

# 2

# 4

## 前庭部腸型胃癌

城間 翔<sup>1)</sup>，堀内裕介<sup>2)</sup>，藤崎順子<sup>3)</sup>

- 1) がん研有明病院 消化器内科
- 2) がん研有明病院 消化器内科上部消化管内科 医長
- 3) がん研有明病院 消化器内科上部消化管内科 部長

60代男性，現病歴は心窩部不快感あり，前医でスクリーニング目的の上部消化管内視鏡検査で胃前庭部小彎後壁寄りに病変を指摘された。生検で高分化腺癌であり，治療目的に当院紹介となった。

内視鏡所見は10mm大のたこいぼびらん様の0-IIc病変であり，狭帯域光併用拡大内視鏡観察で陥凹内に大小不同の腺管構造と，white zone内にloop状の異型血管を認める所見であった。内視鏡的粘膜下層剝離術を施行し，治療後病理結果から腸型の分化型胃癌であった。なお，内視鏡検査で胃体部～胃角部にregular arrangement of collecting venulesを認め，ピロリ菌除菌歴がなく，尿素呼気試験陰性，ペプシノーゲン法陰性，抗*H.pylori*菌抗体陰性であり，以上からピロリ菌未感染腸型分化型癌と診断した。

### はじめに

*Helicobacter pylori* (ピロリ菌) は慢性胃炎を惹起し，胃癌を引き起こす原因である<sup>1)</sup>。日本では衛生環境の改善により，ピロリ菌感染率は低下している。一方で近年ピロリ菌未感染の胃癌の報告が散見される。その頻度は胃癌全体の1%前後との報告されており<sup>2-4)</sup>，その大半は印環細胞癌，胃底腺型胃癌，食道胃接合部癌である<sup>5-7)</sup>。しかし，腸型の分化型癌も極めて稀であるが存在する。

今回，当院で前庭部に生じた腸型の分化型癌の1例を経験したため報告する。

### 症例

60代男性。  
主訴：心窩部不快感。既往歴：高血圧。

嗜好歴：喫煙 なし，飲酒 日本酒 2合/日。  
ピロリ菌除菌歴なし

現病歴：心窩部不快感あり，前医でスクリーニング目的の上部消化管内視鏡検査 (esophagogastroduodenoscopy : EGD) で胃前庭部小彎後壁寄りに腫瘍径10mm大の0-IIc病変を指摘された。生検で高分化腺癌であり，治療目的に当院紹介となった。

