●〈症例〉

小腸鏡にて術前に診断可能であった 原発性小腸癌の1例

坪井一人¹⁾ 堤 純 田畑泰博 古川良幸
平井勝也 増田勝紀²⁾

¹⁾東京慈恵会医科大学附属柏病院／外科, ²⁾東京慈恵会医科大学／内視鏡科

〔Key Words〕スライディングチューブを併用した小腸鏡, 原発性小腸癌

はじめに

原発性小腸癌は比較的稀な疾患であり, その術前診断率は25%とされ, 術前に確定診断に至ることは困難である^{1,2)}。今回, 我々は小腸鏡にて術前に診断可能であった原発性小腸癌の1例を経験したので報告する。

症 例

患 者: 44歳, 男性。

主 訴: 下血, 貧血。

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 1998年7月より黒色便を認めたため近医受診し, 上部・下部消化管内視鏡の結果, 大腸憩室症と診断された。経過観察となるが, その後も黒色便は続き, 1999年5月6日, 全身倦怠感, 下血にて当院外来受診した。貧血を認めたため精査目的に入院となった。

入院時現症: 身長171.0cm, 体重57.0kg, 血圧108/64mmHg, 脈拍80/min, 腹痛なく, 腹部に腫瘍を触知しなかった。

入院時検査所見: RBC $352 \times 10^4/\text{mm}^3$, Hb 8.9g/dl, Ht 27.8%, CEA 2.7ng/ml と貧血を認める以外異常値はなく, 腫瘍マーカーの上昇も認めなかった。

上部・下部消化管内視鏡検査所見では上行結腸に憩室を認めるのみであり, 出血源となるような病変は認められなかった。腹部CT検査及び腹部血管造影検査においても異常所見は認めなかった。以上より, 小腸腫瘍の存在を疑った。

小腸造影検査所見: Treitz 靱帯より約60cm 肛門側に全周性の境界鮮明な陰影欠損を認め, その口側腸管は拡張していた (Fig. 1)。以上より小腸腫瘍の存在が強く疑われた。

小腸鏡検査所見: Treitz 靱帯から約70cm 肛門側に輪状狭窄型腫瘍を認め (Fig. 2, Color 1), 生検にて高分化型腺癌と診断された。以上より小腸癌の診断にて1999年6月7日小腸部分切除及び周辺リンパ節郭清

Fig. 1 Small bowel follow through via long intestinal tube showed an annular constriction at 60cm from the ligament of Treitz. Note the dilatation proximal of the lesion.

Fig. 2 Jejunoscopy inserted by fluoroscopic examination.

を施行した。

病理組織学的所見: 病理学的所見としては, 40×20 mm 大の2型腫瘍を認めた。組織学的所見では正常粘膜とは境界明瞭な粘膜病変を認め, 中分化型腺癌と診断された。また粘膜表層ではfront形成を認めたことから原発性の小腸癌であることが確認された (Color 2)。

考 察

原発性小腸癌は比較的稀な疾患であり本邦における発生頻度は全消化管悪性腫瘍のうち0.1~0.3%といわれている¹⁾。年齢では50~60歳代に好発し, 空腸癌のほうが回腸癌の2倍の報告がある^{1,2,4~6)}。好発部位は, 空腸癌の70%がTreitz靱帯より肛門側50cm以内であり, 回腸癌の76%がBauhin弁より50cm以内である³⁾。症状は腸閉塞症状, 消化管出血, 腫瘍触知が3主徴であるが, 病期が進まないと認められず, 早期診断を困難にしている一因である^{1,4,5)}。術前診断率は, 原発性小腸癌の場合25%とされ^{1,2)}, 術前に内視鏡で確認し, 生検にて確定診断に至った症例は, 空腸癌のうち28.3%, 回腸癌のうち5.7%との報告がある³⁾。今回の症例は1998年7月より下血を認めていたが, 大

腸憩室症の診断にて経過観察されていた。病変は Treitz 靱帯より約70cm 肛門側のため、空腸癌の好発部位からは外れており、小腸鏡を用いなければ観察不可能であった。我々は、小腸造影によりある程度の腫瘍の位置が予測されたため、スライディングチューブを併用した小腸鏡 (OLYMPUS SIF230) を用い、術前に確定診断が可能であった。貧血、下血を主訴とする症例で、上部・下部消化管内視鏡にて有意な所見がない場合には、小腸病変を疑うべきであり、確定診断には小腸鏡が有用であると思われる。

結 語

今回我々は、スライディングチューブを併用した小腸鏡にて術前に確定診断に至った原発性小腸癌の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告した。

文 献

- 1) 野本信之助, 菅家 透, 小林武夫, 他: 原発性空回腸癌—自験3例の報告と本邦集計200例の統計的考察—。癌の臨床, 25(1): 53—58, 1979.
- 2) 倉金丘一: 本邦における原発性空・回腸癌の臨床統計的考察。最新医学, 34(5): 1053—1058, 1979.
- 3) 森山重治, 木下尚弘, 宇高徹総, 他: 原発性小腸癌の1例と本邦129例の臨床病理学的検討。外科, 55(2): 212—216, 1993.
- 4) Pridgen JE, Mayo CW, Dockerty MB et al: Carcinoma of the jejunum and ileum exclusive of carcinoid tumors. Surgery Gynecology and Obstetrics 90(5): 513—524, 1950.
- 5) Wilson JM, Melvin DB, Gray GF et al: Primary malignancies of the small bowel: A Report of 96 Cases and Review of the Literature. Annals of Surgery 180(2): 175—179, 1974.
- 6) Bridge MF, Perzin KH: Primary adenocarcinoma of the jejunum and ileum. A clinicopathologic study. Cancer 36(5): 1876—1887, 1975.

Carcinoma of the Small Intestine—A Report of a Case Diagnosed Preoperatively by Fibroptic Jejunoscopy

Kazuto Tsuboi¹⁾ Jun Tsutsumi
Yasuhiro Tabata Yoshiyuki Furukawa
Katsuya Hirai Katsunori Masuda²⁾

Because of its very low incidence and lack of specific symptoms, carcinoma of the small intestine is seldom diagnosed preoperatively.

Ten months prior to admission, a forty four years old male began passing tarry stool. Colonoscopy at the other hospital disclosed only a diverticulosis in the ascending colon. He continued to deteriorate with several more episodes of melena. At the time of admission, hemoglobin was 8.9gm/dl and tarry stool was still present. Endoscopic examinations of the upper and lower GI tracts failed to identify bleeding source. CT, angiogram of SMA, and barium swallow were noncontributory. Small bowel follow through via long intestinal tube, however visualized an annular constricting lesion at 60cm from the ligament of Treitz. Presence of this lesion was confirmed by fibroptic jejunoscopy as an annular constricting type lesion. Biopsy yielded well differentiated adenocarcinoma. Partial resection of the small intestine with regional lymphadenectomy was performed. This case suggested feasibility of fibroptic jejunoscopy for making a definite diagnosis of carcinoma of the small intestine.

¹⁾Department of Surgery, The Jikei University School of Medicine, Kashiwa, ²⁾Department of Endoscopy, The Jikei University School of Medicine, Tokyo.

<カラーは5頁に掲載>