●〈症例〉

内視鏡的マイクロ波凝固法にて 治癒の期待できる 最大径約40mmの大腸m癌の1例

小野里康博¹⁾ 小林 出 石原 弘 吉田 誠²⁾
茂木 健太 坂本輝彦 村松誠司 猿谷真也
家崎 桂吾 鷺田雄二 小林恒太 岡村信一
関口 利和 森 昌朋

¹⁾前橋赤十字病院消化器科, ²⁾群馬大学医学部第1内科
[Key Words] マイクロ波凝固法, 大腸m癌

はじめに

内視鏡的粘膜切除術(endoscopic mucosal resection, EMR)に内視鏡的マイクロ波凝固法(endoscopic microwave coagulation therapy, EMCT)を追加し, 2年半経過後にも再発なく, 治癒の期待できる最大径約40mmの大腸絨毛腺腫内癌の1例を経験したので報告する。

症例: 81歳, 女性。

主訴: 腹部膨満感。

既往歴: 60歳, 胃潰瘍にて胃部分切除。

家族歴: 特記事項なし。

現病歴: 腹部膨満感が持続するため近医を受診し, 大腸内視鏡検査にて上行結腸に分葉した隆起性病変を認め, 生検で高分化型腺癌と診断され, 加療目的で当院に入院した。

入院時現症: 身長144cm, 体重34kg。血圧130/74 mmHg, 腹部に手術瘢痕を認める他は特記所見なし。

入院時検査成績(Table 1): 末梢血検査, 血液生化学検査, 検尿など異常は認めず, また便潜血反応も陰

Fig. 1 Gastrografin enema through the endoscope (Color 1A) showed a tumor of approximately 40 mm in size in the ascending colon.

性であった。

胃内視鏡検査: 残胃炎。

腹部超音波, CT 検査: 特記所見なし。

治療経過: 外科的切除を勧めたが, 高齢を理由に患者と家族が手術を希望しなかったため, 内視鏡的治療を選択した場合, 病変が残存し, 再発する可能性, および出血や穿孔などの合併症の起こる危険性など十分なインフォームドコンセントを得た後, 内視鏡的治療を施行することにした。

治療前の内視鏡検査(Color 1A)では, 上行結腸に分葉した隆起性病変を認め, 同時に施行した造影写真(Fig. 1)では最大径約40mmであった。インジゴカルミン加生食を粘膜下に局注した(Color 1B)が, 腫瘍は全体的に隆起し, 粘膜内病変であることを示唆していた。そのため病理学的検索と腫瘍量削減を目的にpiecemeal EMRを施行した。5切片を切除し, 得られた最大病変は19×11×12mmであった(Fig. 2)。高度異型腺腫と構造異型, 細胞異型を示す高分化型腺癌の絨毛状増殖を認め, 検索した範囲で癌は粘膜筋板を越えておらず, 脈管浸潤も認めなかった。

17日後に腫瘍残存に対しEMCTを追加した(Color 1C・D)。3週後には治癒期の潰瘍を認め(Color 2A), 辺縁4カ所の生検で癌の残存は認めなかったが, 根治性を高めるため潰瘍辺縁を中心にEMCTを追加した

Table 1 Laboratory data on admission.

Peripheral blood		ChE	206	IU/ℓ
WBC	4900 /mm ³	T. Cho	188	mg/dℓ
RBC	406×10 ⁴ /mm ³	TG	88	mg/dℓ
Hb	12.2 g/dℓ	AMY	121	IU/ℓ
Ht	36.9 %	BUN	19.8	mg/dℓ
Plt	23.6×10 ⁴ /mm ³	Cr.	0.7	mg/dℓ
Blood chemistry		Na	143	mEq/ℓ
T. P.	6.9 g/dℓ	k	4.7	mEq/ℓ
Alb	4.2 g/dℓ	Cl	102	mEq/ℓ
TTT	0.9 IU/ℓ	Fe	98	μg/dℓ
ZTT	4.4 IU/ℓ	FBS	86	mg/dℓ
T. bil	0.7 mg/dℓ	Tumor marker		
GOT	20 IU/ℓ	CEA	1.1	ng/ml
GPT	8 IU/ℓ	Stool occult blood(-)		
LDH	285 IU/ℓ	Urinalysis		W. N. L.
ALP	144 IU/ℓ			
γ-GTP	9 IU/ℓ

Fig. 2 Low power view of the resected specimen, well differentiated adenocarcinoma in tubulo-villous adenoma, m, ly₀, v₀, incomplete resection.

