

2019 年 6 月 6 日

CPC : 剖検症例検討会 (日本医師会生涯教育講座)

## 多発性肝腫瘍を呈した原発不明癌の 1 剖検例

司会：消化器内科	佐藤 修 司	病理：臨床検査科	小西 康 宏
臨床：臨床研修医	高橋 昌 大	臨床検査科	今 信 一郎
臨床研修医	松尾 美紗希		
内 科	谷 元 博		

## 臨床経過

症例は、79 歳男性。主訴は、腹部膨満感、腹痛、食欲不振。平成 15 年から脳梗塞、糖尿病、高血圧で近医通院中。当院受診日の 2 ヶ月前にアルツハイマー型認知症と診断され同時期頃より食欲不振があった。受診日の朝から持続する腹部膨満感、間欠的な腹痛が出現し始め当院救急外来受診。診察では、頸部異常所見なし。右眼失明、胸部聴診異常所見なし。腹部は平坦、軟。上腹部に圧痛を認める。筋性防御や反跳痛はなし。黒色便、血便は確認できなかった。血液検査で、RBC は  $2.74 \times 10^6 / \mu\text{L}$ 、Hb 7.6 g/dL、MCV 83.8 fL と貧血を認めた。WBC は  $13360 / \mu\text{L}$  と増加、Plt は  $5.7 \times 10^4 / \mu\text{L}$  と減少していた。T-Bil は 0.9 mg/dL と正常であったが、AST は 100 U/L、ALT は 54 U/L、ALP は 2251 U/L、LDH は 523 U/L といずれも上昇していた。胸部 Xp で心胸郭比は、57.7% であり、肺に結節影はなかった。腹部単純 CT で肝に多発腫瘍、腹水の貯留を認めた。脾には、脾頭部に脾石を伴う主脾管拡張像を認めた。入院となり、症状緩和を図りながら、肝腫瘍の精査を行う方針となった。造影 CT の結果、肝腫瘍は転移性肝腫瘍と考えられた。MRCP の結果、多発転移性肝腫瘍と脾の主脾管拡張、総胆管拡張を認めたが、脾腫瘍は明らかではなかった。血液検査で、腫瘍マーカーは、CEA が 54.1 ng/mL、DUPAN-2 が 1600 U/mL 以上と異常高値を認めた。また、pro-GRP が 101.0 pg/mL、CYFRA21-1 が 194.7 ng/mL、可溶性 IL-2R が 1973 U/mL と上昇していた。CA19-9、AFP、PIVKA-II、SCC はいずれも正常値であった。尿検査は、尿蛋白、尿潜血が陽性であった。上部消化管内視鏡検査の結果、胃内に、潰瘍や腫瘍性病変は認めなかった。十二指腸下行脚に、非上皮性の粘膜隆起があったが、生検では慢性炎症の所見で、悪性所見はなかった。腹水検査は、リバルタ反応は陰性、CEA は 18.9 ng/mL と高値で、細胞診で悪性所見は認めなかった。

DIC としてガベキサートメシル酸塩による治療を開始した。

本人、家族と治療方針について相談した結果、原発巣を特定できない原発不明癌、多発肝転移と診断し、年齢および全身状態を考慮し、緩和的支持療法 (BSC) および DNAR の方針となった。

入院後 26 日目に、下血が出現し、18 時 8 分永眠された。

## 病理解剖診断

1. 脾癌、浸潤性脾管癌、脾頭部、5 cm、mod = por、転移：肝 (2200 g)、左肺、脾周囲、大動脈周囲リンパ節、腸間膜リンパ節 浸潤：十二指腸 2. 膀胱癌、浸潤性尿路上皮癌 (扁平上皮への分化傾向あり) G3、pT2a、転移浸潤なし 3. 脾管内乳頭粘液性腺腫 (IPMA) 15 mm 4. 低異型度管状腺腫、結腸 3 mm 4. GIST、盲腸 5 mm 5. 慢性脾炎、アルコール性 6. 左腎急性腎盂腎炎 (左腎 150 g、右腎 140 g) 7. 非細菌性血栓性心内膜炎 (410 g) 8. 大動脈粥状硬化症 9. 弓部、胸部大動脈瘤 (30 mm、25 mm) 10. 右腎微小梗塞 5 mm 11. 両肺うっ血水腫 (左肺 660 g、右肺 680 g) 12. 上行結腸憩室 13. 胆嚢腺筋腫症 14. 全身性黄疸 (結膜、皮膚、膀胱粘膜、腎盂粘膜、体腔液ほか) 15. 腹水 (1800 mL)、胸水 (左 100 mL、右 150 mL)

