

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

北海道外科雑誌 (1994.12) 39巻2号:122～126.

幽門狭窄症状を呈した胃の異所性膵の1例

安部達也、山崎成夫、石原邦洋、三浦哲哉、田辺 康、草野真暢、大原正範、岡安健至、細川正夫、塚越洋元、清水勇一、藤田昌宏

# 幽門狭窄症状を呈した胃の異所性膵の1例

安部 達也<sup>1)</sup> 山崎 成夫<sup>1)</sup> 石原 邦洋<sup>1)</sup> 三浦 哲哉<sup>1)</sup>  
田辺 康<sup>1)</sup> 草野 真暢<sup>1)</sup> 大原 正範<sup>1)</sup> 岡安 健至<sup>1)</sup>  
細川 正夫<sup>1)</sup> 塚越 洋元<sup>2)</sup> 清水 勇一<sup>2)</sup> 藤田 昌宏<sup>3)</sup>

## 要 旨

症例は54歳，男性。主訴は上腹部膨満感，嘔気。幽門部大弯側に嚢胞性腫瘤を認め胃嚢胞と診断，幽門側胃切除術を施行した。病理組織学的検査で固有筋層に膵外分泌腺，導管，ラ氏島を認め，Heinrich I型異所性膵と診断され，嚢胞は異所性膵の慢性炎症により二次性に導管が拡張したものと考えられた。

**Key Words**：胃嚢胞，異所性膵，胃粘膜下腫瘍，超音波内視鏡

## はじめに

異所性膵は胃，十二指腸，空腸などに発生し，膵炎，潰瘍形成，壊死，腫瘍性変化，ホルモンの異常分泌などの正常膵と同様の病理学的変化をきたすことにより臨床症状を呈することが知られている。今回我々は，嚢胞を形成し幽門狭窄症状を呈した胃の異所性膵の症例を経験したので報告する。

## 症 例

患者：54歳，男性。

主訴：嘔気，上腹部膨満感。

既往歴：平成4年，痔核にて手術。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成6年2月，上腹部痛を主訴に近医受診し，上部消化管内視鏡にて幽門部狭窄を指摘され，当院紹介となった。

