術前に卵巣腫瘍と疑われ、開腹手術にて 上腹部腫瘤と診断された2症例

海,大江 大,高 植松智 屋 潔 原田雄 功,佐山 造,浅 倉 毅 淳 赤 石 洋。庄 子 賢,酒井信 光 長沼 庸*

はじめに

腹部腫瘍には腹腔内臓器に由来する様々な腫瘍がある。その中で骨盤内腫瘍として考えられるものとしては、卵巣腫瘍、子宮癌などの婦人科疾患、直腸・S 状結腸癌、後腹膜腫瘍などが挙げられる。しかし、少数ながら上腹部に巨大な腫瘍が出現し、これが骨盤内に下がり骨盤内腫瘍として診断・手術される例も存在する。今回我々は、術前に卵巣腫瘍と診断され、開腹手術となるも、上腹部腫瘍であった 2 症例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

症 例

症例1:69歳,女性 **主訴**:腹部膨隆

既往歴・家族歴:特記すべき事なし

現病歴: 2003 年 3 月, 腹部膨隆を主訴とし近医 受診し,下腹部腫瘤を指摘されるも放置していた。 4 月初旬より全身倦怠感, 食指不振持続し, 近医再 診し CT にて直径 11 cm の骨盤内腫瘤認めた。こ のため当院婦人科に紹介, 受診となった。

入院時身体所見:身長 145 cm,体重 41 kg,腹部は膨満し,最下部~恥骨上に巨大腫瘤触れる.

入院時検査所見:採血上、WBC $25,000/\mu$ l、CRP 34 mg/dl と炎症値上昇していた。また BUN 47 mg/dl, Cre 2.4 mg/dl と腎機能傷害を認めた。その他は異常なく、アミラーゼも正常であった。腫

仙台市立病院外科 *同 病理科 瘍マーカーは CA19-9 が 85 U/ml と上昇を示し, CA125 も 58 U/ml と上昇していた。

画像所見: MRI: 骨盤腔から下腹部に長径 15 cm 大の境界明瞭な腫瘤を認めた。T1 強調像で低信号, T2 強彫像で高信号を呈し, 嚢胞性の腫瘤だが, 後壁で内腔に膨隆する辺縁不正な軟部組織が見られた。この形態より, 卵巣の悪性腫瘍(漿液性嚢胞腺癌など)が疑われた(図 1)。

臨床経過:臨床経過,腫瘍マーカー,画像診断より,卵巣腫瘍の診断で婦人科にて手術となった。 しかし開腹の結果,卵巣・子宮は年齢相応に萎縮 しているのみで正常であり,婦人科関連腫瘍では ないと診断されたため,術中に外科紹介・転科と



図1. 症例1のMRI (T2強調像): 骨盤腔から下腹部に長径15cm大の境界明瞭な腫瘤を認める。

なった。

手術所見:腫瘍は膵体部に存在し、胃幽門から横行結腸間膜に固着していた。横行結腸を剝離したところ、壁沿いに小結節があり、迅速病理診断で腺癌であった。肉眼的に門脈や総胆管に浸潤はなく、以上より膵体部腫瘍、腹膜播種と診断した。今後のQOLを考え、膵頭部を残すように膵体部の腫瘍を切除し、固着している胃幽門部を幽門側胃切除した後、Billroth II 法で十二指腸と胃を端側吻合した。また腫瘍は横行結腸にも浸潤していたため、横行結腸を腫瘍とともに一部部分切除し、端端吻合した。さらに、残った膵尾部を胃に吻合

し,終了した(図2).

病理所見:囊胞の大部分は漿液性嚢胞腺腫で, 嚢胞と連続するように膵管内に高~中分化型腺癌 を認めた。膵体部の腫瘍は浸潤性膵管癌であった (図3.4)。

術後経過: 術後は経過良好で経口も開始できた. しかし, 膵癌, 腹膜播種にて入院中に腫瘍マーカーの CA19-9 は 4,000 U/ml まで上昇した. 家族と本人の希望で化学療法は施行しなかった. 一旦退院となるも 5ヵ月後膵癌末期状態で死亡した.

