

胃リンパ腫の食道および十二指腸への浸潤

Extension of Gastric Lymphoma into the Esophagus and Duodenum: H. Hricak, R. F. Thoeni, A. R. Margulis, W. R. Eyler, I. R. Francis (Radiology 135: 309~312, 1980)

胃リンパ腫の予後と治療は、腺癌の場合と異なるので正しい診断が必要である。内視鏡生検は、1/3以上の症例で陰性になるので、X線的特徴に基づいた腺癌との鑑別が大変必要になってくる。

噴門を越えて食道への浸潤が、胃リンパ腫の81例中8例、10%にみられた。粘膜肥厚を伴って、食道壁の粘膜下浸潤の形をとるのが、最もよくみられるX線所見であった。一

方、十二指腸への浸潤は81例中27例、33%にみられ、うち19例は組織学的に証明された。十二指腸浸潤のX線所見は、①幽門のねじれ、②十二指腸球部の輪郭異常、これは幽門あるいは十二指腸球部での粘膜あるいは粘膜下の結節の存在に基づいている。

胃の悪性腫瘍の5%が肉腫で、そのうち80%がリンパ腫である。正しい術前診断はわずか25%で、これは内視鏡生検の成績が不良のためである。腫瘍の主体が粘膜下にあるために生検で証明しにくい。細胞診がしばしば好成績をあげている。しかし多くの場合、切除標本の凍結切片で確定診断がなされる。そこで著者らは内視鏡よりもX線診断が、術前診断に役立つのではないかと主張している。大きさ、浸潤形式、拡がりな

どの性質を分析すれば可能である。過去のレポートでは、胃リンパ腫の食道浸潤は、一般に2~5%であるが、著者らのシリーズでは10%であった。腺癌では食道浸潤は12%と報告されている。十二指腸浸潤は、腺癌では5%、リンパ腫では33%（他の報告では5~20%）と、この著明な差は、1つの鑑別点になる。しかし頻度から考えると、十二指腸浸潤の実数は、腺癌のほうがリンパ腫の4倍あることになる。腫瘍の拡がりには、腺癌とリンパ腫の鑑別診断の鍵にはならない。リンパ腫が食道あるいは十二指腸へ浸潤しているかどうかを決定することは、患者の長期生存へのチャンスを与える治療法を考慮するうえに重要である。

（愛知県がんセンター第1内科

小林世美 抄）

—Coffee Break

Cancer Family Syndrome

大腸癌は多分に遺伝的要因をほのめかす疾患として扱われてきた。

Gardner's syndrome

Peutz-Jeghers syndrome

Discrete polyp

Turcot syndrome

Gastrointestinal polyposis

Site-specific colon cancer

Cancer family syndrome

などなどは非常にしばしば取沙汰されている。しかしながら、大腸癌のうち遺伝性のポリポーシスと関係のあるものは、わずか1%またはそれ以下の頻度であり、遺伝的要因と関係ありと考えられるがポリポーシスとは無関係のものは12~26%もある。また cancer family syndrome も1つの疾病単位として扱うのが無理である。

Cancer family syndrome はそもそも3型が提唱された。

(1) hereditary colonic cancer

家族内において colonic ca. が primary malignancy として発生するもの。

(2) hereditary gastrocolonic cancer

胃癌と大腸癌が double primary malignancy として同一個人に発生、または家族内の別個人にそれぞれ胃癌と大腸癌が primary malignancy として発生するもの。

(3) hereditary adenocarcinomatosis

大腸癌と子宮癌の家族性発生するもの。しかるに最近もう1つの型が発表された。これは Muir と Torre が別々に報告したもので Muir's syndrome または Torre's syndrome と呼ぶのが良いかもしれない。

(4) Muir's syndrome

○multiple skin tumors

○gastrointestinal tumors (良または悪性)

○tumors of genitourinary tract

である。これは(3)と一部重複する。

(4) についての詳細は、Br J Surg 54: 191~195, 1966を参照されたい。

(M)