

臨床病理検討会報告

閉塞性黄疸を呈した進行胃癌の1例

臨床担当：富樫 篤生 (研修医)・井上 弘行 (消化器病センター消化器内科)
 病理担当：工藤 和洋 (臨床病理科)・下山 則彦 (臨床病理科)

A case of advanced gastric cancer with obstructive jaundice.

Atsuo TOGASHI, Hiroyuki INOUE, Kazuhiro KUDOH, Norihiko SHIMOYAMA

Key words : gastric cancer – poorly differentiated adenocarcinoma – jaundice

I. 臨床経過及び検査所見

【症 例】 60歳代 女性

【主 訴】 嘔気嘔吐，食欲不振，腹部膨満感

【既往歴】 特になし

【現病歴】

1週間前から食欲不振，腹満を自覚。近医で漢方薬の処方，点滴を受けていたが症状が改善しないため，後日，当院救急外来受診。補液施行され，次回消化器科外来受診予約し帰宅したが，その後も嘔吐が続き，食事も摂取出来ないため，翌日，再度，救急外来受診。採血上，肝・胆道系酵素の上昇，炎症反応の上昇を認め，CT上胃壁の肥厚，胸腹水貯留を認め，閉塞性胆管炎，胃癌の疑いで入院となった。

【生活歴】 飲酒：ビール350ml/day

喫煙：なし アレルギー：なし

【入院時現症】

JCS0 血圧89/64mmHg 脈拍118bpm

身長154cm 体重44kg (2ヶ月で-4kg)

腹部：軟 上腹部圧痛 (+) 反跳痛 (-)

下腹部膨満 (+) 黒色便 (+)

【入院時検査所見】

<末梢血>

WBC 21300/ μ L, RBC 11.8g/dL, Ht 37.3%,

Plt 26.8/ μ L

<生化学>

T-Bil 9.4mg/dL, TP 5.4g/dL, Alb 2.2g/dL,

ZTT 9.5U, GOT 303IU/L, GPT 224IU/L,

LDH 265IU/L, ALP 4806IU/L, γ -GTP 511IU/L,

Ch-E 110IU/L, AMY 49IU/L, BUN 23mg/dL,

Cre 0.6mg/dL, Na 128mEq/L, K 4.7mEq/L,

Cl 93mEq/L, Ca 8.4mg/dL, CRP 6.76mg/dL,

尿酸 5.9mg/dL, Fe 7 μ g/dL, UIBC 75 μ g/dL,

TIBC 82 μ g/dL

<凝固系>

PT-INR 1.2, APTT 30.2sec, FDP 7 μ g/mL,

Ddimer 3.2 μ g/mL, ATIII 49%

<腫瘍マーカー>

CEA 3.9ng/mL, CA19-9 1485U/mL,

AFP 1.6ng/mL, PIVKAI 47mAu/mL,

DUPAN-2 300U/mL, SPan-1 450U/mL

【入院時画像所見】

胸部Xp：CTR 50% 両側CPAngle dull 左下肺野の透過性低下

腹部Xp：ガス像に乏しい。小腸ガス，ニボーを認めない。

腹部CT：両側胸水。肺野は右中葉や左舌区末梢に索状影。左鎖骨上にリンパ節腫大。胃体下部から前庭部の壁肥厚あり，胃癌疑い (図1)。大網内に濃度上昇や結節影あり，腹水貯留も見られ，癌性腹膜炎。胆嚢，胆管の拡張はないが，全体に壁肥厚および造影効果が見られ，炎症あるいは腫瘍浸潤疑い。胆嚢結石。脾はびまん性に腫大しており，脾管拡張はないが，脾動静脈の狭小化あり，腫瘍性病変疑い。

胃周囲や傍大動脈に癒合傾向を伴うリンパ節腫大あり，



図1 腹部CT：胃壁の著明な肥厚

転移の所見。

＜画像診断＞胃癌疑い，癌性腹膜炎，腹部リンパ節転移。胆臓にも腫瘍性病変疑う。

【入院後経過】

第1病日，上部消化管内視鏡検査施行し，体下部大弯側を中心とした径10cm程度の3型胃癌を認め（図2），生検でGroupV por-sigの診断となった。また，著明な閉塞性黄疸を呈しており，緊急ERCPを施行。下部総胆管は腫瘍浸潤によると思われる壁構造の破綻によりガイドワイヤーが容易に腹腔内に迷入する。膵管ステント，総胆管にメタルステント，メタルステント内腔にENBDを留置した。ERCP後，中心静脈カテーテルを挿入しHCU入床となった。

翌日の血液検査で黄疸や肝胆道系酵素は改善傾向であった。利尿剤大量使用するも尿量増えず，胸腹水が増加。第4病日に腹水を穿刺した。細胞診でClassVの診断であった。

