

胃リンパ腫の後に発生した胃腺癌

Gastric adenocarcinoma after gastric lymphoma: Baron BW, Bitter MA, et al (Cancer 60: 1876-1882, 1987)

同じ臓器に2つの異なった組織起源の腫瘍が発生することはまれである。この報告の4例は胃びまん性リンパ腫の後、胃に腺癌が発生したもので、同時期に経験した全胃癌の0.7%、全胃リンパ腫の13.8%に当たった。

〔症例1〕(60歳男性)は胃体上部の大細胞型リンパ腫で胃全摘および化学療法後4年目に、胃幽門輪部に癌が発生し姑息的切除が行われた。

〔症例2〕(58歳男性)は胃幽門洞にびまん性に発育する大細胞型リンパ腫で放射線療法後10年目に、胃幽門洞に polypoid 型の癌が発生し

胃全摘が行われた。

〔症例3〕(56歳男性)は小細胞型リンパ腫で胃部分切除および放射線療法後12年目に、胃底部、食道下部、腸間膜リンパ節にリンパ腫再発および胃底部に漿膜浸潤を伴う癌が発見され胃全摘を受けた。

〔症例4〕(24歳女性)は胃と大動脈周囲リンパ節の大細胞型リンパ腫で胃部分切除と放射線療法後15年目に、胃空腸吻合部に癌を認めた。

文献的には胃リンパ腫の診断後3.5~34年(平均14.5年)に、12例の胃腺癌の発生を認めた。上記の4例を含めた総計16名のうち女性はわずか4名で、胃リンパ腫の診断時の平均年齢は36.5歳と男性の48.5歳に比し若かった。ちなみに、この報告の若年女性1名が印環細胞を伴う低分化型腺癌、実年男性3名が中分化型腺癌であったことはLaurenの組織学的胃癌分類(intestinal and

diffuse type)の特徴に合致し興味深い。

癌はしばしば吻合部近傍または残胃の遠位側に存在した。しかし残胃癌は吻合部近傍に発生する傾向があるが手術後平均20年と言われる。また、このシリーズでは非手術例にも発生している。胃癌の発生にかかわるその他の原因として胃リンパ腫の存在自体、萎縮性胃炎の存在、放射線治療や化学療法によるリンパ腫の治療の影響が挙げられるが推論の域を出ない。一方、胃リンパ腫と胃癌の発生は偶然の一致とする意見もあり今後の研究課題である。

いずれにしても胃リンパ腫の患者が胃腺癌にかかる頻度は通常より高いと考えられ、胃リンパ腫の治療後は胃癌の発生を定期的に検査しなければならない。

(愛知県がんセンター消化器内科

種広健治 抄)

Coffee Break

異説潰瘍学(4) 維持療法の評価

H₂ブロッカーの継続服用は潰瘍の再発防止に効果があるが、制酸剤や抗コリン剤などを主とした従来の潰瘍治療剤にはその効果がないという意見が支配的であるように見える。また一方、H₂ブロッカーの服用を中止すると、速やかに再発が起こり、結局は維持療法をしない場合と同様であって、H₂ブロッカーをいってしても潰瘍の自然史を変えることはできないという見解もまた広く支持されているようである。

つまりは、当然の帰結として、われわれが現在行っている維持療法は無用なものとならざるを得ないはずだが、それでもなお、維持療法などやめましょう、という声を聞かないのは、これはまたどうしたことか。その理由の1つは、上記の維持療法についての評価がいまひとつ信頼されていないせいだと思えるのだが、どうであろうか。

維持療法の評価も含めて、再発の問題をめぐる論議にはもっぱら“累積再発率”なる数値が用いられる習

いだ。潰瘍がいったん治癒した後、再発する症例の頻度である。単独の数字としてはあまり意味をなさないが、時間の函数として示されれば“再発速度”を表すことになる。問題は累積再発率あるいは再発速度によって、維持療法の評価ができるかということにある。

まず、自明のことに累積再発率は経時的に上昇するが、それが等速度的であるかどうかについては疑問がある。したがって、初速度、例えば1年再発率を比較して、維持療法の評価をするという方法論自体に問題があるのである。また、累積再発率では、いったん治癒後、初回の再発だけが問題の対象となるが、維持療法の評価は、2回目、3回目、更には潰瘍症の経過におけるすべての再発を視野にして語られなければならない問題である。維持療法の正しい評価のためには、まず、その方法論自体の吟味を必要とするのである。

五ノ井哲朗