

長野県がん検診センターにおいて初回精検で 診断できなかった胃癌症例の検討

小池 綏男 仲間 秀典 小野寿太郎
須沢 博一 土屋 真一 丸山 雄造
長野県がん検診センター

Three Cases of Gastric Cancer Not Diagnosed at First Detailed Examination of the Stomach in Nagano Cancer Center

Yasuo KOIKE, Hidenori NAKAMA, Jutarō ONO
Hiroichi SUZAWA Shin-ichi TSUCHIYA
and Yuzo MARUYAMA
Nagano Cancer Center

During the last 2 years and 3 months, 26 cases of gastric cancer were detected in the Nagano Cancer Center. Fifteen of these cases had early gastric cancer. Three of the cases (20%) were not diagnosed as gastric cancer at first examination.

Case 1 : A 64-year-old man with a small type IIb (IIa). The lesion, which had invaded no farther than the mucosa, was 1.6×1.0cm in size. It was a moderately differentiated adenocarcinoma on the posterior wall of the gastric antrum.

Case 2 : A 57-year-old man who had a flat elevated type IIa. The lesion had invaded to a "m" degree of depth and was 3.5×2.8 cm in size. It was a well differentiated adenocarcinoma on the greater curvature of the gastric antrum.

Case 3 : A 57-year-old man who had a wide-spread IIc. The lesion had invaded to a "sm" degree of depth. It was 5.5×5.5cm in size, a signet-ring cell carcinoma on the lesser curvature of the corpus of the gastric antrum.

These 3 cases are reported and some diagnostic problems are discussed concerning these cases in addition to some consideration of the literature. *Shinshu Med. J.*, 36 : 255-265, 1988

(Received for publication October 24, 1987)

Key words : detailed examination, diagnosis, early gastric cancer

精密検診, 診断, 早期胃癌

はじめに

近年, 上部消化管診断学の進歩はめざましいものがあり, かなり小さい病変の診断も可能となったが, 最終的には生検組織の病理組織診断に頼らざるを得ない。したがって, 生検組織で悪性所見を確認できない場合

には診断の確定が難しい。長野県がん検診センターでは昭和58年10月1日開所以来, 昭和60年末までに1,050人の受診者に対して胃の精密検診を行い, 26例の胃癌を発見したが, うち3例, 11.5%は初回検査時に診断を確定することができなかった。この3例の診断上の問題点について反省を加えながら検討したので報告する。

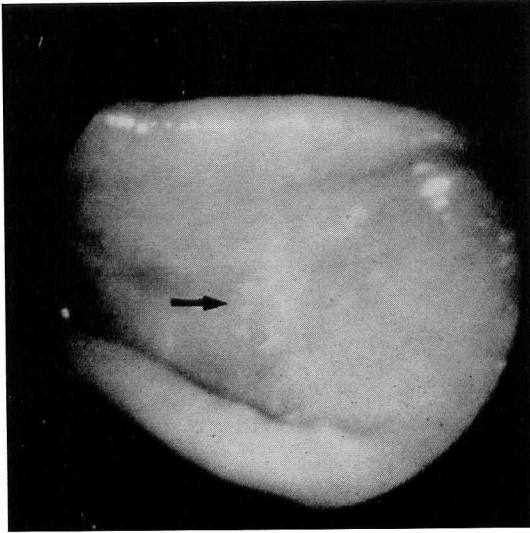


図1 症例1の内視鏡所見
前庭部小彎側に淡い付着粘液を認める。

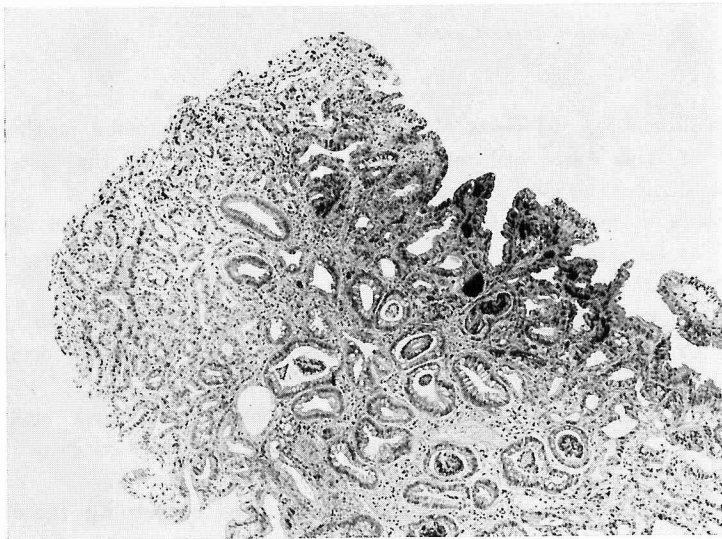


図2 症例1の生検組織 (HE×20)
group III と診断された。

症例1：64歳，男性，農業。

胃集検で胃体部後壁をチェックされて昭和59年11月30日，本センターを受診した。X線検査で前庭部大彎側の壁のひきつれを認め，胃潰瘍瘢痕と診断した。内視鏡検査ではX線検査で指摘した部位には異常所見を認めず，小彎側に淡い付着粘液を認めた(図1)。粘液を除去すると小発赤が認められたので，分化型小胃癌の可能性もあると考え，生検組織を2個採取した。病理組織学的には，group III (図2)と診断され，再検を求められた。60年1月22日の内視鏡検査では発赤部は前回より小さくなっており，インジゴカルミン撒布

