

症例報告

胃神経鞘腫の1例

永嶺 彩奈¹⁾、堀 佑太郎¹⁾、渡部 可那子¹⁾、森岡 三智奈¹⁾、岡本 三智夫¹⁾、原田 敦¹⁾、高村 通生²⁾、武田 啓志²⁾、金澤 旭宣¹⁾、橋本 幸直²⁾、徳家 敦夫¹⁾

1) 島根県立中央病院 外科

2) 島根県立中央病院 乳腺科

A case of gastric Schwannoma

Ayana NAGAMINE¹⁾, Yutaro HORI¹⁾, Kanako WATANABE¹⁾, Michina MORIOKA¹⁾, Michio OKAMOTO¹⁾, Atsushi HARADA¹⁾, Michio TAKAMURA²⁾, Hiroshi TAKEDA²⁾, Akiyoshi KANAZAWA¹⁾, Kouji HASHIMOTO²⁾ and Atsuo TOKUKA¹⁾

1) Department of Surgery, Shimane Prefecture Central Hospital

2) Department of Breast Surgery, Shimane Prefecture Central Hospital

概要：

症例は42歳女性。検診の上部消化管内視鏡検査で胃体上部大弯後壁付近に25mm程度の隆起性病変を認め胃粘膜下腫瘍疑いにて当院紹介となった。超音波内視鏡検査では平滑筋層から連続している所見であった。腹部造影CTでは胃体部後壁に壁外に突出する隆起性病変を認め、明らかな遠隔転移はなく胃GIST疑いにて腹腔鏡下胃部分切除術を施行した。病理学的所見は異型に乏しい単調な紡錘形細胞の錯綜増生で構成され、免疫組織化学ではS-100(+), KIT(-), CD34(-), DOG-1(-), Desmin(-), α SMA(-), Ki-67 proliferative index(5-10%)であり良性胃神経鞘腫の診断であった。胃粘膜下腫瘍の多くはGISTであるが、今回我々は比較的稀な胃神経鞘腫を経験したため報告する。

索引用語：

胃神経鞘腫、胃粘膜下腫瘍、免疫組織化学的検討

Key words：

gastric schwannoma , gastric submucosal tumor , immunohistochemistry

【症例】

症例：42歳女性

主訴：自覚症状なし（検診で異常）

現病歴：検診の上部消化管内視鏡検査で胃体上部大弯後壁付近に 25mm 程度の隆起性病変を認め胃粘膜下腫瘍疑いにて当院紹介となった。

既往歴：脂質異常症、帝王切開 3 回

常用薬：ロスバスタチンカルシウム錠 2.5 mg 1×夕食後

現 症：身長 158 cm、体重 59.6 kg、BMI23.8

血液生化学検査：血算、生化学、凝固、腫瘍マーカーに異常は認めなかった。

上部消化管内視鏡：胃体上部大弯後壁よりに 25 mm程度の隆起性病変を認めた（図 1）。

超音波内視鏡（Endoscopic ultrasound: EUS）では 20 mm大の筋層から連続しているように見える腫瘍を認め、腫瘍内部は低エコーでモザイク状を呈し血流は乏しく軽度流入するのみであった（図 2）。

腹部造影 CT：胃体部後壁に前後 23×左右 18×上下 18 mm大の壁外に突出する腫瘍を認め、内部は造影後期相で均一に増強効果を認めた。リンパ節腫大や肝転移は認めなかった。

（図 3A）（図 3B）。

術前診断：GIST を疑い腫瘍径が 25 mm程度であることから GIST 診療ガイドライン¹⁾に沿って治療方針を提示し手術の方針となった。

手術所見：腹腔鏡下胃部分切除術を行った。

摘出標本：16×15mm 大の固有筋層を主座とした管外発育性の黄白色調を示す充実性腫瘍であった（図 4）。

病理診断：腫瘍は異型に乏しく単調な紡錘形細胞の錯綜増生で構成され、壊死は認めなかった。また周囲にリンパ球集簇を伴っていた。免疫組織化学では S-100(+), KIT(-), CD34(-), DOG-1(-), Desmin(-), α SMA(-), Ki-67 -proliferative index(5-10%) であり、核異型や核分裂像は散見されたが一般的に悪性化で認められる S-100 の発現低下はなく良性神経鞘腫と診断した（図 5-9）。

