●〈症例〉

腹水を契機に発見された 直腸肛門部悪性黒色腫の1例

別府加寿子^{1,2)*} 坂本直人²⁾ 武田武史²⁾ 磯野 彩²⁾
山本悠子²⁾ 石井重登²⁾ 小谷知弘²⁾ 水井智和²⁾
猪狩功遺¹⁾ 折笠英紀³⁾ 渡辺純夫²⁾

¹⁾(公財)東京都保健医療公社東部地域病院／内科, ²⁾順天堂大学医学部／消化器内科, ³⁾(公財)東京都保健医療公社東部地域病院／病理検査科

*Corresponding author: kazukobp@juntendo.ac.jp

〔Key Words〕直腸肛門部悪性黒色腫, 腹水

はじめに

直腸肛門部悪性黒色腫は非常に稀な疾患であり, 全悪性黒色腫の0.4~1.6%, 直腸肛門部の悪性腫瘍の0.38~1%^{1,2)}とされ, 早期から血行性, リンパ行性に転移を来し予後不良である。今回我々は腹水を契機に発見されたStage IVの直腸肛門部悪性黒色腫を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者: 74歳, 女性。

主訴: 腹部膨満感。

既往歴: 60歳時に高血圧。70歳時にアルツハイマー型認知症。72歳時に人工骨頭置換術。

家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 約2週間続く腹部膨満感を主訴に近医受診。腹部超音波検査で大量の腹水を認め, 当院紹介受診。腹水の精査, 加療目的に同日緊急入院となった。

入院時現症: 腹部膨満, 波動あり。右鼠径部リンパ節触知, 両下腿浮腫あり。肛門部の視診で, 直腸肛門縁より脱出する黒色調を呈した弾性硬の隆起性病変を認め, 直腸診では, 下部直腸に弾性硬の隆起性病変を触知した。

入院時検査所見: CA125 362ng/mlと上昇を認めた。

腹部CT検査所見: 著明な腹水, 腸管膜脂肪織・大網の混濁, 右鼠径部リンパ節腫大, Douglas窩の軟部濃度結節を認める。肛門部に造影効果を伴う約10mm大の結節を認めた(Fig. 1)。

腹水所見: 混濁した淡黄色, 比重1.028, 細胞数525個/μl, 蛋白定量3.7g/dlで滲出性腹水であった。

腹水セプロック標本による細胞診: HE染色にて黒褐色の顆粒を有する腫瘍細胞を認め(Fig. 2-a), HMB-45染色(Fig. 2-b)およびS-100染色(Fig. 2-c)は陽性であり, 悪性黒色腫と診断した。悪性黒色腫の好

Fig. 1 Abnormalities detected on contrast-enhanced abdominal CT. a: Marked ascites and opacification of the mesenteric fat are seen. b: Enhancing swollen lymph nodes in the right groin area. c: An enhancing small nodule is seen in the pouch of Douglas. d: Enhancing nodules are also seen in the anorectal area.

発部位である皮膚, 眼, 鼻腔, 口腔, 食道に病変を認めなかったため, 大腸内視鏡を施行した。

大腸内視鏡検査所見: 肛門~直腸(Rb)にかけて, 一部黒色調を呈する結節状の隆起を認めた(Color 1)。黒色調~やや茶色調の部位より生検を施行した。

生検組織病理組織学的所見: メラノサイトの胞巣を認めた(Color 2-a)。HMB-45染色(Color 2-b)およびS-100染色(Color 2-c)は陽性であった。

経過: 以上の検査結果より, 直腸肛門部の悪性黒色腫, Stage IVと診断した。年齢, 全身状態を考慮し, 腹水穿刺等による症状緩和治療を施行した。

考 察

直腸肛門部悪性黒色腫は, メラニン産生細胞より発生する腫瘍で, 最初にMoore³⁾によって報告され, 全悪性黒色腫の0.4~1.6%, 直腸肛門部の悪性腫瘍の中で0.38~1%^{1,2)}と非常に稀な疾患である。好発年齢は50~70代で女性に多く, 初発症状としては出血, 肛門痛, 便通異常などがある。診断は, 視診や内視鏡検査で, 弾性硬の黒色の腫瘍を認めた場合に本疾患を疑い, 生検により腫瘍中にメラニン顆粒の存在を証明することにより確定診断を得る。HMB-45やS-100蛋白の免疫染色も有用である。

現在, 皮膚科領域でも悪性黒色腫の生検は禁忌とされておらず, むしろ積極的に行われている⁴⁾。直腸肛門部悪性黒色腫の場合, 生検施行例の正診率は80%に対し, 未施行例は13%と低いとの報告⁵⁾もあり, 本疾患を強く疑った場合の生検は, 確定診断のために有用性があると考えられる。自験例は, 腹水細胞診で悪性黒色腫と診断され, 皮膚, 眼, 鼻腔, 口腔, 食道に病変を認めなかったことより, 直腸肛門部の黒色調~やや茶

Fig. 2 Cell block cytology of ascites. Tumor cells with blackish brown granules are seen (a). The cells were positive for HMB 45 (b), and also positive for S-100 (c).

