

胃癌穿孔症例の検討

弘前大学第2外科

三上 泰徳 小澤 正則 杉山 譲 羽田 隆吉
 仲地広美智 福嶋 貴 志田 正一 福島 紀雅
 今 充 小野 慶一

A STUDY OF PERFORATED CASES OF GASTIC CARCINOMA

Yasunori MIKAMI, Masanori OZAWA, Yuzuru SUGIYAMA,
 Ryukichi HADA, Hiromichi NAKACHI, Takasi FUKUSHIMA,
 Shoichi SHIDA, Norimasa FUKUSHIMA, Mituru MONN and Keiichi ONO
 2nd Department of Surgery, Hirosaki University, School of Medicine

索引用語：胃癌穿孔

はじめに

胃癌穿孔の最初の報告は1824年 Laennec によりなされ、本邦では1916年斎藤がはじめとされている。良性潰瘍の場合と比較してその頻度はきわめて低く、教室においても1961年より23年間に手術を施行した胃癌1,198例中、穿孔症例は7例(0.6%)を数えるにすぎ

ない。このうち3例は教室の秋元ら²⁾がすでに報告した通りで、1973年以前の症例はすべて手術直接死亡であったが、その後経験した3例は著しく予後の改善が得られており、その詳細について報告する(表1)。

症 例

症例5：大〇く〇、47歳、女。

表1 当科で経験した胃癌穿孔のまとめ

症例	氏名 年齢, 性別	術前診断	穿孔の誘因	手術術式	手術所見	胃癌性状	予後
1	岩〇き〇 55歳, 女	胃潰瘍穿孔	不明	胃亜全摘	Stage III S ₂ P ₀ H ₀ N ₂ 絶非治	M 小前 Borr. 3 tub. 1	手術死亡 (29日)
2	吉〇知〇 26歳, 女	胃潰瘍穿孔	不明	胃亜全摘	Stage IV S ₃ P ₀ H ₀ N ₄ 絶非治	M 前大後 Borr. 4 pap.	手術死亡 (29日)
3	下〇佐〇 69歳, 男	胃癌穿孔	不明	胃亜全摘	Stage IV S ₂ P ₀ H ₀ N ₁ 絶非治	A 周 Borr. 3 tub. 2	手術死亡 (7日)
4	黒〇岩〇 68歳, 男	胃癌穿孔	単開腹	非切除	Stage IV S ₃ P ₃ H ₀ N ₄ 絶非治	MAD 周 Borr. 3 sig.	他病死
5	大〇く〇 47歳, 女	胃潰瘍穿孔	不明	胃全摘	Stage IV S ₃ P ₀ H ₀ N ₂ 絶非治	CMA 小前後 Borr. 3 sig.	癌死 (4ヵ月)
6	諏〇士〇 54歳, 男	胃潰瘍穿孔	転倒	(一期手術) 大網充填術 (二期手術) 胃全摘, 膈脾切	Stage II S ₂ P ₀ H ₀ N ₁ 相治	CME 小前後 Borr. 3 tub. 2	癌死 (7ヵ月)
7	幸〇伊〇 71歳, 男	胃癌穿孔	化学療法 排便	胃全摘	Stage III S ₂ P ₀ H ₀ N ₀ 絶治	MC 小 Borr. 3 tub. 2	癌死 (30ヵ月)

(注) 症例 1, 3, 4 既報告 (秋元ら²⁾)

家族歴，既往歴：特記すべきものなし。

現病歴：昭和45年夏ごろ，時々空腹時痛，嘔気で発症。翌年11月，同様の症状出現したため近医受診，翌日になってさらに吐，下血や上腹部に激痛を認めたため急性腹症として当科紹介となった。

入院時現症：体格中等度，眼瞼結膜に軽度貧血あり。脈拍80/分で整。血圧130~80mmHg。発熱はみられなかったが，上腹部は全体に板状硬で強い圧痛があった。

検査成績：赤沈は高度に促進(表2)。胸腹部X線像で腹腔内遊離ガス像など異常所見はなかったが，症状および局所所見より胃穿孔による腹膜炎を疑い，原疾患不明のまま，緊急手術を施行した。

