

# 内視鏡的に切除できた十二指腸腺腫の1症例

田北会田北病院外科  
辰巳満俊 西沼 亮

## TUBULO-VILLOUS ADENOMA OF DUODENUM REMOVED BY ENDOSCOPIC POLYPECTOMY

MITSUTOSHI TATSUMI and TORU NISHINUMA

Department of Surgery, Takita Hospital

Received December 16, 2002

**Abstract :** A 51-year-old man was found to have an abnormal polypoid lesion on UGIs of a health examination and was admitted to our hospital. Duodenogram showed a pedunculated polypoid lesion (12mm in diameter) in the third portion of the duodenum and endoscopic examination revealed that the surface was villous. The histological diagnosis of a biopsy specimen was villous adenoma.

Endoscopic polypectomy was performed without any accidental complications. Histology of resected specimen revealed tubulo-villous adenoma with no malignancy.

Although opportunities to detect duodenal polypoid lesions are increasing recently, tubulo-villous adenoma of the third portion of the duodenum is rare.

**Key words :** tubulo-villous adenoma, duodenum, endoscopic polypectomy

### 緒 言

十二指腸の腫瘍性病変は他の消化管に比べると頻度が少ない。また十二指腸の腺腫は無症状で経過することが多く、解剖学的な構造から内視鏡治療においても他臓器とは異なった注意や手技が必要であると考えられる。今回我々は、健康診断で偶然発見された十二指腸腺腫を内視鏡的に切除することができたので報告する。

### 症 例

症例は51歳男性、無症候で受診した健康診断の上部消化管透視で十二指腸に隆起性病変の存在を疑われ、精査のために施行された上部消化管内視鏡検査で十二指腸腺腫と診断された。加療目的で当科に紹介された。

#### 初診時理学所見

体格：中等

結膜：黄染（-）貧血（-）。表在リンパ節腫脹なし。

胸部：異常所見なし。

腹部：視診・触診上異常所見を認めず。

#### 検査所見

末梢血球検査・生化学的検査・腫瘍マーカー等に異常所見は見られなかった。

#### 上部消化管透視

食道・胃には明らかな異常所見は見られず。十二指腸第3部に有茎性の隆起性病変を認めた。(Fig.1)

#### 初回の上部消化管内視鏡検査

食道には異常所見を認めず。胃体部に軽度の発赤・腫脹を認め胃炎と考えられた。十二指腸球部は進展性良好で、潰瘍などの異常所見を認めなかった。Vater乳頭部に異常所見は見られず、それより約3cm肛門側の第3部に、表面が絨毛状で、直径12mmの短い有茎性のポリープを認めた(Fig.2)。生検結果は絨毛腺腫であった。

