

## 大腸 villous tumor 5 症例の検討

札幌医科大学第1外科, 東札幌病院外科\*

渡部 公祥 佐々木一晃 筒井 完 中坂 光宏  
 阪脇 剛 秋山 守文\* 早坂 滉

### CLINICAL STUDY ON FIVE CASES OF VILLOUS TUMOR OF THE LARGE INTESTINE

Ko-sho WATABE, Kazuaki SASAKI, Tamotsu TSUTSUI,  
 Mitsuhiro NAKASAKA, Tsuyoshi SAKAWAKI, Morifumi AKIYAMA\*  
 and Hiroshi HAYASAKA

The First Department of Surgery, Sapporo Medical  
 College and Higashi-Sapporo Hospital\*

索引用語: 大腸 villous tumor, 絨毛腺腫, 腺腫内癌

#### はじめに

欧米では、大腸の villous tumor は比較的多い病変とされているが、本邦ではその発生頻度は極めて低かった。しかし、近年の大腸疾患に対する診断法の進歩、本疾患に対する関心の向上により、その発見頻度が増加しつつある<sup>1)2)</sup>。

villous tumor の定義については、いまだ一定した見解が得られていないのが現状である。今回われわれは、武藤<sup>3)</sup>の報告に従い、肉眼上表面が細顆粒状あるいは絨毛状であり、組織学的にはほとんどの場合、villous adenoma または tubulo-villous adenoma を呈するもの、また癌を示唆するはっきりした所見(硬結、潰瘍)を認めた場合には villous tumor とはしないとす定義にならって、最近の4年間に当教室で経験した大腸 villous tumor 5 例について、若干の文献的考察を加えて報告する。

#### 対象および成績

1984年から1987年までの最近の4年間に、われわれが経験した大腸 villous tumor は表1に示した5例であった。5症例の年齢は59歳~81歳、平均年齢68歳、全例女性である。発生部位は、5例中4例(80%)は直腸に発生し、1例はS状結腸に発生している。主症状は、血便が多く、腫瘍の肛門脱出も2例(症例1, 5)にみられた。肉眼型はすべて、広基性の隆起病変で、

表1 大腸 Villous tumor

No.	年齢	性	部位	肉眼型	大きさ	組織像	術式	予後
1.	81	F	Rba	広基性	13.9cm	tub-vill.ad.	pull through	3y10m 生
2.	59	F	S	広基性	5.3cm	vill.ad. (m ca.)	sigmoidectomy	3y 1m 生
3.	70	F	Rb	広基性	3cm	tub-vill.ad. (m ca.)	局所切除	2y 生
4.	72	F	Rb	広基性	3cm	tub-vill.ad.	局所切除	3m 生
5.	59	F	Rba	広基性 全周性	15cm	vill.ad.	pull through	3m 生

最大径は3~15cmであった。

治療であるが全例手術的に摘出した。すなわちS状結腸に発生した1例はS状結腸切除術を、歯状線直上から上部直腸にかけて発生したものには貫通術式による直腸切除術を、また腫瘍が小さく最大径3cmの2例には局所切除を施行した。経過は良好で全例生存中であるが、症例3は経肛門的に局所切除後10か月で局所再発したが、良性所見のため再度局所切除し現在経過良好である。

切除標本の病理学的検索では腺管絨毛腺腫3例、絨毛腺腫2例でそのうちm癌<sup>4)</sup>が2例認められた。

つぎに巨大な直腸 villous tumor で、治療方針決定に難渋した症例を呈示する(症例5)。

症例: 59歳, 女性。

主訴: 腫瘍肛門脱出。

既往歴, 家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 昭和49年頃より、排便の度に腫瘍の肛門脱出を認めていたが放置、出血は認められなかった。昭和62年8月、他院に入院、経仙骨的に切除を試みたが、