(Color 2B)。その2週後には治療後の浅い潰瘍が拡大していた(Color 2C)が、さらに3週後には線状瘢痕となっていた(Color 2D)。更に1月後の生検でも癌の残存は認めず、2年半後には内視鏡的に瘢痕も不詳な状態となっており、年齢、病理学的診断をあわせ考え、治癒が得られたと思われる。

考 察

早期大腸癌はEMRの適応となるが、一括切除不能症例や断端陽性例などは外科的切除が基本となる。しかし、年齢や全身状態によっては手術のできない症例もあり、内視鏡的治療が必要とされる。EMCTは田伏¹⁾によって開発され、消化管出血の止血²⁾や早期胃癌の根治的治療³⁾に应用されているが、深部への組織変性は認めない^{3,4)}といわれている。そのため穿孔の危険性が低く、大腸病変の治療法として安全と考えられ、われわれも大腸疾患の治療に応用しよい成績を得ている⁵⁾。

本症例のように、腫瘍径が大きいため一括切除不能の症例でも、癌が粘膜に局限していれば、EMRにEMCTを追加することにより、安全かつ確実に病変を治療できるものと思われる。現在本症例は2年7カ月局所再発を認めておらず、高齢化社会を迎えるにあたり内視鏡的治療として今後選択されるべき治療法と思われる。

おわりに

EMRにEMCTを追加して、最大径約40mmの大

腸絨毛腺腫内癌の治癒が得られたので報告した。

・本論文要旨は第58回日本消化器内視鏡学会関東地方会にて発表した。

文 献

- 1) 田伏克博, 勝見正治, 小林康人, 他: 内視鏡的マイクロ波凝固止血法. *Gastroenterol Endosc*, 24: 1526~1535, 1982
- 2) 永井祐吾, 谷村 弘, 上畑清文, 他: 上部消化管出血に対する内視鏡的マイクロ波凝固法. *消化器科*, 14: 39~48, 1991
- 3) 永井祐吾: 早期胃癌に対する内視鏡的マイクロ波凝固療法の局所根治性に関する研究. *Gastroenterol Endosc*, 29: 2153~2165, 1987
- 4) 川田良得: 内視鏡的マイクロ波腫瘍凝固法の研究. *日臨外会誌*, 47: 1203~1216, 1986
- 5) 小野里康博, 鷲田雄二, 石原 弘, 他: 内視鏡的マイクロ波凝固法の大腸疾患への応用. *Gastroenterol Endosc*, 36: 2609, 1994

A Case of Early Ascending Colon Cancer of Approximately 40 mm in Size Treated by Endoscopic Microwave Coaguration Therapy

Yasuhiro Onozato ¹⁾	Izuru Kobayashi
Hiroshi Ishihara	Makoto Yoshida ²⁾
Kenta Motegi	Teruhiko Sakamoto
Seiji Muramatsu	Shinya Saruya
Keigo Iesaki	Yuji Washida
Tsuneta Kobayashi	Shin-ichi Okamura
Toshikazu Sekiguchi	Masatomo Mori

The patient was an 81-year-old woman. Colorectal endoscopy was performed due to lasting sense of abdominal fullness and, as a result well differentiated adenocarcinoma of approximately 40 mm in size was found in the ascending colon. She wished to avoid surgical resection due to her high age and so an endoscopic treatment was adopted.

After local injection of physiological salt solution to prevent perforation, piecemeal endoscopic mucosal resection was performed followed by the endoscopic microwave coagulation therapy. The techniques were repeated 3 times in total. She has been observed for 30 months but neither residue nor recurrence has been found on endoscopy.

Endoscopic microwave coaguration therapy is effective as an additional treatment after endoscopic mucosal resection of early colorectal cancer and local radical cure seems possible even when cancer has grown to a size unresectable as a lump.

¹⁾Dept of Gastroenterology, Maebashi Red Cross Hospital.

²⁾1st Dept of Internal Medicine, Gunma University School of Medicine.

<カラーは21pに掲載>