#### 内視鏡的腺腫切除術

2001年8月6日、内視鏡的ポリープ切除術を施行した。内視鏡を十二指腸第3部まで進め、スネアを用いて経内



Fig. 1. 上部消化管透視：  
十二指腸の第3部に有茎性のポリープを認めた。

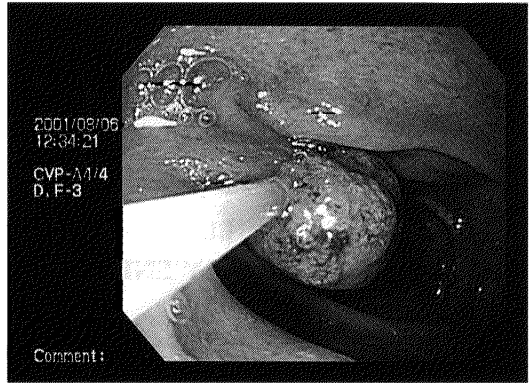


Fig. 3. 内視鏡的ポリープ切除術：  
スネアを用いて内視鏡的にポリープを切除した。

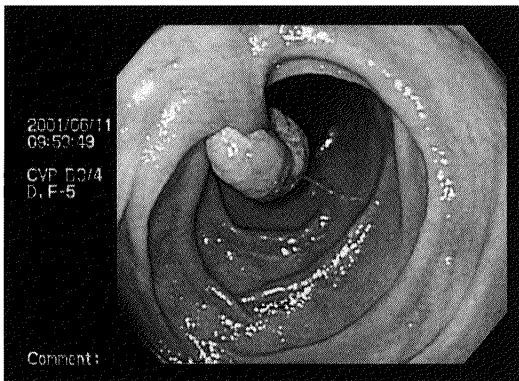


Fig. 2. 初回の上部消化管内視鏡検査：  
 Vater 乳頭部より 30mm 肛門側に入った十二指腸第3部に表面に絨毛状構造を持つ直径 12mm の有茎性の腺腫を認めた。生検の結果では villous adenoma であった。

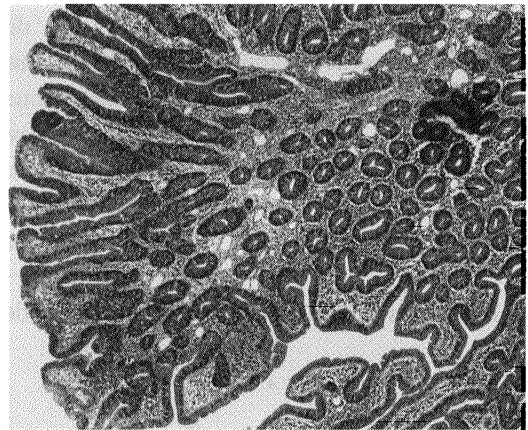


Fig. 4. 病理組織学的検査(H&E)：  
中等度の異型性を持つ円柱状細胞が分岐状・管状に増生していた。

視鏡的ポリープ切除術を施行した (Fig.3).

摘出された標本は大きさ 12 × 8 × 7 mm で、有茎性の絨毛状のポリープであった。

病理組織

Hematoxylin & Eosin 染色では、核小体の認識される濃染された卵円形の核を有する円柱状細胞が分岐状、管

状腺管を形成しつつ増生していた。核分裂像も散見された。切除断端に腫瘍の残存は見られなかった (Fig.4)。また p53・Ki-67 の免疫組織染色を施行したところ、p53、Ki-67 とも表層上皮を除いて腺腫内部の小型腺管を形成する細胞の核が染色されていた (Fig.5)。

