症 例

腸重積症を呈した原発性盲腸悪性リンパ腫の1例

横浜市立港湾病院外科, 同 病理*, 松島病院**

和田 修 幸 吉 田 悟 遠 藤 権三郎 山 本 裕 司
鹿 原 健 吉 田 幸 子* 長谷川 信 吾**

結腸原発の腸管悪性リンパ腫は比較的稀な疾患である。われわれは、回盲部(盲腸部)に発生した腫瘤を先進部とし、腸重積症を呈した悪性リンパ腫の1例を経験したので報告する。

症例は76歳の男性、腹痛を繰り返して受診。初診時には右季肋部に可動性ある手拳大の腫瘤を触知した。注腸ではカニの爪状の陰影欠損を呈し、送気によって重積状態が整復され、回盲部に腫瘤影が認められた。CTでは、拡張した結腸内腔に腫瘤を認め、一部重積している横断面が描出された。内視鏡では、表面凹凸不整の易出血性隆起病変を認めた。以上より、回盲部悪性腫瘍および腸重積症の診断にて、右半結腸切除およびリンパ節郭清(D3)を施行した。所属リンパ節の腫大が見られたが、他臓器への浸潤、腹膜播種はなかった。病理診断は、悪性リンパ腫, diffuse, mixed, B cell, se, n2 (+)であり、術後CHOP療法を施行し退院、現在まで再発の徴候はない。

索引用語：原発性盲腸部悪性リンパ腫，腸重積症，CHOP療法

はじめに

消化管の悪性リンパ腫は、消化管原発のものと、全身性の一部分症として二次的に消化管に発生したものにわけられる。本邦における大腸原発悪性リンパ腫の

頻度は、大腸悪性腫瘍全体の1%未満との報告が多く稀な疾患であり^{1)~4)}、欧米においてもほぼ同様の報告がなされている⁵⁾⁶⁾。また、腸管悪性リンパ腫は、成人の腸重積症の原因となることがある⁷⁾⁸⁾。今回われわれ

図1 注腸検査：いわゆるカニの爪状の陰影欠損を呈し、送気によって比較的容易に整復された。二重造影では隆起の表面はゆるやかな凹凸で、腫瘤の大きさに比べて腸壁の伸展性が良く保たれていた。

図2 CT検査：拡張した結腸内腔に腫瘤影が認められ、重積腸管の断面が描出された。

は、回盲部（盲腸部）に原発し腸重積症の原因になったと考えられる悪性リンパ腫の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例：76歳、男性。

主訴：腹痛、腹部腫瘤。

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成7年4月頃より腹痛を繰り返し、近医を受診。腹部の腫瘤および貧血を指摘され、6月21日

当科を紹介受診した。

入院時現症：眼瞼結膜に貧血を認めた。腹部所見は、右季肋部に軽度の圧痛を伴う手拳大の可動性ある腫瘤を触知したが、筋性防御、Blumberg 徴候は認めなかった。また、体表リンパ節は触知しなかった。

血液検査：Hb 6.5g/dl と高度の鉄欠乏性貧血を認めた以外は特に異常を認めず、腫瘍マーカーの上昇はみられなかった。

腹部X線写真：入院時の腹部立位単純X線写真は、ニボー様の小腸ガス像が見られた。

注腸検査：造影剤は横行結腸と思われる部分にて停滞し、いわゆるカニの爪状の陰影欠損が認められた。さらに空気を送り込むと、腸管の重積が少しずつ整復され、回盲部において腫瘤陰影が認められた（図1）。

腹部CT：拡張した結腸の内腔に腫瘤影が認められ、一部重積していると思われる横断面が描出された（図2）。

大腸内視鏡検査：表面凹凸不整の易出血性隆起性病変が存在し、生検の結果は group III であった（図3）。

以上より回盲部（盲腸部）悪性腫瘍、および腸重積症の診断で7月3日、右半結腸切除術、およびリンパ節郭清（D₃）を施行した。

手術所見：腹水を認めず、結腸が肝彎曲部まで重積しており、これを整復すると回盲部（盲腸部）に小児手拳大の腫瘤を触知した。腸間膜の所属リンパ節の腫大が見られたが、他臓器への浸潤はなく、腹膜播種も認められなかった。また肝、脾に異常はなかった（図4）。

