

早期診断治療により比較的長期生存した胃癌の犬の1例

○二村美沙紀, 小出和欣, 小出由紀子, 二村侑希(小出動物病院・岡山県)

犬の胃の腫瘍は全腫瘍性疾患の中で1%程の発生率で、そのうち60-70%が腺癌と最も多い。確定診断時に約70%にリンパ節転移が、15-70%に遠隔転移が認められる。診断は腫瘍の検出と病理組織学的検査からなり、内視鏡による生検組織は小さく深部の病変は採取できないため、適切な診断が得られないことがある。治療はリンパ腫以外は切除手術が第一選択であるが、ほとんどの悪性腫瘍は予後不良である。今回、吐血を認め、内視鏡検査にて胃癌と診断し、早期に胃癌切除を実施し、比較的長期生存した症例を経験したのでその概要を報告する。

【症例】

ボーダーコリー, 去勢雄, 9歳11ヵ月齢。4日前に吐血や嘔吐を認めたため近医を受診し対症療法を実施。内視鏡検査希望のため当院受診。

◎検査所見

体重20.4kg(BCS3/5), 体温38.5℃, 心拍数138回/min。身体検査で軽度の歯石付着を認めた。血液検査ではTPのわずかな低下を認めた(表1.2)。レントゲン検査では胸部に転移所見はなく、腹部では消化管内ガス貯留を認めた。超音波検査では腹部では少量の胆泥貯留を認めた。胃壁の肥厚や層構造消失などの所見は明かではなかった。

追加検査として、同日に全身麻酔下にてCT検査と内視鏡検査を実施した。CT検査では肺野に微小結節を複数認め、腹部は脾腫を認めた。内視鏡検査では胃の胃体部と胃角部に潰瘍が存在し(図1)、十二指腸は肉眼的には著変はなかった。

胃と十二指腸の病理組織学的検査の結果は、胃は10個の材料でリンパ球形質細胞性胃炎の診断だったが、1個の材料で胃癌を疑う所見があるとのことだった。十二指腸は軽度のリンパ球形質細胞性腸炎とリンパ管拡張症の診断であった。

◎診断および治療

初診日は入院下で静脈内持続点滴を継続し、翌日、抗生剤とオメプラゾールを処方し一旦退院とした。胃癌の疑いがあったため、内視鏡検査から3週間後(第21病日)に再度内視鏡検査を実施し病変があれば、そのまま開腹下にて胃腫瘍切除を計画した。以降、吐血や嘔吐はなく体調良好であった。

第21病日、内視鏡検査を実施したところ、初診時よりも胃の病変は軽減していたが、依然として2箇所軽度潰瘍病変は残存していた(図2)。病変が小さく、手術時に肉眼で確認ができない可能性があるため、目印としてブリアントクレシルブルー液を病変に注射し染色した(図3)。

内視鏡検査に引き続き、腹部正中切開にて開腹し、幽門付近と胃底部に染色部位を確認した(図4)。大網を切断し幽門部の染色部位周囲を切開し切除、胃底部の染色部位を切開部より牽引露出して切除した。3-0マキソン糸を用いて二重縫合にて胃を縫合し、常法にて閉腹した。病理組織学的検査では幽門腺領域は胃癌で胃底腺領域は胃炎の診断であった。

◎術後経過

術後は経過良好で手術翌日より食欲もあり、術後5日目に退院とした。その後は定期健診を実施し1ヵ月に1回程度の嘔吐はあるが一般状態は良好であるためオメプラゾールのみ継続していた。

術後554日に2週間前から1週間に2回のペースで嘔吐が見られるようになったとのことで来院。血液検査では肝酵素、CRPの上昇、腹部超音波検査で胃内液体貯留、左腎腎盂拡張、腹腔内リンパ節腫大を認めた。同日CT検査と内視鏡検査を実施した。CT検査では肝門リンパ節の腫脹と左腎腎盂拡張を認めた(図5)。なお初診時に認められた肺野の微小結節の大きさに変化はなかった。続いて内視鏡検査では胃内は胃体部、胃底部、幽門洞の全域にわたって粘膜の小ポリープ状隆起が散在しており、隆起中央部はびらんを呈していた。同時に肝門リンパ節のFNAを実施したところ、上皮系細胞が採取された。胃の病理組織学的検査は6個中4個の材料で胃癌の診断、肝門リンパ節の塗抹標本は胃癌の転移と診断された。その9日後には一般状態が悪化し、今後は近医での終末医療をご希望され、術後579日(初診から600日、再検査から25日)に自宅にて死亡した。

