

## P-202

### 巨大胃GISTに対し2度の外科的介入を含め集学的治療で長期生存している1例

北見赤十字病院 外科

○須永 道明、本谷 康二、長間 将樹、菊池 健司、  
宮坂 大介、松永 明宏、山口 晃司、新関 浩人、  
池田 淳一

(はじめに) GISTの標準治療は完全切除が可能な場合は外科切除、切除不能な場合はイマチニブ投与が原則となる。また、イマチニブが奏功し外科切除に踏み切ることもある。今回、巨大胃GISTに対し、イマチニブの投与で縮小をはかり胃全摘術を施行。その後再発増大した肝転移に対し肝部分切除術を施行した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

(症例) 65才、女性。肝転移を伴う巨大胃GISTに対し、姑息的な胃全摘術を目的に平成15年2月開腹したが、周囲臓器への広範囲の浸潤がみられたため閉腹した。その後14ヶ月間のイマチニブの投与で原発巣の縮小と肝転移の縮小・液状化を得たため、平成16年5月胃全摘術および横行結腸部分切除術を施行。術後もイマチニブを継続したが、平成19年2月に間質性肺炎を発症したため休薬していた。その後、縮小していた肝転移が再増大し液状化した腫瘍内に結節が出現してきたため、平成20年11月に肝部分切除術を施行。平成21年3月には肝腫瘍の再々発を認め、平成22年1月よりスニチニブを開始、初回手術より8年10ヶ月時点で担癌生存中である。

(考察) 進行GISTにおいては、イマチニブ投与が原則であるが、奏功例においては外科切除が可能となることがある。しかし、術後再発が多く、イマチニブの継続が推奨される。本症例では外科手術とイマチニブ、スニチニブをあわせた集学的治療が予後の延長に寄与した可能性がある。

## P-204

### 早期食道腺様嚢胞腺癌の1例

名古屋第一赤十字病院 一般消化器外科

○服部 正興、宮田 完志、湯浅 典博、竹内 英司、  
後藤 康友、三宅 秀夫、永井 英雅、井村 仁郎、  
川上 次郎、河合奈津子、青山 広希、浅井宗一郎、  
工野 玲美、張 丹、岩瀬まどか、山下 浩正、  
浅井 悠一

【症例】71歳男性。

【主訴】胸焼け

【既往歴】心房細動、慢性C型肝炎

【生活歴】タバコ40-60本×30年、アルコール 日本酒3合毎日

【現病歴】2010年11月頃より胸焼けを自覚近医受診したところ食道腫瘍を指摘され2011年1月当院紹介受診。門歯から35cmの胸部中部食道に、表面陥凹を伴い上皮腫瘍形成型の15mm大の腫瘍を認めた。ヨード染色では表面の陥凹した部分のみ不染となり、周囲は染色された。上部消化管造影では、胸部中部食道に丈の低い壁不整な腫瘍を認め、バリウムが貯留していた。CTでは、明らかな壁肥厚、リンパ節転移を認めなかった。生検では胞体の乏しいbaseloid cellが不整な胞巣を形成し、索状に浸潤する像を認め、P63・CK5/6陽性でシナプトフィジン陰性で、主にbaseloid cellが増殖するSCCと考えられた。以上より胸部早期癌と診断2011年3月右開胸開腹食道全摘2領域郭清、後縦隔胃管再建を施行した。切除標本では、表面陥凹をともなう14×10mm大の0-Isep型の腫瘍を認め、病理組織学的に粘膜面から粘膜下層中層に胞巣状に増殖し、粘液様物質を伴う腺様構造を認めた。免疫染色では神経内分泌への分化は見られず、PAS陽性の年季を有していることより腺様嚢胞腺癌と診断された。SM2,INFb,pIM0,ly0,pN0,H0,P0,M0であった。経過順調に術後17日に退院、一年経過した現在異常を認めていない。食道の腺様嚢胞癌は、食道癌の全体の0.06-0.1%であり、予後不良である。食道固有導管由来であるとされ、発生母地がsm層に位置することより、早期には上皮下に粘膜下腫瘍類形の発育形態をとることが特徴である。

## P-203

### 術後6年を経て再発した胃粘膜癌の一例

深谷赤十字病院 外科

○関 雅史、石川 文彦、尾本 秀之、新田 宙、  
釜田 茂幸、山田 千寿、酒井 望、千田 貴志、  
伊藤 博、諏訪 敏一

胃粘膜癌の術後再発は極めて稀であるといわれている。今回我々は胃粘膜癌根治切除後6年を経過し大動脈周囲リンパ節転移、骨転移を来した症例を経験したので報告する。症例は61歳の男性。平成17年10月多量の黒色便と一時的な意識消失のため、近医を経て当院へ救急搬送された。出血性胃潰瘍による出血性ショックと診断し、緊急上部消化管内視鏡検査を施行した。胃体中上部の潰瘍を主として多発する潰瘍を認めるほか前庭部後壁に30mm大の0'-IIc病変を認めた。出血性潰瘍に対してはエタノール注射にて止血後、同年10月幽門胃切除術を施行した。病理診断は、moderately differentiated tubular adenocarcinoma, ow(-), aw(-), m, ly0, v0, n(-), stagIAであった。術後5年間は再発なく経過したが、平成22年7月のCEAが7.2ng/mlと上昇を認めた。その後CEA、CA19-9は漸増を続け、平成23年7月PET-CT施行したところ腹部傍大動脈リンパ節の腫大および集積を認め、再発が考えられたため同年9月TS-1内服を開始した。平成24年3月より腰椎、頸椎転移が出現し、同部位に放射線照射とオビオイド内服を開始し疼痛は改善した。同年5月持続する鼻出血で救急外来受診。血小板1.7万と著明に低下していたため緊急入院となった。その後、硬膜下血腫が出現し、術後6年7か月で永眠となった。本症例は示唆に富む症例と考えられたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## P-205

### 回腸末端炎により腸閉塞をきたした1例

浜松赤十字病院 外科

○高橋 信博、西脇 眞、代永 和秀、伊藤 亮、  
河合めぐみ、清野 徳彦、小谷野憲一、奥田 康一

症例は38歳女性。来院10日前より続く腹痛、下痢を主訴に当院受診し、精査加療目的に入院した。抗生剤投与にて改善傾向にあったが、第5病日に腹痛が増強し、腹部X線にて腸閉塞の所見を認めた。腹部単純CTにて回腸末端に約3.5cmの腫瘍と周囲のリンパ節腫大を認め、回腸末端の腫瘍性病変を閉塞機転とする腸閉塞と考え、手術の方針とした。術中所見では回盲弁近傍の回腸末端に腫瘍性病変を認め、悪性の可能性を考慮して結腸右半切除術を行った。切除検体では回腸末端の全周性の壁肥厚をきたす病変を認めた。病理所見では筋層から漿膜下層優位に炎症細胞浸潤を認めたが、腫瘍、リンパ節ともに悪性の所見はなく、縦走潰瘍や肉芽腫の所見も認めなかった。以上より、感染性腸炎による炎症性狭窄から腸閉塞をきたしたものと考えられた。起原菌は同定困難であったが、経過よりエルシニア腸炎が疑われた。回腸末端炎は通常保存的に改善し、腸閉塞をきたすことは稀である。我々は回腸末端炎により腸閉塞をきたした1例を経験したので文献的考察を加え報告する。