●〈症例〉

小腸ファイバースコープで 観察しえた空腸癌の1例

榊原映枝^{1),2)} 真玉壽美生²⁾ 久保田敏彦³⁾

¹⁾さかきばらクリニック, ²⁾湘南中央病院内科, ³⁾北里大学東病院
消化器内科

〔Key Words〕 空腸癌, 小腸ファイバースコープ

原発性小腸癌は比較的まれな悪性腫瘍であり, 術前診断は困難なこともある。今回われわれは, 術前に小腸内視鏡で深部空腸癌の観察をしえたので報告する。

症例: 29歳男性。

主訴: 左上腹部痛, 嘔吐。

家族歴・既往歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 94年5月20日夕方より腹痛が始まり, 3度嘔吐して痛みが軽快した。翌日再び同様の痛みが増悪し, 当院を受診し, 腸閉塞の診断で緊急入院となった。

入院時現症: 腹部に心窩部圧痛があり, 腸雑音はやや減弱し, 金属音をわずかに聴取した。

入院時検査所見: 腹部X線写真で小腸ガスの貯留および鏡面形成像を認めた。血液検査は異常なく, 腫瘍マーカーはすべてnegativeであった。

入院後経過: 第4病日にイレウスチューブより小腸造影を施行した(Fig. 1)。中部空腸に15mm長の全周性の狭窄を認めた。子細に観察すると, 狭窄部の辺縁は不整で, ミニアップルコアサインといえる。

腹部血管造影では, 空腸第4分枝の選択的動脈造影の毛細血管相で淡い染まりを認めた。

第12病日にオリンパス社製小腸ファイバースコープSIF10を用いて, push方式で透視下小腸内視鏡検査を施行した。前処置として臭化ブチルスコポラミン20mg, ヒドロキシジン25mg筋注に, フルニトラゼパム1mgを静注して, 十分な鎮静を図った。

被検者を腹臥位にしてSIF10を挿入し, 十二指腸第

2部まではpush方式ですすめ, 同部に到達したらスコープをひきもどし, 直線化して第3部へすすめた。この直線化によりTreitz靱帯を越えての挿入が容易となる。さらに深部へむけてアングル操作を多用して, 小腸のたわみを解除しながら挿入した。経時的挿入状況をFig. 2の1, 2, 3, 4に示した。有効長1,675mmのSIF10は4の部位でほぼ根元まで挿入された。この部位で病巣の観察が可能となった。

同部位での小腸内視鏡所見は, 遠景ではほぼ全周性の狭窄を認めた(Color 1)。狭窄部周囲に発赤を認め, 同部位をねらって生検したが, 病理組織学的には腫瘍細胞の検出はできなかった。

第20病日に手術を施行した。Treitz靱帯より140cmの空腸に, 明らかな漿膜浸潤を伴う癌腫を認めた。また上腸間膜動脈根部のリンパ節腫大と直腸膀胱窩の転移巣を認めた。手術時の診断は, 2型, S₂, P₁, H₀, N₃, M(-), OW(-), AW(-)であり, R₃郭清の手術であった。

切除標本肉眼所見(Color 2): 中心に1.3×0.4cmの深い潰瘍面を伴い, 周囲との境界が不明瞭な周堤を有する2.5×2.0cmの全周性の2型腫瘤を認めた。

切除標本組織学的所見(Fig. 3): 高分化型のadenocarcinoma papillotubulareであった。上腸間膜動脈根部のリンパ節および直腸膀胱窩の結節も同様の所見であった。

Fig. 1 Barium meal examination of the small intestine.

Fig. 2 A series of X-ray picture of a loop of SIF into the jejunum.

Fig. 3 High power view of the tumor. It shows well differentiated adenocarcinoma papillotubulare.

考 察

小腸癌は比較的にまれな悪性腫瘍で、全消化管癌腫中に占める割合は本邦では0.11~0.22%¹⁾である。八尾ら²⁾の10年間の本邦報告例の集計では、小腸悪性腫瘍678例中221例32.6%を占め、悪性リンパ腫について2位である。さらに空腸癌の82%がTreitz 靱帯より60cm以内に発生している³⁾。

小腸内視鏡挿入法には、ropeway, sonde, pushの3方式がある。ropeway方式は高度狭窄の場合には腸紐が通過できず、また被験者の苦痛が大きい難点がある。sonde方式では、スコープが細径で、アングル機構を欠いているため観察性が劣り、また生検ができない弱点がある。これらに対し、現在最も一般化しているpush方式は、範囲は深部空腸までであるが、生検という確定診断ができ、また検査時間も短く、被験者の苦痛が少ないといえる。

Table 1は1973年より現在までの小腸腫瘍に対するpush式小腸内視鏡検査施行例の本邦報告例の一覧である。対象の平均年齢は55.9歳、男女比は31:23、疾患の内訳は癌32例、平滑筋肉腫19例、悪性リンパ腫2例である。観察部位は全例空腸で、Treitz 靱帯より最高90cmまでで、平均13cmであった。

本症例はTreitz 靱帯より140cmの深部空腸であり、生検はnegativeであったが、術前に内視鏡的に空腸癌を強く示唆する像が得られたことは、意義深いことと思われ報告した。

文 献

- 1) 高橋 孝, 池 秀之, 池田孝明, 他: 腸癌. 日臨, 41: 1369~1377, 1989
- 2) 八尾恒良, 日吉雄一, 田中啓二, 他: 最近10年間(1970~1979)の本邦報告例の集計からみた空・回腸腫瘍—1: 悪性腫瘍. 胃と腸, 16: 935~941, 1981
- 3) 高 濟峯, 藤井久男, 山本克彦, 他: 胃検診にて発見された原発性空腸癌の1例. 日消外会誌, 22: 863~866, 1989

Table 1 Reported cases of small intestinal tumor diagnosed by push way style small intestinal fiberoscopy in Japan.

