

## びまん浸潤型大腸癌および2型大腸癌の 同時性多発癌の1手術例

たけ ばやし まさ たか  
竹 林 正 孝

キーワード：びまん浸潤型大腸癌，大腸多発癌

### 要 旨

同時性多発癌の興味ある症例を経験したので報告した。症例は60歳代，男性。排便困難を自覚し受診した。大腸内視鏡検査でS状結腸の全周性狭窄を認めた。注腸造影検査では狭窄部の口側の下行結腸に限局性病変も認めた。以上からS状結腸のびまん浸潤型大腸癌の診断にて手術を施行した。S状結腸の硬化性の狭窄病変と下行結腸にも限局性腫瘍を認め広範な結腸切除を施行した。同時性多発癌，癌巣2個，SI（後腹膜），N2，H1，P2，Stage IVであった。S状結腸の狭窄性病変は粘膜下を中心に著明な浸潤硬化像を呈した。低分化型腺癌で scirrhous type のびまん浸潤癌であった。その10 cm 口側の下行結腸の2型腫瘍は中分化型腺癌で，2病変の間に連続性はなくリンパ管侵襲も認めず，2病変の組織型も全く異なることから多発癌と診断した。びまん浸潤型大腸癌と限局潰瘍型大腸癌が同時に発生するのは極めて稀であり，本邦では2例目である。文献的考察を加え報告した。

### はじめに

大腸癌は限局潰瘍型や隆起型の病変がほとんどで，びまん浸潤型大腸癌はまれである。今回われわれは，S状結腸のびまん浸潤型大腸癌とその口側の下行結腸に限局潰瘍型の進行癌が発生した同時性多発癌の1例を経験したので報告する。

### 症 例

患者：60歳代，男性  
主訴：排便困難  
家族歴：特記すべきことなし。  
現病歴：約3か月前ごろから便がでにくくなり，少量ずつ5～6回/日となった。症状が持続するため近医を受診し，当院紹介となった。外来での大腸内視鏡検査で直腸S状結腸部が狭窄して内視鏡が挿入不能であったため，大腸癌が疑われ入院となった。

Masataka TAKEBAYASHI

島根県済生会江津総合病院外科

連絡先：〒695-8505 江津市江津町1016-37

入院時現症：身長 168 cm，体重 57 kg，血圧 174/80 mmHg，脈拍 70/分，整。眼球結膜に黄疸なく，眼瞼結膜に貧血はなし。胸部理学的所見に異常なく，腹部所見でも圧痛や腫瘍は触知せず，腹水も認めなかった。

入院時検査所見：貧血はなく，生化学検査では TP 6.0 g/dl，Alb 3.5 g/dl と軽度の低蛋白血症を認めた。腫瘍マーカーでは CEA 5.5 ng/ml と軽度上昇を示した。

大腸内視鏡所見 (図 1)：直腸 S 状結腸部から全周性の壁の硬化と先細り様の狭窄を認め，内視鏡の口側への挿入は不可能であった。粘膜面は横走ひだ，敷石状粘膜を呈した。生検の結果は group 4 で高分化の粘液癌疑であった。

注腸造影所見 (図 2)：直腸 Rs から S 状結腸にかけて 15 cm ほどの全周性の管腔狭小化があり，肛門側の横走ひだ，狭窄部の敷石状粘膜を認めた。さらに下行結腸に陰影欠損を認め，腫瘍性病変を疑った。

腹部 CT 検査：S 状結腸部を中心にした全周性腫瘍陰影と腸間膜部さらに後腹膜に広がる dirty fat sign を認め，浸潤を疑った。

以上の所見から，直腸 Rs から S 状結腸のびまん浸潤型大腸癌，および下行結腸癌疑いの術前診断で手術を施行した。

手術所見：下腹部正中切開で開腹すると腹腔内には少量の腹水を認めた。直腸上部から S 状結腸にかけて腸管が全体に硬化し屈曲していた。主病変口側端から 15 cm 口側の下行結腸に術前指摘した限局性腫瘍を認めた。同時性多発癌と診断した。直腸から S 状結腸の漿膜浸潤は広範におよび，結腸間膜から後腹膜にまでおよんでいた。浸潤硬化型の腹膜播種と診断した。上部直腸から下行結腸までの結腸を広範に切除した。再建は端端の 2 層

