上行結腸に原発した非 Hodgkin 悪性リンパ腫の 1 例

埼玉県立がんセンター腹部外科, *同 病理部

岩瀬 和泉 関根 毅 三山 健司 内田 治
水口 滋之 田中 洋一 武内 脩 須田 雍夫
藤田吉四郎 田久保海誉*

PRIMARY NON-HODGKIN'S MALIGNANT LYMPHOMA OF THE ASCENDING COLON, A CASE REPORT

Izumi IWASE, Takeshi SEKINE, Takeshi MIYAMA,
Osamu UCHIDA, Shigeyuki MINAGUCHI, Youichi TANAKA,
Osamu TAKAUCHI, Yasuo SUDA, Kichishiro FUJITA
and Kaiyo TAKUBO*

Division of Abdominal Surgery and Department of Pathology*
Saitama Cancer Center Hospital

索引用語: 上行結腸悪性リンパ腫

はじめに

大腸原発の悪性リンパ腫はきわめてまれな疾患とされている。最近、著者らは上行結腸に原発し、漿膜面に紡錘状の腫瘤を伴い、腫重積様の所見を呈した非 Hodgkin 悪性リンパ腫の 1 例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

I. 症 例

症例: 51歳, 男, 会社員。

主訴: 腹部膨満感。

家族歴: 祖父母および母親が胃癌にて死亡。

既往歴: 特記すべきことはない。

現病歴: 昭和59年11月頃より便秘および心窩部痛を伴う腹部膨満感あり、当科を紹介されて昭和60年4月18日入院した。

現症: 体格中等度, 脈拍60/分, 血圧120/80mmHg, 眼瞼結膜および眼球強膜に貧血, 黄疸を認めない。発熱はない。腹部は平坦, 軟で, 臍右側に軽度の圧痛を伴う抵抗を認めるが, 腫瘤, 肝, 脾などは触知しない。直腸指診では腫瘤, 圧痛はなく, 頸部, 腋窩および鼠径部のリンパ節の腫大も認められなかった。

臨床検査成績: 便潜血反応陽性のほか異常所見は認められなかった (表1)。

められなかった (表1)。

注腸造影検査: 右結腸曲のやや口側, 上行結腸に大きさ7×6cmの腫瘤陰影を認め, その基部に粘膜集中像を思わせる所見がみられた (図1)。

大腸内視鏡検査: 横行結腸のほぼ中央に腫瘤を認め, 表面は凹凸不整で一部びらんがみられた。腫瘤は容易に移動するが, 茎の存在は不明であった。生検では悪性所見はみられず, Group II と診断した (図2)。

表1 臨床検査成績

血液検査		血清電解質検査	
白血球数	4,000 /mm ³	Na	145 mEq/l
赤血球数	451×10 ⁴ /mm ³	K	3.8 mEq/l
ヘモグロビン	15.8 g/dl	Cl	104 mEq/l
ヘマトクリット	46.6 %	Ca	5.0 mEq/l
血小板数	21.5×10 ⁴ /mm ³	P	4.4 mg/dl
末梢血液像		生化学検査	
好中球	72.2 %	T.P.	6.5 g/dl
好酸球	3.2 %	Alb.	4.2 g/dl
好塩基球	1.1 %	T.B.	1.0 mg/dl
リンパ球	17.2 %	Al-p.	124 IU/l
赤 沈	2mm (1時間)	LDH	190 IU/l
	4mm (2時間)	GOT	20 IU/l
尿検査		GPT	23 IU/l
便潜血反応		LAP	39 IU/l
オルトトルイジン法 (++)		血清免疫検査	
グアヤック法 (+)		CEA (RIA)	1.1 ng/ml
		CA19-9 (RIA)	15.6 U/ml

