

【症例 3 十二指腸】

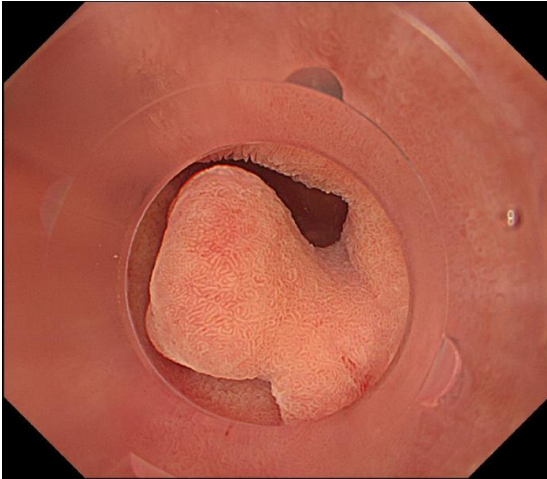
症例提示：佐久医療センター 高橋亜紀子（以下敬称略）

読影担当：徳島赤十字病院 桑山泰治、市立奈良病院 北村陽子

病理担当：石川県立中央病院 津山翔

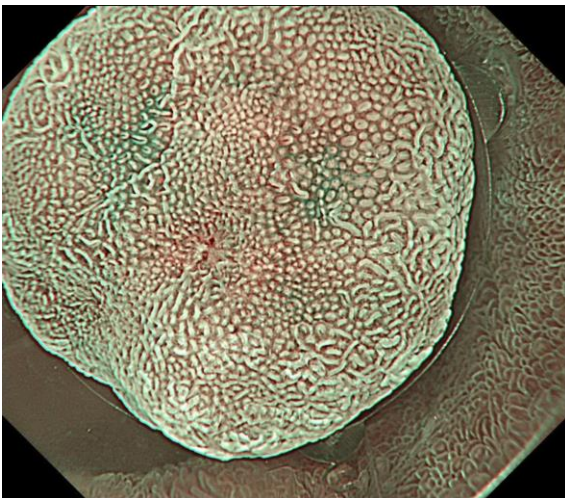
症例：50 歳台女性。健診の上部消化管内視鏡検査にて十二指腸に病変を指摘。精査のため紹介。便中 *H.pylori* 抗原陰性。

十二指腸球部 白色光・NBI 観察



（桑山）十二指腸球部の SDA 付近に 10mm 大の垂有茎性病変を認め、頂部に軽度の発赤・陥凹が認められる。立ち上がりの部分は正常な十二指腸粘膜で覆われ、粘膜下腫瘍のような病態も考えるが、鑑別の上位はブルネル腺過形成、もしくは過誤腫。可動性は良好であり、粘膜下層を首座とする病変を考える。（北村）所見はほぼ同様で、異所性腺も鑑別に挙がる。首座は粘膜筋板から粘膜下層に広く広がる病変を考える。（濱本）ブルネル腺過形成がベースにあり、頂部の陥凹で胃上皮化生を来たしているのか。首座は粘膜固有層メインで、一部粘膜下層か。

