

# 上行結腸に原発した非 Hodgkin 悪性リンパ腫の 1 例

埼玉県立がんセンター腹部外科, \*同 病理部

岩瀬 和泉 関根 毅 三山 健司 内田 治  
水口 滋之 田中 洋一 武内 脩 須田 雍夫  
藤田吉四郎 田久保海誉\*

## PRIMARY NON-HODGKIN'S MALIGNANT LYMPHOMA OF THE ASCENDING COLON, A CASE REPORT

Izumi IWASE, Takeshi SEKINE, Takeshi MIYAMA,  
Osamu UCHIDA, Shigeyuki MINAGUCHI, Youichi TANAKA,  
Osamu TAKAUCHI, Yasuo SUDA, Kichishiro FUJITA  
and Kaiyo TAKUBO\*

Division of Abdominal Surgery and Department of Pathology\*  
Saitama Cancer Center Hospital

索引用語：上行結腸悪性リンパ腫

### はじめに

大腸原発の悪性リンパ腫はきわめてまれな疾患とされている。最近、著者らは上行結腸に原発し、漿膜面に紡錘状の腫瘤を伴い、腫重積様の所見を呈した非 Hodgkin 悪性リンパ腫の 1 例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

### I. 症 例

症例：51歳，男，会社員。

主訴：腹部膨満感。

家族歴：祖父母および母親が胃癌にて死亡。

既往歴：特記すべきことはない。

現病歴：昭和59年11月頃より便秘および心窩部痛を伴う腹部膨満感あり、当科を紹介されて昭和60年4月18日入院した。

現症：体格中等度，脈拍60/分，血圧120/80mmHg，眼瞼結膜および眼球強膜に貧血，黄疸を認めない。発熱はない。腹部は平坦，軟で，臍右側に軽度の圧痛を伴う抵抗を認めるが，腫瘤，肝，脾などは触知しない。直腸指診では腫瘤，圧痛はなく，頸部，腋窩および鼠径部のリンパ節の腫大も認められなかった。

臨床検査成績：便潜血反応陽性のほか異常所見は認められなかった（表1）。

められなかった（表1）。

注腸造影検査：右結腸曲のやや口側，上行結腸に大きさ7×6cmの腫瘤陰影を認め，その基部に粘膜集中像を思わせる所見がみられた（図1）。

大腸内視鏡検査：横行結腸のほぼ中央に腫瘤を認め，表面は凹凸不整で一部びらんがみられた。腫瘤は容易に移動するが，茎の存在は不明であった。生検では悪性所見はみられず，Group II と診断した（図2）。

表1 臨床検査成績

血液検査		血清電解質検査	
白血球数	4,000 /mm <sup>3</sup>	Na	145 mEq/l
赤血球数	451 ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	K	3.8 mEq/l
ヘモグロビン	15.8 g/dl	Cl	104 mEq/l
ヘマトクリット	46.6 %	Ca	5.0 mEq/l
血小板数	21.5 ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	P	4.4 mg/dl
末梢血液像		生化学検査	
好中球	72.2 %	T.P.	6.5 g/dl
好酸球	3.2 %	Alb.	4.2 g/dl
好塩基球	1.1 %	T.B.	1.0 mg/dl
リンパ球	17.2 %	Al-p.	124 IU/l
		LDH	190 IU/l
赤沈	2mm (1時間)	GOT	20 IU/l
	4mm (2時間)	GPT	23 IU/l
		LAP	39 IU/l
尿検査	正常	血清免疫検査	
便潜血反応		CEA (RIA)	1.1 ng/ml
オルトトルイジン法	(+)	CA19-9 (RIA)	15.6 U/ml
グアヤック法	(+)		

