●〈症例〉

polypectomyにて切除した 上行結腸粘膜下脂肪腫の1例

高松 徹 山中健一 牛丸信也 松本吏弘
岩城孝明 池田正俊 鷺原規喜 宮谷博幸
吉田行雄

自治医科大学附属さいたま医療センター／消化器科

〔Key Words〕 結腸粘膜下脂肪腫, polypectomy

和文要旨

症例は67歳男性。上行結腸に60mmのIp様のSMTを認め、粘膜下脂肪腫と診断した。2チャンネルスコープを用い、留置スネアで基部を絞扼し、33mmスネアにてpolypectomyを実施した。短時間に一括切除可能であったが、術後に軽度のair leakを認めた。脂肪腫の内視鏡治療に際しては、病変の形状により完全切除にこだわらずリスクを考慮した治療法を選択すべきである。

はじめに

結腸脂肪腫の発生頻度は剖検例において3%前後であり、好発部位をみると盲腸が最も多く、次いで上行結腸、横行結腸の順で、右側結腸に比較的多いとされている。腫瘍径が40mm以上になると重積例が増加し、特に後腹膜に固定されている上行および下行結腸で頻度が増すと言われている¹⁾。今回我々は、60mmの上行結腸粘膜下脂肪腫に対しpolypectomyを施行し、短時間に一括切除が可能であったが、穿孔を認めた症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

症 例

患者：67歳、男性。

主訴：特になし。

既往歴：20歳代に虫垂炎にて手術。

生活歴：喫煙；7本/日・30年間、飲酒；ビール350ml/日・毎日。

家族歴：乳癌(祖母)。

現病歴：1998年近医にてスクリーニング目的で大腸内視鏡検査を実施され、上行結腸に17mmの脂肪腫を指摘されていた。2008年10月健診にて便潜血反応陽性を指摘され、近医にて大腸内視鏡検査を実施したところ、上行結腸に60mmの粘膜下腫瘍を指摘され、精査加療目的で当院を紹介され受診した。

Table 1 Laboratory data on admission.

【入院時検査所見】		TP	7.2g/dl
		Alb	4.5g/dl
WBC	4900/ μ l	T-Bil	0.83mg/dl
Hb	14.3g/dl	AST	25mU/ml
Ht	40.8%	ALT	36mU/ml
Plt	16.9x10 ⁴ / μ l	LDH	158mU/ml
		γ -GTP	157mU/ml
CEA	1.2ng/ml	BUN	14mg/dl
CA19-9	5.3U/ml	Cr	0.93mg/dl
		CRP	0.05mg/dl

入院時現症：心肺所見異常認めず。腹部；平坦・軟、圧痛なし。腫瘍触知せず。

入院時検査所見 (Table 1)：異常認めず。

大腸内視鏡検査所見 (Fig. 1)：上行結腸に約60mm大の太い茎部を有するIp様の粘膜下腫瘍を認める。色調は黄白色調で、粘膜面にびらん、潰瘍等は認めない。クッションサイン陽性であった。

超音波内視鏡検査所見 (Fig. 2)：内部エコーは均一な高エコー腫瘍で深部はエコー減衰のため評価不能だった。

入院後経過：2チャンネルスコープを用いて内視鏡治療を実施した (Fig. 3)。把持鉗子にて病変を牽引することにより、30mm留置スネアの病変基部での絞扼が可能となった。次に留置スネアの病変側で33mmスネアを絞扼しpolypectomyを実施した。切除面に明らかな穿孔部位は確認できなかったが、クリップにて縫縮し、切除検体を回収し終了した。術後軽度のair leakを認めたが、発熱、炎症反応の上昇はなく、保存的に治療が可能で術後7日目に退院した。

摘出標本の病理組織学的所見 (Fig. 4)：切除検体は60×40×40mmで成熟脂肪組織からなる結節状の病変で、悪性所見は認めなかった。

考 察

結腸脂肪腫の治療法として、良性腫瘍であることから低侵襲性治療としての内視鏡切除や、腹腔鏡補助切除が望まれる。内視鏡的切除の方法としては、polypectomy、および留置スネア・クリップ等を併用したpolypectomy, unroofing technique, ESD等が行われている。

医中誌にて1999年から2008年の間に検索しえた、本邦での大腸粘膜下脂肪腫に対する治療報告によると、外科的治療(腹腔鏡下手術を含む)が選択されたものは47例認めた。外科的治療が選択された理由は、大腸粘膜下脂肪腫としては非典型的な形態を示し、癌との鑑別を要した例、もしくは腸重積を合併した例がほとんどであった。polypectomyが実施された例は19例で、腫瘍断端の記載のあるものは、ほとんどが切除断端陽性であった。また、unroofing technique²⁾にて内視鏡治

Fig. 1 Colonoscopic view shows about 60mm submucosal tumor in the ascending colon. The overlying mucosa was normal and the lesion was soft and compressible.

Fig. 2 Endoscopic ultrasonography image shows that hyperechoic homogeneous mass lesion located in the submucosa.

療された例をはじめ、腫瘍が完全に切除されなくても、自然脱落により治癒したとの報告も多く認めた。スネアリングに関しては、腫瘍最大径よりも腫瘍の形状(短径の程度、基部の状態)が重要な要素と考えられている³⁾。

今回我々はスネア径より大きい脂肪腫に対し、2チャンネルスコープを用いて牽引することにより基部への絞扼が可能となり、腫瘍の一括切除が可能であった。しかし術後に軽度ではあるがair leakを認め穿孔を合併しており、広基性、または有茎性であっても茎部が20mm以上あるような例では穿孔のリスクが高くなり³⁾、術前に脂肪腫の診断が可能であれば、腫瘍の一括切除にこだわらず、unroofing technique等を用いた安全な内視鏡治療を心がけるべきであると思われた。

おわりに

大腸粘膜下脂肪腫と診断された病変の内視鏡治療は、完全切除に固執せずリスクを考慮した治療法を選択すべきである。

文 献

- 1) 猪口嘉三, 安達 剛, 山内 胖, 他: 大腸脂肪腫の一例. 医

Fig. 3 Endoscopic snare polypectomy with Detachable snare was performed. (a) The lesion was ensnared in the basis of the stalk with a Detachable snare of 30mm loop by the 2channel scope. (b) The lesion was ensnared in the above of the Detachable snare with an electrosurgical snare of 33mm loop. (c) The ulcer crater left in the basis of the stalk after the lesion excision. (d) Endoclips were placed to approach the ulcer margins.

Fig. 4 Histopathological examination revealed the tumor that composed of mature adipose tissue and no malignant figure.

学研究, 48: 101—106, 1978.

- 2) Mimura T, Kuramoto S, Hashimoto M, et al, Unroofing for lymphangioma of the large intestine; a new approach to endoscopic treatment. : Gastrointest. Endosc 46: 259—263, 1997.
- 3) 藤政篤志, 荒木靖三, 藤政浩志: 内視鏡的切除が行えた大腸脂肪腫の2例. 臨床と研究, 77: 109—121, 2000.

A case of an ascending colonic lipoma treated with endoscopic polypectomy

Toru Takamatsu	Kenichi Yamanaka
Shinya Ushimaru	Fumihiko Matsumoto
Takaaki Iwaki	Masatoshi Ikeda
Noriyoshi Sagihara	Hiroyuki Miyatani
Yukio Yoshida	

Division of gastroenterology, Saitama Medical Center, Jichi Medical University.