吻合を施行した。術中所見は① S ~Rs，4 型，120×35 mm ② D，2 型，26×17 mm，SI，N3，H1 (r : 1 個)，P2，Stage IV であった。

切除標本 (図 3)：直腸上部から S 状結腸にかけ

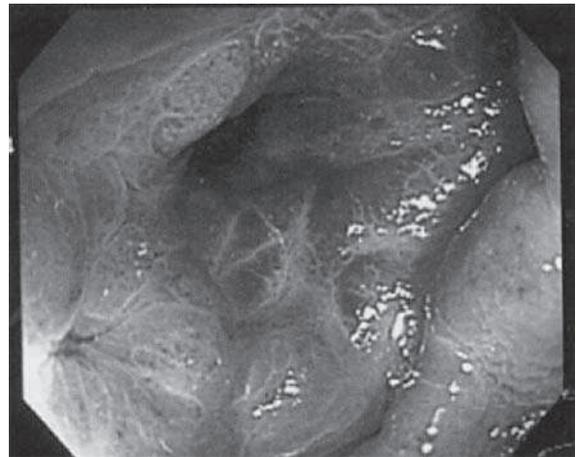


図 1 内視鏡検査

全周性の壁の硬化と狭小化を認め，内視鏡の挿入は不可能であった。

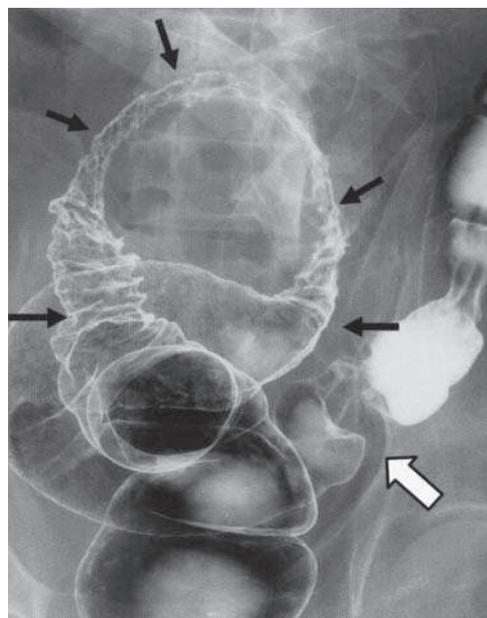


図 2 注腸検査

直腸 Rs から S 状結腸にかけて全周性の管腔狭小化を認め，口側と肛門側の横走ひだ，顆粒状粘膜を伴っていた (←)。かなり離れた下行結腸に限局性の陰影欠損を呈する腫瘍も認めた (⇐)。

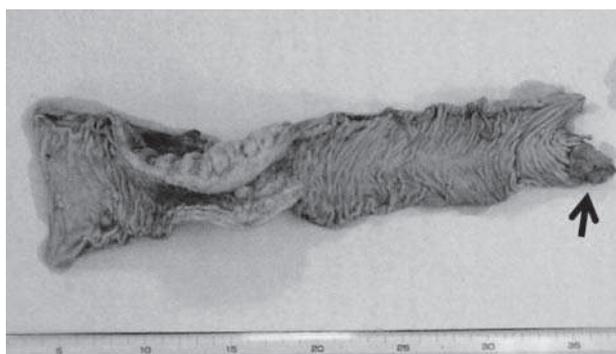


図3 固定標本

直腸上部からS状結腸にかけて長径約12cmにおよぶ浸潤硬化型の4型病変を認め、その16cm口側に2型限局潰瘍型腫瘍(→)を認める。

て約12cmにわたる浸潤硬化型の4型病変を認め、粘膜は粗造な隆起性変化を呈した。これから16cm口側に限局潰瘍型の2型腫瘍を認めた。病理組織所見：肛門側病変では低分化型腺癌で粘膜下層以深を主体に漿膜までおよぶ線維化を中心とした癌浸潤が認められ、壁の肥厚も著明であった。リンパ管侵襲、および静脈侵襲も高度であっ

た(図4)。下行結腸の2型病変の組織像は中分化腺癌で、漿膜浸潤を認め、脈管侵襲も軽度認められた(図5)。粘膜下浸潤を考慮した2病変の距離は約16cmであり、その間の連続性はなく、リンパ管侵襲も認められなかったため同時性多発進行癌と診断した。郭清リンパ節はすべて転移陽性(低分化腺癌)であった。

