症例報告

イレウスを来した小腸原発非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫の 1 例

野村 聡¹⁾³⁾ 塩谷 猛¹⁾ 渋谷 哲男¹⁾ 渡邊 善正¹⁾
 南部弘太郎¹⁾ 内間 久隆²⁾ 鈴木 英之³⁾ 内田 英二⁴⁾

¹⁾さいたま市民医療センター外科

²⁾さいたま市民医療センター病理

³⁾日本医科大学武蔵小杉病院消化器病センター

⁴⁾日本医科大学外科

症例は 83 歳の男性で、間歇的腹痛を主訴に近医受診するも改善なく当科紹介となった。腹部 CT で小腸の拡張と水平鏡面像を認め、虫垂切除術の既往から癒着性イレウスの診断で入院となった。保存的加療で軽快するも、第 9 病日に腹痛、嘔吐が出現し、イレウスが再燃した。保存的加療での改善は困難と考え、手術を行った。回盲部より約 60 cm の回腸に全周性狭窄があり、小腸部分切除術を施行した。病理組織学的検査所見より、小腸原発非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫と診断した。術後補助化学療法として低用量 CHOP を 2 コース施行し、退院後 2 年間、再発を認めていない。小腸原発 T 細胞性リンパ腫の本邦報告例は自験例を含め 58 例と比較的まれであり、そのうち非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫は 4 例であった。今回イレウスを契機に発見された小腸原発 T 細胞性リンパ腫を経験したので、文献的考察を加え報告する。

はじめに

小腸原発悪性リンパ腫は B 細胞性の占める割合が高く、T 細胞性はまれであるが¹⁾、中でも非特異的末梢性 T 細胞性リンパ腫の報告は極めてまれである。今回イレウスを契機に手術を行い、術後補助化学療法を施行し良好な経過を得た小腸原発非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫の 1 例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

症 例

患者：83 歳，男性

主訴：腹痛

既往歴：虫垂切除術（50 年前）、気管支喘息

現病歴：1 週間前より腹痛があり、前医で処方を受けたが腹痛が増強したため当科紹介となった。

受診時現症：悪心、嘔吐はなく、3 日前より排ガスはあったが排便はなし。表在リンパ節は触知せず、腹部は平坦で軟かく、筋性防御は認めなかった。

血液生化学検査所見：WBC 12,600/μl, CRP 1.19 mg/dl と白血球の増多と炎症反応の軽度上昇を認めたが、その他異常所見はなく、CEA 0.6 ng/ml, CA19-9 5.5 U/ml は正常であった。

胸部単純 X 線検査所見：肺野に異常陰影はなく、縦隔リンパ節の腫大も認めなかった。

腹部単純 X 線検査所見：小腸ガス像と水平鏡面像を認めた。

腹部単純 CT 所見：小腸の拡張、液体貯溜と水平鏡面像を認めた（Fig. 1）。

Fig. 1 Abdominal CT showed small intestinal dilatation and niveau formation.

Fig. 2 Intraoperative findings, showing intestinal stenosis (arrow). Small intestine was dilated and edematous.

経過：腹部 CT では明らかな閉塞部位を同定できず，癒着性イレウスの診断で入院となった．受診時に症状は軽快していたため，絶飲食，補液による治療を行った．第 2 病日には腹部単純 X 線検査で，小腸ガスが消失したため，経口摂取を開始した．その後経過良好であったが，第 9 病日に突然腹痛，悪心・嘔吐が出現し，腹部単純 X 線検査，CT でイレウスの再燃を認めた．腹部膨満著明で圧痛も強く，保存的加療での改善は困難と考え，手術を施行した．

手術所見：小腸は拡張し浮腫が著明であったが，腹水や腸管の壊死所見は認めなかった．回盲部より 60cm の回腸に全周性狭窄があり，小腸部分切除術を施行した．病変部以外に腸間膜リンパ節の腫大など異常は認めなかった（Fig. 2）．

摘出標本：腫瘍は白色，弾性硬，4.0×3.5 cm 大で一部潰瘍を形成し，全周性の狭窄を呈していた（Fig. 3）．

病理組織学的検査：大型の異型リンパ球様細胞のびまん性増殖で（Fig. 4a），免疫染色では CD3（+）（Fig. 4b），CD4（+）（Fig. 4c），CD5（+），CD7（+），CD8（-）（Fig. 4d），Ki-1（CD30）（+），ALK（-），TIA-1（-），granzyme B（-），CD10（-），CD20（-）（Fig. 4e），CD56（-），CD79a（-），EBV-ISH（-）であった．

