Y5-01

エベロリムスが奏功した膵NETの１例

八戸赤十字病院　消化器内科[1)]、放射線科[2)]、検査技術科[3)]
○田金（たがね）　星都（せいや）[1)]、塚原　智典[1)]、高宮　秀式[1)]、鈴木　　歩[1)]、牛尾　　晶[1)]、久多良徳彦[1)]、田口　雅海[2)]、笹生　俊一[3)]、大泉　智史[1)]

【症例】50歳代、女性
【主訴】背部痛
【既往歴】特記事項はなし
【現病歴】平成23年1月より背部痛を訴え、近医受診。NSAIDsにて加療したが症状の改善なく、CT検査にて膵腫大、肝に多発する腫瘤性病変を認め当科紹介、入院となった。
【現症】腹部は平坦、軟で背部痛と血圧高値を認めた。
【検査所見】採血上は軽度の胆道系酵素上昇のみであった。造影CTでは、膵は頭部から尾部にかけて膨張性腫大を認めており、膵腫瘍、肝腫瘍共に動脈相にて濃染された。MRCPでは主膵管は拡張はなく、腹部血管造影ではSMVに陰影欠損を認めた。以上から多血性膵腫瘍と診断、質的診断目的で肝転移部より腫瘍生検を行った。
【病理結果】類円形の核を有する好酸性胞体からなる均一な形態を呈す腫瘍細胞の増殖を認め、免疫染色にてchromogranin A陰性、synaptophysin陽性で神経内分泌腫瘍であり、MIB-1 index 10.0%、ホルモン染色は陰性であった。以上からNeuroendocrine tumor, NET G2(WHO 2010)と診断した。
【治療経過】全身化学療法の方針とした。十分なInformed Consentのもとストレプトゾシンとオクトレオチドを投与した。投与方法は、ストレプトゾシン1000mg/body/bi-week、オクトレオチド20mg/body/monthとした。投与後重篤な有害事象は認めず、当初はSDであったが投与6カ月後より腫瘍増大傾向を呈したためエベロリムス投与を開始し、投与開始１ヶ月でPRとなった。
【結語】膵NETは稀な疾患であり本邦では治療が立ち遅れている現状である。今後、ストレプトゾシンを中心とする抗癌剤治療の確立、エベロリムスのデータ蓄積や新たな治療薬の開発などが望まれる。

Y5-02

再発肝細胞癌に対するソラフェニブの著効例

釧路赤十字病院　内科
○川崎（かわさき）　達也（たつや）、堀　　祐治、古川　　真、高橋　清彦、菅原　　基

ソラフェニブは近年、肝細胞癌に対して用いられるようになった分子標的薬である。これまで肝細胞癌に対して著効する抗癌薬は存在しておらず、新たな分子標的薬として現在注目を浴びている薬剤である。症例は76歳女性。C型肝硬変、関節リウマチで通院中にエコーで肝S8領域に径15mmの低エコー、造影CTで薄い早期濃染。HCCの診断となりTAE+RFAの方針とし、ごく少量のLP-CDDP動注およびTAEで治療した。その後、もう一度TAE予定であったが、エコーでS8病変不明瞭となりRFA中止。エコーとCTでfollowしていた。その後、CTにて再発が疑われ、TAE＋RFA施行。MRI、および造影CTにてS8-S4-S5にびまん性の腫瘤影をみとめ、HCCの再発と診断された。その後、強い右上腹部痛を訴え入院、びまん性腫瘍であるため、opeや局所療法の適応外と考えられ、ソラフェニブ4T/2×を開始。Day4、ネクサバールの副作用とみられる筋痛がみられ、膵酵素上昇もあり。Day11に足底・手掌の発赤・疼痛や両腕の水泡などもみられたため2T/dayに減量し翌日より休薬。皮膚初見改善後、CTにてvascularityやや増加したためTAEの方向とし退院。TAE目的にて再入院後、術前のCT施行したところ前回見られたS8のstrainはほぼ消失し、AFPとPIVKA-2の著名な低下もみられソラフェニブの効果と考えられfollowとし退院。その後現在まで再発なし。上記のように、我々は局所療法の適応外のHCCに対し、副作用による投薬中止期間をもちながらもソラフェニブが奏功しCRとなった貴重な一例を体験したため、報告する。