術後経過：術後経過は良好で術後14日目に退院した。

退院後まもなくから食欲不振、腹満感が出現し、さらに癌性疼痛も加わった。主に緩和療法を施行したが、全身状態は徐々に悪化し、術後3カ月で死亡された。

### 考 察

大腸多発癌の定義はMoertelら<sup>1)</sup>の定義が一般的に用いられ、①各々の病変が悪性である、②各々の病変が相互に離れて存在する、③各々の病

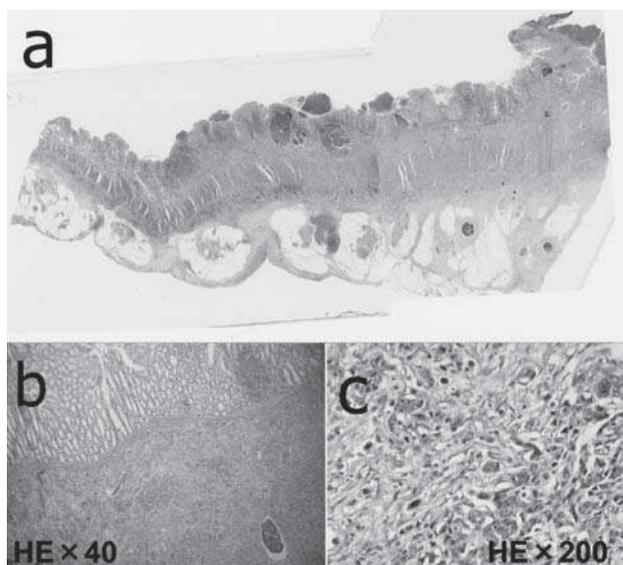


図4

a：腸壁は全層性に肥厚し、粘膜固有層から固有筋層を超えて漿膜下層まで浸潤を認める。  
b, c：線維化を伴ったびまん性の低分化型腺癌の浸潤を認めた。

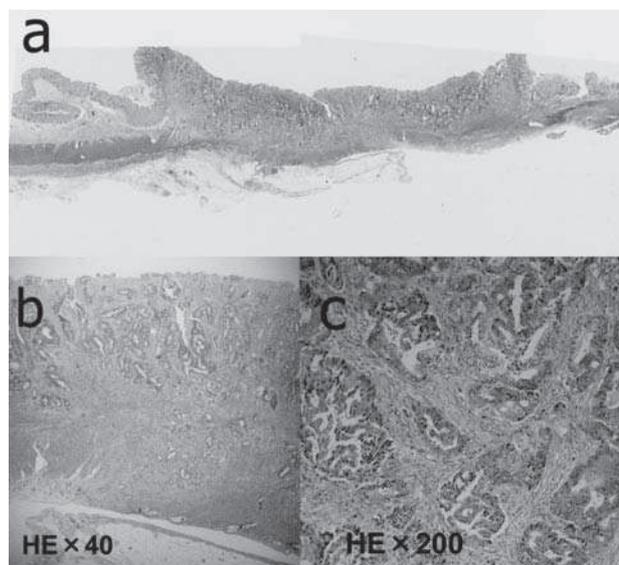


図5

a：腫瘍は限局性で粘膜から粘膜下層を中心に浸潤していた。  
b：漿膜浸潤を認めた。  
c：主組織型は中分化型腺癌像を呈した。

変が粘膜成分を持っている, という3条件を満たすものを大腸多発癌と定義した。その発生頻度は7.7~9.6%と報告されており<sup>2)4)</sup>, 徐々に増加しつつあるとされている。同時性, 異時性の区分は大腸癌取扱い規約<sup>5)</sup>では1年未満の期間に診断されたものを同時性, 1年以上の期間に診断されたものを異時性としている。同時性多発癌では第1癌と第2癌の組み合わせは進行癌と早期癌が多く, 次いで進行癌と進行癌が多いとされる<sup>3)</sup>。また同時性では第1癌が第2癌の肛門側に発生する例が多く, 第1癌が進行癌のため口側の検査が不十分になる時が問題となる。症例によっては術中内視鏡を積極的に施行し, 口側他病変の有無を確認するか, 術後短期間に口側の内視鏡検査をすることが望ましい<sup>2)4)</sup>。自験例においては, 肛門側のびまん浸潤性大腸癌と口側の下行結腸の限局性潰瘍型癌のどちらが第1癌であるかは, 腫瘍の発育浸潤形態がまったく異なるため決定できないが, 肛門側病変が高度狭窄をきたした事により, 病変から口側の検索は不能であった。しかし術前の注腸造影で, 不十分ながら口側の腫瘍性病変が疑われ, 術中に確認できたので切除が可能であった。

