

臨床報告

巨大胃平滑筋肉腫の1例

東京女子医科大学 第二外科学教室

カツタ	カズノブ	フジイ	アキホ	ナカニシ	アキコ
勝田	和信	藤井	昭芳	中西	明子
ヤスカワ	ケイゴ	キムラ	ツネヒト	ハマノ	キョウイチ
泰川	恵吾	木村	恒人	浜野	恭一

(受付 平成7年7月31日)

はじめに

胃平滑筋肉腫, leiomyosarcoma の頻度は, 胃悪性腫瘍の0.1～1.3%とされ¹⁾, 比較的稀な疾患である。さらに長径が20cmを越える巨大胃平滑筋肉腫の, 本邦における手術報告例は, 我々が検索した限り17例のみである。

最近我々は, 上腹部腫瘍を主訴とする, 巨大胃平滑筋肉腫の1例を経験し, 外科的切除を行ったので報告する。

症 例

患者: 66歳, 女性。

主訴: 上腹部腫瘍。

現病歴: 検診目的にて近医を受診。上腹部腫瘍を指摘され, 紹介入院となる。

入院時現症: 身長149cm, 体重51.5kg, 血圧142/70mmHg, 脈拍90回/分整。

検査所見:

腹部所見: 上腹部に固い腫瘍を触知したが, 圧痛等は認めなかった。

血液一般検査: ヘモグロビン10.9g/dl, ヘマトクリット33.6%, 白血球5,400/ μ l, 赤血球4.02 \times 10⁴/ μ l, 血小板2.43 \times 10⁴/ μ l, 血沈1時間値40mm, 生化学異常値なし, 腫瘍マーカー-CEA, AFP, CA19-9は正常範囲内であった。

腹部単純X線: 上腹部に巨大な腫瘍陰影を認めたが, 異常石灰化像や小腸ガス像は, 認めなかった(図1)。



図1 腹部単純X線
異常石灰化像や異常ガス像は認めない。

腹部エコー: 上腹部に, 巨大な充実性の腫瘍を認め, 周囲臓器との境界は明瞭で, 腫瘍の内部に所々cysticな部分を認めた(図2)。

胃透視: 胃体上部, 大彎側を中心に広範囲な圧排像を認めた。胃粘膜に潰瘍形成等の変化は認めなかった(図3)。

注腸造影: 脾彎曲部が下方へ圧排されているが, 腫瘍による大腸壁への直接浸潤あるいは, 大腸壁の硬化像は認めなかった(図4)。

胃内視鏡: 胃体部大彎側からの広範囲な圧排を

Kazunobu KATSUTA, Akiho FUJII, Akiko NAKANISHI, Keigo YASUKAWA, Tsunehito KIMURA and Kyoichi HAMANO (Department of Surgery II, Tokyo Women's Medical College): A case of giant gastric leiomyosarcoma

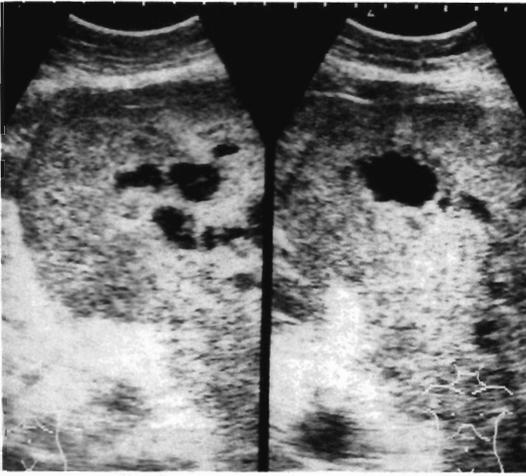


図2 腹部エコー

上腹部に充実性の腫瘍を認め、中央に cystic な低エコー域を認める。

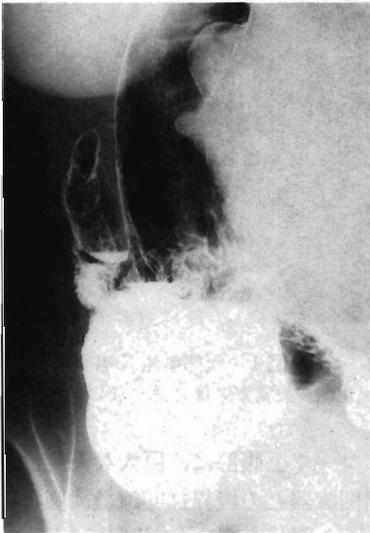


図3 胃透視

胃体上部大彎側を中心に広範囲な圧排像を認めた。

認めたが、腫瘍による胃粘膜への直接浸潤像や潰瘍形成像は認めなかった。

腹部 CT：左腹部に胃体上部から連続し、内部に壊死像を思わせる低吸収域を伴う、19×13×18 cm 大の巨大な充実性の腫瘍を認めた。この腫瘍は、造影 CT で増強され、肝脾との境界は明瞭で、肝内の病変、リンパ節の腫大等は認めなかった(図

