

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。