

有茎性胃外発育型神経鞘腫の1例

愛知県がんセンター消化器外科部

澤田 傑 森本 剛史 小寺 泰弘 鳥井 彰人
上坂 克彦 平井 孝 安井 健三 山村 義孝
加藤 知行 紀藤 毅

症例は67歳の女性。1993年12月脂肪肝の経過観察を目的に施行した腹部超音波検査および腹部CT検査で、胃と肝臓の間に径約4cmの腫瘍を認めた。血管造影で左胃動脈より栄養されていることから、胃外発育型の平滑筋腫と診断し1994年5月13日手術を施行した。腫瘍は胃体上部小彎より出る径約4cmの有茎性胃外発育型腫瘍であった。悪性の可能性も否定できず胃壁全層径3cmの楔状切除と周囲のリンパ節郭清を施行した。腫瘍は組織学的に免疫染色法等より神経鞘腫と診断された。有茎性の胃外発育型神経鞘腫は本邦で3例目でありきわめてまれであった。3例の特徴は非有茎性の胃神経鞘腫と比較して差はなく、切除前に他の胃粘膜下腫瘍との鑑別や良悪性の診断は困難であった。有茎性胃神経鞘腫の治療方法に一定した見解はないが、本症例は手術結果から胃楔状切除が適切と思われた。

Key words: pedunculated, exogastric, neurilemmoma

はじめに

われわれは有茎性胃外性に発育した胃壁由来の神経鞘腫を経験した。有茎性に発育した症例はきわめてまれであり、有茎性胃外発育型神経鞘腫の特徴について若干の考察を含めて報告する。

症 例

患者：67歳、女性

主訴：胃部不快感

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：44歳時、子宮筋腫にて手術。65歳時から胃潰瘍と脂肪肝にて内服治療中。

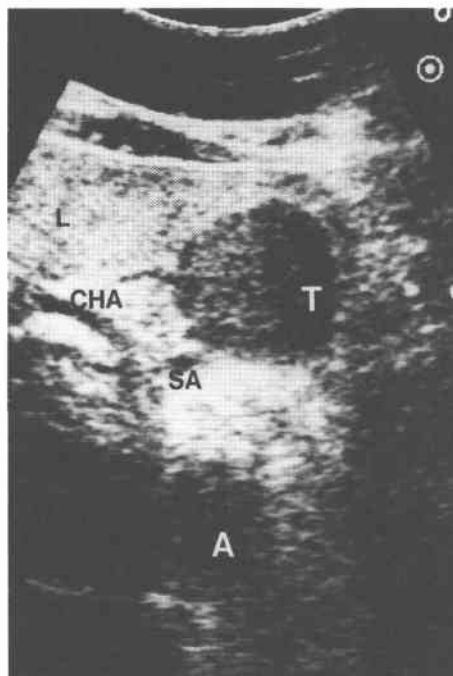
現病歴：1993年12月、胃潰瘍と脂肪肝の経過観察中に施行された腹部超音波検査(以下、USと略記)と腹部computed tomography(以下、CTと略記)検査で胃と肝臓の間に径約4cmの腫瘍性病変と胆石を指摘され、精査および手術目的にて1994年3月22日入院した。

現症：体格、軽度肥満。栄養良。結膜に貧血、黄疸を認めず。腹部は平坦軟で子宮筋腫の手術痕以外には異常所見を認めず。

末梢血および血液生化学検査所見：軽度の肝機能低下と高脂血症を認めた。内分泌機能検査等に異常を認

Fig. 1 Ultrasonography showed a solitary solid lesion with a clear borderline between the liver and the pancreas.

T: tumor, L: liver, A: aorta, CHA: common hepatic artery, SA: splenic artery



<1996年3月6日受理>別刷請求先：澤田 傑
〒464 名古屋市千種区鹿子殿1-1 愛知県がんセンター消化器外科部

Fig. 2 Computed tomography scan showed the tumor (T) was located between the lesser curvature of stomach (S) and the left lobe of the liver, A stone (arrow) was located in the gallbladder.

