

上行結腸悪性リンパ腫の1例

神戸労災病院外科

出射 秀樹	山口 俊昌	裏川 公章
中本 光春	田中 宏明	磯 篤典
川北 直人	西尾 幸男	植松 清

神戸大学第1外科

長畑 洋司	黒田 浩光	友永 健治	斎藤 洋一
-------	-------	-------	-------

大腸の原発性悪性リンパ腫はまれな疾患である。今回われわれは上行結腸原発悪性リンパ腫を1例経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。症例は18歳の男性。主訴は虫垂切除後の腹痛、発熱で、右下腹部に鶏卵大の腫瘤を触知した。注腸 X 線検査、腹部超音波検査、computed tomography 検査で右側結腸の腫瘤性病変を疑い手術を施行した。手術所見では盲腸から上行結腸にかけて弾性硬の腫瘤状の壁肥厚と多数の腫大した腸間膜リンパ節を認め、悪性疾患と判断し右半結腸切除術とリンパ節郭清術を施行した。病理組織学的には非 Hodgkin 悪性リンパ腫で、Lymphoma Study Group 分類では diffuse large cell type であった。その cell surface marker は抗 B-cell 抗体陽性細胞がびまん性に増殖し、IgG, γ 型の単クローン性発現を認めた。術後 CHOP-Pepleomycin 療法を行い現在外来で経過観察中である。

Key words: malignant lymphoma of ascending colon, diagnosis of colorectal malignant lymphoma

I. はじめに

大腸原発の悪性腫瘍は大部分が癌腫であり、悪性リンパ腫はきわめてまれとされている¹⁾²⁾。今回われわれは特異な臨床経過をたどり、診断に難渋した大腸の悪性リンパ腫の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

II. 症 例

患者：18歳、男性。

主訴：右下腹部痛。

家族歴：既往歴：特記すべきものなし。

現病歴：昭和62年9月、近医にて虫垂炎と診断され

虫垂切除術をうけた。同年12月腹痛・発熱が出現したため当科受診し、虫垂切除後膿瘍の診断で腹腔ドレナージ術にて排膿を認め、症状は軽快した。昭和63年9月頃より、再度腹痛・発熱を繰り返し、約10kgの体重減少を認め、当科再入院となった。

入院時現症：眼瞼結膜に貧血を認めず、眼球強膜に黄疸を認めなかった。表在リンパ節は触知しない。腹部は虫垂切除術の手術創に一致して圧痛を伴う鶏卵大の弾性硬の腫瘤を触知した。筋性防御、Blumberg 徴候などの腹膜炎の症状は認めなかった。

入院時検査成績：白血球12,800/mm³, CRP 14.1

Table 1 Laboratory DATA

WBC	12800 /mm ³	RBC	460×10 ⁴ /mm ³	Hb	12.0 g/dl
Ht	38.9 %	Plt	23.7×10 ⁴ /mm ³	T-prot	7.2 g/dl
GOT	13 u/l	GPT	2 u/l	ALP	137 mu/ml
LDH	593 u/ml	T-bil	0.67 mg/dl	BUN	8.9 mg/dl
Na	141 meq/l	K	3.8 meq/l	Cl	105 meq/l
CRP	14.1 mg/dl	CEA	0.4 ng/ml	CA 19-9	12 u/ml

<1991年2月13日受理> 別刷請求先：出射 秀樹

〒654 神戸市須磨区友が丘2-140

mg/dl と強い炎症反応を認め、LDH が593IU/l と高値を示していた以外は正常で、腫瘍マーカーもすべて

Fig. 1 Barium enema. Irregular sclerosis and stenosis of the wall of the ascending colon and the cecum was seen.



陰性であった (Table 1).

注腸 X 線検査：上行結腸から盲腸にかけて全周性の不整な壁硬化と狭窄，口側の回腸末端の拡張がみられ，肝彎曲部から横行結腸にかけて壁外性に圧排されていた (Fig. 1).

腹部超音波検査：虫垂切除術の手術創の付近を精査したところ，中央部に内腔内のガスが strong echo として認められ，その周囲に肥厚した腸管壁が約10mm の low echo space として描出される，いわゆる pseudokidney sign を呈していた (Fig. 2).