で不明瞭化した。

症例検討会で生検採取部位が病変部と異なることが指摘され，3月6日，初回と同一の医師が再度内視鏡検査を施行した。前庭部小彎に初回より大きくなった限局性の発赤部があり，インジゴカルミン撒布で病変は明瞭化し，胃小区の軽度粗大化がみられI Ib型の早期癌が疑われた(図3)。生検診断はgroup Vであった。病変再確認のために行ったX線検査では前庭部後壁，小彎寄りに粗大顆粒状に軽度隆起した病変が認められ(図4)，I Ib型よりむしろI Ia型早期癌を考えた。3月15日，手術施行，切除胃では前庭部後壁の小彎寄

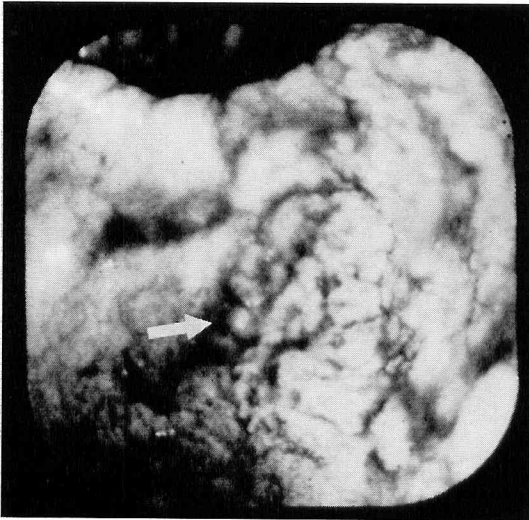


図3 症例1の色素内視鏡所見
前庭部小彎側に胃小区が粗大化している部分
が認められる。

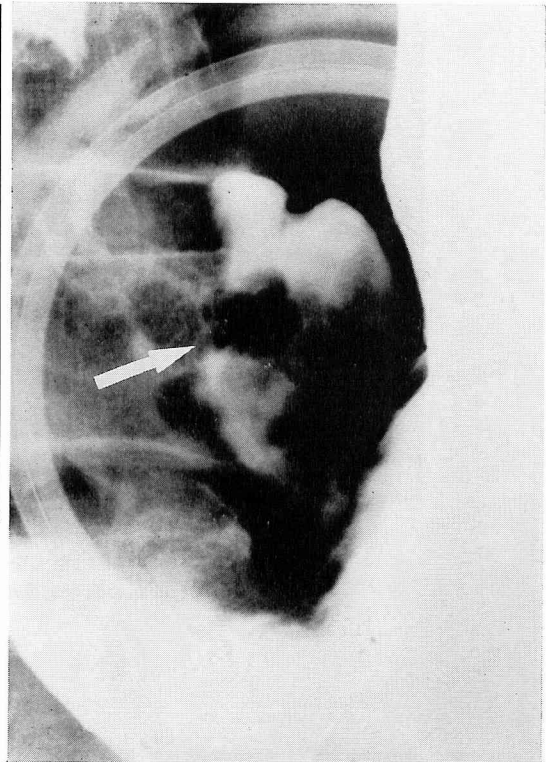


図4 症例1のX線所見
胃前庭部の圧迫撮影で粗大顆粒状に軽度隆起
した病変が認められる。

りに粗大顆粒状を呈し、一部がわずかに隆起した1.6×1.0cmの病変が認められた(図5)。病理組織学的には深達度mのIIb(IIa)型で、中分化型管状腺癌(図6)、Iyo, vo, n0であった。

本例は初回検査時に早期癌の可能性が考えられたが生検で確診が得られず、また、再検時の生検組織採取部位の誤認などから、診断の確定が遅れたもので、初診から手術まで3.5カ月を要した。

症例2:57歳,男性,公務員。

胃集検で要精検となり、昭和58年9月20日、某病院でX線および内視鏡検査を受け、その時は手術の必要はないと言われたが、2週間後に再度内視鏡検査を受け手術を勧められた。しかし、納得できなかったので放置し、昭和59年2月他病院を受診し、X線および内視鏡検査で幽門部に異常所見を認めるが、手術の必要はないといわれ、不安になり2月29日、本センターを受診した。X線検査で幽門前庭部大彎寄りに浅い凹み

