

症 例

同一家系に発生した大腸腺腫症の3治験例

近畿大学医学部第1外科

中 村 敬 夫

友愛会病院消化器外科

内 藤 正 竹 中 正 治

THREE CASES OF ADENOMATOSIS COLI OCCURRED IN THE FAMILY LINE

Takao NAKAMURA

Ist Department of Surgery, University of Kinki

Tadashi NAITO and Masaharu TAKENAKA

Department of Gastrointestinal Surgery, Yuaikai Hospital

索引用語：大腸腺腫症，Kock の reservoir，自然肛門温存術式

はじめに

大腸腺腫症は比較的新な疾患であるが、濃厚な遺伝素因をもち、そのうえ癌化率の高いことから特異な疾患として注目されている。私どもはこれまでに同一家系3人の本症手術例を経験したが、そのうち2例は術後5年以上経過し、興味ある所見をえたのでこの術式および術後追跡調査、予後などについて検討を加えて報告する。

症 例

本家系についてはすでにその詳細は、著者の1人竹中<sup>1)</sup>によって報告されているが、本例らは7人兄弟姉妹で2人は幼時に他病死し、残る5人のうち第3、第4子の2人の女性、第7子の男性にみられたものである(図1)。

症例1 45歳、女性、主婦

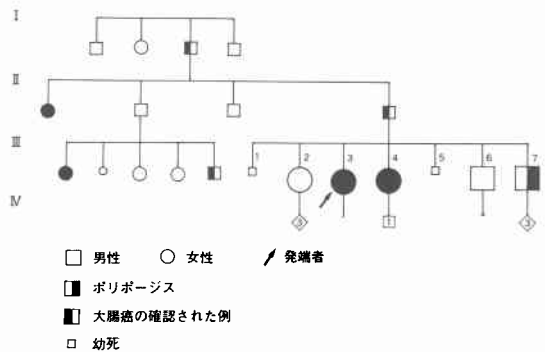
主訴：下痢

家族歴：大腸腺腫症家系

既往歴：昭和43年(33歳)子宮筋腫にて子宮腔上部切除術および大腸腺腫症によりS状結腸切除術を受けた。昭和48年(38歳)直腸(Ra)ポリープの癌化で大腸全剝、回腸瘻造設術の適応であったが、患者のたつての希望で結腸全剝、回腸直腸吻合術を施行。[pm, no, Ho, Po, R<sub>1</sub> 切除]

現病歴：第2回目の手術後、残存直腸のポリープの消

図1 本例家系図



褪現象がみられ、術後半ないし1年毎に厳重な追跡調査をおこなっていたが、下血、下痢などの自覚症状は全くなかった。昭和54年9月、ポリープの一部増大を認め生検で group IV と診断され、切除生検では分化型腺管腺癌であった。根治手術の目的で11月19日入院したが、入院時検査成績では CEA 値は 7.8ng/ml と上昇がみられた(表1)。

手術時所見：11月22日残存直腸切断、Kock の reservoir による回腸瘻を作成。手術時腹水はなく、左卵巣は成人手拳大囊腫状で Ao, So, No, Ho, Po の状態であった。

切除標本、病理組織学的所見：直腸にポリープの融

表1 入院時検査成績 (症例1)

血液所見  
 R.B.C. 393×10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup> Hb 10.8g/dl Ht 32%  
 W.B.C. 6400/mm<sup>3</sup> (Stab 4% Seg 56% Lym 36% Eos 1% Mono 3%)

尿所見  
 蛋白 (-) 糖 (-) 沈渣 (-)

肝機能所見  
 T.T.T. 1.6単位 G.O.T. 13単位 G.P.T. 8単位 Al-p. 3.3単位  
 L.A.P. 112単位 L.D.H. 140単位 総ビリルビン 0.6mg/dl

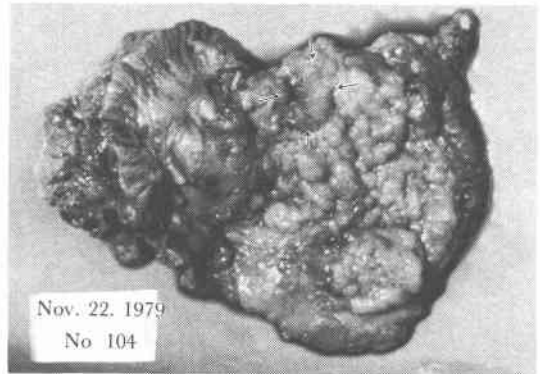
血清電気泳動所見  
 T.P. 6.8g/dl Albumin 62.8%  $\gamma$ -globulin 17.1%  
 $\alpha_1$ -g. 4.2%  $\alpha_2$ -g. 7.2%  $\beta$ -g. 8.6%

