

## 【研究会抄録】

## 第80回山陰肝胆膵疾患研究会

日時：平成23年7月30日(土) 13:00~15:50

会場：くにびきメッセ

松江市学園南一丁目2番1号 TEL:0852-24-1111

当番世話人：山田 稔 (松江市立病院総合診療科・内科)

### 1. 胃癌肝転移で術前化学療法を行い、切除後、胃癌、肝癌の重複癌と判明した1例

山陰労災病院外科

野坂 仁愛, 高屋 誠吾, 高木 雄三  
福田 健治, 山根 祥晃, 豊田 暢彦

症例は63歳男性で、既往歴として2007年、胃体部のESD施行されていた。その後胃体部ESD後の潰瘍瘢痕・前庭部線腫にてフォロー中であった。2010年8月3日、脂肪肝の精査もあり、CTを行ったところ、転移性肝腫瘍を指摘され、8月16日、胃腺腫より生検したところ、腺癌が判明。CT画像からは病巣の辺縁からリング状に染まる転移性の特徴を有していたため、胃癌の肝転移とした。その後、化学療法を先行させたが、今年に入り、肝転移巣の増大を認めた。単発であることを踏まえ、原発巣切除と、肝転移巣の切除を2011年4月6日に行った。病理の結果では肝病巣は原発性肝癌であった。

### 2. 術前に悪性疾患との鑑別が困難であった胆嚢切除後 amputation neuroma の1例

島根県立中央病院外科

福垣 篤, 増井 俊彦

胆道系の amputation neuroma (断端神経腫) は稀な疾患であり、多くは胆嚢摘出術をはじめとする胆道系手術後に発生し、また他の悪性疾患と鑑別が困難な場合がある。今回我々は胆嚢摘出術後に発生した総胆管神経腫の一例を経験した。症例は80歳台女性で、右季肋部痛を主訴とし総胆管に腫瘤性病変を認めた。画像所見からは悪性疾患は否定されたが、胆汁細胞診が陽性であり悪性疾患を否定できないため、総胆管部分切除術を施行した。術中迅速診断で悪性所見を認めず追加切除は施行しなかった。摘出標本の病理所見より amputation neuroma と neurofibroma が鑑別にあがるが、胆嚢摘出術の既往および発生頻度などから前者と推察された。本疾患は切断された神経線維の断端が過剰再生すること

によって生じる。上腹部手術の術後に胆道系に腫瘤形成を生じた場合は、本症を念頭に置いた診断、治療が必要と考える。

### 3. 膵神経内分泌腫瘍に対する完全腹腔鏡下腫瘍核出術

島根大学医学部消化器・総合外科

下条 芳秀, 川畑 康成, 矢野 誠司  
田中 恒夫

はじめに：近年、消化器外科領域では技術の進歩や機器の開発によって、そのほとんどの症例が腹腔鏡手術として行われるようになった。また2010年には、腹腔鏡下肝部分切除術や外側区域切除術が条件付きで保険収載された。それに対し腹腔鏡下膵臓手術については一般化せず、現在もなお保険収載されていない。今回我々は、膵内分泌腫瘍に対する腹腔鏡下腫瘍核出術を経験したので報告する。症例：4才、女性。職場健診の腹部超音波検査で膵体部に1cm大の腫瘤を指摘された。精査にて非機能性膵内分泌腫瘍 (s/o) と診断され、手術を行った。まとめ：今後、適応疾患を慎重に選択しながら症例数を重ね、施設基準をクリアし、先進医療として腹腔鏡下膵手術を安全に普及させていくことが当科の役割と考える。

### 4. HBs抗体陽転後のHBVキャリアーに発症した細胆管細胞癌の1例

山陰労災病院病院消化器内科

西向 栄治, 岸本 幸廣, 角田 宏明  
向山 智之, 神戸 貴雅, 謝花 典子  
古城 治彦

症例は74歳男性。14年前からHBVキャリアーで半年ごとに外来通院中。定期超音波検査で、肝S8に4cm大の八頭状の内部が不均一なやや高エコー腫瘤像を指摘された。AFP、PIVKA-II、CA19-9いずれも陰性。HBs抗原陰性、s抗体強陽性、HBc抗体64.7% (200倍

