症例報告

肝原発扁平上皮癌の1例

渓和会江別病院外科,北海道大学医学部第2病理*

 仲
 昌彦
 中村
 貴久
 大森
 一吉

 南田
 猛
 品田
 佳秀
 渡辺
 佳明*

肝原発扁平上皮癌の1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73歳の男性.糖尿病・高血圧で当院通院中,上腹部痛にて胃内視鏡検査施行し,胃粘膜下腫瘍を認め精査目的に入院した.理学所見,血液検査では特記すべき異常は認められなかった.胃内視鏡検査時の生検結果はグループIであった.CTでは肝外側区と胃小弯前壁間に直径7cmの不整形の腫瘤を認め,また,下大静脈欠損も認めた.血管造影検査では左胃動脈・短胃動脈・後胃動脈より腫瘍血管が認められた.以上より胃粘膜下腫瘍+肝浸潤の診断で胃全摘+肝外側区部分切除術を行った.病理組織学的には肝扁平上皮癌であった.今回,肝原発を積極的に示唆する扁平上皮化生は見られなかったが,術後,転移性肝癌の可能性も考慮し全身検索を行い,他に原発巣となりうる病変が認められなかったことより,肝原発扁平上皮癌と診断した.

Key words: hepatic squamous cell carcinoma, absence of inferior vena cava

はじめに

扁平上皮癌は肝原発悪性腫瘍の中で,極めてまれである^{1)-5)ア)-11)}.今回,我々は下大静脈欠損が併存した肝原発扁平上皮癌の1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

患者:73歳,男性 主訴:上腹部痛

既往歴:23歳時肺結核,平成8年より糖尿病・高血 圧で当院外来通院中であった.

家族歴:父 大腸癌,母 上顎癌,7人兄弟で妹が 乳癌,弟が大腸癌・肝癌・膵癌(異時).

現病歴:糖尿病・高血圧で当院通院中,上腹部痛を訴え,胃内視鏡検査を施行した.胃粘膜下腫瘍が認められ,悪心・嘔吐を伴うようになり精査目的に入院した.

理学所見:特記すべき異常所見は認められなかった.

血液生化学検査:腫瘍マーカーを含め異常は認められなかった。

胃内視鏡検査では,胃体上部に中心性潰瘍を伴う隆

< 1998年10月14日受理 > 別刷請求先: 仲 昌彦 〒060 8638 札幌市北区北15条西7 北海道大学医学 部1外科 起性病変が認められた . 生検の結果はグループ I であった (Fig. 1).

超音波内視鏡検査では、腫瘤は内部不均一で、sm層は腫瘤により非薄、途絶していた(Fig. 2).

腹部 CT 検査では,肝外側区と胃小弯側間に直径7 cm 程の腫瘤が認められ,胃壁との境界は不明瞭であった.また,下大静脈が認められず,奇静脈と思われる太い脈管が認められた.肝静脈に関しては,CT 検査では直接右房へ連なっている像が認められた(Fig. 3).

血管造影検査では,腫瘍血管は左胃動脈・短胃動脈・後胃動脈から出ており,左肝動脈からは腫瘍血管は認められなかった(Fig. 4).

静脈造影検査では,大腿静脈より造影剤を注入し, それが奇静脈を介して上大静脈へ流入している像が認 められた(Fig. 5).

以上より,胃平滑筋肉腫肝外側区浸潤の診断で,胃 全摘・肝外側区部分切除術を予定した.

手術所見:上腹部正中切開で開腹した.腫瘍は胃体上部小弯側に主座を置き,肝外側区へ直接浸潤しているように認められた.胃全体の可動性良好,他に肝内の腫瘍のないこと,また,主要な脈管処理が可能であることを確認し,胃全摘+肝外側区部分切除術を施行した.また,術前肝静脈と奇静脈の関係が明らかでな

Fig. 1 Gastrointestinal fiberscopy showed a gastric submucosal tumor at upper gastric body

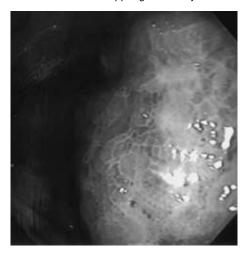


Fig. 2 EUS showed a gastric submucosal tumor.