電解質  
 BUN 5mg/dl Na 141mEq/l K 4.6mEq/l

CEA 値 (S-W)

(9/7. 1979)	(11/2)	(11/22)	(11/27)	(12/7)	(1/11. 1980)
2.0ng/ml	5.0ng/ml	7.8ng/ml	2.1ng/ml	0.7ng/ml	0.5ng/ml
↑	↑	↑	↑	↑	↑
生検	ポリペクトミー	手術	1週後	2週後	1.5ヵ月後
group IV	高分化型	腺管腺癌			

図2 切除標本 (症例1)



↑印は潰瘍性病変を示す。

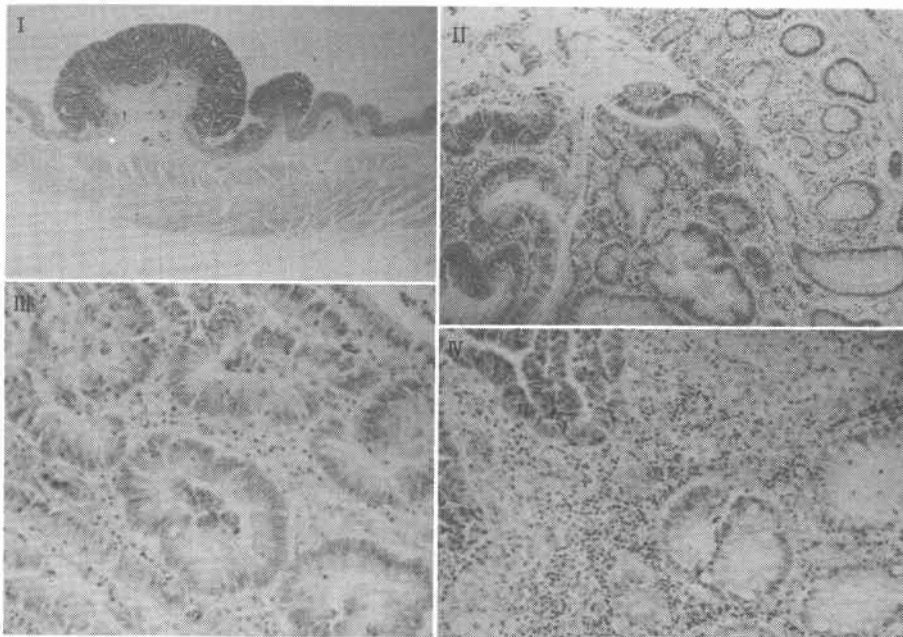
合、陥凹など多彩な様相を示す病変がみられたが、回腸にはポリープはみられなかった (図2)。最大の腫瘍は Borrmann II 型様の潰瘍性病変で、組織学的には腺管腺癌で、pm, no であった。その他の孤在性の隆起性病変はいずれも腺腫性ポリープで、その細胞、核異型性は軽

度であった (図3)。

術後経過：術後 CEA 値は急激に正常域に下降し、術後30日目の reservoir の許容量は約 300cc で、回数は日に2~3回の軟便であった。

症例2 33歳, 男性, 会社員

図3 各病変部位の組織像 (症例1)



- I : 腺腫性ポリープ (H.E. 染色ルーベ像)
- II : 腺管腺癌部分と正常組織との混在を示す (H.E. 染色×50)
- III : 異型腺管の拡大像、核の極在性は良好に保たれているが、一部には配列の乱れがみられる (H.E. 染色×100)
- IV : 著明な異型性を示す癌巣部と正常部位との混在を示す (H.E. 染色×100)

主訴：血便

家族歴：大腸腺腫症家系

既往歴：昭和48年（27歳）大腸腺腫症にて結腸全別，盲腸直腸吻合術を施行。

現病歴：昭和48年の術後以来ポリープの消褪現象はみられたが，時折血便が出現するという。今回の定期的追跡調査中に，一部ポリープの増大があり，昭和54年10月18日ポリープ切除生検で悪性化を思わせる所見はえられなかった。検査成績では血液所見，CEA 値，血清蛋白，電解質など特に異常を認めなかった。

症例3 43歳，女性，主婦

主訴：下痢，下血，下腹部痛，発熱

家族歴：大腸腺腫症家系

既往歴：昭和48年（36歳）に発端者と共に検診をうけ，大腸腺腫症と診断。

現病歴：昭和48年以後追跡調査を拒否していたが，昭和53年より時々下痢を来とし，昭和54年8月18日に下腹部痛，39℃の発熱があり近医婦人科受診し，左付属器周囲炎と診断された。その頃から下血も頻回となって来たため8月23日当科を受診し，入院した。

