b)。生検鉗子にて引っ張ったり、蠕動との関連などをみても病変の明らかな動きは指摘しえず、この内視鏡像よりは限局潰瘍型の進行癌と考えられるが、生検で押すと比較的柔らかく、浸潤は比較的浅くpmに少し浸潤した程度の進行癌であろうと考えられたが、症例1のごとく早期癌である可能性も捨てきれなかった。

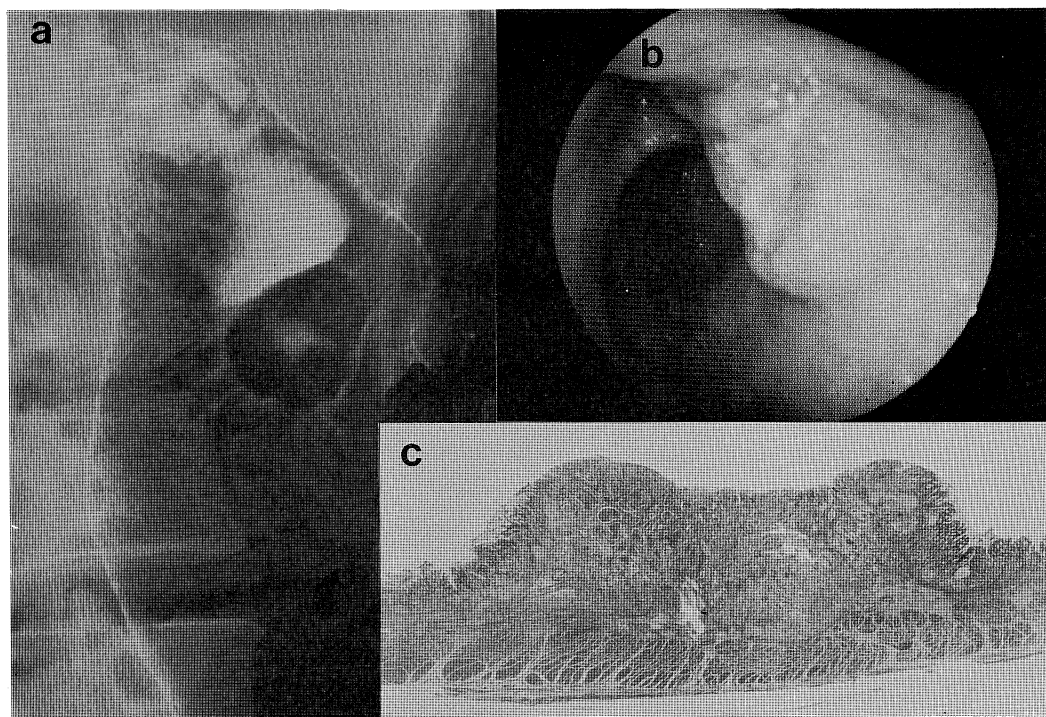


Fig. 2. Roentgenogram of upper gastrointestinal series (a) and endoscopic examination (b) of Case 2 shows the lesion with central depression and elevated circular margin. The cut section of the specimen (c) shows the tumor and invasion to submucosa (H-E stain, $\times 6$).

摘出標本では、早期癌で深達度は sm であった (Fig. 2c).

症例3, 症例4の内視鏡検査を呈示すると、ともに限局した病変で、正常部と病変との境界は明瞭で、浸潤性変化は認められず、辺縁の立

ち上がりは急峻である (Fig. 3a, b). 症例3の切除標本では、病変の境界部が急峻に立ち上がり、病変がかなりの高さを有しているのがよくわかる (Fig. 4).

考 察

本邦における胃癌の診断は、消化管造影と内視鏡検査の発達によりほぼ完成の域に達したとされているが、いまなお深達度診断の困難な症例に遭遇することがある.

著者らは、Borrmann II型進行胃癌と内視鏡検査にて術前診断された早期胃癌症例を経験したが、いずれの病変も消化管造影では、中央に陥凹面を認め、周辺粘膜が陥凹部を取り巻くように盛り上がり、その隆起部境界に崩れた部分はなく、限局潰瘍型の進行癌と診断されていた.

内視鏡検査では、病変はかなりの大きさで、中央にはほぼ円形の不整な陥凹面を認め、その周辺粘膜はドーナツ様に盛り上がっていた. その周堤様隆起の幅がほぼ一定で崩れた部分がなく、その正常粘膜との境界は明瞭で浸潤性変化を認めなかった. 不整粘膜部の存在より胃癌との診断は容易であった. 深達度診断では、胃壁

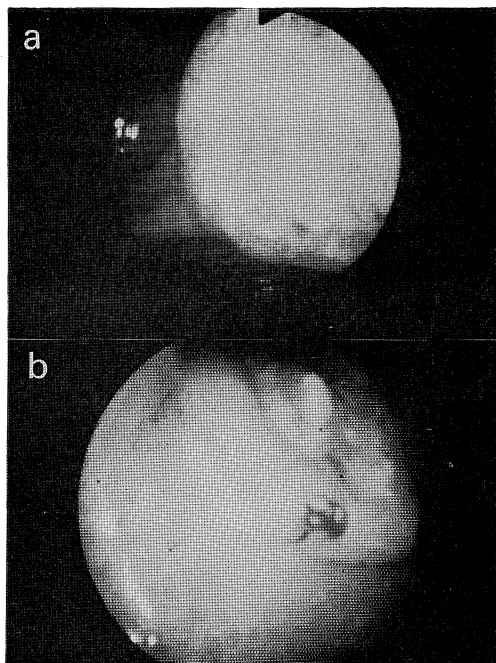


Fig. 3. Endoscopic examinations of Case 3 (a) and Case 4 (b).

