症 例

内視鏡的摘除を施行した上行結腸平滑筋肉腫の1例

東邦大学第2外科 (主任: 継 行男教授)

柴 忠 明 高 木 純 人 山 崎 有 浩 高 塚 純
池 田 正 規 城 原 直 樹 金 子 弘 真 継 行 男
同 第1病理
辻 本 志 郎

上行結腸平滑筋肉腫はきわめてまれである。内視鏡的ポリペクトミーを施行した低悪性度の上行結腸平滑筋肉腫の1例を報告する。

症例は47歳の男性で主訴は軟便であった。注腸造影で上行結腸に隆起性病変を認めた。大腸内視鏡検査では亜有茎性の粘膜下腫瘍と考えられた。内視鏡的ポリペクトミーを施行した。摘出した腫瘍の大きさは3×2.5×2.5cm 大であり、組織学的には低悪性度の平滑筋肉腫と診断された。

内視鏡的ポリペクトミー後の経過は順調で、切除後4年6カ月の現在、再発の徴候はない。

索引用語: 上行結腸, 平滑筋肉腫, 内視鏡的ポリペクトミー

緒 言

結腸に発生する平滑筋肉腫はまれな疾患であるとともにその治療は外科的切除によることが原則とされている。しかし平滑筋腫と平滑筋肉腫の臨床的鑑別診断は困難であり、外科的切除あるいは内視鏡的ポリペクトミー後に平滑筋肉腫と診断されるものも少なくない。著者らも上行結腸に発生した亜有茎性腫瘍で内視鏡的ポリペクトミー後に低悪性度の平滑筋肉腫と診断された症例を経験したので報告する。

症 例

患者: 47歳, 男性。

主訴: 軟便。

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: 1987年頃より軟便を自覚するようになったが精神的要因によるものと考えて放置していた。1990年9月11日睡眠障害を主訴として当院心療内科を、軟便を主訴として当科を受診した。不安神経症状が強度であるため入院し、精査をすすめることとなった。

入院時現症: 軽度のやせを認めるが、貧血、黄疸は認めなかった。胸部に異常所見はなく、腹部は平坦で

右下腹部に圧痛を認めるが腫瘤や抵抗は触知しなかった。

入院時検査成績: 末梢血では貧血はなく、肝機能、腎機能ともに異常なく、便潜血も陰性であった。AFPおよびCEAは正常域にあった(表1)。また上部消化管造影検査には特記すべき所見はなかった。注腸造影検査では上行結腸に数個の憩室を認めるとともに回盲

表1 入院時血液生化学検査所見

白血球数	5,300 /mm ³	GPT	22 IU/L
白血球像		GPT	22 IU/L
Ba	0.0 %	ALP	84 IU/L
Eos	2.0 %	γ-GTP	48 IU/L
Seg	60.0 %	ChE	318 IU/L
Lympho	32.0 %	AMY	35 IU/L
mono	6.0 %	CK	75 IU/L
赤血球数	426×10 ⁴ /mm ³	TC	181 mg/dl
Hb	14.3 g/dl	TG	95 mg/dl
Ht	41.5 %	Na	144 mM
血小板数	241×10 ³ /mm ³	K	3.9 mM
TP	6.4 g/dl	Cl	107 mM
Alb	4.0 g/dl	AFP	8.6 ng/ml
T.Bil	1.1 mg/dl	CEA	0.8 ng/ml
UN	10 mg/dl		
Cr	1.0 mg/dl		

1995年3月24日受付 1995年6月2日採用

図1 注腸造影所見

回盲弁付近に長径約3.5cmの腫瘍陰影を認める。

図2 大腸内視鏡所見

回盲弁上唇より約2cm 肛側に亜有茎性腫瘍を認めた。

弁付近に長径約3.5cmの境界明瞭な腫瘍陰影を認めた(図1)。大腸内視鏡検査では回盲弁上唇より約2cm 肛側の上行結腸に長径約3cmの亜有茎性腫瘍を認めた。腫瘍表面は周囲粘膜と同様なほぼ正常な粘膜で被

図3 摘出標本

3cm×2.5cm×2.5cm 大で表面には軽度の凹凸を伴い、ほぼ正常な粘膜で被われており、硬い腫瘍であった。

図4 摘出標本(剖面)

剖面の辺縁は比較的整で内部は灰白色を呈している。

われており、潰瘍形成や出血などは認めなかった。内視鏡所見からは粘膜下腫瘍と考えられたが質的診断を確定するには至らなかった(図2)。なお腹部超音波検査、CT 検査では特記すべき所見は得られなかった。

治療：茎部にスネアをかけ診断と治療をかねて高周波により内視鏡的ポリペクトミーを施行した。出血などの合併症は認めなかった。

摘出標本：3cm×2.5cm×2.5cm 大で表面に軽度の

図5 組織学的所見

表層はほぼ正常な粘膜で被われていた(×100, HE 染色)。

図6 組織学的所見

筋板をとところどころで巻き込む紡錘形を呈する腫瘍細胞の増殖よりなり、核分裂像に乏しいが、一部に軽度の cellularity が認められる(×400, HE 染色)。

凹凸を伴うほぼ正常な粘膜で被われた硬い腫瘤であった(図3, 図4)。

組織学的所見: 表層は一部に軽度の糜爛を伴うもののほぼ正常な粘膜で被われていた。腫瘤は筋板をとところどころで巻き込む紡錘形を呈する腫瘍細胞の増殖よりなり、核分裂像に乏しかった。しかし一部に軽度の cellularity があり、低悪性度の平滑筋肉腫と診断された(図5, 図6, 図7)。また内視鏡的ポリペクトミーにより完全切除が行われたと考えられた。

