●〈症例〉

sm胃癌術後、急速に成長するリンパ節再発に対し腹腔鏡補助下膵体尾部切除術を施行した1例

横瀬崇寛 矢部信成* 尾戸一平 吉川貴久
北里憲司郎 清水裕智 村井信二

荻窪病院／外科

*Corresponding author: jtrpper@gmail.com

〔Key Words〕 跳躍転移, 腹腔鏡補助下膵体尾部切除術

はじめに

早期胃癌の中でも深達度が粘膜層(以下m)の症例に比べ、粘膜下層(以下sm)の症例ではリンパ節転移の頻度は高くなる¹⁾。また早期胃癌の再発形式の多くは血行性転移という報告もある^{2,3)}。今回我々はリンパ節転移を伴わないsm胃癌術後に急速に成長する膵体部腫瘍に対し腹腔鏡補助下膵体尾部切除術を行い、リンパ節再発であった稀な1例を経験したので報告する。

症 例

患者: 73歳, 男性。

現病歴: 早期胃癌に対し腹腔鏡下胃全摘術(D1+郭清, Roux-en-Y再建)を施行した。病理組織診断はUpst 1 pT1b(SM2) pN0 cM0 stageIA低分化型腺癌43×28mm ly1 v0であった。術後6カ月目の定期外来でのCT検査で、膵体部上縁に15mm大の腫瘍を指摘された(Fig. 1)。

血液検査(再手術時): CEA 2.0ng/ml, CA19-9 3.7 U/ml, DUPAN-2 25>U/ml, Span-1 6.7U/mlでいずれも基準値内であった。

腹部造影CT検査: 術後12カ月目には膵体部上縁の腫瘍は30mm大と増大傾向を認めた(Fig. 2)。

PET-CT検査(術後12カ月目): 膵体部上縁の腫瘍にSUVmax15.13のFDGの高度集積を認め(Fig. 3), その他には異常集積は認めなかった。

胃癌術後のリンパ節再発もしくは膵腫瘍を疑い、遠隔転移を認めなかったため腹腔鏡補助下膵体尾部切除術を予定した。

手術所見: 審査腹腔鏡で明らかな播種は認めなかった。腹腔内の癒着は軽度であり、胃癌術後の挙上腸脚も癒着は認めなかった(Color 1)。大網下に膵腫瘍を認め、大網を切開し膵臓を露出し、術中エコーで腫瘍を確認した。膵下縁で門脈を露出し、後面を剥離してトンネリングを行った。膵上縁を切開した。皮切を追

Fig. 1 Abdominal Computed Tomography (CT) scan showed a tumor of the pancreatic body (arrow).

Fig. 2 Abdominal CT scan showed a tumor of the pancreatic body (arrow) was gradually increased.

Fig. 3 Positron Emission Tomography-CT (PET-CT) scan showed high FDG uptake in a tumor of the pancreatic body (arrow).

加し直視下に門脈前面で膵を切離し膵断端を閉鎖した。腫瘍と門脈の剥離困難な部位を認め、門脈合併切除した。再度気腹操作を行い、膵後面、脾周囲を剥離し検体を摘出した。

病理組織診断：胃癌のリンパ節転移(#11p)40×32×20mm ly(-) v(+)腫瘍は膵実質内や脾静脈内まで増生し、合併切除したSMVは静脈内まで癌の浸潤を認めた。

術後経過：術後1日目から離床し、術後8日目に退院となった。術後補助化学療法はTS-1を行ったが、口内炎のため1カ月で中止した。術後7カ月目で無再発生存を確認している。

考 察

早期胃癌のリンパ節転移はm癌で0～数%程度、sm癌で5～20%である¹⁾。鈴木らはリンパ節転移の危険因子として組織型、腫瘍径をあげており、未分化型や腫瘍径の大きさと転移が高率になると報告している。また予後因子としてはリンパ節転移、リンパ管侵襲、静脈侵襲の有無であるとしている²⁾。本症例では未分化型で腫瘍径が40mmであり、リンパ節転移を伴う可能性が高かったが、初回手術ではリンパ節転移は認めなかった。しかし膵腫瘍の病理組織ではリンパ節転移であったことから、胃癌の予後因子の1つであり術後の厳重経過観察が必要である。