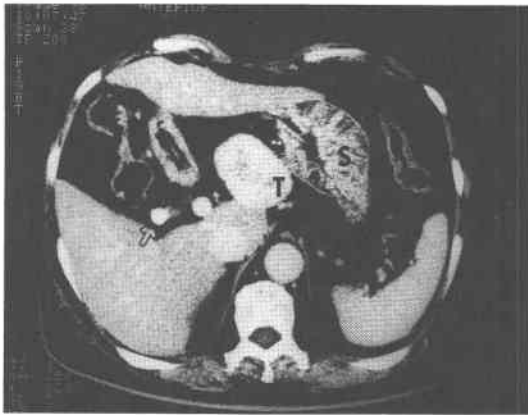
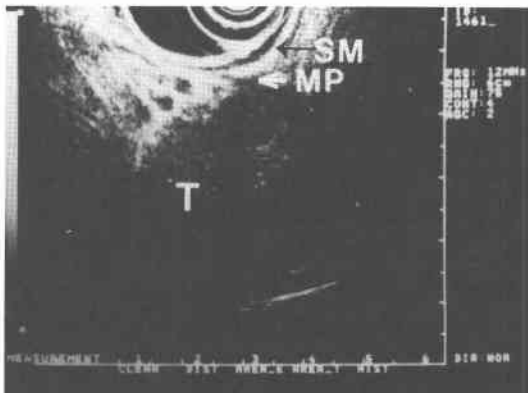


Fig. 3 Endoscopic ultrasonography showed hypoechoic and relatively homogeneous tumor (T) in the 4th layer (MP). SM: submucosal layer (the 3rd layer) MP: muscularis propria (the 4th layer)



めなかった。

腹部 US 検査所見：肝外側区域下面と臍体部前面の間に4×3cmの辺縁整、内部エコー均一な腫瘍性病変を認めた。また胆嚢内に acoustic shadow を伴った径1cm弱の strong エコーを認めた (Fig. 1)。

腹部 CT 検査所見：肝外側区域背側下方と胃小彎の間に4.5×3.3cmの辺縁整で内部均一な孤立性腫瘍を認めた。また、胆嚢頸部には径7mmの high density な腫瘍を認め、胆石症と診断した (Fig. 2)。

上部消化管造影検査および上部消化管内視鏡検査所見：外部圧迫、胃潰瘍など特記すべき所見はなかった。

上部消化管内視鏡超音波検査所見：胃 MP 層と一部連続する表面平滑、内部エコー均一な35mm大の低

Fig. 4 Selective left gastric angiography demonstrated hypervascular mass (arrow) whose blood flow in supplied by the left gastric artery (LGA).

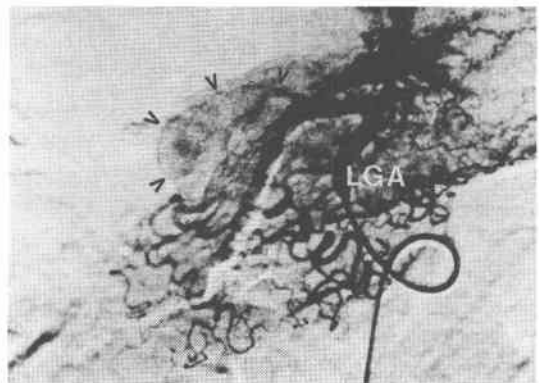


Fig. 5 Operative findings. The tumor was located between the lesser curvature of the gastric upper body and the left lobe of the liver. L: liver, T: Tumor, S: Stomach



エコー腫瘍を胃小彎後壁外に認めた (Fig. 3).

選択的左胃動脈造影検査所見：左胃動脈下行枝の胃体上部小彎への分枝から腫瘍陰影が描出された。分枝動脈の走行はすべてスムーズで浸潤像や途絶など悪性を思わせる所見は認めなかった (Fig. 4).

