

間後に顔面の浮腫を認めたため2週間休薬した。その後400mg/日で再開したが顔面浮腫と全身の発疹が出現したため休薬し、イマチニブを200mg/日と減量したが同様の副作用が出現した。CT検査では再発病変の縮小を認めたため平成18年11月よりイマチニブを100mg/日で再開し10ヶ月間続けた。その間のCT検査では再発病変はPRを維持した。その後、自己判断で内服を中断してしまい、平成20年4月のCT検査でふたたび再発病変が増大したためイマチニブ200mg/日を再開したが同様の副作用で100mg/日とした。

6月のCT検査でふたたび腹膜播種巣の著明な縮小が認められ、現在まで7ヶ月間PRの状態である。GIST診療ガイドラインでは再発症例にはイマチニブ400mg/日が推奨されている。しかし、副作用などによりイマチニブ400mg/日の継続が困難な例に対しイマチニブの低用量投与でも効果を認める症例もあると考えられ、効果がある場合は低用量でも中止せず継続すべきと考える。

7. 若年女性の胃外発育腫瘍の2例

西田 晃子, 高梨秀一郎, 鈴木 一也
 須藤 利永, 平井 英子, 岡田 朗子
 斉藤 加奈, 諸原 浩二, 矢島 俊樹
 大澤 秀信, 片山 和久, 設楽 芳範
 保田 尚邦, 根岸 健, 神坂 幸次
 (伊勢崎市民病院 外科)
 片野 未央, 鈴木 豊
 (同 中央検査科病理)

【症例①】 22歳, 女性 **【主訴】** 上腹部痛 **【現病歴】** H20年10月より上腹部痛出現。近医受診し、エコーで肝・胃周囲の嚢胞を指摘され、CTで胃・肝・脾に囲まれた、嚢胞部分を主体とする腫瘍を認めた。腹痛増強し、当院内科を受診。既往歴には蕁麻疹のみで、手術歴・受傷歴は特になし。入院時身体所見は、上腹部に圧痛・筋性防御を認めた。検査所見はCRPの軽度上昇を認めるのみで、他に明らかな異常はなし。入院後も腹痛持続しており、嚢胞性腫瘍による炎症を考え、入院翌日より抗生剤を開始。画像所見からは嚢胞性腫瘍の腹腔内穿破の可能性もあり、診断的治療も含め準緊急的な外科的切除の方針となり、嚢胞摘出術を行った。病理所見では、嚢胞壁組織に血管増生・fibrinの析出と、長紡錘形の線維芽細胞様細胞の錯綜増殖を認め、免疫染色でKeratin・Vimentin染色が陽性であり、D2-40・Calretinin染色が一部に陽性所見を示した。その他、SMA・CD34・S-100・WT-1, c-Kit染色は陰性であり、嚢胞壁を構成する長紡錘形細胞の免疫染色態度からは、中皮細胞系の腫瘍または反応性腫瘍様病変が考えられた。**【症例②】** 17歳, 女性 **【主訴】** 左上腹部痛 **【現病歴】** 同じく、CT・エコーで左上腹部

に嚢胞性腫瘍を指摘され、当院へ紹介受診となった。CTにて肝・胃・脾に接した嚢胞性腫瘍があり、少量の反応性腹水・炎症反応を認めた。入院後、嚢胞ドレナージ等施行し、腹痛自体は軽快したが、透視検査で胃小弯・大弯両方に圧排所見あり、胃2/3切除と嚢胞摘出術を行った。病理所見は、嚢胞壁に長紡錘形の錯綜増殖を認め、Keratin・Vimentin・D2-40染色が陽性であり、一例目の症例と同じく、中皮細胞系の増殖による腹膜嚢胞と考えられた。**【考察】** 腹膜にできる嚢胞性腫瘍として、炎症性癒着による偽嚢胞や、リンパ管系の組織奇形である嚢状リンパ管腫、腹膜中皮腫、重複腸管、奇形腫、腹腔・骨盤各臓器由来のcystic massなどの他、GISTやリンパ腫、カルチノイド腫瘍、腹膜の子宮内膜症等が挙げられる。今回の症例では、嚢胞壁細胞の免疫染色態度から、中皮細胞系の増殖が考えられ、鑑別として、腹膜中皮腫を最も考えた。中皮腫は、漿膜を裏打ちする中皮細胞由来の腫瘍であり、一般的に腹膜中皮腫といえれば予後不良の高悪性度のものであることが多いが、中には漿膜の炎症等による中皮細胞の反応性増生や、良性とされる多嚢胞性中皮腫などが含まれる。その他、境界悪性とされる高分化型乳頭状中皮腫、孤在性線維性腫瘍や、悪性中皮腫などが、免疫染色・病理組織学的形態などから分類される。多嚢胞性中皮腫、高分化型乳頭状中皮腫など低悪性度の腹膜中皮腫は若年女性に特に多いとされ、女性の腹膜中皮腫の生存期間は明らかに一概に長いとされている。今回、我々は若年女性の胃外に発生し、中皮細胞の増殖を伴った嚢胞性腫瘍の2例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