現症：顔貌苦悶状，皮膚蒼白，眼陰結膜には強度の貧血を認めた。左下腹部に超鶏卵大痛性の腫瘍を触知した。直腸指診では小ポリープを2～3個触れるが，大き

表2 検査値推移（症例3）

	術前	1週後	3週後	6週後
R.B.C. (×10 <sup>4</sup> )	409	399	394	381
Hb (g/dℓ)	7.5	10.9	11.0	11.2
Ht (%)	28	34	35	34
W.B.C.	12800	8500	5200	4300
T.P. (g/dℓ)	6.5	6.2		7.5
Na (mEq/dℓ)	140	135	140	142
K ( " )	2.9	3.8	4.6	3.6
C.E.A. (ng/ml)	4.5	1.9	1.1	1.1
IgG (mg/dℓ)	1063			1460
IgA ( " )	66			101
IgM ( " )	186			258
排便回数(日)	10～11	12	14～15	6～7
便性状	泥状	水様	半有型	有型

な腫瘍は触知しなかった。入院時検査所見については，CEA 値の増加，貧血，白血球増多，低カリウム血症がみられた（表2）。

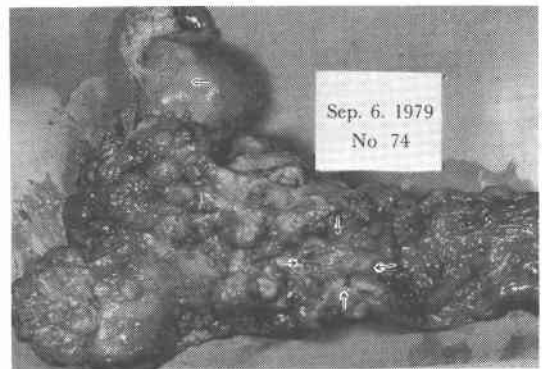
注腸透視所見：直腸S状部に apple core sign がみられ，これより下部の腸管は著明に拡張し小ポリープが散在した。バリウムはこの部分より口側への通過が困難であった。

内視鏡所見：肛門輪より約 18cm の部位に巨大なポリープが多数あり，左側壁では一部潰瘍を伴った病変を認めるが易出血性で，これより口側へは狭窄が強く，スコープの挿入は不能であった。

手術時所見：このようなX線検査および内視鏡検査の状態からポリープの癌化がすでに漿膜面におよび子宮，卵巣への浸潤が考えられた。手術時両側卵巣は小児拳大に腫大し，さらに子宮，直腸を含めて一塊となっているため S<sub>2</sub> と判定し，結腸全別，両卵巣および子宮合併切除，回腸直腸吻合術をおこない第2群のリンパ節郭清をした。

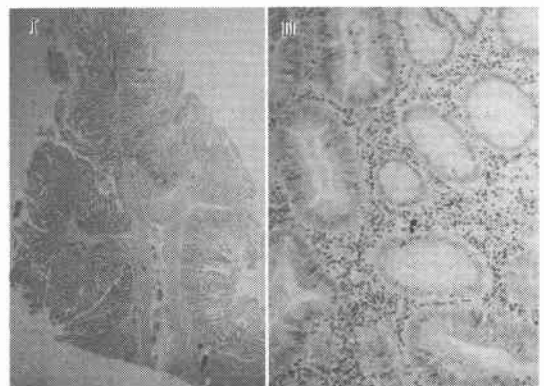
切除標本，組織学的所見：S状結腸から直腸にかけて

図4 切除標本（症例3）



↑印は癌性病変，介印は子宮，卵巣を示す

図5 ポリープ様病変部の組織像（症例3）



I：乳頭状増殖を示す腺癌部分。左半分の癌巣部と右半分の良性と思われる部位が混在する（H.E. 染色ルーベ像）

II：一部には腺管腺癌を示す部位があり，正常腺管との混在を示す（H.E. 染色×100）

ポリープが多数あり、一部には直径 5cm におよぶものがみられ、他方では小隆起が融合して集簇状の部分もあるがその分布状態は非密生型であった(図4)。組織学的には乳頭腺管腺癌で pm, no であった(図5)。

術後経過：術後1カ月半目に、経内視鏡的に残存直腸のポリープ切除を行ったが、いずれも悪性所見はえられなかった。CEA 値は正常域に下降し、術後40日目で排便は日に6~7回の有型便となった。

