症 例

肝転移巣切除後2年7カ月生存した胃小細胞癌の1例

倉敷中央病院外科

河 本 和 幸 小笠原 敬 三 岡 田 憲 幸
河 野 幸 裕 高 三 秀 成

肝転移巣切除後2年7カ月生存した胃原発の小細胞癌の1例を経験したので報告する。症例は58歳男性。腹痛、下痢を主訴に近医を受診し、胃透視で胃体中部大彎に潰瘍性病変を指摘され、本院紹介となった。胃内視鏡下生検にて低分化型腺癌と診断し、幽門側胃垂全摘術、Billroth I法再建、D2郭清を施行した。胃体中部大彎に2×2 cmの2型の腫瘍を認めた。1群のリンパ節に転移あり、腹膜播種、肝転移はなかった。病理組織学的には血管侵襲が著明で、腫瘍細胞は小型で核、細胞質比が高く、クロマチンに富んだ核を有していた。所々ロゼット形成を示しており、形態的に小細胞癌と診断した。原発巣切除後約半年で肝再発を来したので肝部分切除を行った。肝切除後2年7カ月に肺転移、骨転移を来して死亡した。

索引用語：胃小細胞癌、胃内分泌細胞癌

はじめに

胃原発の小細胞癌は比較的に稀な疾患であり、通常型腺癌に比べ、脈管侵襲、転移が高率で予後不良といわれている。今回われわれは肝転移巣切除後2年7カ月生存した胃小細胞癌の1例を経験したので報告する。

症 例

患者：58歳、男性。

主訴：腹痛、下痢。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：約30年前に虫垂炎にて虫垂切除術を受けた。

現病歴：1994年6月頃より腹痛、下痢を来すことが時々あったため、同年7月20日近医で胃透視を受けたところ、胃体中部大彎に大きなニッシュを指摘された。続いて7月23日に胃内視鏡検査を受け、胃体中部大彎に2型の病変を指摘され、8月12日手術目的で当科紹介入院となった。

理学的所見：腹部に圧痛点なく、腫瘍も触知しなかった。眼瞼結膜に異常なく、貧血、黄疸の徴候を認めなかった。

入院時血液検査所見：血算、生化学検査に異常なく、腫瘍マーカーはCEA、AFPとも正常値であった。

胃透視所見：胃角部大彎側に大きなニッシュが存在し、周囲に厚い隆起を伴っていた。

胃内視鏡所見：胃体中部大彎側に周堤を形成した易出血性の潰瘍性病変が存在した(図1)。生検による病理組織診でGroup 5、腺癌と診断した。

腹部CT、US検査：リンパ節転移、肝転移は認められなかった。

手術所見：1994年8月24日幽門側切除術(D2、

図1 胃内視鏡検査所見：胃体中部大彎側に周堤を形成した易出血性の潰瘍性病変が認められた。

図2 切除標本肉眼所見：胃体中部大彎に周堤を形成した2×2 (cm) の限局潰瘍型の腫瘍を認めた。

図4 chromogranin 染色結果：内分泌腫瘍のマーカーとして chromogranin 染色を行ったところ、腫瘍細胞は陽性に染色された (chromogranin 染色, ×132)。

図3 病理組織所見：腫瘍細胞は小型から中型で核/細胞質比が高く、クロマチンに富んだ核を有し、所々にロゼット形成を示していた。形態的には肺の小細胞癌に酷似しており、通常型の腺癌との共存は認めなかった (H.E 染色, ×132)。

図5 腹部CT検査：肝内側区域に約5 cm の low density mass を認めた。

Billroth I 法) 施行。腫瘍は胃体中部大彎に位置し、漿膜面には露出していなかった。No. 4, 6 のリンパ節が腫大しており、転移と考えた。触視診上肝転移、腹膜播種は認めなかった。

(規約) M, Gre, 2 型, T 2 (SS), N 1, P 0, H 0, M 0, Stage 2, OW (-), AW (-), D 2, 根治度 A。

切除標本肉眼所見：胃体中部大彎に周堤を形成した2×2 (cm) の限局潰瘍型の腫瘍を認めた (図2)。

組織所見：腫瘍は主として粘膜下層以下に存在し、腫瘍の大きさに比べ血管侵襲が著明であった。腫瘍細胞は小型から中型で核/細胞質比が高く、クロマチンに富んだ核を有し、所々にロゼット形成を示していた。形態的には肺の小細胞癌に酷似しており、通常型の腺癌との共存は認めなかった (図3)。内分泌腫瘍のマ-

ーカー chromogranin・NSE 染色で陽性を示した (図4)。ガストリン、インシュリン、ソマトスタチンなど検索した範囲ではホルモンの産生を認めなかった。

(病理組織診断) small cell carcinoma of the stomach, ss, n 1, INFβ, ly 3, v 3。

術後経過：術後経過は良好で1994年9月15日退院した。外来にて経過観察していたところ、血中CEA値の上昇を認めた。1995年4月25日腹部超音波検査で肝内側区域に4.5 cmの腫瘍像を認めたため、肝切除術目的で再入院となった。腹部CT検査で肝内側区域に約5 cmの腫瘍を認めた (図5)。再入院時の血中CEA値は39.3 ng/mlと高値であった。1995年6月6日肝部分切除術を施行した。腫瘍の大きさは5×4×3.5 cmで切除肝の重量は59 gであった (図6)。肝腫瘍の組織形態は前年切除した胃腫瘍と同様であり、胃小細