を伴っているようにみえる軽い隆起性病変(図7)を認め、IIa+IIc型早期癌を疑った。内視鏡検査では幽門前庭部後壁大彎寄りにやや白味を帯び、出血、苔の付着、発赤などを認めない粗大顆粒状の扁平隆起を認めインジゴカルミン撒布で病変はより明瞭になった(図8)。IIa型早期癌を考えて生検組織を8個採取したがgroup II(図9)であった。生検部位が不適確であった可能性も考えて、4月24日、再度内視鏡検査を施行した。病変は前回と比べて変化がみられず、生検診断もまたgroup IIであった。一応、臨床的に異型上皮と診断したが、異型上皮巣としては病変が大きいと考えた。前述の2病院から生検標本を取り寄せて検討したところ、初回検査病院の標本の一部にgroup IVと判定できる部分を認めたので異型上皮巣の一部が悪性変化をおこしていると考え、手術に踏み切った。5月22日、手術施行。切除胃では幽門前庭部の後壁から大彎にかけて3.5×2.8cmの粗大顆粒状扁平隆起を認めた(図10)。病理組織学的には深達度mのIIa型早期

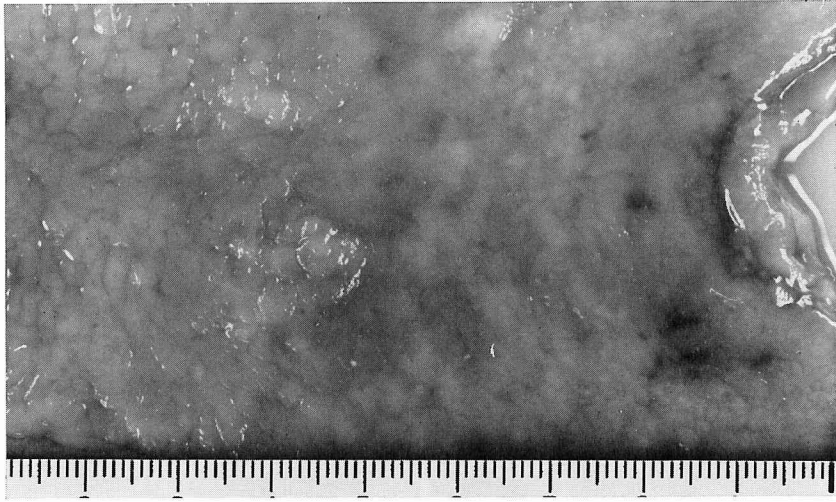


図5 症例1の切除胃肉眼所見
前庭部小彎の後壁寄りに粗大顆粒状を呈し、わずかに隆起した
大きさ1.6×1.0cmの病変を認める。

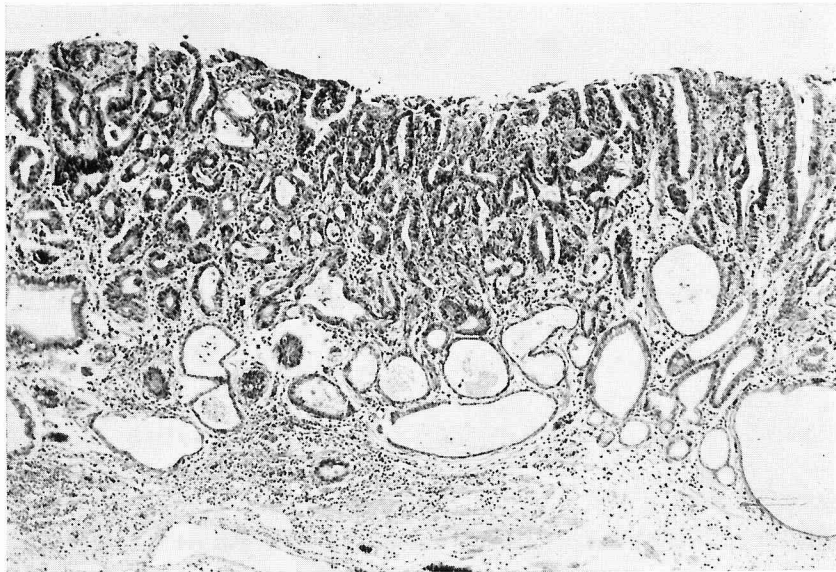