症例 2:82 歳,女性 **主訴**: 尿閉,腹部膨隆

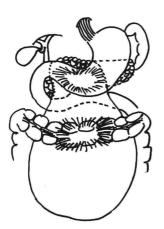




図2. 症例1の手術所見: 膵腫瘍切除, 幽門側胃切除, 横行結腸部分切除, 胆嚢摘出, 膵胃吻合, Billroth II 端側吻合の模式図.

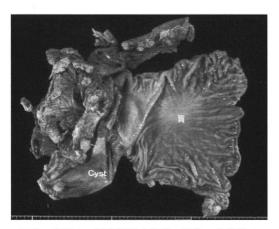


図3. 症例1の摘出臓器肉眼像: 嚢胞の大部分は 漿液性嚢胞腺腫であった。

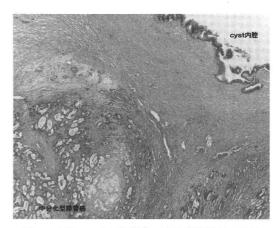


図4. 症例1の病理組織像: 液性嚢胞腺腫に連続 する膵体部の腫瘍は浸潤性膵管癌であった.

既往歴・家族歴:特記すべき事なし

現病歴: 平成17年2月, 尿閉, 腹部膨隆を主訴とし近医受診し, CTにて骨盤内巨大腫瘤, 当院産婦人科に紹介・受診となった.

入院時身体所見: 身長: 155 cm, 体重: 40 kg. 腹部は膨隆しており, 巨大腫瘤を触知した。また 両側下肢は著明に浮腫していた。

入院時検査所見: 血算, 生化学は正常. 腫瘍マーカーは CA125 が 413 U/ml と上昇していた。その他の腫瘍マーカー (CEA, AFP, CA19-9) は正常であった。

画像所見: MRI: 骨盤腔から下腹部に, T1 強調像で低信号, T2 強調像で高信号を呈するピー

ナッツ型 (10 cm の腫瘤が 2 個連続している形) の 境界明瞭な腫瘤を認めた。腫瘤は左右の両側に分 割して見え,充実性腫瘤と嚢胞性腫瘤が混在して いた。このため両側性卵巣腫瘍が疑われた(図 5)。

上部消化管内視鏡:胃体下部小弯側後壁に約3 cmのSMTあり,一部びらんを形成していた(図 6).

臨床経過:臨床経過,腫瘍マーカー,画像診断より,卵巣腫瘍の診断で,婦人科にて手術施行.開腹手術では,両側卵巣と子宮は年齢相応に萎縮しているのみで,正常であった.腫瘤は胃小弯後壁より発生しており,婦人科関連腫瘍ではないと診断されたため,外科に術中紹介・転科となった.





図5. 症例2のMRI(T2強調像): 骨盤腔から下腹部に, 10 cm 程度の2個つながったピーナッツ型の境界 明瞭な腫瘤を認める(5a: 矢状断, 5b: 水平断)



図 6. 症例 2 の上部消化管内視鏡:胃体下部小弯 側後壁に約 3 cm の SMT を認める。

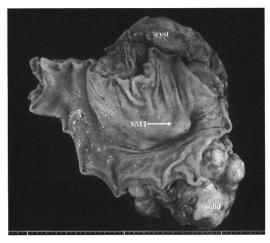


図7. 症例2の摘出臓器肉眼像: 胃壁外に発育する腫瘤を認める.

