

腸間膜腫瘍

国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科長

加藤 友康

(聞き手 池田志孝)

腸間膜腫瘍についてご教示ください。

53歳女性、子宮頸癌術後管理でCT検査を施行され、腸間膜腫瘍を指摘されています。造影剤アレルギーがあります。良性・悪性の鑑別、手術の適応など、今後の検査および治療方針についてご教示ください。

<広島県開業医>

池田 本日の質問の症例は、たまたま子宮頸がん術後管理でCTを施行されて腸間膜腫瘍が指摘されたということですが、通常はどのような症状で見つかるのでしょうか。

加藤 この場合はおそらく無症状で見つかっていると思います。通常、腸閉塞ではないですけれども、便秘がちだとか、時々腹痛が来るとか、消化管の通過障害がないかということで、子宮頸がんの術後ですから、癒着性イレウスが疑われCTを撮ることがあります。通常は腸間膜腫瘍の症状はあまりないかと思うのですが、ある程度大きくなると消化管の通過障害が出てきて、検査をしてみたら腸間膜腫瘍が見つかることがあります。

池田 ある程度大きくなる、あるいは炎症を起こしたり、詰まったりしないと、なかなか見つからないのですね。

加藤 腸間膜の腫瘍が2cmぐらいあっても全然症状は出てこないです。べたっと腸間膜同士で折り畳まれるように癒着してくると小腸の動きが制限されて、腸閉塞症状、sub ileusとか垂イレウスとかいう状態になります。

池田 例えば、それがもっと進むと腹膜炎などにもなるのでしょうか。

加藤 そうですね。炎症もかぶってきますし、消化管の通過障害でどんどん狭窄が強くなってきて、例えば嘔吐が始まるとか、腹痛、胆汁を含んだ嘔吐が始まってくると、何かしら腸閉塞症状が起きているだろうというサイン

がみられます。

池田 CT、造影CTで、たまたまこの方は腸間膜腫瘍が見つかったということですね。

加藤 そうですね。一般に子宮頸がんの術後管理は婦人科の内診で、腔の奥のところ、子宮頸部を摘出した腔断端を内診します。あと手術前に高かった腫瘍マーカーを測定します。子宮頸がんというと局所再発率がだいたい再発の半分ぐらいと高いので、骨盤内の再発は、そういった検査で見つかるのですが、再発のあと半分は遠隔転移なので、CTで再発のリスクに応じて、5年間経過を見ていきます。例えば低リスクでも2回/5年、中リスクだと3～4回/5年、高リスクですと1回/年とか、そうした頻度でCT検査で見ているのが、今の婦人科がんの経過観察の現況かと思えます。

池田 この検査は必要不可欠ということですが、見つかった腸間膜腫瘍自体が子宮頸がんの転移という可能性はあるのでしょうか。

加藤 可能性としてはあります。先ほど再発のリスクに応じてCTをどのくらいの間隔で撮るかという話をしましたが、再発リスクが高くなると、腹腔内への転移もあります。例えばリンパ節に転移があったり、子宮筋層を越えて子宮の周りの組織までの浸潤が子宮摘出標本で判明すると、再発のリスクが高いということになります。子

表 鑑別すべき疾患名

-
- GIST (Gastrointestinal stromal tumor)
 - solitary fibrous tumor (SFT) 孤立性線維性腫瘍
 - 腹腔内デスマイト腫瘍
 - 卵巣温存の場合、原発／転移卵巣癌
 - 腹膜播種
 - 脂肪肉腫
 - 神経鞘腫
-

宮の漿膜、腹腔内に面しているところですが、そこまでがんが露出していることもあるのです。そういう場合でも私も摘出したことがあって、治っている方ももちろんいます。そういう方たちは腹腔内に病変が露出しているので、腹腔内再発の可能性があります。1年に1回ぐらいCTを撮って経過を見てきた方もいました。

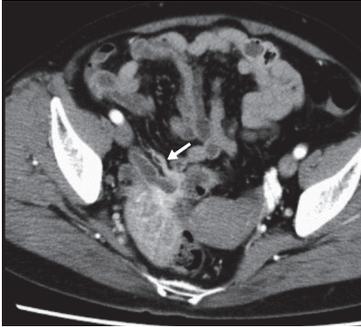
池田 質問は、原発性の腸間膜腫瘍とすると、どんな腫瘍があるのか、ということですが。

加藤 原発性で最近多いのは腸間膜から出てくる消化管間質腫瘍、GISTとよく略されるGastrointestinal stromal tumor、あとは平滑筋肉腫、神経鞘腫、脂肪肉腫 (liposarcoma) と、かなり多岐にわたります。GISTは有名ですが、これもだいたい年間10万人に1人か2人で、GISTも希少がんになります。