以上より非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫（peripheral T cell lymphoma, unspecified），pType 3，pSE，Iy0，

Fig. 3 Resected small intestine specimen showing an ulcerative type tumor and circumferential stenosis.

v3, med, INFb, pPM (-), pDM (-), pRM (-) と診断した。

術後経過：術後の経過は良好で，成人 T 細胞性リンパ腫の鑑別のため HTLV-I 抗体を測定したところ陰性であった。病期診断のため骨髄検査，PET-CT を施行した。骨髄検査では，骨髄中にリンパ腫細胞はなく，PET-CT では，小腸術後部位とその周囲への FDG 集積がみられたが，早期相では SUVmax 4.0478，遅延相では SUVmax 6.160 であり，術後炎症変化と考えられた。これらより小腸原発悪性リンパ腫，Naqvi 分類²⁾ Stage I と診断した。術後低用量 CHOP 療法 (cyclophosphamide 750 mg/m², adriamycin 50 mg/m², vincristine 1.4 mg/m², prednisolone 60 mg/m²) を 2 コース施行した。現在術後 2 年間，再発なく外来通院中である。

考 察

小腸原発悪性腫瘍は全消化管悪性腫瘍の 1-3% と低頻度である³⁾⁴⁾。本邦では小腸原発悪性腫瘍の中で悪性リンパ腫は癌と同じくらいの頻度で約 1/3 ずつを占めるとされる⁵⁾。また消化管原発悪性リンパ腫の部位別頻度は胃が 50%，小腸が 30-40%，結腸が 10% で小腸は胃に次ぐ好発部位である⁶⁾。消化管原発悪性リンパ腫の診断基準として Dawson ら⁷⁾は，①表在リンパ節腫大がない，②胸部 X 線検査で縦隔リンパ節腫大がない，③末梢血液像で白血球数，分画に異常がない，④消化管病変が主体で転移は所属リンパ節に限局している，⑤肝臓，脾臓に腫瘍を認めない，の 5 項目を挙げている。自験例は 5 項目全てを満たしており，小腸原発悪性リンパ腫と診断した。

小腸原発悪性リンパ腫の中では B 細胞性の占める割合が高く，B 細胞性 83%，T 細胞性 17% と報告されている¹⁾。1983 年より 2011 年まで医学中央雑誌で「小腸」，「T 細胞性リンパ腫」をキーワードとして会議録を除き検索したところ，小腸が原発と考えられる T 細胞性リンパ腫は本邦では自験例を含めて 58 例の報告 (Table 1) があった。そのうち非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫は 4 例^{8)~10)}であった。T 細胞性リンパ腫は T 前駆細胞に由来する T リンパ芽球性リンパ腫と成熟 T 細胞に由来する末梢性 T 細胞性リンパ腫に大きく分類される。末梢性 T 細胞性リンパ腫は WHO 分類第 4 版ではさらに，細かく分類される。非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫は特異的な診断がつかない末梢性 T 細胞性リンパ腫の集合体で，臨床病理組織学的に多様なものを含んでいる¹¹⁾。WHO 分類による臨床分類では aggressive lymphomas に分類されている。欧米では末梢性 T 細胞性リンパ腫の 30% を占めるとされ，患者の多くは成人で子供の発症はまれである。多くは種々の部位の末梢リンパ節の腫大で発症する。骨髄浸潤，肝臓，脾臓，節外性臓器浸潤を伴った進行例もしばしば遭遇する。末梢血にも浸潤するが，白血化は少ない。皮膚や消化管浸潤はよくみられる。組織像はさまざまであり，通常は異型リンパ球が多彩な像をとって増生している¹²⁾。免疫表現型は CD3，CD4 が陽性，CD20，CD8，TIA-1，granzyme B が陰性となり，自験例でも同様の結果であり，非特異的末

Fig. 4 Histological findings, diffuse large atypical lymphocytes stained for H.E. ($\times 400$) (a). Immunohistochemical staining shows tumor cells positive for CD3 ($\times 100$) (b) and CD4 ($\times 100$) (c), and cells negative for CD8 ($\times 200$) (d) and CD20 ($\times 200$) (e).