<1987年10月14日受理>別刷請求先：岩瀬 和泉

〒362 埼玉県北足立郡伊奈町大字小室818 埼玉県がんセンター腹部外科

図1 注腸造影所見。右結腸曲のやや口側，上行結腸に大きさ約7×6cmの腫瘤陰影(矢印)を認める。

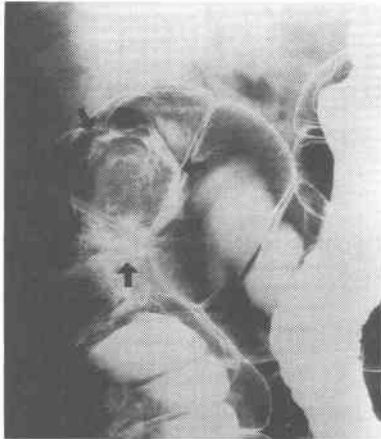
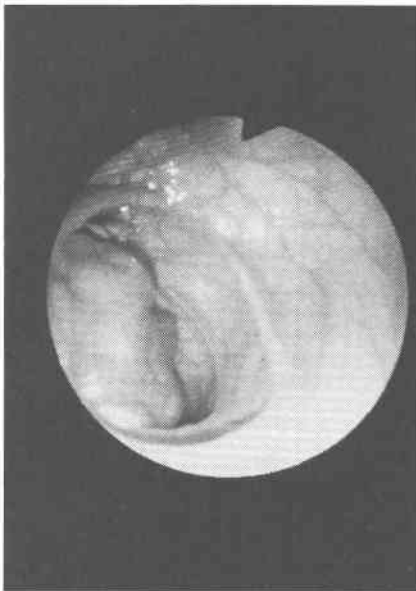


図2 大腸内視鏡所見。横行結腸のほぼ中央に腫瘤を認め、表面は凹凸不整で一部びらんがみられる。



腹部 computed tomography (CT) 検査：左結腸曲に偏在する腫瘤像がみられ，注腸造影などで認められた腫瘤が移動したものと判断した(図3)。

上腸物膜動脈造影検査：腫瘤に一致した血管増生像はみられなかった(図4)。

術前診断：以上より，良性腺腫または非上皮性腫瘍と診断したが，癌も否定しえず，大きさの点で手術適応と考えて昭和60年4月25日開腹した。

手術所見：腹水貯留，肝転移は認められなかった。

図3 腹部CT所見。左結腸曲に偏在する約7×6cmの腫瘤像の low density (矢印)がみられる。

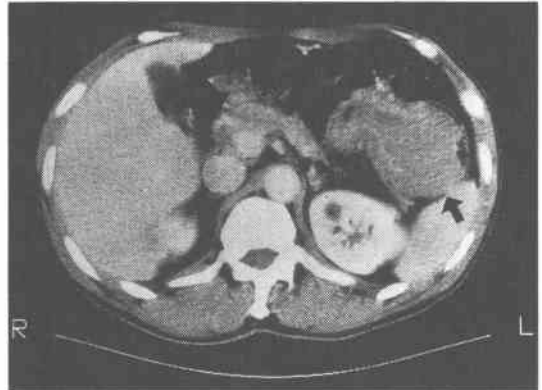
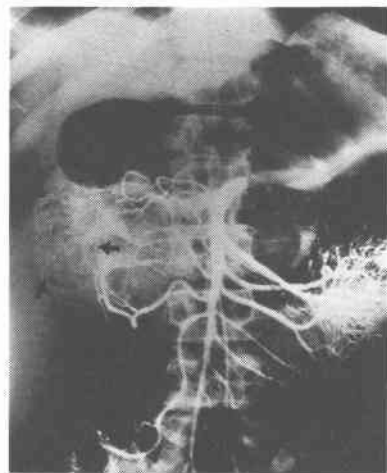


