大腸多発癌症例の検討

岐阜市民病院外科

竹腰 知治 田中 千凱 伊藤 隆夫
松村幸次郎

同 病理検査部

加 地 秀 樹

CLINICOPATHOLOGICAL STUDIES ON MULTIPLE CARCINOMAS OF COLON AND RECTUM

Tomoharu TAKEKOSHI, Sengai TANAKA, Takao ITO
and Kojiro MATSUMURA

Department of Surgery, Gifu City Hospital

Hideki KACHI

Department of Pathology, Gifu City Hospital

1972~1982年の間に、大腸癌324症例中、同時性17症例、異時性1症例の大腸多発癌18症例を経験した。頻度は5.6%で性別は同時性で男対女、7:10で異時性の1例は女性であった。発生部位は同時性、異時性とも直腸領域に多かった。同時性第2癌は第1癌に比較して進行度は低かった。同時性多発癌では進行癌と早期癌の組み合わせが11例(61.1%)と高く、早期癌が進行癌より口側にある時正診率が低いことより、術前、中、後にわたる精査の必要性が示唆され、さらに同時性多発癌に同時性重複癌(胃)を併存した1症例を経験したことより他臓器の十分な精査の必要性も示唆された。治癒切除できた同時性、異時性多発癌の予後は良好であった。

索引用語: 大腸多発癌

近年本邦において、大腸癌の増加は著明であり、平山¹⁾は西暦2000年には筆頭癌になると予測されると述べている。当院においても症例数の増加に伴い、同時性および、異時性大腸多発癌を経験する機会が多くなった。今回私達は1972~1982年の11年間に経験した大腸多発癌について検討したので報告する。

I. 対 象

1972~1982年の11年間の当院外科で経験した大腸癌は324例で、切除症例は272例であった。このうち大腸単発癌は306例、多発癌(大腸ポリポージス症を除く)は同時性多発癌17例、異時性多発癌1例の計18例であった。大腸多発癌の定義はMoertel²⁾の判定基準に従ったが、私達は北條³⁾と同じく、第1癌~第2癌ま

での期間が1年未満を同時性多発癌、1年以上を異時性多発癌とした。さらに同時性多発癌に対して、大腸癌取扱規約⁴⁾に従いその局在部位を9つの領域にわけ、同領域に多発したものを同所性多発癌とし、異なる領域に多発したものを異所性多発癌とした。

II. 成 績

1) 頻度

大腸多発癌18例は全症例324例に対し5.6%を占めた。さらに18症例全例が切除できたので切除例272例に対し6.6%となった。そのうち同時性多発癌17例は6.3%を、異時性多発癌は0.3%を占めた(表1)。

2) 性別および平均年齢

男女比は7:11で女性に多く、平均年齢は同時性多発癌で男62.3歳、女61.6歳となり男性の方が若干高齢であった。(表2)。

3) 病巣数

<1984年11月6日受理>別刷請求先: 竹腰 知治

〒500 岐阜市鹿島町7-1 岐阜市民病院外科

表1 大腸多発癌症例

1972~1982年	全 症 例	切 除 例	非切除例
単 発 癌	306 (84.1)	254 (93.4)	52
多 発 癌	56 (15.9)	18 (6.6)	0
計	324 (100)	272 (100)	52

() : %

表2 大腸多発癌症例の性別、平均年齢

	性 別	平均年齢 (M±S.D.)
同時性	男 7	62.3 ± 7.8
	女 10	61.6 ± 10.9
異時性	女 1	71.0*

* 第1癌発見時

総病巣数は41個で、うち同時性多発癌が39個、異時性多発癌が2個であった。そのうち病巣数2個が、同時性多発癌13例、異時性多発癌1例あり、計14例(77.8%)を占めた。病巣数3個が3例(16.7%)、病巣数4個が1例(5.5%)であった(表3)。

4) 占拠部位

同時性同所多発癌は11例(26病巣)を認め、同時性多発癌17例の64.7%を占めた。部位はRbの4例、Tの2例、以下Ra, Rs, D, A, Cの各々1例でRbが最も多かった。同時性異所多発癌は6例(13病巣)で同時性多発癌の35.3%を占めた。隣接領域に発症したものはP-Rb, T-Aの2例、1領域離れたものはRb-Rs, D-A, T-Cの3例、3領域離れたものはS-Cの1例であっ