梢性 T 細胞性リンパ腫と診断した。

T 細胞性リンパ腫 58 例の平均年齢は 63.1 歳，性差は男性 39 例（67.2%），女性 18 例（30.5%）と男性に多くみられた。臨床症状は腹痛，発熱，下血，下痢などが多く，特異的な症状はみられなかった。占居部位は空腸 25 例（43.1%），回腸 19 例（32.8%），多発例 22 例（37.9%）と B 細胞性に比べて空腸に多く，多発例が多く認められた。

肉眼的形態分類には Wood の分類¹³⁾が採用され，①polypoid type，②ulcerative type，③aneurysmal type，④constrictive type に分類される。検討した 58 例のうち記載のある症例は ulcerative type が 39 例（67.2%）と大半を占め，polypoid type が 2 例，aneurysmal type が 1 例の報告のみであった。消化管悪性リンパ腫は，全層にわたり破壊性増殖を来し，結合組織の増生を伴わずに腫瘍が成長するため，比較的粗な結合状態に

Table 1 Reported cases of primary T-cell lymphoma of small intestine in Japan (1983–2011)

No.	Author	Year	Age/Sex	Causes of operation	Confirmed diagnosis	Location	Macroscopic type	Pathology	Adjuvant chemotherapy	Outcome
1	Izumi	1992	20M	schedule	resected specimen	J	Ulcerative type	ITL		61d (De)
2	Keira	1996	59M	perforation/emergency	resected specimen	J	Ulcerative type	ITL	CHOP	(S)
3	Tsutsumi	1996	52M	melena/emergency	resected specimen	I-C	Ulcerative type	ITL	unknown	unknown
4	Miura	1996	40F	schedule	biopsy	I	Ulcerative type	ITL	VEPA	3y (D)
5	Otani	1998	69M		biopsy	D-C	unknown	ITL		(S)
6	Hirata	1998	89M	schedule→perforation/emergency	biopsy	I-R	Ulcerative type	ITL		71d (De)
7	Abe	1999	50M		biopsy	S,I	unknown	EBVATL		3y (De)
8	Otani	2000	41F	ileus/schedule	resected specimen	I	Ulcerative type	ITL	THP-COP	(S)
9	Tino	2000	73M	perforation/emergency	resected specimen	I	Ulcerative type	EATL		40d (De)
10	Sato	2000	74F	perforation/emergency	resected specimen	I	Ulcerative type	ITL	unknown	unknown
11	Ehara	2000	49M	perforation/emergency	resected specimen	J	Ulcerative type	NKL	CHOP	2m (De)
12	Masaki	2000	75M	perforation/emergency	resected specimen	J	Ulcerative type	NKL	CHOP	(S)
13	Morita	2000	55M	perforation/emergency	resected specimen	S,I	Ulcerative type	ITL		24d (De)
14	Aotake	2000	73F	perforation/emergency	resected specimen	J	Ulcerative type	ITL	CHOP	(S)
15	Okubo	2001	52M	perforation/emergency	resected specimen	J	Ulcerative type	ITL	CHOP	15m (S)
16	Sada	2001	45M		biopsy	J	Ulcerative type	ITL		15m (S)
17	Masaki ²¹⁾	2001	63F	perforation/emergency	resected specimen	I	Ulcerative type	ITL	CHOP	42d (De)
18	Hisayama	2002	62F	perforation/emergency	resected specimen	J	unknown	ITL		23d (De)
19	Kataoka	2002	66M	perforation/emergency	resected specimen	I	unknown	EATL	CHOP	(De)
20	Humimoto	2002	86M	Invagination/schedule	resected specimen	I	Polypoid type	ITL		12m (S)
21	Okuda	2002	63M	perforation/emergency	resected specimen	J	unknown	ITL	CHOP	(De)
22	Shiratsuchi	2003	73M	perforation/emergency	resected specimen	S,I	unknown	EATL	THP-COP	(De)
23	Horiuchi	2003	74F	perforation/emergency	resected specimen	J	Ulcerative type	NKL	CHOP	28m (S)
24	Jimi ¹⁶⁾	2003	64M	schedule	biopsy	I	Ulcerative type	ITL	CHOP	30m (S)
25	Iwamoto	2003	71F	schedule	biopsy	I	Ulcerative type	ITL	CHOP	13m (De)
26	Sasaki ¹⁷⁾	2004	72F	ileus/emergency	resected specimen	J	Ulcerative type	ITL		83d (De)
27	Uchiyama	2005	71M	perforation/emergency	resected specimen	I	Ulcerative type	ITL	CHOP	18m (De)