<1987年10月14日受理> 別刷請求先: 岩瀬 和泉
〒362 埼玉県北足立郡伊奈町大字小室818 埼玉県がんセンター腹部外科

図1 注腸造影所見。右結腸曲のやや口側，上行結腸に大きさ約7×6cmの腫瘤陰影（矢印）を認める。

図2 大腸内視鏡所見。横行結腸のほぼ中央に腫瘤を認め，表面は凹凸不整で一部びらんがみられる。

腹部 computed tomography (CT) 検査：左結腸曲に偏在する腫瘤像がみられ，注腸造影などで認められた腫瘤が移動したものと判断した（図3）。

上腸物膜動脈造影検査：腫瘤に一致した血管増生像はみられなかった（図4）。

術前診断：以上より，良性腺腫または非上皮性腫瘍と診断したが，癌も否定しえず，大きさの点で手術適応と考えて昭和60年4月25日開腹した。

手術所見：腹水貯留，肝転移は認められなかった。

図3 腹部CT所見。左結腸曲に偏在する約7×6cmの腫瘤像の low density（矢印）がみられる。

図4 上腸間膜動脈造影所見。右結腸動脈領域に腫瘤陰影（矢印）を認めるが，血管増生像はみられなかった。

腫瘤は約5×4cmで横行結腸のほぼ中央に位置し，口側の上行結腸に容易に移動した。右結腸曲，やや上行結腸寄りの間膜対側に腫瘤の茎と思われる部分を認め，同部の漿膜面に紡錘型で索状の腫瘤（約5×1.5cm）が突出していた。また，腫瘤の口側漿膜は約5cmにわたり灰白色を呈しており，腸重積を繰り返していたことが示唆された。所見リンパ節は大腸癌取り扱い規約¹⁾にしたがうと，No. 211, 212, 221に腫大を認めたが，転移を思わせる所見はなかった。右半結腸切除術（R₃）を施行した。腫瘍は大腸癌取り扱い規約¹⁾にしたがうと，A, 1型（5×4cm），間膜対側1/2周 S₀, P₀, H₀, N(-), OW(-), AW(-), Stage I, R₃であった。

切除標本所見：主病変は回盲弁より10cm 肛門側の上行結腸の間膜対側に茎の基部をもつ1型の境界明瞭な腫瘍(4.0×5.2×4.5cm)であった。表面はごつごつしていた大小の隆起がみられ、いわゆる“かのこ”状を呈し、軟で、びらんないし潰瘍は認められなかった。茎の長さは0.5cm、太さは直径3.0cmであった。剖面は黄白色で、その基部において肉眼的に筋層まで浸潤

図5 切除標本所見。回盲弁より10cm 肛門側の上行結腸の間膜対側に茎の基部をもつ1型の境界明瞭な腫瘍(4.0×5.2×4.5cm)を認める。

図6 病理組織学的所見

A：粘膜面が非薄化した異型の乏しい上皮で覆われたポリプ状腫瘍。
B：円形の核をもつ小型の腫瘍細胞がびまん性に増殖し、粘膜から固有筋層にかけて著明な浸潤所見が認められる。

した所見を示していた。漿膜面の腫瘍(2.00×4.5×1.0 cm)は、漿膜に流入する右結腸動脈分枝に沿っており、リンパ筋とは形態が異なっていた(図5)。

病理組織学的所見：図6Aはルーペ像で、粘膜面が非薄化した異型の乏しい上皮で覆われたポリプ状腫瘍を示し、図6Bは腫瘍部の強拡大像で、円形の核をもつ小型の腫瘍細胞がびまん性に増殖している。図7Aは漿膜面の紡錘状腫瘍の組織像で、右結腸動脈分枝の壁に沿って同様の腫瘍細胞を認め、またリンパ節はNo. 211, 212に転移を認めn2(+)であった。

免疫酵素組織学的検索：腫瘍組織のパラフィン切片における抗 leucocyte common antigen (DACO, Santa Babra, CA, USA), 抗 T-cell, 抗 B-cell (Bio-Science Product AG, Emmenbrucke, Switzerland) および抗 Leu7, 抗 LeuM1 (Becton Dickinson, Mountain View, CA, USA) のモノクローナル抗体を用いた免疫染色(酵素抗体ABC法)の検索では、抗 leucocyte common antigen, 抗 B-cell 染色において、びまん性に陽性細胞を認めた。また、抗 T-cell, 抗 Leu 7, 抗 Leu M1染色では、散在性に陽性細胞を認めたが、このうち抗 T-cell 染色においては、ときに陽性細胞が集合して存在した(図7B)。これらの所見から、本腫瘍は B-cell リンパ腫と考えられた。以上の所見より、

図7 病理組織学的所見

A：漿膜面の紡錘状腫瘍の組織像。右結腸動脈分枝の壁(上側)に沿って同様の腫瘍細胞が認められる。
B：抗 B-cell 染色において、びまん性に陽性細胞を見る。(×300)

LSG 分類²⁾で diffuse, small cell type, 国際分類³⁾で small lymphocytic type の non-Hodgkin's malignant lymphoma, B-cell type と診断した。また本症例は Dawson ら⁴⁾の腸管原発悪性リンパ腫の診断基準をすべて満たし, Naqvi ら⁵⁾の病期分類に従うと Stage II であった。術後, 化学療法は施行せず, 11ヵ月経過した現在, 再発の兆候もなく健在である。

