

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

北海道外科雑誌 (2002.06) 47巻1号:23～27.

術前確定診断が困難であった同時性多発大腸癌の1例

稲葉雅史, 内田恒, 越湖進

術前確定診断が困難であった同時性多発大腸癌の1例

稲葉 雅史 内田 恒 越湖 進

要 旨

術前に確定診断が得られなかった上行結腸および盲腸の同時性多発大腸癌症例を経験したので診断上の問題点を含め報告する。

症例は73歳、女性で下腹部痛の精査目的で入院した。血液検査データでは、貧血とCRPの軽度上昇以外に異常値は認めなかった。術前の大腸内視鏡検査で上行結腸に管腔をほぼ閉塞する径5cm大の1型進行癌が存在し、口側盲腸の観察は不可能でバリウム二重造影の併用にも多発癌の術前診断はできなかった。結腸右半切除、リンパ節郭清(D₂)術を施行し剔出標本で上行結腸癌の約2cm口側盲腸に別の進行癌の存在を初めて確認した。同時性多発大腸癌では、肛門側に進行癌が存在する場合併存する口側病変の術前診断が得られない例がある。このことから術前全大腸内視鏡検査が不可能であった特に進行癌症例では、術中の触診および内視鏡などの併用により再手術を回避することが重要と考えられた。

Key Words：多発大腸癌，大腸内視鏡検査，バリウム二重造影

緒 言 症 例

各種診断機器、検査手技の進歩により消化器悪性腫瘍の存在診断や腫瘍浸達度の把握がより早期に適確に行うことが可能となってきた。また、一方でこれら診断法の進歩によりいくつかの臓器あるいは同一臓器に悪性腫瘍が連続して発見されることもしばしば経験されている。大腸では多発性病変存在の可能性が比較的高いことが知られているが、同時性多発癌症例¹⁾では、一方の病変にのみ検索が集中したり、いずれかの病変が全周性で腸管の狭窄を伴うような場合に他の病変を見過ごす可能性もある。今回術前には確定診断が得られなかった上行結腸、盲腸多発癌症例の手術治療を経験したので診断上の問題点について考察を加え報告する。

73歳、女性

主訴：右下腹部痛

現病歴：平成12年4月初旬より下痢を伴った右下腹部痛が出現し当院内科受診。吐き気、嘔吐や発熱はなく薬物療法を施行したが、症状は軽快せず全身状態の悪化も認めため入院、精査となった。

既往歴：20歳時 虫垂切除術

家族歴：大腸疾患を含め特記すべきことなし

現症：身長155cm、体重42kg、血圧130/70mmHg、脈拍66/分、整脈。腹部は平坦で触診上柔らかく、右下腹部に存在する虫垂切除術創周囲に軽度圧痛が存在するが腸蠕動は正常で肝や腫瘍は触知しなかった。

血液検査所見

白血球5000/mm³、赤血球360万/mm³、血色素8.5g/dl、ヘマトクリット値27.1%、MCV 75.5fl、MCH 23.6pg、MCHC 31.2%、血小板34.3万/mm³と小球性低色素性貧血が認められ、CRPが0.7mg/dlと軽度上昇していた。また、腫瘍マーカーCEA、CA 19-9はそれぞれ

0.5ng/ml (正常5.0ng/ml以下), 3.1u/ml (正常37u/ml以下)と正常で, 肝機能・腎機能検査および検尿を含む他の検査データに異常は見られなかった。

腹部単純X線写真

立位でははっきりした niveau 形成はないが, 左側腹部に小腸ガス像が集簇して認められ何らかの腸管閉塞機序の存在が疑われた (図1)。

腹部 CT 像

右下腹部に上行結腸に連続して一部に空気像を含む内部不均一な最大径5cmの腫瘤像が認められた。肝臓および他の腹部臓器に転移を疑わせる所見や異常は認めなかった (図2)。

