

AMCoR

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

日本臨床外科学会雑誌 (1999.02) 60巻2号:389～393.

肺癌消化管転移の2例

平田 哲, 及川賢輔, 笹嶋唯博

症 例

肺癌消化管転移の2例

旭川医科大学第1外科

平 田 哲 及 川 賢 輔 笹 嶋 唯 博

原発性非小細胞肺癌の胃転移症例(70歳, 男性)と直腸転移症例(63歳, 男性)の2例を経験した。いずれも消化管出血の精査にて転移部位の診断がつき, 出血のコントロールのため外科的に治療を行った。しかしわれわれの経験した2症例も, その後の経過より胃や直腸だけではなく, 他のいくつかの臓器にも転移が認められ, 広範な血行性転移の一部として発見されたものと考えられた。予後に関しても再発確認後, それぞれ3カ月と5カ月で癌死し, 転移巣の発見や治療は予後には影響を与えないと考えられた。非小細胞肺癌の現行の化学療法や放射線療法の効果も期待できない為, 転移巣に対する治療は, 患者本人, 家族との十分な Informed consent のうえ, 治療戦略をたてるべきである。もし外科的治療を選択した場合は, 患者の Performance Status を評価し, 重篤な合併症を併発する前に, その後の QOL を考慮した, より侵襲の少ない手術法を選択すべきと考えられる。

索引用語: 肺癌, 消化管転移

はじめに

肺癌の転移臓器としては, 肺, 脳, 骨などが頻度として多いが, 消化管転移は剖検例でも胃転移(2.6%), 結腸・直腸転移(1.6%)と稀であり³⁾, なおかつ生前に診断および治療を行えた症例は非常に稀と考えられる⁴⁾。今回, 原発性非小細胞肺癌の胃転移例と直腸転移例の2症例を経験したので, 若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

症例1: 70歳, 男性。

主訴: 全身倦怠, 貧血。

家族歴: 特記事項なし。

既往歴: 肋骨骨折。

嗜好: タバコ: 20本/日(50年間), 酒: 付き合い程度。

現病歴: 平成7年2月, 胸部レントゲン上異常陰影を指摘され, 精査の結果, 肺癌の診断をえた。手術目的にて当科紹介となり入院予約となっていたが, 全身倦怠と貧血が進行し近医に入院。胃内視鏡にて胃内の出血性の隆起性病変をみとめ, 出血のコントロールつかず当科緊急入院となった。

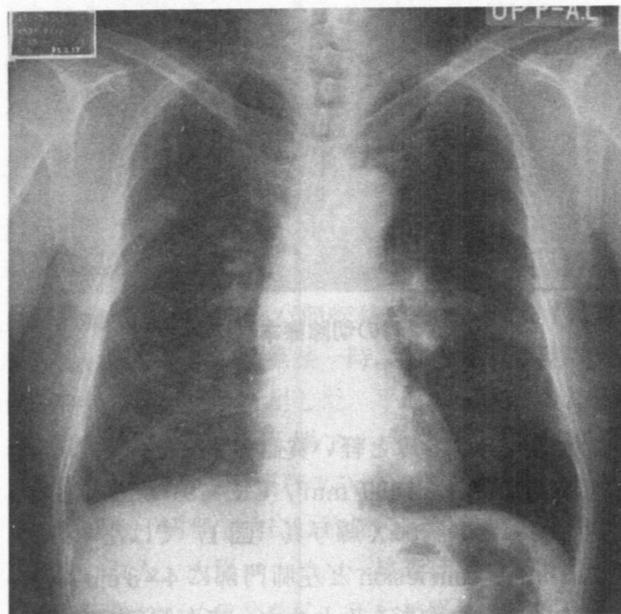


図1 症例1の胸部X線写真

入院時現症: 眼瞼結膜に貧血を認める以外特記すべきことなし。血圧 118/66 mmHg, 脈拍 70/分整脈。

入院時検査: 前医受診時の末梢血一般検査では RBC $239 \times 10^4/\text{mm}^3$, Hb 7.4 g/dl, Ht 21.8% と貧血をみとめ, 当科来院時まで MAP 7 単位の輸血をうけた。当科緊急入院時の検血では RBC $366 \times 10^4/\text{mm}^3$, Hb