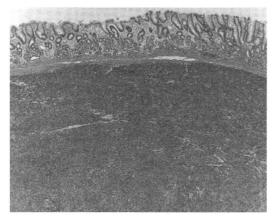


図8. 症例2の病理組織像:胃粘膜下組織から深部に紡錐形細胞の増殖からなる腫瘍を認める。

手術所見:淡血性腹水が1,000 mlと多量であった.腫瘤は胃小弯後壁から発生し、胃外に増大していた.右側は嚢胞状で左側は充実性であり、硬く分葉状になっていた。肉眼的に明らかな腹膜播種、遠隔転移、リンパ節転移はなかった。迅速病理診断を提出し、Gastrointenstinal stromal tumorと診断された。以上より、遠位側胃切除施行し、Billroth II 法で十二指腸と端端吻合し手術を終了した。

病理所見:腫瘍は多結節性で $20 \,\mathrm{cm}$ 大であった。紡錘形細胞の束状増殖から成っており、免疫染色にて、 $\mathrm{CD34}$ 強陽性、 $\mathrm{c-kit}$ 陰性(一部弱陽性)、筋系マーカー陰性、神経マーカー陰性であり、胃GIST の診断であった。また腹水細胞診では悪性細胞陽性であった(図7,8)。

術後の経過: 術後は良好で、現在も腫瘍マーカーの上昇は見られていない。本症例では c-kit は大部分陰性で狭義の GIST には当てはまらず、GIMT とかんがえられ、抗癌剤 (イマニチブ: グリベック) は有効でないと思われたため、腹水にて positive for cancer cells であったが経過観察としている。術後 2 年近く経過するが、現在も再発なく、外来フォロー中である。

考 察

今回のように,上腹部臓器である胃や膵の腫瘍

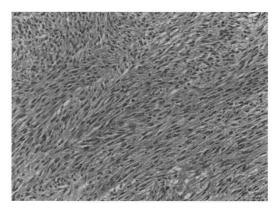


図9. 図8の強拡大像 紡錐形細胞の束状増殖を 認める。核異型は見られない。

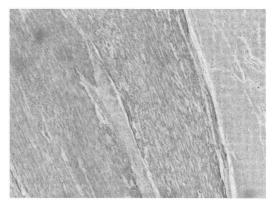


図 10. CD34 免疫染色像 腫瘍細胞は CD34 陽性 である.

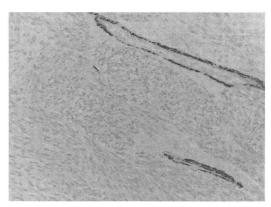


図11. SMA 免疫染色像 腫瘍細胞は SMA 陰性である.

が、術前に骨盤内腫瘍と診断され手術される症例 があり、我々も2症例を経験した。

骨盤内腫瘍と診断された上腹部腫瘍として報告されていた症例の多くは、胃 GIST (Gastrointenstinal stromal tumor)で、その他には大網・腸間膜・腸 GIST、膵腫瘍などが報告されていた1~5)。

本症例のように,通常は上腹部腫瘤として発見 されるべき疾患が,なぜ卵巣腫瘍として婦人科で 開腹手術となったのか.

- 理由として、2症例ともに、
- ① 女性であり骨盤腔が広く,また痩せ型の高齢者であり内臓脂肪や骨盤壁内の脂肪に乏しく,巨大化した上腹部腫瘤がその重みで骨盤腔内に落ち込みやすかったこと。
- ② 女性であるがゆえに, 骨盤内腫瘤として, 卵 巣腫瘍が最も考えやすかったこと。また高齢女性 であったため, 卵巣が萎縮し, 正常卵巣が画像上 特定できなかったこと。
- ③ 膵尾部腫瘍や胃 GIST は,採血上所見に乏しく,CA125や CA19-9 などの腫瘍マーカーの上昇はみられたが,これは卵巣腫瘍としても相違ない所見であったこと.
- ④ 本症例の腫瘍は、GIST、膵腫瘍ともに、壁外発育型で嚢胞性と充実性部分が混在するタイプの腫瘍であった。これに加えて、卵巣腫瘍は嚢胞性腫瘍、充実性腫瘍、両方の混在型と多種多様な形態をとる特徴があり、今回のGISTや膵腫瘍と画像上類似した形態をとっていたこと。などが考えられる。