現症：身長168.2cm，体重69.8kg，血圧 123/68，脈拍 68回/min，体温 36.5℃。

血液検査所見：血算および血液生化学所見，凝固能は正常であった。

ピロリ菌感染関連検査所見：尿素呼気試験陰性，ペプシノーゲン法陰性，抗ピロリ菌抗体陰性。

胸腹部X線およびCT所見：有意な所見を認めず。

EGD所見：背景粘膜には萎縮所見を認めず，胃体部～胃角部にregular arrangement of collecting venules

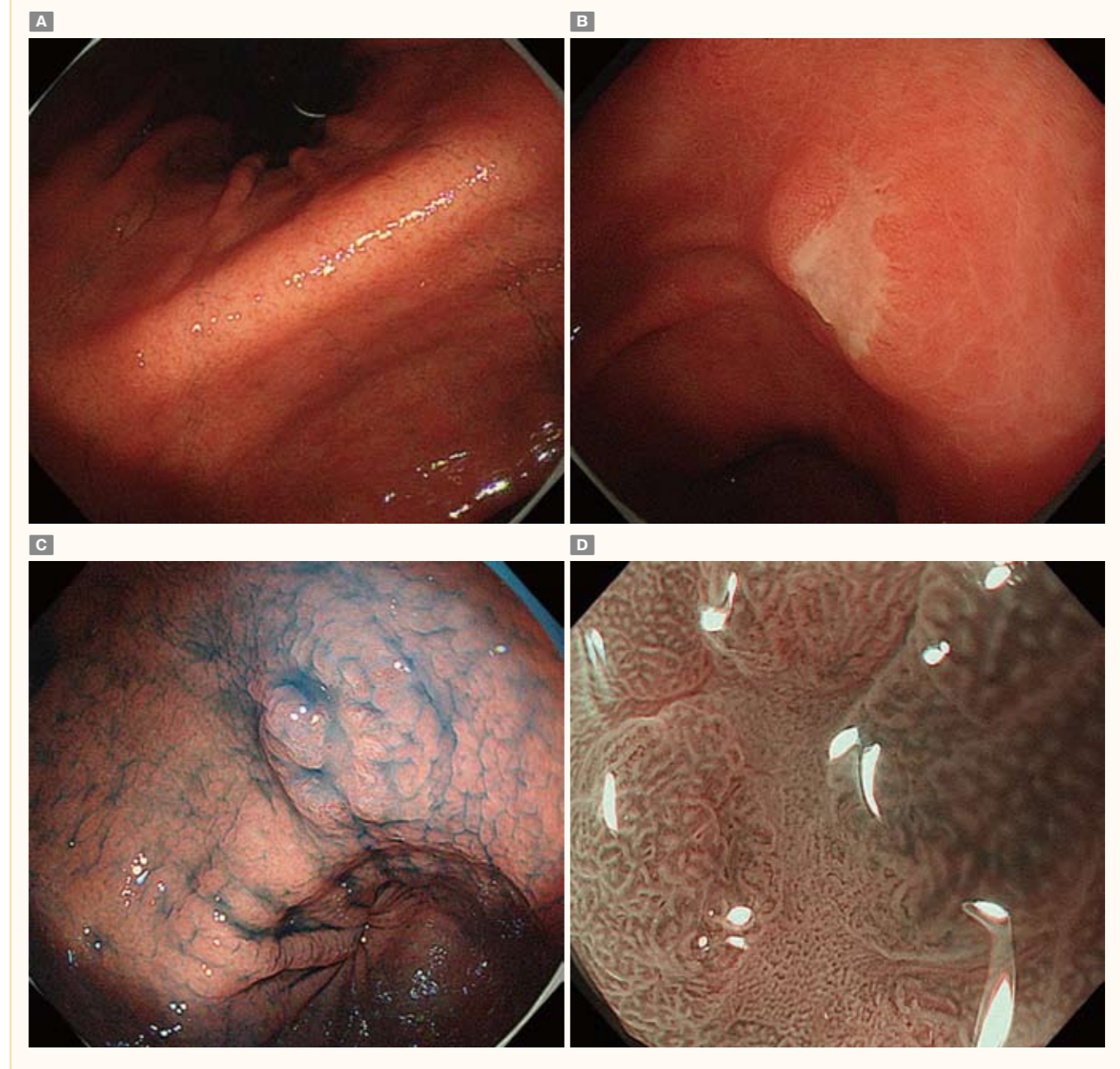


図1 治療前内視鏡像  
A. 萎縮のない背景粘膜。  
B. 前庭部小彎にやや黄色調の0-IIc病変。  
C. インジゴ散布で境界明瞭。  
D. ME-NBIでwhite zone内にloop状の異型血管を認める。

(RAC)を認めた<sup>8)</sup>。

胃前庭部小彎後壁に，腫瘍径10mm大の白色光観察で軽度黄色調の周囲に反応性隆起と思われる隆起を伴う0-IIc型病変を認めた。

狭帯域光併用拡大内視鏡観察 (ME-NBI) では，陥凹部に一致してloop状の異型血管所見を認めた (図1)。

### 治療経過

予測深達度は粘膜内，腫瘍径 10mm，潰瘍所見なし，分化型癌と診断して内視鏡治療ガイドラインに従い内視鏡的粘膜下層剝離術 (ESD) の適応病変と診断し，一括切除を行った (図2)。