病理解剖は、死後 3.5 時間で行われた。

開腹すると、肝に多発性腫瘍を認めた。肝の断面では、最大で 5 cm 程度の白色調腫瘍が肝全体に多発していた。組織学的には、中分化型管状腺癌の像であった。免疫染色では、癌細胞は、CK7、CEA、CA19-9 が陽性で、CK20、p40 は陰性だった。肝に多発していることから、転移性腫瘍の可能性を考えた。脾頭部を検索すると、肉眼的には不明瞭であったが、組織学的に、中分化な管状腺癌を認め、大きさは 5 cm ほどであった。形態的、免疫染色で、脾の腺癌は、肝腫瘍と類似しており、原発巣は脾癌であることが判明した。画像上は、背景に高度な慢性脾炎があり、これが脾癌の存在を mask していたと考えられる。

また、膀胱は、粘膜に隆起性病変は認めなかったが、random に切り出した標本に、粘膜面は上皮内癌の形態

を示し、筋層まで浸潤する尿路上皮癌の増生像を認めた。生前の画像では認識できなかった癌は、索状に散在性に浸潤増生しており、進行癌だった。この尿路上皮癌は、角化等の所見は見られなかったが、免疫染色で、p40が

陽性を示し、扁平上皮系への分化傾向を有すると考えられた。これは腫瘍マーカーのCYFRA21-1が高値を示した所見を示唆するものと考えた。

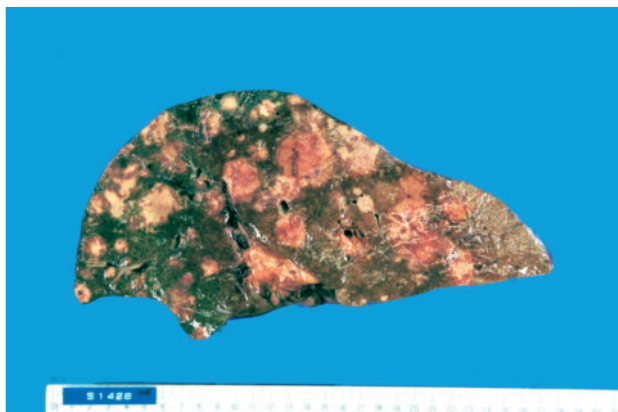


図1 肝の断面像  
多発性肝腫瘍を認める。

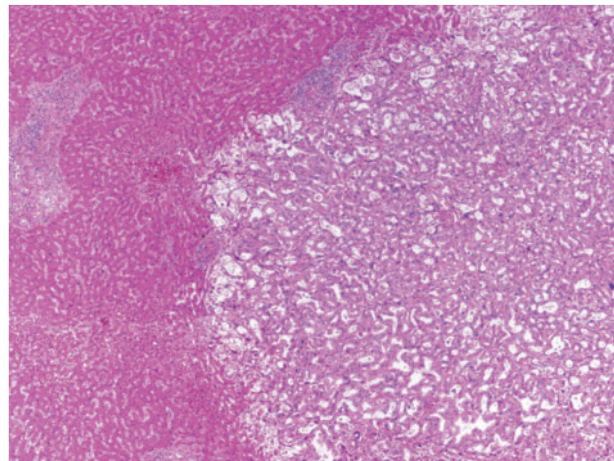


図2 肝の組織像  
中分化型管状腺癌の増生像を認める。

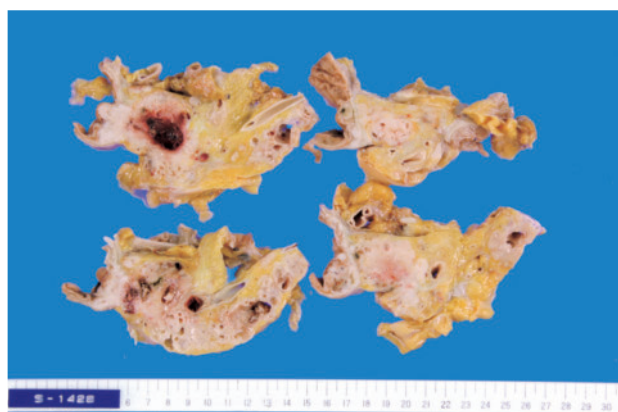


図3 膵頭部の断面像（ホルマリン固定後）  
膵頭部に、出血を伴う白色腫瘍を認める。

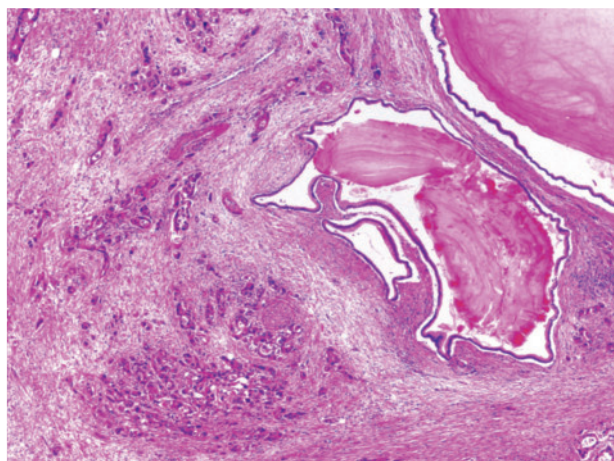


図4 膵頭部の組織像-1  
膵石を伴う慢性膵炎の像と管状腺癌の像を認める。

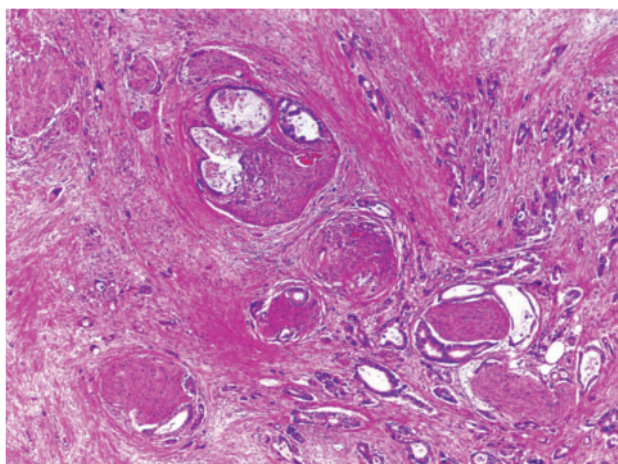


図5 膵頭部の組織像-2  
膵癌の神経周囲浸潤像を認める。

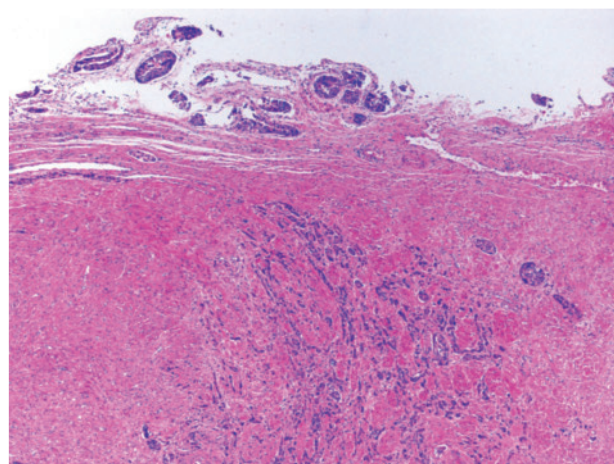


図6 膀胱癌の組織像  
筋層に浸潤する尿路上皮癌の増生像を認める。