表3 大腸多発癌の癌腫個数

病巣数	2個	3個	4個	計
同時性	13 (77.8)	3 (18.7)	1 (5.5)	17 (100)
異時性	1 (7.7)	0	0	1 (100)
病巣数	26 (88.3)	9 (32.0)	4 (18.7)	39 (100)
異時性	2 (88.3)	0	0	2 (100)

() : %

表4 大腸多発癌の占拠部位

症例	年 性	占拠部位 (P Rb Ra Rs S D T A C)
異時性	48-524 71 ♀	oo
同 所	50-152 51 ♀	△●
	55-377 56 ♀	△●
	55-104 55 ♀	△●
	56-395 53 ♀	△●
	47-82 67 ♀	△
	51-344 73 ♀	△△
	52-290 67 ♀	△△
	50-69 40 ♀	△△
	52-468 71 ♀	△△
	52-628 62 ♀	△△
	49-522 56 ♀	△△
	57-495 60 ♀	△●
異 所	50-219 51 ♀	△△
	52-294 61 ♀	△△
	56-241 72 ♀	△△
	49-422 70 ♀	△△
	54-344 62 ♀	△△

早期癌 △...m osm
進行癌 △...pm ●ss以上

た。

異時性同所多発癌はRbに発生した1例のみであった(表4)。

5) 病理組織学的所見

多発癌について同時性は壁深達度がより高度のものを、また同一の場合は腫瘍径の大きいものを第1癌とし、異時性では最初のものを第1癌とした上で病理組織学的検討を加えた。

a) 壁深達度

壁深達度でみると進行癌23個、早期癌18個の割合であった。その症例別組み合わせは、進行癌と進行癌が5例(27.8%)、進行癌と早期癌が11例(61.1%)、早期癌と早期癌が2例(11.1%)となり進行癌と早期癌の組み合わせが最も多かった。また進行癌は第1癌に多く、18例中15例(82.2%)を占め、早期癌は第2癌18例中12例(66.7%)、第3癌に4例中3例(75%)と第2癌以下に多い傾向が認められた(表5)。

b) 組織型

組織型でみると高分化型32個、中分化型9個で、低分化型および粘液型は認められなかった。症例別の組み合わせでみると、高分化型と高分化型が10例(55.6%)、高分化型と中分化型が7例(38.9%)、中分化型と中分化型が1例(5.5%)の順となり、高分化型と高分化型との組み合わせが最も多かった。また中分化型は第1癌に6例(33.3%)と多く、高分化型は第2癌に15例(83.3%)、第3、4癌では全例と、第2、3、4癌に多くなる傾向が認められた(表6)。

表5 大腸多発癌の組み合わせと組織学的壁深達度

	同時性(同所)	異所	異時性	計			
進行癌+進行癌	1	4	0	5 (27.8)			
進行癌+早期癌	10	1	0	11 (61.1)			
早期癌+早期癌	1	0	1	2 (11.1)			
計	12 (66.7)	5 (27.8)	1 (5.5)	18 (100)			
	m	sm	pm	ss (a)	s (a)	si	計
1癌	2	1 (1)	2	5	6	1	18 (43.9)
2癌	9	3 (1)	3	2	1	0	18 (43.9)
3癌	3	0	0	1	0	0	4 (9.8)
4癌	0	0	0	1	0	0	1 (2.4)
計	14 (34.1)	4 (9.8)	5 (12.2)	10 (24.4)	7 (17.1)	1 (2.5)	41 (100)

() : % () : 異時性

表6 大腸多発癌の組織型

	同時性(同所)	異所	異時性	計
高分化型—高分化型	8	2	0	10 (55.6)
高分化型—中分化型	4	2	1	7 (38.9)
中分化型—中分化型	1	0	0	1 (5.5)
計	13 (72.2)	4 (22.2)	1 (5.6)	18 (100)