<1988年8月26日受理> 別刷請求先: 渡部 公祥  
 〒060 札幌市中央区南1条西16丁目 札幌医科大学  
 第1外科

腫瘍が大きいために切除を断念し、昭和62年9月当科入院となる。

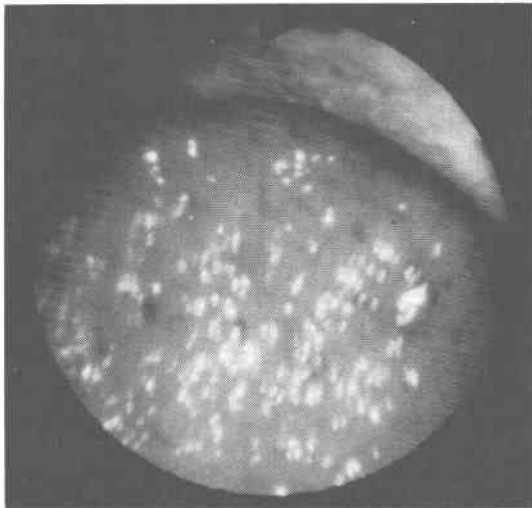
入院時現症：貧血、黄疸を認めない。腹部平坦、肝脾触知せず、肛門指診にて歯状線直上より全周性の柔らかい腫瘍を触知した。

入院時検査：一般検血、生化学検査、尿検査にて異常所見なし、carcinoembryonic antigen(サンドウイッチ法) 1ng/ml その他腫瘍マーカーに異常を認めない。

図1 症例5の注腸X線所見：直腸に隆起性病変を認め、表面は凹凸不整で顆粒状陰影を認める。



図2 症例5の内視鏡所見：歯状線より口側約15cmまで、細顆粒状の全周性腫瘍を認める。



注腸X線所見：直腸に隆起性の病変があり、表面は凹凸不整で顆粒状陰影をみとめた(図1)。

内視鏡所見：歯状線より口側約15cmまで、全周性に腫瘍を認め、表面は細顆粒状であった。数個所のbiopsyの結果はgroup III, villous adenomaであった(図2)。

以上の所見より villous tumor の診断で、肛門機能を温存すべく、昭和62年9月22日貫通術式による直腸切除術を施行した。

切除標本：腫瘍は15cm、全周性、広基性で表面は絨

図3 症例5の切除標本：腫瘍は15cm、全周性、広基性で表面は絨毛状である。

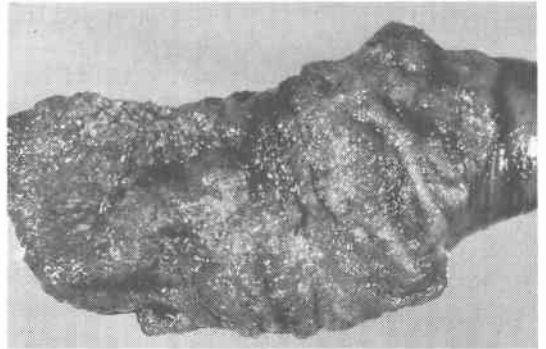


図4 症例5の病理組織像(HE染色×100)：細い間質を軸として、高柱状の腫瘍細胞が著しく乳頭状を呈している。



毛状であった(図3)。

病理組織像:粘膜筋板にはほぼ垂直に走る細い間質を軸として、高円柱状の腫瘍細胞が著しく乳頭状を呈し、villous adenomaであった(HE染色)(図4)。

術後早期より肛門機能は温存され、現在良好な肛門機能を認めている。また、術後の観察期間はまだ短いですが、再発所見は認められず、良好に経過している。

### 考 察

近年の大腸疾患に対する検査法の進歩、本疾患に対する関心の向上により、大腸 villous tumor の発見頻度は上昇しているが、いまだその定義について、一定した見解が得られていず、治療方針、手術方法についても多少の相異があるようである。

大腸 villous tumor の定義として、癌であっても組織的に villous structure が、最大割面標本で50%以上であるもの<sup>5)</sup>、組織学的に90%以上が絨毛状パターンをとるもの<sup>6)</sup>、組織学的に33%以上を絨毛腺腫が占めるもの<sup>7)</sup>など、組織学的にのみ、あるいは肉眼のおよび組織学的に、villous tumor を定義づけているものがある一方で、今回著者らが用いたように、純粋に臨床的、肉眼的診断名であると定義づけているものもある<sup>8)9)</sup>。すなわち、肉眼的に癌を示唆するような、硬結や潰瘍を認めた場合はこれを除外した。また、villous tumor は癌化の頻度が高いと言われるが<sup>10)</sup>、多数の生検によっても、混在の箇所、癌巣の大きさ、深達度を正確に知ることは極めて困難である。したがってわれわれは、たとえ癌を合併していてもほとんどはm癌で、臨床的には良性病変であると考え、治療方針を決定してさしつかえないと判断している。