28	Ueno	2005	63M	peritonitis/emergency	resected specimen	I	Ulcerative type	EATL	CHOP	2m (De)
29	Fukumitsu	2005	55M	schedule	resected specimen	J	Ulcerative type	EATL	unknown	unknown
30	Mizutani	2006	56M	schedule	resected specimen	J	unknown	EATL	DeVIC	292d (De)
31	Hotta	2006	57M	schedule	biopsy	J	Ulcerative type	EATL	CHOP	22m (S)
32	Yamauchi	2006	unknown	perforation/emergency	resected specimen	I	Ulcerative type	EATL		62d (De)
33	Deguchi	2006	77M	perforation/emergency	resected specimen	J	unknown	NKL		6m (De)
34	Okada	2006	78F	schedule	resected specimen	J	Aneurysmal type	NKL		4m (De)
35	Honjo	2006	60'sM	schedule	resected specimen	I	Ulcerative type	EATL	unknown	79d (De)
36	Koga	2006	68M		biopsy	S,I	unknown	EATL		10m (De)
37	Yasuoka	2007	63F		biopsy	I	unknown	EATL		(De)
38	Matsumoto	2007	28M	perforation/emergency	resected specimen	J	Ulcerative type	ITL	CHOP	4m (De)
39	Matsumoto	2007	63F	perforation/emergency	resected specimen	I	Ulcerative type	ITL	CHOP	2y (De)
40	Harada	2008	68F		biopsy	D-R	unknown	EATL		10m (De)
41	Inose ⁸⁾	2008	81F	invagination/schedule	resected specimen	J, I	Ulcerative type	PTCL-U		5m (De)
42	Takesita	2009	62M	schedule	biopsy	S,I	Ulcerative type	EATL	CHOP	4y (S)
43	Wakabayashi	2009	47M		biopsy	I	Ulcerative type	ENKL		1y (De)
44	Araki	2009	50代M		biopsy	J	Ulcerative type	EATL		unknown
45	Kato	2010	82F	perforation/emergency	resected specimen	J	unknown	ITL		80d (De)
46	Sakurai	2010	42M		biopsy	S,I	unknown	EATL		3y (S)
47	Koyama	2010	78F	perforation/emergency	resected specimen	J	Ulcerative type	EATL		5m (De)
48	Osato ⁹⁾	2010	34F	ileus/schedule	biopsy	I	Polypoid type	PTCL-U	CHOP	174d (S)
49	Omori	2010	72M		pathological anatomy	I	unknown	ITL		51d (De)
50	Yanagita	2010	40'sM	CHOP → perforation/emergency	ascites	J	unknown	ENKL	CHOP	109d (De)
51	Fukatsu	2010	75M	schedule	resected specimen	J	Ulcerative type	EATL	CHOP	18m (De)
52	Kubo ¹⁰⁾	2010	72M	schedule	biopsy	G, I	Ulcerative type	PTCL-U	THP-CVP	9d (De)
53	Suzuki	2011	69M	schedule	resected specimen	J	Ulcerative type	EATL	CHOP	12m (S)
54	Yamamura	2011	61M	perforation/emergency	resected specimen	J	Ulcerative type	EATL	THP-COP	16m (S)
55	Syoji	2011	75F	perforation/emergency	resected specimen	J, D	Ulcerative type	ITL		56d (De)
56	Yamada	2011	60M	perforation/emergency	resected specimen	A	Ulcerative type	EATL	CHOP	4m (De)
57	Takahashi	2011	56M	perforation/emergency	resected specimen	J	unknown	EATL	CHOP	57d (De)
58	Our case		83M	ileus/emergency	resected specimen	I	Ulcerative type	PTCL-U	CHOP	2y (S)

M: male, F: female, S: stomach, D: duodenum, J: jejunum, I: ileum, S,I: small intestine, C: colon, R: Rectum, A: all gastrointestinal tract, PTCL-U: peripheral T-cell lymphoma, unspecified, EATL: enteropathy-associated T-cell lymphoma, ENKL: extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type, ITL: intestinal T-cell lymphoma(details are unknown), NKL: NK/T-cell lymphoma, EBVATL: EBV-associated T-cell lymphoma, S: survival, De: death