### 考 察

本症は Lockhart-Mummery ら<sup>2)</sup>によって詳細に検討され、常染色体性優生遺伝で発病すると言われている。しかし、遺伝子型を有しながら形質の確認しえない者があり、宇都宮<sup>3)</sup>は、浸透度が0.7~0.8としている。さらに高率に発癌することが知られており、Muto, Bussey ら<sup>4)</sup>は、癌合併率は66.8%で放置しておけば100%となり、発生部位は下部腸管ほど高頻度になる傾向があるとされている。したがって本症の外科的治療については、全結腸切除、回腸瘻造設術を行うのが妥当と思われる。しかし、患者の社会復帰の容易さ、精神的負担を考えると、追跡調査を厳重にし万一再発しても手遅れの状態にならなければ、自然肛門温存術が理想的と考えている。第一期的には状況の許す限り、回腸直腸吻合術、盲腸直腸吻合術などを行い、残存直腸の経時的なポリープの切除生検で悪性化の徴候があれば、岩間<sup>5)</sup>のように二期的に直腸粘膜抜去、回腸貫通術を試みるもの一方法で、最近では今<sup>6)</sup>、宇都宮<sup>7)</sup>が一期的に直腸粘膜切除、回腸肛門吻合術を行い好結果を報告している。とくに、なかには10歳台の癌化の伴わない時期に同手術を施行し、排便機能についても良好な成績をえており、私どもその方法を検討したいと思い、第2、第3例にもこうした意味で厳重な追跡調査を心がけている。

術後経過については、私共は術後1年目までは3カ月毎に、その後も最低6カ月ないし1年毎に内視鏡検査を施行し、手軽な指診、CEA 値測定をさらに頻回に併用している。第1、第3例では、CEA 値の変化は内視鏡所見による悪性化の判定さらには生検組織診による判定よりもやや時期的に遅れて上昇する傾向であったが、ポリープの癌化、再発を知るうえで重要な意義を示していた。

私どもの第1例では直腸癌があったにもかかわらず、Hoxworth-Slaughter<sup>8)</sup>の提唱に反して直腸を残存させたことに種々の批判があろう。Moertel<sup>9)</sup>によれば、残存

直腸での発癌が10年経過後より急増加するとされているが、本例は術後6年目に再発した。しかし、厳重な追跡調査のために再発を早期に知り、二期手術をも絶対的治療の状態でなしえたことは幸いであった。さらに、結腸全剝後の二期的な回腸瘻では、回腸末端の水分吸収能の大腸化のために好都合で、Kock の reservoir を利用すれば術後の排便回数も一期的な回腸瘻よりも減少させる様に思われる。

本症では、患者だけでなくその家族の検診も重要な意義をもち、とくに思春期の子弟らの注腸および内視鏡検査についていかに納得させ、場合によっては手術までもっていくかと言うのが問題で、長期にわたる患者との密接な接触を根気よく保っていくことが大切と考えられる。

### おわりに

同一家系3人の大腸腺腫症を経験した。本症に対する私どもの第一選択術式は、患者の社会復帰、精神的負担を考え自然肛門温存術式で、人工肛門造設は最後の手段と考えている。残存直腸には、厳重な追跡調査を施行し、必要ならば二期手術として直腸粘膜抜去、回腸貫通術などを行うことにしている。

本論文の要旨は第15回日本消化器外科学会総会(福島)で発表した。

### 文 献

- 1) 竹中正治ほか：家族性大腸ポリポージス。通信医学, **27**(5)：253—262, 1975.
- 2) Lockhart-Mummery, J.P.: Familial adenomatosis of colon and rectum. *Lancet*, **237**: 586—589, 1939.
- 3) 宇都宮讓二ほか：大腸ポリポージスと遺伝。胃と腸, **9**：1149—1156, 1974.
- 4) Muto, T. and Bussey, H.J.R.: The evolution of cancer of the colon and rectum. *Cancer*, **36**: 2251—2270, 1975.
- 5) 岩間毅夫ほか：大腸腺腫症の術後成績と治療法の検討。外科治療, **39**：778—783, 1978.
- 6) 今充ほか：家族性大腸ポリポージスの経験。手術, **28**：431—436, 1974.
- 7) 宇都宮讓二ほか：全結腸切除・直腸粘膜切除・回腸肛門吻合術。外科診療, **2**：268—280, 1979.
- 8) Hoxworth, P.I. and Slaughter, D.P.: Polyposis of the colon. *Surgery*, **24**: 188—211, 1948.
- 9) Moertel, C.G., et al.: Management of multiple polyposis of the large bowel. *Cancer*, **28**: 160—164, 1971.