

1 2

非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍の発症リスクと好発部位

大野和也¹⁾，黒上貴史²⁾，増井雄一³⁾，中谷英仁⁴⁾

- 1) 静岡県立総合病院 消化器センター消化器内科 部長
- 2) 静岡県立総合病院 消化器センター消化器内科 医長
- 3) 静岡県立総合病院 消化器センター消化器内科 副医長
- 4) 静岡県立総合病院 リサーチサポートセンター統計解析室 室長

非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍は近年増加傾向ながら、発症リスクは未解明である。当院で経験した本疾患は胃の萎縮がない症例が多く認められた。さらに症例対象研究では胃の萎縮度が「高度」に比して「無，軽度」が発症リスクとして同定された。肉眼型は表面隆起型(0-II a)が最多で、隆起型(0-I)は全例が乳頭部口側(同位置を含む)に存在したことが特徴的であった。進行癌の形態を示す病変も、乳頭部口側に存在し胃型の粘液形質が多かった。発症部位は下行部に最も多く、そのうち3割が乳頭部の正反対(乳頭部を時計の9時とした場合の3時方向)に存在し、8割以上が同部位を含めた管腔の後壁側(3時から9時)に認められた。

はじめに

非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍(non-ampullary duodenal epithelial tumor: NADET)はまれな疾患であり、診断、治療ともにエビデンスが乏しい。2020年7月時点で、取扱い規約および治療ガイドラインは存在していない(現在、日本胃癌学会と日本肝胆膵外科学会が共同で十二指腸癌治療ガイドラインを作成中)。

今回は本疾患と胃の萎縮度との関連を主体に、その発症リスク、好発部位、悪性度について自験例および既報

を含め報告する。

NADETの発症リスクと好発部位

NADETは剖検例で1%以下、内視鏡スクリーニングでは0.03%の発見率とされる頻度の低い疾患であるが^{1,2)}、近年その報告例は増加している。理由として内視鏡機器の進歩、内視鏡医の意識変化のほか、疾患自体の増加が挙げられる³⁾。動物性蛋白や脂肪摂取の増加⁴⁾、胆汁酸の関与⁵⁾、喫煙、大腸癌歴、*Helicobacter pylori*(ピロリ菌)