摘出標本：回腸末端が腫瘤のため回盲部へ引き込まれ、所属リンパ節が腫大していた。内腔は、腫瘤が Bauhin 弁を境に2つの隆起性病変として存在し、一

図3 大腸内視鏡検査：表面凹凸不整の易出血性隆起性病変が存在し、口側の腸管内腔は一部のみ確認できたのであった。生検結果は group III であった。

図4 手術所見：術中写真は右側が頭側であり，重積腸管を虫垂が見えるまで整復した様子である。

図5 摘出標本：回腸末端が盲腸部へ引き込まれ，所属リンパ節は腫大していた。内腔では Bauhin 弁を境に2つの隆起性病変が存在し粘膜下では連続していたが，回腸末端の内腔，および Bauhin 弁は閉塞せず良く保たれており，存在部位より盲腸部原発と考えた。

方は径8cm，他方は径5cm程で，粘膜下では連続していた。また，回腸末端の内腔は閉塞せずに保たれており，腫瘍の存在部位，および腹腔内所見より大腸原発（盲腸部原発）であると考えられた（図5）。

病理組織像：大小不同の異型リンパ球が増殖し，LSG分類にて，diffuse, mixed, B-cell type，壁深達度はseで，リンパ節転移はn2（+）と診断された（図6）。

また，術後にGaシンチグラフィーを施行したが，異常な集積は認められなかった。

以上より，最終診断は，回盲部（盲腸部）原発悪性リンパ腫[diffuse, mixed, B-cell type, se, n2（+）]，病期は，ホジキン病の分類である Ann Arbor の分類に照らすと IIE 期，Naqvi⁹⁾の分類では stage II であっ

図6 病理組織所見：大小不同の異型リンパ球が増殖し，LSG分類では，diffuse, mixed, B-cell type と診断した。壁深達度はseであり，第2群リンパ節まで転移が認められた（HE染色，×200）。

た。術後はCHOP療法（Cyclophosphamide, Adriamycin, Vincristine, Predonisolone）を施行し，退院。術後約半年経過した現在まで，再発の兆候は認められていない。

考 察

大腸原発悪性リンパ腫の頻度は，消化管原発悪性リンパ腫のうち，欧米では10%程度⁵⁾⁶⁾，本邦では20～35%³⁾⁹⁾¹⁰⁾程度と報告されており，稀な疾患である。大腸の部位では，リンパ細網組織が発達している盲腸が71.5%と最も多く，ついで直腸16.9%，上行結腸6.2%と報告されている⁴⁾⁷⁾¹¹⁾。

症状は，腹痛，悪心，嘔吐などの腹部の不定愁訴が多く，腫瘤として触知されることも少なくない¹⁾⁷⁾¹¹⁾。特に腫瘤の大きさに比べ可動性の良いことは重要な所見とされている⁸⁾。大腸悪性リンパ腫のX線像の特徴に関しては様々な報告があるが¹²⁾，林ら¹³⁾は，X線像のみで診断できるものはないと述べている。

肉眼的特徴に関しては，Wood¹⁴⁾の分類を始めとし，本邦でも佐々木ら¹⁵⁾，伊辺ら¹⁶⁾，長谷川ら¹⁷⁾の報告がある。まず，限局型とびまん型の2つに大きく分け，さらに前者を腫瘤型ないし隆起型と，潰瘍型に分けた場合が多く，それぞれ癌腫，炎症性腸疾患等との鑑別点を述べている。本症例は限局型で，腫瘤型ないし隆起型であったが，内視鏡所見よりリンパ腫と診断することはできなかった。岩下ら¹⁰⁾は，臨床診断の生診率は低く19.2%と報告しており，生検における診断率も42.9%¹³⁾程度と低いため，実際の臨床の場では癌腫として手術されることが少なくない。本症例も確定診断の得られぬうちに手術を施行したが，症状に比較して

