

た。合併症として放射線性肺臓炎、十二指腸潰瘍がみられたが軽快した。現在原発巣はPRを維持しているが、肺転移巣の増加、増大を認め、化学療法を継続している。

3 前立腺癌治療中に肝腫瘍生検にて確定しえた 6mm IIc 胃癌由来多発肝転移の1剖検例

窪田 智之・井上 聡・鈴木 裕
糸井 俊之*・谷 優佑**・渡邊 玄**

新潟臨港病院内科
同 泌尿器科*
新潟大学大学院医歯学総合研究科
分子診断病理学分野**

症例は70歳代、男性。

【家族歴】特記事項はなし。

【既往歴】17年前胆石症にて胆摘。

【飲酒歴】日本酒 2合/日。

【喫煙歴】20～58歳まで20本/日。

【臨床経過】糖尿病、高血圧にて当院内服加療中。20XX年2月腰痛、後頸部痛、食欲不振あり。3月4日CTにて転移性多発肝・肺・骨・脾腫瘍および前立腺癌を指摘された。また、上部消化管内視鏡にてSM程度の浸潤を疑う早期胃癌(por, type 0-IIc, 6mm, 体下部前壁)を指摘された。PSA高値であり、生検にて前立腺がんの悪性度が高いこと、骨転移の大部分が硬化性病変であることなどから前立腺癌の全身転移とcStage Ia胃癌の合併と診断し、前立腺癌に対するカゾデックス+ゴナックス治療を開始した。1か月後PSAは正常化(29⇒3)したが、CTでは肝転移、肺転移の増大、胸水が増加した。肝転移巣の生検および胸水細胞診にてCK7陽性、CK20陰性、PSA陰性の低分化腺癌を認め、胃癌由来と診断された。4月28日からS-1 80mg + DTX 40mgを開始したが、口内炎にてS-1休薬。全身状態の改善を待ち、6月5日DTX 60mg単独投与。6月12日四肢脱力、WBC 1200, Neu 340にて入院。GCSF, DRPM, m PSLも効果なく、6月14日永眠された。

【剖検結果】胃癌は肉眼的に指摘不能であったが

組織学的に胃体部前壁に確認された(6mm IIb)。腺管形成の見られない未分化な癌で部分的に単核細胞と核クロマチンが濃染する多核細胞を示し、hCG陽性(免疫染色)であった。明らかな腺癌の併存は確認されなかった。絨毛癌成分を伴う未分化癌と判断した。なお深達度はp T1b2 (SM2 depth: about 1,000μm), ly2, v0であった。胃癌及び前立腺癌の両者は組織形態像及び免疫染色(胃癌はCK7陽性、PSA陰性、前立腺癌はCK7陰性、PSA陽性)で区別可能であった。

前立腺癌は腺癌でGleason score 5 + 5 = 10, ly0, v0, pn1, pT3b (sv1), EPE1, 30 × 15 mm, bilateral lobe, post, PZ.であった。なお胃癌・前立腺癌ともCK20陰性、CDX2陰性、MUC2陰性、MUC5AC陰性、CD10陽性であった。

組織形態学的に胃癌由来と思われる転移巣を肺(両側、全葉、癌性リンパ管症)、胸壁(両側)、横隔膜、肝、脾、副腎(両側)、甲状腺(右葉)、前立腺、小腸(粘膜下層、漿膜下層)、大腸(粘膜下層、漿膜下層)、腹膜(腸間膜)、骨(胸骨、肋骨、腰椎)、リンパ節(両側肺門部、気管分岐部、傍大動脈)に認めた。いずれもCK7陽性、PSA陰性、hCG陽性(一部)であり、免疫組織学的にも胃癌由来の転移巣として合致した。前立腺癌の他臓器転移は確認されなかった。死因は癌性リンパ管症による呼吸不全と考えられた。

【結語】極めて稀な胃原発絨毛癌の1例を経験した。反省点として本症の肝転移巣の病理学的検索は化学療法の方針を決定しうるため可能な限り迅速に行うべきであった。