腹部 computed tomography (CT) 検査：上行結腸の外径が拡大し，上行結腸の壁が肥厚していた。その他肝臓，胆嚢，膵臓などに結石や腫瘤像などの異常所見は認められず，後腹膜リンパ節の腫脹もみられなかった。

以上より虫垂炎手術後の広範囲に及ぶ膿瘍と腸管の壁肥厚を伴う炎症性あるいは腫瘤性病変と診断し昭和63年10月30日手術施行した。

手術所見：上行結腸壁は著しく肥厚し，盲腸にかけて弾性硬の腫瘤状に腫大していた。小豆大から母指頭大の弾性軟の腫大した腸間膜リンパ節を多数認めた。悪性リンパ腫などの悪性疾患と判断し右半結腸切除術と大腸癌の R2 に準じたリンパ節郭清を行った。

Fig. 2 Abdominal ultrasonography. So called pseudokidney sign could be seen with abdominal US.

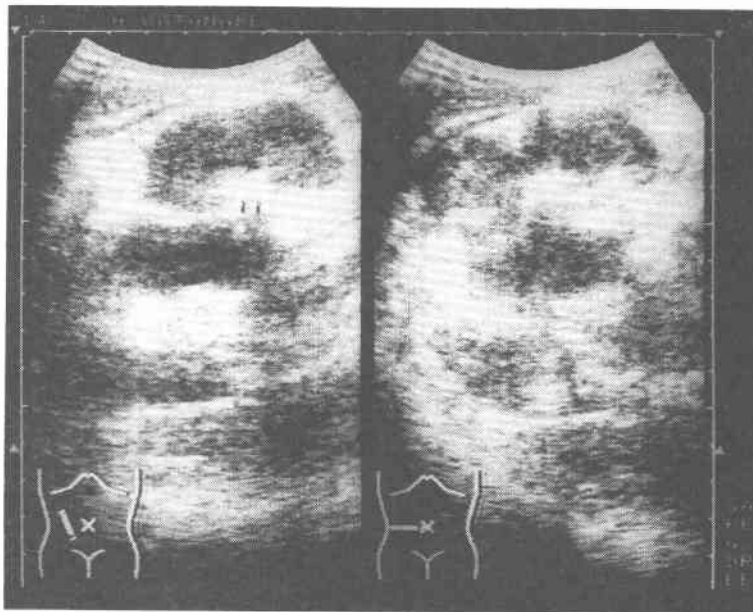


Fig. 3 Gross appearances of specimen. Wall was thickening and lumen was stenotic, but mucosa had normal appearances, from ascending colon to cecum.

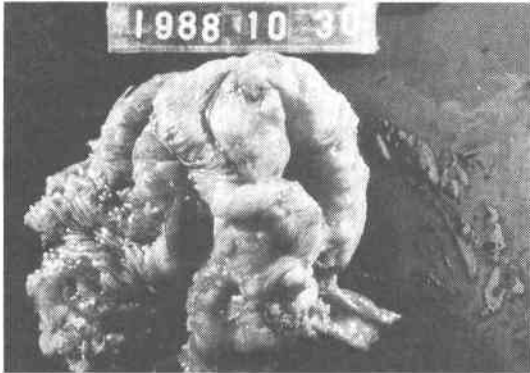
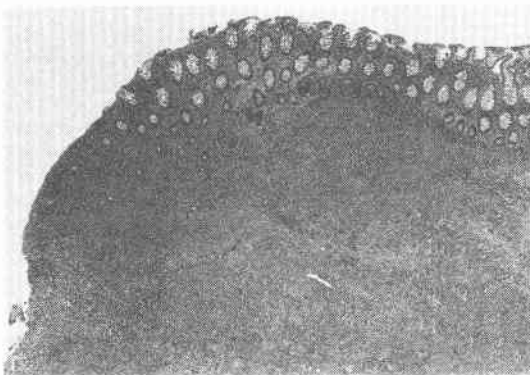


Fig. 4 Histological appearances of specimen (H. E. $\times 10$). Mucosal glands of colon seemed normal and tumor cells were invading from the sub-mucosal layer to the subserosal layer.



