

直腸平滑筋肉腫の1例

国立呉病院外科

松宮 護郎 荻野 信夫 大植 孝治 有嶋 拓郎
福田 宏嗣 水野 均 渡辺 浩年 仲原 正明
大口 善郎 越智 昭博 大下 征夫 小林春秋男

A CASE REPORT OF LEIOMYOSARCOMA OF THE RECTUM

Goro MATSUMIYA, Nobuo OGINO, Takaharu OUE,
Takuro ARISHIMA, Hirotugu FUKUDA, Hitoshi MIZUNO,
Hirotoshi WATANABE, Masaaki NAKAHARA, Yoshiro OGUCHI,
Akihiro OCHI, Yukio OSHITA and Suzuo KOBAYASHI

Department of Surgery, Kure National Hospital

索引用語：直腸平滑筋肉腫

I. はじめに

平滑筋肉腫はしばしば平滑筋腫との術前の鑑別診断に難渋することがある疾患の一つである¹⁾²⁾。ことに直腸に発生する平滑筋腫瘍の場合、良性悪性の鑑別は術式の選択に大きな影響を持つことからきわめて重要な問題である。今回われわれは術前針生検にて直腸平滑筋腫と診断されたが、摘出標本による最終病理診断は直腸平滑筋肉腫であった1例を経験した。本症例の針生検による診断、ならびに術式の選択に関する問題点につき考察を加え報告する。

II. 症 例

患者：73歳，女性。

主訴：排便時出血。

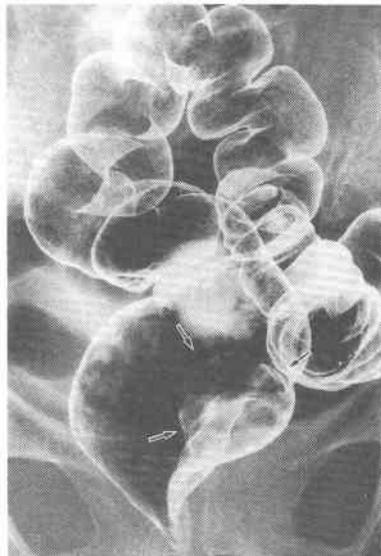
家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：24歳時，痔核にて手術。

現病歴：昭和61年11月ごろより排便時出血を認め、月1~2回の頻度で出血が持続するため近医を受診し、直腸指診にて直腸腫瘍を指摘された。昭和62年4月6日、当科に紹介入院となった。

入院時現症：体格，栄養中等度。表在リンパ節触知せず。眼瞼結膜に貧血なし。胸部異常所見なし。腹部は平坦軟で腫瘤触知せず。直腸指診にて肛門縁より4cm口側の直腸左壁に鶏卵大，表面平滑，弾性硬の腫瘤

図1 注腸造影。下部直腸左壁に表面平滑な隆起性病変を認める。



を触知した。

入院時検査所見：貧血なし。血液生化学検査に異常所見を認めず。carcinoembryonic antigen 1.0ng/ml。便潜血反応陰性。注腸造影検査で下部直腸左壁に径6cmの表面平滑な隆起性病変を認めた(図1)。直腸鏡検査では肛門縁より4cmの部位に腫瘤を認め、表面平滑で潰瘍は認められなかった。腹部 computed tomo-

図2 CT検査, 径4×5cmの辺縁平滑で内部濃度均一な充実性腫瘍を認める.

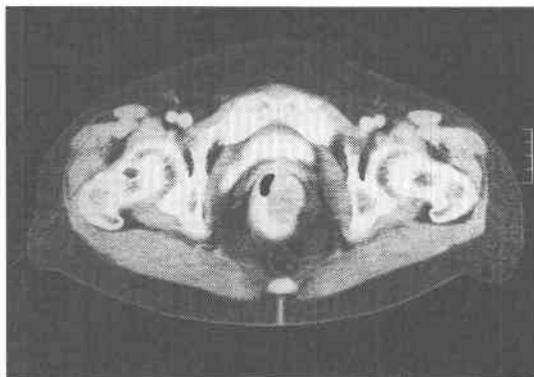


図3 術前針生検組織像 (H.E. ×40), びまん性に増殖する紡錘状細胞からなる. 核異型性を軽度認めるが細胞分裂像はほとんどみられない.



graphy 検査では肛門縁より3cmから8cmの部位に最大径4×5cmの辺縁平滑で内部濃度均一な充実性腫瘍を認めた(図2). 肝に特記すべき所見は認められなかった.

