症 例

穿孔をきたした原発性小腸癌の1例

済生会神奈川県病院外科

長 島 敦 吉 井 宏 奥 沢 星二郎
北 野 光 秀 土 居 正 和

穿孔をきたした原発性小腸癌を経験した。症例は61歳、男性で腹痛を主訴に来院した。腹部理学的所見上汎発性腹膜炎を認め、腹部超音波検査、腹部CT検査で左下腹部に小腸と思われる腸管の壁肥厚像および腫瘍形成像を認めた。小腸腫瘍による汎発性腹膜炎の診断で緊急手術施行した。トライツ靱帯より約150cmの小腸に全周性径約4cmの腫瘍を認め、その潰瘍底に約2mmの穿孔部が認められた。腫瘍を含め小腸部分切除術を施行した。リンパ節転移、肝転移、腹膜播種は認めなかった。

腫瘍は病理組織学的に中分化型腺癌と診断された。穿孔部周囲はnecroticであり、癌性潰瘍の壊死による穿孔と考えられた。術後経過は良好で、患者は第19病日に退院した。

索引用語：原発性小腸癌、小腸穿孔、穿孔性腹膜炎

緒 言

十二指腸癌を除く原発性小腸癌は、その頻度が全消化管癌の0.1～0.3%とされ¹⁾、稀な癌である。また術前確定診断が困難なため、手術理由としては腸閉塞や腹部腫瘍が多く穿孔は少ない。今回、穿孔をきたした緊急手術施行した原発性小腸癌を経験したので報告する。

症 例

症例：61歳、男性。

主訴：腹痛。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：30歳、胃潰瘍で手術。

現病歴：1998年7月22日、昼食後突然左下腹部痛出現した。7月23日、痛みが腹部全体に広がり増強してきたため同日当科受診し、汎発性腹膜炎の診断で入院した。

入院時現症：血圧109/57 mmHg、脈拍72/分、整、体温38.2℃。腹部は全体に板状硬で圧痛、筋性防御、反跳痛を認め、腸音は消失していた。

入院時検査所見：白血球 $9.410/mm^3$ 、CRP 13.8 mg/dlと高値であった。赤血球 $309 \times 10^4/mm^3$ 、Hb 5.3 g/dlと貧血を認めた。

胸腹部X線写真：特に異常所見を認めなかった。

腹部超音波検査所見：左下腹部に内腔にgasを含む

約4×3cm大のhypoechoic massを認め、ダグラス窩に少量の腹水を認めた(図1)。

腹部CT所見：左下腹部、下行結腸の腹側に全周性で不整な腸管壁の肥厚を認めた(図2)。

以上より、画像診断上は小腸腫瘍、腹部所見では汎発性腹膜炎と診断した。小腸腫瘍が汎発性腹膜炎をきたす原因として、頻度的に穿孔よりもむしろ腸重積を念頭に置き緊急手術施行した。

図1 腹部US所見：左下腹部に内腔にガスを含む4×3cm大の低エコー腫瘍影が認められた。

1999年5月14日受付 1999年8月20日採用

図2 腹部 CT 所見：左下腹部に全周性で不整な腸管壁の肥厚が認められた。

図3 摘出標本所見：4×9×2 cm 大、潰瘍限局型の腫瘍で、潰瘍底で穿孔していた。

手術所見：腹腔内に汚濁した黄色の腹水を認めた。トライツ靱帯より約 150 cm の小腸に全周性で 4 cm 大、弾性硬の腫瘤を認めた。腫瘤は中央部で穿孔し、周囲の小腸および S 状結腸で被覆されていた。穿孔部は径 2 mm 大であった。辺縁動脈に沿ったリンパ節とともに腫瘤を含めた小腸を約 30 cm 切除し、端々吻合で再建した。明らかなリンパ節転移、肝転移、腹膜播種は認めなかった。腹腔内を 10 L の生理的食塩水で洗浄し、ドレーン留置して閉腹した。

