

24 低分化早期大腸癌の1例

森岡 伸浩・宮下 薫・藍澤喜久雄
佐野 文・鳥越 貴行・遠藤 泰志*
燕労災病院外科
同 病理*

症例は47歳, 女性. 近医で大腸内視鏡を受け上行結腸に径1.5cm大のⅡa病変と盲腸に径2cm大のⅡa病変を認めた. 上行結腸のⅡa病変はEMRされsm浸潤の診断であった. 盲腸のⅡa病変は生検組織診断でadenocarcinoma (por with muc) with tubular adenomaの診断であった. 手術目的に当科を受診し, 手術を施行した. 盲腸の病変は病理組織学的には進達度sm1 (500 μ m), ly1, v0, n0の低分化腺癌であった.

大腸癌の組織型は大部分が分化型であり低分化型は少ない. そして低分化型癌のほとんどが進行癌であり早期癌は極めて稀である. 今回, われわれは低分化早期大腸癌の手術症例を経験したので, 若干の文献的考察を加え報告する.

25 大腸縫合不全の原因と対策

— 特に動脈硬化と肥満度からの検討 —

村上 博史

社会保険大宮総合病院外科

【目的】大腸縫合不全(AL)は, 全身, 局所, 手技的要因によるが, 術前, 術中に種々の対策が採られている. しかし術中に吻合部の血流障害を見出すことは容易でない. これは, 動脈硬化による内腔狭窄と, 肥満者における視触診での血管走行の確認不良による. ALの一因解明に大腸切除例を肥満と動脈硬化より検討.

【方法】ALの有無を性, 年齢, BMI別に検討. 心筋, 脳梗塞の既往(SH)有りを動脈硬化既往(SH群)他を動脈硬化非既往(NSH群). 標本上動脈硬化(SP)有りを病理動脈硬化(SP群)他を病理非動脈硬化(NSP群). ALの有無をSH, SPの有無別に検討.

【結果】男性のALは女性の1.47倍. BMIはL群はNL群に比し有意($P=0.018$)に高値. ALはSP群はNSP群に比し高値の傾向($P=$

0.055).

【結語】BMI高値はALが多い. SPはALが多い傾向.

26 十二指腸海綿状血管腫の1例

谷口 優子・長倉 成憲・及川 明奈
渋谷 和人・斉藤 英俊・山洞 典正

水戸済生会総合病院外科

症例は53歳, 女性. 下血, 貧血, 血圧低下にて当院内科に紹介された. 消化管出血によるショックと考えられ頻回に上下部消化管精査による出血源検索がなされた. 入院後3度目の上部消化管内視鏡にて十二指腸水平脚に約3cm, 陥凹を伴う黄白色顆粒状の軟な隆起性病変が確認された. 加えてEUS, 小腸造影, 腹部CT, 腹部血管造影等行ったが確診には至らず, 易出血性の十二指腸粘膜下腫瘍の診断にて手術施行となった. 十二指腸水平脚に軟な腫瘍を触知し, 十二指腸部分切除術を施行した. 病理組織学的検査では粘膜~粘膜下層に暗赤色スポンジ状の腫瘍を認め, 十二指腸海綿状血管腫と診断された. 十二指腸血管腫は極めて稀な疾患であり, その診断にも難渋すると思われる. 本邦では9例(十二指腸海綿状血管腫は5例)報告があるのみであり, 文献的考察を加えて報告する.

27 胃切除B-II吻合後の通過障害に磁石圧迫消化管吻合術を施行した1例

小川 洋・鈴木 晋・武者 信行
坪野 俊広・酒井 靖夫

済生会新潟第二病院外科

症例は74歳男性. T3N2P1H0CY1に対して姑息的幽門側胃切除, B-II再建術施行. 術後4日目に吻合部出血に対して内視鏡的止血術を施行. その後残胃内容停滯を認めた. GTFおよび残胃透視にて輸出脚より約10cm肛門側にtorsionを認めた. 禁食IVHにて経過観察したが, 術後40日目にも以前通過障害あり, 輸入脚症候群を併発したため, 聖マリアンナ医科大学放射線科の山内先生

