●〈症例〉

診断が困難であった 4型大腸癌の1例

大竹はるか¹⁾ 岩城孝明 池谷 敬 東海浩一
池田 正俊 牛丸信也 浅野 岳晴 松本吏弘
高松 徹 福西昌徳 鷺原 規喜 浅部伸一
宮谷 博幸 吉田行雄 佐々木純一²⁾ 土橋 洋³⁾

¹⁾自治医科大学附属さいたま医療センター／消化器科, ²⁾同／外科,
³⁾同／病理部

〔Key Words〕 4型大腸癌, 印環細胞癌

はじめに

一般的に、4型大腸癌は全大腸癌の0.5–1.3%を占めるのみで非常に稀な疾患である。また、粘膜下を主体に発育浸潤するため、早期診断は極めて困難であり、予後不良とされる。今回我々は、診断に苦慮した印環細胞癌主体の4型大腸癌の1例を経験したので報告する。

症 例

症例：39歳，女性。

主訴：腹部膨満感。

既往歴：11歳時に虫垂炎で手術歴あり。

家族歴：父に肺癌あり。

現病歴：2009年3月頃から腹部膨満感と腹痛が出現した。前医で便秘を疑われ経過観察となった。6月に入り1日6行程程度の下痢が出現。症状改善せず8月に当院に初診となった。血便は認めなかった。食後の左下腹部痛があったため8月以降は固形物の摂取は控えていた。

初診時現症：身長163cm，体重50kg（3カ月で4 kg

の体重減少あり）。腹部は平坦，軟で腫瘍は触知しなかった。

血液検査所見：貧血や炎症反応の上昇はみられなかった。

下痢に対し抗コリン薬などの内服で経過をみていたが、症状の改善はみられず、左下腹部に局限した腹痛が増悪したため、当院初診から2カ月で内視鏡検査を施行した。

下部内視鏡検査：SD-junctionから口側結腸粘膜の高度浮腫，発赤を認めた。内腔は狭小化し，口側へのスコープ通過は不可能であった。生検病理診断は，浮腫性結腸粘膜の結果で悪性を疑う所見は指摘されなかった。

腹部造影CT所見：下行結腸からS状結腸近位部に全周性の粘膜浮腫，壁肥厚がみられた（Fig. 1）。

CA19-9が196U/mLと上昇していることも判明し，悪性疾患の可能性が否定出来なかったため，入院の上精査を進めた。前回から約1カ月後に施行した下部内視鏡検査ではSD-junctionに全周性の狭窄を認め，粘膜面は発赤・充血が強く，高度な浮腫性変化を認め，口側へのスコープ通過は不可能であった（Color 1）。内視鏡下に施行したガストログラフィンによる造影では下行結腸の壁硬化像，全周性の高度な狭窄像を認めた（Fig. 2）。生検病理診断では印鑑細胞癌を主体とする低分化型腺癌が検出された（Color 2）。全身検索の結果転移性大腸癌ではなく4型大腸癌と診断した。入院中に腸閉塞を来したため横行結腸に人工肛門を造設した後，根治目的に手術を施行した。

手術所見：腹壁から腸間膜，ダグラス窩に腹膜播種を認め，S状結腸から下行結腸の腫瘍は後腹膜と癒着していた。腹膜播種を認めたが，人工肛門閉鎖を強く希望されたため，結腸左半切除・直腸低位前方切除を施行した。

病理組織学的所見：漿膜浸潤，リンパ管侵襲，リンパ節転移を認めた。

Fig. 1 CT scan showed circumferential edema and thickened wall.

Fig. 2 Radiographic findings showed rigid wall sclerosis and stenosis of descending colon.

経過：現在は術後補助化学療法を施行中である。術後半年経過するも再発なく通院中である。

考 察

一般的に4型大腸癌は全大腸癌の0.5–1.3%を占めるのみで¹⁾、粘膜下を主体に発育浸潤するため、腫瘍露出部が少なく、生検による癌の検出率は70%程度である²⁾。内視鏡所見の特徴としては腸管の狭小化を伴い、粘膜面は粗造または顆粒状であること、著明な潰瘍形成や周堤がなく、長い全周性の腸管壁の硬化、肥厚を認めることが挙げられる。消化管造影では、広範囲にわたる腸壁の伸展不良、管腔の狭小化、辺縁硬化像などを認める。粘膜面の病変が少なく、壁の浸潤性増殖が中心となるため、血便などの症状が発現しにくく早期診断は極めて困難である。また、大腸印環細胞癌は、大腸癌の0.4–1.2%を占める稀な組織型で平均年齢は40–50歳代、若年発症との報告が多い。早期より深部浸潤しやすい傾向にあるため、診断時にはリンパ節転移や遠隔転移を来していることが多く5年生存率は0–36%程度と予後不良である³⁾。

おわりに

診断に苦慮した印環細胞癌主体の4型大腸癌の1例を経験した。狭窄部位の評価は内視鏡所見のみでは困難であったが、繰り返し生検を施行したことで診断に

至った1例であった。便通異常が持続する症例では、若年者においても大腸癌を念頭におき精査をすべきと考えられる。

文 献

- 1) 飯田三雄：4型大腸癌とその鑑別診断. 胃と腸, 37: 135–136, 2002.
- 2) 平田克哉, 飯田三雄, 松本主之, 他：4型大腸癌の臨床病理学的特徴とX線・内視鏡診断. 胃と腸, 37: 152–164, 2002.
- 3) Mizunuma T, Nomura M, Fujii M et al: Primary Colorectal Signet-Ring Cell Carcinoma: Clinicopathological Features and Postoperative Survival. Surgery Today, 40: 234–238, 2010.

〈カラーは10頁に掲載〉

A case of type 4 colon cancer that presented a diagnostic challenge

Haruka Otake ¹⁾	Takaaki Iwaki
Takashi Ikeya	Koichi Tokai
Masatoshi Ikeda	Shinya Ushimaru
Takeharu Asano	Satohiro Matsumoto
Toru Takamatsu	Masanori Fukunishi
Noriyoshi Sagihara	Shinichi Asabe
Hiroyuki Miyatani	Yukio Yoshida
Junichi Sasaki ²⁾	You Dobashi ³⁾

A 39-year-old woman had suffered from left lower abdominal pain, fullness, and diarrhea for 7 months. A colonoscopy showed edematous mucosa and stenosis of sigmoid colon and the scope couldn't pass the region. Pathological examination revealed only an edematous mucosa. Then, CA19-9 turned out to be elevated and CT scan showed circumferential edema and thickened wall. We suspected a malignancy and repeated the colonoscopy one month later. We could diagnose it as a signet-ring cell based type 4 colon cancer. She underwent a temporal colostomy due to an ileus. Although peritoneal dissemination was revealed, she got left hemicolectomy and low anterior resection based on her request. Now, she gets treatment with postoperative adjuvant chemotherapy and keeps a relapse-free survival.

Type 4 colon cancer is rare and accounts for only 0.5–1.3% of all colon cancer. It is more likely to invade the submucosal tissue and associated with a difficult early diagnosis and a poor prognosis. We should consider a malignancy in a case of consistent disorder of a bowel movement even if the patient is still young.

¹⁾Department of Gastroenterology, ²⁾Surgery, ³⁾Pathology, Jichi Saitama Medical Center.