手術所見：腹腔内は多量の膿性腹水認め，噴門部小弯から前壁に腫瘤が存在し，前壁に穿孔部を認めた。腫瘤は一部臍前面に強く癒着し癌浸潤と判断された〔S₃P₃H₀N₄；Stage IV〕。癌性腹膜炎のため非治癒切除であった。

病理所見：噴門部小弯中心に大きさ7×5cm，不明瞭な境界を有する周堤をもつ陥凹性病変で，Borrmann 3型胃癌であった。組織型は印環細胞癌で，se, INFγ, Iy₂, v₂であった。

術後経過：癌再燃をきたし，術後4カ月目に死亡した。

症例6：諏○士○，54歳，男。

家族歴，既往歴：特記すべきものなし。

現病歴：昭和52年12月末に食道狭窄感を自覚したが放置。翌年1月30日夜，飲食後，転倒し突然上腹部激

痛が出現した。某病院にて緊急手術施行，噴門部小弯を中心に漿膜面は灰白色を呈し硬く，胃癌が疑われたが，二次的治癒手術をおこなう方針で大網充填術，胃瘻造設を施行した。術後の回復をまって2月14日当科へ転院となった。

入院時所見：身長153cm，体重46kg。腹部は平坦かつ柔軟で，正中部に創痕と胃瘻チューブが設置されていた。体温37℃で，血圧正常，脈拍78/分整であった。

検査成績：中等度の貧血認め，赤沈は亢進していた。また，肝機能の軽度障害みられ，アミラーゼが血，尿で880，10,000U/Lと上昇していた(表2)。胸部，腹部X線像ではともに異常は認めなかった。

胃透視像では胃穹窿部から胃体部小弯にかけて，凹凸不整な陥凹底をもち，一部食道に浸潤している Borrmann 3型胃癌と診断した。

手術所見：前回の手術創にそって開腹，腹腔内に播種性転移は認めなかった。腫瘤はC領域小弯より前壁にかけて存在し，漿膜に明らかな浸潤と，その一部は大網におおわれていた。進行度は〔P₀H₀N₂S₂；Stage III〕であった。

切除標本：C領域を中心に一部食道とM領域に存在する6.5×6.5cmの Borrmann 3型胃癌で，病変中央には穿孔部の大網充填を示す低い隆起部分を認めた(図1)。

組織学的所見：陥凹は深堀れ型で充填した大網は結合織に置き換わって，一部分がポリープ状の隆起を呈した(図2)。潰瘍周囲で漿膜下層まで癌は浸潤し，組織型は管状腺癌で INFγ, Iy₃, v₀であった(図3)。

術後経過：術直後より Tegafur 600mg 連日投与し

表2 臨床検査成績

症例	5	6	7
WBC (/mm ³)	7300	6700	9700
RBC (×10 ⁴ /mm ³)	344	328	293
Hb (g/dl)	8.6	9.7	9.3
Ht (%)	32	30.5	26.8
seg (%)		64	74
band (%)		3	8
lymph (%)		27	12
mono (%)		5	5
base (%)		1	0
T.P. (g/dl)	5.7	6.9	5.5
GOT (u/l)	25	173	18
GPT (u/l)	21	148	111
LDH (u/l)	220	430	474
CEA (<5.0ng/ml)		3.5	.7
ESR 1*	75	62	40
ESR 2*	116	112	88
Urine 便潜血	正常 (+)	正常 (+)	正常

図1 症例6の切除標本(粘膜面)。矢印の部分が穿孔部に相当する。



11359 780309

図2 症例6の大網充填部のルーベ像。矢印の部分がポリープ状に残存した大網組織。

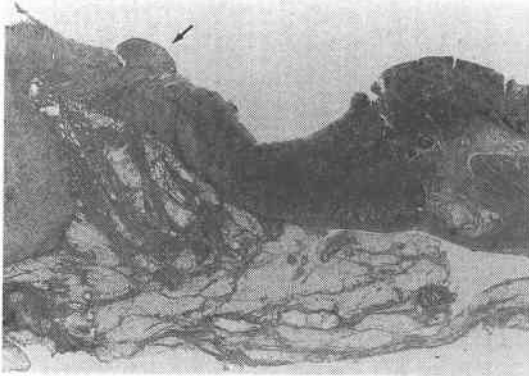


図3 症例6の病理組織像(癌巣部, ×100)