【考察】

犬の胃癌は末期になって診断されることが多いため手術を行っても再発により6ヵ月以内に死亡することがほとんどであるが、本症例は胃腫瘍切除のみで1年6ヵ月の間、嘔吐や下痢などの症状や胃癌の再発もなく、QOLも良好に維持できた。これは早期に診断治療が実施できたためと思われる。本症例は体格が大きく超音波検査による診断は困難で内視鏡検査で胃癌の診断がなければ、胃炎として治療を進めることになり、手遅れになっていた可能性が高いと思われる。ただし、1回目の内視鏡検査で胃を11箇所採材したにも関わらず胃癌の疑いは1箇所のみで、改めて内視鏡による生検テクニックの難しさを痛感した。

CT検査で認められた肺の微小結節に関しては再発時のCT検査でも大きさに変化はなかったため、転移病変ではない可能性が示唆された。初診日より内科治療を3週間実施後、術前に行った内視鏡検査では、病変部がかなり小さくなっており手術時に肉眼で確認できない可能性があったため病変部に色素注射で染色しマーカーとした。これにより胃の外側からでも病変部を確認することができ、手術時間の短縮と適切に病変部を切除することができたため、上記処置は有効であった。なお、術後554日の再発時に認められた左腎腎盂拡張に関しては原因や胃癌の再発との因果関係は不明であった。

表1 初診時の血液学的検査

Normal		Normal		Normal	
•RBC($\times 10^6/\mu\text{L}$)	5.35 (5.50-8.50)	•WBC($/\mu\text{L}$)	6940 (6000-17000)	•TP (g/dL)	5.2 (5.4-7.1)
•Hb(g/dL)	13.9 (12-18)	Seg-N	5160(3000-11500)	•Alb (g/dL)	2.8 (2.8-4.0)
•PCV(%)	40.0 (37-55)	Lym	1250(1000-4800)	•TBil (mg/dL)	0.1 (0.1-0.6)
•MCV(fL)	77.6 (60-77)	Mon	220 (150-1350)	•AST (U/L)	35 (10-50)
•MCH(pg)	26.0 (19.5-24.5)	Eos	300 (100-750)	•ALT (U/L)	44 (15-70)
•MCHC(g/dL)	33.5 (32-36)	Baso	10 (0 - 50)	•ALP (U/L)	100 (20-150)
•RDW-CV(%)	13.9 (12-16)	•Plat($\times 10^6/\mu\text{L}$)	297 (200-500)	•Amylase(U/L)	720 (0-1400)
•Reti($\times 10^6/\mu\text{L}$)	171 (0-80)	•HPT(sec)	17.8 (13-18)	•Lipase(U/L)	49 (13-160)
•Icterus Index	2 (< 6)	•APTT(sec)	18.2 (14-19)	•NH ₃ (ug/mL)	27 (0-50)
				•TCho (mg/dL)	111 (100-265)
				•TG (mg/dL)	58 (10-150)
				•Glu (mg/dL)	106 (70-120)
				•CK (U/L)	67 (30-140)
				•BUN (mg/dL)	19.2 (10-20)
				•Cre (mg/dL)	0.90 (0.5-1.5)
				•Ca (mg/dL)	9.6 (8.8-11.2)
				•Na (mmol/L)	152.6 (135-152)
				•K (mmol/L)	3.84 (3.5-5.0)
				•Cl (mmol/L)	112.6 (95-115)
				•pH	7.422 (7.34-7.46)
				•HCO ₃ (mmol/L)	28.2 (20-29)
				•CRP (mg/dL)	0.00 (< 1.0)

表2 初診時の血液化学検査

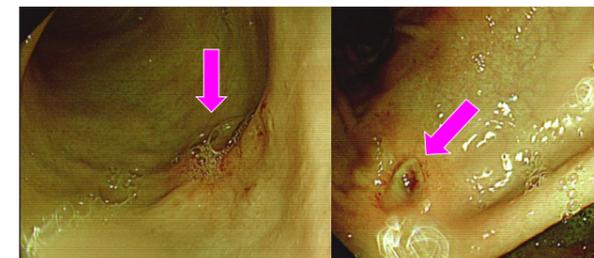


図1 初診時内視鏡検査(左:胃体部 右:胃角部)

