症 例

術前大腸内視鏡で確定診断し得た原発性回腸癌の1例

大手前病院外科

藤 川 正 博 大 口 善 郎 上 島 成 幸
岸 大 輔 水 野 均 位 藤 俊 一
中 島 邦 也 伊豆蔵 豊 大

原発性回腸癌は消化器癌のなかではまれな疾患であり、イレウスなどの比較的進行した状態で開腹手術を受けてはじめて診断される症例が多い。今回われわれは、術前に内視鏡にて確定診断できた原発性回腸癌の1例を経験したので報告する。

症例は74歳男性で、腹痛と便秘を主訴とし、注腸造影で回腸末端部に腫瘤陰影を指摘された。内視鏡下生検にて回腸癌と診断し、下部回腸上行結腸切除とリンパ節郭清を行った。病理組織学的には高分化腺癌であった。

原発性回腸癌は下部回腸に発生することが多いとされていることから、注腸造影や大腸内視鏡では下部回腸も注意深く観察することが早期診断につながるものと思われた。

索引用語：原発性回腸癌

はじめに

原発性小腸腫瘍は比較的まれな疾患である。近年、消化管造影、内視鏡などの進歩により、上部および下部消化管の診断技術は向上し、微小な早期癌も確定診断可能となっている。しかし、小腸腫瘍は未だ術前に診断することは困難である場合が多い。最近、われわれは術前に内視鏡下生検にて確定診断し得た原発性回腸癌の1例を経験したので報告する。

症 例

患者：74歳、男性。

主訴：腹痛、便秘。

家族歴：特記すべきこと無し。

既往歴：30歳時、虫垂炎にて虫垂切除術。

現病歴：平成元年12月末より便秘気味となり、時々腹痛も伴うようになった。平成2年1月に近医でうけた注腸造影で回腸の腫瘤陰影と結腸ポリープを指摘され、精査治療目的にて2月20日当院に入院となった。

入院時現症：身長163cm、体重56kg、血圧134/84 mmHg、脈拍70/分で不整なし。貧血、黄疸なく、心肺に異常所見を認めず。腹部は平坦、軟で腫瘤を触知せず。

検査所見：血液検査では異常所見を認めず。便潜血

表1 入院時検査所見

WBC	5800 / μ l	BUN	9 mg/dl
RBC	458 $\times$ 10 ⁴ / μ l	Creat	0.7 mg/dl
Hb	15.0 g/dl	FBS	84 mg/dl
Ht	45.3 %	Na	140 mEq/l
Plt	23.0 $\times$ 10 ⁴ / μ l	K	3.9 mEq/l
		Cl	109 mEq/l
TP	6.5 g/dl		
Alb	4.0 g/dl	CEA	2.8 ng/dl
TB	0.9 mg/dl	AFP	4 ng/ml
GOT	14 IU/l		
GPT	6 IU/l	便潜血 R-PHA 法	
ALP	9.0 KA		4 倍 3 +
γ -GTP	10 IU/l		32 倍 1 +
LDH	277 WU		

反応は陽性であった(表1)。注腸造影では回腸末端部に4 $\times$ 3cm 大の腫瘤陰影を認めた(図1)。大腸内視鏡では回腸末端部に中央が軽度陥凹したI型の腫瘤を認めた(図2)。内視鏡下生検にてGroup IVと診断された。上行結腸に7個、横行結腸の脾彎曲部近くに6個、下行結腸に3個、S状結腸に4個の径4~7mm大、山田I~III型のポリープを認めた。また、直腸に径10mm大の扁平ポリープを認めた。これらのポリープの生検結果はいずれもGroup I~IIであった。

