

壁外性に腫瘤を形成し子宮浸潤をきたした S 状結腸癌の 1 例

国立病院四国がんセンター外科, 同 病理*

武田 晋平 多幾山 渉 高嶋 成光 万代 光一*

壁外に腫瘤を形成する特異な進展形式の大腸癌は比較的まれであり, 症例報告を散見するにすぎない。今回われわれは壁外性に腫瘤を形成し, 子宮体部に浸潤をきたした S 状結腸癌の 1 切除例を経験した。症例は65歳の女性で下血を主訴とし, 注腸透視では S 状結腸に約9cm にわたり軽度の全周性の狭窄と, 腸管の壁外からの圧排が認められた。大腸ファイバーでは, 狭窄部の粘膜は浮腫状で, 生検では悪性細胞は認められなかった。腹部超音波, 下腹部 computed tomography (CT) では子宮体部背側に S 状結腸および子宮筋層内に浸潤する5cm 大の不規則な形状の腫瘤が認められた。手術は S 状結腸および子宮, 両付属器を切除した。病理組織学的検査では腫瘤は中分化腺癌の像を呈していた。壁外に腫瘤を形成する大腸癌の注腸透視上の特徴は long segment の腸管の全周性の狭窄および腫瘤による腸管の圧排所見とされている。また腫瘤の診断には CT, 腹部超音波検査が有用であった。

Key words: adenocarcinoma of the colon with extramural progression, stenosis of the colon

I. はじめに

壁外に腫瘤を形成する特異な進展形式の大腸癌は比較的まれであり, 症例報告を散見するにすぎない¹⁾²⁾。今回われわれは壁外性に腫瘤を形成し, 子宮体部に浸潤をきたした S 状結腸癌の 1 切除例を経験したので, 若干の文献の考察を加え, 報告する。

II. 症 例

患者: 65歳, 女性。

主訴: 下血。

既往歴, 家族歴: 特記事項なし。

現病歴: 平成元年12月初め, 排便後少量の出血があったが, 放置していた。同年12月12日突然大量の下血を認め, 翌日近医を受診。注腸造影, 大腸ファイバー, 腹部 computed tomography (CT) など行われ, 子宮癌の結腸浸潤を疑われ, 12月26日当院産婦人科紹介, 入院した。

入院時現症: 栄養状態は良好で, 腹部に腫瘤は触知せず, 直腸指診では異常を認めなかった。また, 体表リンパ節の腫大はなかった。

入院時検査所見: ヘモグロビン11.0g/dl と軽度の貧血以外, 検尿一般, 血液生化学検査には異常を認めなかった。また, 各種腫瘍マーカーも正常範囲内であった。

注腸造影所見: S 状結腸に約9cm にわたり軽度の全周性の狭窄が認められる。狭窄部の壁は柔らかく伸展性は保たれ, 正常腸管と狭窄部の境界は明瞭であった。狭窄部ではハストラ, network pattern は消失しており, 低い隆起を認め, その中央部にバリウムの不規則な溜りがあり, 潰瘍を形成していた。腸管は壁外から後下方に圧排されていた (Fig. 1)。

大腸ファイバー所見: S 状結腸は浮腫が強く全周性に狭窄し, ファイバーは狭窄部から口側に挿入できなかった。狭窄部の粘膜血管は透視できなかった (Fig. 2)。

Fig. 1 Barium examination of the colon showed the long stenotic lesion with a length of about 9cm and extramural compression on the wall of the sigmoid colon.

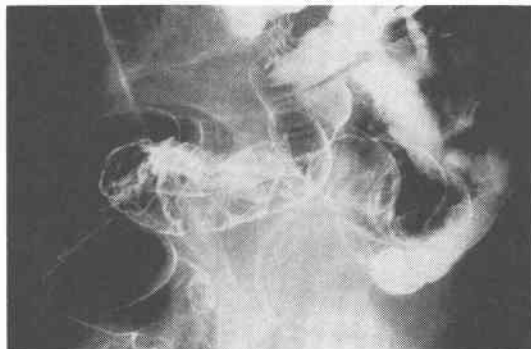


Fig. 2 Colonoscopic examination revealed severe stenose in the sigmoid colon with edema of the mucosa.

