

回盲部にクローン病を疑わせる病変を併存した回腸癌の1例

金沢大学医学部第1外科

牛島 聡 川浦 幸光 岩 喬

PRIMARY CARCINOMA OF THE ILEUM WITH CROHN'S DISEASE SUSPECTED LESION AT THE ILEOCECAL REGION

Satoshi USHIJIMA, Yukimitsu KAWAURA and Takashi IWA
Department of Surgery, Kanazawa University School of Medicine

索引用語：原発性回腸癌，クローン病

小腸はその内腔表面積において全消化管の90%を占めるが，小腸悪性腫瘍の頻度は少ない。最近，回盲部にCrohn病を疑わせる病変を有した原発性回腸癌を経験し臨床的にも興味ある経過をとったので報告する。なお，本邦における原発性空回腸癌の報告は約300例にのぼるがCrohn病との合併症の報告はない。

症 例

患者：76歳，男性。

主訴：全身倦怠感，めまい。

既往歴：30代に慢性虫垂炎といわれ36歳の時，虫垂切除術をうけた。

現病歴：1983年11月，全身倦怠感，めまい，食欲不振を主訴として近医を受診した。胃透視にて異常を認められず老人性貧血として鉄剤などの投与を受けていた。症状の軽快をみないため，1984年2月当科を受診した。外来初診時，中等度貧血，便潜血反応陽性を認めたため消化管精査を目的として入院となった。

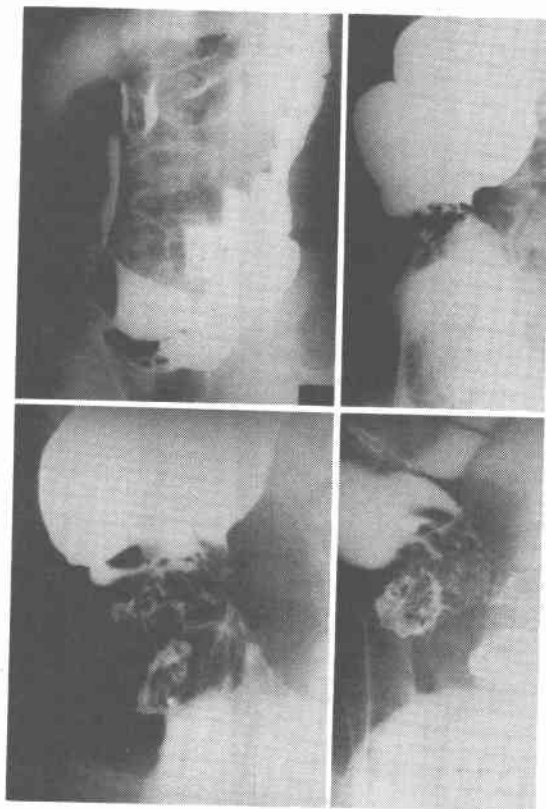
現症：身長165cm，体重60kg。栄養良好で眼瞼結膜貧血ぎみのほか，異常を認めなかった。

入院時検査成績：赤血球 $273 \times 10^4 / \text{mm}^3$ ，ヘモグロビン9.9g/dlと中等度貧血を認め，便潜血反応は強陽性であった。その他に異常所見はなかった。

注腸造影：図1のごとく，回盲部に大小さまざまなポリープが集簇して描出され，偽憩室様のバリウムの貯りも見られた。圧迫で病変はその形をかえ，やわらかい病変であることが示唆された。デクビタスでは回腸末端部に外からのしめつけ様の狭小化を認め，口側回腸は拡張していた。