切除標本：小腸粘膜に全周性で 4×9×2 cm の周堤を伴う潰瘍性病変を認めた。その潰瘍底に 2 mm 大の穿孔部を認めた（図 3）。

病理組織学的所見：クロマチンに富む腫瘍細胞が腺管状、乳頭状に不規則に増殖した中分化型腺癌であった。壁深達度は ss で脈管侵襲は ly₊、v₀ で、リンパ節転移陰性であった（図 4）。癌性潰瘍の中心部付近に穿孔部を認めた（図 5）。穿孔部周囲は壊死組織であり、癌

図4 病理組織所見（HE 染色，×25）：中分化型腺癌であった。

図5 穿孔部のルーベ像（HE 染色）：癌性潰瘍の中央部付近に穿孔を認めた。穿孔部周囲は壊死組織であった。

性潰瘍の壊死による穿孔であった。

術後経過：術後は良好に経過し、術後第 19 日目に軽快退院した。術後 10 カ月を経た現在は外来通院中で、再発の徴候を認めない。

考 察

原発性小腸悪性腫瘍は、剖検例、手術例を含めて全消化管悪性腫瘍中 0.3～4.9% を占めるに過ぎない稀な疾患である²⁾。八尾ら³⁾の 1979 年までの小腸悪性腫瘍の集計では悪性リンパ腫が 259 例 (38.2%)、小腸癌 221 例 (32.6%)、平滑筋肉腫 176 例 (26.0%)、カルチノイド 9 例 (1.3%) と報告し、亀岡ら⁴⁾は 1987～1991 年までの 434 例の集計で、平滑筋肉腫が 146 例 (33.6%)、悪性リンパ腫 134 例 (30.9%)、小腸癌 114 例 (26.3%) と報告している。

症状について、他の原発性小腸悪性腫瘍が腹部腫瘍で発見されることが多いのに対し、原発性小腸癌では、腹痛、嘔吐など癌腫による狭窄ないし閉塞に起因するものが最も多く、次いで腫瘤触知、下血の順である⁵⁾。穿孔の頻度は、悪性リンパ腫 14%⁶⁾～20%⁷⁾、平滑筋肉腫

5.9%⁸⁾、カルチノイド4%²⁾で小腸癌は2%と報告されており⁵⁾、悪性リンパ腫では比較的穿孔が多いが、小腸癌は穿孔例が少ない。小腸癌は輪状狭窄型が多いため⁵⁾、穿孔が少なく閉塞症状が出やすいと考えられる。本症例も輪状狭窄型であったが、イレウス症状発現前に穿孔をきたした。穿孔部は潰瘍底であり、癌性潰瘍が壊死に陥り穿孔したものと考えられた。原発性小腸癌の術前診断は一般に困難で、森山ら⁹⁾によれば消化管造影により小腸癌を疑った症例のうち、内視鏡的に確定診断がついたのは35.5%であったと報告されている。今回われわれは腹部超音波、CT検査で小腸腫瘍を疑い、小腸腫瘍による汎発性腹膜炎と術前診断した。頻度は少ないものの、本症例のように癌性の穿孔をきたす原発性小腸癌が存在することを理解しておく必要があると考えられた。

原発性小腸癌の治療の基本方針は、腫瘍を含めた病巣部の根治切除である。リンパ節転移について野本ら⁵⁾は腸管膜リンパ節転移が57.1%と高率であり、また遠隔リンパ節転移が7.7%にみられ、非治療因子となったと述べている。一方、堀ら¹⁰⁾は漿膜浸潤が高度であってもリンパ節転移は辺縁動脈に沿ったリンパ節までであり、空・回腸動脈根部のリンパ節郭清は不要と述べている。一方、池口ら¹¹⁾は治癒切除しえた62例のうち9例に再発死亡が認められ、組織学的に漿膜浸潤例は腹膜再発を、組織学的リンパ節転移陽性例は肝転移再発をきたす危険が高く、また生存率からみて治癒切除例の予後決定因子はリンパ節転移よりも深達度であろうと述べている。以上のようにリンパ節転移に関してはさまざまな見解がある。今回われわれは穿孔例であったこと、視診・触診上明らかなリンパ節転移を認めなかったことより再発形式は腹膜転移などリンパ節転移以外の可能性が高いと考え、空・回腸動脈根部までの郭清はせず、辺縁動脈に沿ったリンパ節の郭清のみとした。