により、磁石圧迫 Braun 吻合術を施行。10 日後に磁石の落下および肛門からの排出を確認した。透視にて吻合部の良好な流出を確認し経口摂取再開となり、以後経過良好にて患者は現在外来通院中である。

【結語】磁石圧迫消化管吻合は非常に低侵襲な治療法であり、high risk 患者あるいは切除不能な進行癌患者の消化管狭窄・閉塞に対して有効な治療法であると考えられた。

28 食道癌術後孤立性心筋転移の 1 例

石崎 文雄・蛭川 浩史・多田 哲也
天白 典秀

立川総合病院外科

症例は 55 歳男性。平成 16 年 10 月食道癌（高分化型扁平上皮癌）で胸部食道切除術を受けた。術後診断は pT4, pN1, pM0, pStage IV a。補助療法として上縦隔への放射線照射、高容量 CDDP/5FU による化学療法を施行。平成 17 年 5 月、胸痛が出現し超音波検査で心尖部に腫瘤を認めた。心筋生検で扁平上皮癌が証明され食道癌の心筋転移と診断された。腫瘍への計 60Gy の放射線照射および 5FU 300mg の持続投与を行った。放射線化学療法終了後の評価では腫瘍は NC と判定された。現在ドセタキセルとネダプラチンによる外来化学療法を施行中である。食道癌の孤立性心筋転移は極めて稀である。心筋への放射線照射は急性期の障害なく安全に施行可能だった。抗腫瘍効果は NC と判定されたものの胸痛が消失し QOL の改善に有効だった。

29 術前胃 GIST と診断された脾動脈瘤の 1 例

富田 広・金子 和弘・牧野 春彦

県立坂町病院外科

症例は 59 歳男性。体重減少の原因精査目的で腹部 CT 施行。胃の背側、脾の頭側、腹部大動脈の左側に直径 5cm の腫瘤を指摘された。諸検査を施行したが、確定診断には至らなかった。エコー内視鏡所見から胃 GIST が最も疑われ、開腹手

術を施行した。開腹時所見にて脾体部頭側に腫瘤を認め、脾由来の腫瘍と考え、脾体尾部切除術、脾摘出術を施行。切除標本の検索により脾動脈瘤の診断となった。動脈瘤内の凝血塊はすでに器質化しており、脾動脈との血流は途絶していたものと推測された。そのため、術前の諸検査で診断することができず、また、術中も動脈拍動を蝕知できず診断することができなかった。脾動脈瘤は脾動脈遠位側 1/3 に発生するものが 7 割以上を占め、本例のように脾動脈中枢側に発生するものは比較的まれである。

30 転移・再発性 GIST に対する分子標的治療 — イマチニブ耐性腫瘍の遺伝子学的特徴 —

神田 達夫・大橋 学・廣田 誠一*
石川 卓*・松木 淳・小向慎太郎
小杉 伸一・畠山 勝義

新潟大学大学院医歯学総合研究科
消化器・一般外科学分野
兵庫医科大学医学部病院病理学講座*

【目的】消化管間質腫瘍（GIST）のイマチニブ治療における二次耐性腫瘍の遺伝子学的特徴を明らかにする。

【対象と方法】イマチニブ治療中に再燃を生じ、外科的に切除した 7 例。6 例 15 病変において耐性腫瘍の *KIT* 遺伝子変異を分析した。

【結果】11 病変において *KIT* 遺伝子のエクソン 9 ないし 11 の一次変異に加えて、二次変異としてキナーゼ活性領域の点変異による一残基置換が認められた（V654A 5 病変, C809G 1 病変, D816E 2 病変, D820V 1 病変, N822K 2 病変, Y823D 1 病変）。2 例 3 病変では一次変異のみで二次変異は認められなかった。多中心性増悪の 2 例では腫瘍ごとに異なる二次遺伝子変異型を生じていた。

【結論】二次耐性腫瘍の多くは *KIT* キナーゼ活性領域の付加的遺伝子変異伴っており、耐性腫瘍の発生には微小な耐性クローンの関与が示唆される。