Y5-03

穿孔と膿瘍形成をきたしたＳ状結腸癌に対し外科的治療と化学療法を施行した１例

熊本赤十字病院　外科
○問端（といはた）　輔（たすく）

【はじめに】当院は1～3次までの急性期医療を担う中核病院かつ年間数百例の手術や化学療法・放射線療法を行う地域癌診療連携拠点病院であり癌患者の救急症例が数多くある。初期研修一年目の4月に経験したS状結腸癌の救急症例を報告する。
【症例】59歳女性。主訴は腹痛。2011年4月に下腹部痛と炎症反応の高値があり当院消化器科に紹介受診された。38℃台の発熱と下腹部に限局した自発痛と圧痛があり反跳痛・筋性防御は認めなかった。腹部のエコーと造影CT上、浮腫状に肥厚したS状結腸壁とそれに連続して周囲にガスを伴う液体貯留がみられた。憩室、潰瘍、腫瘍等による穿孔と膿瘍の形成が疑われ、また腸間膜及び傍大動脈リンパ節の腫大がみられたため悪性腫瘍も否定できず外科に紹介となった。S状結腸内視鏡を試みたが膿瘍による腸管の屈曲のためか通過はできなかった。膿瘍に対しエコー下の穿刺ドレナージでは穿刺ルートなく、緊急手術を施行した。術中所見ではS状結腸に周囲の小腸が癒着しており剥離すると膿汁が流出した。剥離を続けるとS状結腸に腫瘤を触知し同部位に穿孔部位を認めた。切除標本の術中凍結診断でS状結腸癌の診断が確定した。術式はハルトマン手術+D2郭清術を施行した。最終的な診断は、Moderately differentiated tublar adenocarcinoma of colon ,pT3N2M1, pStage IV,(M1 #216リンパ節転移)であった。術後の経過は良好で外科を退院後、腫瘍内科でmFOLFOX6による化学療法を施行中である。
【考察】初期研修のprimaryな診療の中に癌の知識も必要であることを実感した。また発症当日にサバ寿司を食べておりアニサキスによる腸炎が疑われていたが症状自覚から短期間で癌の告知と手術を受けなければならず患者心理に対し配慮したICも同時に学んだ症例だった。

Y5-04

小腸アニサキス症の２例、保存的加療と緊急手術加療の検討

伊勢赤十字病院　外科
○河村（かわむら）　卓弥（たくや）、藤永　和寿、高橋　幸二、楠田　　司、宮原　成樹、松本　英一、藤井　幸治、熊本　幸司、川名　智之、山岸　　農、今井　奈央、村林　紘二

小腸アニサキス症の2例を経験した．症例１は６１歳，男性．上腹部痛，吐気を主訴に当院ERを受診した．症例２は５７歳，男性．腹痛を主訴に近医を受診，イレウスを疑われ当科紹介受診した．ともに腹部CTにてイレウスの所見であり，小腸の限局性の壁肥厚，少量の腹水を認めた．症例１は，画像所見に比し，腹部の理学的所見が軽度であるため保存的加療を施行した．その後の問診で，しめサバ摂取の経緯が判明したため，アニサキス特異的IgE抗体を測定し，60.4UA／ｍｌと有意な上昇を認めた．入院後は，経時的に腹部症状は改善し，第９病日に退院となった．症例２は，腹膜刺激症状を認めたため，緊急開腹手術を施行した．開腹所見は，軽度の腹水を認め，トライツ靭帯から３ｍ程の小腸に点状の発赤と壁の肥厚，腸管膜の浮腫状変化を認めた．また同部より口側が拡張していたため，同部の炎症がイレウスの原因と考え１０cm程小腸部分切除を施行した．切除腸管内の粘膜面に刺入したアニサキス虫体を認めたことから，小腸アニサキス症と診断した．小腸アニサキス症はまれな疾患であるが，急性腹症を来す疾患のひとつとして常に留意しなければならない．今回われわれは，保存的加療で軽快した小腸アニサキス症と緊急手術加療にて治癒した小腸アニサキス症を経験した．この２例の経験から，急性腹症としての小腸アニサキス症の治療方針を，若干の文献的考察を加え報告する．