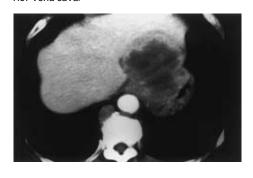


く,肝臓に関しては部分切除を予定しており,術中リンパ節検索するも転移性のものが認められなかったことより,奇静脈を含めて,肝臓からの drainage vein の損傷を避けるためにも,大動脈周囲のリンパ節検索・郭清といった後腹膜操作は行わなかった.

切除標本所見:肝浸潤部の割面で見ると,外側区に 8×7×5cm 大の境界明瞭,中心部に軽度の壊死を伴う 灰白色の結節状腫瘍が認められ,胃壁とは連続していた.胃内腔面より見ると,胃体上部・小弯側を中心に,7×7×5cm の隆起性病変が認められ,中心部に潰瘍を伴っていた.胃粘膜面には露出しておらず,粘膜下腫瘍の形態であった(Fig.6).

病理組織像:核の大小不同・N/C比の増大を伴う細胞が,索状・塊状に増殖しつつ,胃の筋層まで達し

Fig. 3 CT showed a tumor about 7cm in diameter between liver and stomach, and absence of the inferior yena cava.



ており,角化・壊死像を認めた.病理診断は肝扁平上 皮癌,胃浸潤(粘膜層深部)であった(Fig. 7).

手術後,転移性肝癌の可能性も考慮し全身検索を行ったが,異常病変は認められなかった.他に原発巣となりうる病変が認められなかったことより,肝原発扁平上皮癌と診断した.

転帰: 術後経過は良好で,5Fu・CDDPによる adjuvant chemotherapy 後退院した.外来で経過観察中,食欲低下・全身痛出現し,術後90病日目に再度当科入院となった.再入院時腫瘍マーカーは,CEA:1.6ng/ml,SCC:1.0ng/ml.再入院時のCTで肝切離断端に再発像および,再建空腸浸潤を確認.肝膿瘍を併発し,術後138病日に永眠となった.

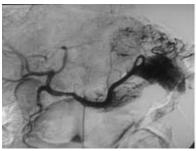
老 窓

肝原発扁平上皮癌は非常にまれで、自験例を含め国内外あわせて23例の報告が見られるにすぎない・特徴として、男女比は17:6と男性に圧倒的に多いが、年齢・臨床症状に特異なものは見られない・血液生化学検査でも特別なものは見られず、腫瘍マーカーに関しては、CEA¹)²)、CA19-9²)³)の上昇が見られた例もある。自験例においては手術前後・再入院時腫瘍マーカー(CEA、SCCAg、AFP、CA19-9)は陰性であった・再入院後(94病日)のCTで肝内再発確認後4週間後の腫瘍マーカー検査でCEA:49ng/mlと上昇が見られ、その後も上昇を続けた・

各種画像診断において肝扁平上皮癌の術前診断は極めて困難である.超音波検査に関して報告しているものもあるが⁴⁾,十分とは言えない.また,巨大な多房性嚢胞の形態をとり,穿刺ドレナージ・細胞診を施行し,扁平上皮癌と術前診断できた例も報告されている⁵⁾.今回術前診断で,我々が胃平滑筋肉腫肝浸潤と診断し

1999年1月 29(29)

Fig. 4 Angiograpy showed a hypervascular tumor and the blood flow from the left gastric artery and the short gastric artery