以上の所見から腺管絨毛腺腫と診断された。

経過

術後は特筆すべきことなく経過し、3日後の上部消化管内視鏡検査は、切除部位には活動性の出血は見られず、

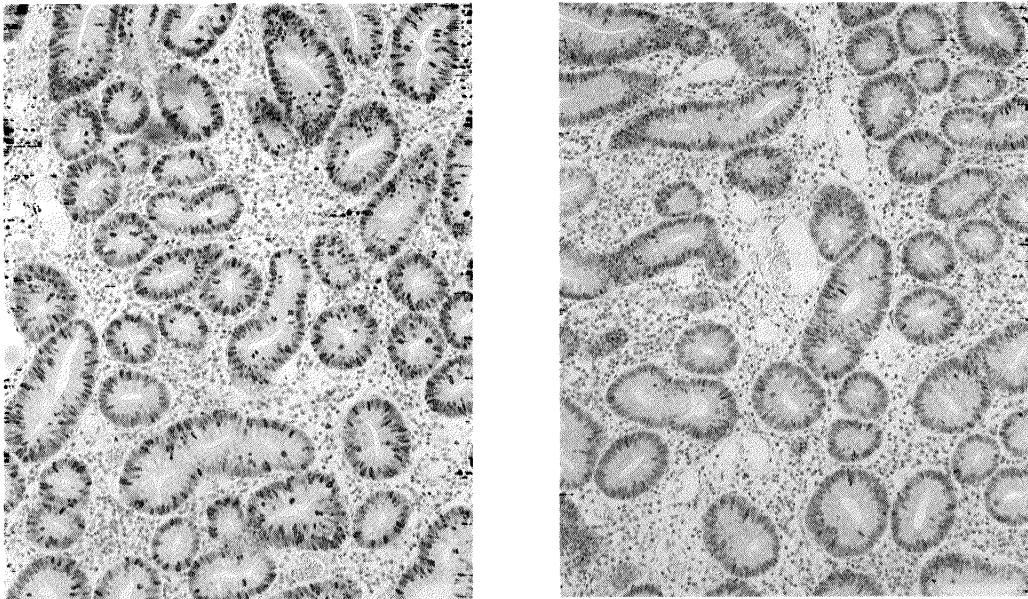


Fig. 5. 免疫組織学的検査(左:ki-67 右:p53):  
双方ともに表層上皮を除いて腺腫内部を腺管を形成する細胞の核に発現を認めた。

切除断端はH1 stage 相当の潰瘍を形成していた。4日後の2001年8月10日退院。切除後1年4ヶ月経過しているが、切除断端部分、周辺部位に明らかな異常を認めていない。

## 考 察

小腸腫瘍はまれな疾患で、全消化管腫瘍の約5%であり、このうち十二指腸には小腸の良性腫瘍の約35%、小腸悪性腫瘍の約17%が発生するとされている<sup>1)</sup>。近年、消化管内視鏡検査の発達で、十二指腸の隆起性病変が多数発見されるようになってきた。

原岡らは1990年10月から2001年9月に福岡大学筑紫病院及び関連施設で病理組織学的検索がなされた1207例の十二指腸腫瘍及び腫瘍様病変中、最も多かったのは異所性胃粘膜74.5%で、続いて腺腫(8.5%)、アミロイドーシス(4.4%)、カルチノイド(2.9%)、Brunner腺腫(2.5%)、腺癌(2.2%)、悪性リンパ腫(0.9%)などの順であったと報告している<sup>2)</sup>。

一方十二指腸腺腫は全消化管腺腫の0.05%以下<sup>3)</sup>、小腸の良性腫瘍の約1/3を占める<sup>4)</sup>。

過去の報告では十二指腸腺腫は大部分が第1部、第2部にみられ、第3部より肛門側での発生は少ないとされる<sup>5,6)</sup>。また肉眼的・組織学的には大腸腺腫に類似した管状腺腫、管状絨毛腺腫、絨毛腺腫に分類されるが、本邦

では管状腺腫成分の多いのが特徴で、純粋な絨毛腺腫は少ないとされる<sup>7,8)</sup>。

十二指腸に発生する腺腫は癌化する可能性も考慮される<sup>7,8)</sup>。一般に小腸腺腫の癌化については、管状腺腫22-23%、絨毛腺腫の30-60%発生するとされ<sup>9)</sup>、腫瘍の増大に伴い癌化率が高くなると考えられている<sup>8)</sup>。沼田らは十二指腸腺腫の中でも絨毛腺腫及び管状絨毛腺腫は、肉眼的には単発性、発赤調、顆粒状から結節状で、1cm以上のものが多いとしている<sup>9)</sup>。また山中らは腺管絨毛腺腫の5例の報告で、組織学的に異型度の高いものでは顆粒状分葉傾向を呈し、発赤調で光沢が低下していると述べている<sup>9)</sup>。けれども十二指腸腺腫では組織学的異型度は軽度でも、構造異型のきわめて強い症例も見られ、生検のみでは確定診断に到達できない事もあり<sup>10)</sup>、こうした観点から、十二指腸に腺腫を認めたときには生検の部位や数など確実な病理組織検査の施行が必要であり、できる限り病変の切除が望まれる。