一般的に1群リンパ節(以下N1)には転移を認めず、2群リンパ節転移(以下N2)のみを認めるものは跳躍転移とされる。Saito⁴⁾はリンパ節転移陽性の胃切除症例313例中21例(6.7%)が跳躍転移で、そのうち1例(4.7%)が、Kim⁵⁾は997例中27例(2.7%)のうち4例(14.8%)が#11p単独転移であったと報告している。胃癌根治手術症例において跳躍転移陽性群をリンパ節転移陰性(以下N0)群の因子と比較すると、腫瘍径・リンパ管侵襲の因子が多く、N2群とを比較すると、腫瘍径、リンパ管侵襲、静脈侵襲の因子はいずれも少ない傾向にあった⁵⁾。

そして一般的にsm胃癌の再発形式は血行性転移が最多であり、リンパ節再発はリンパ管侵襲や初回手術時にリンパ節転移を認めた症例に多く、その死亡率は2～4%とされる^{2,3)}。本症例はリンパ節転移の危険因子を有していたが、初回手術ではN0であり、術後急速に単独で2群の#11pにSMV浸潤や膵浸潤を伴うリンパ節再発がみられたことになる。同時切除ではないため比較は困難だが、もし初回手術で郭清できていなかったものが成長したとしてもN2群に相当する跳躍転移であり、稀な転移様式であったと考えられる。

一般的に腹腔鏡手術は開腹手術と比較して、拡大視効果や深部領域の剝離操作に有効であり、低侵襲で術後の癒着が少なく患者への利益が多いとされている⁶⁾。本症例で腹腔鏡下胃全摘術後の腹腔内の癒着が軽度であったこと、そして膵体尾部切除術を腹腔鏡の利点を

活かし施行できたことは、患者への利益を享受できるものとして非常に有用であった。

文 献

- 1) 日本胃癌学会：胃癌治療ガイドライン第3版。金原出版、2010。
- 2) 鈴木恵史、諸原浩二、山崎公靖、他：リンパ節転移および再発形式からみたSM胃癌に対する至適リンパ節郭清の検討、日臨外会誌、64：1292-1297、2003。
- 3) 青柳慶史郎、孝富士喜久夫：sm胃癌再発例の検討、臨研、76：1783-1785、2000。
- 4) Saito H, Tsujitani S, Ikeguchi M : Clinical significance of skip metastasis in patients with gastric cancer. Gastric Cancer, 10 : 87-91, 2007.
- 5) Kim DH, Choi MG, Noh JH, et al : Clinical significance of skip lymph node metastasis in gastric cancer patients. Eur J Surg Oncol, 41 : 339-345, 2015.
- 6) V Mais : Peritoneal adhesions after laparoscopic gastrointestinal surgery. World J Gastroenterol, 20 : 4917-4925, 2014.

(カラーはp. 18に掲載)

A Rapidly-Growing lymph node recurrence Treated by Laparoscope-Assisted Distal Pancreatectomy after Surgery for Submucosal Gastric Cancer

Takahiro Yokose	Nobushige Yabe*
Ippei Oto	Takahisa Yoshikawa
Kenjiro Kitasato	Hiroto Shimizu
Shinji Murai	

A 73-year-old man diagnosed with gastric cancer underwent laparoscopic total gastrectomy at our hospital 12 months ago. The histopathological diagnosis was a poorly-differentiated adenocarcinoma limited to the gastric submucosa, pT1b(SM2), pN0, stage IA. Computed tomography (CT) performed at the outpatient follow-up 6 months after surgery revealed a pancreatic body. No other definite mass shadow was detected. Positron emission tomography (PET)-CT revealed high accumulation (SUVmax) near the site of the pancreatic body. We performed laparoscope-assisted distal pancreatectomy to remove the tumor which had gradually increased over the intervening 6 months. The histopathological diagnosis was a poorly-differentiated adenocarcinoma resulting from lymph node metastasis of the gastric cancer. In general, skip metastasis is due to the presence of a metastatic lymph node in an extraperigastric area without perigastric involvement. The mechanism and prognosis are still unknown. The frequency of skip metastasis along the proximal splenic artery is rare. Since adhesions after previous laparoscopic surgery were mild, it was possible to perform laparoscopic surgery once again, taking advantage of its benefits, both during surgery and in the post-operative healing period.

Department of Surgery*, Ogikubo Hospital

*Corresponding author : jtrpper@gmail.com