

巨大な直腸平滑筋腫の1例

宮崎医科大学第1外科

岩村 威志 久本 寛 香月 武人

同 第1内科

吉 田 隆 亮

A CASE REPORT OF GIANT RECTAL LEIOMYOMA

Takeshi IWAMURA, Hiroshi HISAMOTO and Taketo KATSUKI

First Department of Surgery Miyazaki Medical college

Takasuke YOSHIDA

First Department of Internal Medicine

索引用語：直腸平滑筋腫

はじめに

平滑筋細胞に由来する腫瘍は子宮・消化管以外では少なく、消化管ではそのほとんどが胃と小腸に発生し、直腸に発生することはまれである。本邦では1923年菅¹⁾の「直腸平滑筋腫の1例」を始めとし、1984年までに平滑筋腫76例²⁾・平滑筋肉腫81例³⁾の報告を数えるにすぎない。われわれは巨大な直腸平滑筋腫の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：68歳，女性，農業。

主訴：肛門出血，便秘，排便困難。

家族歴・既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和54年11月ごろより便秘気味で，市販の緩下剤を服用していた。55年7月に10日間ほど排便がなく，肛門出血を来したため，近医を受診し，直腸腫瘍を指摘され，同年8月当科に入院した。

入院時現症：身長144.6cm，体重52.5kg。血圧110~60mmHg，脈拍55/分，整。栄養良好。眼瞼結膜に貧血なく，眼球結膜に黄疸なし。口腔内・頸部・胸部に異常を認めず。腹部に肥満あるも静脈怒張なく，肝・脾・腎は触知しない。腹水を認めず，腫瘍も触知しない。両側鼠径部には軟らかい数個のリンパ節を触知する。四肢に異常を認めない。

入院時検査成績：特記すべき異常を認めない(表1)。

<1986年2月12日受理> 別刷請求先：岩村 威志
〒889-16 宮崎郡清武町木原5200 宮崎医科大学第1外科

表1 入院時検査成績

血液検査	
RBC 464×10 ⁴ /mm ³	WBC 8300/mm ³
Hb 14.7g/dl	Ht 43.6%
Plt 30.5×10 ⁴ /mm ³	PTT 11.6秒
生化学検査	
T-Prot 6.93g/dl	A/G比 1.67
T-Chol 173mg/dl	FBS 70mg/dl
T-Bil 0.5mg/dl	TTT 1.5U
GOT 20IU/l	GPT 11IU/l
ALP 6.6KA	BUN 15.4mg/dl
UA 4.1mg/dl	Cr 1.1mg/dl
CEA 1.4ng/ml (RIA法)	AFP 3.3ng/ml (RIA法)
尿検査	
糖 (-)	蛋白 (-)
潜血 (-)	
胸部単純X線・心電図・腹部超音波断層撮影：特記所見なし	
上部消化管造影・腎盂尿管造影：特記所見なし	

直腸腔指診所見：肛門輪より5cmの部位に下縁を有し，右側前壁を中心として硬い可動性のない超鷲卵大の腫瘍を触知する。また腔後壁の膨隆を認めるが，粘膜は可動性を有し，直腸原発の腫瘍と推定した。

注腸X線検査所見：充盈正面像で右側からの半球状の突出と頂部の潰瘍正面ニッシュ像，充盈側面像で前方から半球状の突出と頂部の潰瘍側面ニッシュ像が観察されることから，腫瘍は大腸癌取り扱い規約⁴⁾による直腸Rb領域の右側前壁よりに位置し，その頂部に潰瘍を伴っているものと診断された(図1)。

直腸内視鏡所見：歯状線より2cmから7cmにわたり，右側前壁を中心に，なだらかに隆起する正常粘膜に被われた大きな膨隆を見る。膨隆の頂部には不整形の潰瘍が存在するが周堤はない。潰瘍部は易出血性で，潰瘍底部の生検組織で平滑筋腫と診断された。

