

—症例から学ぶ—

出血性胃潰瘍（吐血）を契機に発見された同時性多発早期胃癌の1例

坊 英樹¹ 豊田 哲鎬¹ 近藤 恭司¹
 渡辺 昌則¹ 徳永 昭¹ 田尻 孝²

¹日本医科大学武蔵小杉病院消化器病センター

²日本医科大学大学院医学研究科臓器病態制御外科学

A Case of Gastric Cancer Diagnosed by Endoscopy Performed for Bleeding
 from a Coexisting Gastric Ulcer

Hideki Bou¹, Tetsutaka Toyoda¹, Kyouji Kondou¹,

Masanori Watanabe¹, Akira Tokunaga¹ and Takashi Tajiri²

¹Institute of Gastroenterology, Nippon Medical School Musashi Kosugi Hospital

²Surgery for Organ Function and Biological Regulation, Graduate School of Medicine, Nippon Medical School

Abstract

A 65-year-old man visited our hospital because of hematemesis. Endoscopic examination revealed a hemorrhagic gastric ulcer in the upper body of the stomach and also type IIc and type II a early gastric cancer. We performed total gastrectomy with a Roux-en-Y reconstruction. Thus, in cases of hematemesis originating from a stomach lesion, it is extremely important to closely examine not only the lesion itself, but also regions other than the lesion, especially in the anal aspect of the stomach, during endoscopy¹.

(日本医科大学医学会雑誌 2009; 5: 53-56)

Key words: early gastric cancer, gastric ulcer, hematemesis, gastroscope

症例供覧

(1) 患者背景

68歳男性。仕事は会社員。既往歴：40年前右鼠径ヘルニアにて根治術、3年前痔瘻にて根治術施行、1年前より前立腺肥大にてハルナール内服中、難聴であるが治療通院歴なし。家族歴：15年前に妻が心臓病にて他界、その後独り暮らしである。生活歴は20歳より1日タバコ20～30本、飲酒は1日3合程度である。

(2) 現病歴

2,3日前より心窩部痛あり。平成20年5月夜間赤褐色調の吐血を認めたため救急車にて当院へ搬送となる。

(3) 初診時現症

身長158.5 cm, 体重58.5 kg, BMI 23.3。意識清明。血圧128/72 mmHg。脈拍数84/分 整。呼吸数20/分。結膜に貧血・黄疸なし。胸部は心音・呼吸音ともに異常を認めない。腹部は上腹部に軽度圧痛認めるが反跳痛・筋性防御認めず。浮腫なし。

Correspondence to Hideki Bou, Institute of Gastroenterology, Nippon Medical School Musashi Kosugi Hospital, 1-396 Kosugi-cho, Nakahara-ku, Kawasaki, Kanagawa 211-8533, Japan

E-mail: bou@nms.ac.jp

Journal Website (<http://www.nms.ac.jp/jmanms/>)