図6 症例1の病理組織学的所見 (HE×20)
深達度mの中分化型管状腺癌。

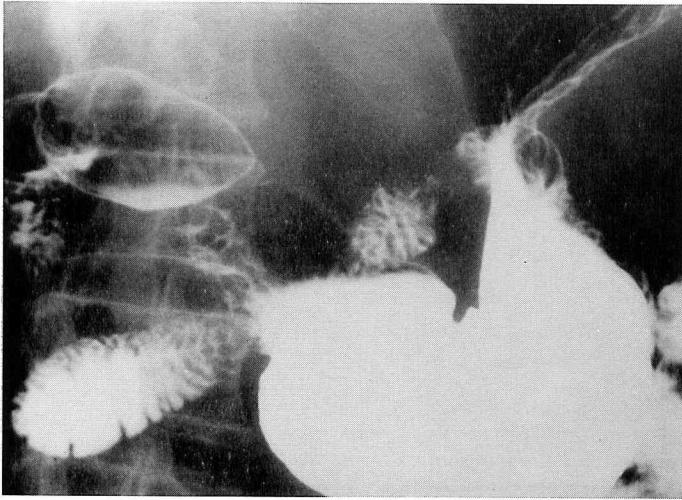


図7 症例2のX線所見
立位で幽門前庭部大彎寄りに浅い
陥凹を伴っているように見える隆
起性病変を認める。

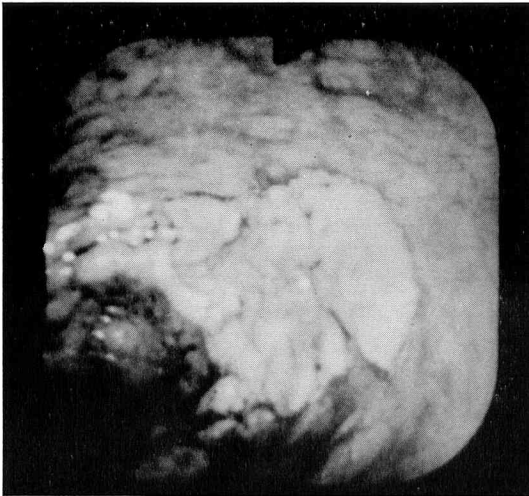


図8 症例2の色素内視鏡所見
幽門前庭部後壁大彎寄りにやや白味を帯び、
出血、苔の付着、発赤などを認めない粗大顆
粒状の扁平隆起を認める。

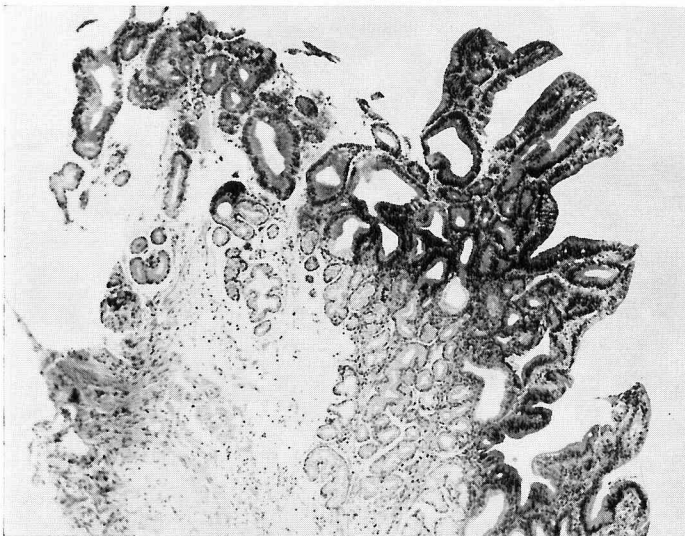


図9 症例2の生検組織 (HE×20)
group II と診断された。

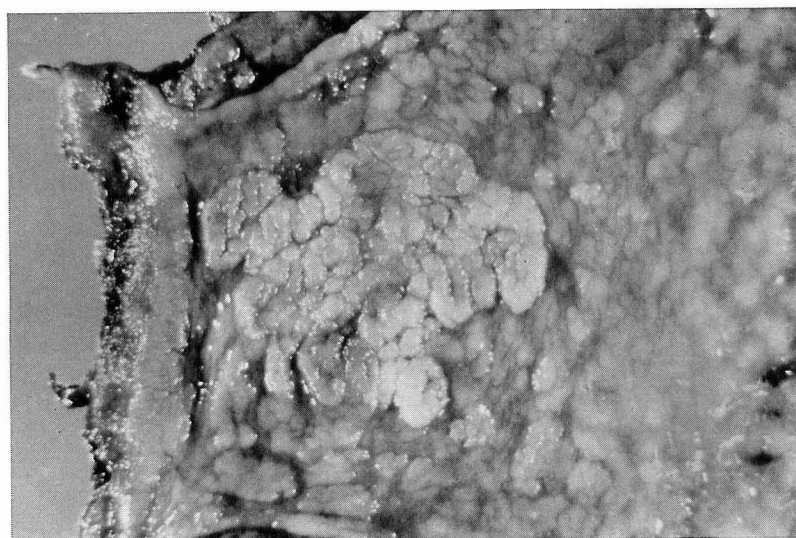


図10 症例2の切除胃肉眼所見（小彎で開く）
幽門前庭部の後壁から大彎にかけて粗大顆粒状を呈す扁平隆起を認める。



図11 症例2の病理組織所見（HE×20）
深達度mの高分化型管状腺癌。

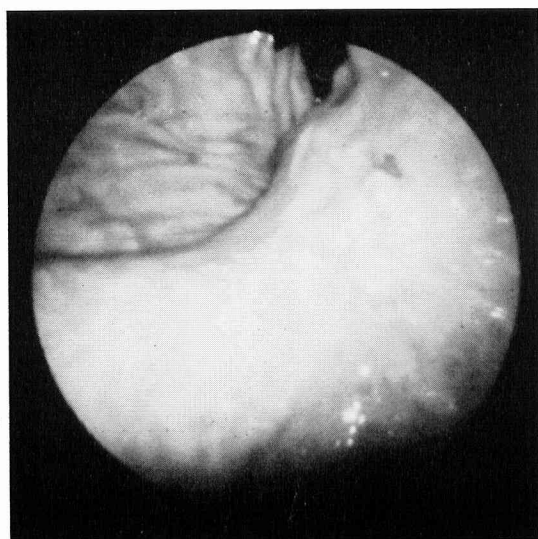


図12 a 症例3の内視鏡所見
胃角部を中心に周囲と境界不明瞭な
発赤部と褪色部が混在している部を