入院時現症：貧血，黄疸は認めず，腹部は平坦，軟で肝，脾および腫瘤は触知しなかった。

入院時検査所見：一般検血は異常なし。血液生化学では血清アマラーゼが209IU，尿中アマラーゼが

961IUと軽度上昇していた。

上部消化管造影所見（図1）：幽門部大弯側に，胃外からの圧迫もしくは胃粘膜下腫瘍と思われる表面平滑な半球状の腫瘤と，これによる幽門狭窄を認めた。

胃内視鏡所見（図2）：幽門大弯側に，正常粘膜に覆われた直径約4cmの隆起性病変を認めた。

腹部CT所見（図3）：胃幽門付近に直径約4cmの

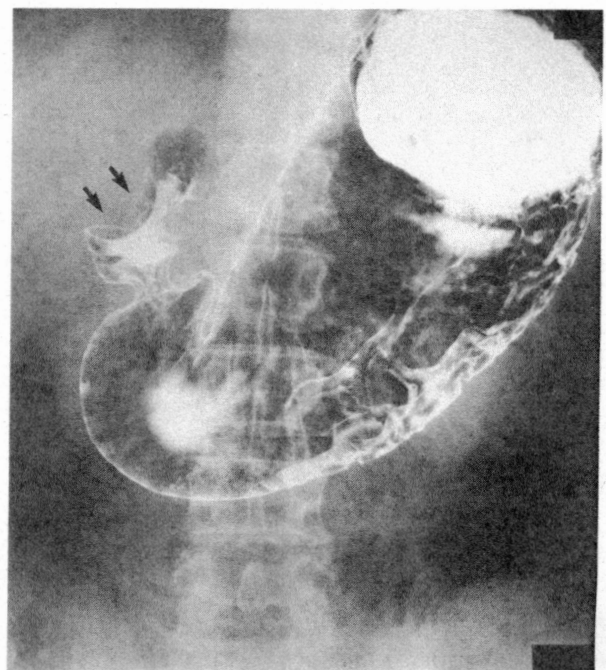


図1 上部消化管造影

恵佑会札幌病院外科<sup>1)</sup>  
同 内科<sup>2)</sup>  
国立札幌病院病理部<sup>3)</sup>

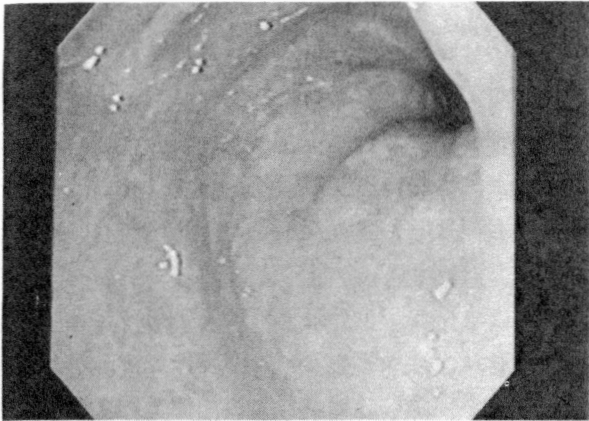


図2 胃内視鏡検査

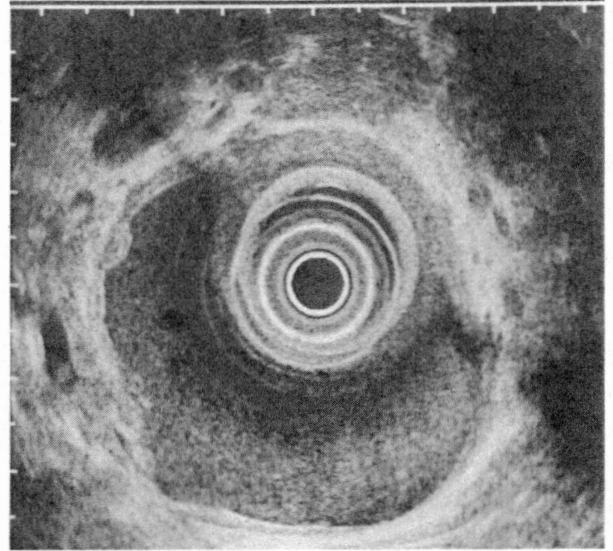


図5 超音波内視鏡像

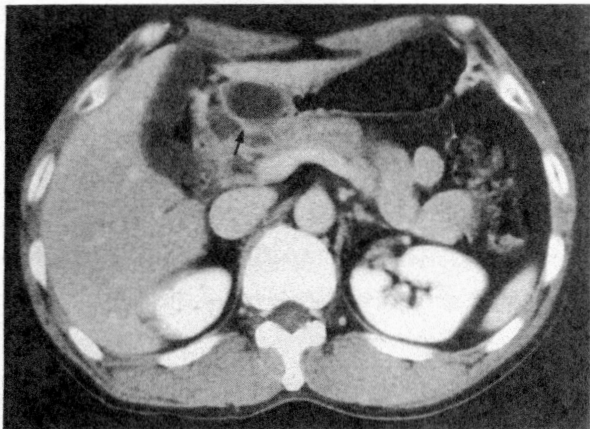


図3 腹部CT検査

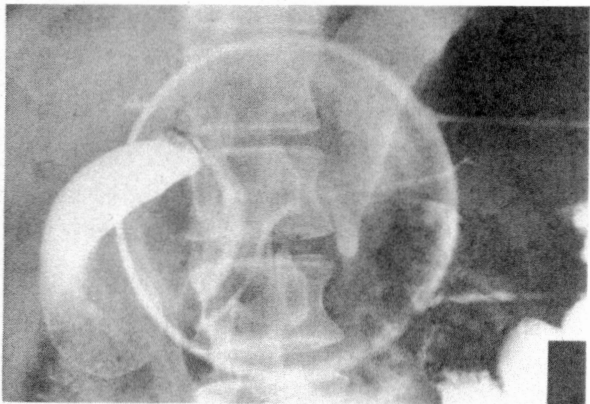


図4 ERCP像

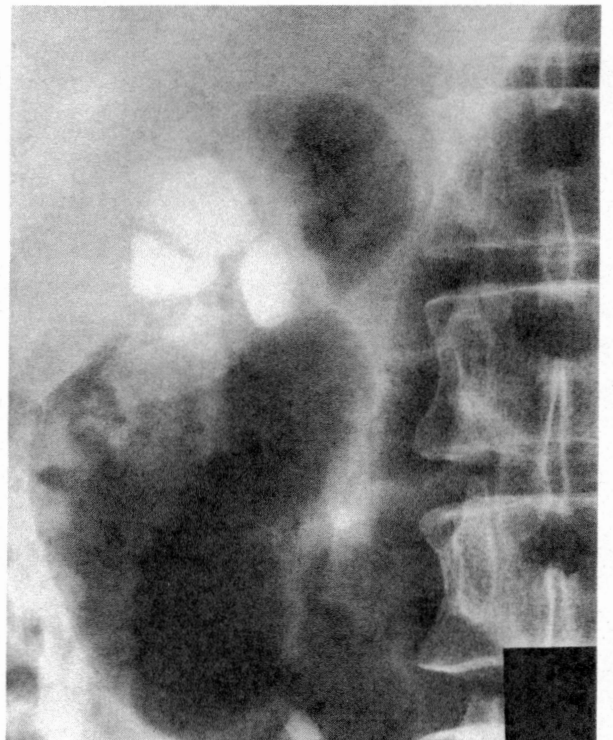


図6 内視鏡下嚢胞造影