第5病日にENBDチューブを抜去。

疼痛の訴え強く，第7病日よりデュロテップMTパッチ4.2mgR（フェンタニル），アンバック坐薬10mgR（モルヒネ塩酸塩水和物）を開始。

第10病日夕方より意識混濁，下顎呼吸，血圧低下認め，ドパミン開始。腹部膨満著明で，CT上胸腹水増悪あり，腹水1.3L穿刺。急激な循環動態の悪化認め，ドパミン15 μ で一時的に昇圧が得られたが，第11病日朝には収縮期血圧70mmHgまで低下。その後急速に循環動態，呼吸状態が悪化し，午後2時2分永眠した。

【臨床診断】

- # 1 胃癌
- # 2 癌性腹膜炎
- # 3 閉塞性黄疸

II. 臨床上の問題点

- 癌原発巣の浸潤
- 転移の状態
- 下部胆管浸潤による胆管構造変化の検討

III. 病理解剖所見

【肉眼所見】

身長155cm，体重51kg。腹部膨満。腹部で静脈怒張（+）。左鼠径部から中心静脈カテーテルが留置されていた。瞳孔は散大し左右とも6mm。左頸部から左鎖骨上リンパ節触知。腋窩リンパ節，鼠径リンパ節触知せず。死斑背部に軽度。死後硬直なし。下腿浮腫（+）。

腹部切開で剖検開始。皮下脂肪厚腹部10mm。腹水は

淡血性で4100ml。横隔膜の高さ左第5肋骨，右第4肋骨。腹部からの操作のため胸水，心嚢液，屍血量測定不能。

心臓 230g，9×9×4cm。左室壁厚1.2cm。心室中隔1cm。右室壁厚0.3cm。剖面著変なし。心外膜と心嚢の癒着が見られ陳旧性の心外膜炎と考えられた。

左肺 235g，18.5×9×3cm。右肺 240g，21×10×3cm。右主気管支に少量の喀痰が見られた。剖面では軽度のうっ血が見られた。縦隔リンパ節腫大（+）。剖面は灰白色調で胃癌の転移を考えた。気管粘膜著変なし。

肝臓 20×11×9cm。剖面はうっ血の所見。肝転移は明らかでなかった。肝門部，総胆管周囲，胃，膵臓，横行結腸，腸間膜，脾臓は剥離困難。腫瘍浸潤と考えられた（図3）。幽門部から十二指腸球部は壁肥厚著明で胃癌として矛盾のない所見（図4）。漿膜への露出，大網転移著明。CT断で割を入れ観察したところ膵癌としての所見は明らかでなかった。総胆管周囲は癌浸潤著明と考えられた。SMA周囲から腸間膜は硬化し，11×7×3cm大の範囲に腫瘍浸潤していたと考えられた。

左腎臓 125g，10.5×6×3cm。皮質厚0.5cm。右腎臓 125g，10×6×3cm。皮質厚0.5cm。剖面著変なし。右腎の脂肪被膜に癌浸潤が疑われる所見あり。左副腎35.3g。右副腎25g。左右とも尾側が後腹膜リンパ節と境界不明瞭。剖面は胃癌の転移として問題ない所見。尿管，膀胱著変なし。子宮では底部に出血が見られた。ダグラス窩にはフィブリン析出が認められ腹膜炎と考えられた。卵巣は左右とも萎縮していた。

食道著変なし。小腸，大腸著変なし。

大動脈の粥状動脈硬化は軽度。大動脈周囲リンパ節腫張著明。左総腸骨静脈と思われる静脈のカテーテル周囲，および下大静脈に血栓が見られた。

以上，胃癌の多発転移が見られ，癌死と考えられた。

【肉眼解剖診断（暫定）】

1. 胃癌
浸潤転移 十二指腸球部，総胆管周囲，大網，膵周囲，SMA周囲～腸間膜，両副腎，大動脈周囲，縦隔リンパ節，左鎖骨上リンパ節
2. 腹水 4100ml
3. 下大静脈血栓症
4. 肝うっ血
5. 心外膜炎（陳旧性）
6. 子宮底部出血