切除標本：腫瘍は上行結腸を中心に盲腸に及ぶ約15cm \times 8cm \times 7cmの腸管壁の肥厚からなる変化で、腸管の内腔は狭小化し、切開すると潰瘍性病変は認められず、回盲弁と口側の回腸の粘膜面も正常に保たれていた (Fig. 3).

病理組織標本：病変部の大腸粘膜上皮は保たれ、粘膜下層より漿膜下層にかけて腫瘍細胞増殖と周囲への浸潤がみられたが、明らかな潰瘍形成を認めなかった (Fig. 4). リンパ球に類似した中型ないし大型の円形の腫瘍細胞は、核が大小不同で、髄様に浸潤し monotonous に増殖していた。Lymphoma Study Group 分類 (LSG 分類)³⁾ の diffuse large cell type の悪性リンパ腫と診断した (Fig. 5). さらに腫瘍細胞の cell surface

Fig. 5 Histological appearances of specimen (H. E. $\times 200$). Tumor cells were invading medullary.

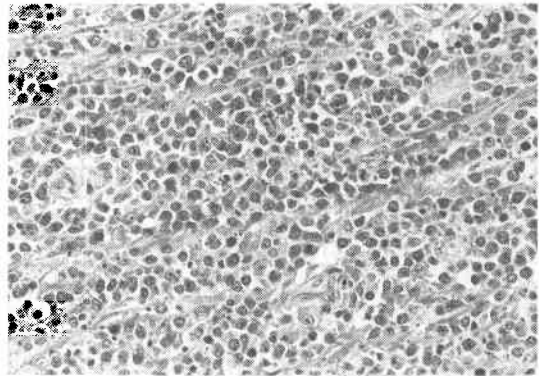


Fig. 6 Cell surface marker (anti B-cell antigen) ($\times 200$). Anti B-cell positive cells were seen.

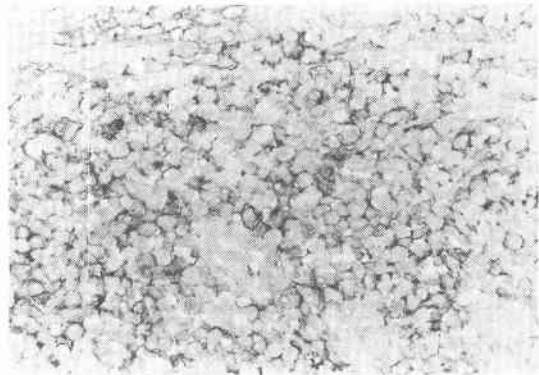
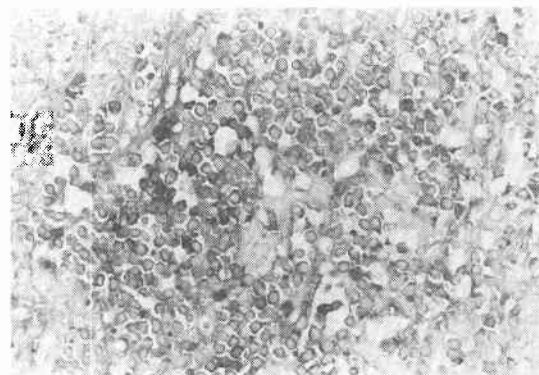


Fig. 7 Cell surface marker ($\times 200$). IgG, λ type positive cells were seen.



marker を検索したが、抗 B-cell 抗体陽性細胞がびまん性に増殖し (Fig. 6), IgG, λ 型のみ陽性で単クロー

ン性発現を認めた (Fig. 7).