辺縁整，内部均一な low density area を認めた。

ERCP 所見 (図4)：膵管，胆管には異常を認めないが，胆嚢が左側より圧排されていた。

超音波内視鏡所見 (図5)：胃固有筋層に連続する径約4 cmの cystic lesion を認めた。しかし内部は完全な無エコーではなく，若干 echogenic な物質がみられ

た。

内視鏡下嚢胞造影 (図6)：内視鏡下に腫瘤を窄刺し造影剤を注入したところ，単房性の嚢胞像を認めた。(最初に誤って粘膜下層に造影剤を注入したため多房性に見える。)

以上より，胃嚢胞と診断し，幽門狭窄症状が続くため，幽門側胃切除術を施行した。

切除標本肉眼所見 (図7)：幽門部は全周性に肥厚

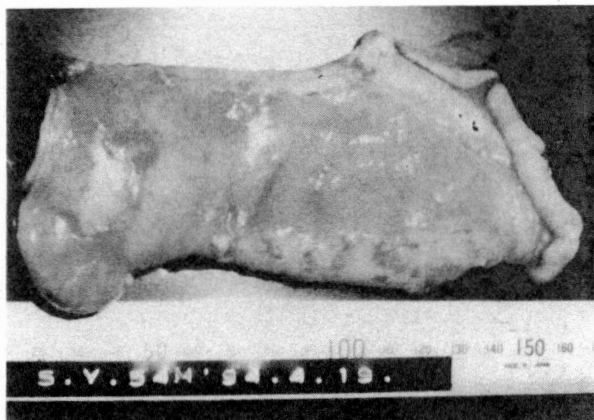


図7 切除標本 (正面像)

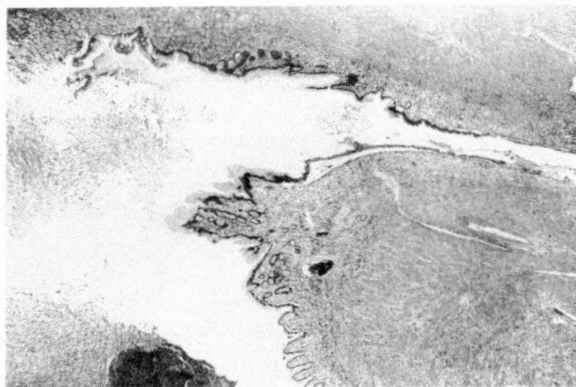


図8 嚢胞壁 HE.原拡大×10

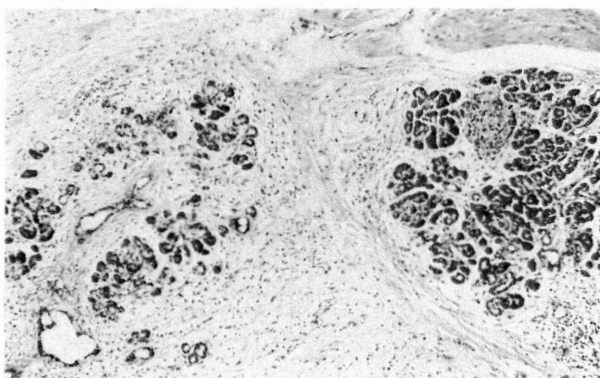


図9 異所性膵組織 HE.原拡大×25

しており、大弯側に正常漿膜に覆われた4.5×4.0cmの半球状の腫瘤を認めた。腫瘍の剖面は淡黄色透明の粘稠な貯瘤液を伴う嚢胞であった。

病理組織学的所見：ルーペ像では嚢胞の主座は、固有筋層にあり、嚢胞壁の大部分は単層円柱上皮に覆われるが、一部乳頭状増生を認めた(図8)。この部位の上皮は高円柱上皮で構成され、核は異型性は認めな