手術所見：術前生検で平滑筋腫と診断したが，大き

図1 注腸X線造影所見 (A: 第2斜位像 B: 正面像)
直腸の右側前壁よりに半球状の突出とその頂部の潰瘍ニッシェ (矢印) が認められた。

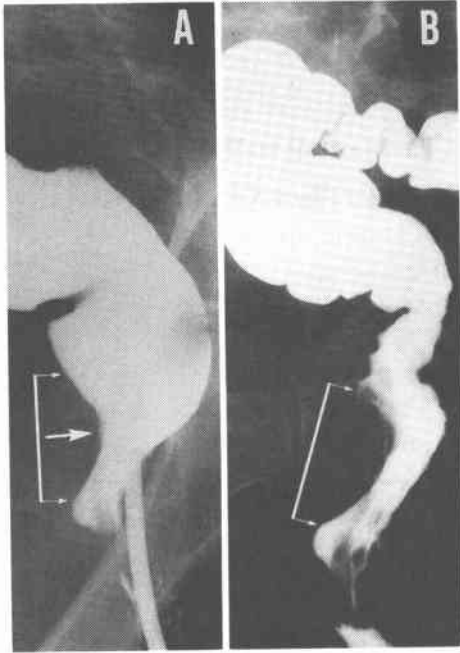
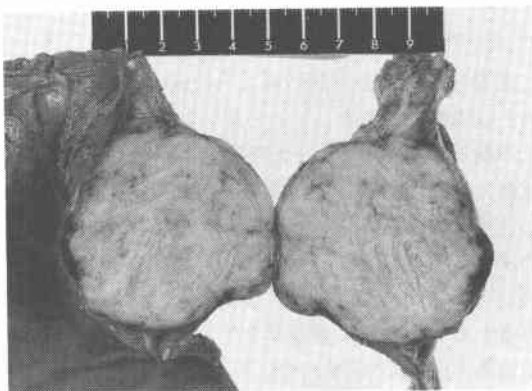


図2 腫瘍断面所見

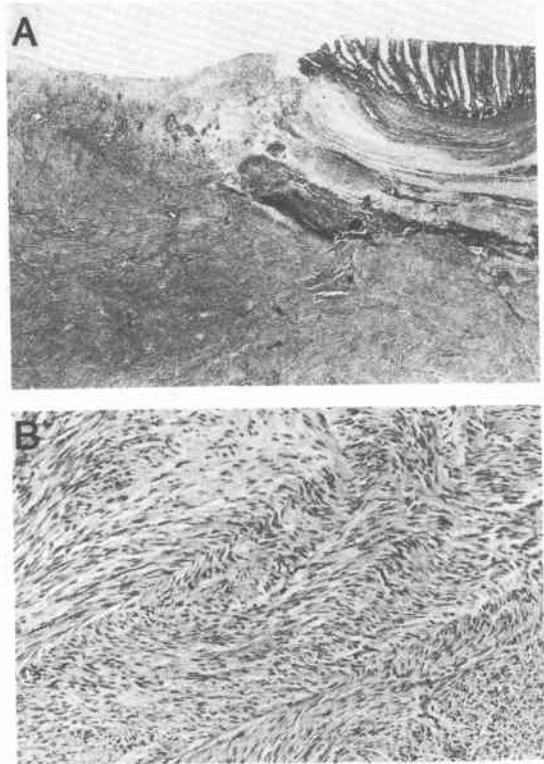
断面は灰白色充実性で、渦巻きもしくは唐草様紋様を呈し、肉眼的な壊死は認めなかった。



さ、可動性の消失、潰瘍の存在など悪性腫瘍を完全に否定できず、腹会陰式直腸切断術、所属リンパ節郭清術および人工肛門造設術を施行した。開腹時所見では、大腸にガスがやや多かったが、腹水はなく、肉眼的肝転移、腹膜播種、所属リンパ節転移は認めなかった。

図3 病理組織学的所見 (H.E.染色 A: 20× B: 100×)

深い潰瘍と出血像が認められ(A)、長紡錘形の細胞が束をなし交錯しており(B)、核分裂像は10高倍率視野あたり1ないし2個であった。



切除に際しては、腫瘍占拠部位の直腸右側から前方にかけての剝離がやや困難であったものの、浸潤所見はなく、腫瘍は一塊として切除可能であった。

切除標本肉眼所見：直腸内腔面所見では歯状線からの7.5cm 口側にわたって、ほぼ2/3周を占める、粘膜に覆われた7.0×6.5×5.0cm 大の硬い腫瘤が存在し、その頂部には2×3cm の不整形潰瘍が見られる。腫瘍の断面は灰白色充実性で壊死はなく、渦巻きもしくは唐草様紋様の組織配列が見られる(図2)。外肛門括約筋との直接的関係はないものと推定され、腫瘍の外膜側は薄い線維性結合織様被膜に覆われていた。直腸左壁の歯状線より3cm 口側には直径5mm の山田Ⅲ型ポリープが合併していた。