ところが一方、十二指腸は他の消化管に比べて壁が薄く、管腔も狭い<sup>11)</sup>。また前面を腹膜に固定された後腹膜器官というその解剖学的特徴から、1.内視鏡下に送気しても十分内腔が拡張せず、視野の確保が困難であること、2.スネア操作が困難でかつ摘出組織を回収できない危険性があること、脾など実質臓器と密接している点などから内視鏡的なポリペクトミーは困難を伴うことが多い<sup>12)</sup>。

今回の症例では腺腫は十二指腸第3部に存在しており、内視鏡的切除の困難さが予想されたが、切除前の生検では絨毛腺腫の診断で、悪性化した部分が存在する可能性を否定できなかったことからポリープ切除術を施行した。

本症例では比較的長い茎部を持つポリープであったことから、術前・術後に特筆すべき合併症を経験することなく内視鏡的にポリープ切除術を完遂することができた。

摘出された標本の病理組織学的検査では腺腫の表面部分に縦方向に伸長した絨毛構造を認め、深部には管腔構造を認めた。また核の異型度は中等度で悪性所見を認めなかったことから、管状絨毛腺腫と診断された。

p53やKi67の免疫組織学的発現から増殖活性や悪性度を検討した報告も見られ<sup>13)</sup>、本症例においても両者の免疫組織学的検討からは高い増殖活性を持っていると考えられたが、H&E、免疫組織染色のいずれにおいても強く悪性を示唆する所見は得られなかった。これら良性の腺腫における免疫組織学的検討の意義については症例を重ねて検討していく必要があると考えられた。

## 文 献

- 1) Hanbrich, W. S. : Duodenal tumors. In Bockus Gastroenterology, 5th ed. WB Saunders, Philadelphia, pp 875-881, 1995.
- 2) 原岡誠司, 岩下明德: 十二指腸粘膜の特異性と小病変の病理—特に腫瘍および腫瘍様病変について. 胃と腸 36: 1469-1480, 2001.
- 3) Perzin, K. H. and Bridge, M.F. : Adenomas of the small intestine: a clinicopathologic review of 51 cases and a study of their relationship to carcinoma. Cancer 48 : 799-819,1981.
- 4) Ashley, S.W. and Wells, S.A. : Tumors of the small intestine. Semin Oncol 15: 116-128,1988.
- 5) 川元健二, 牛尾恭輔, 井野彰浩, 他: 腫瘍性・腫瘍様十二指腸小病変の診断. 胃と腸 36 : 1507-1527, 2001.
- 6) 戸井雅和, 江崎武春, 白水俱弘, 他: 十二指腸腺管絨毛腺腫の1例. 消化器外科 8 : 1911-1915, 1985.
- 7) 光野正人, 田原昌人, 木曾光則, 他: 十二指腸腺腫の癌化—症例報告と十二指腸腺腫における組織型別の癌化に関する文献的考察. 癌の臨床 31 : 341-349, 1985.
- 8) 山中實世, 山道 昇, 小西二三男: 十二指腸腺腫の臨床病理学的検討. Gastroenterological Endoscopy 29 : 3070-3079, 1987.
- 9) 沼田和司, 田尻久雄, 吉田茂昭, 他: 十二指腸良性隆起性病変の内視鏡学的検討. 消化器内視鏡の進歩 35 : 161-165, 1989
- 10) 荻原 泰, 吉田茂昭, 田尻久雄, 他: 十二指腸悪性病変の内視鏡診断. 消化器内視鏡の進歩 27 : 192-196, 1985.
- 11) 芳野純治, 乾 和郎, 若林貴夫, 他: 腫瘍性・腫瘍様十二指腸小病変の内視鏡治療. 胃と腸 36 : 1541-1545, 2001.
- 12) 宗清正紀, 魚住 浩, 松村 洋, 他: 十二指腸腺管絨毛腺腫の1例. 福岡大医紀 19 : 463-468, 1992.
- 13) Fujimaki, E., Nakamura, S., Sugai, T. and Takeda, Y.: Brunner's gland adenoma with a focus of p53-positive atypical glands. J. Gastroenterol. 35 : 155-158, 2000.