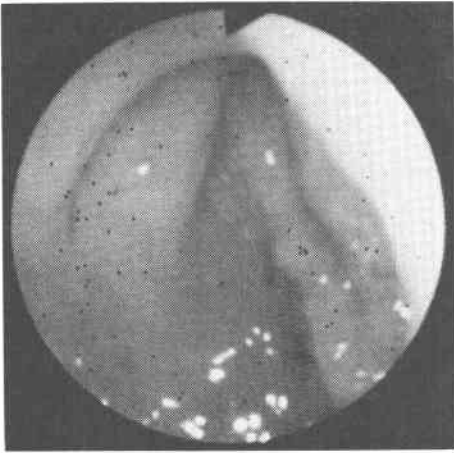
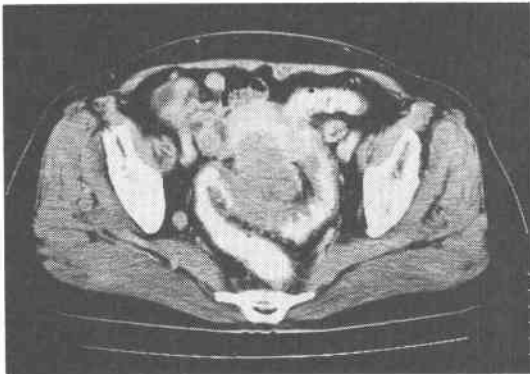


Fig. 3 Abdominal X-ray CT revealed a low density tumor with an uneven surface with a diameter of 5 cm, invaded into the body of uterus and sigmoid colon.



生検組織所見：S状結腸の狭窄部位の粘膜から採取した組織の病理組織学的検査では間質は浮腫状であったが、悪性細胞は認めず、Group 1と診断した。

下腹部 CT 所見：子宮は正常大で筋層の肥厚、内腔の拡張は認めなかった。子宮体部背側に5cm大の子宮筋層に比べやや density の低い不規則な形状の腫瘤が認められた。腫瘤はS状結腸および子宮体部と連続していたが、子宮筋層との境界は比較的明瞭であった。腸管壁は軽度肥厚していたが、周囲のリンパ節に腫大は認めなかった (Fig. 3)。

泌尿器科的検査所見：静脈性腎盂造影では下部尿管が両側とも内方から外方へ圧排されていたが、狭窄、

拡張像は認められなかった。また膀胱も後方から圧排されていたが、粘膜面の変化は認められなかった。

婦人科的検査所見：子宮頸部および体部の擦過細胞診はいずれも class II で悪性細胞は認められなかった。

以上の所見より、子宮癌の結腸浸潤よりは壁外に腫瘤を形成し、子宮体部に浸潤したS状結腸原発の悪性腫瘍を疑った。

手術術式および所見：平成2年1月24日下腹部正中切開で開腹。暗赤色血性の腹水約100mlを吸引した(細胞診 class II)。腹膜播種、肝転移は認めなかった。S状結腸は約10cmにわたり狭窄し、6cm大の腫瘤が子宮体部とS状結腸の間にあり、両者と強く固着していた。S状結腸原発の悪性腫瘍と診断、S状結腸切除および子宮、両付属器を合併切除した。リンパ節郭清は第2群まで行った(R₂)。肉眼的にS状結腸動脈第1枝の旁結腸リンパ節に転移を思わせる腫脹を認めた(N₁)。

切除標本の肉眼所見：S状結腸にはボルマン2型様の周堤を伴った3×2cm大の潰瘍形成があり (Fig. 4a)、同部を中心に管外性に発育する大きさ6.5×5×4

Fig. 4a Macroscopic findings of the operative specimen. Borrmann II type of the colon cancer was presented in the sigmoid colon with edema of the surrounding mucosa.

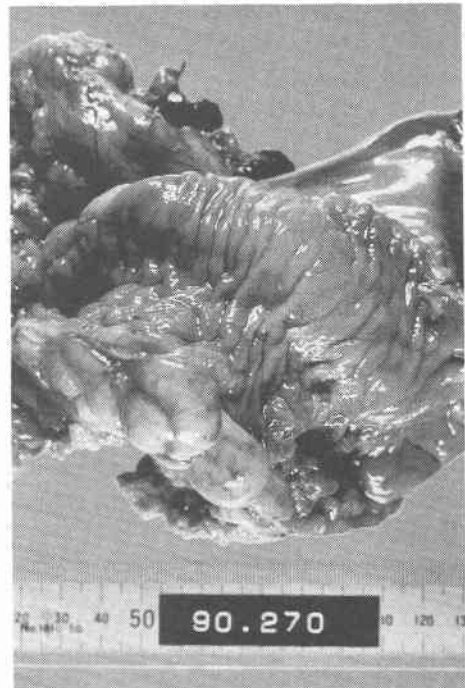


Fig. 4b On the serosal side, the tumor with size of 6.5×5×4 cm was prominent protruding from the wall of the colon.