あるとされ、T 細胞性リンパ腫は ulcerative type が多く、穿孔を起こしやすいと考えられている¹⁴⁾。Chott ら¹⁵⁾は、腸管原発 T 細胞性リンパ腫の中で CD56 陽性群は穿孔を起こす頻度が高いとしている。本例は 4.0×3.5 cm 大の腫瘍で潰瘍底は浅く、周堤隆起が著明であり、ulcerative type と考えられた。また漿膜面への浸潤もあり、それが隆起の要素を強調して狭窄を来し、イレウスを呈したものと考えられた。本邦 58 例の報告の中で、イレウス症状で発症した症例は 6 例あり、肉眼的分類は polypoid type 2 例、ulcerative type 4 例であった。また自験例では CD56 は陰性であったが、CD56 に関して記載されているものは 2 例あり、1 例で陽性であった。6 例中 3 例は非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫であり、イレウスを呈しやすい可能性が考えられた。さらに、非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫 4 例のうち自験例を除く 3 例^{8)~10)}は予定手術がなされており、また肉眼分類では ulcerative type が 3 例、polypoid type が 1 例であったが、T 細胞性リンパ腫であるが穿孔を起こしづらいとも考えられた。

悪性リンパ腫の予後予測として International Prognostic Index (以下、IPI と略記) があり、予後不良因子として、①年齢 60 歳以上、②LDH > 正常値、③PS 2~4、④Stage III・IV、⑤節外病変が 2 か所以上、が挙げられている。自験例では年齢のみが該当しており、IPI 1 点 low risk であった。IPI による非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫の予後予測は、IPI 0~1 点で 5 年生存率が 50%で、無増悪生存割合は 33%である。IPI 4~5 点の場合は、5 年生存が 11%、無増悪生存割合が 6%とされている¹¹⁾。今回検索した非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫の 4 例のうち 2 例は術後半年以内に死亡しているが 2 例は寛解退院となっていた。

小腸原発 T 細胞性リンパ腫は穿孔、腸閉塞などの急性腹症で発症することが多く、術前診断が困難とされている¹⁶⁾。佐々木ら¹⁷⁾の小腸原発 T 細胞性リンパ腫本邦報告例 30 例の検討によると、23 例 (76.7%) で緊急手術、予定手術は 6 例 (20.0%) で、術前診断は 4 例 (13.3%) のみであった。今回検討した 58 例の報告では、リンパ腫の経過中に緊急で手術となった 2 例を含めて緊急手術となった症例は 31 例 (54.4%) であり、予定手術は 17 例 (29.3%) であった。さらに、術前もしくは生検などにより確定診断されているものは 18 例 (31.0%) と多く、近年の小腸内視鏡、カプセル内視鏡の普及によるものと考えられた。

小腸悪性リンパ腫の治療は、手術療法、化学療法、放射線療法の集学的治療であり、Naqvi 分類²⁾の Stage I, II では腸管の広範囲切除とリンパ節郭清を行い、Stage III, IV では化学療法と放射線療法を主体として行われている¹⁸⁾。ただし、病期によらず穿孔やイレウスにより緊急手術となることが多く¹⁹⁾、緊急手術例では予後が不良であるとの報告もあり²⁰⁾、術後に化学療法を行っていた症例は本邦報告例では 30 例 (51.7%) であった。術後化学療法施行群では非施行群に比べ有意差はないが、病期にかかわらず生存期間が長い (化学療法非施行群平均生存日数 163.6 日、施行群 285.4 日)²¹⁾。さらに、CHOP 療法や VEPA 療法の治療成績がよいとの報告があり²²⁾²³⁾、本邦報告例では 24 例で術後 CHOP 療法が行われていた。非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫などの aggressive lymphomas の各病型に対する化学療法としてはアントラサイクリンを含む多剤併用化学療法を用いるのが一般的であるが、現在のところ CHOP 療法よりも明らかに優れた治療成績を示しているものはないとされる¹¹⁾。本症例では手術所見、術後の諸検査により、病巣が回腸の 1 か所に限局し、リンパ節侵襲も認めていないことより Naqvi 分類²⁾ Stage I と診断した。しかし、術前診断がつかなかったためリンパ節郭清は施行しておらず、病理組織学的診断で pSE であったことから患者と相談のうえ、念のため低用量 CHOP 療法を施行した。