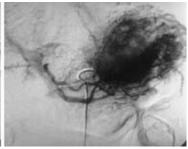


Fig. 5 Venography showed a azygos vein



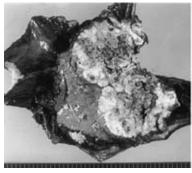


た最大の根拠は血管造影の所見であった.CT 検査では胃原発か肝原発かは明瞭ではなく,胃内視鏡検査・超音波内視鏡検査の所見と,血管造影検査の所見から胃粘膜下腫瘍と診断した.さらに良性・悪性の鑑別に関して,肝転移のある場合・周囲への浸潤が強い場合には悪性が強く疑われる。ことより胃平滑筋肉腫肝浸潤と診断した.組織学的には胃原発ではなく,肝扁平

上皮癌であった 次に 肝原発か転移性かが問題になった.今回 , 肝原発を積極的に示唆する扁平上皮化生^{7,80} は認められなかったが , 皮膚・外生殖器 , 内視鏡検査により咽頭・喉頭・食道 , CT 検査により頸部臓器・肺 , 縦隔・腹部臓器 , 術前には下部消化管内視鏡検査により大腸も検索したものの , 他に原発巣となりうる病変が認められなかったため肝原発と診断した. Nakajima ら⁸⁰は肝内胆管癌の11.8%の割合で部分的に扁平上皮成分を有していたと報告している.この統計学的数値を見ても , 肝扁平上皮癌と診断された時 , 他に原発巣になりうる病変が認められなければ , 肝原発と考えて良いのではないかと思われる.同様な意見を万代⁸⁰らも述べている.

成因としては,報告例^{1)-5,7,8,70,70,12}から考察すると,肝内嚢胞壁上皮からの発生,肝内胆管上皮細胞の扁平上皮化生からの発生に分けられる.これら以外には,胆管腺癌の扁平上皮癌への変化,また,奇形腫,肝内結石,胆管炎の関与も報告されている⁸⁾.石川ら¹⁰は,肝内嚢胞や上記併存症はなく,肝内扁平上皮化生も認められていないが,胆管上皮からの発生ではないかと推

Fig. 6 Macroscopic findings showed a invasive liver tumor and gastric submucosal tumor



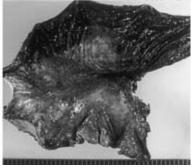
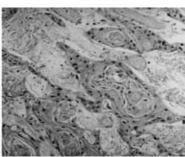


Fig. 7 Microscopic findings showed that a liver tumor invaded to mucosa of the stomach (left: H-E stain, ×4). Microscopic findings showed keratinization and necrosis in the tumor (right: H-E stain, ×400)





論している.また,純粋な扁平上皮癌の場合は胆管上 皮の扁平上皮化生からの発生が考えやすいと述べてい るものもある3).一方, Araseら11)は肝内胆管の扁平上 皮化生の出現率の少なさから、それから扁平上皮癌へ 発展するという仮説には疑問を投げかけており、肝細 胞や肝内胆管細胞からの de novo 発生の可能性を述べ ている.同様な主張は岡田ら2年述べている.田中ら12) は今回の症例のように,腫瘍血管が主に左胃動脈に支 配されている腺棘細胞癌の症例を経験し、その血行動 態から、肝に迷入した胃組織より発生した可能性があ ると報告している.我々の経験した症例に関しては, 肝内嚢胞はなく,上記のような併存症もなく,組織検 査において扁平上皮化生が認められていない.しかし, 胃への浸潤を考慮すると,かなり進行したものであり, 発生過程で見られる扁平上皮化生が認められなくとも 矛盾はないと思われる、これらのことから、肝内胆管 上皮細胞の扁平上皮化生からの発生や de novo 発生な どが考えられる.また,血行動態を考慮すると,肝に 迷入した胃組織からの発生の可能性も否定できない.

下大静脈欠損に関しては,一般的には腎静脈以下の静脈は拡張した上行腰静脈に流入し,奇静脈を介して上大静脈に流入,肝静脈は単独で右房に連なる.今回の症例に関しては,術中,後腹膜操作をしていないため肉眼的には確認していないが,CT 検査と静脈造影検査より,奇静脈を介して上大静脈に流入し,肝静脈が単独で直接右房へ連なっていると思われる像が認められた.肝静脈に関しては MRI 検査でも同様な所見が認められた.また,文献的に肝癌との関係を報告しているものはなかった.