	高分化型	中分化型	低分化型	muci	計
1癌	12 (1)	6	0	0	18 (43.9)
2癌	15	3 (1)	0	0	18 (43.9)
3癌	4	0	0	0	4 (9.8)
4癌	1	0	0	0	1 (2.4)
計	32 (78.0)	9 (22.0)	0	0	41 (100)

() : 異時性 () : %

c) 脈管侵襲

脈管侵襲でみると静脈侵襲は第1癌で陽性率38.9%, 第2癌22.2%, 第3, 4癌0%となり第1癌が最も高かった。リンパ管侵襲では, 第1癌が72.2%, 第2癌50%, 第3癌25%と第1癌の陽性率が最も高かった。(表7)。

6) ポリープの併存

ポリープ併存例は2多発癌14例中4例(28.6%), 3多発癌3例中2例(66.7%)に認められ全体として6例(33.3%)に認められた。またポリープを伴う6例でcancer in adenomaを認めたものが4例(66.7%)あったが, ポリープを伴わない12例には3例(25%)しか認められなかった(表8)。

表7 大腸多発癌の脈管侵襲

	V ₀	V ₁	V ₂	V ₃	不明	計
1癌	10	7			1(1)	18(43.9)
2癌	14	2	2(1)			18(43.9)
3癌	4					4(9.8)
4癌	1					1(2.4)
計	29(70.7)	9(22.0)	2(4.9)		1(2.4)	41(100)

	ly ₀	ly ₁	ly ₂	ly ₃	不明	計
1癌	4	7	6	0	1(1)	18(43.9)
2癌	9	4(1)	5	0		18(43.9)
3癌	3	0	1	0		4(9.8)
4癌	0	0	1	0		1(2.4)
計	16(39.4)	11(26.8)	13(31.8)	0	1(2.4)	41(100)

()…真性性 ()…%

表8 大腸多発癌とポリープとの関係

多発癌併存例数	2	3	4
癌例数	14	3	1
ポリープ併存例数	4(28.6)	2(66.7)	0

Cancer in adenoma/ポリープ併存例	4/5(80.7)
Cancer in adenoma/ポリープ併存例	3/12(25.0)

11-5

7) 診断

同時性多発癌17例中術前に多発癌と正診できた症例は5例(29.4%)であった。詳細に検討してみると, 進行癌と進行癌の組み合わせ5例では術前3例で正診率60.0%であった。2例の正診できなかった理由は, 注腸検査で1例が1領域(DとA)はなれていたため見落したのと, 1例はあまりにも近接していたため単発癌とみなしたためであった。

進行癌と早期癌の組み合わせ11例は術前に正診できたものは2例で18.2%の正診率であった。その2例は早期癌が進行癌より肛門側にあった3例の内の2例であった。早期癌が進行癌より口側に位置した8例は正診率0%で, このような症例の正診率の向上が必要と思われた。さらに同時性多発癌1症例に, 胃の同時性重複癌(por. schirrous type ssr. P₀ H₀ n₀ stage II)を術前に診断したことより他臓器への注意も必要と思われる(表9)。

8) 治療と予後

表9 正診例の検討

	正診例(%)	誤診例(%)
進行癌↔進行癌	3(60.0)	2(40.0)
進行癌↔早期癌	2(18.2)	9(81.8)
口側が進行癌の時	2(66.6)	1(33.4)
肛門側が進行癌の時	0(0)	8(100.0)
早期癌↔早期癌	0(0)	1(100.0)
全例	5(29.4)	12(70.6)