図1 注腸造影検査。回腸末端の狭窄と口側部の拡張をみる(a, b)。圧迫では多数のポリープ様病変と憩室様のバリウムの貯りをみる(c, d)。

a	b
c	d



<1985年5月15日受理>別刷請求先：牛島 聡
〒920-02 金沢市南新保町×153 石川県立中央病院
消化器外科

術前に大腸内視鏡を試みたが盲腸まで挿入されず，臨床所見と注腸X線所見からBorrmann 2型様盲腸

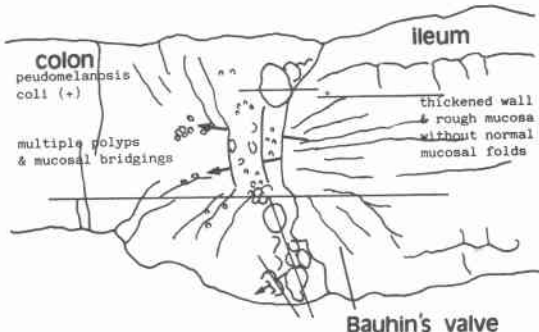
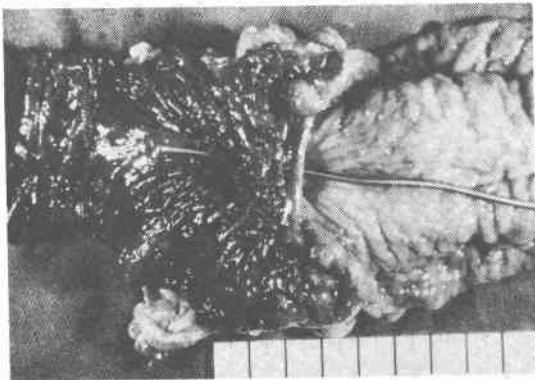
ポリポイド癌と診断, 手術を施行した。

初回手術所見: 1984年2月17日, 開腹術を施行した。回盲部に大網の付着を認め, 腸間膜脂肪の肥厚もみられ腫瘍もやわらかく炎症性のもも考えられたが, 悪性病変を否定できないため結腸右半切除術を施行した。

切除標本肉眼所見: Bauhin 弁直上から2cm 肛門側の盲腸に局限して1×1×0.4cm 前後の山田III型ポリープが多数認められた。3コの mucosal bridge が認められ, 周辺には filiform polyp が多発していた。また, 結腸粘膜は全体が褐色調を呈していた。回腸末端部は正常粘膜ヒダの消失と腸管壁の肥厚を認めた(図2)。

病理組織学的所見: 盲腸のポリープは粘膜下に平滑筋細胞の不規則な増殖, 脂肪細胞の増加, fibrosis が種々の割合でみられる。平滑筋細胞の増殖は一部は粘膜筋板から連続し, 一部は固有筋層から連続している。他の部分では粘膜下層の消失, 裂溝もみられる。小腸病変も同様であり種々の程度の潰瘍痕と診断され

図2 初回手術摘出標本。多発するポリープ様病変, mucosal bridging を認める。回腸末端は正常粘膜ヒダの消失と壁の肥厚を示す。



る。潰瘍の修復・治癒過程で粘膜下層以下に平滑筋細胞の増殖, 線維化がおり一連の pseudopolyps, mucosal bridge, 裂溝を生じたと考えられる(図3)。

術後も下血が持続するため, 3月13日, 経管(ゾンデ)小腸造影を施行した。回結腸吻合部より約80cm 口側に overhanging edge を有する3cm にわたる全周性狭窄像が描出された。小腸癌と診断, 3月28日, 再度開腹術を施行した。回腸部分切除術(R₁)を施行した。

切除標本病理所見: 6×3.5cm の全周性の Borrmann 2型腫瘍で潰瘍表面はほぼ全域で壊死に陥っていた(図4)。組織学的には中~高度分化型腺癌でリンパ節転移はなかった。

術後11カ月を経過したが, 患者は健康な日常生活を営んでいる。

考 察

盲腸に局限する隆起病変には脂肪腫, 平滑筋腫, 絨毛腫瘍, 癌など腫瘍病変と膿瘍形成性虫垂炎, 線維形成性虫垂炎(Lawer 3群), 単純性潰瘍, Crohn 病など炎症性病変がある。脂肪腫は平滑な有茎性隆起として, 平滑筋腫は広基性隆起として描出される。絨毛腫瘍は表面ピロード様の凹凸を示す有茎性あるいは広基性隆起であるが, 本症のようなバリウムの貯りなどの多彩な所見を呈することは少ない。著者らは Borrmann 2型様ポリポイド癌と診断したが, 病変そのものがやわらかく腸管壁にも著しい変形を認めないことから炎症性疾患を十分に鑑別すべきであった。