文 献

1) 浜家一雄,能勢聡一郎:57歳女性に見られた肝の

- 扁平上皮癌,転移性か?.岡山済生会病誌 23: 157 159,1991
- 2) 岡田守弘,神坂和明,寺田光宏ほか: HCV 抗体陽性肝硬変に合併した肝原発扁平上皮癌の1例.肝臓 37:659 664,1996
- 3) 万代光一,森脇昭介,土井原博義ほか:肝原発の腺 扁平上皮癌と扁平上皮癌・癌の臨 12:1439 1447,1989
- 4) 今井英夫 堀口祐爾 ,北野 徹ほか:原発性肝扁平 上皮癌の1例. Jpn J Med Ultrsonics 14:70 74, 1987
- 5) 我妻美久 熊沢健一 ,芳賀駿介ほか:嚢胞様形態を とった肝原発扁平上皮癌の1例.東京女医大誌 11:1419 1423,1993
- 6)高橋睦正:消化管疾患の血管造影.腹部血管造影 の実際と読影.金原出版,東京,1976,p164
- 7) 安原高士,中田憲一,三亀 宏ほか:原発性肝内扁平上皮癌の1剖検例.市田文弘,佐々木博編.示唆にとむ肝疾患53例.中外医学社,東京,1977,P
- Song E, Kew MC, Grieve T et al: Primary squamous cellcarcinoma of the liveroccuring in association with hepatolithiasis. Cancer 53: 542 546, 1948
- Nakajima T, Kondo Y: A clinicopathological study of intrahepatic cholangiocarcinoma containing a conponent of squamous cell carcinoma. Cancer 65: 1401 1404, 1990
- 10) 石川信也, 菊池友允, 芳賀駿介ほか: 乳癌に重複した肝原発扁平上皮癌の1例. 日臨外医会誌 41: 1197 1199, 1986
- 11) Arase Y, Endo Y, Hara M et al: Hepatic squqmous cell carcinoma with hypercalcemia in liver carrhosis. Acta Pathol Jpn 38: 643 650, 1988
- 12) 田中正博, 中村健吉, 高島澄夫ほか: 肝原発 adenoacanthoma の1例. 日医放線会誌 42:409 410, 1982

1999年1月 31(31)

A Case of Primary Hepatic Squamous Cell Carcinoma

Masahiko Naka, Takahisa Nakamura, Kazuyosi Omori, Takesi Minamida Yosihide Sinada and Yoshiaki Watanabe* Department of Surgery, Keiwakai Ebetu Hospital. *Second Department Pathology, Hokkaido University School of Medicine,

We presented one patient who had primary hepatic squamous cell carcinoma. A 73-year-old man we have followed up for hypertension and diabetes mellitus, complained of epigastralgia. Gastrointestinal fiberscopy was performed, and a submucosal tumor was found. Biopsy revealed group 1. CT showed a tumor about 7cm in diameter between the lateral segment of the liver and the lesser curvature side of the stomach, and absence of the inferior vena cava. Angiograpy showed a hypervascular mass whose blood flow was supplied by the left gastric artery, the short gastric artery and the postgastric artery. We diagnosed as a gastric submucosal tumor and invasion to the liver. So we performed totalgastrectomy and partial lobectomy of the liver. The pathological finding was liver squamous cell carcinoma with invasion to the stomach. After the operation we suspected a metastatic cancer of the liver and examined his entire body, but we did not find another abnormal region. We did not find squamous metaplasia of the intrahepatic bile duct which was responsible for the development of the hepatic squamous cell carcinoma, but we diagnosed a primary hepatic squamous cell carcinoma because we did not find other primary region.

Reprint requests: Masahiko Naka First Department of Surgery, Hokkaido University School of Medicine Kita 15 Nisi 7. Kita-ku, Sapporo, 060-8638 JAPAN