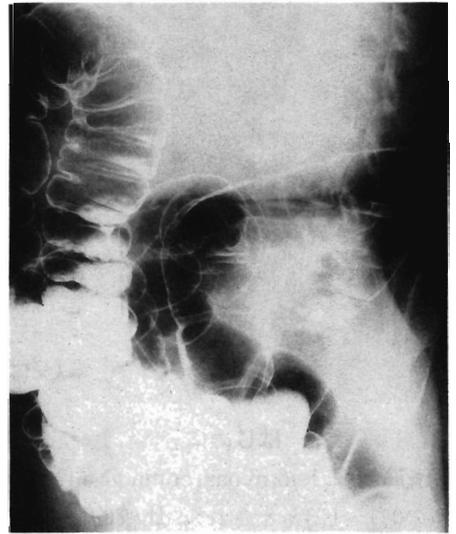


図4 注腸造影

腫瘍による大腸壁への直接浸潤あるいは、大腸壁の硬化像は認めなかった。

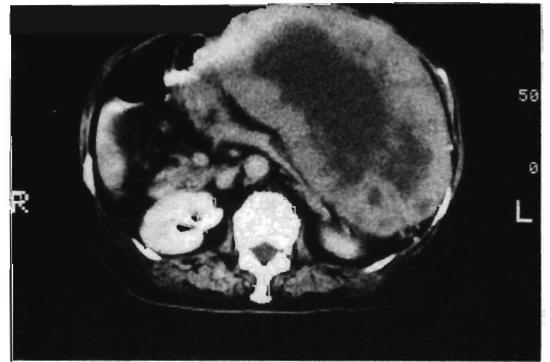


図5 腹部 CT

内部に壊死像を思わせる低吸収域を伴う、巨大な充実性の腫瘍を認めた。

5)。

腹部血管造影：上腹部の腫瘍は、脾動脈と左胃大網動脈によって栄養されており、各々の末梢に腫瘍血管が認められ、胃肉腫と診断した(図6)。

手術所見：以上の術前検査より、胃体上部大彎より発生した巨大肉腫と診断し、腫瘍切除胃体上部部分切除脾合併切除を施行した。

摘出標本は、弾性硬、腫瘍実質部分は、灰白色で、内部に出血と壊死を認め、周囲臓器との境界

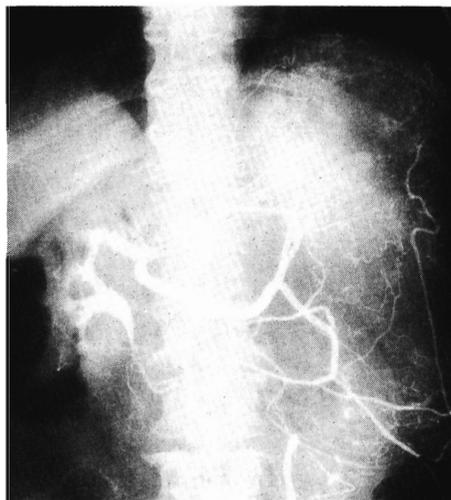


図6 腹部血管造影

腫瘍は、脾動脈と左胃大網動脈によって栄養され、各々の末梢に腫瘍血管が認められる。



図7 切除標本

実質部分は灰白色で、腫瘍内部に、出血と壊死を認め、 $21 \times 19 \times 10$ cm大、重さ2,808gであった。

は明瞭で、 $21 \times 19 \times 10$ cm大、重さ2,808gであった(図7)。

病理所見：病理組織検査で、腫瘍細胞が密在しており、核は円みを帯び、大小不同をみる。図8に示す写真では、明らかな、核分裂像は認められない(図8)。

以上より胃平滑筋肉腫と診断された。

考 察

胃悪性腫瘍における、平滑筋肉腫の頻度は、 $0.1 \sim 1.3\%$ と言われ¹⁾、好発年齢は40～60歳で、男

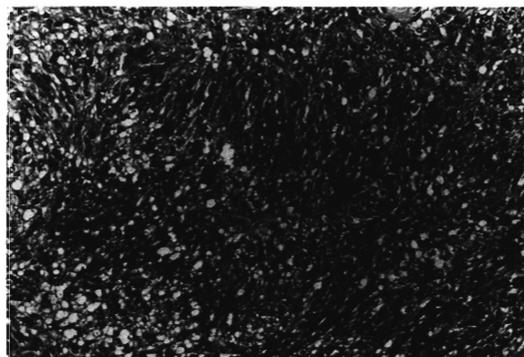


図8 病理組織標本

腫瘍細胞が密在し、核は丸みを帯び、大小不同をみる。明らかな、核分裂像は認めない。

性に多いとする報告が多い^{1)~3)}。発育形態は、胃壁外性に腫瘍が発育する胃外型が最も多く、次いで胃内腔に向い発育する胃内型、胃壁内外双方に発育を来す混合型、胃壁内浸潤型の順という報告がほとんどである^{1)~7)}。