針生検組織所見: 肛門鏡下に施行した針生検標本組織はびまん性に増殖する平滑筋性の紡錘状細胞からなり, 核の異型性を軽度認めるが核分裂像はほとんど見られないことから, 良性の平滑筋腫と診断した(図3).

以上より直腸平滑筋腫の術前診断のもとに, 昭和62年4月28日に手術を施行した.

手術所見: Jack knife 体位とし第4, 5仙骨および尾骨を切除, 経仙骨式アプローチにて直腸に達した. 腫瘍は肛門縁より4cmのところから腹膜翻転部にかけて存在しており, これを含め直腸を約8cm 切除し直腸端々吻合を施行した.

図4 摘出標本, 7×4×3.5cmの粘膜下腫瘍を認める.

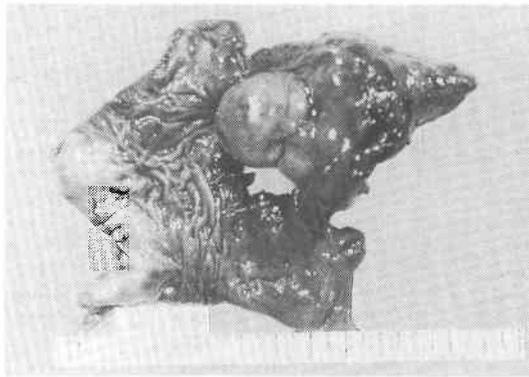
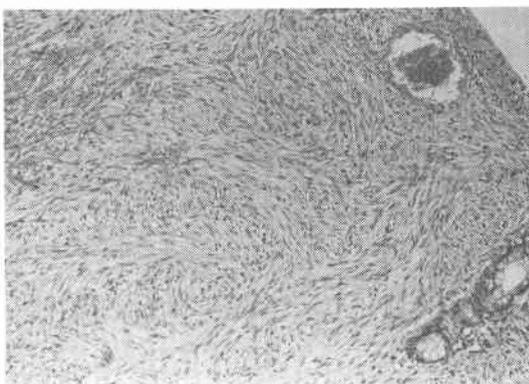


図5 摘出標本組織像 (H.E. ×40). 腫瘍組織は固有筋層から粘膜下組織, 粘膜筋板を浸潤破壊し, 腺組織もこの中に埋没している.



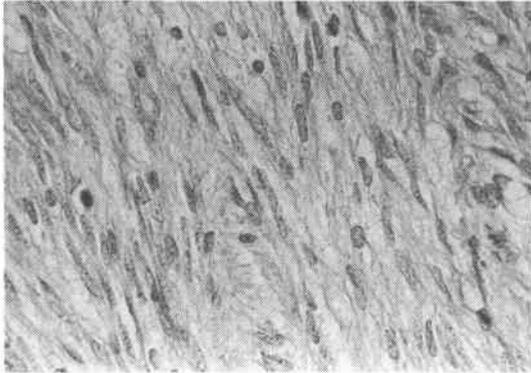
摘出標本所見: 腫瘍の大きさは7×4×3.5cm, 断面は充実性白色均一で壊死巣は認めなかった(図4). 病理組織学的には粘膜表層に露出する腫瘍組織を認め, 固有筋層から粘膜下, 粘膜筋板を浸潤破壊し腺組織もこの中に埋没していた(図5). 腫瘍細胞は長紡錘型平滑筋細胞よりなり, 強拡大1視野中2~3個の核分裂像を認め核異型性も認められた(図6). 以上の所見より直腸平滑筋肉腫と診断した.

術後経過: 術後吻合部の狭窄を来し, これに対しブジーによる拡張術を施行したところ術後16日目にS状結腸の穿孔を来たしたため, 人工肛門を造設した. その後の経過は順調で術後1年6か月経過した現在再発の徴候なく外来通院中である.