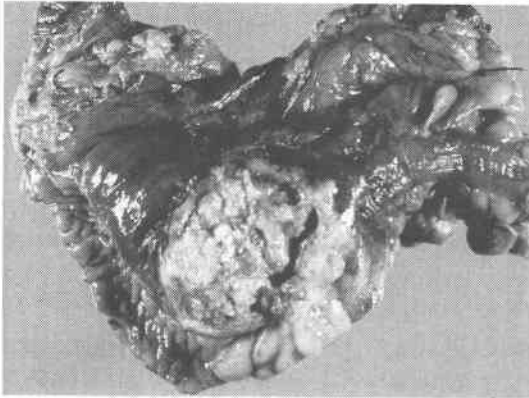
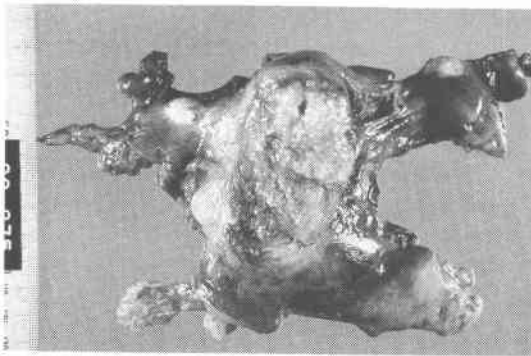


Fig. 4c The tumor invaded into the body of uterus.



cmの腫瘍を認めた。腫瘍は膨張性の発育を示し、子宮筋層に浸潤していた(**Fig. 4b, c**)。腫瘍の断面は黄白色で壊死を伴い、結腸子宮間に瘻孔形成を認めた。

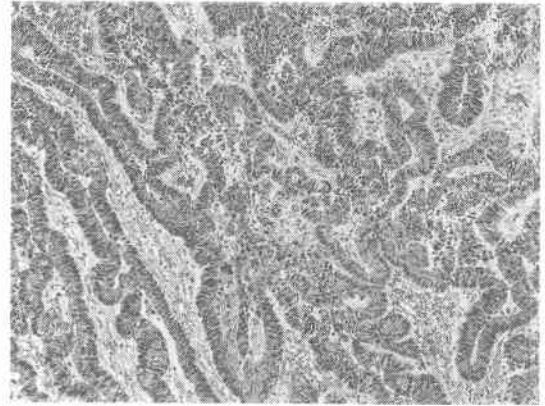
病理組織学的所見：腫瘍細胞は好塩基性の胞体を持ち、大小の管腔を形成しながら増殖する中分化型管状腺癌の所見を呈していた(**Fig. 5**)。腫瘍の浸潤は子宮体部筋層の1/2まで達していたが、子宮内膜は萎縮性で内膜癌の所見は認められず、S状結腸原発の中分化腺癌(*si, ly₁, v₁, ow(-), aw(-), ew(-), INF α*)と診断した。摘出したリンパ節には腫大はあるものの、転移は認めなかった(*n₀*)。

術後経過：術後約13か月の現在、再発なく、健在である。

III. 考 察

大腸癌取扱い規約³⁾によれば、大腸癌の肉眼分類は

Fig. 5 Histological findings. The moderately-differentiated adenocarcinoma was sure.



深達度が粘膜下層までの0型、深達度が固有筋層以上の1型から4型に分類され、5型は0型から4型のいずれにも分類され得ない特殊型とされている。特殊型の腫瘍形態は粘膜下に広く発育したものの、1型と2型が混在するもの、および0型の一部がわずかに固有筋層に浸潤するものなどがあげられている⁴⁾。自験例のように管外性に腫瘤を形成するものは、取扱い規約に記載されていないが、5型に入れるのが妥当であろう。

大腸癌の多くは、管腔内に腫瘤を形成し、その肉眼分類では圧倒的に2型が多いことは言うまでもない。5型の占める割合は、大腸癌研究会の全国大腸癌登録調査報告⁵⁾によれば4,338例中50例(1.2%)、廣田ら⁶⁾の報告例では657例中15例(2.3%)であり、少数にすぎない。その中で自験例のような特異な進展形式の大腸癌が何例含まれているのかは不明であるが、文献的には2例の症例報告が認められるのみ¹⁾²⁾、非常にまれであると思われる。

本疾患の注腸造影上の特徴はlong segmentの腸管の全周性の狭窄と、腫瘤による腸管の圧排所見とされている¹⁾。大腸に全周性の狭窄をきたす原因は、粘膜および粘膜下層の浮腫が主因であり、癌の浸潤により引き起こされたリンパの循環不全、腫瘤による腸壁動脈、辺縁動脈、主幹動脈などへの影響が考えられている¹⁾。自験例ではS状結腸に長さ約9cmにわたる柔らかい全周性の狭窄像を認め、ハウストラ、network patternが消失していることから粘膜面の浮腫が示唆された。また、壁外性にS状結腸は前方から後下方に軽度圧排されており、壁外性の腫瘤による変化と考えられた。注腸造影上でこのように大腸に比較的長い狭窄をきた