伸展性の良い注腸所見，内視鏡での粘膜面や立ち上がり
の所見，また明らかに肉眼的に悪性腫瘍の形態を有
しながら生検結果が group III であったことなどを考
え，術前に悪性リンパ腫の診断ができなかったかと
反省している。悪性リンパ腫の消化管病変が原発病
巣であるか否か，すなわち節外性リンパ腫
(extranodal) であるか，あるいは節性リンパ腫(nodal
origin) からの全身性の一部分症であるかは議論の多
いところであるが，森ら¹⁸⁾，Dawson ら¹⁹⁾の基準等を参
考に，本症例は回盲部（盲腸部）原発であると考えら
れた。

また，腸管悪性リンパ腫は成人の腸重積症の原因と
なることがあり，頻度的には20～50%程度と報告さ
れ⁷⁾⁸⁾，特に回腸末端発生のもに多くみられている。
小児の腸重積症と比較すると緩やかに経過することが
多く，これは腫瘤の可動性の良さによると考えられる。
本症例も肝彎曲部まで重積していたが，いわゆるイレ
ウス症状は軽度であった。また，本症例においては，
腫瘤は粘膜下では連続していたが，Bauhin 弁を境に
2つの隆起性病変として存在したため，内腔は閉塞せ
ずに良く保たれていた。このためイレウス症状は比較
的軽度であったものと考えられる。

治療は，腸管悪性リンパ腫の場合，まず手術療法が
施行され，さらに化学療法や放射線療法など集学的に
行われることが多い。リンパ節郭清を含めた切除可能
病変では，手術療法のみで完全寛解の得られる場合も
あり，さらに化学療法や局所の放射線治療が行われ
る²⁰⁾。太田ら³⁾によれば原発性腸管悪性リンパ腫32例
中40.6%が根治切除可能であった。また，大動脈周囲
リンパ節に転移の見られる症例においても，局所の切
除後に化学療法を施行し CR の得られた症例が報告さ
れている¹⁾。岩下ら¹⁰⁾によれば，大腸原発悪性リンパ腫
の5年生存率は40%程度であり，腸管悪性リンパ腫全
体では，診断時には90%以上の症例において壁深達度
は mp 以上で，リンパ節転移も50%以上にみられ，リン
パ節転移の有無が最も予後を反映するとの報告があ
る¹⁾⁷⁾¹²⁾²¹⁾。大腸癌取り扱い規約²²⁾に準じた場合，本症例の
根治度は A であるが，病理診断では第2群リンパ節ま
で転移が認められており，十分な注意を要すると思え
られた。また，消化管悪性リンパ腫では異時性あるい
は同時に癌腫との合併が報告されており，リンパ腫
に対し種々の化学療法治療後3～7年ぐらゐ後に癌発
生が認められたとの報告もある²³⁾。この点でも今後厳
重な経過観察が必要であると考えられた。