希釈), HCV 抗体陰性。造影 CT では, 肝 S8 に境界やや不明瞭な 4 cm 大の腫瘤を認め, 早期相で辺縁, 内部が不均一な濃染を呈し, 遅延相で造影効果の遷延を認めた。腹部血管造影では, Capillary から venous phase で同部位に淡い濃染を認めた。また, CTA 早期相で, 内部の不均一な濃染を, CTA 後期相で, 腫瘤に薄い corona 様濃染, 末梢側肝実質に楔形濃染を認め, 肝内胆管細胞癌, あるいは, 混合型肝癌が疑われた。また, 中部食道早期癌も認め, 21G 針腫瘍生検を行った。中分化型腺癌, 胆管細胞癌と診断された。肝 S4/8部分切除が行われ, 術後病理組織所見で, 細胆肝細胞癌 (cholangiolocellular carcinoma: CoCC) と診断された。細胆肝細胞癌は, 第 5 版原発性肝癌取り扱い規約の肝癌分類で 3 番目に挙げられている稀な疾患で, 術前診断が容易でなく, 治療法, 予後など一定の見解が得られていない。HBs 抗体が陽転化した後に発癌している点も興味深く報告した。

#### 5. ソラフェニブが有用であった肝細胞癌リンパ節転移の 1 症例

松江赤十字病院消化器内科, 外科, 放射線科  
内田 靖, 北角 泰人, 盛岡 伸夫

症例は78歳, 男性。アルコール性肝硬変。H21/6 肝左葉 7 cm 大の肝癌破裂の診断にて緊急 TAE 施行後, 肝左葉切除術を実施。6 ヶ月後に肝外側区に再発を認め, 再 TAE を施行。その後肝内再発を認めないものの, 肝門部および胃体部小弯側に 4 cm 大のリンパ節転移を確認。H22/6 よりソラフェニブを使用, 手足症候群, 消化管穿孔等の合併症を認めたが, 休薬, 保存的加療にて対応。腫瘍マーカーの低下, リンパ節の縮小を認め, PR と判定。現在, 12ヶ月間継続内服中である。肝癌治療の進歩に伴い肝内病巣の長期コントロールが可能となった一方で, 肝外転移例を経験することが増加した。肝癌治療アルゴリズム2010では, 肝外病変を認めた場合, 肝予備能良好な症例ではソラフェニブを推奨している。副作用は多いが, 試みる治療の一つとして, ソラフェニブは有効と考えられた。

#### 6. イマチニブ・スニチニブ耐性 GIST 肝転移にラジオ波焼灼術を行った 1 例

鳥取大学医学部機能病態内科学

森 拓, 徳永 志保, 三好 謙一  
木科 学, 藤瀬 幸, 加藤 順  
的野 智光, 松本 和也, 八島 一夫  
孝田 雅彦, 村脇 義和

症例は47歳女性。2007年, 嘔気, めまいを主訴に受診し, 胃原発 GIST 多発肝転移と診断された。その後, イマチニブ, スニチニブ内服, 肝転移に対する手術などを行っていたが, 2011年に新たな肝転移が出現し, イマチニブ及びスニチニブ耐性と診断し入院となった。肝 S4/8の 4×5 cm の肝転移に対して 4.0 cm Leveen 針を用いて RFA を施行した。RFA 後の造影 CT, 造影エコーで焼灼部位の血流は消失し, PET-CT で FDG 集積も消失した。RFA による有害事象はなく, 再発を認めていない。手術不可能なスニチニブ・イマチニブ耐性 GIST 肝転移に RFA は有用であると考えた。GIST 肝転移に RFA が有用である報告は散見されるが, 今後前向き試験による検証が必要であると思われる。

#### 7. EUS-FNA にて術前に診断し得た膵外に著明に増大した Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) の 1 例

鳥取大学医学部附属病院消化器内科

松本 和也, 村脇 義和

同 消化器外科

原田 賢一, 武田 洋平, 八島 一夫  
河口剛一郎, 安部 良, 池淵雄一郎  
林 暁洋, 今本 龍, 生田 幸弘  
佐々木修治, 奈賀 卓司, 谷口健次郎

同 病理部

堀江 靖

症例は73歳, 男性。心窩部不快感精査目的に受診。腹部 US にて境界明瞭, 辺縁平滑, 被膜を有さず, 内部に嚢胞成分を有する腫瘤を認めた。造影 CT では膵, 腎, 脾臓を圧排する 7 cm 大の類円形腫瘤を認め, 平衡相で淡い造影効果を認めた。EUS では膵由来病変と思われる所見を同定されず, MRI では, T1-/T2-WI image で low-/low-および high-intensity を呈した。MRCP では膵尾部に膵管の圧排像を認めたが, 腫瘤との交通は認めなかった。PET-CT では病変部に FDG の高集積を認め, 術前診断は GIST を第一に考えたが, EUS-FNA で SPN と診断し, 膵体尾部切除術を施行した。膵外に著明に増大した SPN を経験したため報告した。