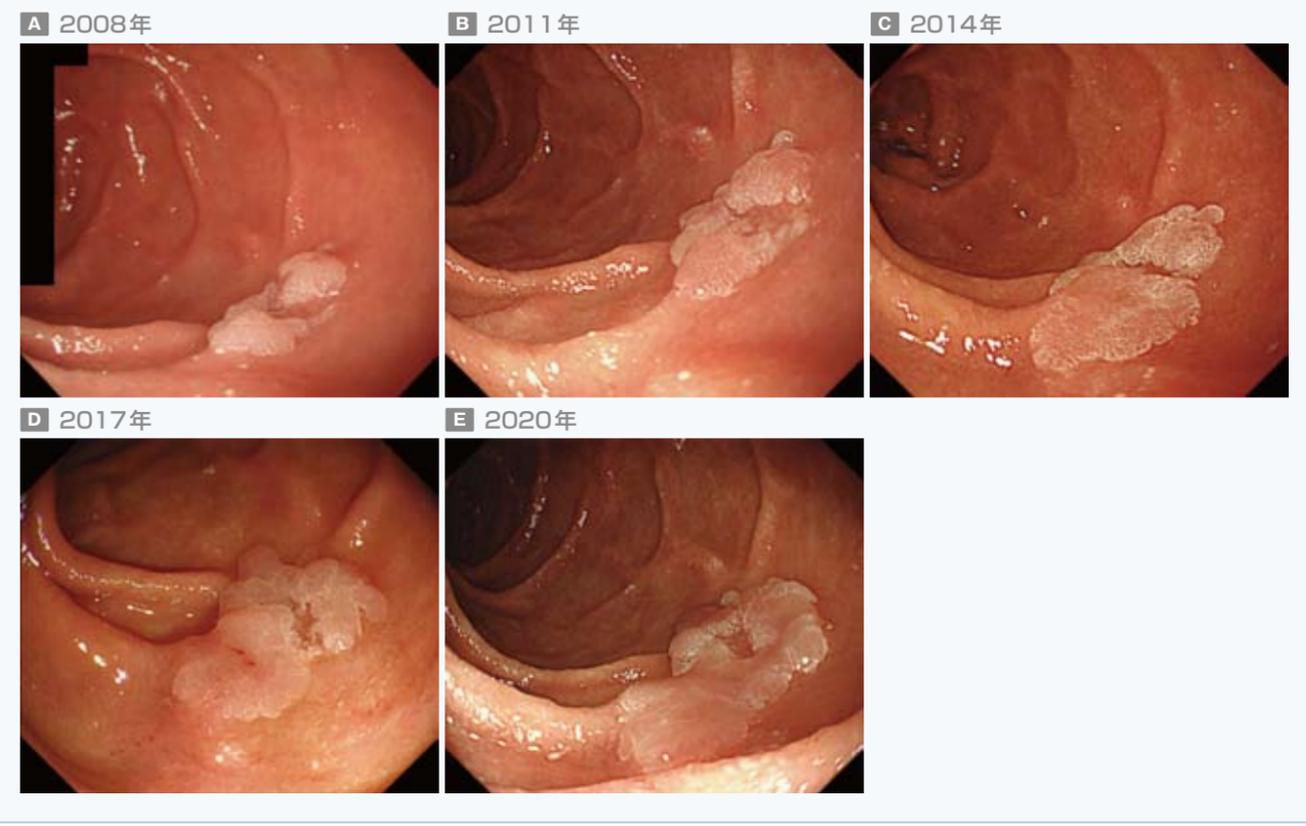


図1 下行部のNADET(0-II a) 毎年観察中で3年ごとの内視鏡像を列挙。12年間で緩徐に増大するも粘膜下層浸潤を示唆する所見は認めない。

感染などを発症リスク⁶⁾とする報告がある一方、本疾患は萎縮性胃炎が軽度の症例に多く存在するとの報告もあり⁷⁾、一定の見解には至っていない。好発部位は下行部であり、その局在は乳頭部対側に多いとされる⁸⁾。

NADETの悪性度

NADETの内視鏡治療は確立していない。特に大型病変に対する内視鏡的粘膜下層剝離術(ESD)は、穿孔を主とする重篤な合併症を生じる危険が高く⁹⁾、いまだ試行錯誤の段階である。加えて悪性度評価の指標となるべき生検は正診率が約7割と信頼性に欠けるうえ、線維化を生じやすく、内視鏡治療適応のある症例には推奨されない^{3,10)}。このため本疾患に対しては、内視鏡診断による悪性度評価が重視されている。

低異型度腺腫(ウィーン分類Category 3)では絨毛

の白色化が目立ち、高異型度腺腫以上(ウィーン分類Category 4,5)では赤色を呈する割合が高く腫瘍径も大きいとの報告がある^{2,11)}。Kikuchi¹²⁾、Tsuji¹³⁾らはNBI拡大観察において、粘膜構造や微小血管の異型や多様性が認められた場合に悪性度が高いことを示した。Kakushimaらは、非拡大白色光観察での癌のスコアリング診断について報告している¹⁴⁾。また十二指腸は発生起源として乳頭部までが前腸、それより肛門側の小腸全体が中腸由来であり、病理的特徴が異なる。乳頭部口側は胃型、肛門側は腸型の粘液形質を持つ腫瘍の比率が高く、前者の悪性度が高いとされる¹⁵⁾。十二指腸癌の5年生存率は30%前後で予後不良との報告^{16,17)}がある一方、NADETの表在型には長期観察でも進行が緩徐な病変も存在する¹⁸⁾(図1)。腺腫を疑う場合は内視鏡所見と発症部位、治療リスクなどを考慮し、病変切除に加えて経過観察も選択肢となる。