近年の小腸内視鏡の普及などに伴い、小腸悪性リンパ腫の診断率は上昇すると推測される。また末梢性 T 細胞性リンパ腫は発生・成熟過程に不明な点が多く、発症に関与する遺伝子異常は明らかにされておらず、現在その試みが行われている²⁴⁾。そのうち頻度の高い非特異型末梢性 T 細胞性リンパ腫の診断は現在のところ他の末梢性 T 細胞性リンパ腫の除外診断によってなされているが、今後病型がさらに、細分化される可能性も考えられる。今回の検討では症例数が 4 例と少なく特徴的な臨床像は明らかにできなかったが^{8)~10)}、症例を蓄積することでその病態が明らかとなることが望まれる。小腸原発 T 細胞性リンパ腫は依然として緊急手術となる症例も多いため術後の化学療法を含めた集学的治療の確立が期待される。

利益相反：なし

文献

- 1) 中村 昌太郎, 松本 主之, 飯田 三雄. 悪性リンパ腫. 日本臨床. 2009;66(7):1297-302.
- 2) Naqvi MS, Burrows L, Kark AE. Lymphoma of the gastrointestinal tract: prognostic guides based on 162 cases. *Ann Surg.* 1969 Aug;170(2):221-31.
- 3) Sager GF. Primary malignant tumors of the small intestine. A twenty-two year experience with thirty patients. *Am J Surg.* 1978 Apr;135(4):601-3.
- 4) Brookes VS, Waterhouse JA, Powell DJ. Malignant lesions of the small intestine: a ten-year survey. *Br J Surg.* 1968 Jun;55(6):405-10.
- 5) 八尾 恒良, 八尾 健史, 真武 弘明, 古川 敬一, 永江 隆, 本村 明, ほか. 小腸腫瘍最近 5 年間 (1995-1999) の本邦報告例の集計. 胃と腸. 2001;36(7):871-81.
- 6) Nakamura S, Matsumoto T, Takesita M, Kurahara K, Yao T, Tsuneyoshi M, et al. A clinicopathologic study of primary small intestine lymphoma. *Cancer.* 2000 Jan;88(2):286-94.
- 7) Dawson IMP, Cornes JS, Morson BC. Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract: report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis. *Br J Surg.* 1961 Jul;49:80-9.
- 8) 猪瀬 悟史, 鈴木 修司, 原田 信比古, 田中 精一, 林 恒男, 鈴木 衛, ほか. 腸重積を契機に発見された空腸原発 T 細胞性悪性リンパ腫の 1 例. 日本消化器外科学会雑誌. 2008;41(6):670-5.
- 9) 大里 文乃, 志鎌 あゆみ, 細川 さつき, 中川 潤子, 山田 学, 宮内 彰人, ほか. イレウス症状から発見された悪性リンパ腫合併妊娠の 1 例. 日本産科婦人科学会東京地方部会誌. 2010;59(3):384-8.
- 10) 久保 秀文, 来嶋 大樹, 多田 耕輔, 宮原 誠, 長谷川 博康. 術後補助化学療法中に再発し放射線照射中に小腸穿孔を来した胃・小腸多発性 T 細胞性悪性リンパ腫の 1 例. 山口医学. 2010;59(2):85-91.
- 11) 伊豆津 宏二. 末梢性 T 細胞リンパ腫. 血液フロンティア. 2010;20(2):179-86.
- 12) 日比谷 孝志, 大田 泰徳, 竹内 賢吾. WHO 分類改訂と T/NK 細胞リンパ腫の病理診断. 血液・腫瘍科. 2009;58(5):537-46.
- 13) Wood DA. Tumors of the intestines. Atlas of tumor pathology. Sect VI Fasc 22. Washington DC: AFIP; 1967. p. 96-100.
- 14) Azzopardi JG, Menzies T. Primary malignant lymphoma of the alimentary tract. *Br J Surg.* 1960 Jan;47:358-66.
- 15) Chott A, Haedicke W, Mosberger I, Födinger M, Winkler K, Mannhalter C, et al. Most CD56⁺ intestinal lymphoma are CD8⁺CD5⁺ T-cell lymphomas of monomorphic small to medium size histology. *Am J Pathol.* 1998 Nov;153(5):1483-90.
- 16) 自見 政一郎, 佛坂 正幸, 松本 伸二, 藤井 圭, 柴田 恵介, 谷本 昭英, ほか. 術前診断しえた瘻孔形成を伴う回腸原発 T 細胞性悪性リンパ腫の 1 例. 日本消化器外科学会雑誌. 2003;34(4):289-93.
- 17) 佐々木 啓成, 和田 敏史, 森谷 雅人, 山本 啓一郎, 土田 明彦, 青木 達哉, ほか. 小腸原発 CD56 陽性 T 細胞リンパ腫の 1 例. 日本消化器外科学会雑誌. 2004;37(8):1469-74.
- 18) 石井 史, Won J, 鈴木 麻子, 長 廻紘. 悪性リンパ腫. 臨床消化器内科. 1995;10(2):237-48.
- 19) 田口 昌延, 佐藤 宗勝, 上田 和光, 石川 晶久, 品川 篤司, 奥村 稔. 空腸結腸瘻を形成した小腸原発悪性リンパ腫再発の 1 手術例. 日本臨床外科学会雑誌. 2007;68(10):2532-7.
- 20) Daum S, Ullrich R, Heise W, Dederke B, Foss HD, Stein H, et al. Intestinal non-Hodgkin's lymphoma: multicenter prospective clinical study from the German Study Group on Intestinal non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol.* 2003 July;21(14):2740-6.
- 21) 正木 ルナ, 前田 壽哉, 大越 修, 山田 恭司, 曾根 辰巳, 山口 晋, ほか. 穿孔性腹膜炎をきたした小腸原発 T 細胞性悪性リンパ腫の 1 例. 日本大腸肛門病学会雑誌. 2001;54(4):247-52.
- 22) Gordon LL, Harrington D, Anderson J, Colgan J, Glick J, Neiman R, et al. Comparison of a second-generation combination chemotherapeutic regimen (m-BACOD) with a standard regimen (CHOP) for advanced diffuse non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med.* 1992 Nov;327(19):1342-9.
- 23) Fisher RI, Gaynor ER, Dahlborg S, Oken MM, Groan TM, Mize EM, et al. Comparison of a standard regimen (CHOP) with three intensive chemotherapy regimens for advanced non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med.* 1993 Apr;328(14):1002-6.
- 24) 鈴宮 淳司. 末梢性 T 細胞性リンパ腫. 医学のあゆみ. 2010;235(5):543-8.