本症の回盲部病変はその主座を粘膜下におき, Pseudopolyps, mucosal bridge, filiform polyps など多彩であるが組織学的にはUI I~IVの潰瘍痕としてとらえられる。サルコイド様非乾酪性肉芽腫, リンパ球の濾胞性増殖は認められずクローン病診断基準(案)¹⁾からは確診できないがCrohn 病の治癒像のひとつとして矛盾しないと考える。Mucosal bridge は潰瘍性大腸炎やCrohn 病などの潰瘍形成性炎症性疾患の修復, 治癒過程に形成されるとされている²⁾。Burbige ら³⁾は大腸ファイバー検査における mucosal bridge の発見はCrohn 病を支持する所見であると述べている。

原発性空回腸癌の頻度は全消化管癌の0.3~1.6%と報告されている⁴⁾。その症状は八尾ら⁵⁾によると, 腹痛(40.8%), 嘔吐(34.8%), イレウス(17.9%), 腫瘤触知(15.9%), 貧血(15.4%)の順となっており, 腫瘍発育による閉塞症状と腫瘍よりの出血による貧血症状が主体となっている。小腸癌に特異的的症状はみあた

図3 mucosal bridge (a), pseudopolyp (b) の剖面ルーベ像. 不規則な平滑筋細胞の増殖, 脂肪細胞の増加, 線維化などの所見を示す (c, d).

a	b
c	d

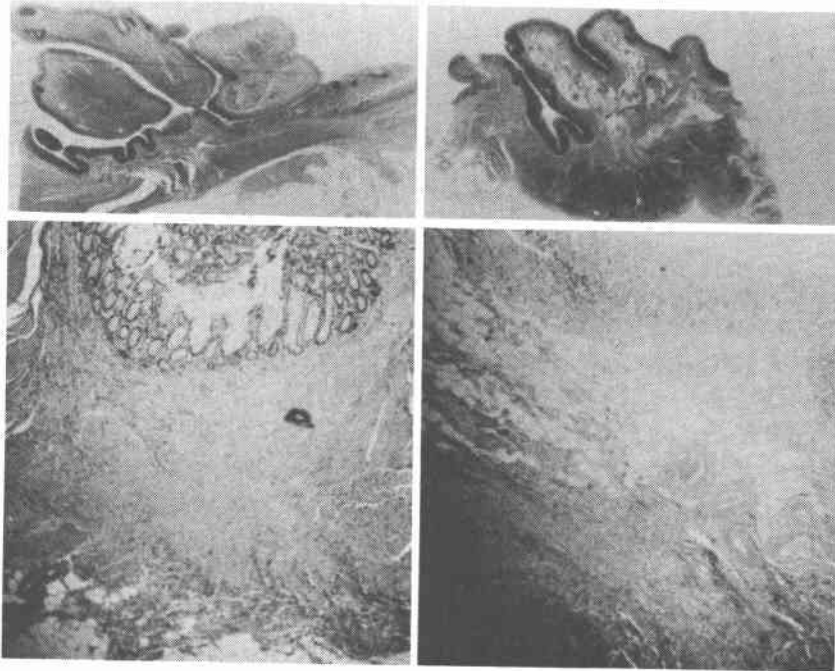
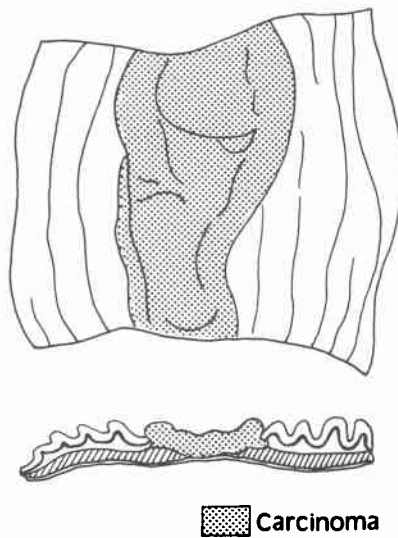
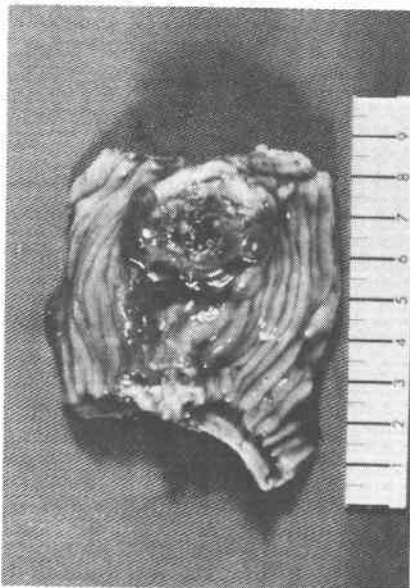


図4 摘出標本. 原発性回腸癌であった. Borrmann 2型, tub₂, ss, ly₁, v₀, ow (-), aw (-).