術後経過：合併症は認めず経過良好なため術後 3 日で退院となった。

【考 察】

胃粘膜下腫瘍の多くは gastrointestinal stromal tumor (GIST) が占め、胃壁筋層の Auerbach 神経叢より発生する胃神経鞘腫は比較的稀な疾患であり全胃腫瘍の 0.1-0.2%程度とされる²⁾。臨床症状は腹痛、腹部腫瘍、吐下血の順に多いが³⁾ 近年は本例のように検診により無症状にて発見されることも多くなっている。

胃粘膜下腫瘍の局在診断は EUS にて容易であるが器質的診断は困難とされる。胃神経鞘腫を含め間葉系腫瘍（GIST、平滑筋腫や平滑筋肉腫、神経系原性腫瘍など）はいずれも筋層とほぼ同様の内部エコーを呈し第 4 層（筋層）と連続性をもつ¹⁾。また村田ら⁴⁾ は GIST、筋原性、神経性腫瘍の EUS 所見として形態、発育方向に差はなく、大きさの平均値、内部エコーレベル、内部エコーの不均一性に関して 3 者に有意差はなかったと報告している。

器質的診断方法として超音波内視鏡下穿刺吸引細胞法（Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy : EUS-FNAB）が推奨され、免疫組織化学的検索を組み合わせることにより検体採取率、正診率ともに比較的良好な成績が報告されている⁵⁾。

組織学的には神経鞘腫は黄色調の目立つ割面像を呈し、腫瘍周囲へのリンパ球集簇

（lymphoid cuff）を特徴とする。また多くは細胞の粗密像を示し核の柵状配列（nuclear

palisading) は消化管神経鞘腫では不明瞭なことが多いとされる⁶⁾。免疫染色では神経原性マーカーであるS-100やNSEが陽性で筋原性マーカーである α -SMAやDesminおよびGISTに特徴的なKIT, CD34, DOG-1は陰性である。

病理学的悪性度の頻度は低く4.8-10.0%程度とされ、転移先は肝転移が21.4%と多く次いでリンパ節転移が9.5-10%、腹膜播種が4.8%であり血行性転移優位の傾向がある^{3) 7)}。悪性の判定要素としGregoryらは⁸⁾高倍率10視野に5個(5個/10HPF)以上の核分裂像と腫瘍径が10cm以上を挙げている。また悪性度の進行に伴いS-100が陰性化する報告もある⁹⁾。その他の所見とし悪性例の発育形式は胃内型が44%を占め、腫瘍中心に深い潰瘍形成を有するものが56.4%と特徴的である⁷⁾。

胃神経鞘腫の確立された治療方針は示されていないが、GISTガイドライン¹⁾に準じ腫瘍径に応じて外科的切除がなされた報告が多い。本例は腫瘍径が25mm程度で、術前に潰瘍形成や増大傾向、CTでの壊死・出血や実質の不均一性など悪性を示唆する所見を認めず、術後診断でも良性神経鞘腫であり胃局所切除術は妥当と考えられた。

胃粘膜下腫瘍において胃神経鞘腫の頻度は低いが、時に転移を有するような悪性例もあり鑑別の1つとして念頭におくことも重要である。

【結 語】

今回我々は胃粘膜下腫瘍において比較的稀な胃神経鞘腫を経験したので報告した。

【文 献】

- 1) 日本癌治療学会, 日本胃癌学会, GIST研究会/編: GIST診療ガイドライン(第3版), (金原出版), 2014
- 2) Palmer, E.D: Bening intramural tumors of the stomach: a review with special reference to gross pathology. *Medicine*, 1951; 30:81-181
- 3) 牧野知紀, 平尾素宏, 藤谷和正, 他: 胃神経鞘腫の1例-自験例を含む本邦報告287例の検討-. *日臨外会誌*, 2004; 65(7): 1813-1817
- 4) 村田洋子, 遠藤昭彦, 小熊英俊, 他: 超音波、超音波穿刺細胞診によるGISTの鑑別診断. *胃と腸*, 2001; 36(9): 1157-1162
- 5) 三島利之, 長南明道: 消化管の平滑筋性腫瘍, 神経性腫瘍, GISTの診断と治療 2) 胃・十二指腸. *胃と腸*, 2004; 39(4): 552-559
- 6) 廣田 誠一, 土田 泰昭: 胃がん perspective . 2014; 7(1): 28-34
- 7) 中山弘道, 須田雍夫, 鈴木成治, 他: 胃悪性神経鞘腫の7例. *日臨外会誌*, 1998; 59(3): 692-697
- 8) Gregory YL, Robert AE, Ephraim SC, et al: Gastrointestinal autonomic tumors. *Am J Surg Pathol*, 1993; 17: 887-897
- 9) Daimaru Y, Hashimoto H, Enjoji M: Malignant peripheral nervesheath tumors (malignant schwannomas). An immunohistochemical study of 29 cases. *Am J Surg Pathol*, 1985; 9(6): 434-444