8. 神経温存噴門側胃切除、食道残胃吻合法の術後問題点

戸谷 裕之, 川島 吉之, 安部 仁
 松信 哲朗, 佐藤 弘晃, 泉里 豪俊
 山浦 忠能, 川原林伸昭, 八岡 利昌
 西村 洋治, 網倉 克己, 坂本 裕彦
 田中 洋一
 (埼玉県立がんセンター 消化器外科)
 有馬美和子 (同 消化器内科)
 大庭 華子, 黒林 昌史 (同 病理科)

【目的】 噴門に近接する早期胃癌やGISTに神経温存噴門側胃切除、食道残胃吻合を施行している。その術後問題点を検討した。**【対象と方法】** 2002年から7年までの33例を対象とし、臨床的問題点を検討した。なお適応はU領域、早期胃癌、N0、噴切(噴門側1/3切除)でPM、DMが確保可能なものとした。**【結果】** 胃癌28、GIST5例で、胃癌は術前診断St1A、病理組織で深達度M、SM、MP、SS各4、20、1、3例、リンパ節はN0、1、2各

31, 1, 1例であった。GIST 5例は大きさ 30-97mm であった。術後入院期間は平均 20.6 日で、6例 (18.2%) にこみ上げ、臍液瘻 5例 (15.2%), 食欲不振 3例 (9%) がみられた。退院後吻合部狭窄 (狭窄) 15例 (45.5%), 逆流性食道炎 (逆食) 7例 (21%), 残胃潰瘍 (潰瘍) 1例, (3%) 残胃癌 2例 (6%) みられた。狭窄は全例ブジーで改善した。逆食は術後内服なし 14例中 3例 (21%), H2R 阻害剤内服 8例中 2例 (25%) 認められ PPI 内服で改善した。【まとめ】 神経温存噴門側胃切除, 食道残胃吻合術後約半数に狭窄を認めたがブジーで改善, 逆食が 21%, 潰瘍が 3% 見られたが PPI 内服で改善した。神経温存で胃酸分泌が維持されるため術後 H2R 阻害剤, PPI で制酸が必要と考える。狭窄, 逆食, 胃潰瘍はコントロール可能であり経口摂取が十分な術式と考える。

9. 当院における胃腫瘍に対する EMR, ESD の治療成績の比較

萩原 聡, 佐藤 洋子, 安岡 秀敏

石田 克敏, 大塚 敏之, 長坂 一三

(利根中央病院 内科)

【目的】 早期胃癌, 胃腺腫などの胃上皮性腫瘍に対し, ESD は広く普及してきている。当院では以前, 胃上皮性腫瘍に対して EMR を行っていたが, 治療成績は満足いくものではなく, 2007 年 11 月より ESD を導入するに至った。そこで今回, 当院における EMR と ESD の治療成績の比較検討を行った。【対象と方法】 術前診断で, 胃癌治療ガイドライン内病変および適応拡大分化型病変と診断した早期胃癌, または胃腺腫に対して, 2004 年 6 月から 2007 年 10 月まで当院にて EMR を施行した 40 症例 46 病変と, 2007 年 11 月から現在に至るまでに ESD を施行した 22 症例 27 病変を一括切除率, 治癒切除率, 遺残再発率, 偶発症発生率, 入院期間等につき比較検討を行った。また, 腫瘍径別, 胃の領域別にみた EMR, ESD の一括切除率の比較, EMR の遺残再発病変の特徴について検討を行った。【成績】 患者背景は EMR, ESD 群それぞれ平均年齢 (歳) 73.1 ± 8.2 (53~92), 71.4 ± 8.5 (54~82)。性比 (男/女) 27/13, 16/6。肉眼型 (0-I/II a/II b/II c/II a+II c/adenoma) 4/13/1/4/5/19, 3/12/1/2/5/4。領域 (U/M/L) 3/22/21, 2/13/12。平均腫瘍径 (mm) 9.0 ± 5.2 (2~20), 13.1 ± 6.9 (3~29) ($P < 0.05$)。平均切除粘膜径 (mm) 14.1 ± 4.7 (8~25), 24.9 ± 10.0 (12~50) ($P < 0.05$)。治療成績は EMR, ESD 群それぞれ一括切除率 43.5% (20/46), 100% (27/27) ($P < 0.05$)。治癒切除率 41.3% (19/46), 92.6% (25/27) ($P < 0.05$)。遺残再発率 21.7% (10/46), 0% (0/27) ($P < 0.05$)。偶発症発生率, 入院期間は EMR, ESD 群それぞれ後出血 2.2% (1/46), 0% (0/27)。穿孔 0% (0/46), 0% (0/27)。平均入院期間 (日)