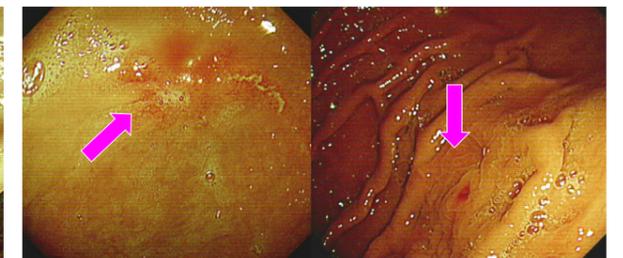


図2 第21病日の術前内視鏡検査所見

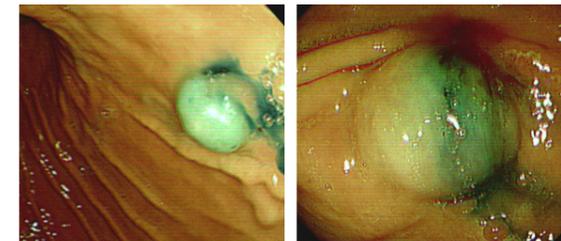


図3 術前内視鏡検査所見(病変部色素注入)

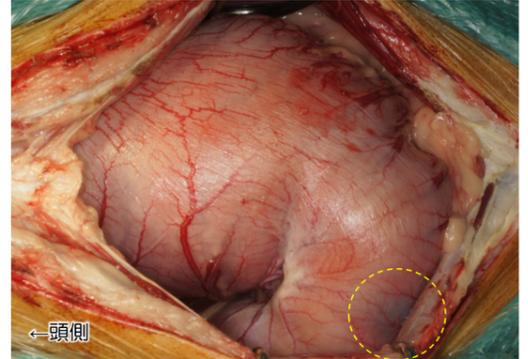


図4 手術時所見(幽門部付近の染色部)

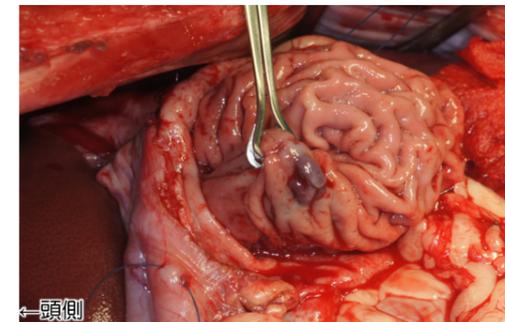


図4 手術時所見(胃底部側の染色部)

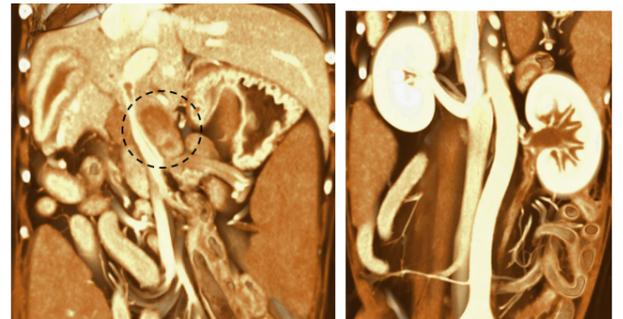


図5 術後554日CT検査所見(左:肝門リンパ節腫脹, 右:左腎腎盂拡張)

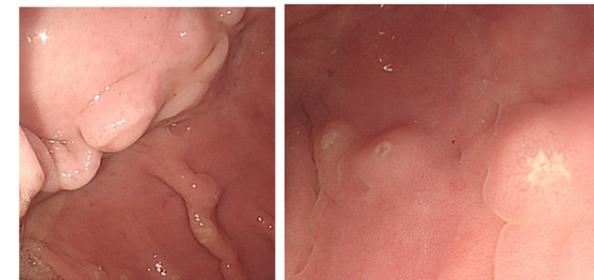


図6 術後554日内視鏡検査所見