注腸バリウム検査所見

上行結腸から盲腸へのバリウムの流出はなく, 二重造影では同部の隆起性病変によりカニヅメ様陰影欠損像が観察された (図3)。

内視鏡検査所見

食道・胃ファイバーでは十二指腸までの上部消化管

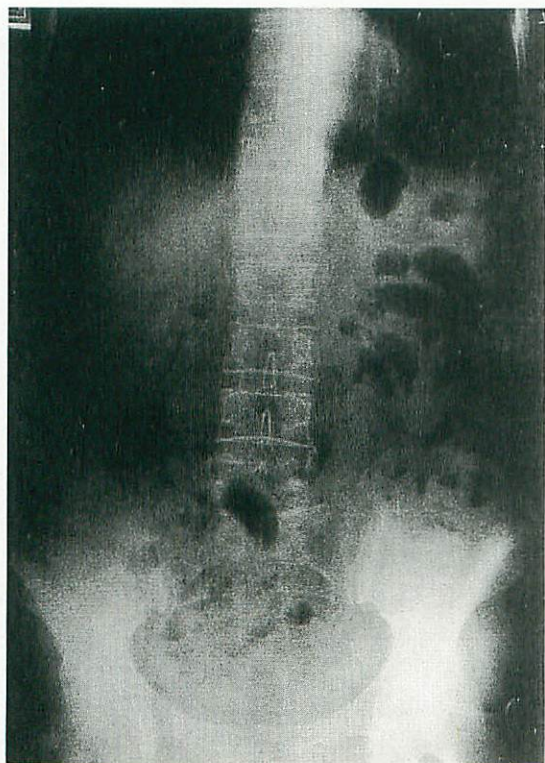


図1 腹部単純X線写真

腹部左側を中心に小腸ガス像が認められ腸管閉塞機序の存在が疑われるが明らかな niveau の形成はない。

には異常はないが, 大腸ファイバーで上行結腸口側に腸管内腔をほぼ完全に占拠する径5cm大の1型腫瘍が確認され, 生検の結果 Group 5, 低分化腺癌の診断を得た。しかし, これよりさらに口側へのファイバー