認める。一部に小出血巣がある。

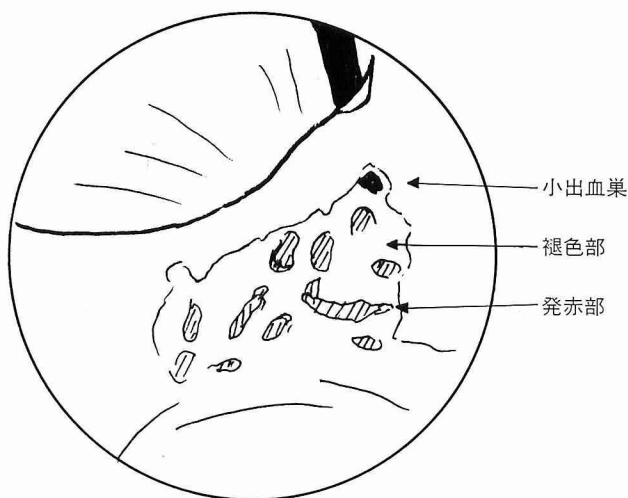


図12 b 図12 a のシェーマ

癌で、高分化型管状腺癌(図11), Iyo, vo, nOであった。

本例は異型上皮との鑑別が難しかった症例で、初診から手術まで、3カ月を要した。

症例3: 57歳, 男性, 公務員。

上腹部痛を訴えて昭和59年8月4日, 某医院を受診し, X線検査で胃・十二指腸潰瘍と診断されH₂ブロッカーの投与を受けて症状は改善した。その後10月に胃集検を受けて胃角の変形をチェックされ, 12月1日同医院で再度X線検査を受け球部と幽門部の変形を指

摘され, 12月12日, 本センターに紹介された。内視鏡検査では球部には異常を認めず, 胃角部を中心に周囲と境界不明瞭な発赤部と褪色部が混在している所見が認められ, 空気挿入により一部から小出血があった(図12 a b)。小出血部を含めて生検組織を6個採取した。生検診断はgroup IIであった。一応, 胃潰瘍癒痕と診断したが, 癌も否定できなかったので, 3カ月後再検としたが, 来院しなかった。昭和60年7月26日胸やけを訴えて再来院した。X線検査で胃角部に不整形の浅い陥凹と皺襞の集中像を認め(図13) IIc 型早期癌を疑った。内視鏡検査では胃角部に病変を認め,

