症 例

潰瘍性大腸炎に合併した進行直腸癌の1例

田畑胃腸病院外科

松井祥治 黒田大介 張麗月 田畑文平

神戸大学第2病理

藤盛孝博

兵庫医科大学第2外科

石川羊男

症例は48歳男性で体格中等度、8年前に全大腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断されたが、内科的治療にて数カ月で軽快した。しかしその後は大腸精査を受けずそのまま放置していたが、今回腹部膨満感と粘血便を主訴として再来院した。注腸透視と下部消化管内視鏡検査で全結腸に及ぶ潰瘍性大腸炎とそれに合併した進行直腸癌(Rs~Ra~Rb)と診断された。全結腸切除兼直腸切断術を施行し右下腹部に永久回腸瘻を造設した。一旦軽快退院したものの約10カ月後に局所再発、多発性肺転移、肝転移で死亡した。

索引用語：潰瘍性大腸炎の癌化、全大腸炎型潰瘍性大腸炎、全結腸切除兼直腸切断術

緒 言

1925年に Crohn and Rosenberg¹⁾がはじめて潰瘍性大腸炎に大腸癌を合併した症例を報告し、1928年 Barger²⁾が同様な症例を17例報告して以来潰瘍性大腸炎に癌が高率に合併する事は広く知られている。しかし日本では欧米諸国に比して癌化例の報告は未だ少なく50例に満たない³⁾。今回私達は8年前に全大腸炎型の潰瘍性大腸炎で内科的治療を受け軽快した後十分な surveillance を受けず8年後に進行直腸癌を合併して来院した1例を経験したので文献的考察を加えて報告した。

症 例

患者：48歳，男性。

主訴：腹部膨満感，粘血便。

現病歴：約8年前に全大腸炎型の潰瘍性大腸炎で内科的治療を受け数カ月で軽快しその後は全く follow up を受けず約2年前に便秘等の症状で当科を訪れ精査の予約をするも来院せずそのままとなっていた。今回腹部膨満感と粘血便を訴えて来院し注腸透視，下部消化管内視鏡検査，生検の結果潰瘍性大腸炎に合併した進行直腸癌の診断で入院となった。

既往歴：約13年前に十二指腸潰瘍で胃切除術を受け

た。Billroth II 法，結腸前で再建。

現症：身長164cm，体重62kgで中肉中背。腹部はやや膨隆。肝臓，脾臓は触知せず。digital examination で直腸下部に全周性の弾性硬な腫瘤を触知した。また腫瘤は易出血性であった。

血液検査所見：一般血液検査，生化学検査では異常値は見られなかったがCEAは110.5mg/dlと異常高値を示していた（表1）。

注腸透視所見：回盲部からS状結腸にかけて haustra の消失と腸管の短縮を認め正常粘膜パターンは消

表1 入院時一般検査成績

WBC	5700/mm ³	TP	7.1 g/dl
RBC	436 × 10 ⁴ /mm ³	GOT	24 U
Hb	11.2 g/dl	GPT	24 U
Ht	34.4 %	T-Bil	0.3 mg/dl
		γ-GTP	16 mu/ml
CEA	110.5 ng/ml	ALP	4.6 KA
フェリチン	192 ng/ml	LDH	276 U
		Na	134 mEq/l
		Cl	102 mEq/l
		K	3.8 mEq/l
		BS	93 mg/dl

1991年10月4日受付 1992年4月16日採用

図 5a 新鮮切除標本（全体像）

図 6a 固定標本（全体像）

図 5b 新鮮切除標本（直腸癌部）

図 6b 固定標本（直腸癌部）

粘膜筋板の破壊と炎症細胞の浸潤が見られる。本症例では非癌部の潰瘍性大腸炎には前癌病変と言われる dysplasia の所見は見られなかった（図 7a, b）。

考 案

潰瘍性大腸炎に大腸癌を合併する率は欧米では 0.6~14%と報告によってかなりの開きがみられる⁴⁾⁵⁾が現在では 3%前後と報告する文献が多い様である。Dobbins⁶⁾の集計によれば約 3.6%で全大腸炎型と左側大腸炎型に分けると前者は 6.3%, 後者は 1.0%となる。本邦では 1987年の時点で報告された確実な癌合併症例はいまだに 42例に過ぎず³⁾, 欧米に比して極めて少ないのが現状で合併率について言える段階ではない。潰瘍性大腸炎に癌を合併しやすい条件として, ①10年以上の長期経過例, ②全大腸炎型である事が一般にあげられている⁵⁾。①に関してはその経過が長期化すれば

する程, 癌合併率は急激な増加を示すと言われている⁵⁾⁷⁾。②に関しては左側大腸炎型にも癌合併の risk はあるが全大腸炎型よりかなり低いと言われている。その他の risk として慢性持続型が再燃緩解型よりも有意に癌発生率が高く, 前者が 12.5%, 後者が 3%であったという報告⁵⁾もみられる。本例では全大腸炎型で初回来院してから約 8 年後進行直腸癌を合併した症例であるので経過としては 10 年以下ということになるがその間に一度外来を訪れただけであるので恐らく慢性持続型であったと推察される。癌の特徴として Morson⁸⁾は, ①多発癌が多い事 (24%), ②偏平で周囲との境界が不鮮明なものが多い事, ③低分化型腺癌, 粘液産生癌の頻度が通常の大腸癌より高い事 (38%) をあ

図7a 直腸癌部の病理組織像 (HE 染色, ×25): signet ring cell が多数みられる。

図7b 潰瘍性大腸炎非癌部の病理組織像 (HE 染色, ×10)