いが偽重層を呈し、細胞質は明調小空胞状であった。嚢胞周囲には膵外分泌腺、導管、ラ氏島を認め、炎症性細胞浸潤、線維性組織の増生を伴っていた(図9)。以上の病理所見より、本症例はHeinrich I型異所性膵と診断され、嚢胞は導管が慢性炎症により、二次性に拡張したものと考えられた。

## 考 察

異所性膵は、迷入膵あるいは副膵などとも呼ばれ、本来の膵から完全に分離、独立し、他臓器の中に存在し、膵構造を示す組織塊と定義されている<sup>1)</sup>。発生原因について定説はないが、個体の発生過程における形成異常説が有力である。すなわち前腸からの分化過程で、膵になるべき上皮が胃になるべき部分に迷入したものと考えられてきた。しかし、異所性膵組織内での細胞分化が種々の段階で存在していることが少なくないことから、将来胃になるべき細胞の膵への異分化の可能性も示唆されている<sup>2)</sup>。

異所性膵は、臨床的には上腹部手術500例に1例で、剖検例では0.2~5.6%にみられると報告されている<sup>3)</sup>。集計からは男性が68%で、年齢は30歳代から50歳代に多く、大きさは1.0~5.0cmが87%を占め、96%が単発である<sup>4)</sup>。

Pearson<sup>5)</sup>によると、局在部位は十二指腸30%、胃25%、空腸15%、回腸3%、Meckel憩室6%であり、他に胆嚢、総胆管、肝臓、脾臓、縦隔などの報告がある。胃では80%が前庭部で、大弯側が多く、粘膜下層に73%、固有筋層に17%、漿膜下層に10%がみられている<sup>6)</sup>。

内視鏡的には比較的丈の低い、なだらかな立ち上がりの隆起で、中央がやや陥凹した粘膜下腫瘍として観察されることが多い<sup>7)</sup>。

異所性膵組織内では正常膵組織に伴い、膵炎、嚢胞形成、潰瘍形成、壊死、腫瘍性変化、胆道や幽門の狭窄ならびに閉塞、ホルモンの異常分泌といった病理学的変化がみられる。しかしながら、異所性膵の多くは内視鏡検査や切除標本、あるいは剖検時に偶然に発見されており、臨床症状を呈するのは約半数に過ぎない<sup>8)</sup>。最も多い臨床症状は心窩部痛で、その他に腹部不快感、腹部膨満感、嘔気、嘔吐、下痢などが挙げられている<sup>3)・6)</sup>。異所性膵自体による症状はむしろ稀で、合併する胃十二指腸潰瘍、胆石などによるものが多い。本症例のように巨大な嚢胞を形成し、幽門狭窄症状を

呈した胃の胃所性膵の報告は極めて稀である<sup>9),10),11)</sup>。異所性膵による幽門狭窄の機序について, Mollitt ら<sup>12)</sup>は, 異所性膵による持続的な刺激が幽門筋の spasm や肥厚を招来し, さらに膵に慢性の炎症性変化が加わり, 狭窄を助長していると推測している。本症例においても, 術前に血清アミラーゼ値の上昇がみられ, 組織学的に炎症性細胞浸潤, 間質の線維性組織の増生などがみられたことから, 炎症による刺激が幽門筋の肥厚をもたらし, さらに嚢胞形成が狭窄を増悪させたと考えられる。

胃粘膜下腫瘍の診断において従来から行われている内視鏡検査, X線検査は, 粘膜表面に表れた腫瘍の間接所見の観察には有用であるが, 腫瘍の正確な大きさ, 発育形態, 由来組織, 壁外圧迫との鑑別, 質的診断などに関する情報は十分に得難い。これに対し EUS は壁外部分を含む腫瘍の直接所見が得られる利点がある。寺下ら<sup>13)</sup>によれば, EUS では壁外性圧迫との鑑別, 胃壁内局在部位の診断が容易で, かつ信頼度が高いため, 嚢腫, 血管腫, 脂肪腫などはその局在, 内部エコーを検討することにより質的診断も可能であると述べている。異所性膵と癌化との関連性については, 胃の迷入膵の癌化例の報告はさきわめて少なく<sup>14),15)</sup>, 胃癌切除例中の0.2%とされている<sup>16)</sup>。異所性膵の治療は, 臨床症状を呈するもの, 悪性化, insulinoma の疑われる症例では外科的処置の対象となるが, 内視鏡などで偶然に発見され, 無症状のものは経過観察でよい。