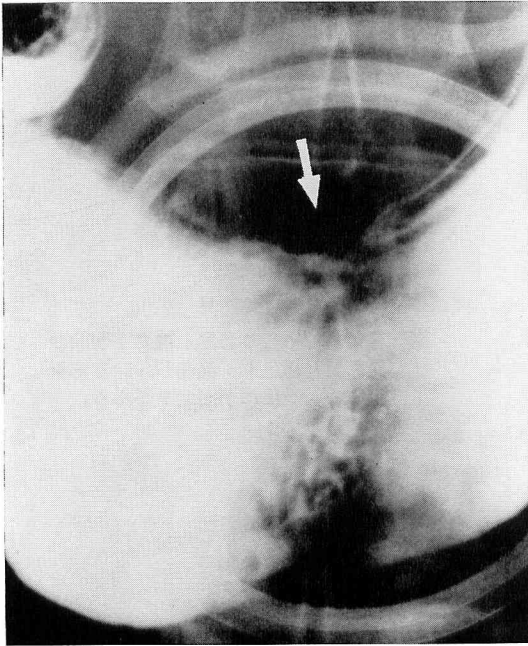


図13 症例3のX線所見
 圧迫撮影で胃角部に浅い陥凹と悪性の皺襞集中像を認める

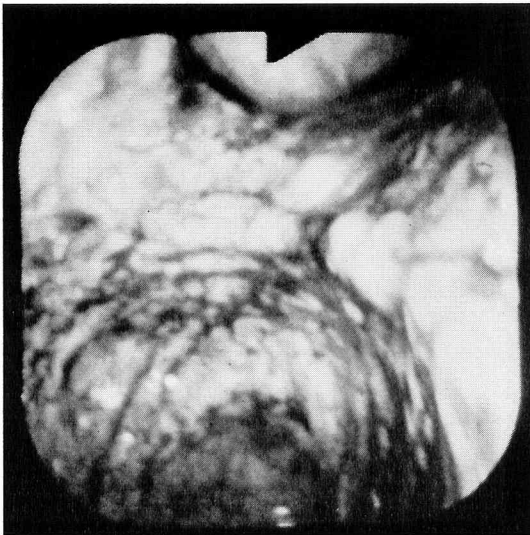


図14 a 症例3の色素内視鏡所見
 胃角の後壁寄りに陥凹部と皺襞集中像を認める。

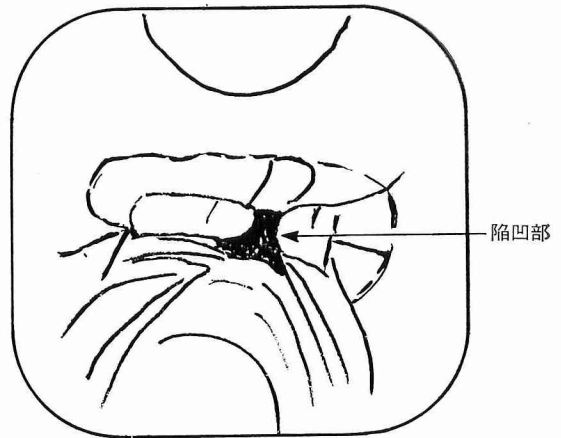


図14 b 図14 aのシェーマ

インジゴカルミン撒布で明瞭化した。胃角の後壁寄りに浅い陥凹があり、その周囲は小顆粒状凹凸を示し、さらに、病変に向かって皺襞の集中像を認めた(図14 a, b)。生検診断は group V であった。IIc 型早期癌として9月26日手術施行。切除胃では胃体下部から幽門部にかけて小彎を中心とした5.5×5.5cm、所々に

島嶼状粘膜を残す浅い陥凹部が認められ、それに向かって虫食い像を呈す皺襞が集中していた(図15)。病理組織学的にはわずかに sm に浸潤した IIc 型早期癌(図)で、印環細胞癌(図16), Iyo, vo, n0 であった。

