

**PP1387 小腸原発悪性神経鞘腫の一切除例：**

森 健, 佐藤宗勝, 中西陽一, 大西達也, 鈴木久史, 谷沢健太郎, 小泉大, 近藤 恵, 奥村 稔  
(日立製作所日立総合病院)

【はじめに】 小腸原発の悪性神経鞘腫はきわめて稀な疾患であり、本邦においては数例の報告がなされているのみである。今回、小腸原発の悪性神経鞘腫の1切除例を経験したので報告する。【症例】患者は、61歳の男性。貧血を主訴に内科受診し精査。小腸原発の悪性リンパ腫を疑った。体表リンパ節の腫大認めず、また小腸の腫瘍が潰瘍を形成する全周性病変であったため、悪性リンパ腫に対する化学療法による消化管穿孔も考慮し、同部小腸の開腹切除生検目的にて外科紹介となった。手術所見としては、Treitz 靭帯より70cm および190cm の位置に10cm 大と6cm 大の腫瘍をそれぞれ認めた。その他の小腸に病変は認めなかった。腫瘍を含むようにして小腸部分切除を2個所行い、両者ともにfunctional end to end 法により吻合した。病理所見は、腫瘍は組織学的には卵円形から紡錘形の細胞から成り、クロマチンに富んだ卵円形の核を有していた。また核小体を明瞭に認め、核分裂が盛んであった。免疫染色にてActin 陰性、Desmin 陰性、vimentin 陽性、S-100蛋白陽性であり、悪性神経鞘腫と診断した。

**PP1388 卵巣嚢腫との鑑別が困難であった回腸平滑筋肉腫の一例：**

今井 滋, 河口忠彦, 城之内宏至, 望月 晋  
(国立甲府病院消化器外科)

原発性小腸腫瘍は比較的多い疾患であり、入院患者における頻度は0.004~0.017%で、悪性腫瘍である頻度は約60~67%を占めると言われ、術前診断が非常に困難であると言われている。なかでも小腸悪性腫瘍は全消化管悪性腫瘍中の0.3~4.9%を占め、平滑筋肉腫は悪性リンパ腫、腺癌につづき約26%の頻度であると報告されている。一方で術前に診断し得た症例も少数であり、その部位的特徴からも、またその頻度からも診断が難しく、予後も不良である。今回、我々は卵巣嚢腫の術前診断で開腹された回腸原発平滑筋肉腫の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。症例は61歳女性で、下腹部緊満感を主訴に受診、卵巣腫瘍の疑いで婦人科で開腹され、術中に小腸腫瘍の診断で外科で切除した。術後病理は平滑筋肉腫であり、リンパ節転移は認めなかった。

**PP1389 回腸原発と見られる肝様腺癌の一例：**

赤石 隆<sup>1)</sup>, 赤石健一<sup>1)</sup>, 森谷卓也<sup>2)</sup>  
(赤石病院外科<sup>1)</sup>, 東北大学医学部附属病院 病理部<sup>2)</sup>)

【目的】成人の腸重積症は先進部として非常に稀な回腸原発の肝様腺癌 hepatoid adenocarcinoma によるものを経験したので報告する。【症例】80才男性で、約3ヶ月にわたり腹痛と下痢をくり返したのち食思不振と便秘を主訴として来院した。注腸透視で回腸終末部に球形の陰影欠損、大腸内視鏡にて回腸末端に内腔を閉塞する腫瘍を認め、生検の組織は低分化腺癌であった。術前の腫瘍マーカーではCEA, CA19-9, AFP は軽微高値、PIVKA-II が94 (正常値40未満) と高値を示した。開腹時の所見は回腸末端の鶏卵大の腫瘍が先進部で重積を来しており、大網と胃脾間膜にそれぞれ胡桃大の腫瘍を認めた。これらすべてを切除し、回腸・上行結腸端吻合を行った。肝および胃は異常を認めなかった。病理所見は回腸、間膜腫瘍とも肝様腺癌として良い像であった。術後の検査では胃体小彎後壁に消化性潰瘍を認めるのみで、組織像でも悪性所見はなく、また画像診断上肝には腫瘍を認めなかった。【総括】本症例は回腸終末に原発の肝様腺癌と考えられるが、肝あるいは胃に原発するとされ、回腸のものは報告がない。腸重積の先進部の原因としても初出である。