【病理解剖学的最終診断】

主病変

胃癌 低分化腺癌（por1）

浸潤転移 十二指腸浸潤，膵浸潤，総胆管浸潤，門脈浸潤，大網，SMA周囲～腸間膜，腹膜，両副腎，

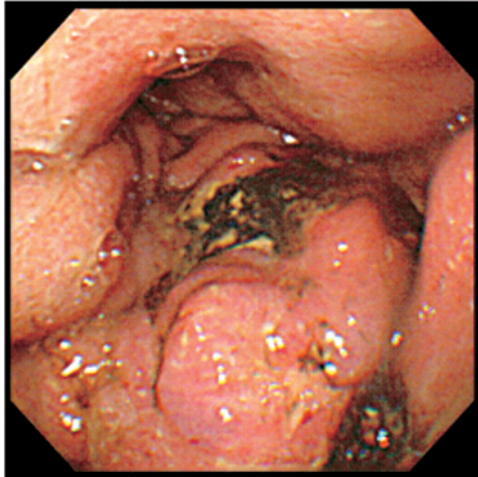


図2 内視鏡：胃体下部に3型腫瘍

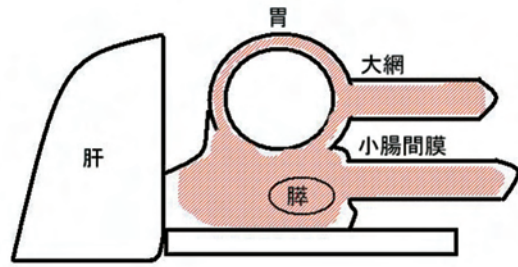


図3 模式図：上腹部の臓器は癌浸潤（斜線部分）で一塊

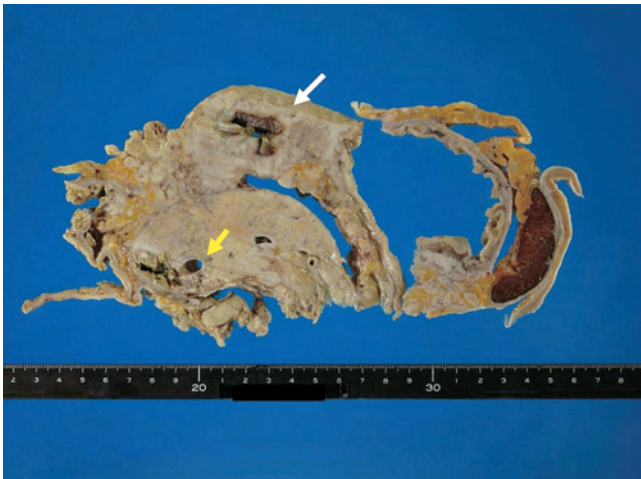


図4 腹部臓器断面肉眼像：胃壁の肥厚(白色矢印)。総胆管壁に癌浸潤が考えられた(黄色矢印)