表10 大腸多発癌の治療と予後

症例	年性	部位	stage	術式	術日	根治度	予後(S. 57. 12. 31現在)
1) K. H.	71♀	Rb	I	経肛門的ポリペクトミー	S 48. 10. 23	治	7年生存
2) T. Y.	71♀	Rb	IV	腹会陰式直腸切断術	S 50. 12. 3	治	8ヶ月癌死
3) I. T.	56♀	Ra, Rb	III	Hartmann手術	S 55. 7. 31	治	2年1ヶ月生存
4) T. Y.	55♂	Rb	II	経肛門的ポリペクトミー	S 55. 11. 17	治	1年6ヶ月他病死(脳血管障害)
5) Y. F.	53♀	Rb	II	腹会陰式直腸切断術	S 55. 2. 13	治	1年4ヶ月生存
6) H. G.	67♂	Rb, Rs	II	腹会陰式直腸切断術	S 56. 8. 5	治	7ヶ月癌死
7) H. K.	73♀	Ra	III	前方切除術	S 51. 7. 14	治	5年6ヶ月他病死(心疾患)
8) I. Y.	67♀	Rs	I	開腹ポリペクトミー	S 52. 5. 26	治	5年7ヶ月生存
9) N. M.	40♀	D	III	左半結腸切除術	S 50. 1. 27	治	6年11ヶ月生存
10) K. T.	77♀	T	II	右半結腸切除術	S 52. 9. 8	治	2年1ヶ月他病死(脳血管障害)
11) H. M.	62♀	T	V	結腸部分切除術	S 52. 12. 20	非	6ヶ月癌死
12) M. T.	66♀	A	III	結腸部分切除術	S 53. 6. 21	非	6ヶ月癌死
13) H. T.	60♂	C	III	全結腸切除術	S 49. 11. 6	治	5年6ヶ月癌死
14) H. T.	60♂	C	III	右半結腸切除術	S 57. 11. 22	治	2ヶ月生存
15) H. T.	51♂	Rb, P	I	腹会陰式直腸切断術	S 50. 4. 23	治	6年8ヶ月生存
16) T. Y.	61♂	S. C	II	結腸部分切除術	S 52. 5. 26	治	4年8ヶ月生存
17) H. Y.	72♂	A. D	III	右半結腸切除術	S 53. 4. 27	治	7ヶ月術死(肺転移切除時)
18) U. K.	70♂	T. A	II	全結腸切除術	S 56. 4. 23	治	7ヶ月術死(肺転移切除時)
19) Y. T.	62♀	C. T	I	右半結腸切除術	S 49. 8. 29	治	4年6ヶ月癌死
20) Y. T.	62♀	C. T	I	右半結腸切除術	S 54. 7. 18	治	3年5ヶ月生存

治療は18例に対し、べ22回の手術が施行された。そのうち polypectomy は2例に対し3回行われたのにすぎず、他は全例切除された。切除術式として右および左半結腸切除術の7例に対し、べ7回が最も多く、つぎに腹会陰式直腸切断術が5例に対し5回行われ、以下結腸部分切除およびその他の順となった。治癒切除は18例中17例(94.4%)に行われた。また予後も治癒切除できたものについては良好であった(表10)。

III. 考 察

大腸多発癌の頻度は北條³⁾が5.6%、加藤⁹⁾が6.0%、高島⁶⁾が5.4%、近藤⁷⁾が5.9%と報告している。その平均は約5.5%で、著者らの5.6%とはほぼ一致していた。同時性多発癌と異時性多発癌との割合は、著者らと同じく第1癌との第2癌との発現間隔を1年を境にして区別している北條³⁾は3:1、近藤⁷⁾は6:1と報告しているが、著者らは17:1と同時性が著明に高かった。性別分布は男性に多い^{3)5)~10)}とする報告があるが、自験例では男女比7:11と女性に多かった。発病年齢は同時性で男女間に差は認められなかった。病巣数については2個が最も多く同時性17例中13例(76.5%)を占め、次に3個、4個の順で、近藤⁷⁾の2個83.3%、3個12.5%、4個4.2%とはほぼ一致しており大きな差異は認められなかった。

占拠部位は多発癌においてS状結腸に多いという報告²⁾⁷⁾と、直腸に多いという報告⁹⁾の両説があるが、自験例では18例中7例(38.9%)と直腸領域に発生したものが最も多く、S状結腸領域が関与したものは1例と少ないのが特徴的であった。また第1癌および第2癌が同一領域および隣接領域に発症したものは18例中14例(77.8%)と最も多く、その割合とMoertel¹⁾。