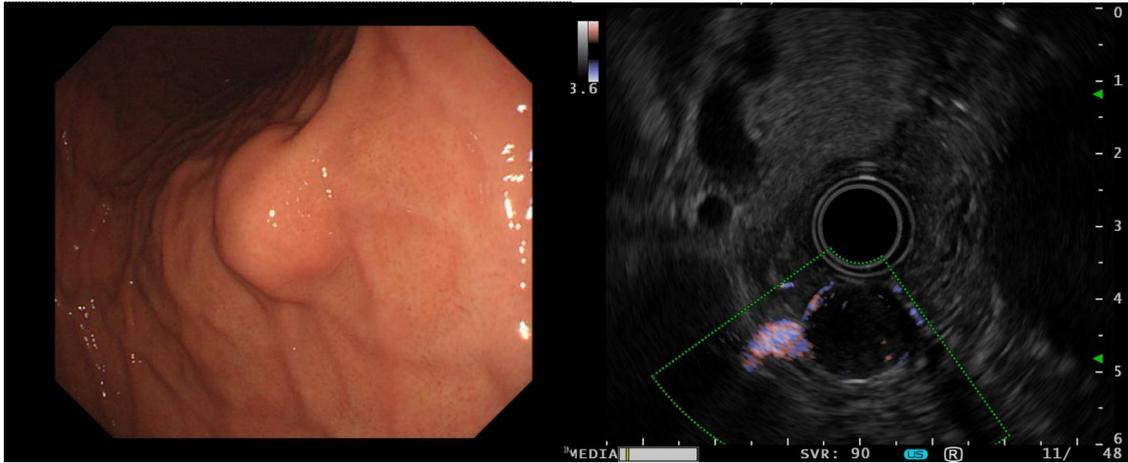


図1 胃体上部大弯後壁よりに25 mm程度の隆起性病変

図2 超音波内視鏡

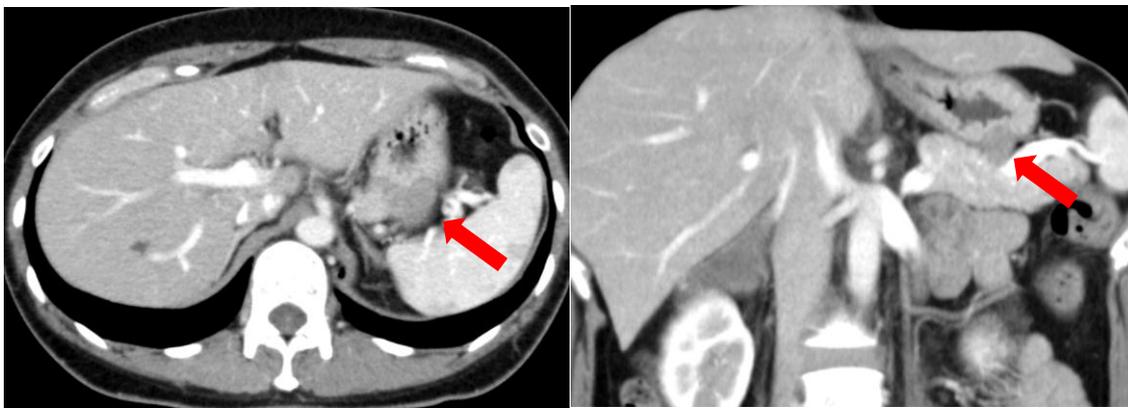


図3A、図3B 胃体部後壁に23×18×18 mm大の壁外に突出する腫瘤(矢印)