経過: 内視鏡的ポリペクトミー後に軟便は軽快した。その後の経過観察のために施行した大腸内視鏡検査、腹部CT検査などで特記すべき所見もなく順調に経過している。

図7 組織学的所見

腫瘍細胞の細胞質内に赤く染まる筋成分が認められた(×400, アザン・マロリー染色)。

考 察

消化管に発生する腫瘍のうち非上皮性腫瘍は比較的小さい。なかでも結腸に発生する頻度は胃、小腸、直腸よりも低いとされている¹⁾。佐古ら²⁾の集計によれば結腸平滑筋肉腫の本邦報告例は1993年までで62例にすぎないという。なかでも上行結腸に発生する頻度は盲腸に次いで低く、落合³⁾の集計によれば、72病巣中9病巣(12.5%)であったという。

さて現在、平滑筋腫と平滑筋肉腫の術前鑑別診断は困難とされ、単なる内視鏡的生検だけでなく、粘膜切開後生検、針生検による細胞診なども行われているが十分とはいえない。血管造影による鑑別診断も報告⁴⁾されているが腫瘍の小さい場合には必ずしも有用とはいえない。結腸平滑筋肉腫の大部分は腫瘍の最大径が5cm以上であったことから、このような腫瘍については平滑筋肉腫を考慮して対処すべきであるとする見解⁵⁾もあり、術前の質的診断には有用であると支持する報告もある。しかし阿部ら⁶⁾は文献的に集計した大腸平滑筋肉腫60症例中、術前診断が可能だったものは6%(4例)にすぎなかったと述べており、切除後標本の検索によって確定診断が下されるのが一般的である。したがって腫瘍径が比較的小さく、内視鏡的切除が可能な形態をとるものでは、治療と診断をかねた内視鏡的ポリペクトミー後に平滑筋肉腫と診断されることもあると考えられるが、このような報告はみられないし、このような場合の治療方針を述べた報告もない。本例は腫瘍の最大径が約3cmであり、各種の画像診断でも転移巣の存在には否定的であったことから治療と診断をかねて内視鏡的ポリペクトミーを施行した。そ

して切除標本の病理組織診断で低悪性度の平滑筋肉腫と診断されたものである。

消化管平滑筋肉腫の治療は外科的切除が唯一の方法であるとされてきた。しかし、平滑筋肉腫ではリンパ節転移は少なく、肝、肺、脾などへの血行性転移が多いとされている⁷⁾。また本例のように低悪性度の平滑筋肉腫、殊に組織学的に核分裂像に乏しく、一部に cellularity を混ざるような症例では予後は良好であるとされている⁸⁾。このような背景に加えて本例では内視鏡的に完全切除が行われたと考え得ることから、開腹による追加切除は施行せず、厳重経過観察を行いつつ現在に至っている。切除後約4年6ヵ月を経過しているが再発の徴候はない。

結 語

内視鏡的ポリペクトミー後に上行結腸低悪性度平滑筋肉腫と診断し、経過を観察している1例を報告した。

文 献

- 1) 岡田克彦, 中尾宣夫, 稲本一夫他: 血管造影により診断できたS状結腸移行部平滑筋肉腫の1症例。

臨放線 20: 1183—1188, 1975

- 2) 佐古辰夫, 松本慎一, 生田 肇他: 横行結腸平滑筋肉腫の1例。日本大腸肛門病会誌 46: 269—272, 1993
- 3) 落合 匠, 木下祐宏, 森脇 稔他: S状結腸平滑筋肉腫の1例。日本大腸肛門病会誌 45: 316—320, 1992
- 4) 渡辺俊一, 大畑武夫, 丸山雄造: 消化管の平滑筋腫と平滑筋肉腫—その動脈造影所見について。臨放線 21: 335—342, 1979
- 5) 島野吉裕, 四宮洋一, 苗加文男他: 横行結腸平滑筋肉腫の1例。外科治療 47: 369—374, 1982
- 6) 阿部和裕, 堀田総一, 平井信二他: 下行結腸平滑筋肉腫の1症例。日立医会誌 30: 46—50, 1992
- 7) 小野監作, 佐藤泰雄, 大塚唐吉: 結腸平滑筋肉腫の1例。本邦平滑筋肉腫の42例の検討。外科 46: 205—301, 1984
- 8) 佐野量造: 胃疾患の臨床病理。医学書院, 東京, 1979, p278—285

A CASE OF LEIOMYOSARCOMA OF THE ASCENDING COLON

Tadaaki SHIBA, Sumito TAKAGI, Kunihiro YAMAZAKI, Jun TAKATSUKA,
Masami IKEDA, Naoki JOBARA, Hironori KANEKO,
Yukio TSUGU and Shiro TSUJIMOTO

Second Department of Surgery and First Department of Pathology, Toho University, School of Medicine

Leiomyosarcoma of the ascending colon is very rare. This case report describes a case of low grade malignancy leiomyosarcoma of the ascending colon removed by endoscopic polypectomy. A 47-year-old male was seen at the hospital because of pasty stool. Barium enema showed a protruded lesion in the ascending colon. Endoscopic diagnosis was subpendunculated submucosal tumor of the colon. The lesion was removed by endoscopic polypectomy. The collected specimen was 3 × 2.5 × 2.5 cm in size. Histological finding of the specimen disclosed low grade malignancy leiomyosarcoma.

The course of post endoscopic polypectomy was uneventful and there has been no sign of recurrence, as of four years and six months after the endoscopic polypectomy.