●〈症例〉

粘膜下層深部浸潤と術前診断した
肛門管近傍の直腸粘膜癌の1例金井美絵 徳永徹二 宮地隆史 岡田千津子
三谷圭二 青野茂昭 小針伸一 箱崎 幸也

自衛隊中央病院／消化器内科

〔Key Words〕直腸早期癌，深達度診断

はじめに

直腸肛門管部の隆起型早期直腸癌の深達度診断は，場所の特殊性ゆえに困難である。今回我々は，Narrow Band Imaging (NBI) 拡大観察を含む下部消化管内視鏡検査，直腸診，直腸超音波検査，Carcinoembryonic Antigen (CEA) 高値にて深達度SM高度浸潤癌と診断したが，外科的切除にて深達度Mであった早期直腸癌症例を経験し報告する。

症 例

患者：52歳男性。

主訴：便潜血陽性。

既往歴：31歳から糖尿病。

家族歴：特になし。

生活歴：喫煙 1 日100本×25年。

現病歴：平成22年 2 月，検診にて便潜血陽性指摘，二次精査目的で下部消化管内視鏡検査を施行した。その際，直腸肛門管部に腫瘍を認め，精査加療目的で入院となった。

入院時現症：身長 168cm，体重 97.5kg，BMI 28.2，体温 36.9℃，血圧 139/74mmHg，脈拍 101/分。胸腹部に異常所見なし。直腸診では 9 時方向に弾性硬の腫瘍を触知し，可動性は不良で易出血性はなかった。

入院時血液検査所見：腎機能低下，腎性貧血と，CEA 26.6ng/ml の異常高値を認めた。

下部消化管内視鏡検査 (Color 1)：通常光観察では直腸 Rb から肛門管部位に 1/4 周性，2 cm 大の Isp 病変を認めた。病変表面は凹凸不整で結節が集簇した形態であり，陥凹面に発赤，びらんが認められた。病変周囲粘膜にはひきつれを認め，送気にて伸展不良であった。腫瘍の丈は 1 cm 以上であり，白斑を有した腫瘍は，内視鏡的硬さと緊満感を有していた。NBI 拡大観察では陥凹面，陥凹面以外の部分共に不整の強い pit 様構造が観察され，粘膜表面の毛細血管は太さ，分布が不均一であった。広島分類の C-2，佐野分類の III A，昭和分類の irregular と考えた (Color 1)。ヨード染色では

腫瘍は不染で，生検病理組織検査では adenocarcinoma であった。

直腸超音波検査 (7 MHz にて観察)：SM 層の非薄化，一部断裂が認められた。

注腸検査：直腸 Rb 部に腫瘍は描出できるが深達度の判定は困難であった。

腹部造影 CT 所見：腫瘍は明らかでなく，遠隔転移，リンパ節転移も認められなかった。

経過：内視鏡所見，直腸診，直腸超音波検査，CEA 異常高値から総合的に判断して深達度を SM 高度浸潤と考えた。外科的治療の適応と判断し，外科に紹介を行った。糖尿病コントロール不良で，今回の入院中に慢性腎不全により透析が開始され，縮小手術である，経肛門の直腸腫瘍摘出術 MITAS (minimally invasive transanal surgery) が実施された。

手術所見：腫瘍は肛門側 8 時から口側 10 時方向で歯状線を含んで局在しており，大きさは 3 cm × 2 cm 大であった。

病理組織学的所見：2.4 × 1.5 cm の肉眼型 0 - I + II a + II b 型腫瘍で，優勢像は中分化管状腺癌で粘膜下層への浸潤は明らかでなく，腺腫成分は含まれなかった。最終診断は moderately differentiated tubular adenocarcinoma, pM, INFb, ly0, v0, pHM0, pVM0, pEA であった (Fig. 1)。

考 察

直腸肛門管部位は，種々の緊張がかかり，様々な肛門括約筋群が作用する場所である。そこに局在する腫瘍は，他の大腸部位に比べ，注腸検査，超音波内視鏡検査 (EUS)，内視鏡観察による深達度診断が困難である。内視鏡検査では，反転操作にて観察するため，SM 高度浸潤癌の所見である腫瘍の緊満感，腫瘍周囲のひきつれ¹⁾は，ねじり操作で修飾される可能性がある。特に Isp 隆起型腫瘍の通常光観察では深達度を深読みする傾向がある²⁾。また拡大観察では表層粘膜が残存した SM 浸潤癌も存在し，浅読みする可能性があることもいわれており³⁾，内視鏡観察による深達度診断は充分慎重になる必要がある。

また，直腸超音波検査も隆起型病変の際は，プローブが硬いために腫瘍が押し付けられ，深達度判断には注意が必要である。CEA は慢性腎不全時に尿中排泄低下の影響で高めに出ることが報告されている。今回は既報告と比較しても高値であり，腫瘍の深部浸潤を疑うことになった⁴⁾。

Rb 以下の SM 高度浸潤癌は根治手術として Miles 手術の適応で，侵襲が大きい。今回結果的には縮小手術を施行して良かったのだが，下部消化管内視鏡検査での crystal violet 染色による pit pattern 観察や，MRI

Fig. 1 Resected specimen and histopathological findings.

(Magnetic resonance imaging)の撮影などを組み合わせて、深達度診断の向上を図る必要があったと考えられた。

文 献

- 1) 斎藤裕輔, 富永素矢, 藤谷幹浩: 早期大腸癌の画像診断 通常内視鏡による深達度診断. 大腸癌Frontier, 2(4): 316—321, 2009.
- 2) 唐原 健, 鶴田 修, 河野弘志, 他: 隆起型早期大腸癌の深達度診断. 胃と腸, 42(5): 809—815, 2007.
- 3) 太田昭彦, 剛崎寛徳, 松林 純, 他: 拡大観察は隆起型早期大腸癌の深部情報を反映させるか. 消化器内視鏡, 17(8): 1182—1188, 2005.
- 4) 伊藤実紀子, 竹田昌弘, 小田切恵美, 他: 手術対象となった消化器癌における腫瘍マーカーの臨床的意義. 癌の臨, 38: 137—144, 1992.

〈カラーは13頁に掲載〉

A case of intramucosal rectal cancer close to the anal canal with a preoperative diagnosis of massive invasion in the submucosal layer

Mie Kanai Tetsuji Tokunaga
Takashi Miyaji Chizuko Okada
Keiji Mitani Shigeaki Aono
Shinichi Kobari Yukiya Hakozaki

It is difficult to evaluate the infiltration of early protruding colorectal cancer in the anal canal in many cases due to the regional specificity. In particular, rectal lesions may be overestimated employing standard-light observation with retroflex observation.

Furthermore, it is very difficult to assess the degree of infiltration by using endosonography. In this study, we report a patient with early rectal cancer in whom the degree of infiltration was regarded as mucosa, although colonoscopy, including magnified narrow band imaging, digital rectal examination, and endosonography findings, as well as an extremely high serum CEA level, suggested massive infiltration in the submucosal layer.

Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, The Central Hospital of Self Defence Force, Tokyo, Japan.