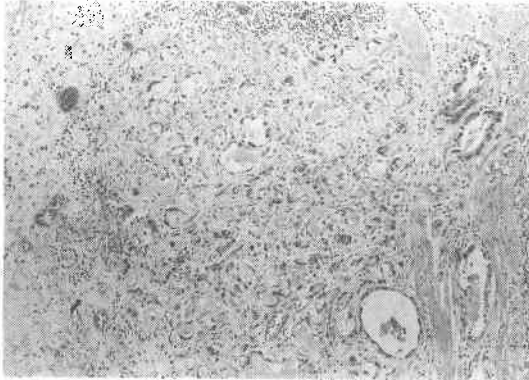
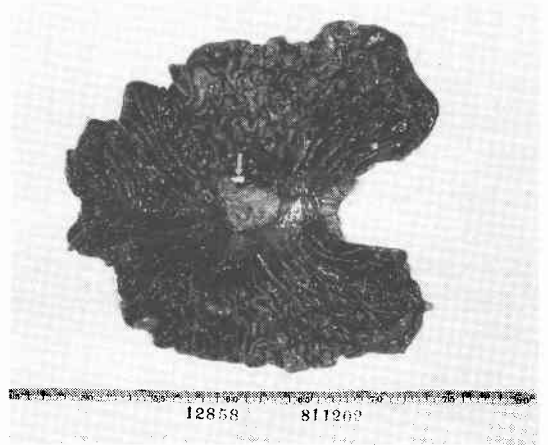


図4 症例7の切除標本(粘膜面)。矢印の部分が穿孔部に相当する。



現, 近医にて IIc 型早期胃癌と診断された。手術を勧められたが拒否, 代って強力に化学療法 (MMC 4mg, 5 FU 250mg, Cycrophosphamide 20mg, Urokinase 13,000U, OK432 0.5K.E., 以上を9回施行, さらに FT-E 800mg 連日18日間投与) をおこなった。同年11月16日, 下血の出現を機会に手術を承諾したため, 11月27日当科に紹介入院となった。

入院時現症: 体重51.5kg, 身長157.7cm. 血圧160~80mmHg, 脈拍76/分整。打聴診にて心肺に異常所見なし。

検査成績: 赤沈中等度亢進。高度の貧血あり。白血球増多症もみられ, 低蛋白血症を呈していた (表2)。

胃透視像では食道胃接合部直下より胃体下部小弯に深い陥凹と周堤部もつ Borrmann 3型胃癌と診断した。しかし, 突然夜間排便中, 上腹部の激痛出現, 腹

たが, 1年5ヵ月後に腹膜型再発で死亡した。

症例7: 幸○伊○郎, 71歳, 男。

家族歴, 既往歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 昭和57年9月ごろより空腹時心窩部痛出

図5 症例7の穿孔部位のルーベ像。線に囲まれた部分が癌組織で, 矢印の部分が穿孔部に相当する。

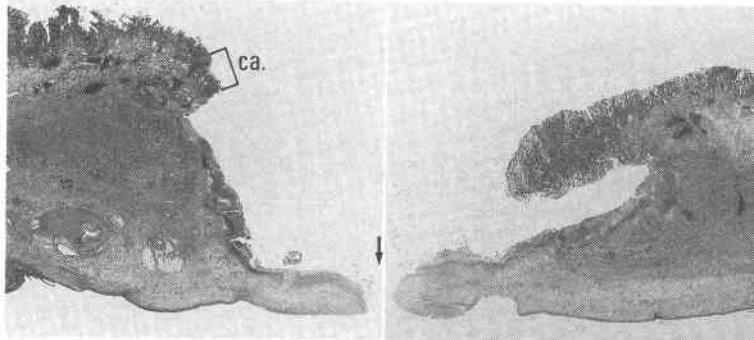
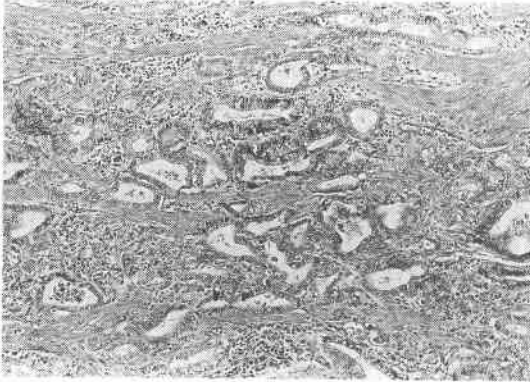