1998年7月10日受付 1998年12月1日採用

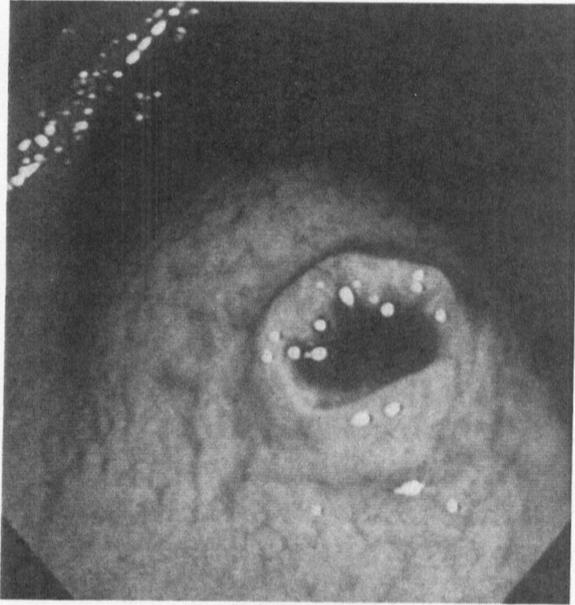


図2 胃内視鏡検査 (症例1)

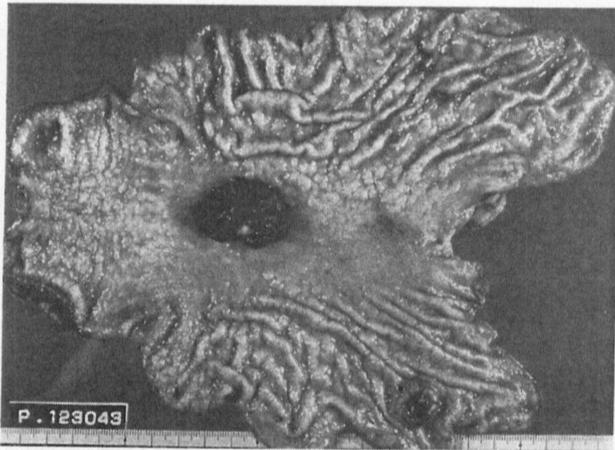


図3 胃の切除標本 (症例1)

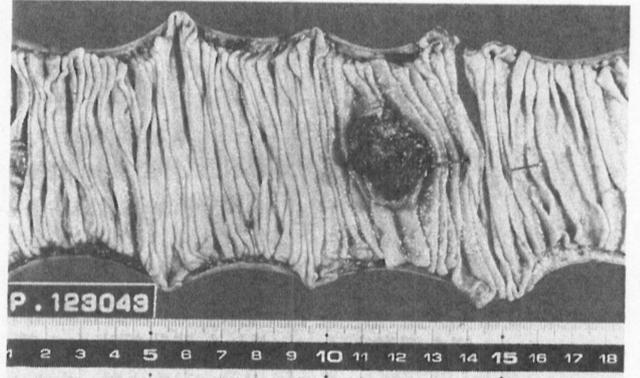


図4 小腸の切除標本 (症例1)

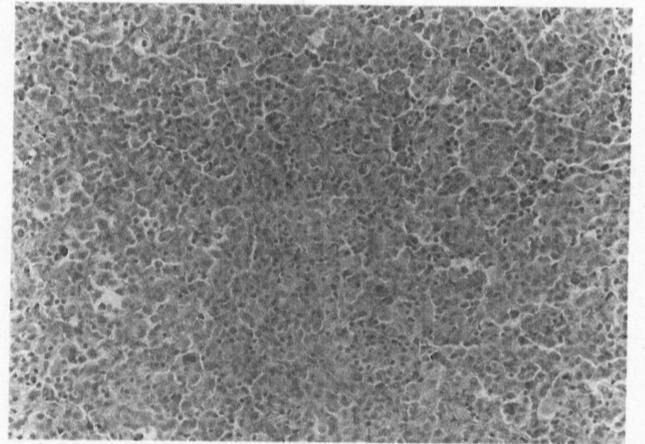


図5 病理組織所見 (症例1)

10.7 g/dl, Ht 34.5% と軽い貧血を認めた。炎症所見としては白血球数 $12,430/\text{mm}^3$, CRP 19.6 mg/dl と軽度上昇していた。胸部 X 線写真 (図1) では左中肺野の径 2.5 cm の coin lesion と左肺門部に 4×3 cm のリンパ節の腫大した陰影をみとめた。また胸部 CT では S 6 に腫瘤陰影と気管分岐部のリンパ節腫脹をみとめ、c-T2N2M0 (stage IIIA) の診断をえた。

臨床経過：初診時、肺癌手術適応の問題もあるが、その評価を入院後の精査にて決定することとし入院予約としていた。しかし、現病歴の記載の如く、出血性胃病変の保存的コントロールがつかないため、治療目的にて緊急入院となった。