NBI 拡大



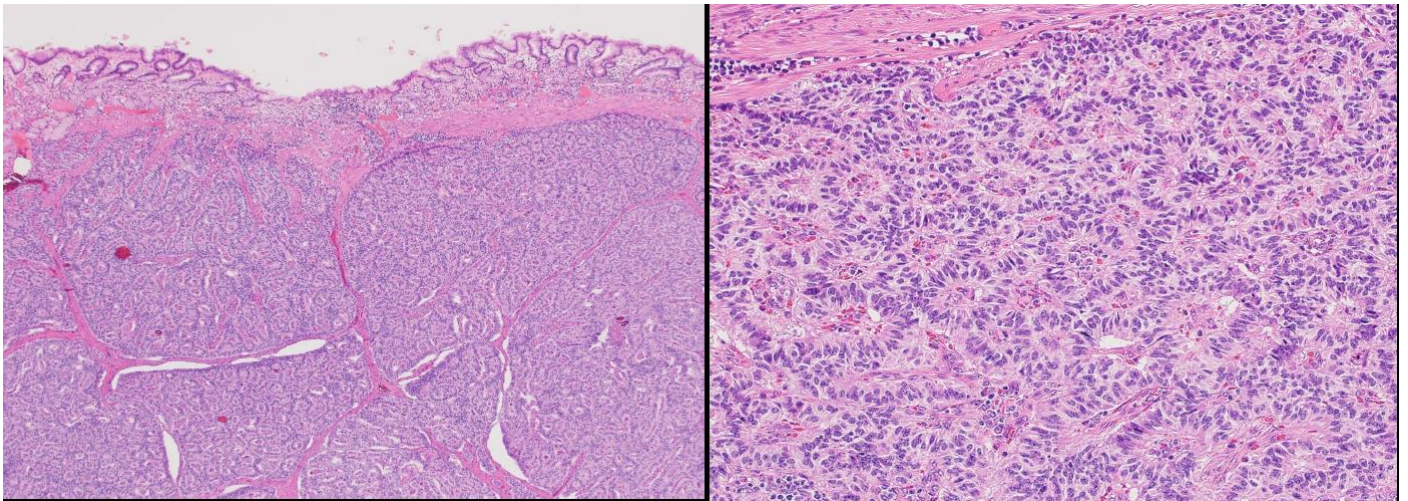
（桑山）隆起の頂部の辺縁は正常な十二指腸の構造だが、中心では円形で不整のない pit 構造を認める。胃底腺組織を伴った異所性胃粘膜が、牽引刺激などによって有茎状になったと考える。（北村）表層の pit 構造の不整さは乏しく、深部に何らかの腫瘍性病変などがあり、反応性に表層に胃上皮化生が起こったのか。深部に何があるかに関してはわからないが、異所性腺や筋腫などか。（濱本）表面の pit 構造には不整はなく、反応性の胃上皮化

生や先天性の異所性胃粘膜がたまたま表面に存在し、深部に神経内分泌腫瘍（NET）があるのではないか。（山崎）NBIで見ると、茎部の粘膜の途中に境界があるように見え、十二指腸粘膜と異所性胃粘膜の境界ではないか。頂部はおおむね異所性胃粘膜であり、深部に何かがある所見だが、何かあるのかは不明。（八木）表層は胃上皮化生で、深部で固有腺が過形成のように増生して隆起を作っているのではないか。（小山）病変の首座がどこにあるかを考えてほしい。粘膜内に首座がある病変なら、こんなになだらかに持ち上がるのか。

EUS

（桑山）低エコー、モザイク状の不整な腫瘍が観察される。当初想定していた異所性胃粘膜やブルネル腺のような腺管構造を疑う所見は認められず、粘膜下層を主体とした NET が最も疑わしい。（北村）低エコー内に周囲よりさらに低エコーのスポットが認められ、拡張した腺管にも見える。ブルネル腺や異所性腺も考えられる。首座は粘膜下層。（濱本）低エコースポットは腺管構造ではなく、細胞成分の密度の差であり、やはり NET が疑わしい。

病理解説



（高橋）粘膜下層主体に円形の核を有する細胞がシート状に配列し、シナプトフィジン、クロモグラニン陽性、Ki-67 陽性細胞 1.2%で NET G1 と診断した。表層は大部分が胃上皮化生で覆われていた。（津山）表層上皮のマッピングを行ったところ、茎部は小腸上皮で覆われ、頂部に行くに従い胃上皮化生とモザイク状になり、頂部は完全に胃上皮化生で覆われていた。頂部の胃上皮化生では一部壁細胞を認めるが、異所性胃粘膜というより化生に伴ってみられる範疇と思われる。頂部では腫瘍は最表層より 100 μ m 程度の深部に位置していたが、表層は胃上皮化生に完全に覆われている。基部では固有筋層までの浸潤は見られず、中心に線維束の存在を認めた。発生に関しては小腸粘膜内深層から発生したものと考えられ、部位も考慮すると物理的な刺激によりこのような特異な肉眼形態を呈したものと考えられた。表層の胃上皮化生も、物理的な刺激により後天的に発生したものと考えられた。

まとめ

（高橋）対比では表層の陥凹部分の上皮の厚さが 116 μ m と薄く、同部で NET の成分が透見され、黄色調に見えたのではないか。また 2 年半前からの経過が追えており、ときに表層にびらんを形成していた。本症例はブルネル腺の多い球部正面ではなく、ブルネル腺の少ない SDA に発生したことで、可動性が良好な腫瘍となったと考えられた。またそれにより表面への物理的な刺激を繰り返し、びらん形成から胃上皮化生が起こったものと推測される。本症例の診断の決め手となったのは、EUS の所見で細胞密度の差を表す不均一な所見が得られたことと、通常光や TXI で見られた黄色調の所見と考えられた。