図4 上腸間膜動脈造影所見。右結腸動脈領域に腫瘤陰影(矢印)を認めるが，血管増生像はみられなかった。



腫瘤は約5×4cmで横行結腸のほぼ中央に位置し，口側の上行結腸に容易に移動した。右結腸曲，やや上行結腸寄りの間膜対側に腫瘤の茎と思われる部分を認め，同部の漿膜面に紡錘型で索状の腫瘤(約5×1.5cm)が突出していた。また，腫瘤の口側漿膜は約5cmにわたり灰白色を呈しており，腸重積を繰り返していたことが示唆された。所見リンパ節は大腸癌取り扱い規約<sup>1)</sup>にしたがうと，No. 211, 212, 221に腫大を認めたが，転移を思わせる所見はなかった。右半結腸切除術(R<sub>3</sub>)を施行した。腫瘍は大腸癌取り扱い規約<sup>1)</sup>にしたがうと，A, 1型(5×4cm)，間膜対側1/2周S<sub>0</sub>, P<sub>0</sub>, H<sub>0</sub>, N(-)，OW(-)，AW(-)，Stage I, R<sub>3</sub>であった。

切除標本所見：主病変は回盲弁より10cm 肛門側の上行結腸の間膜対側に茎の基部をもつ1型の境界明瞭な腫瘤(4.0×5.2×4.5cm)であった。表面はごつごつしていた大小の隆起がみられ、いわゆる“かのこと”状を呈し、軟で、びらんないし潰瘍は認められなかった。茎の長さは0.5cm、太さは直径3.0cmであった。剖面は黄白色で、その基部において肉眼的に筋層まで浸潤

図5 切除標本所見。回盲弁より10cm 肛門側の上行結腸の間膜対側に茎の基部をもつ1型の境界明瞭な腫瘤(4.0×5.2×4.5cm)を認める。

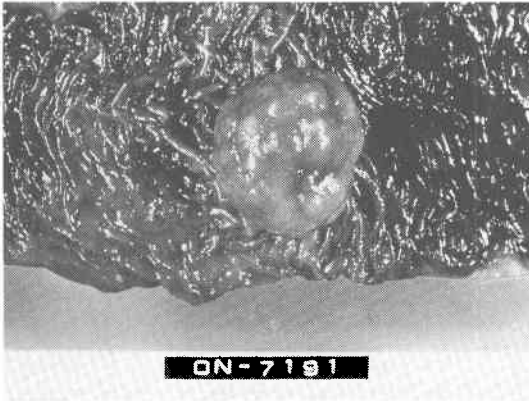
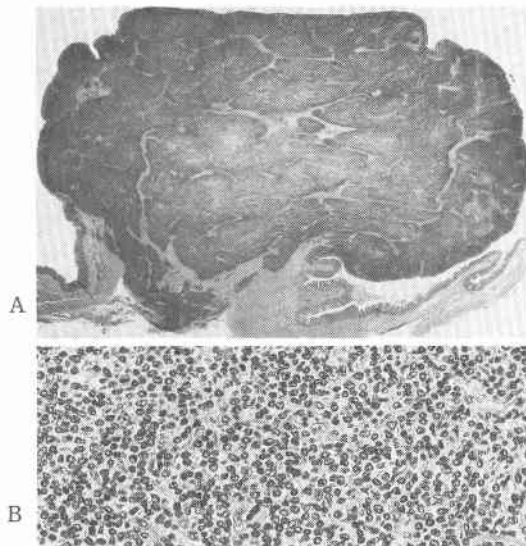


図6 病理組織学的所見

A：粘膜面が非薄化した異型の乏しい上皮で覆われたポリープ状腫瘤。  
 B：円形の核をもつ小型の腫瘍細胞がびまん性に増殖し、粘膜から固有筋層にかけて著明な浸潤所見が認められる。