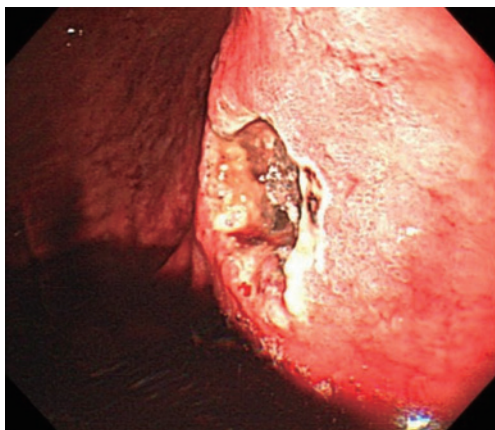


写真 1-① 初診時 GS；胃体上部後壁 Forrest IIb

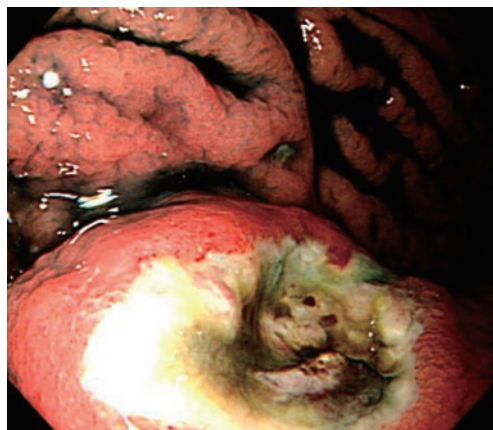


写真 2-① 入院翌日 GS；胃体上部後壁 Forrest IIa
病理組織診；Group II
その近傍 Kissing ulcer



写真 1-② 初診時；胃角部小弯前壁扁平隆起性病変

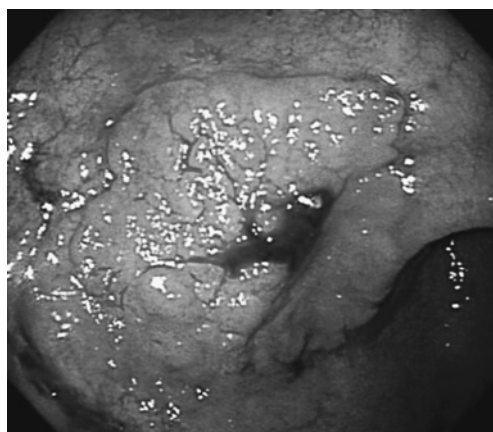


写真 2-② 入院翌日；胃角部小弯前壁扁平隆起性病変
病理組織診；Group III (Tubular adenoma
with sever atypia)

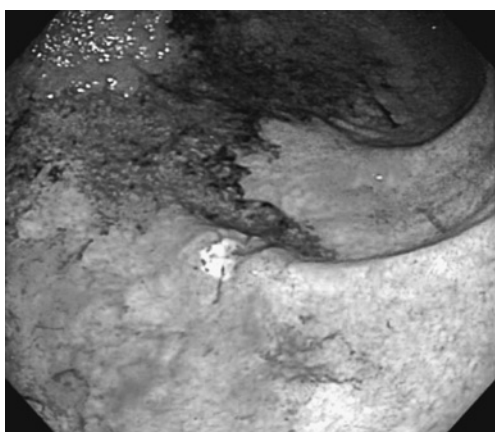


写真 1-③ 初診時；胃体下部大弯潰瘍 (A2 stage)
その肛側に潰瘍癒痕

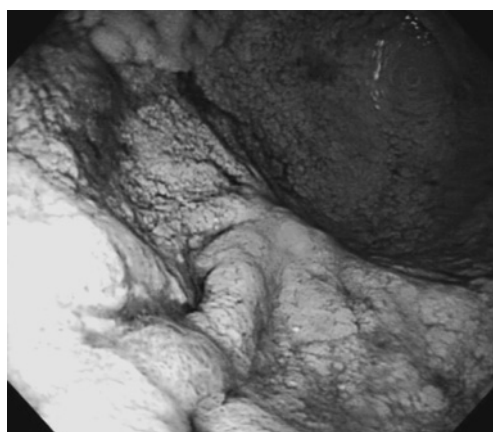


写真 2-③ 入院翌日；胃体下部大弯 IIC 様病変
病理組織診；Group II
その口側潰瘍性病変 (H1 stage)
病理組織診；Group III (Atypical gastric
mucosa)

(4) 初診時検査所見

初診時採血は表 1 に示す。特に貧血を認めず、血液生化学所見では尿にてケトン体±、また軽度の BUN, T-Bil, BS, CRP の上昇認める以外異常所見なし。緊

急上部内視鏡所見では、胃内に凝血塊の貯留あり、写真 1-① に示すように胃体中上部後壁に約 1.5 cm 大、

表1 検査成績 (入院時)