友田¹⁰⁾、富田¹¹⁾、近藤⁷⁾と比較して著明に高く特徴的であった。また1領域以上離れた症例は全例同時性多発癌で17例中4例(23.5%)を占め、術前に大腸全体に亘る綿密な検索が必要と思われた。

診断についてみると、同時性多発癌17例中術前に正診できたものは5例であった。これを検討すると進行癌一進行癌の組み合わせの時は60.0%の正診率であった。しかし進行癌と早期癌の組み合わせの場合、特に早期癌が進行癌より口側に位置する症例が術前精査不十分のことが多いため、これらの正診率は低くなり、全体として正診率が低くなった。これらの正診率向上のため術前の大腸全般に亘る精査、術中の用手的検査、術中内視鏡検査¹²⁾などを十分に行う必要があり、また ileus など緊急手術を施行する場合には、術中の検索

はもとより、術後残大腸の精査が必要である。

また同時性多発癌に胃の同時性重複癌を合併した症例が1例あり他臓器の十分な検索も必要である。

異時性多発癌は予後良好との報告⁵⁾⁶⁾⁸⁾が多く、自験例も同様であった。同時性多発癌でも治療切除できた症例の予後は良好であった。

IV. 結 語

最近の11年間に経験した大腸多発癌18例について検討を加え以下の結果を得た。

(1) 頻度は5.6%であった。同時性多発癌17例、異時性多発癌1例であった。

(2) 性比では同時性多発癌で男:女=7:11であり、異時性多発癌の1例も女性で、多発癌は女性に多い傾向がみられた。

(3) 発生部位は、同時性多発癌では直腸領域に高頻度に発生した。異時性多発癌も直腸領域であった。

(4) ポリプ併存例に cancer in adenoma が多い傾向が認められた。

(5) 同時性多発癌で、進行癌と早期癌の組み合わせが11例(61.1%)と高いため、術前、中、後にわたる十分な検索の必要性が示された。

(6) 同時性多発癌に同時性重複癌(胃)を併存した1症例を経験したことより他臓器の十分な検索の必要性が示唆された。

(7) 治療切除できたものは、同時性、異時性多発癌とも予後は良好であった。

本論文の要旨は第23回日本消化器外科学会総会(宇部市)において発表した。

文 献

- 1) 平山 雄: 大腸癌の疫学的変遷と今後の展望. 日臨 39: 2006-2016, 1981
- 2) Moertel CG, Bagen JA, Dockerty MB: Multiple carcinomas of the large intestine. A review of the literature and a study of 261 cases. Gastroenterology 34: 85-98, 1958
- 3) 北條慶一, 小山靖夫, 伊藤一二: 大腸重複癌. 外科 33: 1255-1262, 1971
- 4) 大腸癌研究会編: 臨床病理. 大腸癌取扱い規約. 改訂第3版. 金原出版, 東京, 1983
- 5) 加藤知行, 山内晶司, 森本剛司ほか: 大腸の多発癌. 外科診療 23: 214-221, 1981
- 6) 高島茂樹, 桐山正人, 富山富士夫ほか: 大腸多発癌の臨床病理学的検討: 同時性と異時性の対比から. 外科診療 25: 193-199, 1983
- 7) 近藤秀則, 朝倉 晃, 岡村進介ほか: 大腸多発癌の臨床病理学的検討. 消外 6: 1877-1881, 1983

- 8) 井上 淳, 竹田力三, 宮野陽介ほか: 大腸多発癌症例の臨床的検討. 外科 40: 865—870, 1978
- 9) 貞広荘太郎, 近藤 喬, 武士昭彦ほか: 大腸多発癌, 重複癌の臨床的検討, 日本大腸肛門病会誌 35: 524—529, 1982
- 10) 友田博次, 古澤元之助, 大町彰二郎ほか: 胃および大腸における多発癌に関する検討. 外科 41: 897—901, 1979
- 11) 富田正雄, 三浦敏夫, 下山考俊ほか: 大腸多発癌症例の検討. 外科診療 24: 1144—1148, 1982
- 12) 貝原信明, 宮野陽介, 木村 修ほか: 大腸癌手術における術中内視鏡検査. 日外会誌 82: 1072—1075, 1981
-