病理組織学的所見：腫瘍は長楕円形の核を持つ紡錘形の平滑筋細胞が束状に交錯した集塊で、核分裂像もほとんど認められず、所属リンパ節への転移もなかつ

た、潰瘍は直腸固有筋層を断裂して腫瘍に達し血管拡張、出血像、炎症細胞浸潤および硝子変性が認められた。腫瘍は固有筋層由来の平滑筋腫と診断した(図3)。直腸のポリープは炎症性の過形成腺腫であった。

術後経過：術後経過は良好で、術後5年4カ月の現在再発兆候なく健全な生活を営んでいる。

考 察

消化管平滑筋腫瘍はそのほとんどが胃・小腸に発生し、平滑筋腫・肉腫を含めた発生頻度は、Goldenら⁵⁾による食道を除く1,018例の集計では、胃64.5%、小腸25.4%、結腸3.0%、直腸7.1%と報告している。本邦では、山際⁶⁾が小腸大腸の平滑筋腫瘍133例(平滑筋腫62例、平滑筋肉腫71例)を集計し、小腸72.2%、結腸7.5%、直腸20.3%で、平滑筋腫62例中12例(19.4%)が直腸であったと報告している。直腸腫瘍に占める平滑筋腫・肉腫の割合は、両者を含め欧米では0.2%から0.5%^{7,8)}、本邦では0.8%から1.3%とされている^{9)~11)}。われわれの施設では、過去7年間の直腸癌が70例で、71例中1例1.4%となる。

好発年齢および性差：本邦報告例の集計では、平滑筋腫症例の71.4%が40歳代から60歳代までの間に集中し、50歳代(31.2%)にピークがあり、平均年齢は54.3歳である。平滑筋肉腫症例の年齢分布も類似しており、欧米においてもほぼ同様に報告されている^{7,8,12)}。しかし、本邦における平滑筋腫症例の男女比は46:31と男性に多いのに対し、Andersonら¹²⁾は、平滑筋腫は女性に、平滑筋肉腫は男性に多いとしている。

占拠部位：平滑筋腫は前壁に最も多く次いで後壁で、両者で約51.2%を占める。菱田らは、肛門縁より腫瘍下縁までの距離が8cmまでに大部分が発生していると報告しており、その後の症例も含め87.5%がその範囲内にある。

症状：平滑筋腫の症状として肛門出血・下血(40.3%)が最も多く、次いで便秘・排便困難(28.6%)、便柱細小(19.5%)などが多く、以下、肛門痛、排尿障害、腫瘍の肛門脱出などが認められる。潰瘍形成は、記載の明確な63例中17例(27.0%)に認められるが、潰瘍を伴わずに出血・下血を来した例^{11,13,14)}、また自覚症状がなく、検診や他疾患の検査中に発見された症例^{15,16)}も報告されている。

診断：直腸指診、注腸X線検査、内視鏡検査で存在診断は容易で、多くは粘膜下腫瘍と診断され、癌との鑑別のためにすべてで術前の生検が行われている。しかし、本来粘膜下に発生する腫瘍であるため、腫瘍部

を確実に採取することが困難で、良性・悪性の診断を術前確定するには慎重を要する。龍村¹⁷⁾は、良性・悪性の鑑別には血管造影が有力であろうと報告している。

病理：紡錘形の平滑筋様細胞が束状に交錯または渦巻状に配列している。子宮平滑筋腫瘍についてのEvansら¹⁸⁾の検討では悪性の所見として、腫瘍細胞の大型化、細胞の短縮と核の円形化、細胞分化の欠如、核の染色不同と濃染、巨細胞の存在、細胞分裂像の増加、間質線維組織の減少、血管壁の菲薄化と筋層の欠如を上げており、Andersonら¹²⁾はこのうち細胞分裂像の増加を特に重視している。また、切除腫瘍からは多くの標本を作成し、その一部にでも悪性所見が認められれば、肉腫として取り扱わねばならない。

治療：放射線、化学療法は有効でない。手術療法が基本となるが、その際には術式の選択が問題となる。本邦報告例の集計²⁾では、直腸切断術34例、筋腫摘出術または部分直腸切除術30例、ポリペクトミー4例、筋腫摘出後再発で直腸切断術が行われた症例3例、人工肛門造設3例、生検のみ1例、不明2例であった。筋腫は本来良性であることを考えると、Andersonら¹²⁾、Kusminskyら¹⁹⁾、佐々木ら²⁾の報告にもあるように、2から3cmの小さな筋腫には、十分な安全域を含め直腸切除術と長期の経過観察でさしつかえないと考えられる。しかし、それ以上の大きさの筋腫に対しては、良性とする確定診断の不可避的限界や悪性化再発の問題もあり、直腸切断術が施行されていることが多い。