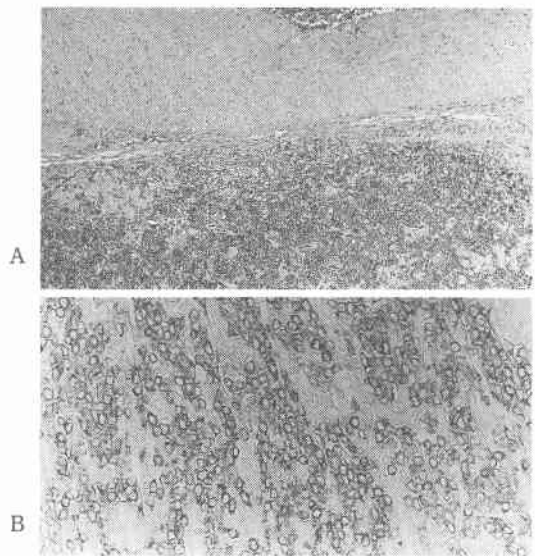
した所見を示していた。漿膜面の腫瘤(2.00×4.5×1.0 cm)は、漿膜に流入する右結腸動脈分枝に沿っており、リンパ筋とは形態が異なっていた(図5)。

病理組織学的所見：図6Aはルーペ像で、粘膜面が非薄化した異型の乏しい上皮で覆われたポリープ状腫瘤を示し、図6Bは腫瘤部の強拡大像で、円形の核をもつ小型の腫瘍細胞がびまん性に増殖している。図7Aは漿膜面の紡錘状腫瘤の組織像で、右結腸動脈分枝の壁に沿って同様の腫瘍細胞を認め、またリンパ節はNo. 211, 212に転移を認めn2(+)であった。

免疫酵素組織学的検索：腫瘍組織のパラフィン切片における抗 leucocyte common antigen (DACO, Santa Babra, CA, USA), 抗 T-cell, 抗 B-cell (Bio-Science Product AG, Emmenbrucke, Switzerland) および抗 Leu7, 抗 LeuM1 (Becton Dickinson, Mountain View, CA, USA) のモノクロナール抗体を用いた免疫染色(酵素抗体ABC法)の検索では、抗 leucocyte common antigen, 抗 B-cell 染色において、びまん性に陽性細胞を認めた。また、抗 T-cell, 抗 Leu 7, 抗 Leu M1染色では、散在性に陽性細胞を認めたが、このうち抗 T-cell 染色においては、ときに陽性細胞が集合して存在した(図7B)。これらの所見から、本腫瘍は B-cell リンパ腫と考えられた。以上の所見より、

図7 病理組織学的所見

A：漿膜面の紡錘状腫瘤の組織像、右結腸動脈分枝の壁(上側)に沿って同様の腫瘍細胞が認められる。  
 B：抗 B-cell 染色において、びまん性に陽性細胞を見る。(×300)



LSG 分類<sup>2)</sup>で diffuse, small cell type, 国際分類<sup>3)</sup>で small lymphocytic type の non-Hodgkin's malignant lymphoma, B-cell type と診断した。また本症例は Dawson ら<sup>4)</sup>の腸管原発悪性リンパ腫の診断基準をすべて満たし, Naqvi ら<sup>5)</sup>の病期分類に従うと Stage II であった。術後, 化学療法は施行せず, 11カ月経過した現在, 再発の兆候もなく健在である。

II. 考 察

大腸原発性リンパ腫は消化管原発悪性リンパ腫の9~15%<sup>6)</sup>と少なく, わが国では1980年, 第11回大腸癌研究会の「大腸非上皮性腫瘍アンケート調査」(以下, アンケート)において130例, 当科では本例を含め2例にすぎない<sup>8)</sup>。また, 欧米では Kashimura ら<sup>7)</sup>, 中村ら<sup>8)</sup>, によると1972年までに273例の報告がなされている。わが国における上行結腸原発性の悪性リンパ腫は, アンケートでは大腸原発悪性リンパ腫130例中8例(6.2%)であり, 著者らの渉猟した範囲では1980年以降の4例を含めて12例の報告がなされているにすぎない(表2)。これらの症例のうち, 本例のごとく腸重積をじゃ起した報告も少なくない<sup>9)</sup>。本症例の肉眼的所見は Wood<sup>10)</sup>のポリープ型に相当したが, 漿膜面への浸潤による紡錘状の腫瘤をきたした報告はみられない。一方, 病理組織学的には LSG 分類<sup>2)</sup>および国際分類<sup>3)</sup>が広く用いられているが, 消化管原発の悪性リンパ腫の場合には病理診断に加えて Dawson ら<sup>4)</sup>の診断基準をすべて満たすことが必要である。