胃内視鏡検査 (図2)：中心臍窩を伴う凝血の付着し

た隆起性病変と粘膜下腫瘍様の隆起性病変を 3 カ所みとめた。

手術：保存的治療にて出血のコントロールがつかないため、平成 7 年 3 月 31 日緊急手術施行。開腹時、胃体部小彎と胃体上部大彎に病変を触知。手術は胃全摘を施行。また、トライツ靭帯より約 60 cm 肛門側の空腸に小腸転移もみとめ、同部位が腸重積となっており、小腸合併切除も行った。

病理組織所見：胃の切除標本 (図3) では、胃体上部、胃角部、胃体下部に隆起性病変をみとめた。小腸の切除標本 (図4) にも同様の病変をみとめた。組織学的には多角形の腫瘍細胞がシート状ないしリボン状配列を示し、明らかな腺管構造は有しない大細胞癌の転移であった (図5)。

予後：術後経過特に問題なく、4 週後、紹介された病院に転院。しかし術後 3 カ月 (同年 7 月 5 日) 全身衰弱、呼吸不全となり癌死した。

症例 2：63 歳、男性。

主訴：血便。

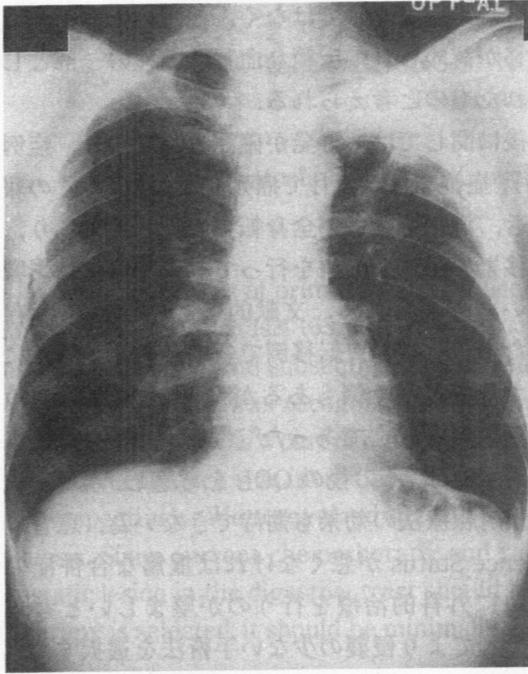


図6 症例2の胸部X線写真

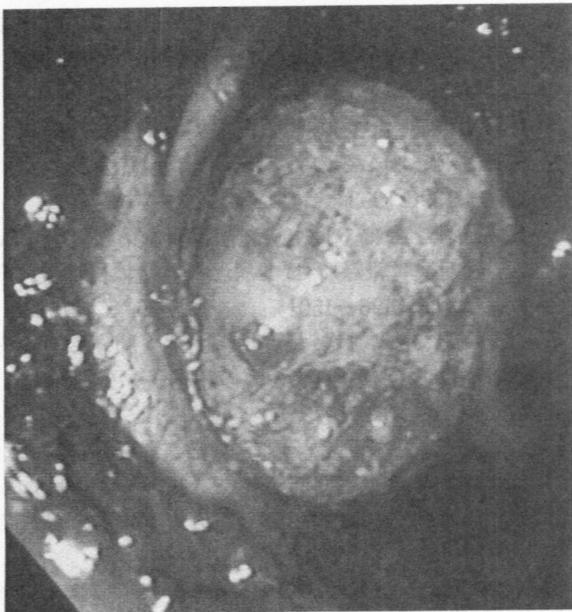


図7 大腸ファイバー検査 (症例2)

家族歴：特記事項なし。

嗜好：タバコ：20本/日（30年間），酒：2合/日。

既往歴：昭和46年，クモ膜下出血にて手術。平成2年，胃癌にて胃切除術をうける。

現病歴：平成7年12月7日，胸壁に強固に癒着した左上葉S1の原発性肺癌（低分化腺癌，c-T1N0M0，図6）の診断のもと，胸壁合併切除（第I～IV肋骨）を伴った左上葉切除と胸骨正中切開による拡大縦隔郭清