また全身 Gallium シンチグラフィで異常集積像なく、縦隔洞の CT 検査、耳鼻科的な鼻咽頭、喉頭部の検査でも異常を認めなかった。

術後経過：化学療法として cyclophosphamide, adriamycin, vincristine, prednison, pepleomycin (CHOP-Pepleo) 療法を行い、現在再発の徴候なく外来にて経過観察中である。

III. 考 察

大腸原発の悪性リンパ腫は大腸原発腫瘍の中でも非常にまれで綿貫らのまとめた1979年の第11回大腸癌研究会アンケート調査によると、約0.65%に過ぎない。その発生部位はリンパ組織が豊富な回盲部が主で、全体の71.5%を占めている。

好発年齢は50歳台であるが、その年齢分布は癌腫と異なり小児から高齢者まで広く分布するとされている⁴⁾。また男女比は欧米では男女同等と報告されている⁵⁾⁶⁾が、わが国では2～3倍男性優位という報告もある⁴⁾。

消化管原発の悪性リンパ腫の診断については、Dawson ら⁹⁾の、(1) 体表リンパ節腫脹がない。(2) 胸部 X 線検査で縦隔リンパ節腫脹を認めない。(3) 末梢白血球数および分画に異常がない。(4) 開腹にて消化管の病変が主で、所属リンパ節のみおこされる。(5) 肝、脾に腫瘍を認めない。という診断基準があり、これに基づいて報告されていることが多く¹¹⁾¹²⁾¹³⁾、本症例もこれを満たしていた。

本症の術前診断は必ずしも容易ではないが、齋木ら⁷⁾は消化管原発悪性リンパ腫の注腸造影上の特徴として、(1) 大きな腫瘤陰影はあるが、壁伸展性が保たれている。(2) 潰瘍面が滑らか。(3) 病変の境界が緩やかである。(4) 管腔の狭小化が弱い、などの点を述べている。本症例においても腫瘤の大きさに比べて管腔の狭小化は弱く、境界も緩やかであった。

内視鏡、直腸鏡などの検査でも特徴的な所見に乏しく、生検組織所見においても正診率は必ずしも高くない¹¹⁾¹⁰⁾。癌腫との鑑別も非常に困難で癌腫の術前診断のもとで手術されていることが多い¹¹⁾¹⁰⁾。悪性リンパ腫を疑う場合は生検を深く繰り返し施行し、さらに一部を高周波スネアーで切除し組織を採取するなどの工夫が必要であると思われる。

大腸悪性リンパ腫の進行度についてはまだ完全に確立されたものがなく、大腸癌取り扱い規約¹¹⁾に準じた病期分類または Naqvi⁹⁾の病期分類を用いる研究者が多

い¹²⁾¹⁷⁾¹²⁾。実際分類においては両者の間にかなりの開きを認めることも多く、今後さらに多くの症例を集積し検討する必要があると思われる。津森ら¹²⁾は消化管原発の悪性リンパ腫26例について検討を加え、Naqvi の Stage 分類が予後判定に有意義であったとしている。本症例においては、大腸癌に準じた分類では Stage IV、Naqvi の分類では Stage II であった。

治療としては大腸癌に準じた所属リンパ節郭清術を含む外科的切除を行い、これに抗癌剤の投与または放射線照射を併用することが多い。本症例では外科的切除の後 CHOP-Pepleo 療法を行い現在外来にて経過観察中である。

cell surface marker による腫瘍細胞の起源の検索では、消化管原発の悪性リンパ腫は B-cell 由来のものが大部分を占めるといわれており¹³⁾¹⁴⁾、本症例においても B-cell 由来であった。B-cell 系の腫瘍では B-cell の成熟度に対応してそれぞれ腫瘍が存在するとされる¹⁴⁾¹⁵⁾、悪性リンパ腫は「未熟 B-cell」の段階より成熟した B-cell に由来するようであり、細胞表面の免疫グロブリンの発現とも対応するようである。

予後は比較的良好である胃原発の悪性リンパ腫に比べ、同じく B-cell 由来のものが大部分を占めるにもかかわらず、不良であるとしている報告が多い¹¹⁾¹⁴⁾⁹⁾、第11回大腸癌研究会アンケート調査によれば5年生存率は34.8%、10年生存率は33.2%であり、また施設によっては¹²⁾5年生存率を50%と報告しており、まだ明確な結論を出すには至っていないのが現状であると考えられる。

本症例においては、悪性リンパ腫そのものの診断の困難さに加えて、患者が若年であったこと、虫垂炎で発症し再手術時にも排膿がありその後症状が軽快するなど臨床経過が特異であったことなどから術前診断は困難であった。