予後は、早期発見が困難なこともあり不良である。切除できたものでもNorbergとEmas¹²⁾は5年生存率0、Milesら¹³⁾は手術時リンパ節転移のなかったもので

5年生存率は33.3%、リンパ節転移のあったものでは5年生存率0と述べている。本症例も今後の注意深い経過観察が必要と考えられる。

結 語

腫瘍の潰瘍底で穿孔した原発性小腸癌の1例を経験したので報告した。

文 献

- 1) 倉金丘一：本邦における原発性空・回腸癌の臨床統計学的考察。最新医 34：1053—1058, 1979
- 2) 沢田俊夫、武藤徹一郎、草間 悟：原発性小腸腫瘍。消外 4：499—505, 1981
- 3) 八尾恒良、日吉雄一、田中啓二他：最近10年間(1970—1979)の本邦報告例の集計からみた空・回腸腫瘍。I. 悪性腫瘍。胃と腸 16：935—941, 1981
- 4) 亀岡信悟、浜野恭一：小腸悪性腫瘍—診断と治療法の選択。消外 15：1047—1053, 1992
- 5) 野本信之助、菅家 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
- 6) 尾崎行男、池口正英、浜副隆一他：悪性リンパ腫による小腸穿孔の臨床的検討。外科 42：1615—1619, 1980
- 7) Yao-shi FU, Karl HP：Lymphsarcoma of the small intestine. Cancer 29：645—659, 1972
- 8) 佐竹克介、吉本隆行、西野裕二他：小腸非上皮性腫瘍—自験21例を中心に。日外会誌 81：156—163, 1980
- 9) 森山重治、木下尚弘、宇高徹総他：原発性小腸癌の1例と本邦129例の臨床病理学的検討。外科 55：212—216, 1993
- 10) 堀 明洋、蜂須賀喜多男、山口晃弘他：原発性小腸悪性腫瘍の手術術式の検討。日外会誌 85：377, 1984
- 11) 池口正英、西土井英昭、工藤浩史：原発性小腸癌の臨床病理学的検討。鳥取赤十字病医誌 2：9—17, 1992
- 12) Norberg KA, Emas S：Primary tumors of the small intestine. Am J Surg 142：569—578, 1983
- 13) Miles RM, Crawford D, Duras S：The small bowel tumor problem：An assessment based on a 24-year experience with 116 cases. Ann Surg 189：732—737, 1979

PRIMARY ADENOCARCINOMA OF THE SMALL INTESTINE CAUSING
PERFORATION OF THE TUMOR—A CASE REPORT—

Atsushi NAGASHIMA, Hiroshi YOSHII, Seijiro OKUSAWA,

Mitsuhide KITANO and Masakazu DOI

Department of Surgery, Saiseikai Kanagawaken Hospital

A 61-year-old man was admitted to the hospital because of severe abdominal pain. On admission the abdomen was board-like and muscle guarding in the entire abdomen was present. Abdominal ultrasonography and CT showed a tumor of the small intestine in the left lower quadrant. The case was diagnosed as diffuse peritonitis with a small intestinal tumor, therefore, emergency laparotomy was performed. The tumor in the small intestine was located at 150 cm on the anal side of the Treitz's ligament and was this sounds like the s-bowel was perforated. Partial resection of the small intestine was carried out. The histopathological diagnosis was moderately differentiated adenocarcinoma of the small intestine. The patient was discharged from the hospital on 19 th postoperative day.