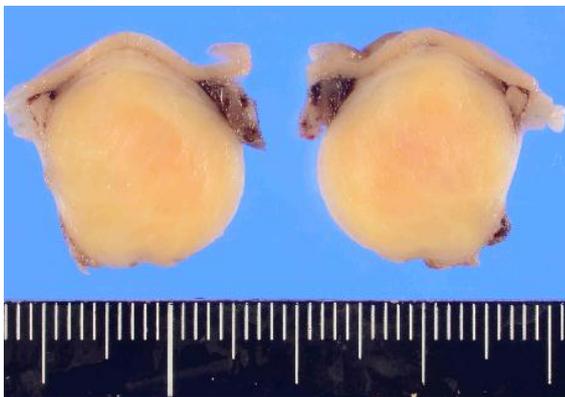


図4 摘出標本：16×15mm大の黄白色調充実性腫瘤

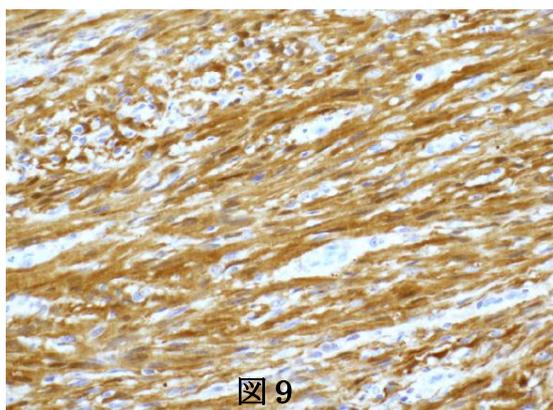
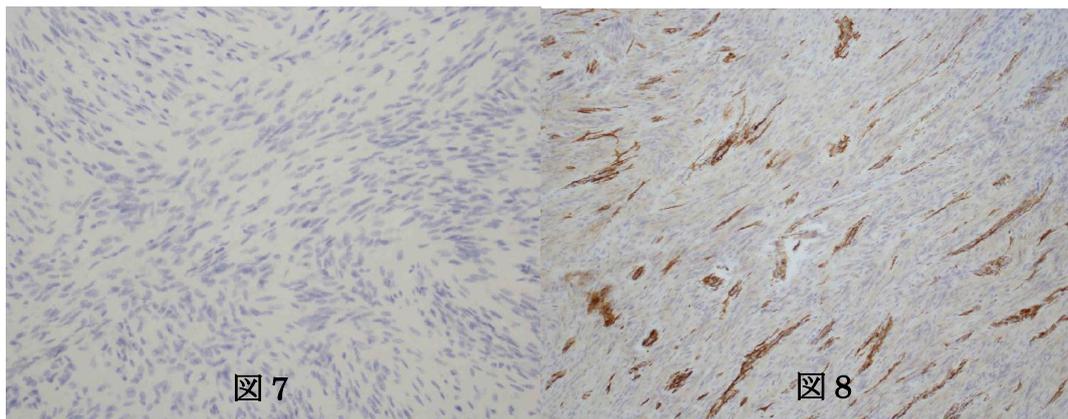
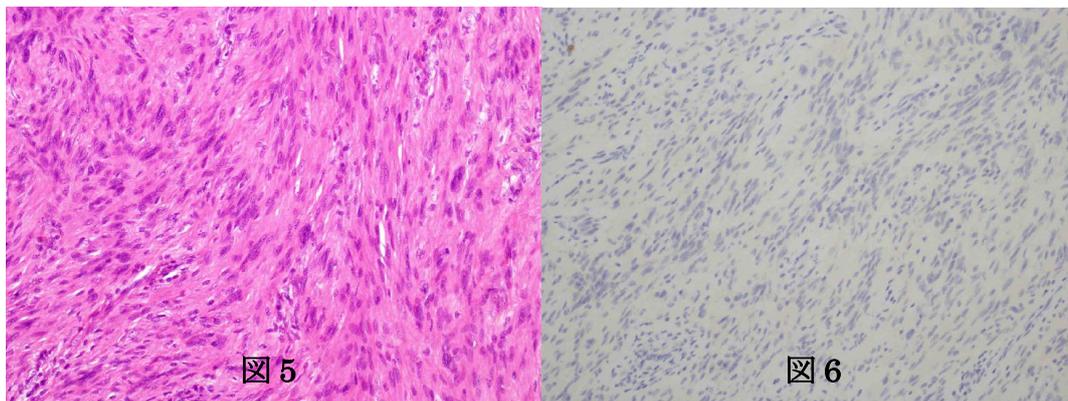


図5 異型に乏しく単調な紡錘形細胞の錯綜増生

図6 KIT (-)

図7 DOG1 (-)

図8 α SMA (-)

図9 S-100 (+)