臨床症状は、腫瘍の発育形態によって違いがあり、胃外型は主に心窩部痛、胃部不快感、腹部腫瘤を主訴とすることが多い。その理由として、腫瘍が壁外に発育するために消化管症状が発現しにくく、そのために自覚症状に乏しく、腫瘍が巨大化して腹部腫瘤感あるいは心窩部痛および胃部不快感で初めて自覚することが多いと考えられる。当症例も、長径21cmという巨大な腫瘍であるが、通過障害等の消化管症状などの自覚症状が出現せず、全身状態も良好であったと考える。胃内型は、主に吐血、下血を主訴とすることが多く、これは、腫瘍が胃外型のように巨大化するまでに、潰瘍化し胃内腔に出血を来し吐血あるいは下血などの臨床症状を呈するためである。また出血のための貧血を主訴とすることもしばしばある^{1)~4)}。症状出現形式の違いから、胃外型の場合は、巨大化してようやく発見されることが多く、また、胃内型の場合は、比較的腫瘍が小さいうちに、発見されることが多い。

好発部位は、胃上部に最も多く、次いで胃中部、胃下部の順となっており¹⁾³⁾⁴⁾、胃中下部に多い胃癌とは異なった発生を示す。

CT 所見は、平滑筋肉腫は周囲臓器との境界は明瞭で、中心に壊死を伴うことが多く、壊死を伴っている場合は内部に不均一な低吸収域を認め、造影剤により腫瘍実質部分は増強される管外性腫瘍と報告されている¹⁾⁶⁾⁸⁾。また、潰瘍形成、瘻孔形成、腫瘍内ガス像、周囲組織への浸潤、転移もしばしば認めるとされる¹⁾。

血管造影では、流入動脈、流出静脈の拡張、腫瘍濃染像、腫瘍中央部の壊死を示す中心部の無血管野などが指摘されるが¹⁾⁸⁾、その肉腫の質的診断は困難である。

病理組織学的特徴として、①腫瘍細胞が密在し、核は大きく円みを帯び、大小不同を見ること、②核小体は、大きくクロマチン量の増加を見ること、③核分裂像が多い、などが挙げられるが^{2)~4)}、特に、核分裂像の多いものほど予後が悪いと一般的にいわれている^{2)~4)}。

転移に関しては、血行性に肝転移が最も多く^{1)~8)}、その他、脾臓、肺、膵臓、卵巣、大網、後腹膜、骨などが報告されている²⁾⁶⁾⁷⁾。リンパ節転移は、認められないという報告と¹⁾、10~20%に認められるという報告とがあり一定していない^{1)~3)6)7)}。

治療は、外科的切除が最も有用で、放射線治療、化学療法での効果は期待できないと言われる¹⁾²⁾。術式は、腫瘍を含めた局所切除で良いとす

る意見と、胃癌に準じたリンパ節郭清を必要とする意見がある。我々は、開腹時に腹腔内を検索した際、肉眼的リンパ節転移を認めなかったため、前者を選択し、腫瘍切除、胃体上部部分切除、脾合併切除を施行した。

結 語

上腹部腫瘤を主訴とし、外科的に切除した最大径21cmの巨大胃平滑筋肉腫を経験したので若干の文献的考察を併せて報告した。

文 献

- 1) 芦田千尋, 野坂純一郎, 宮地知男: 初診1年4ヵ月後に壁外性に発育した胃平滑筋肉腫の1例. 癌の臨 35(4): 505-511, 1989
- 2) 隠岐公二, 大藪久則, 鳥山 皓: 胃平滑筋肉腫の2例. 外科 46(10): 1087-1091, 1984
- 3) 松本一仁, 福原泰樹, 津島隆明: 残胃に発生した胃平滑筋肉腫の1例. 癌の臨 32(2): 196-202, 1986
- 4) 北岡久三, 岡林謙蔵, 木下 平: 胃平滑筋肉腫の予後因子と手術法. 癌の臨 29(7): 811-816, 1983
- 5) 島本政明, 渡辺 昂, 常岡健二: 粘膜下腫瘍および粘膜下腫瘍様胃隆起性病変の質的診断について. 消内視鏡の進歩 16: 22-25, 1980
- 6) 本田 浩, 中田 肇, 中山 卓: 消化管筋原性腫瘍のCT診断. 臨放 29(2): 285-288, 1984
- 7) Skandalakis JE, Gray SW, Shepard D: Smooth muscle tumor of the stomach. Int Abstr Sur 110: 209-226, 1960
- 8) 佐々木文雄, 古賀佑彦, 竹内 昭: 消化管平滑筋肉腫のX線診断. 臨放 29(9): 969-973, 1984