末梢血		血液生化学	
白血球数 (μL)	9,400	ALP (IU/L)	181
赤血球数 (×10 ⁴ /μL)	425	GOT (IU/L)	19
Hb (g/dL)	14.4	GPT (IU/L)	15
Ht (%)	40.7	LDH (IU/L)	140
血小板数 (×10 ³ /μL)	185	AMY (IU/L)	47
		TP (g/dL)	6.0
尿		ALB (g/dL)	3.7
蛋白	—	BUN (mg/dL)	36.5
糖	—	Cr (mg/dL)	0.61
潜血	—	Na (mEq/L)	141
ケトン体	±	K (mEq/L)	4.0
		Cl (mEq/L)	108
		T-Bil (mg/dL)	1.37
		FBS (mg/dL)	154
		CRP (mg/dL)	0.9

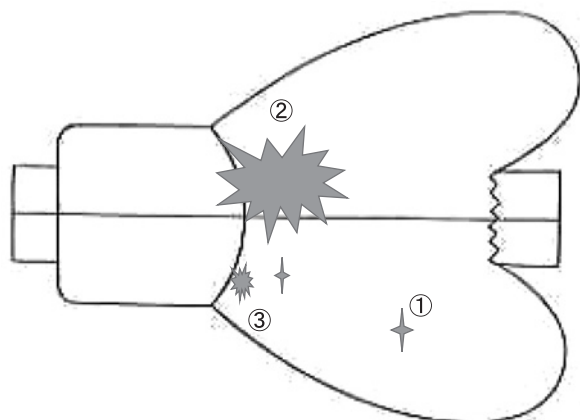


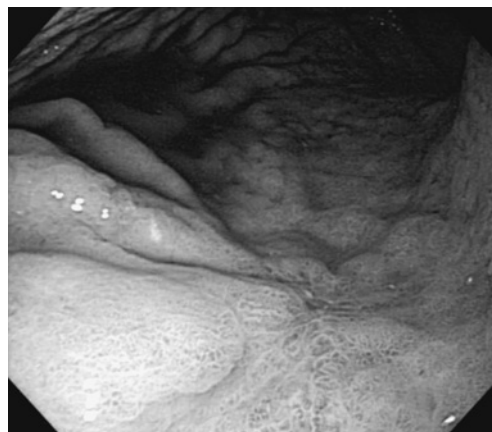
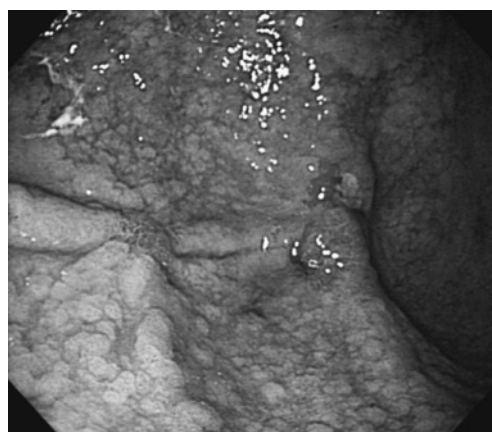
図1

- ①：胃体上部後壁出血性潰瘍 (Forrest IIb)
 ②：胃角部小弯前壁扁平隆起性病変
 ③：胃体下部・胃角部大弯潰瘍 (A2 stage)
 その肛門側に潰瘍瘢痕

潰瘍底に凝血塊付着した (Forrest IIb) の出血性胃潰瘍を認めた。写真1-②に示すように胃角部前壁に4~5 cm 大扁平隆起性病変、写真1-③に示すように胃体下部大弯に1 cm 大露出血管伴わない A2 stage の胃潰瘍を認めた。検査中、活動性出血はみられず内視鏡的止血術は施行しなかった。病変の位置関係は図1参照。

診断と治療経過

出血性胃潰瘍の診断にて入院加療となった。絶食にて経静脈的酸分泌抑制剤 (H2RA; ファモチジン 40 mg/day) にて治療開始。翌日 (入院2日目) 再出血の有無の確認、生検精査目的にて上部内視鏡検査施