本例は初回検査時の生検部位が不適確であったこと

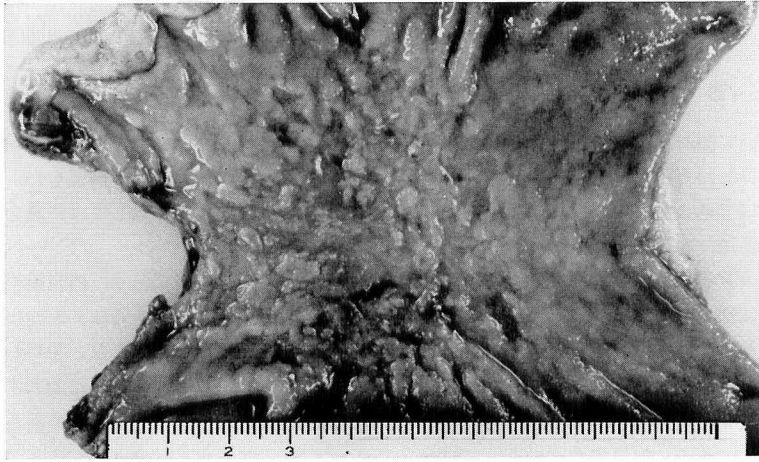


図15 症例3の切除胃肉眼所見

幽門前庭部小彎を中心にして、所々に島嶼状に正常粘膜を残す、浅い陥凹部を認める。

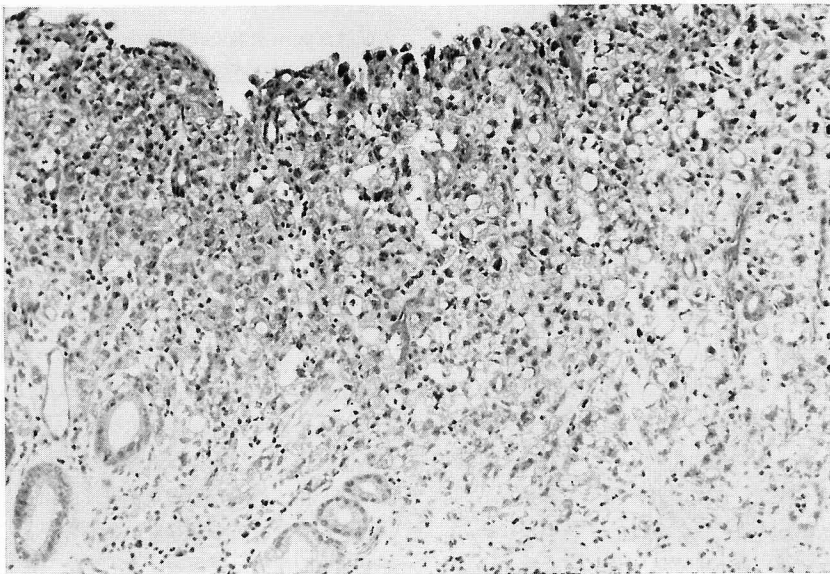


図16 症例3の病理組織所見 (HE×40)
印環細胞癌。

および患者側の都合により診断が遅れ、初診から手術まで9.5カ月を要した。

考 察

本センターにおいて開所以来2年3カ月間に胃の精密検診によって発見した胃癌は26例で、うち11例が進行癌、15例が早期癌であった。早期癌15例中3例、20%は初回検査時のX線、内視鏡および生検診断による総合診断で癌診断の確定ができなかった。この3例の早期癌の診断過程には、今後、胃の精密検診を行っていく上で注意すべき、幾つかの問題点を含んでいるので検討した。

早期胃癌の診断は一般にはX線検査では病変の描出や読影が難しいことが多く、内視鏡検査によって観察した病変部から採取した生検組織の病理組織学的診断に頼らざるをえない。しかしながら、このような過程を踏んでも誤診を無にすることができないのが現状である。その理由は①内視鏡検査時、検者による病変の見落とし。②検者が病変を認めても良性疾患と考えて、生検を行わない。③生検部位が不適確。④生検個数が少ないかあるいは生検材料が小さくて病理組織学的な診断が難しい。⑤病理医による病理組織標本の判定の問題などが挙げられる。

報告の3例はともに病変を認めて生検を行っているので、①②に関しては問題にならない。したがって、癌診断の確定ができなかった理由は③④⑤が関係している。

症例1は比較的小きな類似IIb型癌であり、初回内視鏡検査で淡い付着粘液を認め、粘液を除去して現れた小発赤の生検を行った。飯田ら¹⁾が単独IIb病変のうち分化型は大部分表面に癌が露出している発赤として認められ、未分化型は表面が非癌被蓋上皮で被われた淡い褪色ないし色調不変として観察されたと述べているが、われわれもこの発赤に対して分化型腺癌の疑をもった。病変が小さいので生検組織は2個採取したのみであるが、group IIIと診断され、再検を求められた。したがって④が関係してくるが、ここまでの過程はやむをえないと考える。再検時、生検組織を確実に採取する目的で色素撒布を行ったが、かえって病変が不明瞭化してしまい、病変部近傍の色素が溜った部位を陥凹性病変と考え、生検部位を誤ってしまった。1.5カ月後には発赤部は初回より大きくなっており、色素撒布で胃小区の軽度粗大化がみられ、生検でgroup Vと診断された。

本例は③による誤診例であったが、初回と2回目の内視鏡施行医が別の医師であったことが誤診の原因につながったと考えられる。したがって、小病変の再検査に際しては検査医が代わるべきでないとする。また、色素内視鏡は小病変の確認に有効な方法²⁾であるが、色素の撒布量が多いと病変をわかりにくくする恐れがあるので、撒布に際しては注意を要することが示唆された。

症例2はIIa型癌であり、内視鏡検査では病変の確認は容易で、やや白味を帯び、表面は粗大顆粒状を呈し、出血、苔の付着、発赤などを伴わない扁平隆起状を呈していた。本センター受診前にすでに他の2施設において生検が行われ、良・悪の異なった診断が下されていた。本センターでは初回検査で8個、2回目に7個の生検組織を採取し、生検部位も不適確とは考えられなかったが、診断は両者ともにgroup IIであった。一応、臨床所見から異型上皮巢と診断した。この病変は良悪性境界病変、扁平腺腫、中村のIII型ポリープ、IIa-subtypeなど種々の名称で呼ばれてきたもので、生検診断はgroup IIIに属する。本症はIIa型早期癌との鑑別が問題で、福地ら³⁾をはじめとして、本症は2.0cm未満の比較的小さなものが多く、2.0cm以上の大きな病変は悪性が多いと報告している。われわれの症例は2.0cm以上の大きな病変で、生検診断がgroup IIIではなくgroup IIであったので、臨床的に異型上皮巢とは多小異なっていると考えた。高齢者などの高分化腺癌の場合には生検部位によっては、group IIとしか診断ができないことがあるというので、本例はそれに相当するのではないかと考え、IIa型癌を否定しきれなかった。そこで前述2病院のプレパラートを取り寄せて検討したところ標本の1部にgroup IVと判定できる所見を認めた。診断を確実にするために多田ら⁴⁾が発表しているstrip biopsyの適応も考えたが、病巣が大きいことを重視して手術に踏み切った。切除胃の病理組織学的検査では異型の弱い高分化管状腺癌で深達度mであった。