症例報告の多くが、女性(特に中~高齢)であり、当院の症例報告に合致している。

膵癌は、組織学的分類において上皮性腫瘍と非上皮性腫瘍に大別され、さらに外分泌腫瘍と内分泌腫瘍および分化方向不明な腫瘍に分けられる。このうち外分泌腫瘍は90%以上を占め、さらに漿液性嚢胞腫瘍、粘液性嚢胞腫瘍、膵管内腫瘍、浸潤性膵管癌、膵房細胞腫瘍に分類される。今回は漿液性嚢胞腺腫と、これに連続するような浸潤性膵管癌であった。膵嚢胞と膵癌が合併する頻度は不明であるが、両疾患はともに膵疾患においてまれな疾患ではなく、巨大に壁外に発育した場合は、

画像診断にて卵巣腫瘍と診断される可能性はあり 得る.

また、胃 GIST は胃の主に筋層から起こる紡錘形細胞を主体とする粘膜下腫瘍であり、平滑筋への分化を示すもの、神経系への分化を示すもの、双方への分化を示すもの、どちらへの分化も示さないもの(狭義の GIST)に分けられ、このうち狭義の GIST が 65~80% と大半を占める6. 充実性腫瘍であることが多いが、嚢胞形成する例も存在し、症例が報告されている7.8. 症例報告では嚢胞を伴う GIST は全て巨大腫瘍(10~20 cm 前後)であり、巨大化するにつれ、内部に壊死や出血を起こし嚢胞を形成するのではないかと思われた。このように、胃 GIST でも巨大に壁外に発育した場合は、画像診断にて卵巣腫瘍と診断される可能性はあり得ると思われる。

症例2では、術前に両側卵巣腫瘍、つまり転移性卵巣腫瘍(Krukenberg 転移)が最も疑われたため、上部消化管内視鏡を施行した。この際に胃粘膜生検にてGIST疑われたが、MRI上の骨盤内腫瘍との連続は明確でなく、この3cmのGISTが巨大腫瘍の一部であることは術前診断では分からなかった。

結 語

今回我々は,術前に卵巣腫瘍と診断された膵腫瘍,そして同様に診断された胃 GIST を経験した。どちらの症例も術前の画像診断や諸検査では,卵巣腫瘍と区別することが非常に困難であり,高齢女性の骨盤内腫瘍を診断するにあたり,注意を促す症例であった。

文 献

- 寺岡義布史 他: 術前診断が困難であった胃原発骨盤内 GIST の1 例。日本臨床外科学会雑誌 66: 492, 2004
- Erkanli S et al: Gastrointestinal stromal tumors that presented as pelvic masses; report of two cases. Eur J Gynaecol Oncol 27: 101-103, 2006
- 3) Herawi M et al: Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) presenting as a pelvic mass.

- Gynecol Oncol 91: 630-635, 2003
- Belics Z et al: Large Gastrointestinal stromal tumors presenting as a tumor. A case report.
 J Reprod Med 48: 655-658, 2003
- 5) Erkanli S et al: Gastrointestinal stromal tumors masquerading as an ovarian mass. J Surg Oncol 2: 15, 2004.
- 6) 吉田 昌 他: 胃粘膜下腫瘍, 内科学(杉本恒明

- 他 編集),朝倉書店,東京,pp 968-970,2003
- 7) 河村史朗 他: 胃壁外性発育と著明な嚢胞形成を示した胃 GIST (Leiomyoblastoma) の 1 例. 日本消化器外科学会雑誌 36: 1035, 2003
- 8) Naitoh I et al: Exophytic pedunculated gastrointestinal stromal tumor with remarkable cystic change. Gastroenterol 38: 1181-1184, 2003