## 8. 診断に苦慮した膵腫瘍の1例

島根県立中央病院消化器科

三上 博信, 伊藤 聡子, 上野さや香  
 福田 聡司, 泉 大輔, 沖本 英子  
 矢崎 友隆, 森藤 吉哉, 高下 成明  
 今岡 友紀

同 内視鏡科

宮岡 洋一, 藤代 浩史

症例は70歳代女性。X年6月ごろより上腹部腫瘍を自覚し当科外来を受診。触診上心窩部に硬い腫瘍を触知し精査加療目的にて入院となった。画像精査にて膵頭部に境界明瞭な30mm大の腫瘍を認め、厚い壁を有する嚢胞状腫瘍であった。壁は造影効果を認め、内腔は壊死や嚢胞変性を来しているものと思われた。いずれの検査でも主膵管との連続性ははっきりせず、ERCPでは膵管の拡張は軽度であった。以上から、内分泌腫瘍や膵癌の特殊型を疑ったが、ERCPでのブラシ細胞診にて腺癌を認めた。外科的切除を施行し、病理組織では膵扁平上皮癌であった。膵扁平上皮癌は比較的稀な疾患であり、術前診断が難しい場合もある。若干の文献的考察を含め報告する。

## 9. 膵胆管合流異常に合併した胆嚢腺内分泌細胞癌の1例

松江市立病院消化器内科

村脇 義之, 三浦 将彦, 杉原 誉明  
 谷村 隆志, 田中 新亮, 河野 通盛  
 吉村 禎二

同 総合診療科・内科

山田 稔

同 腫瘍化学療法・一般外科

大谷 裕

同 消化器外科

吉岡 宏

同 臨床検査科

吉田 学

胆嚢腺内分泌細胞癌は腺癌成分と内分泌細胞癌が混在する稀な腫瘍である。今回、膵胆管合流異常に合併した胆嚢腺内分泌細胞癌の1例を経験したので報告する。症

例は41歳、女性。平成21年6月に検診で胆嚢内に隆起性病変を指摘され当科受診した。腹部超音波検査で胆嚢底部に不整な壁肥厚を伴う約10mmの低エコー広基性結節病変と、体部にも類似した形態の結節病変を認めた。腹部造影CTではいずれの結節病変とも造影効果を有したが、MRI high b-valueの拡散強調画像では、体部の結節病変は底部の結節に比べてより高信号であり、差異が認められた。またMRCPでは胆管非拡張型の膵胆管合流異常が疑われた。平成21年7月に胆嚢癌疑診例として開腹胆嚢摘出術を施行した。術中の胆道造影において膵胆管合流異常が確認された。術後病理標本は胆嚢体部から底部にかけて65×55mmの広範囲に顆粒状平坦型の腫瘍が広がっており、その内部に2つの結節状隆起が混在していた。顆粒状平坦型の腫瘍部分は、粘膜内にとどまる高分化型腺癌であったが、底部の結節病変は中分化型から低分化型腺癌で漿膜下層への浸潤が認められた。一方で体部の結節病変については、クロマチンに富む円形から楕円形の小型の核を持つN/C比の高い細胞が充実に増殖・浸潤しており、免疫染色でCD56が陽性を示す内分泌細胞癌であった。以上から、膵胆管合流異常に合併した胆嚢腺内分泌細胞癌、ss, int, INF<sup>+</sup>, ly<sup>2</sup>, v<sup>2</sup>, pn<sup>1</sup>, pHinf<sup>0</sup>, pBinf<sup>0</sup>, pN<sup>1</sup>(12c), f Stage IIと診断した。術後S-1による化学療法を開始したが、5ヶ月後に多発肝転移が出現した。塩酸ゲムシタピンに変更したが、腫瘍進展のため術後17ヶ月で死亡した。本症例では分化度や形質の異なる多彩な組織像が混在しており、膵胆管合流異常における胆嚢癌の発生・進展形式を考える上で興味深い症例と考えられた。さらにMRI high b-valueの拡散強調画像で腺癌と内分泌細胞癌の組織型の違いが信号強度に反映されており、その有用性が示唆された。

## 【特別講演】

「膵癌の診断と治療の進歩

— 三重大学病院の成績を中心に —

三重大学大学院医学系研究科

肝胆膵・移植外科教授

伊佐地秀司 先生