症 例

興味ある腸管形態を示した大腸多発癌の1例

長崎大学第1外科

中 崎 隆 行 中 越 享 澤 井 照 光 安 武 亨
宮 下 光 世 草 野 裕 幸 清 水 輝 久 富 田 正 雄

興味ある腸管形態を示した大腸多発癌の1例を経験したので報告する。症例は44歳、女性。主訴は血便。注腸検査では直腸上部の限局潰瘍型の癌と、その口側に正常な粘膜を介して約10cmのcobble stone様の所見を呈する全周性の狭窄を認めた。内視鏡検査でも同様の所見であり、生検では直腸病変はgroup 5, S状結腸病変はgroup 1であった。直腸癌とびまん浸潤型大腸癌の診断にて手術を行った。直腸癌の組織像は中分化腺癌で深達度pmであった。S状結腸の病変は、一部粘液癌を伴う中分化腺癌で、その病変の大部分はリンパ管侵襲によるものであり、粘膜面にはごくわずかに露出していたのみであった。直腸癌とS状結腸癌との間の腸管にリンパ管浸潤のないこと、また両者のDNA ploidyが異なることより多発癌と診断した。

索引用語：びまん浸潤型大腸癌、大腸多発癌、DNA ploidy

緒 言

大腸癌はほとんどが限局型の発育形態を示し、びまん浸潤型大腸癌は比較的稀とされている。今回、われわれは直腸の限局潰瘍型の癌とその口側にびまん浸潤型の大腸癌を合併した興味ある腸管形態を示した1例を経験したので報告する。

症 例

患者：44歳、女性。

主訴：血便。

既往歴：19歳、虫垂炎にて虫垂切除術。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：1990年5月中旬より血便出現。その後、下腹部痛、腹部膨満感もみられるようになり6月近医受診。注腸造影にて直腸腫瘍の診断を受け7月24日当科入院となった。

入院時現症：身長147cm、体重36kg、軽度の貧血を認めたが黄疸はなかった。左鎖骨上窩に大豆大の硬いリンパ節を数個触知した。胸腹部は特に異常所見なし。直腸指診では、肛門縁から6cmの部位に前壁を中心に硬い腫瘍を触知した。

入院時検査成績：Hbが10.9g/dlと貧血を認め、GPTは71U/lと上昇していた。また腫瘍マーカーで

はCEA 9.5ng/ml, CA19-9 81U/mlと高値であった。

注腸X線所見：直腸上部前壁中心に約4cmの限局潰瘍型の腫瘍とその口側に正常な粘膜を介して約12cmのcobble stone様の粗大顆粒状の変化を示す全周性の狭窄がみられた(図1)。

大腸内視鏡所見：肛門縁から6cmの部位に半周性の限局潰瘍型の腫瘍があり、その口側5cmは正常粘膜で、さらにその口側にcobble stone様の変化がみられた。明らかな潰瘍はなかった。それより口側は狭窄のため内視鏡の通過は不可能であった(図2)。生検の結果は直腸の病変はgroup 5, 口側の病変はgroup 1であった。腹部CTではS状結腸の壁肥厚と大動脈周囲のリンパ節腫大を認め、Gaシンチでは左鎖骨上窩、大動脈周囲、骨盤部に集積がみられた。

手術所見：直腸癌とS状結腸のびまん浸潤型大腸癌の診断にて手術を行った。直腸Ra前壁に母指頭大の腫瘍、S状結腸に硬い全周性の腫瘍を認め、大動脈周囲リンパ節は母指頭大に硬く腫大しており、また腹膜播種もみられた。低位前方切除術、大動脈周囲リンパ節、左鎖骨上窩リンパ節生検を行った。H₀, P₁, N₁, S₂の絶対非治癒切除術であった。

切除標本所見：直腸に34×25cmの限局潰瘍型の腫瘍と4.5cmの正常粘膜を介し約6cmの狭窄があり粘膜は浮腫状で、小隆起様の変化と一部に浅い潰瘍がみ

図1 注腸検査：直腸上部に限局潰瘍型の腫瘍（上）とその口側に正常な粘膜を介して顆粒状の変化を示す全周性の狭窄がみられた（下）。

図2 内視鏡検査：肛門縁から6cmの部位に半周性の限局潰瘍型の腫瘍があり（上）、その口側5cmは正常粘膜で、さらにその口側に cobble stone 様の変化がみられた（下）。