10.0 ± 3.6 (5~23), 11.1 ± 2.4 (10~21)。腫瘍径別にみた一括切除率は EMR, ESD 群それぞれ, 腫瘍径 ≤ 5 mm 60% (9/15), 100% (4/4) ($P < 0.05$)。5mm $<$ 腫瘍径 ≤ 10 mm 40% (6/15), 100% (8/8) ($P < 0.05$)。腫瘍径 > 10 mm 31.3% (5/16), 100% (15/15) ($P < 0.05$)。領域別にみた一括切除率は EMR, ESD 群それぞれ U 領域 33.3% (1/3), 100% (2/2)。M 領域 31.8% (7/22), 100% (13/13) ($P < 0.05$)。L 領域 57.1% (12/21), 100% (15/15) ($P < 0.05$)。EMR の遺残再発病変 10 例の検討では再発までの平均期間は 11 ± 4.1 (3~16) ヶ月, 遺残再発例の平均腫瘍径は 11.3 ± 5.3 mm であり非遺残再発例の 8.3 ± 5.0 mm に比較し大きい傾向にあった。追加治療は 2 例が外科手術, 7 例が内視鏡治療 (EMR, EMCT, APC) を行った。現時点で胃癌死した症例はない。【結論】 当院において ESD は EMR と比較し有意に一括切除率, 治癒切除率は高く, 遺残再発率は低かった。また穿孔, 後出血の偶発症に差を認めず, 入院期間にも差を認めなかった。腫瘍径別, 領域別の検討でも ESD は EMR と比較し有意に一括切除率は高かった。当院において EMR の遺残再発例は腫瘍径が大きい傾向にあり, 胃癌死した症例はないものならぬ追加治療を必要とした。

10. 当院における早期胃癌に対する内視鏡的粘膜下層剝離術 (ESD) の治療成績

家崎 桂吾, 吉永 輝夫, 神田 大輔

矢田 豊, 畑中 健, 高橋 和宏

樋口 次男

(群馬県済生会前橋病院 消化器科)

消化管早期悪性腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剝離術 (ESD) は, 従来法の内視鏡的粘膜切除術 (EMR) と比べて, 一括切除率の高さや, 病理診断の正確性から内視鏡治療の主流になりつつあり, 2006 年 4 月より胃癌に対する ESD が保険収載された。当院では 2003 年より ESD を導入して症例を積み重ねているが, 今回 ESD の治療成績について報告する。検討対象は導入時 (2003 年 10 月) から 2008 年 10 月までの 5 年間に胃上皮性腫瘍性病変に対して ESD を施行した 206 例 (211 病変) 中, 病理学的に早期胃癌であった 163 例 (185 病変) とした。術者は演者一人で, 看護師 2 名で行なった。185 病変中, 一括切除率は 97.3% (180/185), 局所完全切除率は 86.0% (159/185) であった。偶発症の発生率は後出血 3.0% (5/163), 穿孔 6.1% (10/163) であった。13 例に同時多発胃癌が認められた。切除病変を「胃癌治療ガイドライン」に従って分類すると, ガイドライン病変 113 病変, 適応拡大病変 48 病変, 適応外病変 (未分化型を含む) 24 病変であり。一括切除率はそれぞれ 98.2% (111/113), 100% (48/48), 84.5% (21/24)。局所完全切除率は 91.2% (103/