治療は癌と同様に, 広範囲のリンパ節郭清を伴う根治手術を施行することにある。また, 症例によっては制癌剤投与ないし放射線治療が併用される<sup>11)12)</sup>。予後は大腸悪性リンパ腫では不良とされ, Naqvi ら<sup>5)</sup>は病期別に検討し, Stage I, II, III, IV でそれぞれ66%,

40%, 25%, 0%と報告している。また, アンケートでは治癒切除例において5年生存率は44.2%, 10年生存率は40.0%であったとしている。

おわりに

上行結腸に原発した非 Hodgkin 悪性リンパ腫 (LSG 分類<sup>2)</sup>: diffuse, small cell type, 国際分類<sup>3)</sup>, small lymphocytic type) の1例を報告し, 併せて2, 3の文献的考察を加えた。

文 献

- 1) 大腸癌研究会編: 臨床・病理. 大腸癌取り扱い規約. 改訂第4版. 金原出版, 東京, 1985
- 2) 須知泰山, 若狭治毅, 三方淳男ほか: 非ホジキンリンパ腫病理組織診断の問題点—新分類の提案. 最新医 34: 2049—2062, 1979
- 3) National Cancer Institute Sponsored study of Classifications of non-Hodgkin's Lymphomas: Summary and description of a working formulation for clinical usage. Cancer 49: 2112—2135, 1985
- 4) Dawson IMP, Cornes JS, Morson BC et al: Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract. Br J Surg 49: 80—89, 1961
- 5) Naqvi MS, Burrows L, Karka AE et al: Lymphoma of the gastrointestinal tract. Ann Surg 170: 221—231, 1969
- 6) 関根 毅, 神田裕三, 藤原陸憲ほか: 直腸に原発した悪性リンパ腫の一例. 癌の臨 32: 426—432, 1986
- 7) Kashimura A, Murakami T: Malignant lymphoma of large intestine. Gastroenterol Jpn 11: 141—147, 1976
- 8) 中村恭一, 菅野晴夫, 熊倉賢二ほか: 消化管の悪性リンパ腫. 胃と腸 8: 177—186, 1973
- 9) 白木東洋彦, 木下俊昭, 川崎栄明ほか: 大腸原発悪性リンパ腫の二例. 日消病会誌 75: 102—108, 1978
- 10) Wood DA: Tumors of the intestine. Atlas of tumor pathology. Sect IV. Fasc 22. AFIP, Washington DC, 1967, p96—99
- 11) 白鳥常男, 藤井久男, 前田武昌ほか: 大腸細網肉腫の臨床. 外科診療 21: 583—590, 1979
- 12) Steward WP, Harris M, Wagstaff L et al: A prospective study of the treatment of highgrade histology non-Hodgkin's lymphoma involving the gastrointestinal tract. Eur J Cancer Clin Oncol 21: 1195—1200, 1985

表2 わが国における悪性リンパ腫切除術—上行結腸—1980年以降

症例	報告者 年代	年齢 性別	主 訴	肉眼型 大きさ	組 織 型	手術判定	化 療	転 帰
1	中光ら 1984	53 女	右下腹部痛		diffuse large cell			
2	近藤ら 1985	75 女	便通異常	3型 (5×6cm)	diffuse mixed cell	絶対非治癒 (N4)	(+)	生存
3	安達ら 1985	77 女	便通異常	1型 (14×13cm)	follicular medium-sized cell	絶対非治癒 (P2)	(+)	生存
4	自験例 1986	51 男	腹部膨満感	1型 (5×4cm)	diffuse small cell	絶対治癒	(-)	生存 11ヶ月