Report	Year	Pat.	Diagnosis	Distance from the Lig. Treitz	Report	Year	Pat.	Diagnosis	Distance from the Lig. Treitz
1. Honma	1973	45M	CA	0 cm	30. Enoki	1984	70F	LS	4 cm
2. Octubo	1975	60M	LM	30 cm	31. Sakakibara	1984	54M	LS	0 cm
3. Endo	1975	35M	CA	5 cm	32. Miyashita	1984	61M	LS	
4. Arima	1975	48M	CA	5 cm	33. Watanabe	1985	34F	CA	20 cm
5.		62F	CA	15 cm	34. Ookubo	1985	40M	LS	40 cm
6. Fujita	1975		CA		35. Oikawa	1986	69M	LS	5 cm
7. Kawakami	1975	39M	CA		36. Kuroki	1987	71M	LS	13 cm
8.		34M	CA		37. Ogoishi	1986	68F	CA	5 cm
9.		71F	ML		38. Yasuda	1988	73F	CA	8 cm
10. Hishinuma	1975	59F	RS	25 cm	39. Murata	1988	66F	L	25 cm
11. Hojo	1976	68M	CA	0 cm	40.		83M	H	
12. Tanaka	1976	49M	CA	40 cm	41.		63F	LS	0 cm
13. Hunato	1976	39M	CA	0 cm	42.		69M	metaCA	10 cm
14.		55F	CA	30 cm	43. Yamashita	1989	42F	CA	4 cm
15. Ootomo	1976	74M	CA	0 cm	44.		55F	CA	3 cm
16. Saitou	1977	38M	LS	5 cm	45. Nagahama	1989	50F	LS	0 cm
17. Nagase	1977	76F	LS	5 cm	46. Nomura	1989	45M	LS	10 cm
18. Utida	1980	31M	LS	7 cm	47. Ko	1989	66M	CA	6 cm
19. Nakagami	1980	54M	LS	0 cm	48. Hoshi	1990	69F	CA	15 cm
20. Nishimura	1980	43F	LS	0 cm	49. Watanabe	1990	70F	CA	0 cm
21. Shirakawa	1981	80F	CA	20 cm	50. Nomura	1990	45M	LS	10 cm
22. Asakura	1981	49M	CA	0 cm	51. Kagita	1990	69M	CA	1 cm
23.		55M	LS	0 cm	52. Kishi	1992	59M	CA	25 cm
24.		60F	ML	2 cm	53. Komatu	1992	77F	CA	30 cm
25. Shibuya	1982	66M	CA	20 cm	54. Takekawa	1992	77M	CA	
26. Masuda	1982	49F	LS	60 cm	55. Tada	1985, 1992		CA	
27. Tamamoto	1982	20F	CA		56.			CA	
28. Miyaji	1982	51F	LS	20 cm	57.			A	
29. Shimada	1982	35M	LS	0 cm	58. Kubota	1993	27M	CA	90 cm

CA=carcinoma

LM=leiomyoma

RS=reticulosarcoma

ML=malignant lymphoma

LS=leiomyosarcoma

metaCA=metastatic carcinoma

L=lipoma

H=hemangiomatosis

A=adenomatosis

A Case of Jejunal Adenocarcinoma Observed by Preoperative Small Intestinal Fiberscopy

Terue Sakakibara¹⁾²⁾ Sumio Matama²⁾
Toshihiko Kubota³⁾

Carcinoma of the small intestine is comparatively rare. A 29-year-old man was admitted to the hospital because of vomiting and left abdominal pain. Ileus was suspected by a scout film of the abdomen. Small intestinal barium meal examination revealed a Borrmann type 2 elevated lesion.

The endoscopy of small intestine using push way style fiberolescope (Olympus SIF10) was performed and biopsy was done. But, biopsy was negative. Operation was done on 20th hospital day. The tumor was located in the jejunum anally about 140 cm from the ligament of Treitz. The resected specimen showed well differentiated papillotubular adenocarcinoma of the jejunum, 2.5 by 2.0 by 1.0cm in size. But, the dissemination to the vesicorectal pouch and mesenteric lymphnodes were diagnosed at operation and finally confirmed by pathological examination.

In Japan, push way style small intestinal fiberolescope is widely employed rather than ropeway and sonde method. In the literature, 58 cases are reported for various small intestinal diseases until now. Our case is the deepest one which is observed successfully by endoscopy. This technic is very useful for the preoperative evaluation of the small intestinal mass.

¹⁾Sakakibara Clinic, ²⁾Dept of Internal Medicine, Shonan Chuo Hospital. ³⁾Dept of Gastroenterology, Kitasato University East Hospital.

<カラーは15pに掲載>