げている。病理学的な特徴として Goldgraber ら⁴⁾は、1) well differentiated adenocarcinoma, 2) infiltrating adenocarcinoma, 3) mucinous adenocarcinoma の順に頻度が高く一般の大腸癌に比較的稀とされる linitis plastica type の病変を形成していた signet ring cell carcinoma が33例中4例にも認められたとしている。

本邦での1987年までの42例の報告例⁹⁾の中でも signet ring cell carcinoma は6例にみられ決して稀ではない。本症例も単発であったが、周囲との境界が不鮮明な Borrmann 4 型の直腸癌で組織型も signet ring cell carcinoma であった。癌を合併した場合の一般的な治療は全結腸切除術であるが、本症例では直腸に発生したので直腸切断術も合わせて行われた。潰瘍性大腸炎に合併した癌の予後について以前は一般の大腸癌に比して不良とする説が多かったが、最近では治癒切除が行われた場合の stage 別の予後は一般の大腸癌に

比して差がないと言われている¹⁰⁾。とはいえ本症例のごとく来院時進行癌となっている症例も少なくないので、潰瘍性大腸炎に合併する癌の早期発見、早期治療のために特に high risk 群に対して surveillance の重要性が唱えられている¹¹⁾¹²⁾。Nugent ら¹³⁾は発症5年後から年1回の直腸鏡生検と、2年に1回の total colon fiber による観察と生検を行う事を勧奨しており、Frank ら¹⁴⁾はまず2重造影による注腸透視を行い、疑わしい部位を標的として内視鏡下に生検を行う方法を勧めている。武藤³⁾は経過7年目位から年1回の total colon fiber と10cm 間隔の biopsy を行うと述べている。

結 語

全大腸炎型の潰瘍性大腸炎の診断を受けた8年後に進行直腸癌を合併して来院、全結腸切除兼直腸切断術を受けるも10ヵ月後に再発死した1例を通して、潰瘍性大腸炎 high risk 群の surveillance の重要性が痛感されたので報告した。

文 献

- 1) Crohn BB, Rosengerg H: Sigmoidoscopic picture of chronic ulcerative colitis (non specific). Am J Med Sci 170: 220—228, 1925
- 2) Bargen JA: Chronic ulcerative colitis associated with malignant disease. Arch Surg 17: 561—576, 1928
- 3) 武藤徹一郎, 阿川千一郎, 大矢正俊他: 潰瘍性大腸炎と癌, 消外 10: 1976—1803, 1987
- 4) Goldgraber MB, Kirsner JB: Carcinoma of the colon in ulcerative colitis. Cancer 17: 657—665, 1964
- 5) Edwards FC, Truelove SC: The course and prognosis of ulcerative colitis. Gut 5: 1—22, 1964
- 6) Dobbins WO: Dysplasia and malignancy in inflammatory bowel disease. Ann Rev Med 35: 33—48, 1984
- 7) Greenstein AJ, Sachar DB, Smith H, et al: Cancer in universal and left-sided ulcerative colitis: Factors determining risk. Gastroenterology 77: 290—249, 1979
- 8) Morson BC, Dawson IMP: Gastrointestinal Pathology. 2nd ed, Blackwell Scientific Publications, Oxford, p534—542, 1979
- 9) Gyde SN, Thompson H, Waterhouse JAH, et al: Survival patients with colorectal cancer

- complicating ulcerative colitis. Gut 21: 228—231, 1984
- 10) Ohman U: Colorectal carcinoma in patients with ulcerative colitis. Am J Surg 144: 344—349, 1982
- 11) Riddell RH, Morson BC: Value of sigmoidoscopy and biopsy in detection of carcinoma and premalignant change in ulcerative colitis. Gut 20: 575—580, 1979
- 12) 佐野正明, 相沢 中: 潰瘍性大腸炎の長期経過—癌化を予想しての管理方針, Gastroenterol Endosc 27: 2185—2188, 1985
- 13) Nugent FW, Haggitt RC, Colcher H, et al: Malignant potential of chronic ulcerative colitis. Gastroenterology 76: 1—5, 1979
- 14) Frank PH, Riddell RH, Feczko PJ, et al: Radiological detection of colonic dysplasia (precanceroma) in chronic ulcerative colitis. Gastrointest Radiol 3: 209—219, 1978
- 12) 佐野正明, 相沢 中: 潰瘍性大腸炎の長期経過

A CASE OF ADVANCED RECTAL CANCER WITH IDIOPATHIC ULCERATIVE COLITIS

Shoji MATSUI, Daisuke KURODA, Reigetsu CHO, Bunpei TABATA,
Takahiro FUJIMORI* and Yoshio ISHIKAWA**

Department of Surgery, Tabata Gastrointestinal Hospital

*Second Department of Pathology, Kobe University School of Medicine

**Second Department of Surgery, Hyogo College of Medicine

A 48-year-old man was seen at the hospital because of abdominal distension and stool with blood mucus. There was a history of ulcerative colitis which was diagnosed 8 years before and could be subsided conservative treatment for several months. The patient had been left the lesion without receiving any further examinations of the colon thereafter.

On this admission barium enema and lower gastrointestinal series revealed a diagnosis of ulcerative colitis extending over the entire colon with an association of an advanced rectal carcinoma (Rs-Ra-Rb). Total colectomy with excision of the rectum was performed, followed by ileostomy. Once the patient recovered and was discharged from the hospital, however, about 10 months later, local recurrence developed. He died of multiple lung and liver metastases.