おわりに

腸重積症状を呈した回盲部（盲腸部）原発悪性リン
パ腫の1例を経験したので，若干の文献的考察を加え
て報告した。

文 献

- 1) 太田博俊，西 満正，上野雅資他：腸管悪性リンパ
腫の診断と治療。消外 16：1419—1428，1993
- 2) 難波紘二，佐々木なおみ：日本人における消化管
悪性リンパ腫の特殊性。臨成人病 15：971—975，
1985
- 3) 太田博俊，高木國夫，西 満正他：腸管悪性リンパ
腫の治療と予後。胃と腸 24：529—538，1989
- 4) Jinnai D, Iwasa Z, Watanuki T: Malignant
lymphoma of the large intestine: Operative
results in Japan. Jpn J Surg 13: 331—336, 1983
- 5) Freeman C, Berg JW, Cutler SJ: Occurrence
and prognosis of extranodal lymphomas. Can-
cer 29: 252—260, 1972
- 6) Naqvi MS, Burrows L, Kark AE: Lymphoma
of the gastrointestinal tract: Prognostic guides
based on 162 cases. Ann Surg 170: 221—231,
1969
- 7) 中村敬夫，佐藤栄一：小腸と大腸の悪性リンパ腫。
臨成人病 15：1005—1009，1985
- 8) 下山孝俊，阿部治美，池田敏明他：腸管の悪性リン
パ腫，とくに直腸細網肉腫について。外科 37：
281—287，1975
- 9) 飯田三雄，末兼浩史，岩下明德他：原発性小腸悪性
リンパ腫の X 線および内視鏡所見一切除標本病
理所見との対比を中心に。胃と腸 23：1331—
1346，1988
- 10) 岩下明德，竹下盛重，竹村 総他：原発性大腸悪性
リンパ腫の臨床病理学的検索。胃と腸 30：869—
886，1995
- 11) 前田光雄，鈴木和文，中野 修他：全結腸にびまん
性びらん型浸潤を呈した回盲部悪性リンパ腫の1
例。臨消内科 4：1875—1880，1989
- 12) 八尾恒良，飯田三雄：消化器の画像診断。臨放線
30：1277—1286，1985
- 13) 林 繁和，岡村正造，瀬川昂生他：大腸悪性リンパ
腫の画像診断。胃と腸 30：895—908，1995
- 14) Wood DA: Tumors of the intestine. Atlas of
Tumor Pathology. Sect VI Fasc 22, AFIP,
Washington DC, 1967, p96—99
- 15) 佐々木亮，岩淵三哉，渡辺英伸：腸管悪性リンパ腫
の臨床病理学的検討。胃と腸 23：1315—1322，

- 1988
- 16) 伊部晃裕, 酒井義浩: 消化管悪性リンパ腫の内視鏡像 (2) 腸管. 臨消内科 2: 1261—1267, 1987
- 17) 長谷川かをり, 長廻 紘, 屋代庫人他: 腸管悪性リンパ腫の内視鏡的検討. 胃と腸 24: 517—528, 1989
- 18) 森 茂郎, 山口和克, 喜納 勇他: 腸原発悪性リンパ腫の病理—とくに胃およびリンパ節原発悪性リンパ腫との比較. 癌の臨 20: 484—489, 1974
- 19) Dawson IMP, Cornes JS, Morson BC: Primary malignant lymphoid tumours of the intestinal tract: Report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis. Br J Surg 49: 80—89, 1961
- 20) 松本修一, 水野敏彦, 本多俊伯他: 胃腸管の悪性リンパ腫. 外科 43: 7—13, 1981
- 21) 都築尚生, 大橋大造, 入谷勇夫他: 盲腸原発悪性リンパ腫の1例. 外科 57: 1240—1244, 1995
- 22) 大腸癌研究会編: (1994) 大腸癌取り扱い規約. 改訂第5版, 金原出版, 東京
- 23) 武永 強, 山本信彦, 山中昭良他: 悪性リンパ腫の消化管病変に関する検討. Gastroenterological Endoscopy 30: 2218—2224, 1988

A CASE OF INVAGINATION CAUSED BY A PRIMARY MALIGNANT LYMPHOMA IN THE CECUM

Nobuyuki WADA, Satoru YOSHIDA, Kenzaburo ENDO, Yuji YAMAMOTO,
Ken KABARA, Sachiko YOSHIDA* and Shingo HASEGAWA**
Departments of Surgery and Pathology*, Yokohama City Kowan Hospital
**Matsushima Hospital

Primary malignant lymphoma of the large intestine is comparatively rare. A case of invagination caused by a primary malignant lymphoma in the cecum is reported here.

A 76-year-old man was admitted to the hospital because of repetitive abdominal pain. The fist-sized movable tumor was palpated in the hypochondrium. Barium enema revealed a cup-shaped or ring-like defect at the end of the barium column. The invagination was reduced by air inflation and the tumor shadow was shown in the cecum. The cross-section of the tumor invaginated in the distended large intestine was shown by CT scan. Endoscopy revealed the elevated and eroded tumor with uneven surface. Therefore, he was diagnosed as having the invagination due to malignant tumor in the cecum and then a right hemicolectomy (D3) was performed. No peritoneal dissemination and no invasion into the surrounding fatty tissue or other organs was seen in the operation. Pathological diagnosis was malignant lymphoma, diffuse, mixed, B-cell type, se, and n2(+). After the surgery, chemotherapy (CHOP) was carried out. The patient is alive with no recurrence sign.