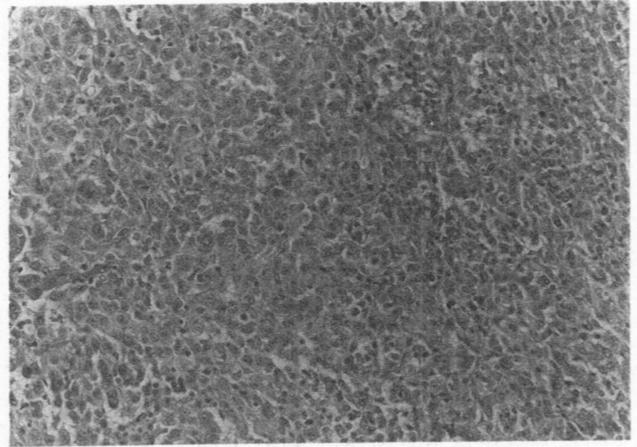


図8 肺癌の病理組織像 (症例2)

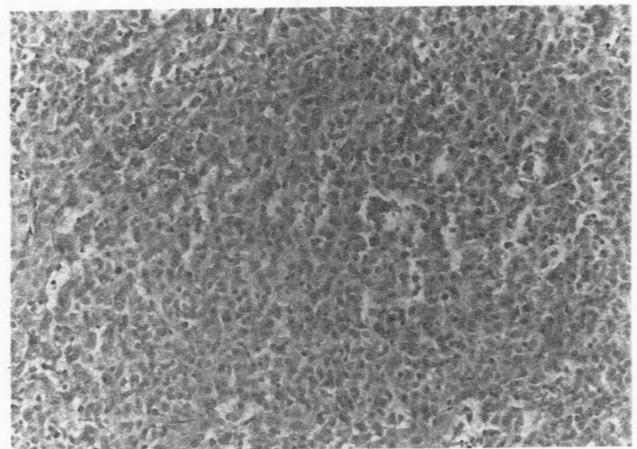


図9 直腸腫瘍の病理組織像 (症例2)
原発巣と同様の低分化腺癌の像をしめした。

を施行した。摘出標本の病理では低分化型腺癌であったが，胸壁浸潤，リンパ節転移は陰性でp-T1N0M0 (stage I) であった。術後一時，喀痰排出不良にて健側肺の無気肺，肺炎を呈した。平成8年3月頃より血便出現した。肛門鏡，大腸ファイバー検査(図7)にて肛門より5cmの部に長径2.5cmの易出血性の隆起性腫瘍を認め，病理学的には肺癌の転移もしくはリンパ腫を疑われた。大腸ファイバー検査は開腹手術の既往があり癒着のため疼痛強く，下行結腸より口側の検索はできなかった。下血の原因が同部位と考え，平成8年4月4日，腰椎麻酔下に経肛門的に腫瘍摘除を行った。原発肺癌の組織像(図8)は卵円形から多角形の好酸性の豊かな胞体と明瞭な核小体を持つ大型の辺在性の核を有する腫瘍細胞のび慢性的な増殖がみられ低分化腺癌と診断された。直腸病変も同様の所見がえられ(図9)，転移性の直腸腫瘍として矛盾はないと診断された。一旦改善した下血も6月下旬より再燃。全身の皮

膚転移も出現し、全身状態悪化にて平成8年7月6日死亡。剖検結果は転移は皮膚、大腸、胆嚢、腎、膀胱の各臓器に認められた。胸部ではTh3,4近傍の胸壁、右#3, #4リンパ節、右胸壁に腫瘍を認めた。

考 察

肺癌の遠隔臓器転移は骨、肝、脳、副腎、肺など多くの臓器にみられるが、胃腸への転移は非常に稀である。山際ら¹⁾の剖検例での検討では肺癌1,445例中29例(2.0%)に胃転移をみとめたと報告している。また、長谷川ら²⁾の1965年から1990年の26年間の医学中央雑誌をもとに検索した報告では、本邦で43例の報告があるだけであった。日本病理剖検輯報第33輯³⁾によると肺癌の胃転移は7,221例中194例(2.6%)、結腸・直腸転移は116例(1.6%)と稀であり、入院中に診断治療を行えた症例はより稀と考えられる。その原因としては、臨床症状が初期の場合、あまり強くなく、肺癌術後では術後の不定愁訴や薬剤による副作用と考えられ見落とされる傾向にある。術前術後に検索するCTや超音波検査では当然のことながら消化管の病変をとらえることは難しいと思われる。

症例1は胃病変よりの出血、症例2は下血と、いずれも消化管出血があり、その精査にて転移巣の部位診断がつき、出血のコントロールのため外科治療をすることとなった。症例1については緊急手術の前日より軽い嘔吐もみられていたが、手術時に小腸転移が原因となった腸重積をみとめた。絶食にて症状が増悪しなかったため、この小腸転移の術前診断はえられなかった。転移病巣はいずれも内視鏡所見として粘膜下腫瘍の様相を呈し、中心陥凹を伴った易出血性の腫瘍であった。この点からも肺癌術後の外来フォローにも便鮮血反応を組み入れることが有用であり、かつ簡便で安価であると考えられる。