られた（図3）。

病理組織所見：直腸の病変の組織像は中分化腺癌で深達度 pm でリンパ管侵襲は軽微であった。直腸病変とS状結腸病変の間の腸管には癌組織はなくリンパ管侵襲はみられなかった。S状結腸病変の粘膜に露出した部分では一部粘液癌の部分と直腸病変の組織像よりはやや分化度の低い中分化腺癌の組織像で、S状結腸のその他の部位では粘膜下層、漿膜下層リンパ管侵襲が著明にみられた（図4）。組織の構築像で示すようにS状結腸の病変は粘膜に露出した部分のごくわずかであり、大部分は粘膜下の病変であり、また直腸病変との連続性はなかった（図5）。リンパ節は直腸病変の近傍のリンパ節は転移陰性であったが、S状結腸病変の近傍リンパ節からS状結腸リンパ節、下腸間膜幹リンパ節、下腸間膜根リンパ節、大動脈周囲リンパ節まで転移陽性であった。

また、直腸病変とS状結腸病変の核DNA量を測定してみると直腸病変はAneuploid、S状結腸病変はDiploidであった（図6）。

図3 切除標本：直腸に限局潰瘍型の腫瘍と約4.5cmの正常粘膜を介し約6cmの狭窄があり粘膜は浮腫状で、小隆起様の変化と一部に浅い潰瘍がみられた。

考 察

自験例は限局潰瘍型の癌とびまん浸潤型大腸癌の2つのtypeの癌がみられた。この症例の場合、直腸の病変（限局潰瘍型）が原発巣でS状結腸の病変がそのリンパ管侵襲による変化であるとする考え方と、2つの

図4 病理組織像：直腸の組織像は中分化腺癌でリンパ管侵襲は軽微であった(上左)。直腸病変とS状結腸病変の間の腸管には癌組織はなくリンパ管侵襲はみられなかった(上右)。S状結腸の病変の粘膜に露出した部分では一部、粘液癌の部分に伴う中分化腺癌の組織像で(下左)、その他の部位では粘膜下層、漿膜下層のリンパ管侵襲が著明にみられた(下右)。

図5 組織構築像：S状結腸の病変は粘膜に露出した部分はごくわずかで大部分は粘膜下の病変であり、直腸病変との連続性はなかった。

病変が別々であるとする考え方の2通りがあるが、組織像が若干異なること、直腸病変のリンパ管侵襲がないこと、2つの病変の間のリンパ管侵襲がないこと、さらに2つの病変のDNA ploidyが異なることより多発癌と判断した。

びまん浸潤型大腸癌は1951年に Laufman ら¹⁾により最初に報告され、その頻度0.1~1.1%^{2)~5)}とされて

いる。年齢は40~50歳代と一般の大腸癌より若く発症し⁵⁾⁷⁾、男女比は3:2で男性にやや多く⁶⁾一般の大腸癌と同様である。発生部位はS状結腸、直腸に多く他の大腸癌とほぼ同様であり、症状としては便通異常(下痢、便秘、裏急後重、便柱の狭小化)と下腹部痛が多く、潰瘍形成が少ないために血便は少ない⁷⁾とされている。本例では直腸に局限潰瘍型の腫瘍を合併しており主訴は血便であった。X線像の特徴として、①long segment にわたる腸管の狭窄、伸展不良、辺縁の硬化と不整像がみられる。②明瞭な腫瘍、潰瘍形成がなく、あっても極めて小さく、ひだの消失、肥厚、敷石状、玉石状の隆起など粘膜面は多彩な像を呈する。③病巣の辺縁部が徐々に狭小化する⁷⁾⁸⁾、などが挙げられるが炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎、Crohn病、虚血性大腸炎、憩室症、放射性腸炎、子宮内膜症、腸管膜脂肪炎症など)との鑑別はかならずしも容易ではない。内視鏡検査でもX線像と同様の所見を呈すが、著明な狭窄のため内視鏡挿入が困難で、また粘膜下主体の病巣の

