●〈症例〉

虫垂入口部の結節集簇様病変の1例

手塚 徹 井上雄志 鈴木 茂 鈴木 衛
高崎 健

東京女子医科大学／消化器病センター

〔Key Words〕虫垂入口部，結節集簇様病変

はじめに

大腸 m 癌の治療は内視鏡摘除で根治が期待でき、積極的に行われている。しかしながら外科手術を選択せざるをえない大腸 m 癌症例に遭遇することは少ないながら存在する¹⁾。著者らは虫垂入口部に発生した結節集簇様病変の1切除例を経験したので報告する。

症 例

患 者：74歳，女性。

主 訴：便潜血反応陽性。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：28歳時に不妊手術(本人に告知されていなかったが，同時に虫垂切除術を施行されていた)。

現病歴：平成11年3月，検診で便潜血反応陽性を指摘され，他医で大腸内視鏡を施行されたところ，盲腸に結節集簇様病変を指摘され，生検で group V の診断であり，同年5月10日当センターに入院した。

入院時現症：身長146cm，体重43kg，血圧150/80 mmHg。貧血，黄疸なし。表在リンパ節は触知せず。腹部は下腹部正中に手術創瘢痕が存在したが，平坦かつ軟で，圧痛なく，腫瘤は触知せず。腹水，浮腫なし。

入院時一般検査所見：血液一般検査では異常なく，腫瘍マーカーも正常値であった。

注腸造影所見：盲腸の虫垂入口部と思われる部位に約1cmの類円形透亮像が存在した。

大腸内視鏡所見：病変は虫垂入口部に陥入する形で存在し，類円形の顆粒の揃った結節集簇様病変で，sm2以深の癌に特徴的な内視鏡的硬さや癌性びらんなどの所見は認めず，m癌と診断した(Color 1a, b)。

以上より内視鏡的粘膜切除術(以下，EMR)を考慮したが，病変が虫垂入口部に陥入しており，遺残や穿孔の可能性もあり，生検で group V が出ていることから，確実な断端陰性を得るため開腹手術を選択した。手術は約3cmの右の傍腹直筋切開で開腹し，腹腔内を検索したところ虫垂は存在せず，不妊手術時に虫垂切除術を施行されていたことがわかった。盲腸を挙上

Fig. 1 Macroscopic finding of resected tumor with 1.2×1.0 cm in size.

Fig. 2 Histological finding of resected tumor revealed a nodule aggregating lesion in the appendiceal orifice.

し，自動縫合器による盲腸部分切除術を施行した(Color 2)。1回の自動縫合器で病変部を切除し，再建は必要としなかった。手術時間は15分，出血は少量であった。

切除標本は長径1.2cmの虫垂入口部に陥入する形の結節集簇様病変であった(Fig. 1)。

病理組織像(剖面ルーペ像)：病変部位は虫垂入口部と思われる部位に陥入して存在していた。組織型は高分化型腺癌で，壁深達度はm，脈管侵襲はly0，v0であった(Fig. 2)。

術後経過は良好で，ほとんど疼痛は訴えず，術後2日目に排ガスがあり，術後7日目で退院した。

考 察

近年，大腸 m 癌の治療はリンパ節転移がないことから，積極的に内視鏡摘除が行われてきた²⁾。しかし自験例のように，内視鏡摘除では病変が遺残する可能性が高く，穿孔する危険性があり，多少は内視鏡摘除より侵襲があっても外科切除を選択せざるをえない症例が少ないながら存在する¹⁾。当センターで内視鏡摘除が困難であると判断し外科切除を選択した理由とし

て、腸管径に対する腫瘍径(相対的大きさ)が大きいものや、生検によって non-lifting sign 陽性となったものの、病変挙上しても snaring できない陥凹病変、さらには虫垂入口部病変などがあった¹⁾。山田ら³⁾は虫垂入口部に陥入していた結節集簇様病変に対して、やはり外科切除を選択している。自験例においても、外科切除を選択したわけであるが、切除標本の剖面ルーペ像をみても、病変部は虫垂入口部に陥入しており、内視鏡摘除では遺残する危険性があり外科切除が妥当と思われた。

手術は約 3 cm 程の皮膚切開で行うことができ、消化管再建を必要とせず、自動縫合器を 1 回用いただけの簡便な外科切除で病変を完全摘除しえた。術後経過は良好であり、今後の経過観察に関しても外科切除で断端陰性を得た大腸 m 癌では再発の危険性はほとんどなく、頻回の内視鏡観察の必要がないことから、比較的良好な QOL を得たと思われた。

おわりに

虫垂入口部の結節集簇様病変に対し、EMR で根治を得るのは困難と考え、開腹手術を施行した。手術は約 3 cm の小切開から自動縫合器を 1 回用いたのみで、病変を完全摘除しえた。術後 7 日で退院となり、根治性と QOL を兼ね備えた治療選択であった。

文 献

- 1) 井上雄志, 鈴木 茂, 鈴木 衛, 他: 大腸 m 癌外科切除例の検討—その外科切除理由を中心に—. *Gastroenterol Endosc* 41: 296—302, 1999.

- 2) 井上雄志, 鈴木 茂, 鈴木 衛ほか: 内視鏡的分割切除例の検討. *Gastroenterol Endosc* 40: 1857—1863, 1998.
- 3) 山田治樹, 安留道也, 江口英雄, 他: 虫垂開口部を主座とした結節集簇様早期大腸癌の 1 例. *日臨外医学会誌*, 61: 130—135, 2000.

A Case of Nodule Aggregating Lesion in the Appendical Orifice

Toru Tezuka Yuji Inoue
Shigeru Suzuki Mamoru Suzuki
Ken Takasaki

We experienced a case of nodule aggregating lesion in the appendical orifice. A 74-year-old woman was admitted to our hospital because a cecal tumor was detected colonoscopically and the biopsy of the same lesion was malignant (group V), following a positive fecal occult blood test. When she was 28 years old, she underwent sterilization, with appendectomy.

Colonoscopic findings showed a nodule aggregating lesion in the appendical orifice. We considered endoscopic mucosal resection (EMR) for this lesion, but it was high risk of perforation and remnant, so we selected laparotomy. We performed partial resection of the cecum by auto-suture device only one time. She was discharge after 7 days. Histological examination revealed that the tumor was well differentiated tubular adenocarcinoma which limited in the mucosa.

Institute of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University.

<カラーは 7 頁に掲載>