手術所見：平成2年4月4日、右半結腸切除術を施

1992年2月3日受付 1992年12月17日採用

図1 注腸造影：回腸末端部に腫瘤陰影（矢印）を認める。

図2 内視鏡像：回腸末端部に中央が軽度陥凹したI型の腫瘤を認める。

行した。腫瘍は回腸末端部にあり、一部漿膜面にまで浸潤を認めた。腹膜播種、肝転移は認めなかった。腫瘍より12cm口側から回腸と上行結腸を所属リンパ節を含め切除した。リンパ節郭清は回結腸動脈根部リンパ節まで行った。

切除標本肉眼所見：回盲弁より2.5cm口側の回腸に全周性の径3.5cm大、中央が軽度陥凹したI型腫瘍を認めた。上行結腸に山田II～III型ポリープが7個存在した（図3）。

病理組織学的所見：回腸腫瘍は高分化腺癌で、深達

図3 切除標本：回盲弁より2.5cm口側の回腸に全周性のI型腫瘍と上行結腸にポリープを認める。

図4 病理組織所見：癌組織は固有筋層を越え、漿膜に達している（HE染色，×3）。

図5 病理組織所見：高分化腺癌を認める（HE染色，×100）。

度は漿膜に達していた。リンパ管、脈管への侵襲が認められた（図4，5）。所属リンパ節への転移はなかった。上行結腸のポリープはいずれも tubular adenoma であった。

術後経過：術後経過は順調で、4日目に経口摂取を開始した。術後30日以後に、結腸、直腸のポリープを内視鏡的に切除した。直腸は tubulo-villous adenoma、結腸は7個が tubular adenoma、6個が hyperplastic polyp であった。平成2年6月16日に退院し、術後1年10月経過した現在、再発の徴候は認めない。

考 察

小腸は全消化管の中で最大の粘膜面積を有するが、他の消化管に比べ癌腫が発生することはまれである。梶谷¹⁾によると、消化管悪性腫瘍の中で原発性小腸悪性腫瘍の頻度は0.6～3.2%とされている。八尾²⁾の本邦報告例の集計では、原発性小腸悪性腫瘍678例中、悪性リンパ腫、癌腫、平滑筋肉腫の順に多く、癌腫は32%を占めている。しかし、本邦での全消化管癌に対する原発性小腸癌の発生頻度は0.1～0.3%³⁾⁴⁾とされ、他の消化管癌に比べて低頻度である。

原発性小腸癌では、腹痛、嘔気、嘔吐などの腸閉塞症状や、下血や貧血などの出血による症状が多いとされる²⁾⁵⁾⁶⁾が、いずれも小腸癌に特異的な症状ではない。近年、診断技術の進歩により上部および下部消化管では微小な早期癌の診断も可能になっている。しかし、空腸、回腸では癌の発生頻度が低いことに加え、特異的な症状もなく、胃や大腸に比べ検査も一般的でないことから早期診断は難しく⁶⁾⁷⁾、多くは腸閉塞などの進行した状態で発見されている¹⁰⁾¹¹⁾。今回われわれが報告したような、原発性回腸癌が術前に内視鏡的に観察され生検にて確定診断された症例はまれである^{12)~14)}。

八尾²⁾の報告によると、原発性小腸癌は Treitz 靱帯より60cmまでの上部空腸と回盲弁より40cm以内の下部回腸が好発部位とされている。小腸癌の早期診断にはこれらの好発部位を中心に検索することが効果的である。このうち、上部空腸は胃十二指腸造影にひきつづき造影を行うことや、push式小腸内視鏡で観察可能な範囲に相当する¹⁵⁾。下部回腸を大腸内視鏡で観察するには回盲弁を通過する必要があるが、金森¹⁴⁾は患者の負担を増大させずに100例中73例で回腸に挿入可能であったと報告している。一度回腸末端部へ内視鏡が入れば回盲弁より25cmまでは容易に観察できる¹⁶⁾とされ、特に癌や悪性リンパ腫の発生頻度の高い回盲弁より20cm以内の回腸末端部²⁾は大腸内視鏡で十分観察が可能であると考えられる。注腸造影時の逆行性回腸造影や大腸内視鏡検査時の下部回腸の積極的な観察が、回腸癌の早期診断に必要であると思われる。