写真3-① 入院13日目; 胃体上部後壁潰瘍瘢痕
病理組織診; Group I写真3-② 入院13日目; 胃角部小弯前壁扁平隆起性病変
病理組織診; Group V写真3-③ 入院13日目; 胃体下部大弯潰瘍性病変
病理組織診; Group V
その口側に Ilc 様病変
病理組織診; Group I

行。写真2-①に示すように、今回は潰瘍底に露出血管 (Forrest IIa) を認めたため HSE 局注にて予防的

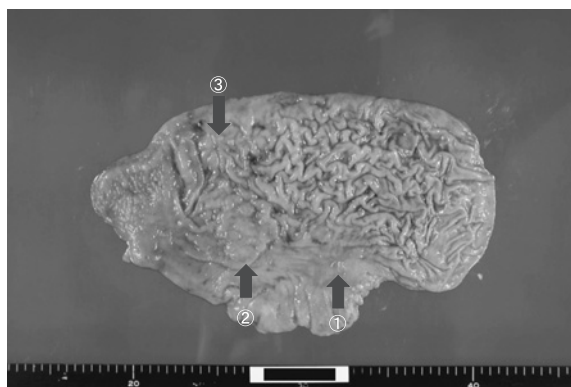


写真4 切除標本（小弯切開）

- ① : Gastric ulcer
- ② : Tubular adenocarcinoma, well differentiated type, IIa, 5×4.5 cm, m, int, INFα, ly0, v0, n0, pm-, dm-, stage IA
- ③ : Tubular adenocarcinoma, well differentiated type, IIc, 0.6×0.7 cm, sm1, int, INFβ, ly0, v0, n0, pm-, dm-, stage IA

止血術施行。さらに、潰瘍辺縁の不整所見認めたため、同部より2カ所生検。写真2-②に示す胃角部前壁の5×4 cm大、やや白色調の扁平隆起性病変に対し生検2カ所。写真2-③に示す胃体下部大弯のひだ集中を伴うIIc様病変に対し2カ所生検、その口側にA2~H1 stageの胃潰瘍より生検1カ所。また、迅速ウレアーゼテストは陽性。入院7日目より経口摂取開始。入院13日目に上部内視鏡検査再検とした。写真3-①, ②, ③に示すように、胃角部小弯前壁の扁平隆起性病変(②)と胃体下部大弯のひだ集中をともなうIIc様病変に新たな潰瘍形成を認め(③)、同部よりGroup V, ①はGroup Iであった。

以上より胃潰瘍からの出血を契機として上部内視鏡

検査にて発見された同時多発性胃癌と診断し、術前検査の上、平成20年6月外科的治療を行った。

cStage IA. 胃全摘術 D1+α 施行。

切除標本：写真4

組織所見：写真4①：Gastric ulcer scar. 写真4②：Tubular adenocarcinoma, well differentiated type, 0-IIa, 5×4.5 cm, m, int, INFα, ly0, v0, n0, pm-, dm-, stage IA. 写真4③：Tubular adenocarcinoma, well differentiated type, 0-IIc, 0.6×0.7 cm, sm1, int, INFβ, ly0, v0, n0, pm-, dm-, stage IA.

術後経過順調にて術後12日目に退院。現在外来通院中である。

診療のポイント：出血性胃潰瘍の診断治療は緊急を要し内視鏡的止血術は重要な治療手段である。しかしながら、止血術だけにとらわれるのではなく、胃癌との鑑別や出血性潰瘍以外の部位における、癌の併存を考慮するとともに、今回のような慎重な経過観察が重要であることを忘れてはならない¹⁾。

文 献

1. 坊 英樹, 駒崎敏昭, 前島顕太郎, 松信哲朗, 鈴木洋一, 山田雄介, 重光剛志, 渡辺昌則, 徳永 昭: 胃潰瘍併存胃癌の検討. Progress of Digestive Endoscopy 2004; 65: 34-37.

(受付：2008年12月5日)

(受理：2009年1月9日)