肺癌の胃転移症例の組織学的検討⁴⁾では、未分化癌52.0%、扁平上皮癌22.7%、腺癌17.3%、その他8.0%と血行転移の多い組織型と考えられる未分化癌がその半数をしめており、なかでも大細胞癌の頻度が有意に高いとの報告が多い⁹⁾¹⁰⁾。われわれの症例も1例は大細胞癌で他の1例は低分化腺癌であった。胃転移以外の消化管への転移は、長谷川らによると16例中14例と多く、その中で小腸転移合併は6例(37.5%)と報告されている²⁾。肺癌の消化管転移の経路としては血行性転移が多いとされているが、われわれの経験した2

症例も胃や直腸だけではなく、他のいくつかの臓器にも転移が認められ、広範な血行性転移の一部として発見されたものと考えられる。

予後に関しては、再発が確認されてから、症例1は3カ月、症例2は5カ月で癌死した。他の多くの報告をみても、消化管転移が全身転移の一所見であり、生前に転移巣の発見や治療を行っても、予後には影響を与えないと考えられる。文献的にも化学療法の有効であった小細胞癌の胃転移例で多剤併用化学療法にて2年2カ月生存した例もあるが⁵⁾、非小細胞肺癌の多くは1年以内の死亡であった^{6)~8)}。したがって転移巣に対する治療は、その後のQOLを考慮し、現行の化学療法や放射線療法の効果も期待できない為、患者のPerformance Statusが悪くなければ重篤な合併症の併発する前に外科的治療を行うのが望ましいと考えられる。そしてより侵襲の少ない手術法を選択すべきと考えられる。

文 献

- 1) 山際裕史, 洞山典久, 斉木和生: 胃腸管への転移をきたした肺癌—胃腸管への転移頻度—. 総合臨 25: 1396—1401, 1976
- 2) 長谷川直樹, 山澤文裕, 金沢 実他: 原発性肺癌の胃転移についての検討. 日胸疾患会誌 31: 1390—1396, 1993
- 3) 日本病理学会編: 日本病理剖検輯報第33輯(平成2年度剖検輯報録), 日本病理剖検輯報刊行会, 東京, 1991, p1496—1501
- 4) 上原克昌, 飯島耕作, 長谷川紳治他: 肺癌の消化管転移—肺癌剖検例1,775例の検討—. 外科病理 41: 1364—1370, 1979
- 5) 吉本崇彦, 栗本哲哉, 金 敬姫他: 胃転移を認めた肺小細胞癌の1例. 肺癌 26: 687—692, 1986
- 6) 水田陽平, 江口政則, 柴田淳治他: 肺癌の胃転移5症例について. 日胸臨 43: 692, 1984
- 7) 小林 卓, 石下泰堂, 片山鏡男他: 胃・扁桃へ転移を認めた肺癌の1例. 肺癌 18: 269—273, 1978
- 8) 梁 英富, 酒井 洋, 池田 徹他: 肺癌における小腸転移の検討. 日胸疾患会誌 34: 139, 1996
- 9) Burbige EJ, Radigan JJ, Belber JP: Metastatic lung carcinoma involving the gastrointestinal tract. Am J Gastroenterol 74: 504, 1980
- 10) Antler AS, Ough Y, Pitchmoni CS, et al: Gastrointestinal metastases from malignant tumors of the lung. Cancer 49: 170, 1982

TWO CASES OF LUNG CANCER WITH METASTATIC INVOLVEMENT
OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Satoshi HIRATA, Kensuke OIKAWA and Tadahiro SASAJIMA
First Department of Surgery, Asahikawa Medical College

We report 2 cases of primary non-small-cell lung cancer (NSCLC) with gastric metastasis (70-year-old man) and rectal metastasis (63 year-old man) . Initially, they both underwent gastrointestinal tract examination for hemorrhage, and subsequently received surgical treatment to control hemorrhage. However, metastasis was recognized in several other organs. It was conceivable that the metastatic lesion that was found first was a part of extensive hematogenous metastases.

After recurrence was identified, they died of cancer in 3 (70-year-old man) and 5 months (63 year-old man) respectively. We recognized that the diagnosis and therapy of the metastatic lesion did not influence the prognosis. Since current chemotherapy and radiotherapy against NSCLC is not effective, strategy against a metastatic lesion in the digestive tract should be approached with the patient's full informed consent. If surgical therapy is selected, it should be minimally invasive and consider the performance status of the patient.