図6 核DNA量：直腸病変はAneuploid(左)，S状結腸病変はDiploid(右)であった。

ため生検でも false negative が多いとされている。自験例でも直腸の限局潰瘍型の腫瘍は生検で group 5が得られたが、口側のびまん浸潤型の腫瘍は group 1であった。びまん浸潤型大腸癌は大きく2つのtypeに分けられる。すなわち、①印鑑細胞癌および低分化腺癌よりなる硬癌あるいは linitis plastica 型の癌、②中分化腺癌および一部低分化腺癌を伴う中分化腺癌で、極めて顕著なリンパ管浸潤を示し癌性リンパ管症とも称される進展を示す type⁹⁾である。自験例のびまん浸潤型の type としては、リンパ管浸潤が著明で癌性リンパ管症の状態であり、上記の②の type のものと考えられる。

大腸多発癌の頻度については1982年の第16回大腸癌研究会の全国アンケート調査⁹⁾では4.5%とされている。同時性多発癌では進行癌と早期癌の組み合わせが最も多く、ついで進行癌どおしの組み合わせが多いと報告⁹⁾されている。文献的にはびまん浸潤型大腸癌と限局潰瘍型の組み合わせはなく本例が最初と思われた。

結 語

大腸の限局潰瘍型の癌とびまん浸潤型の癌が合併し興味ある腸管形態を示した病変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) Laufman H, Saphier O: Primary linitis plastica type of carcinoma of the colon. Arch Surg 62: 79—91, 1951
- 2) Fahl JC, Dokerty MB, Judd ES: Scirrhus carcinoma of the colon and rectum. Surg Gynecol Obstet 111: 759—766, 1960
- 3) 安富正幸, 松田泰次, 肥田仁一他: 大腸癌分類規約と疫学. 日臨 46: 356—365, 1988
- 4) 小池盛雄, 滝沢登一郎, 船田顕信: びまん浸潤型大腸癌の病理. 胃と腸 23: 609—615, 1988
- 5) 河野敏郎, 大木繁男, 大見良裕: びまん浸潤型大腸癌の7例と本邦報告125例の検討. 日臨外医会誌 50: 1600—1605, 1989
- 6) 高橋 喬, 池 秀之, 池田孝明: 腸癌. 日臨 41: 1369—1382, 1983
- 7) 磨伊正義, 上田 博, 渡辺七郎: びまん浸潤型大腸癌の診断. 胃と腸 23: 599—608, 1988
- 8) McQueeney AJ, Olson RW, Medwid A, et al: Primary scirrhous carcinoma of colon. Am J Roentgen 101: 306—310, 1967
- 9) 古賀成昌: 大腸多発癌アンケート調査. 第16回大腸癌研究会, 米子, 1982

A CASE OF MULTIPLE COLORECTAL CARCINOMA WITH AN INTERESTING FEATURE

Takayuki NAKAZAKI, Tohru NAKAGOE, Terumitsu SAWAI, Toru YASUTAKE,
Kousei MIYASHITA, Hiroyuki KUSANO, Teruhisa SHIMIZU
and Masao TOMITA

First Department of Surgery, Nagasaki University of Medicine

This paper describes a case of multiple colorectal carcinoma with an interesting feature. A 44-year-old female was admitted to the hospital because of bloody stool. Barium enema and endoscopy demonstrated a Borrmann 2 type carcinoma of the rectum and a narrowing of the sigmoid colon about 10 cm in length revealing cobble stone-like findings. Biopsy revealed group 5 for the rectal lesion and group 1 for the sigmoidal lesion. Low anterior resection was performed. Histological study of the rectal lesion showed moderately differentiated adenocarcinoma and that of another lesion revealed moderately differentiated adenocarcinoma with mucinous adenocarcinoma which was exposed in the mucosa slightly and conspicuous lymphangitic permeation. We concluded that two lesions were double primary carcinomas, for lymphatic vessel invasion was not seen between two lesions and DNA ploidy patterns of both lesions were different.