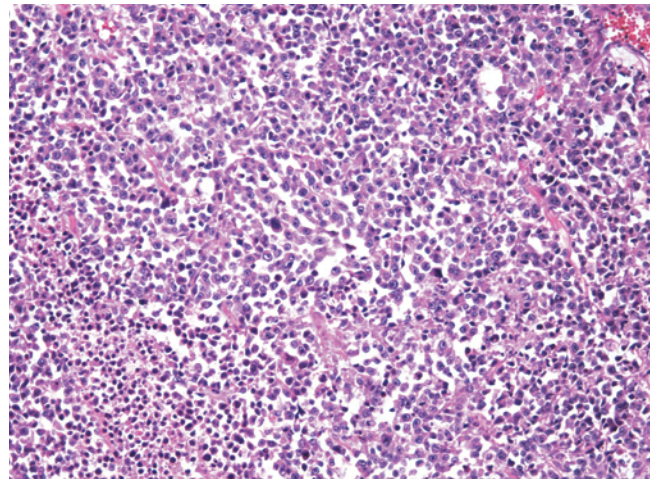


図5 胃の組織像：低分化腺癌（HE 対物20倍）

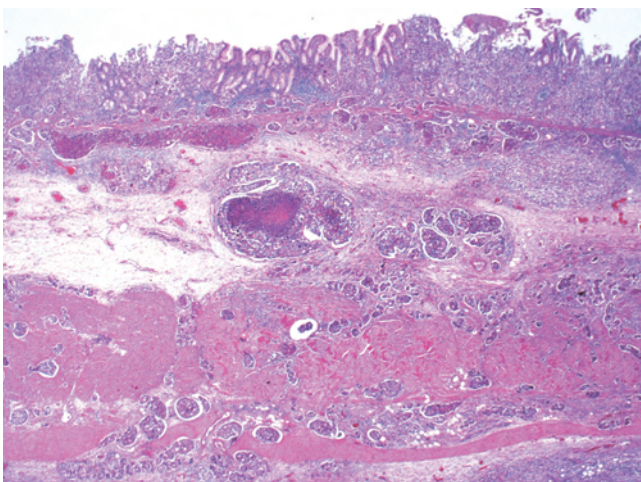


図6 胃の組織像：著明なリンパ管侵襲（HE 対物2倍）

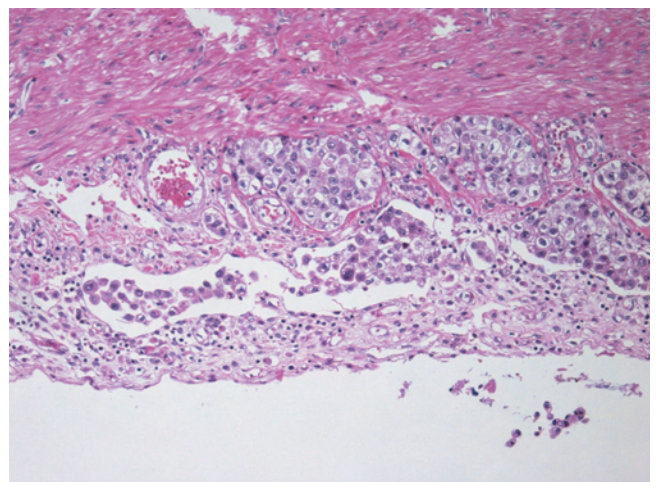


図7 腹膜の組織像：低分化腺癌。リンパ管侵襲が目立つ。（HE 対物20倍）

脾臓, 軟部組織 (臍周囲, 副腎周囲, 大動脈周囲)

顕微鏡的転移 横行結腸, 腎臓, 腎盂

リンパ節転移 (胃周囲, 臍周囲, 脾門部, 大腸周囲, 大動脈周囲, 副腎周囲, 縦隔, 左鎖骨上リンパ節)

副病変

1. 癌性腹膜炎+腹水4100ml
2. 下大静脈血栓症
3. 脂肪肝 (軽度)+左葉血管腫 1.2×0.8cm
4. 慢性臍炎
5. 粥状動脈硬化症
6. 心外膜炎 (陳旧性)
7. 子宮底部出血
8. 無気肺

【総括】

上記臓器で核小体が明瞭で腫大した核を持つ異型細胞が充実性に増生している。胃癌, por1の浸潤, 多発転移として問題ない所見 (図5)。変性壊死が高度で50-75%の癌細胞が変性壊死していると考えられた。胃, 十二指腸, 臍, 横行結腸には多数のリンパ管腫瘍栓が認められ, リンパ管が主な転移経路となったと考えられた (図6)。臍内胆管は壁への癌浸潤が著明で, 既存構造が不明瞭化していた。肉眼上転移が指摘されなかった腎臓, 腎盂の脈管内に微小な転移が認められた。

膀胱, 子宮, 大腸の腹膜には癌浸潤が認められ癌性腹膜炎とした (図7)。

肝臓では小葉辺縁性に脂肪変化が認められ軽度の脂肪肝の所見。左葉には1.2×0.8cmの血管腫を認めた。

臍臓では慢性炎症細胞浸潤を認め慢性臍炎の所見。

心外膜には線維化が認められ陳旧性心外膜炎が考えられた。

子宮底部に出血が見られたが明らかな腫瘍性病変は見られなかった。

肺は含気が著明に減少し無気肺の状態であった。

以上, 胃癌の多発転移が認められ癌死の所見である。

IV. 臨床病理検討会における討議内容のまとめ

- 死因は何か
循環不全が主死因と考えられる。
- リンパ性の転移とのことだが, 他の脈管への浸潤はどうだったのか。
静脈への浸潤に関してははっきりした所見はなかった。
- 下大静脈や鎖骨下静脈に血栓を認めたが, 微小血管には血栓はあったのか。
病理学的には明らかな血栓は認めなかった。
- 肺の癌性リンパ管症はあったのか。
病理学的にはっきりとした所見は認めなかった。
- 癌性腹膜炎は通常漿膜を超えた癌が漿膜外で広がる病態とされているが, 本例では腹膜でのリンパ管腫瘍栓が多数見られておりリンパ管を介して癌が腹膜に広がった可能性があるのではないかと。

V. 症例のまとめと考察

本症例は, 症状の出現からの経過が非常に早く, 発見した時点で非常に進行しており, 抗癌化学療法を行うチャンスすらない, 臨床的に手の施し様がなかった症例といえる。

組織学的には, 胃の低分化型腺癌であり, 一般的にリンパ節転移や腹膜播種をおこしやすいという特徴の通り, 本症例の場合も, 病理学的にリンパ管への浸潤が著しく, 多数の臓器への転移, 腹膜転移とそれによる癌性腹膜炎により大量の腹水貯留を認めた。最終的には, 循環血漿の胸腹水への移行があり, 下大静脈血栓症も相まって循環不全に陥り死に至ったと考えられた。

また, ERCPでガイドワイヤーが腹腔内に容易に迷入したが, 下部胆管はほぼ腫瘍と壊死組織で置換されており, ほぼ胆管構造が消失していたため, ガイドワイヤーによって容易に貫通してしまったものと思われた。