II. 考 察

大腸原発性リンパ腫は消化管原発悪性リンパ腫の9～15%⁶⁾と少なく, わが国では1980年, 第11回大腸癌研究会の「大腸非上皮性腫瘍アンケート調査」(以下, アンケート)において130例, 当科では本例を含め2例にすぎない⁸⁾。また, 欧米では Kashimura ら⁷⁾, 中村ら⁸⁾, によると1972年までに273例の報告がなされている。わが国における上行結腸原発性の悪性リンパ腫は, アンケートでは大腸原発悪性リンパ腫130例中8例(6.2%)であり, 著者らの渉猟した範囲では1980年以降の4例を含めて12例の報告がなされているにすぎない(表2)。これらの症例のうち, 本例のごとく腸重積をじゃ起した報告も少なくない⁹⁾。本症例の肉眼的所見は Wood¹⁰⁾のポリープ型に相当したが, 漿膜面への浸潤による紡錘状の腫瘤をきたした報告はみられない。一方, 病理組織学的には LSG 分類²⁾および国際分類³⁾が広く用いられているが, 消化管原発の悪性リンパ腫の場合には病理診断に加えて Dawson ら⁴⁾の診断基準をすべて満たすことが必要である。

治療は癌と同様に, 広範囲のリンパ節郭清を伴う根治手術を施行することにある。また, 症例によっては制癌剤投与ないし放射線治療が併用される¹¹⁾¹²⁾。予後は大腸悪性リンパ腫では不良とされ, Naqvi ら⁵⁾は病期別に検討し, Stage I, II, III, IV でそれぞれ66%,

40%, 25%, 0%と報告している。また, アンケートでは治癒切除例において5年生存率は44.2%, 10年生存率は40.0%であったとしている。

おわりに

上行結腸に原発した非 Hodgkin 悪性リンパ腫 (LSG 分類²⁾: diffuse, small cell type, 国際分類³⁾, small lymphocytic type) の1例を報告し, 併せて2, 3の文献的考察を加えた。

文 献

- 1) 大腸癌研究会編: 臨床・病理。大腸癌取り扱い規約。改訂第4版。金原出版, 東京, 1985
- 2) 須知泰山, 若狭治毅, 三方淳男ほか: 非ホジキンリンパ腫病理組織診断の問題点—新分類の提案。最新医 34: 2049—2062, 1979
- 3) National Cancer Institute Sponsored study of Classifications of non-Hodgkin's Lymphomas: Summary and description of a working formulation for clinical usage. Cancer 49: 2112—2135, 1985
- 4) Dawson IMP, Cornes JS, Morson BC et al: Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract. Br J Surg 49: 80—89, 1961
- 5) Naqvi MS, Burows L, Karka AE et al: Lymphoma of the gastrointestinal tract. Ann Surg 170: 221—231, 1969
- 6) 関根 毅, 神田裕三, 藤原睦憲ほか: 直腸に原発した悪性リンパ腫の一例。癌の臨 32: 426—432, 1986
- 7) Kashimura A, Murakami T: Malignant lymphoma of large intestine. Gastroenterol Jpn 11: 141—147, 1976
- 8) 中村恭一, 菅野晴夫, 熊倉賢二ほか: 消化管の悪性リンパ腫。胃と腸 8: 177—186, 1973
- 9) 白木東洋彦, 木下俊昭, 川崎栄明ほか: 大腸原発悪性リンパ腫の二例。日消病会誌 75: 102—108, 1978
- 10) Wood DA: Tumors of the intestine. Atlas of tumor pathology. Sect IV. Fasc 22. AFIP, Washington DC, 1967, p96—99
- 11) 白鳥常男, 藤井久男, 前田武昌ほか: 大腸細網肉腫の臨床。外科診療 21: 583—590, 1979
- 12) Steward WP, Harris M, Wagstaff L et al: A prospective study of the treatment of highgrade histology non-Hodgkin's lymphoma involving the gastrointestinal tract. Eur J Cancer Clin Oncol 21: 1195—1200, 1985

表2 わが国における悪性リンパ腫切除術—上行結腸—1980年以降

症例	報告者 年 代	年齢 性別	主 訴	肉眼型 大きさ	組 織 型	手術判定	化療	転帰
1	中光ら 1984	53 女	右下腹部痛		diffuse large cell			
2	近藤ら 1985	75 女	便秘異常	3型 (5×6cm)	diffuse mixed cell	絶対非治癒 (N4)	(+)	生存
3	安達ら 1985	77 女	便秘異常	1型 (14×13cm)	follicular medium-sized cell	絶対非治癒 (P2)	(+)	生存
4	自験例 1986	51 男	腹部膨満感	1型 (5×4cm)	diffuse small cell	絶対治癒	(-)	生存 11ヶ月