一方, びまん浸潤型大腸癌は大腸癌取扱い規約<sup>5)</sup>によると4型に分類されるが胃癌分類とは異なり明確な定義づけはない。一般的にはびまん浸潤型大腸癌は稀とされ, その発生頻度は全大腸癌の0.2~1.8%を占めるにすぎない<sup>7)8)</sup>。発生部位は一般の大腸癌と同じくS状結腸, 直腸に多い。症状は便秘異常(便秘, 便柱の狭小化)と下腹部痛が多く, 下血や血便は少ない。本症は浸潤形式から大きく3型に分類される<sup>9)10)</sup>。1) 印鑑細胞癌

および低分化型腺癌が間質への強い線維化を伴って浸潤する linitis plastica 型, 2) 分化型腺癌や中分化型腺癌が高度なリンパ管侵襲によって周囲に広範に癌性リンパ管症として進展する lymphangiotosis 型, 3) 粘液癌が結節を形成しながら広範囲に浸潤する muconodular 型の3型である。自験例では低分化型腺癌からなる硬癌で主に粘膜下層以下を中心に浸潤した癌で上述の linitis plastica 型と考えられた。手術時すでに広範な腹膜播種を伴っていたことから, 予後も著しく不良であった。

自験例はびまん浸潤型大腸癌と下行結腸の限局潰瘍型の2つのタイプの癌がみられた。この場合, 下行結腸の限局潰瘍型癌が原発巣で直腸の病変がそのリンパ管侵襲であるとする考え方と, 2病変が別々の癌であるとする考え方がある。その中で2つの病変の組織型がまったく異なっていること, 2病変の間は約16cmあり, その間の大腸壁は正常組織であり, リンパ管侵襲等が少ないことなどから2病変は別病変と考えられ, 多発癌と判断した。本邦での多発大腸癌の報告例では, びまん浸潤型大腸癌と限局潰瘍型進行癌の組み合わせは1例の報告例<sup>11)</sup>があるのみで, 本例が2例目であった。癌巣の増殖態度が著明に異なる2つの病変が, ともに進行癌で同時に診断されることは極めてまれなことと思われた。

## 結 語

びまん浸潤型大腸癌と限局潰瘍型進行癌が同時に併存したまれな大腸多発癌を経験したので若干の文献的考察を加え報告した。

## 文 献

- 1) Moertal CG, Barga JA, Dokerty MB: Multiple carcinomas of the large intestine. A review of the literature and study of 261 cases. *Gastroenterology* 34: 85-98, 1958
- 2) 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*. 34: 1718-1726, 2001
- 3) 境 雄大, 小倉雄太, 兒玉博之, 他: 大腸多発癌に関する臨床的検討. *外科*. 72: 971-975, 2010
- 4) 保田尚邦, 早稲田正博, 神山陽一, 他: 大腸多発癌の臨床病理学的検討. *日臨外会誌*. 61: 1407-1411, 2000
- 5) 大腸癌研究会編: 大腸癌取扱い規約, 第8版, 金原出版, 東京, 2013
- 6) 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*. 35: 1014-1018, 2000
- 7) 平野 明, 足立健介, 松本 潤, 他: 当院におけるびまん浸潤型(4型)大腸癌5例の臨床病理学的検討. *日外連合会誌*. 30: 57-60, 2005
- 8) Japanese Society for Cancer of the Colon And Rectum: Multi-Instititutional Registry of Large Bowel Cancer in Japan. Vol 23, Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum, Tokyo, 2002, p 6-7
- 9) 二村 聡, 富永健司, 関根茂樹, 他: 4型大腸癌の病理学的特徴. *胃と腸*. 37: 137-151, 2002
- 10) 黒川幸典, 吉川宣輝, 三島秀行, 他: 4型(びまん浸潤型)大腸癌の臨床病理学的検討. *日消外会誌*. 33: 176-180, 2000
- 11) 中崎隆行, 中越 享, 澤井照光, 他: 興味ある腸管形態を示した大腸多発癌の1例. *日臨外会誌*. 55: 3127-3131, 1994