らないが便潜血反応陽性例では、小腸悪性腫瘍も念頭において検索すべきであると考え。

本症は小腸造影で凹凸不整を有する管腔狭窄性病変として描出された。田中ら⁷⁾も空回腸腫瘍20例のX線写真を検討し癌は短い管腔狭窄型が多く、overhanging edge と不整な境界線が特徴的であったと報告している。渡辺ら⁸⁾は19例の原発性空回腸癌をUlcerating型16例、Polypoid型3例に肉眼分類し潰瘍形成型の特徴的所見として潰瘍縁が不整で鋸歯状であること、潰瘍縁で潰瘍が急に深いか、下堀れがあること、潰瘍周辺に境界明瞭な隆起部分が認められること、絞扼性イレウスを伴うことなどをあげている。

原発性小腸癌の予後はAranha⁹⁾によれば5生率11%、10生率0%と悪い。この主な要因は診断の困難さからくる発見の遅れにあると思われる。Ourielは¹⁰⁾自験65例をDuke's分類に準じて病期分類し、リンパ節転移の無いものではB₁(pmまで、n(-))80%、B₂(pmを越す、n(-))60%と高い5生率を報告しており、リンパ節転移陽性でも深達度pmまでのC₁の5生率は50%であったと述べている。

Crohn病と小腸癌の合併については、Frankら¹¹⁾が自験2例を含めた28例を集計して報告(うち9例はCrohn病に対するバイパス手術を行ったバイパス部に癌が発生)、Greenstein¹²⁾もCrohn病に対するバイパス術後に小腸癌の発生をみた7例を報告している。いずれもCrohn病の長い病歴を有しているが、本症も30代の慢性虫垂炎の既往からは40年を経過している。

むすび

全身倦怠感、めまいを主訴とする76歳、男性に対して注腸造影、小腸二重造影を行い回盲部、小腸の両病変に対し手術を施行した。摘出標本の病理学的検索から回盲部にCrohn病を疑う病変を有した回腸癌と診

断した。若干の文献的考察を加えて報告した。

本論文の要旨は第26回日本消化器病学会大会(千葉市)において発表した。

文 献

- 1) 山形敏一：クローン病検討委員会報告。日消病会誌 73：144—156, 1976
- 2) Hammerman AM, Shats BA, Susman N: Radiographic characteristics of colonic mucosal bridges: Sequelae of inflammatory bowel disease. Radiology 127: 611—614, 1978
- 3) Brubige EJ, Bayless TM, Milligan FD: Mucosal bridging in Crohn's disease of the colon. Gastrointest Endoscopy 21: 185, 1975
- 4) 倉金丘一：本邦における原発性空回腸癌の臨床統計的考察。最新医 34: 1053—1058, 1979
- 5) Barclay THC, Schapira DV: Malignant tumors of the small intestine. Cancer 51: 878—881, 1983
- 6) 八尾恒良, 日吉雄一, 田中啓二ほか：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
- 7) 田中啓二：切除された空回腸腫瘍のX線学的検討。胃と腸 19: 971—990, 1981
- 8) 渡辺英伸, 岩淵三哉, 岩正明德ほか：原発性の空回腸腫瘍の病理。肉眼形態と組織。胃と腸 16: 943—957, 1981
- 9) Aranha GV, Reyes CV, Lindert DJ et al: Primary tumors of the small intestine. Am Surg 45: 495—502, 1979
- 10) Ouriel K, Adams JT: Adenocarcinoma of the small intestine. Am J Surg 147: 66—71, 1984
- 11) Frank JD, Sharey BA: Adenocarcinoma of the small bowel as a complication of crohn's disease. Gut 14: 120—124, 1973
- 12) Greenstein AJ, Sachar D, Pucillo A et al: Cancer in crohn's disease after diversionary surgery. Am J Surg 135: 86—90, 1978