す疾患は他に、びまん浸潤型の大腸癌、炎症性大腸疾患および管外性良性狭窄(骨盤腹膜炎、骨盤膿瘍など)などがあげられる。これらの疾患との鑑別は困難なことが多く、宮崎ら¹⁾の報告例では直腸S状部の隆起性病変とその周辺腸管の軽度の狭窄所見を認めているが、注腸造影では管腔外の腫瘤形成は診断できていない。また、岡本ら²⁾の報告例では穿孔性虫垂炎による骨盤内膿瘍と診断され、ドレナージ術が施行され、術後に施行されたCTで骨盤内の充実性腫瘤を発見されたものの、注腸造影では腸管との関連は指摘されていない。このように、本疾患を注腸造影所見より診断することは困難と思われる。

本疾患では腸管壁外の充実性腫瘤を証明することが重要であり、腹部超音波、腹部CT、血管造影などの検査が必要である。自験例では超音波およびCTによってS状結腸壁外の充実性腫瘤を認めた。とくにCTでは、腫瘤に接する腸管の浮腫、腫瘤と子宮体部の連続性および子宮壁の限局性浸潤を診断することができた。このように、子宮壁の変化が局所的で、子宮筋層のびまん性肥厚が認められず、子宮内膜細胞診が陰性であったことから、子宮体癌の結腸浸潤を否定することができた。

本疾患の確診のためには結腸病巣からの生検が不可欠なことは言うまでもない。宮崎ら¹⁾は小隆起の中心のIIC様病変からの生検で腺癌の診断を得ている。自

験例では生検には失敗したが、その原因は粘膜面の強度の浮腫、腸管の狭窄および管腔内に露出した腫瘍部が小さいことがあげられる。結局、術前には結腸癌を強く疑ったが、平滑筋肉腫なども否定できなかった。このような腫瘤の質的診断には血管造影が有用との報告もあり²⁾、自験例においても施行していれば診断に役立ったかも知れない。

本疾患の予後については岡本ら²⁾は術後8か月、自験例では13か月が経過しているが、再発は認めていない。特異な進展形式から興味のあるところであるが、症例数も少なく今後の課題と思われる。

文 献

- 1) 宮崎慎吾, 向田武夫, 板坂勝良ほか: 特異な進展様式を示した直腸癌の1例。胃と腸 19: 89—93, 1984
- 2) 岡本 康, 炭山嘉伸, 金親正敏ほか: 穿孔性腹膜炎として発症した壁外発育型直腸癌の1例。Med Postgrad 24: 269—273, 1986
- 3) 大腸癌研究会編: 大腸癌取扱い規約。第7版, 東京, 金原出版, 1989
- 4) 梶谷 鑑, 高橋 孝: 大腸癌取扱い規約の記号表示。日臨 39: 1998—2001, 1981
- 5) 大腸癌研究会: 全国大腸癌登録調査報告(第6号)。大腸癌研究会事務局, 大阪, 1990
- 6) 廣田映五, 岡田俊夫, 板橋正幸ほか: 大腸癌の組織型と予後。日臨 39: 2108—2116, 1981

A Case of Sigmoid Colon Cancer with Extramural Progression

Shinpei Takeda, Wataru Takiyama, Shigemitsu Takashima and Kouichi Mandai*

Department of Surgery, *Department of Histology, Shikoku Cancer Center

A rare case of adenocarcinoma of the colon with an extramural progression is reported. The patient, a 65-year-old woman, presented with anal bleeding. Barium examination of the colon revealed a long (about 9 cm) stenotic lesion and extramural compression on the wall of the sigmoid colon. Colonoscopic examination revealed stenosis of the sigmoid colon with edema of the mucosa. The histologic findings of the biopsy material were edematous mucosa of the colon with no malignancy. By ultrasonography and X-ray CT, an irregular—shaped tumor with a diameter of 5 cm, invading the sigmoid colon and the body of the uterus, was detected. A radical sigmoidectomy was carried out with hysterectomy and bilateral salpingo—oophorectomy. Histologic examination of the operative specimens revealed moderately differentiated adenocarcinoma of the sigmoid colon, prominently proliferating into the surrounding tissues. The findings of a long stenotic lesion and extramural compression by colonography are characteristic of this tumor, as a review of the literature indicated. Abdominal X-ray CT and ultrasonography are useful for diagnosis of this type of colon cancer.

Reprint requests: Shinpei Takeda Department of Surgery, Shikoku Cancer Center
13 Horinouchi, Matsuyama, 790 JAPAN