以上の検査所見より胃外発育型の平滑筋腫および胆石症と診断し1994年5月13日手術を施行した。

手術所見：上腹部正中切開にて開腹すると肝胃間膜下に、径約4cmの卵形腫瘍を認めた。腫瘍は胃小彎後壁と連続し、直径0.5cm長さ0.5cmの茎を有していた。腫瘍周囲のリンパ節の腫脹、周囲臓器への浸潤転移などは認めなかった。胃外発育型有茎性平滑筋腫と診断したが、悪性腫瘍も否定できないため、腫瘍近傍の3番リンパ節郭清を伴う約3cmの胃壁全層楔状切

除を施行した。また胆石症に対しては胆嚢摘出術を施行した (Fig. 5).

切除標本の肉眼所見：切除された腫瘍は4.5×3.5×3.3cmで表面平滑、剖面は黄白色調の内部均一な充実性腫瘍であった (Fig. 6).

病理組織所見：ヘマトキシリン・エオジン染色では観兵様配列をした紡錘形腫瘍細胞の増殖を認め、粘液腫様の所見を伴っており平滑筋由来または神経由来の腫瘍が疑われた。S-100蛋白による染色は陰性であったが、glial fibrillary acidic protein (GFAP) 染色陽性、デスミン、ミオグロビン染色陰性などの免疫染色の結果から良性の神経鞘腫と診断した¹⁾ (Fig. 7).

腫瘍は細い茎によって胃壁の筋層と連続していたが、切除断端に神経鞘腫細胞を認めず、また郭清したリンパ節にも異常所見を認めなかった。

術後経過は良好で1994年6月2日退院し、1995年12月現在、再発の徴候なく経過観察中である。

考 察

胃神経鞘腫は胃壁筋層に存在する Auerbach 神経叢より発生する比較的まれな疾患であり、胃非上皮性良性腫瘍の6.2~7.1%を占めるとされている²⁾³⁾。本邦で報告されている胃神経鞘腫は、川村ら⁴⁾によると1994年3月までで236例である。さらにわれわれの調べた範囲では1995年7月まで自験例を含めて238例である。

胃神経鞘腫は40~60歳の女性に多く、出血、腹部腫瘍が主症状とされている⁵⁾。潰瘍を形成する症例では出血、腹痛などの症状を呈することもある。また、急性腹症として緊急手術が施行された症例もある⁶⁾。

しかし、中には本症例のように無症状に経過し、偶然CTやUSにて発見されることがある⁵⁾。また腫瘍

Fig. 6 Macroscopic findings of the resected specimen.

A: A cut surface of the resected specimen presented a white and yellow solid tumor. B: The smooth surfaced tumor with a peduncle (0.5×0.5 cm, P) was oval in shape, measuring 4.5×3.5×3.3cm.

S: stomach wall

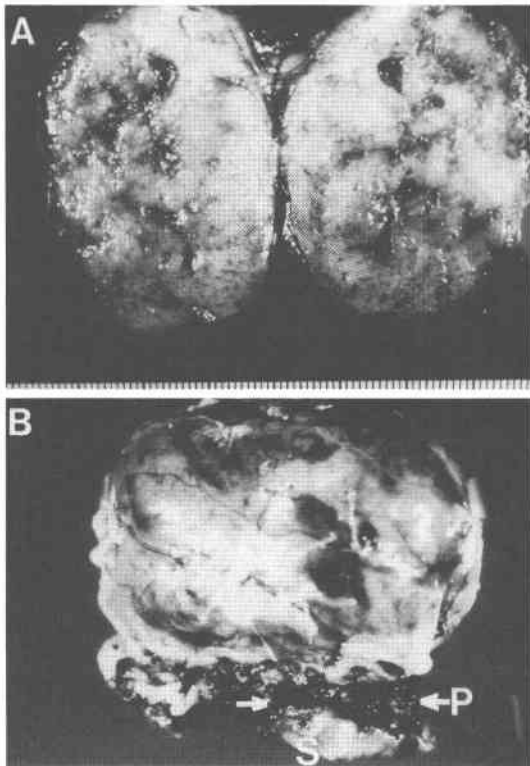


Fig. 7 Microphotographs showed palisade of spindle cells. (GFAP stain×150)