III. 考 察

直腸に発生する平滑筋腫瘍は比較的まれなもので,

図6 摘出標本組織像(H.E.×400). 強拡大視野中2~3個の核分裂像を認め、核異型性も認められる。



Anderson ら³⁾によると消化管平滑筋腫瘍のうち直腸に発生するものは約7%と報告されている。胃平滑筋腫瘍はその大部分が良性であるのに対し、直腸平滑筋腫瘍では悪性の占める割合が約50%と高いことも特徴の一つとされている³⁾。

さて、消化管平滑筋腫瘍の良性、悪性の組織学的鑑別は困難な場合が少なくない。現在一般には、細胞の異型性、核分裂像の数、細胞密度、周囲組織への浸潤、壊死などを参考にして診断されている⁴⁾。Golden ら⁵⁾はこのうちでも特に核分裂像の数を最も重要視し、強拡大視野中2個を超えれば悪性とすべきであるとしている²また、Broders ら⁶⁾は核分裂像の数により悪性を4段階に分け、核分裂像が増すほど悪性度も増すと述べている。しかし、Ranchod ら²⁾は100例の平滑筋腫瘍の病理学的検討から、核分裂像が10強拡大視野中5個を超えたものはすべて悪性腫瘍の態度をとったが、5個以下のものでも遠隔転移や局所再発を来した症例があり、壊死や細胞異型性などを考慮しても組織学的に明確な悪性の診断基準を設定するのは困難であるとしている。その上平滑筋腫と診断されていながら遠隔転移や局所再発を来した症例^{7)~9)}さえも報告されており、これらは組織学的悪性度と生物学的悪性度とが必ずしも一致しない症例といえよう。

直腸平滑筋肉腫は、われわれが調べた範囲では、本邦では自験例を含め、過去114例が報告されている。これらのうち術前生検の記載があるものは43例である。そのうち術前から平滑筋肉腫と正診されたものは29例(67%)であったが、術前平滑筋腫と診断されながら術後摘出標本にて平滑筋肉腫と診断されたものも9例(21%)ある。このように術前の組織診で肉腫と

の正診ができない原因として、先に述べたごとく細胞の異型性、細胞分裂像の数などの病理組織学的診断基準に完全な意見の一致をみていないことのほかに、平滑筋肉腫の組織所見は、同一症例においても検索部位により像を異にし、多彩であることがあげられる²⁾。すなわち直腸平滑筋腫瘍の術前診断にあたっては、組織学的悪性度の判定基準が明確でないこと、適切な生検材料を得ることが必ずしも容易でないことを念頭におき、生検組織診断のみに頼ることなく、腫瘍の大きさや画像診断などから総合的に判断することが重要である。

直腸平滑筋肉腫に対する手術術式について、Quan ら¹⁰⁾は径2.5cm以下と小さく、組織学的に低悪性度と考えられるものに対しては腫瘍摘出術のみでもよいと述べている。しかし腫瘍摘出術後の局所再発率は、Diamonte ら¹¹⁾によると86%、Khalifa ら¹²⁾によると67.5%と高率であり、またNemer ら⁷⁾は局所再発例の検討から再発時には臨床的にも組織学的にも漸次悪性度を増すと述べている。このような点から直腸平滑筋肉腫に対する手術としては、健常腸管を含めた十分な切除範囲をとることが重要であると考えられる。直腸平滑筋肉腫は館野ら¹³⁾によればその88%が肛門縁より6cm以内に存在するとされており、この事実を考慮すれば十分な切除範囲をとるためには直腸切断術を施行すべきと考えられる。他方リンパ節転移陽性症例も少数ながら報告されており、癌の手術に準じたリンパ節郭清の重要性も指摘されている¹⁴⁾¹⁵⁾。しかし本症例のごとく術前針生検にて良性と診断したものの、細胞数の増加や軽度の核異型性などの悪性像に近い所見を示す症例においては、悪性腫瘍に準ずる術式を選択するか否かという問題が残されている。菱田ら¹⁶⁾は正常の平滑筋組織に極めて類似するいわば真に良性の平滑筋腫は別とし、細胞成分の増加を認めるものはたとえ核異型性や細胞分裂像を認めなくても悪性と考へ直腸切断術を施行すべきであると述べている。しかし人工肛門造設に伴う患者の心理的負担などを考慮すれば、こうした悪性とは確定できない症例に対する直腸切断術の適応には慎重にならざるをえない。