CASE REPORT

A Case of Primary Unspecified Type Peripheral T-cell Lymphoma of the Small Intestine Presenting with Intestinal Obstruction

Satoshi Nomura¹⁾³⁾, Takeshi Shioya¹⁾, Tetsuo Shibuya¹⁾, Yosimasa Watanabe¹⁾,
Kotaro Nanbu¹⁾, Hisataka Uchima²⁾, Hideyuki Suzuki³⁾ and Eiji Uchida⁴⁾

¹⁾Department of Surgery, Saitama CitizensMedical Center

²⁾Department of Pathology, Saitama CitizensMedical Center

³⁾Institute of Gastroenterology, Nippon Medical School Musashi Kosugi Hospital

⁴⁾Surgery for Organ Function and Biological Regulation, Nippon Medical School Graduate School of Medicine

An 83-year-old man was admitted to our hospital because of intermittent abdominal pain. Abdominal CT revealed small intestinal dilatation and niveau formation. The patient had a history of appendectomy, and we diagnosed adhesive intestinal obstruction. The patient was treated non-surgically. On the 9th day in hospital, sudden abdominal pain and vomiting developed. We performed an operation under a diagnosis of recurrence of intestinal obstruction. Laparotomy revealed a circumferential stenosis of the jejunum, 60 cm proximal from the ileocecal junction. We performed a partial resection of the small intestine. Histopathologically, the diagnosis was peripheral unspecified type T cell lymphoma. After surgery, the patient underwent half-dose CHOP therapy. His postoperative course was uneventful. Only 58 cases of primary T-cell lymphoma of the small intestine have been reported in Japan. Furthermore, unspecified type peripheral T-cell lymphoma of the small intestine is very rare, and only 4 cases, including the present case, have been reported.

Key Words: malignant lymphoma of the small intestine, T-cell, intestinal obstruction

[Jpn J Gastroenterol Surg. 2012;45(7):758-765]

Reprint requests: Satoshi Nomura Institute of Gastroenterology, Nippon Medical School Musashi Kosugi
Hospital
1-396, Kosugi-cho, Nakahara-ku, Kawasaki, 211-8533 JAPAN

Accepted: February 22, 2012