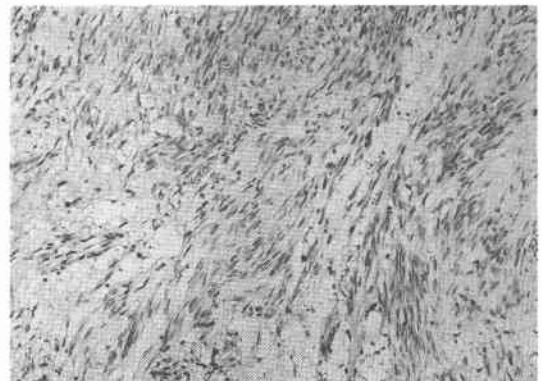


Table 1 3 cases of pedunculated exogastric neurilemmoma (all cases in Japan)

Reference (year)	Motojima (1973)	Yoshitake (1986)	Our case (1996)
age(y.o.)	38	63	67
sex	Male	Female	Female
chief complaint	bleeding, mass	epigastralgia	not particular
maximum size(cm)	26	8	4.5
operation	subtotal gastrectomy	unknown	wedge resection

の発育が緩徐で無症状のため6年4カ月間経過観察されていた症例もあるなど、胃神経鞘腫に特徴的な症状はない⁷⁾。腫瘍の大きさは1cmから25cm以上のものまでであるが、3~5cmのものが最も多いとされている⁹⁾。胃神経鞘腫の発育形式としては、内胃型、混合型、胃壁内型に分類すると内胃型が57%と最も多く、外胃型は次で29%と報告されている⁹⁾。本症例は外胃型に分類されるが、有茎性発育をしている。有茎性発育の報告例はきわめて珍しく、文献上検索しえた本島ら⁸⁾の1例、吉武ら⁹⁾の1例のほか自験例を併せて3例のみであった。

自験例を含めた有茎性胃外発育型神経鞘腫3例の特徴をまとめてみた。年齢は38~67歳、男性1例、女性2例であった。主訴は本島らの1例は腹部腫瘤と出血、吉武らの1例は左季肋部圧迫感、自験例は無症状であった(主訴にあった胃部不快感は胃潰瘍によるものと判断している)。最大腫瘍径は4.5~26cm(平均12.8cm)であった⁵⁾⁶⁾(Table 1)。胃神経鞘腫は他の粘膜下腫瘍、特に筋原性腫瘍との鑑別が困難で、画像検査、肉眼所見においても他の粘膜下腫瘍と区別できる特徴はない。さらに神経鞘腫には4.8~10%の頻度で悪性例があり、本邦で報告されている悪性神経鞘腫は22例とされている¹⁰⁾。肉眼形態的に悪性神経鞘腫に特徴的なものはなく、良悪性を画像検査、肉眼所見にて鑑別することも困難であり、最終的には病理組織診断に頼らざるをえない³⁾。

有茎性胃外発育型腫瘍においても同様であり、有茎性胃神経鞘腫の3例はいずれも良性であったが、切除前に他の粘膜下腫瘍や良悪性の鑑別がつかず病理組織学的検索で初めて正確に診断された⁸⁾⁹⁾。したがって、胃神経鞘腫の治療方針についても一定した見解はない。

