

## 第 39 回リバーカンファレンス

日 時 平成 27 年 3 月 14 日 (土)  
午前 9 時  
会 場 新潟ユニゾンプラザ 5F  
中研修室

## I. 一 般 演 題

## 1 重複癌に合併した多血性肝腫瘍の 1 例

渡邊 貴之・菅野 智之・中島 尚  
上村 博輝・横山 純二・山際 訓  
野本 実・寺井 崇二・梅津 哉\*  
佐藤 聡史\*\*・岩崎 友洋\*\*  
小方 則夫\*\*

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
消化器内科学分野  
新潟大学医歯学総合病院  
病理部\*  
独立行政法人労働者健康福祉機構  
燕労災病院消化器内科\*\*

症例は 70 代, 男性.

【主訴】食欲不振, 右季肋部痛.

【現病歴】慢性閉塞性肺疾患で近医通院中.  
20XX 年 10 月頃から食欲不振, 右季肋部痛を自覚.  
12 月より浮腫が出現. A 病院で施行した CT で肝右葉に巨大腫瘍を認め精査加療目的に当科へ紹介入院.

【経過】上部消化管内視鏡検査で幽門前庭部に 2 型の進行胃癌を認めた. CT で肝右葉に内部壊死を伴った多血性の巨大腫瘍と, 左葉に多血性腫瘍を 6 個認めた. 左葉の多血腫瘍を造影エコー, MRI で評価すると, 造影エコーで vascular phase で腫瘍辺縁がリング状濃染し, kupffer phase で defect する所見であり, MRI は動脈相でリング状濃染を示し, 肝細胞相では明瞭な低信号となっていた. 右葉の肝腫瘍に対して破裂予防目的に TAE を施行. AFPL3 分画 95 % 以上であり, 腫瘍辺縁がリング状濃染を呈したことより, 転移性肝腫瘍も考慮した. また胃腫瘍生検部位は AFP 免疫染

色陽性となり, AFP 産生胃癌の肝転移が鑑別としてあげられた. 肝腫瘍生検を含めた 2 回目の精査兼治療を検討していたが, 入院中 PS の悪化, 認知症症状も悪化したため継続治療困難と判断して近医へ転院となった.

【考察】AFP 産生胃癌は全胃癌の 2 ~ 9 % を占めるが脈管浸潤傾向も強く, 肝転移もきたしやすい. また L3 分画高値であり, 本症例も該当していた. しかしながら本症例では病理学的確定診断までいたれなかった. 当院における 2000 年 ~ AFP 産生腫瘍症例を集めたところ, 7 例中 3 例で AFP-L3 分画が 90 % 以上であり, 原発性肝細胞癌と比較しても高頻度であった. AFP-L3 分画高値肝腫瘍症例では, 画像上肝細胞癌に典型的所見であっても, AFP 産生腫瘍の肝転移の可能性も考慮した原発巣の検索が必要である.

## 2 陽子線治療を行った若年肝内胆管癌の 1 例

佐藤 知巳・後藤 諒・中野応央樹  
保坂 和徳・堂森 浩二・岡 宏充  
佐藤 明人・福原 康夫・渡辺 庄治  
富所 隆・吉川 明

長岡中央総合病院消化器病センター  
内科

症例は 33 歳, 男性. アトピー性皮膚炎の既往あり. 事務職であり, 化学物質の曝露はない. 健診にて肝障害を指摘され当科を受診. 超音波検査にて右肝門部に大きな分葉状腫瘍を認め, ダイナミック CT では単純では低吸収域, 辺縁には早期からの造影効果がみられ, 実質は緩徐に淡い造影効果を認めた. 超音波誘導下生検術にて肝内胆管癌と診断した. すでに肺転移巣をみられ, 化学療法 (GC 療法) を選択した. また他院にて免疫療法も併用された. 8 コース終了時腫瘍は縮小し PR と考えられたが, その後は不変で, 腎障害にて CDDP の減量を余儀なくされた. 本人より陽子線治療の申し出があり, 南東北がん陽子線治療センターに紹介, TS-1 併用して 77GyE (35fr) の陽子線治療を行った. 治療後徐々に腫瘍は縮小, 不明瞭化し

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。