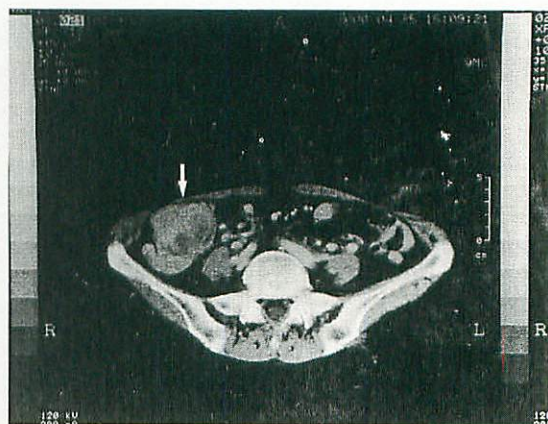


図2 腹部 CT 像

右下腹部に最大径5cmの一部空気像を含む内部不均一な腫瘤像を認める (↓)。虫垂の腫大が認められる。

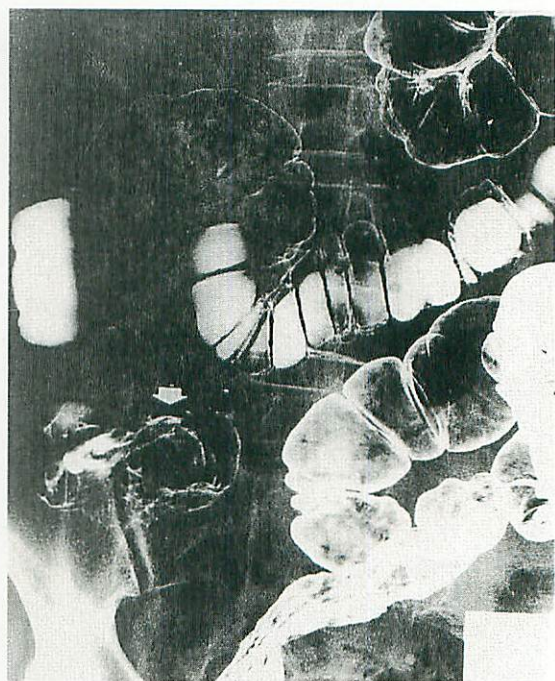


図3 注腸バリウム像

上行結腸から盲腸へのバリウムの流出はなく, 二重造影では隆起性病変によりカニヅメ様陰影欠損像 (↓) が認められる。

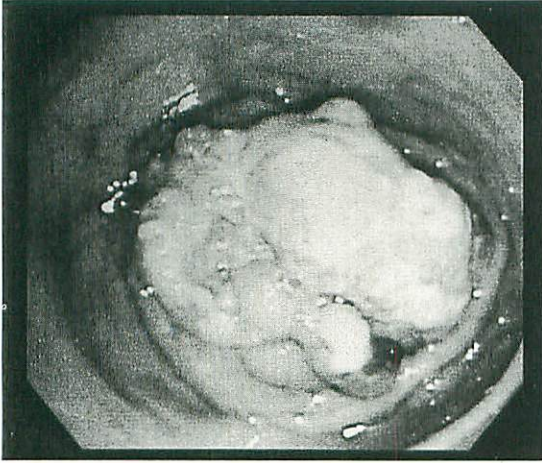


図4 大腸内視鏡所見
上行結腸口側にはほぼ内腔全体を占拠する径5 cm大の1型腫瘍が認められた。



図5 別出標本肉眼像
写真右、肛側の腫瘍と約2 cmの正常粘膜を隔て口側盲腸部に最大径7 cmの1型腫瘍が存在した。

挿入は不可能であった。一方、肛門側の結腸、直腸にはポリープを含む他の腫瘍病変は認めなかった(図4)。

手術所見

以上より腫瘍は内腔をほぼ完全に閉塞する上行結腸癌の診断で、他の諸検査にても遠隔転移が確認されなかったことから平成12年5月2日根治を目的に手術を施行した。腹腔内には肉眼的に腹膜播種、肝転移はなく腫瘍部位は漿膜面から容易に確認され(SE)、一部側腹壁と癒着していた。この部の切除を含め定型的結腸右半切除、リンパ節郭清術(D₂)を施行した。

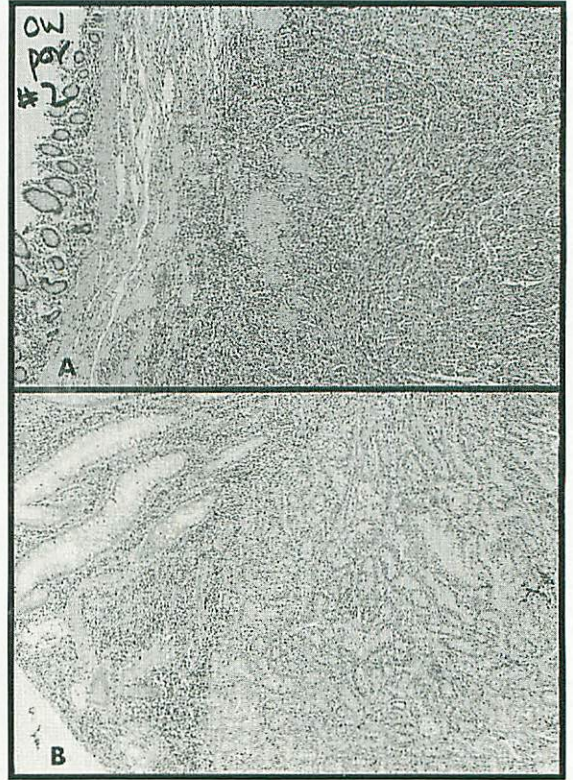


図6 病理組織像(H.E.染色)
A: 上行結腸癌 低分化腺癌で好中球、リンパ球の集簇を伴っている(×40)。
B: 盲腸癌 中分化腺癌で腺管形成性の腫瘍細胞の浸潤増殖像が認められる(×80)。