有茎性胃外発育型神経鞘腫の3例のうち、本島らの1例は腫瘍径が26cmと大きく潰瘍形成を認めたと

め、胃亜全摘術を施行しているが、吉武らの1例には治療方法などの記載がない。我々の症例には、術前検査では完全には悪性を否定できなかったが①腫瘍径4cm、茎の直径0.5cm長さ0.5cmと比較的小さく、②潰瘍形成を認めなかった、③転移浸潤などの悪性所見を認めなかったことから胃楔状切除を行った。結果は良性であり、リンパ節転移も認めなかったことからこの術式が適切であったと考えている。

文 献

- 1) 遠城寺宗知：組織レベルで検出できる腫瘍マーカー。石川栄世、牛島 有、遠城寺宗知ほか編。外科病理学。文光堂、東京、1990、p1217-1229
- 2) Melvin WS, Wilkingson MG: Gastric schwannoma; Clinical and pathologic considerations. Am Surg 59: 293-296, 1993
- 3) 小林国力、村田宣夫、南 智仁ほか：胃神経鞘腫の3例。日消外会誌 20: 792-795, 1985
- 4) 川村弘之、片岡 誠、桑原義之ほか：胃神経鞘腫の2例。日臨外医会誌 55: 2037-2041, 1994
- 5) 植田史朗、村尾佳則、中村達也ほか：腫瘍圧迫により腸閉塞を呈した巨大胃神経鞘腫の1例。日臨外医会誌 55: 2571-2575, 1994
- 6) Nussinson E, Vigder L, Kaveh Z et al: Exogastric neurilemmoma presenting as acute abdomen: Role of computed tomography in diagnosis. Gastrointest Radiol 13: 306-308, 1988
- 7) 小林文徳、佐田 博、車谷英美ほか：6年4カ月間の経過中に著名な発育を示した胃神経鞘腫の1例。Gastroenterol Endosc 34: 2322-2331, 1992
- 8) 本島悌司、鍋谷欣市、花岡建夫ほか：胃外性発育を呈した巨大胃神経鞘腫の1例。日消外会誌 7: 616-620, 1974
- 9) 吉武典昭、江川正一、坂辻喜久一ほか：胃外性有茎性胃神経鞘腫の1切除例。日消病会誌 83: 1599, 1986
- 10) 佐々木茂、矢花 剛、阿部 敬ほか：胃悪性神経鞘腫の1例。日消病会誌 91: 322-327, 1994

A Case Report of Pedunculated Exogastric Neurilemmoma

Suguru Sawada, Takeshi Morimoto, Yasuhiro Koderu, Akihito Torii,
Takashi Hirai, Kenzou Yasui, Yoshitaka Yamamura,
Tomoyuki Katoh and Tsuyoshi Kitoh
Department of Gastroenterological Surgery, Aichi Cancer Center

A 67-year-old female was admitted for investigation of liver dysfunction. Abdominal ultrasound examination and computed tomography revealed a solid tumor of approximately 4 cm in diameter between the stomach and the liver. Selective celiac angiography revealed a hypervascular mass whose blood flow was supplied by the left gastric artery. An operation was performed in May 1994 under the diagnosis of an exogastric leiomyoma. At laparotomy a pedunculated exogastric tumor was found arising from the lesser curvature of the gastric upper body as a 0.5 cm pedunculus. A wedge resection was performed. Microscopically, hematoxylin-eosin stained sections showed that the tumor consisted of spindle cells arranged in a palisade and the tumor was diagnosed as a neurilemmoma because glial fibrillary acidic protein staining was positive in the tumor cells. According to the literature, only 3 cases of pedunculated exogastric neurilemmoma including ours have been reported in Japan (1974-1995). An exogastric pedunculated configuration is rare. No particular difference was found between these cases and non-pedunculated neurilemmoma. Histopathological diagnosis was reported to be rarely obtained prior to the resection. Wedge resection of the stomach turned out to be adequate therapy for our patient, although a standard treatment regimen for this rare disease has not been established to date.

Reprint requests: Suguru Sawada Department of Gastroenterological Surgery, Aichi Cancer Center
1-1 Kanokoden, Chikusaku, Nagoya, 464 JAPAN