虫垂炎術後の特異な経過をたどった上行結腸原発と考えられる悪性リンパ腫の1例を経験したので報告した。

文 献

- 1) 雷 哲明, 谷浦博之, 河野仁志ほか：直腸原発悪性リンパ腫の1例。日消外会誌 17: 1624—1627, 1984
- 2) 岩瀬和泉, 関根 毅, 三山健司ほか：上行結腸に原発した非 Hodgkin 悪性リンパ腫の1例。日消外会誌 21: 151—154, 1988
- 3) 須知泰山, 若狭知毅, 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
- 4) 伊藤 章, 宗田滋男, 竹中博昭ほか: 盲腸原発悪性リンパ腫の1例, 日生病医誌 15 : 245—248, 1987
- 5) Naqvi MS, Burrows L, Kark AE : Lymphoma of the gastrointestinal tract : Prognostic guides based on 162 cases. Ann Surg 170 : 221—231, 1969
- 6) Dawson IMP, Morson BC : Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract. Br J Surg 49 : 80—89, 1961
- 7) 齋木 功, 佐藤直樹, 三沢一仁ほか: 横行結腸原発悪性リンパ腫の1例, 日臨外医会誌 47 : 1496—1501, 1986
- 8) 鈴木治彦, 下郷卓弥, 水野 力ほか: 虫垂原発悪性リンパ腫の1例, 名古屋病紀 7 : 37—41, 1984
- 9) 石井敏勤, 岡本安弘, 石井慶太ほか: 原発性直腸悪性リンパ腫の1例, 日消外会誌 18 : 1743—1746, 1985
- 10) 日置凶南, 松本好市, 寺西 正ほか: 直腸原発悪性リンパ腫の1例, 胃と腸 23 : 565—569, 1988
- 11) 大腸癌研究会: 臨床・病理, 大腸癌取扱い規約, 改訂第4版, 金原出版, 東京, 1985
- 12) 津森孝生, 中尾量保, 宮田正彦ほか: 悪性リンパ腫の予後因子に関する検討—消化管原発26例について—, 日消外会誌 18 : 2137—2140, 1985
- 13) 森 茂郎: 消化管の悪性リンパ腫, 病理と臨 4 : 480—485, 1986
- 14) 下山正徳, 湊 啓輔, 関 茂樹ほか: 非ホジキンリンパ腫の表面マーカー, T-, B-リンパ腫分類および予後因子, 臨放線 30 : 1177—1200, 1985
- 15) 上出延治, 菊池浩吉: モノクローナル抗体による白血病, 悪性リンパ腫細胞の解析と分類, 日臨 41 : 815—820, 1983

A Case of Primary Malignant Lymphoma of the Ascending Colon

Hideki Idei, Toshimasa Yamaguchi, Tomoaki Urakawa, Mitsuharu Nakamoto, Hiroaki Tanaka,
Atsunori Iso, Naoto Kawakita, Yukio Nishino, Kiyoshi Uematsu,
Yohshi Nagahata*, Hiromitsu Kuroda*, Kenji Tomonaga*
and Yohichi Saitoh*

Department of Surgery, Kobe Rohsai Hospital of the Labour Welfare Corporation

*The First Department of Surgery, Kobe University School of Medicine

A case of primary malignant lymphoma of the ascending colon is reported. The patient, an 18-year-old male, complaining of abdominal pain and high fever was found to have a right lower abdominal tumor. After a barium enema, abdominal ultrasonography and computed tomography, he was suspected as having a tumor in the right colon and operated on. Laparotomy was performed and wall thickening like a tumor from the ascending colon to the cecum, and mesenteric lymphnode swelling were seen. The tumor was diagnosed as malignant, so right hemicolectomy was performed. Pathologically, it was non-Hodgkin lymphoma, diffuse large cell type, according to the Lymphoma Study Group classification. It was positive for the cell surface markers anti B-cell antigen and IgG, λ type. After CHOP-Pepleomycin chemotherapy he is being followed up as an outpatient.

Reprint requests: Hideki Idei Department of Surgery, Kobe Rohsai Hospital of the Labour Welfare Corporation
2-140 Sumaku, Tomogaoka, Kobe, 654 JAPAN