図6 症例7の病理組織像(癌巣部, ×100)



部単純X線にて遊離ガス像が証明され、緊急手術を施行した。

手術所見：病巣はM領域小弯に存在し、大きさ4.5×4.0cmの陥凹型早期胃癌で、穿孔口は陥凹底の前壁寄りに存在し、径約1cmであった。周囲に出血壊死巣はなく、辺縁もおおむね滑らかであった。しかし、肛門側辺縁の一部にわずかながら蚕蝕所見認め、III+IIc型早期胃癌と診断した(図4)。

組織所見：潰瘍底は紙のように薄い結合織よりなり、癌細胞は粘膜下層まで散在性に存在した(図5)。穿孔部には癌細胞は証明されず、癌化学療法の効果がかがわれた。組織型は管状腺癌でsm, INFβ, ly₃, v₀であった(図6)。

術後経過：腹腔内にMMC 20mg 撒布し、術後早期にTegafur 600mg, PSK 3.0g 連日投与していたが、術後2年8カ月後に腹膜炎再発で死亡した。

考 察

教室で経験した7例は表1に示す通りで、症例1, 2, 4は教室の秋元ら²⁾がすでに報告しているが、これらがすべて直死であったのに対し、今回の症例は手術を積極的にすすめたこともあり、予後は著しく改善されている。自験例7例と文献的に渉猟しえた181例を加え本疾患の臨床的検討をおこなった。

本疾患の発生頻度は本邦で0.15¹⁾~2.89⁵⁾%とされ、教室の0.6%とほぼ一致した。

術前、胃癌穿孔と診断されたものは168例中47例(28%)のみで、これは十分な検査を施行しえず、緊急手術をするため、教室でも7例中4例で胃潰瘍穿孔が疑われた。

穿孔誘因の記載されているものは187例中53例(28%)で、そのうち28例(15%)がX線、内視鏡検査時に発生しており、次いで体動、仕事中、飲酒の順になっている。自験例では飲酒後の転倒、排便、嘔吐、手術などが穿孔の誘因となっている。

手術術式は98例に記載があり、一次的に根治術を施行したのが67例(68%)、穿孔部の縫合閉鎖術または大網充填術をおこなった後、二期的に根治手術を施行したのが22例(28%)、単開腹のみが9例(9%)であった。

胃癌穿孔症例の予後は、進行した胃癌が多く、一般に不良である。最近、前田ら⁴⁾は78例の検討から切除例でも手術死亡が9例、1年以内の死亡が18例であり、非手術例では6カ月以内にほぼ全例が死亡していると報告している。自験例では初期の4例は手術死亡で、後期の3例はそれぞれ4カ月、1年5カ月、2年8カ月後に死亡している。初期に比べ後期の予後の改善は、積極的切除と栄養管理によるものと考えられているが、全例3年以内に死亡しており、その予後はやはり不良と考えざるをえない。

おわりに

胃癌穿孔は比較的稀な合併症である。6例が進行癌、1例がIII+IIc型早期胃癌でまれな症例と思われた。治療にあたっては常に本症を念頭におき、消化性潰瘍穿孔と十分に鑑別すべきである。胃癌穿孔では全身状態も考慮しながら、治癒切除をめざし、積極的に手術をおこなうべきと考えるがその予後はおおむね不良である。

文 献

- 1) 西 満正, 菅野 武, 霞富士夫ほか：胃癌の穿孔。胃と腸 6: 437-443, 1971
- 2) 秋元光博, 伊藤隆夫, 田中隆夫：胃癌穿孔の3例。外科 35: 992-996, 1977
- 3) 鈴木康紀, 土田 博, 山形尚正ほか：胃癌の穿孔。医療 31: 113-118, 1977
- 4) 前田 守, 島津久明, 小堀陽一郎ほか：胃癌穿孔症例の検討—自験6例の報告と本邦文献上報告例の分析—。日臨外医学会誌 42: 647-654, 1981
- 5) 間野清志, 片岡和男, 山口迪哉ほか：胃癌穿孔について。外科 26: 756-762, 1964
- 6) 胃癌研究会編：胃癌取扱い規約。改定第11版。東京、金原出版, 1985