予後：長期経過観察症例の報告が少ないが、初回手術時の診断が平滑筋腫で、平滑筋肉腫として再発した例があり²⁰⁾、本邦では11例が集計されている³⁾。これらの症例に対する初回手術として腫瘍摘出術が5例に、前方切除術、直腸切除術、直腸横断区域切除術、腫瘍核出術、生検が各1例に行われている。また、腫瘍径の記載のあるものはいずれも3cm以上であり、初回手術より1年から10年後(平均4.2年)に再発が認められたとしている。再発形式としては、局所再発7例が最も多く、腹膜播種4例、その他肝・肺・リンパ節転移などがあげられている。これらの症例の様に、病理組織像と予後が必ずしも一致しない症例もあり、術後の厳重な経過観察が必要であろう。

ま と め

直腸平滑筋腫手術治療症例を経験したので、1984年までの本邦報告症例76例を加えて考察を加えた。

1. 直腸平滑筋腫は、40歳代から60歳代に好発して男性に多い。

2. 出血, 下血, 便秘, 排便困難を主訴することが多く, ほとんどが直腸指診できる範囲に存在していた。

3. 直腸平滑筋腫と直腸平滑筋肉腫の鑑別には, 詳細な組織学的検索が必要であり, 小平滑筋腫は別としても, 実地臨床には直腸切断術を考慮せざるをえないとともに, 術後経過の慎重な観察を要する。

文 献

- 1) 菅 寛: 直腸平滑筋ノ1例, 日外会誌 24: 322, 123
- 2) 佐々木一晃, 中山 豊, 早坂 滉ほか: 直腸平滑筋腫の1例および本邦76例の考察, 日臨外会誌 45: 337-344, 1984
- 3) 明石章則, 吉川幸伸, 中村正廣ほか: 平滑筋腫術後4年目にみられた巨大な直腸平滑肉腫の1例, 日消外会誌 18: 1900-1903, 1985
- 4) 大腸癌研究会編: 大腸癌取り扱い規約, 東京, 金原出版, 1981
- 5) Golden T, Stout AP: Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract and retroperitoneal tissues. Surg Gyencol Obstet 73: 784-810, 1941
- 6) 山際裕史: 腸管平滑筋腫瘍について, 診断と治療 56: 156-161, 1968
- 7) Sanders RJ: Leiomyosarcoma of the rectum. Report of six cases. Ann Surg 154: 150-154, 1961
- 8) Diamante M, Bacon HE: Leiomyosarcoma of the rectum. Dis Colon Rectum 10: 347-351, 1967
- 9) 大腸癌研究会編: 大腸非上皮性腫瘍, 日本大腸肛門病会誌 33: 145-176, 1980
- 10) 財団法人癌研究会編: 癌の臨床, 東京, 同文書院, 1969, p249-250
- 11) 菱田泰治, 今泉了彦, 豊島範夫ほか: 直腸の平滑筋腫瘍について, 外科診療 15: 1234-1243, 1973
- 12) Andeson PA, Dockerty MB, Buie LA et al: Myomatous tumors of the rectum (Leiomyomas and Myosarcomas). Surgery 28: 642-650, 1950
- 13) 藤井 浄, 松田 晋, 山内礼一ほか: 直腸平滑筋腫の1例, 日本大腸肛門病会誌 21: 10, 1968
- 14) 湊 浩邦, 神山文也: 稀有ナル経過ヲ辿リン直腸筋腫ノ1例, 日外会誌 40: 1642-1643, 1939
- 15) 島谷信人, 毛利 宰, 広恵俊雄: 直腸平滑筋腫の1例, 外科 27: 547-552, 1965
- 16) 丸谷 巖, 小平 正, 小平 進ほか: 粘膜筋板から発生した直腸平滑筋腫多発の1例, 日本大腸肛門病会誌 33: 157, 1980
- 17) 龍村俊樹: 直腸平滑筋腫瘍, 癌の臨 26: 97-104, 1980
- 18) Evns N: Malignant myomata and related tumors of the uterus. Surg Gyencol Obstet 30: 225-239, 1920
- 19) Kusminsky RE, Bailey W: Leiomyomas of the rectum and anal canal: Report of six cases and review of the literature. Dis Colon Rectum 20: 580-599, 1977
- 20) Neuman Z: Leiomyosarcoma of the rectum, developing from benign leiomyoma. Ann Surg 135: 426-430, 1952