図6 切除肝肉眼所見：腫瘍の大きさは $5 \times 4 \times 3.5$ cmで、切除肝の重量は59 gであった。

胞癌の肝転移と考えられた。1995年6月28日退院し、外来にて定期的に経過をみていたところ、1997年3月より再び血性CEA値の上昇を認めた。腹部CT検査では異常を認めなかったが、胸部X線で右中肺野と下肺野に腫瘍陰影を認め、肺転移を来したと考えられた。1997年6月10日よりシスプラチン（CDDP）20 mgの点滴静注を2週間毎に行ったが、1998年1月呼吸状態悪化し、1月31日死亡した。原発巣の切除から3年5カ月、肝転移巣の切除から2年7カ月であった。

考 察

胃原発の小細胞癌は比較的稀な疾患である。その組織発生はごく初期から小細胞癌の組織像を呈する場合と腺癌の進行過程で一部の癌細胞が小細胞癌様の形態に分化する場合がありますと考えられている¹⁾。本症例では小細胞癌巣と通常型腺癌巣との共存はなかったが、組織的に小細胞癌巣と通常型腺癌巣の共存が認められたとの報告が少なくないことは、腺癌細胞の多方向分化を支持するものであり、現在はこの考え方が妥当とされている^{2)~6)}。

消化管の内分泌細胞由来の腫瘍は全てカルチノイドとして取り扱われてきたために分類、診断、治療に混乱を来してきた。最近では発育緩徐で予後良好な古典的カルチノイドと、急速に進行し転移する予後不良な内分泌細胞癌に分類されることが多い⁷⁾。胃小細胞癌はこれまで内分泌細胞癌と同一疾患として報告される

ことも少なくなかった²⁾⁷⁾。小細胞癌は形態的に小型の細胞から構成されること、内分泌細胞癌は内分泌細胞から構成されることで診断される⁸⁾。しかし本症例のように小型細胞で構成され、なおかつ内分泌腫瘍の性質をもつ場合にどちらに分類されるかは定義されていない。

胃小細胞癌患者の予後は極めて不良であり、久原らは殆どの症例が1年以内に死亡したと報告している⁹⁾。本症例は原発巣の切除から3年5カ月、肝転移巣の切除から2年7カ月と比較的長く生存した。しかし原発巣の大きさが2 cmと小型であったにもかかわらず脈管侵襲が著明で、原発巣切除後約半年で肝再発を来しており、悪性度の高い癌であったと考えられる。

おわりに

肝転移巣切除後2年7カ月生存した胃原発の小細胞癌の1例を経験したので報告した。

文 献

- 1) 松坂俊光：胃未分化癌（充実癌）の組織発生に関する病理組織学的研究。福岡医誌 67：163—187, 1976
- 2) Matsusaka T, Watanabe H, Enjoji M：Oat-cell carcinoma of the stomach. Fukuoka Acta Med 67：65—73, 1976
- 3) 渋谷宏行, 安住典夫, 阿部章彦：Gastric small cell undifferentiated carcinoma with adeno and squamous cell carcinoma components. Acta Pathol Jpn 35：473—480, 1985
- 4) Fukuda T, Ohnishi Y, Nishimaki T, et al：Early gastric cancer of the small cell type. Am J Gastroenterol 83：1176—1179, 1988
- 5) 久原敏夫, 土橋清高, 藤瀬嘉則：連続した3つの病変からなる胃小細胞癌の1例。胃と腸 26：1059—1065, 1991
- 6) 神尾多喜浩, 須古修二, 木村泰司：胃分泌細胞癌の2例。癌の臨 38：1511—1518, 1992
- 7) Staren ED, Lott S, Saavedra VM, et al：Neuroendocrine carcinomas of the stomach：A clinicopathologic evaluation. Surgery 112：1039—1047, 1992
- 8) 岩淵三哉, 渡辺英伸, 石原法子他：消化管カルチノイドの病理, (2) 消化管のカルチノイドと内分泌細胞癌の病理—その特徴と組織発生。臨消内科 5：1669—1681, 1990

A PATIENT WITH SMALL CELL CARCINOMA OF THE STOMACH WHO SURVIVED FOR
2 YEARS AND 7 MONTHS AFTER RESECTION OF HEPATIC METASTASIS

Kazuyuki KAWAMOTO, Keizo OGASAHARA, Noriyuki OKADA,
Yukihiro KOUNO and Hidenari TAKASAN
Department of Surgery, Kurashiki Central Hospital

A patient with small cell carcinoma of the stomach who survived for 2 years and 7 months after resection of hepatic metastasis is reported. A 58-year-old man complaining of abdominal pain and diarrhea was referred to the hospital because a gastric radiography revealed a niche at the greater curvature of the middle body of the stomach at another hospital. After admission to the hospital, endoscopic examination of the stomach revealed a Borrmann type 2 tumor, and biopsy demonstrated poorly differentiated adenocarcinoma. A distal gastrectomy with D2 dissection was performed (T3, N1, H0, P0). An ulcerative tumor, 2×2 cm in size, was composed of small atypical cells with chromatin-rich nucleus. Immunohistochemically, these small cells were stained positive for NSE and chromogranin A. Therefore, this tumor was diagnosed as small cell carcinoma of the stomach. Six months later, liver metastasis was found by CT scan examination, and a partial hepatectomy was performed. The CDDP and 5 FU therapy was regularly conducted. This patient died of multiple lung metastases and bone metastases 2 years and 7 months after the resection of the liver metastasis.