色調病変に対して、悪性黒色腫を疑い生検を施行し、確定診断に至った。

直腸肛門部悪性黒色腫のうち、無色素性、低色素性の症例が10～30%程度存在する。この場合、周囲と同色調から灰白色調を呈する隆起性腫瘍であり、肛門ポリープ、肛門管癌、悪性リンパ腫との鑑別が重要である。生検組織で少量のメラニン色素しか認められない場合もあるため、内視鏡所見を正確に病理医に伝えることが重要である⁶⁾。

直腸肛門移行部はリンパ血管系が豊富であり、早期に高率で血行性、リンパ行性転移を来すため、5年生存率は4.6～17%⁷⁻⁹⁾、平均生存期間は8～25カ月^{7,8)}と極めて予後不良である。

直腸肛門部の弾性硬の隆起性病変を認めた場合には、本疾患を鑑別にあげ、積極的に生検を行い早期発見することが重要であると思われる。

文 献

- 岡部 聡, 中島和美, 金子慶虎, 他: 直腸肛門部悪性黒色腫—自験例と本邦報告137例の検討. 日本大腸肛門病会誌, 40: 401—407, 1987.
- Wanebo HJ, Woodruff JM, Farr GH et al: Anorectal melanoma. *Cancer*, 47: 1891—1900, 1981.
- Moore WD: Recurrent melanosis of the rectum, after previous removal from the verge of the anus, in a man aged sixty-five. *Lancet*, 69: 290, 1857.
- 斎田俊明, 山本明史編: 悪性黒色腫の診断・治療指針. 金原出版, 東京, 2001.
- 及川隆司, 長谷川正義, 中西昌美: 肛門管原発悪性黒色腫の臨床病理学的検討. 外科治療, 54: 515—522, 1986.
- 藤谷幹浩: 高後 裕: 【Q&A】黒色の陥凹を有する直腸隆起性病変. 日消誌, 109: 1807—1812, 2012.
- Ross M, Pezzi T, Meurer D et al: Patterns of failure in anorectal melanoma. A guide to surgical therapy. *Arch Surg*, 125: 313—316, 1990.
- Weinstock MA: Epidemiology and prognosis of anorectal melanoma. *Gastroenterology*, 104: 174—178, 1993.
- 嶋田 鼎, 五十嵐渉, 堀野 豊, 他: 消化管悪性黒色腫—わが国報告例の検討. 外科治療, 80: 1213—1222, 1999.

〈カラーはp. 18に掲載〉

A case of malignant anorectal melanoma with massive ascites

Kazuko Beppu ^{1,2)*}	Naoto Sakamoto ²⁾
Takefumi Takeda ²⁾	Aya Isono ²⁾
Yuko Yamamoto ²⁾	Shigeto Ishii ²⁾
Tomohiro Kodani ²⁾	Tomokazu Mizui ²⁾
Takaaki Ikari ¹⁾	Hideki Orikasa ³⁾
Sumio Watanabe ²⁾	

A 74-year-old woman was admitted to our hospital complaining of a sense of abdominal fullness. Abdominal CT with a radiocontrast agent showed marked ascites, opacification of the mesenteric fat, and several enhancing lesions, including swollen lymph nodes in the right groin area, a small nodule in the pouch of Douglas, and nodules in the anorectal area. Ascitic cell block cytology showed tumor cells containing blackish brown granules. Based on these findings, we made a preliminary diagnosis of malignant melanoma. Colonoscopy revealed black elevated lesions in the anorectal area, and histology of biopsy specimens obtained from the lesions showed tumor cells containing blackish brown granules. Based on these findings, a final diagnosis of stage IV malignant anorectal melanoma was made.

A definitive diagnosis of malignant anorectal melanoma can be challenging, because the colonoscopic findings of anal polyps, anal canal cancer and malignant lymphoma can be similar. Careful examination for detecting the colonic elevated lesions and obtaining biopsies from these lesions may allow early diagnosis of anorectal melanoma at a higher frequency.

¹⁾Department of Internal Medicine, East Tokyo Metropolitan Hospital, ²⁾Department of Gastroenterology, Juntendo University School of Medicine, ³⁾Department of Pathology, East Tokyo Metropolitan Hospital

*Corresponding author: kazukobp@juntendo.ac.jp