大腸 villous tumor の発生部位については、文献的にも80~90%が直腸に発生しているが、われわれの場合も80%を占めていた。また腫瘍の大きさに比例し、癌化の頻度が高いと言われているが<sup>11)</sup>、m癌を合併していた2例は、最大径が5.3cmと3cmであり、13.9cm、15cmと大きな例ではadenomaで、腫瘍の大きさと悪性化の相関は無かった。

治療方針を決める前に必要なことは、まず病変の占居部位、大きさを確実に把握することであるが、ここで注意しなければならないのは、Jackmanら<sup>12)</sup>が指摘するごとく、浸潤癌を示唆する証拠がないにもかかわらず、大きなvillous tumorであるというだけの理由で、radical surgeryを行う必要がないであろうということである。たしかに、villous tumorに癌が合併する率は高いが、大多数はm癌であり、臨床的に良性病変

である。占居部位が直腸以外であれば、問題ないであろうが、直腸に発生し、しかも大きい場合に、大きいからというだけの理由で、以前行われていたような直腸切断術をすべきではなく、肛門機能の温存に配慮すべきと考えている。われわれの例でも2例が歯状線上から上部直腸にかけて発生した巨大なものであったが、何個所もの生検結果でも悪性所見が得られず、adenomaの診断であった。したがって病態としては良性疾患であると判断し、肛門機能を温存すべく貫通術式による直腸切除術を施行した。これらは再発を認めず、肛門機能を含め術後経過良好である。なお、摘出標本の十分な検討を行うことは言うまでもないが、局所切除した場合にsm癌が見出されたとき、あるいは進行癌であった場合にはradical surgeryの追加が必要であろう。これは、肉眼上正確に知ることは困難であることと、villous tumor内の進行癌の存在も否定しえないからである。また局所再発も少なくないと言われているが、これに対する対策としては、腫瘍の周囲を広く切除することが重要である。もし再発したとしても臨床的には良性であるから、再度局所切除を試みるべきである。局所再発の早期発見のためにも定期的な内視鏡検査が必要である。

### おわりに

最近の4年間に、当教室で経験したvillous tumor 5例について、若干の文献的考察を加え報告した。

### 文 献

- 1) 北條慶一:大腸のvillous tumor. 医のあゆみ 69:102-104, 1969
- 2) 武藤徹一郎:大腸ポリリープその病理と臨床一. 南江堂, 東京, 1979, p66
- 3) 武藤徹一郎, 安達実樹:大腸のvillous tumor. 胃と腸 21:1365-1372, 1986
- 4) 大腸癌研究会編:臨床・病理. 大腸癌取扱い規約. 改訂第4版. 金原出版, 東京, 1985
- 5) 味岡洋一, 内田克之, 田口夕美子ほか:大腸villous tumor50例の臨床病理学的検討. 胃と腸 21:1285-1293, 1986
- 6) 岩下明德, 飯田三郎, 岩下俊光ほか:大腸villous tumorの病理診断. 胃と腸 21:1303-1316, 1986
- 7) 松川正明, 根来 孝, 碓井芳樹ほか:大腸のvillous tumor. 胃と腸 21:1317-1324, 1986
- 8) 渡辺 成, 荒川広太郎:直腸に発生した巨大villous tumorの5症例. 日本大腸肛門病学会誌 35:161-166, 1982
- 9) 高橋 孝, 太田博俊, 畦倉 董ほか:大腸villous tumorの治療と予後. 胃と腸 21:1357-1364, 1986

- 10) 柳沢昭夫, 加藤 洋, 菅野晴夫: 前癌病変としての  
大腸腺腫. 臨成人病 11: 33-39, 1981
- 11) 小塚貞雄, 野垣茂吉, 野垣正宏ほか: 大腸絨毛腺  
腫, 腺管絨毛腺腫および腺管腺腫の比較研究. 癌の  
臨 27: 1118-1124, 1981
- 12) Jackman RJ, Beahrs OH: Tumors of the  
Large Bowel. WB Saunders, Philadelphia, 1968,  
p131-148
-