**PP1390 腸重積で発症した肺大細胞癌小腸転移の一例：**

津田祐子<sup>1)</sup>, 井合 哲<sup>1)</sup>, 市川辰夫<sup>1)</sup>, 長 潔<sup>1)</sup>, 照井幸雄<sup>1)</sup>, 井上豪<sup>1)</sup>, 浅沼晃三<sup>1)</sup>, 石津英喜<sup>2)</sup>, 塚田一博<sup>3)</sup>  
(埼玉協同病院外科<sup>1)</sup>, 埼玉協同病院 病理科<sup>2)</sup>, 富山医科薬科大学 第二外科<sup>3)</sup>)

【症例】61歳、男性。胃癌術後、原発性肺癌及び多発骨転移を認め免疫療法中であった。徐々に血痰、疼痛増強し、対症療法を開始。その後腸閉塞を発症し、諸検査で小腸重積、両側副腎転移、腸間膜リンパ節転移、脳転移を疑われた。副腎機能不全、脳圧亢進症状を伴い、全身状態の改善後手術を施行した。術中所見では、残胃空腸吻合部より50cm の空腸に、先進部に腫瘍を伴う重積を認めた。回腸末端にも同様の腫瘍を認めた。空腸を80cm 切除し、回腸はバイパス術を施行した。病理所見では、類円形大型核を持つ未分化の大型異型細胞が散在状にみられ、多核主体の巨細胞が多数混在した。原発の大細胞癌と同様の所見であった。【考察】肺癌の消化管転移は本邦報告例によると剖検を含め1~4%に認められ、その1割が手術を要する。主症状は腸重積、下血、穿孔である。転移の部位は上部小腸に多く、胃、結腸の順に認められる。原発の組織像は大細胞癌、小細胞癌が比較的多い。本症例では副腎転移、脳転移を伴い非常に稀な病像を呈していた。

**PP1391 小腸転移を伴った悪性褐色細胞腫の1例：**

神保充孝, 河内康博, 近藤浩史, 坂本和彦, 久保秀文, 長谷川博康, 宮下 洋  
(徳山中央病院外科)

症例は61歳、男性。以前より間欠的腹痛があったが放置していた。平成11年8月28日腹痛増強し当院受診。腹部は板状硬で強い圧痛、Blumberg 徴候を認めた。胸部X線写真で横隔膜下に遊離ガス像を認め、消化管穿孔と診断、緊急手術を行った。空腸に2ヶ所腫瘍を認め、うち1ヶ所に穿孔を認めた。小腸腫瘍を切除し、残存空腸を端々吻合した。手術終了後、抜管困難であったためICUで管理を行った。病理組織標本で、原発もしくは転移不明の悪性腫瘍と診断された。腹部US、腹部CT、MRIを施行し、右副腎に4.0×2.5cmの腫瘍を認めた。内分泌検査ではノルアドレナリン、ドーパミン、VMA が高値を示し、褐色細胞腫と診断、右副腎腫瘍摘出術を行った。術中、腫瘍摘出前後の血圧の変動は認められなかった。右副腎腫瘍の病理組織標本では、小腸腫瘍の病理所見と類似し、腫瘍組織から多量のカテコールアミンが定量された。術前で高値を示したノルアドレナリン、ドーパミン、VMA は術後11日目は正常化した。平成11年12月には再び血中、尿中カテコールアミン値の上昇を認め、精査、加療予定である。

**PP1392 失神発作を主症状とした巨大小腸悪性間質腫瘍の1例：**

石田雅俊, 粉山, 卓哉, 西駕準一, 大割 貢, 瀬下 巖, 西田幸弘, 中野博史, 岡 義雄, 宮崎 知, 稲田啓次, 奥 邦彦, 伊豆蔵正明, 濱路政靖  
(東大阪市立総合病院外科)

小腸悪性間質腫瘍の報告は近年見られるが、その主たる症状は腫瘍触知、消化管出血、腹痛など非特異的である。我々は稀な症状として失神発作をきたした巨大小腸悪性間質腫瘍の1例を経験したので報告する。症例は63歳、男性で排便努責中に失神発作を来し近医に救急搬送された。近医での診断は腸間膜由来悪性リンパ腫の疑いで当院血液内科を紹介された。当院の穿刺生検で間葉系腫瘍と診断され、切除のため外科へ紹介された。外科入院待ちの間に自宅で排便中に再び失神発作を来したが、すぐに改善した。切除手術を施行したところ、腫瘍は空腸より管外性に発達しており24×15×7cm, 1500gであった。リンパ節や他臓器への転移は認められなかった。病理診断は平滑筋細胞への分化を示す小腸間質腫瘍でその形態、大きさより悪性と診断された。本症例の失神発作の原因としては排便時の腹圧上昇により巨大腫瘍が腹部下大静脈を圧迫し静脈還流が低下したためと考えられた。