今回われわれの症例では、画像診断上腫瘍は4×5cmと小さく壊死像は認めなかったこと、また針生検組織では最も重要な診断根拠となる核分裂像をほとんど認めなかったことから平滑筋腫と診断した。しかし先に述べたような点を考慮に入れ悪性の可能性も念頭におき手術に臨んだ。術中所見では予想していたものより

大きく最大径7cmに及んだことから、腫瘍摘出術のみにとどまらず可能な限り健常腸管を含み直腸部分切除術を施行した。術後摘出標本組織診の結果、平滑筋肉腫と診断されたため悪性腫瘍に対する術式選択として直腸切断術を追加することも考慮したが、高齢であること、吻合部狭窄拡張術によるS状結腸穿孔をきたし緊急手術を要したことより全身状態が必ずしも良好でなくこの機会を逸した。今後局所再発および肺、肝臓などへの遠隔転移に注意し厳重な経過観察が必要と考えている。

IV. おわりに

術前針生検にて平滑筋腫と診断された直腸平滑筋肉腫の1例を報告し、本症の術前診断および手術術式選択における問題点について検討した。術前診断に関しては生検組織所見のみに頼ることなく総合的な見地からの診断を行う必要があり、これをふまえて的確な術式を選択することが重要である。

稿を終えるにあたり、ご指導を賜りました当院病理部山根哲実先生、桐本孝次先生に深謝いたします。

文 献

- 1) 高木国夫, 山本英昭: 胃腸管平滑筋肉腫. 消外 5: 1507-1513, 1982
- 2) Ranchod M, Kempson RL: Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract and retroperitoneum. Cancer 39: 255-262, 1977
- 3) Anderson PA, Dockerty MB, Buie LA: Myomatous tumors of the rectum (Leiomyomas and myosarcomas). Surgery 28: 642-650, 1950
- 4) 岡本 司, 松岡順司: 腸平滑筋肉腫の2例—組織学的診断基準について—. 医療 39: 873-875, 1985
- 5) Golden T, Stout AP: Smooth muscle tumors of gastrointestinal tract and retroperitoneal tissues. Surg Gyencol Obstet 73: 784-810, 1941
- 6) Broders AC Sr, Phillips C, Stinson JC: Neoplasms of the large bowel. Surg Clin North Am 32: 1511-1529, 1952
- 7) Nemer FD, Stoeckinger JM, Evans OT: Smooth-muscle rectal tumors: A therapeutic dilemma. Dis Colon Rectum 20: 405-413, 1977
- 8) 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筋肉腫の1例—本邦10報告例の検討—. 日消外会誌 18: 1900-1903, 1985
- 9) 山根哲実, 桐本孝次, 藤田雅敏ほか: 十二指腸原発の平滑筋肉腫の一例. 癌の臨 34: 1036-1040, 1988
- 10) Quan SH, Berg JW: Leiomyoma and leiomyosarcoma of the rectum. Dis Colon Rectum 5: 415-425, 1962
- 11) Diamonte M, Bacon HE: Leiomyosarcoma of the rectum: Report of a case. Dis Colon Rectum 10: 347-351, 1967
- 12) Khalifa AA, Bong WL, Rao VK: Leiomyosarcoma of the rectum: Report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum 29: 427-432, 1986
- 13) 館野哲也, 加藤貴史, 川嶋 昭ほか: 直腸平滑筋肉腫の1例—本邦報告例95例の検討—. 日臨外医会誌 48: 689-695, 1987
- 14) 松下昌裕, 蜂須賀喜多男, 山口見弘ほか: 広範なリンパ節転移を伴った直腸平滑肉腫の1例. 癌の臨 31: 1844-1848, 1985
- 15) Lee YTM: Leiomyosarcoma of the gastrointestinal tract: General pattern of metastasis and recurrence. Cancer Treat Rev 10: 91-101, 1983
- 16) 菱田泰治, 今泉了彦, 豊島範夫ほか: 直腸の平滑筋肉腫について. 外科診療 15: 1234-1243, 1973