## 結 語

嚢胞形成により幽門狭窄を呈した胃の異所性膵の1切除例を経験したので, 文献的考察を加えて報告した。

## 文 献

- 1) 両田実喜男, 副島和彦, 諸星利男, 他 (1984): 迷入膵. 肝胆膵, B: 513-520.
- 2) 山際裕史, 大西徹哉, 西井宗男 (1991): 胃内異所性膵組織の組織学的検討. 臨床病理, 8: 881-885.
- 3) Barbosa, J., Dockerty, B., Waugh, M. (1946): Pancreatic heterotopia. Surg. Gynecol Obstet., 82: 527-542.
- 4) 大井 実, 三穂乙実, 伊東 保, 他 (1967): 非癌性胃潰瘍—全国93主要施設からの集計的調査—. 外科, 29: 112-133.
- 5) Pearson, S. (1951): Pancreas review of the literature and report of three cases. Am. Arch. Surg., 63: 168-184.

168-184.

- 6) Palmer, D. (1951): Benign intramural tumors of the stomach. Medicine, 30: 81-181.
- 7) 川口 実, 斉藤利彦 (1989): 胃粘膜下腫瘍の内視鏡診断の現況. 胃と腸, 29: 991-998.
- 8) Dolan, V., ReMine, H., Dockerty, B. (1974): the fate of heterotopic pancreatic tissue. Arch. Surg, 109: 762-765.
- 9) Claudon, M., Verain, L., Bigard, A., et al. (1988): Cyst formation in gastric heterotopic pancreas. Report of two cases. Radiology, 169: 659-660.
- 10) Burke, W., Binder, C., Barron, M., et al. (1989): Heterotopic pancreas. Gastric outlet obstruction secondary to pancreatitis and pancreatic pseudocyst. Am J Gastroenterol., 84: 52-55.
- 11) 中村勝隆, 河野富雄, 楠本長正, 他 (1991): 嚢胞形成により幽門の狭窄症状を呈した胃の異所性膵の1例. 日臨外医学会誌, 52: 2383-2386.
- 12) Mollitt, L., Gollady, S. (1984): Symptomatic Gastro-duodenal pancreatic rest in children. J Pediatr Surg., 19: 449-450.
- 13) 寺下史朗, 谷村 弘, 永井祐吾, 他 (1992): 消化管粘膜下腫瘍の EUS による鑑別診断. 日消内学誌, 34: 342-349.
- 14) 大原 到, 菊池弘一 (1954): 前癌性変化を示した胃副膵の1例. 外科の領域, 2: 564-566.
- 15) Butcher, R. (1968): Heterotopic pancreas. Edited by Ackerman, V. Surgical Pathology 4th Ed., p336, C. V. Mosby Co., St Louis.
- 16) 村田達也, 倉田 穰, 軽部克美 (1969): 胃壁内副膵の癌化が疑われた早期胃癌の2症例. 癌の臨床, 15: 815-821.

## Summary

### A case of heterotopic pancreas of the stomach with pyloric outlet obstruction

Tatsuya ABE<sup>1)</sup>, Shigeo YAMAZAKI<sup>1)</sup>,  
Kunihiro ISIHARA<sup>1)</sup>, Tetsuya MIURA<sup>1)</sup>,  
Yasushi TANABE<sup>1)</sup>, Masanobu KUSANO<sup>1)</sup>,  
Masanori OHARA<sup>1)</sup>, Takeshi OKAYASU<sup>1)</sup>,  
Masao HOSOKAWA<sup>1)</sup>, Hiroyuki TSUKAKOSHI<sup>2)</sup>,  
Yuichi SHIMIZU<sup>2)</sup> and Masahiro FUJITA<sup>3)</sup>

Department of Surgery<sup>1)</sup>, Department of Internal medicine<sup>2)</sup>, Keiyukai Sapporo Hospital  
Department of Pathology, National Sapporo Hospital<sup>3)</sup>

A man aged 54 years was admitted with vomiting and abdominal distention.

X-ray and endoscopic examinations showed stenosis of the pylorus due to extragastric compression or submucosal tumor. Endoscopic ultrasonography (EUS)

showed a cystic lesion in the gastric wall.

Distal gastrectomy was performed under diagnosis of gastric cyst.

Pathologic examination revealed heterotopic pancreatic tissue (Heinrich type I) with cystformation.

The stenosis was caused by hypertrophy of the pyloric muscle and cystformation associated with heterotopic pancreatic tissue and concomitant inflammation.

---