別出標本肉眼像

切除標本では上行結腸癌の口側盲腸に約2 cmの肉眼的に正常な粘膜面を隔て、これとは別に最大径7 cmの1型腫瘍が独立して存在した(図5)。

病理組織所見

上行結腸癌は低分化腺癌、盲腸癌は中分化腺癌であり分化度の異なる多発癌の病理診断を得た。いずれの腫瘍も組織学的にss, ly1, v0であり、リンパ節転移はなく(#201:0/4, #202:0/5, #211:0/8, #212:0/2)、また剥離面や切除断端にも癌浸潤を認めないことから病期分類上stage IIと判断された(図6-A, B)。

考 察

大腸内視鏡検査法(colonoscopy, 以下CSと略す)の普及および手技の進歩により、近年全大腸の検索が

ルーチンの検査法となりつつある。これに加え、内視鏡下のポリペクトミーが簡便に施行可能となり癌の早期診断、治療にその威力を発揮してきた。大腸癌症例に他の大腸病変が合併することは比較的多いことが知られており Arenas ら²⁾は228例中104例 (45.6%) に良性、悪性を含む何らかの病変が合併しその中で腺腫様ポリープが約30%と最も高率であったと報告している。今回報告したような結腸、直腸における同時性および異時性多発癌症例は、文献的には発生率が1.8-9.0%と比較的まれであり²⁻³⁾、本邦での報告例でも4.0-7.7%と差を認めない⁴⁻⁶⁾。しかし、その併存が術前に適確に診断されれば、術式の変更も必要となり得るためこの診断の可否は重要な問題となる²⁾。肛門から盲腸までの全大腸の検索に対する術前CSの成功率は平均75%とされており、同時性結腸、直腸病変の検索にもCSは最良の手段と考えられている^{10,11)}。山野ら⁵⁾の検討では、同時性多発癌の87%が早期癌で腫瘍径も20mm以下が74%を占めており、これらはCSの有用性を示唆する結果と考えられる。しかし、自験例のように肛門側に進行癌により、内腔の高度狭窄病変が存在するような場合は、これより口側の観察が技術的に限界となる場合もある。Takeuchi ら¹²⁾も225例中9例 (4.0%) の同時性多発結腸・直腸癌を報告しているが、肛門側に進行癌が存在した3例でCSによる口側病変の術前診断ができなかったと報告している。この場合バリウム二重造影の併用でCS単独での正診率が55.6%から77.8%に向上しているが、上述した進行癌3例中2例では自験例と同様に未確定のままであった。一方、多発癌症例9例中7例で両者の癌占拠部位が解剖学的に同一領域に発生していることは注目される。中江ら⁶⁾は腫瘍占拠部位は同時性多発癌では直腸、S状結腸に多いが異時性多発癌では大腸全体に広く分布する傾向をその特徴として述べている。しかし、藤田ら⁴⁾のように同時性、異時性ともに右側結腸癌の頻度が高いとの報告もある。自験例は盲腸および上行結腸口側1/3の極めて近接した部位に1型進行癌が多発した例であり、CS、バリウム二重造影を併施したが、CTで盲腸、上行結腸の腫瘍塊径が単一腫瘍としてはやや大きい印象はあるものの術前に多発癌の確定診断は得られなかった。施行術式には結果的に変更の必要はなかったが、同様な症例における診断上の解決策の必要性が示唆された症例である。このような進行癌症例ではその口側にも病変が存在する可能性を

常に考慮すべきであり、術中には少なくとも念入りの触診は欠かすべきではない。しかし、一方で触診による診断は感受性が低いため、術中CSを推奨する報告もあり試みるべき方法と考える¹³⁻¹⁵⁾。この場合手術時間の延長や検査中の送気ガスによる腸管拡張が問題点にあげられているが、自験例のごとく管腔をほぼ閉塞するような進行癌やイレウス合併例など口側の検索が術前に不十分であった症例では選択すべき手段と考えられる。一方、腺腫合併例、大腸癌の家族歴を有する例、重複癌特に胃癌合併例など再発リスクが高い症例や前処置不良のため全大腸の十分な検索ができなかった例などでは術後1年間隔でのCF施行が推奨されている^{6,16)}。これらの方針により同時性多発癌の見逃しの回避や異時性多発癌を可及的早期に診断することが重要と考える。