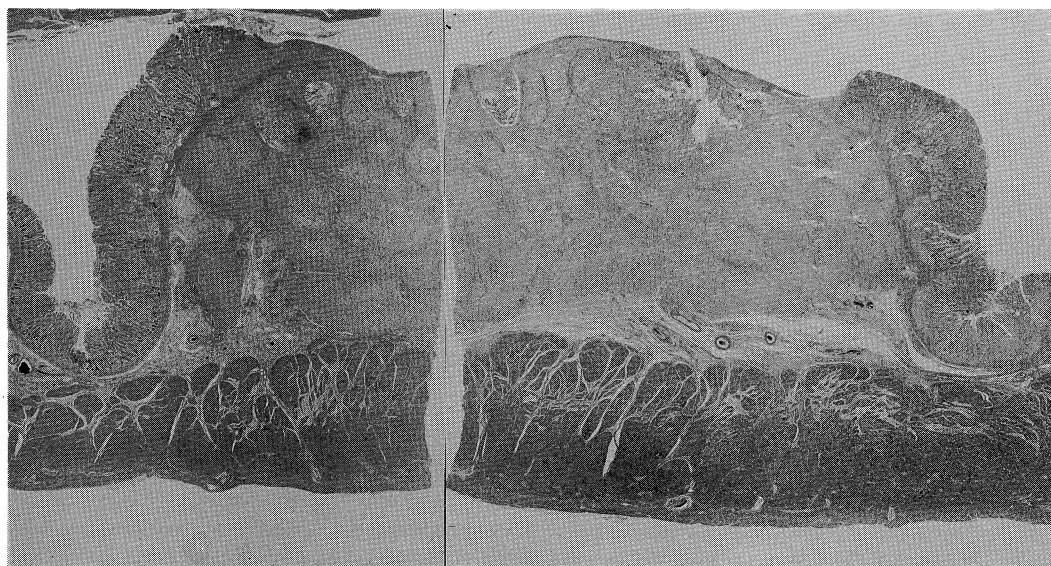


Fig. 4. The cut section of the specimen of Case 3 (H-E stain, $\times 5$).

の硬化像の有無により筋層まで達する病変か否かを判断するのが重要である。その方法として、送気、蠕動による胃壁の伸展度や変形の有無をはじめ、生検の際に生検鉗子による触診にて病変部の硬度や可動性を観察する。また、病変の大きさ、陥凹部の深さ、隆起部の高さなども重要な因子である。これらの病変では陥凹部が浅いものの、隆起部の高さも高く、大きさも大きく、また、病変が大きいため一塊となるためか、送気、蠕動によってもほとんど変形せず、生検施行時に鉗子で引っ張ってもすぐに組織がちぎれてしまい、この病変を動かすことができなかったため、胃壁の硬化像ありと判断され診断を誤っていた。西沢¹⁾は、(隆起+陥凹)病変の深達度について Borrmann IIへは、隆起性早期癌からも陥凹性早期癌からも発育してくるが、後者のほうが多く、それらの発育過程では、同じ大きさならば隆起由来のものよりも陥凹由来のものの方が深達度は深く、特に陥凹由来のものでは、20 mm 未満はすべて sm, 20 mm 以上は pm か s であると述べている。自験例の症例 3, 4, 5 は明らかに陥凹由来のものでいずれも大きさ 3 cm 以上の病変であり、従来の概念ではその大きさよりは進行癌と判断されるべきものである。川口ら²⁾も同様の IIa+IIc 型早期胃癌の症例を報告しており、深達度診断の困難なことを示している。

川口ら³⁾による内視鏡での胃癌の深達度診断についての報告では、早期癌 711 病巣のうち進行癌と誤診したものは 54 病巣 7.6% であり、そのうち Borrmann II 型進行癌と診断されていたものは 37.0% であった。深達度診断誤診

の原因として、潰瘍周辺の結節状隆起、粘膜下腫瘍様の周堤形成、広範囲の硬化、大きい病巣を挙げている。深達度診断は、側面方向より観察すべきものを正面方向の観察により、あるいは、内部の変化を表面からの観察により推察しようとするものであるため、術者の内視鏡技術や経験に大きく左右され、また主観的要素が入りやすく、その客観的な判定基準を設定することは極めて困難である。今回の検討例のごとく病変が大きい上に塊状に発育すると硬化像と判定しやすいために深達度診断を誤りやすい。

また、切除標本での肉眼分類で隆起型に属するものも内視鏡的には陥凹性病変と判断しているが、これは、切除標本では平面的に病変を観察するが、内視鏡観察時には胃が管状構造であるために、平皿状病変では大きさが大きくなるほど病変が凹状に観察され、その表面に不整粘膜面が存在すると陥凹性病変と判定されることによる。川口らも、IIa 型、IIa+IIc 型、IIc 型を Borrmann II 型と呼んでいる場合が多いと述べている。

Borrmann II 型進行胃癌と鑑別困難な早期胃癌の存在することを念頭において、特に、大きさに比して硬度の柔らかい病変や、陥凹部の浅い病変では、一層、内視鏡的診断への努力が必要である。

結 語

Borrmann II 型進行癌と鑑別困難な早期胃癌を経験し、若干の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 西沢 護：(隆起+陥凹)胃癌の深達度診断—主として IIa+IIc と Borrmann II—。胃と腸 12:1217—1227, 1977
- 2) 川口 実, 清川 勉, 山本安幸, 津田広文, 松本恭弘, 斉藤利彦, 芦澤真六：深達度診断に苦慮した IIa+IIc 型早期癌の 1 例。胃と腸 17:71—75, 1982
- 3) 川口 実, 斉藤利彦：胃癌の深達度診断—内視鏡的立場から—。Prog. dig. Endoscopy 25:28—32, 1984