

## 膵尾部癌と胸椎の形質細胞腫瘍を合併した一例

6043 竹原 沙恵香

【症例】K.T 66歳男性

【主訴】背部痛

【現病歴】

H18.6 背部痛自覚され近医受診、精査加療目的で当院総合診療科受診。H18.7.26胸部CTにて第2胸椎に骨融解像、腹部CT、MRCPで膵尾部癌と診断された。H18.9.19 骨転移が胸椎、肋骨にあり今回精査加療目的で H18.9.19 当科入院となった。

【既往歴】

45歳 痛風、副甲状腺機能不全症、胃潰瘍

64歳 白内障

65歳 顔面痙攣

【輸血歴】なし

【家族歴】糖尿病(両親、兄)、大腸癌(両親)

【嗜好歴】たばこ 40本/日(20歳~60歳)、飲酒なし

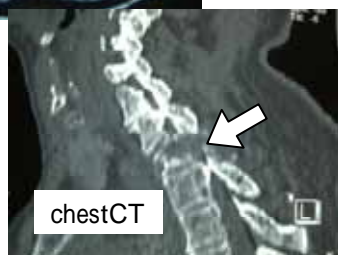
【入院時検査所見】WBC4800 RBC480万 Hb13.3 Ht38.8 CRP0.3 BUN37 CRE1.2 CA19-9 92 CEA アミラーゼ

【画像所見】(abdCT)膵尾部に2.5cm大の造影効果の弱いSOLあり

(chestCT)第2胸椎の骨融解(+)

(骨シンチ)第2胸椎、左第3、4肋骨、右第3肋骨にhot spot

(MRCP)膵尾部に35mm×15mm大のSOL



【入院後検

査所見]

	H18.10.18	11.14	11.29	H19.1.4	3.26	4.2	5.1
CA19 9	37	120		79		346	472
ZTT			21.6				
IgA			442	549	327		
IgG			2381	2496	2945		
IgM			114	126	142		

【入院後経過】

H18.9.25 ジェムザール(1800mg)開始。

1回 1000mg/m<sup>2</sup>を30分かけて点滴静注し、週1回投与を3週連続し、4週目は休薬する。これを1クールとし投与を繰り返す。

H18.10.3 除痛目的で胸椎腫瘍に放射線療法 37.5Gy×15日

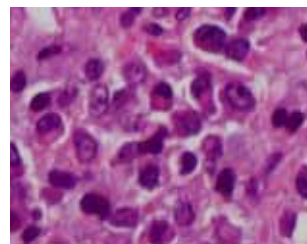
H18.10.23 ジェムザール2クール目開始。

H18.11.5 背部痛増悪、膀胱直腸障害出現によりジェムザール2-3投目延期。

H18.11.7 疼痛コントロール目的で脊椎の後方固定術施行。その際、腫瘍の一部の組織診で形質細胞腫が疑われた。

H18.11.15 術後創部よりMRSA検出。

H18.12.4 マルク施行。多発性骨髄腫の所見はみられず、胸椎の形質細胞腫と考える。



(骨髄)

形質細胞の増殖が見られる

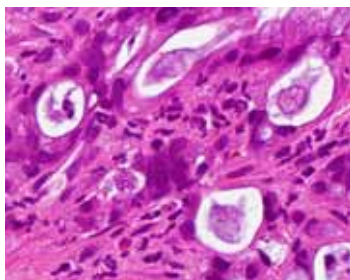
H18.12~H19.4 頸部術後傷感染(MRSA)に対しデブリドマンを数回にわたり施行。

H18.12.26 ノバリス 8Gy 照射

H19.4.25 USで肝S7にlow echoic SOLが認められる。

H19.5 肝腫瘍生検結果、腺癌を検出した。肝臓

の腫瘍は膵臓からの転移であり、膵尾部の腫瘍は



(肝腫瘍生検)  
粘液産生を伴う  
腺管構造をみと  
める

膵原発の腺癌と考える。

H19.5.14 ジェムザール再開。

【考察】

本症例は、胸椎腫瘍と膵尾部腫瘍が合併された例である。

入院時、 1膵尾部癌、 2多発骨転移と考えられ

1に対しジェムザール、 2に対し除痛目的で放射線治療を行っていたが、その後除痛目的で行った後方固定術で採取した胸椎腫瘍より形質細胞が採取された。その後マルク施行され胸椎の限局性形質細胞腫と診断された。この時点では膵尾部癌と胸椎の形質細胞腫が、独立した個々の原発性の癌であるか、もしくは膵尾部の腫瘍が胸椎腫瘍の転移によるものなのか判断し難いものとなった。腫瘍は膵尾部であり生検による組織学的診断は困難でありジェムザールは一旦中止された。一方H19.4.26 に超音波にて肝に新たにSOLみとめられ、肝生検にて腺癌が検出された。これは 1よりの転移性肝癌であると診断され(逆にいえば膵尾部の腫瘍が腺癌であることがわかった)、5/14 よりジェムザール再開された。

ところでこの患者は術後の MRSA 感染併発や急性腎不全の既往もあり現在の問題点は、

- 1膵尾部癌および肝転移、
- 2限局性形質細胞腫、
- 3MRSA 感染、

である。 1について、本患者は肝転移(+)で Stage Ⅲなので Ope 適応なく、現在ジェムザールによる化学療法を単独で行っている。3クール終了後 CA19 9 などで評価する。#2について、限局性の形質細胞腫なので放射線治療適応である。術後感染による縫合不全や放射線治療により傷の治癒の遷延があるが、ノパリスを併用し可能な限り治療

を行った。同部位への根治目的での放射線照射は困難である。しかし形質細胞腫が骨髄腫に進展する期間は2~3年といわれており、モノクローナルタンパク(M 蛋白)の増加や他の グロブリンの抑制がかかるような所見がみられていないか(多発性骨髄腫に移行していないか)、注意していく必要がある。

#3の治療はVCM やアルベカシン(ハベカシン)、テイコプラニン(タゴシッド)などの点滴静注で行う。これらの薬剤には腎毒性もあるので注意する。腫瘍の骨破壊による高 Ca 血症の出現による腎障害もかんがえられるため、腎機能評価を厳重にしていく必要がある。

現在ジェムザールは進行膵癌に対する第一選択薬と考えられている。他の抗癌剤にくらべ副作用も少なく、CA19-9の低下や生存期間の延長に大きく寄与するだけでなく、優れた症状緩和効果(CBR)を持つ。局所進行性あるいは転移巣を有する膵癌においては、治癒の可能性はほとんどなく、病勢が進行するに従い症状はさらに重症になるため、症状緩和が進行膵癌に対する化学療法の目標となるのが現状である。これまでは奏効率などで化学療法の有効性を評価してきたが、ジェムザールが登場してから CBR が臨床的に意義を持つことが注目され、最近進行膵癌における有効性評価に end point として追加された。

今後ジェムザールにても改善しない場合、TS1を併用を考慮する。

【担当医のコメント】

ベッドサイドにもよく行き患者様の容態もよく把握できたと思います。今後がんばって下さい。(第三内科森岡千恵先生)

【謝辞】

お体の調子のすぐれない日も親切にご自分の病気について親切に教えてくださった患者様、またお忙しい中とても丁寧にご指導くださった森岡先生に深く感謝しています。とても勉強になりました。本当にありがとうございました。

【参考文献】

膵癌化学療法の実際 第2版 小菅智男