文 献

- 1) 牛尾恭輔. 多発大腸癌. 胃と腸 2000; 35: 985-988.
- 2) Arenas RB, Fichera A, Mhoon D, et al. Incidence and therapeutic implications of synchronous colonic pathology in colorectal adenocarcinoma. *Surgery* 1997; 122: 706-710.
- 3) Enker WE, Dragacevic S. Multiple carcinomas of the large bowel: A natural experiment in etiology and pathogenesis. *Ann Surg* 1978; 187: 8-11.
- 4) 藤田 伸, 森谷且皓, 赤須孝之. 多発大腸癌の実態と臨床診断—単発癌との比較—. 胃と腸 2000; 35: 989-994.
- 5) 山野泰穂, 工藤進英, 為我井芳郎, 他. 多発大腸癌の検討. 胃と腸 2000; 35: 1014-1018.
- 6) 中江史朗, 川口勝徳, 沢 秀博, 他. 大腸多発癌の臨床的検討. 日消外会誌 2001; 34: 1718-1726.
- 7) Burns FJ. Synchronous and metachronous malignancies of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 578-579.
- 8) Langevin JM, Nivatvongs S. The true incidence of synchronous cancer of the large bowel. *Am J Surg* 1984; 147: 330-333.
- 9) Cunliffe WJ, Hasleton PS, Tweedle DEF, et al. Incidence of synchronous and metachronous colorectal carcinoma. *Br J Surg* 1984; 71: 941-943.
- 10) Finan PJ, Ritchie JK, Hawley PR. Synchronous and 'early' metachronous carcinomas of the colon and rectum. *Br J Surg* 1987; 74: 945-947.
- 11) Barillari P, Ramacciato G, De Angelis R, et al. Effect of

- preoperative colonoscopy on the incidence of synchronous and metachronous neoplasms. *Acta Chir Scand* 1990 ; 156 : 163-166.
- 12) Takeuchi H, Toda T, Nagasaki S, et al. Synchronous multiple colorectal adenocarcinomas. *J Surg Oncol* 1997 ; 64 : 304-307.
- 13) Martin PJ, Forde KA. Intraoperative colonoscopy: preliminary report. *Dis Colon Rectum* 1979 ; 22 : 234-237.
- 14) Bowden TA, Hooks VH, Mansberger AR. Intraoperative gastrointestinal endoscopy. *Ann Surg* 1980 ; 191 : 680-687.
- 15) Brullet E, Montane JM, Bombardo J, et al. Intraoperative colonoscopy in patients with colorectal cancer. *Br J Surg* 1992 ; 79 : 1376-1378.
- 16) 小泉浩一, 坂谷 新, 甲斐俊吉, 他. 術後残存腸管は癌のリスクファクターか — 異時性多発病変を中心として —. *胃と腸* 1993 ; 28 : 541-550.

Summary

A CASE OF SYNCHRONOUS MULTIPLE COLON CARCINOMAS UNCONFIRMED PREOPERATIVELY

Masashi INABA, Hisashi UCHIDA
and Susumu KOSHIKO

Department of Surgery, Nemuro Municipal Hospital

A case of synchronous multiple colon carcinomas is presented. A 74-year-old female was admitted to the hospital for evaluation of lower abdominal pain. Only mild anemia and a slight elevation of CRP were revealed in the blood laboratory data. Colonoscopy revealed a tumor with a maximum diameter of about 5cm in the proximal ascending colon. The lesion nearly closed the lumen and obstructed more proximal examination by both colonoscopy and contrast barium enema. Synchronous multiple carcinomas of the cecum and colon were first diagnosed on the excised specimen after a right hemicolectomy with D₂ lymph node dissection. The literature states that synchronous multiple colorectal carcinomas account for about 1.5 - 7.6 % of colon cancers. Advanced colon carcinoma of the anal site has a tendency to prevent accurate diagnosis of a coexisting tumor that exists in the oral site. Therefore, for this condition, we recommend careful palpation of the colon or the use of intraoperative colonoscopy to prevent an unexpected second surgery.

Key Words: multiple colon carcinoma, colonoscopy, contrast barium enema