●〈症例〉

内視鏡的止血困難であった 出血性胃GISTの1例

齋藤 徹^{1)*} 野澤聡志 永井啓之 片倉芳樹²⁾
郷地英二¹⁾

¹⁾聖隷横浜病院／外科, ²⁾同／消化器内科

*Corresponding author: torusaito@nifty.com

〔Key Words〕胃GIST, 動脈性出血

はじめに

上部消化管出血に対しては、内視鏡的治療が第一選択であるが、困難な症例ではそれを断念し他の治療を余儀なくされる^{1,2)}。今回我々は、緊急手術に移行し良好な経過を得た出血性胃gastrointestinal stromal tumor(以下, GIST)の1例を経験したので報告する。

症 例

患者: 69歳, 女性。

主訴: めまい, 吐血。

既往歴: 高血圧。

家族歴: 特記事項なし。

現病歴: 2011年9月下旬, めまいと吐血を認め、当院救急外来を受診した。血液検査所見で貧血を認め、消化管出血が疑われ緊急入院となった。

入院時現症: 血圧93/73mmHg, 脈拍139回/分・整, 体温36.4℃。両側眼瞼結膜に貧血を認めた。腹部は平坦かつ軟, 圧痛なし。

入院時検査所見: Hb 9.5g/dl, Ht 29.3%と軽度の貧血, BUN 45.8mg/dlと消化管出血が疑われた。腫瘍マーカーはCEA 1.3ng/ml, CA19-9 3.4U/mlと正常であった。

入院後経過: 緊急の腹部造影CT検査では、胃体部小彎側粘膜下に最大径約70mm, 辺縁はsmooth, 内部は不均一に造影される粗大な腫瘤を認めた(**Fig. 1**)。さらに緊急上部消化管内視鏡検査を施行した。胃体下部小彎前壁に径約70mmの粘膜下腫瘍が存在し、その頂点から噴出する動脈性出血を認めた(**Color 1**)。潰瘍は認めず、周囲粘膜は滑らかであった。Clippingで止血を試みるも組織が硬く、困難であった。高張Na-Epinephrineによる局所注射を試みるも、その穿刺部からも同様に噴出する動脈性出血を生じた。内視鏡的止血は困難と判断し、緊急開腹手術を施行した。術式は幽門側胃切除, Billroth-I法再建, リンパ節郭清はD1とした。摘出標本肉眼所見では同部位に粘膜下腫

Fig. 1 Abdominal computed tomography showing a 70 mm-sized enhanced submucosal mass (arrow) located at the lesser curvature of the lower gastric body.

Fig. 2 Macroscopic examination of the resected specimens showing submucosal tumor measuring 80 mm in diameter. There are no tumor cells at the surgical margin.

瘍が存在した(**Fig. 2**)。病理組織学的所見では、HE染色で胃の粘膜下腫瘍を粘膜筋板直下から筋層半ばにかけて認めた。腫瘍細胞が棍棒状もしくは両切りたばこ状の核を有し、細胞索を形成し交錯していた(**Fig. 3**)。免疫組織化学染色ではc-kit(**Color 2**)とCD34がびまん性に強陽性を示し、紡錘細胞型のGISTと診断した。リンパ節転移は認めなかった。切除標本において、動脈性出血を生じた部位は肉眼的所見、病理組織学的所見ともに同定は困難であった。

Fig. 3 On histopathology, spindle-shaped cells are seen (HE Stain $\times 100$).

術後は第6病日に経口摂取開始、第16病日に軽快退院となった。

考 察

上部消化管出血に対しては、内視鏡的治療が第一選択であるが、困難な場合は外科的治療や全身状態不良例での経カテーテル動脈塞栓術(transcatheter arterial embolization: 以下、TAE)での止血も報告されている¹⁾。

自験例は初発症状が腫瘍からの動脈性出血であったため、短時間に高度の貧血に陥る可能性があった。GIST診療ガイドラインにおいては、腫瘍径5.1cm以上の胃粘膜下腫瘍では絶対的手術適応とされ³⁾、自験例は術前に胃GISTの確定診断は得られていなかったが、腫瘍径と術後病理診断において、結果的に診療ガイドラインに沿った治療となった。TAEを施行した報告はされているものの⁴⁾、当科での経験がないこと、MDCT(multi detector-row CT)で腫瘍局在部位が明らかで胃切除範囲の同定可能であったこと、全身状態が良好であったことから緊急開腹手術を選択した。術前画像診断は腫瘍径が70mmであり、再建胃の変形を考慮し部分切除ではなく幽門側胃切除とした。また、止血目的の粘膜下腫瘍の緊急手術であったためリンパ節郭清はD1のみとした。

おわりに

上部消化管出血に対する止血の第一選択は内視鏡的方法であるが、完全な止血が困難な場合にはやむなく断念し、全身状態を考慮の上で手術やTAEに移行する判断も肝要である。

文 献

- 1) 倉島 庸, 道家 充, 宮崎恭介, 他: TAEにて止血後, 切除し得たgastrointestinal stromal tumor(GIST)の1例. 北海道外科誌, 46: 33—37, 2001.
- 2) 山下 俊, 田中信孝, 永井元樹: 内視鏡的に止血困難であった胃GISTの1手術例. 日腹部救急医学会誌, 29: 675—678, 2009.
- 3) 日本癌治療学会/日本胃癌学会/GIST研究会編: GIST診療ガイドライン2010年11月改訂(第2版補訂版). p4—7, 金原出版, 2010.
- 4) 若田幸樹, 伊藤重彦, 木戸川秀生, 他: 消化管出血をきたした胃GISTに対してTAEにて止血後切除しえた1例. 日腹部救急医学会誌, 31: 553—556, 2011.

〈カラーは8頁に掲載〉

Gastrointestinal stromal tumor of the stomach with endoscopic hemostasis resistant gastric bleeding

Toru Saito^{1)*} Satoshi Nozawa
Hiroyuki Nagai Yoshiki Katakura²⁾
Eiji Gochi¹⁾

A 69-year-old woman who had vomited blood underwent abdominal enhanced computed tomography (CT) examination, which identified a gastric submucosal tumor. On upper gastrointestinal endoscopy, the tumor was found at the anterior wall of the lower gastric body. Arterial bleeding was seen from the tumor surface, but endoscopic hemostasis was unsuccessful. Therefore a distal gastrectomy was performed to enable hemostasis. Histopathological findings confirmed the diagnosis as gastrointestinal stromal tumor (GIST) of the stomach. In cases of gastrointestinal bleeding from tumors which are resistant to endoscopic hemostasis, it is necessary to perform other treatments such as surgery.

¹⁾Department of General Surgery, ²⁾Department of Gastroenterology, Seirei Yokohama Hospital

*Corresponding author: torusaito@nifty.com