本例は臨床的には悪性が考えられ、生検組織の採取部位も間違っていたとは考え難かったが、生検診断の裏付けが得られず、どの時点で手術に踏み切るか臨床医を悩ませる難しい問題を抱えていた。⑤による誤診例であったが、生検診断の限界と考えられた。

以上の2例は診断の確定が遅れたとは言うものの、初診から手術までの期間は3カ月程度で、深達度もmであり、患者の予後に関しては問題はないと考える。

初回精検で診断できなかった胃癌症例

症例3は広範囲のIIc型癌で、抗潰瘍剤ヒスタミンH₂受容体拮抗薬(H₂ブロッカー)服用後の潰瘍瘢痕との誤認の問題を含んでいた。

初回内視鏡検査で境界不鮮明な発赤部と褪色部が混在している所見を認め、空気挿入により小出血をきたしたので、未分化型のIIc型癌も疑ったが、他医にて胃潰瘍としてH₂ブロッカーを投与されていたので、潰瘍瘢痕の先入感を持っていた。生検診断がgroup IIであったので、悪性を否定できないながらも潰瘍瘢痕と診断し、3カ月後に再検することにした。

胃潰瘍の治療にH₂ブロッカーを用いた場合、治癒過程において軽い隆起をみる症例が報告⁵⁾⁶⁾されているが、本例とは大分趣を異にしており、われわれの認識不足であった。また、初回内視鏡検査で生検組織を6個採取したにもかかわらずgroup IIと診断されたことは生検が不適確であったと考えられる。患者は再検予定日には来院せず、7カ月後の再検で明らかなIIc型癌を確認し、生検診断もgroup Vであった。しかし、病変の拡がりを完全には把握できなかった。切除胃では所々に島嶼状に正常粘膜を残したIIc型癌であり、病理組織学的には印環細胞癌でsmにわずかに浸潤していた。

本例は③による誤診例であり、未分化型IIcの生検に際しては組織採取部位に細心の注意を払う必要があ

ることを示唆していた。また、切除標本からも分かるが未分化型IIcの浸潤範囲を術前に確定することは難しいので、術中の切除範囲を決定する際にも注意を要する。

患者に対して再検の必要性の説明が不十分であったことも関係して、初診から手術まで9.5カ月を要したことは予後に悪い影響を与える可能性があり反省しなければならぬ。

以上早期胃癌の診断は容易でないことがあるので、内視鏡で十分に観察するとともに、色素撒布などを行って、病変の生検を適確に行うとともに全面的に病理組織診断に依存するのではなく、臨床所見も加味して診断すべきで、両診断が合致しない症例あるいは悪性が疑わしい病変に対しては厳重にfollow upする必要がある。

おわりに

長野県がん検診センターにおいて発見した早期胃癌15例中初回検査時に診断できなかった3例を報告するとともに、それらの症例の診断上の問題点について考察した。

稿を終るにあたり、手術材料を御提供下さった関係機関の方々に深謝する。

文 献

- 1) 飯田三雄, 南部 匠, 八尾恒良, 岩下明徳: 単独IIb 6例の検討よりみたIIb型早期胃癌の診断限界. 胃と腸, 16: 1283-1295, 1981
- 2) 竹本忠良, 鈴木 茂, 田中三千雄: 色素内視鏡と実体顕微鏡検査法. pp. 25-37, 医学図書出版, 東京, 1979
- 3) 福地創太郎, 檜山 護, 望月孝規: 胃のIIa様境界領域病変(IIa-subtype)の内視鏡診断. 胃と腸, 10: 1487-1493, 1975
- 4) 多田正弘, 嶋田正勝, 柳井秀雄, 有馬巧三良, 刈田幹夫, 岡崎幸紀, 竹本忠良, 木下善二, 木下久美子, 飯田洋三, 渡辺英伸: 新しい胃生検法“strip” biopsyの開発. 胃と腸, 19: 1107-1116, 1984
- 5) 原田一道, 並木正義: ヒスタミンH₂受容体拮抗薬による胃潰瘍治療経過の特異性. 胃と腸, 21: 1059-1068, 1986
- 6) 佐々木裕一, 中尾昌弘, 山田英明, 三谷栄時, 鎌田悌輔, 小野時雄, 小林絢二, 山本祐夫: 新H₂-receptor antagonist投与により, 経過観察中に肉芽の隆起を認めた巨大潰瘍の1例. Gastroenterol Endosc, 24: 1413-1417, 1982

(62. 10. 24 受稿)