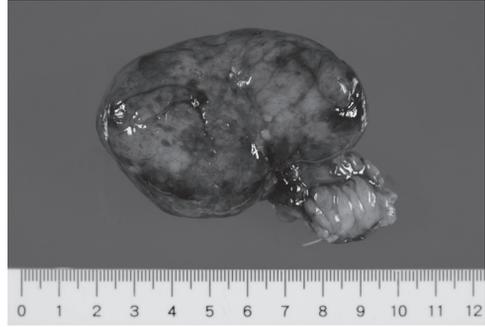
池田 先生がよく診られている希少がんの仲間ですね。

図 GIST (Gastrointestinal stromal tumor) の一例

造影CT 早期に濃染する充実性腫瘍
(矢印は拡張した腸間膜静脈)



摘出標本
(小腸部分切除+腸間膜腫瘍)



加藤 はい。10万人中6人までの発症が希少がんといわれています。

池田 神経鞘腫にしても平滑筋腫にしても、その辺にできるのは非常にまれなような気がしますが。

加藤 かなりまれです。

池田 この方は造影剤アレルギーがあって、なかなか造影CTができないということですが、良性・悪性の鑑別、手術の適応というのはこの場合はどうやって決めるのでしょうか。

加藤 造影のほうが血行動態がわかりますので、より情報が増えます。造影剤アレルギーがありますから、単純CTで見て、はっきりしなければPET-CTですね。造影剤アレルギーの方はPET-CTで精査するとか、もし骨盤内というように場所がわかれば、MRIがあります。CTの造影剤とMRIの造影

剤はまた種類が違うので、MRIでは造影剤を使うこともできます。もちろん単純MRIでもいいですし、最終的には組織検査が必要になります。小開腹して、腸間膜腫瘍の大きさにもよりますが、5 cmくらい下腹部を縦に切開して腹腔内に入って、腸間膜は小腸の間膜ですから、小腸を腹壁外に引きずり出して、腫瘍を探します。いきなり小開腹という場合もありますし、例えば審査腹腔鏡でワンクッションおくという場合もあります。究極的には腸間膜腫瘍を切除して、病理検査で良性・悪性を判断するところになります。

池田 ある程度腫瘍が小さければ先に取ってしまって病理で見てみる。

加藤 そうですね。

池田 造影あるいはMRIとか、それではちょっと判断がつきにくいと思ひ

ますね。

加藤 小腸切除になるので、一般的な消化器外科の先生のところへ紹介されれば、そこで腸管切除します。

池田 腫瘍切除プラス部分消化管切除ということですか。

加藤 腸間膜というのは小腸へ行く血管があるので、腸間膜の腫瘍、腸間膜のところをくりぬくと、それより末梢の小腸のところは血流がなくなるので、色が黒くなってきます。

池田 壊死が起こる。それはちょっと怖いですね。

加藤 壊死が起こるので、その領域のところを部分切除して、小腸と小腸をつないで、腸間膜も穴があかないようにふさぎます。

池田 腸間膜腫瘍で、この方の場合には子宮頸がんの転移も考えられますが、消化器の医師に部分切除、腫瘍切除も兼ねてやっていただいて、その結果を見てまた婦人科に行けばよいですか。

加藤 婦人科にまた戻っていただきます。あと気をつけていただきたいのは卵巣の病変と鑑別できているかどうかです。手術のときに卵巣を取ってい

るか、残しているか。現在53歳で2～3年前に手術を受けたとすると、当時50歳ぐらいですので卵巣も摘出していることが多いのですが、例えば最近は48歳ぐらいでも卵巣を残す場合も聞きます。左右の卵巣を両方切除しているのか、どちらかを残しているのかという問診も大事かと思います。

池田 私にとっては青天の霹靂ですが、やはり見間違ふということですね。

加藤 そうですね。なかなか鑑別が難しいときもありますし、40代ぐらいですと卵巣が超音波で見えるのですが、閉経に近い年齢ですと卵胞も発育していないために、腸管の中に埋もれてしまつて、卵巣なのかどうなのか、なかなか見えないのです。腫大している卵巣はもちろん見えますが、正常大の卵巣は50歳過ぎだと見えてこないのが、卵巣転移が鑑別診断に挙げられます。そうすると婦人科領域になるので、ぜひ卵巣を切除されているか、温存されているか、これは問診でわかりますので、そこもチェックされておくとよいと思います。

池田 ありがとうございます。