結 語

術前に診断し得た原発性回腸癌の1例を報告した。本論文の要旨は、第53回日本臨床外科医学会総会にて発表した。

文 献

- 1) 梶谷 鑑, 高橋 孝: 腸癌. 日臨 32: 2276—2291, 1974
- 2) 八尾恒良, 日吉雄一, 田中啓二他: 最近10年間の本邦報告例の集計からみた空, 回腸腫瘍, 胃と腸 16: 935—941, 1981
- 3) 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 34: 1053—1058, 1979
- 4) 金子弘真, 桜井 衛, 村国 均他: 原発性小腸癌の3例, 外科診療 26: 387—391, 1984
- 5) 中神一人, 二村雄次, 弥政洋太郎他: 小腸悪性腫瘍の臨床像, 消化器外科 6: 25—32, 1983
- 6) Wilson JM, Melvin DB, Gray GF, et al: Primary malignancies of the small bowel. Ann Surg 180: 175—179, 1974
- 7) 野本信之助, 菅塚 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 25: 53—58, 1979
- 8) 大垣和久, 稲本 俊, 仁尾義則他: 小腸腫瘍, 消外 5: 932—936, 1982
- 9) 中崎隆行, 畦倉 薫, 上野雅資他: 原発性小腸悪性腫瘍の検討, 日臨外医会誌 52: 1723—1729, 1991
- 10) 近藤宗庸, 桑田雪雄, 中村隆二他: 小腸癌の1例, 日臨外医会誌 49: 2341—2345, 1988
- 11) 吉井克己, 野上 厚, 野方 尚他: 腸重積を呈した原発性回腸癌の1例, 日臨外医会誌 49: 2346—2350, 1988
- 12) 利根川洋二, 太田安英, 松下克己他: 術前に内視鏡直視下生検により診断しえた回腸末端部癌の1例, Prog Digestive Endoscopy 17: 249—252, 1980
- 13) 岩田章裕, 勝見康平, 藤岡俊久他: イレウスの診断にCTが有用と思われた回腸末端部癌の1例, 画像診断 9: 223—227, 1989
- 14) 金森俊成, 永原鉦二, 大野恒夫他: 大腸内視鏡で診断した回腸癌の1例, 癌の臨 35: 1705—1710, 1989
- 15) 星加和徳, 萱嶋英三, 小塚一史他: 小腸内視鏡生検にて確診しえた空腸癌の2例, Gastroenterol Endosc 28: 642—647, 1986
- 16) 新谷弘実: コロノスコピー, 医学書院, 東京, 1989, p69—70

A CASE OF PRIMARY CARCINOMA OF THE ILEUM PREOPERATIVELY
DIAGNOSED BY COLONOSCOPIC BIOPSY

Masahiro FUJIKAWA, Yoshiro OGUCHI, Shigeyuki UESHIMA, Daisuke KISHI, Hitoshi MIZUNO,
Toshikazu ITOU, Kuniya NAKAJIMA and Toyohiro IZUKURA

Department of Surgery, Otemae Hospital

Primary carcinoma of the ileum is less common compared with those of other sites of the gastrointestinal tract. Most of those cases are diagnosed after laparotomy under an advanced state such as ileus. Here a rare case of primary carcinoma of the ileum diagnosed preoperatively by endoscopic biopsy is described.

A 74-year-old man complaining of abdominal pain and constipation, was found to have a tumor at the terminal ileum by double contrast radiography. With endoscopic biopsy the definite diagnosis of carcinoma of the ileum was made. Ileocolectomy and lymph node dissection were carried out. Histopathological findings revealed that the lesion was a well-differentiated adenocarcinoma.

Primary carcinoma of the ileum often occurs in the terminal ileum. This case suggests that the careful radiographic or endoscopic study near the terminal ileum is important for the early diagnosis of this disease.