

P2-23-1 卵巣腫瘍と鑑別を要した高悪性度 Gastrointestinal stromal tumor (GIST) の1例

三重大

鈴木 僚, 塩崎隆也, 本橋 卓, 近藤英司, 谷田耕治, 奥川利治, 田畑 務, 佐川典正

GISTは消化管間葉系腫瘍の総称である。消化管には自発運動があるが、この運動のペースメーカー細胞として消化管粘膜下の筋肉層のCajal細胞が注目されている。GISTはCajal細胞を起源として発症することが知られ、おもにKITまたはPDGFR α という蛋白の異常が原因とされている。今回、我々は、卵巣腫瘍との鑑別に苦慮した小腸由来のGISTを経験したので、文献的考察と共に報告する。症例は56歳、2経妊2経産。3ヶ月前から腹部膨満感を自覚し、下腹部痛を訴え来院。超音波検査上、子宮の頭側に径15cm大の充実性腫瘍を認めたが腹水は認めなかった。CA125は93.1U/ml。MRIでは、T1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号の楕円形、分葉状の充実性腫瘍を下腹部に認めた。腹水貯留がなく、上皮性卵巣癌としては非典型的で、GISTも鑑別にあげたが、小腸巻き込み像および両側卵巣とも見あたらず、術前診断は悪性卵巣腫瘍とした。術前CT上、深部静脈血栓および肺塞栓を認め、下大静脈フィルター留置後、血栓溶解療法および抗凝固療法を行い、その後、開腹手術を行った。Treitz靱帯から約200cm肛門側で小腸から有茎性に発育する径15cm $\times$ 14cm $\times$ 10cm大の腫瘍を認め、小腸部分切除を行った。病理組織検査では、短紡錘形細胞が錯綜配列をとって増生し、免疫染色ではCD34陰性、c-kit(+), s100(+)で、核分裂 $>10/10$ HPFであり、高悪性度GISTと診断した。術後、メシル酸イマチニブを開始し、経過観察中であるが、術後8か月の現在再発を認めていない。骨盤内腫瘍をみた場合、まず考えるのは婦人科腫瘍であるが、GISTを含む消化管腫瘍も鑑別疾患のひとつとして念頭に置く必要があると考えられた。

P2-23-2 卵巣腫瘍との鑑別が困難であったGISTの2症例

市立秋田総合病院

津田夏紀, 池上悦子, 佐藤 亘, 軽部裕子, 福田 淳, 高橋 道

GIST(gastrointestinal stromal tumor)とは、消化管に発生する間葉系腫瘍のうち、平滑筋や神経細胞への明瞭な分化を示さないものと定義されている。その頻度は、胃70%、小腸20%、大腸5%、その他数%の順であり、小腸、特に腸間膜のGISTは稀である。今回、術前に卵巣腫瘍との鑑別が困難であった小腸・小腸腸間膜原発のGIST2例を経験したので報告する。症例1:70歳。未経妊。主訴は下腹部痛、嘔気、嘔吐。救急外来受診時、CTで子宮背側に空気成分を含む充実性腫瘍を認め、当科紹介。経膈超音波で内部不整な充実性腫瘍を認め、感染を伴う卵巣腫瘍茎捻転が疑われた。汎発性腹膜炎になっており、開腹で診断・治療する方針となった。開腹所見では、右付属器と癒着した小腸腸間膜由来の8cm大の腫瘍を認めた。一部破綻し、腹膜炎の状態であった。症例2:79歳。3妊3産。主訴は嘔吐、下痢。消化器内科に入院していたが、CTで右骨盤内に8cm大の充実・囊胞成分の混在した腫瘍あり、卵巣癌およびそれによるイレウスの疑いで手術の方針となった。開腹所見では、小腸壁から発生する8cm大の腫瘍が認められた。GISTの診断は病理組織学的診断によってなされ、免疫組織染色で、KIT、CD34を認めるものが多く、症例1、2ともにKIT陽性でありGISTと診断された。また、術前の画像では充実・囊胞成分が混在する腫瘍で、術前診断が困難であった。考察：術前に卵巣腫瘍との鑑別が困難であった小腸・小腸腸間膜原発のGIST2例を経験した。骨盤内腫瘍をみた場合、安易に婦人科腫瘍と診断されがちだが、消化管原発GISTを含む消化管腫瘍も念頭に置く必要があると考えられた。

P2-23-3 四重癌（卵巣小細胞癌、境界悪性粘液性囊胞腺腫、子宮体癌、回盲部癌）の1例香川県立中央病院¹, 屋島総合病院²堀口育代¹, 林 良宣¹, 露木佳子¹, 斎藤 央¹, 川田清弥¹, 米澤 優¹, 永坂久子², 河西邦浩²

卵巣小細胞癌はかなり稀であり、標準的治療は確立していない。今回我々は四重癌の一つである卵巣小細胞癌にEP(エトポシド、シスプラチン)療法が奏功した1例を経験したので報告する。症例は82歳女性、他院にて回盲部早期癌でEMR(内視鏡的粘膜切除術)施行。半年後に骨盤内腫瘍で両側付属器切除及び回盲部切除、リンパ節郭清。回盲部に再発所見なし。病理にて原発は左卵巣小細胞癌(神経内分泌腫瘍の性質)、左卵巣の一部に境界悪性粘液性囊胞腺腫を認めた。腹腔洗浄細胞診Class4であった。その4ヵ月後再発を指摘され当院受診。超音波検査にて腹水と診断しダグラス窩穿刺による細胞診で小細胞癌と診断された。子宮内膜細胞診で類内膜腺癌を認めた。腹水と考えられたのはCTで隔壁のある7.5cm大の充実部分を有する囊胞性の腫瘍と診断された。PETで腹膜播種、腸間膜リンパ節転移、腎門レベル以下の左PAN腫大あり。腫瘍マーカーはNSE;17ng/dl(0~10)と上昇を認めた。肺小細胞癌に準じてEP(エトポシド、シスプラチン)療法開始。徐々に病巣縮小しCT上は消失、NSE;6.8ng/dlとなった。化学療法6クール施行後、開腹単純子宮全摘術施行した。筋層浸潤をごくわずかに認め、腹水細胞診は陰性であった。術後経過は良好であり、現在経過観察中である。