

直腸脱を来した直腸癌の1例

松波総合病院外科, 同 放射線科¹⁾, 同 内科²⁾, 同 病理診断部³⁾

加納 宣康 山田 直樹 二村 直樹 古村 能章
前田 浩幸 田辺 博 伊東 久雄¹⁾ 斉藤 雅之²⁾
木村 友彦²⁾ 池田 庸子³⁾

われわれは最近、直腸癌が原因となったと考えられる直腸脱の1例を経験したので報告する。患者は54歳、男性。主訴は肛門部の腸管脱出。家族歴および既往歴に特記すべきことなし。1990年2月15日、便意があったためトイレで怒責したところ、肛門より腸管の脱出を来したため当院を緊急受診した。来院時、肛門部には直腸が脱出していたが、その大部分は乳頭状あるいは絨毛状に発育した全周性の腫瘍により占められていた。脊髄麻酔下に整腹した後、注腸造影および内視鏡検査で直腸癌と確定診断して腹会陰式直腸切断術を施行した。切除標本所見で腫瘍は大きさ11.0×14.0cm、全周性で、腫瘍の表面は地図状あるいは絨毛状に隆起し辺縁は明瞭であった。病理組織学的検査では高分化型腺癌で大部分は粘膜内にあり一部で粘膜下に達していた。リンパ節転移はなかった。また癌の辺縁には tubulovillous adenoma を認めた。直腸脱を合併した直腸癌例はきわめてまれである。

Key words: prolapse of the rectum, rectal cancer

はじめに

直腸脱はよく知られた疾患であるがその発生頻度は比較的低く本邦では全肛門疾患の0.4%¹⁾と報告されているが、直腸腫瘍を合併した直腸脱となるときわめてまれで、著者らが文献的に検索しえた範囲では、これまでに本邦で4例、欧米文献でも1例の報告をみるのみである^{2)~6)}。われわれは最近、直腸癌が原因となったと考えられる直腸脱の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：54歳、男性。

主訴：肛門部の腸管脱出。

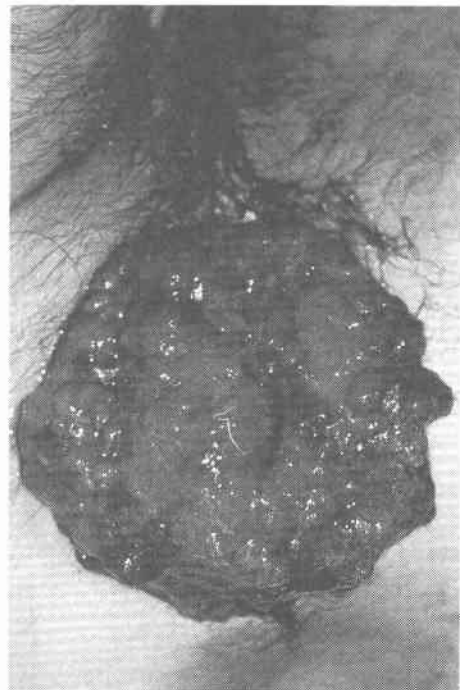
家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：1990年2月15日、便意があったためトイレで怒責したところ、肛門より腸管の脱出を来したため当院を緊急受診した。

現症：胸腹部に特記すべき所見はなかった。肛門部には直腸が脱出しているが、その大部分は乳頭状あるいは絨毛状に発育した全周性の腫瘍により占められていた(Fig. 1)。なお直腸および肛門管の全層が翻転脱

Fig. 1 Appearance of the prolapsed rectum : Most of the prolapsed rectum was occupied by the tumor with villous or papillary surface.



<1991年5月8日受理>別刷請求先：加納 宣康
〒213 川崎市高津区溝口74 帝京大学医学部附属溝口病院外科

出しており直腸肛門脱の状態であった。

一般検査所見：白血球数 $8,000/\text{mm}^3$ 、赤血球数 $455 \times 10^4/\text{mm}^3$ 、ヘモグロビン 13.6g/dl 、ヘマトクリット値 41.1% 、血小板 $19.5 \times 10^4/\text{mm}^3$ と貧血はなく、電解質および肝機能も正常であった。Carcinoembryonic antigen (以下 CEA と略す)は 2.0ng/ml と正常範囲内であった。

入院当日、脊髄麻酔下に直腸脱を整復した。

注腸造影所見：直腸脱整復後8日目に注腸造影を施行した。肛門縁より2~3cmの部より約10cmにわたり、全周性の顆粒状の隆起を認め、同部は狭窄に陥っていた。一部にはバリウムの貯留があり、潰瘍形成が疑われた (Fig. 2)。

大腸内視鏡所見：直腸を越えたところで反転する

と、直腸に全周性の凹凸不整な腫瘤を認め癌と診断した。腫瘤は直腸内に限局していると考えられた。生検で高分化型腺癌であった。

Computerized tomography (以下 CT と略す) 所見：直腸に腫瘤を認め、周辺の脂肪層は不整であったため周囲への浸潤を疑った (Fig. 3)。肝には転移を思わせる像はなかった。

以上の所見より直腸癌として1990年2月28日、腹会陰式直腸切断術を施行した。

手術所見：腫瘤は腹膜翻転部より肛門側にあり、周囲への浸潤傾向はなかった。第2群リンパ節までの郭清を伴う腹会陰式直腸切断術を施行した。

切除標本所見：腫瘤は大きさ $11.0 \times 14.0\text{cm}$ 、全周性で、肛門縁から腫瘤下縁までの距離は 3.5cm であっ

Fig. 2 Barium enema showed a circumferential tumor in the rectum.

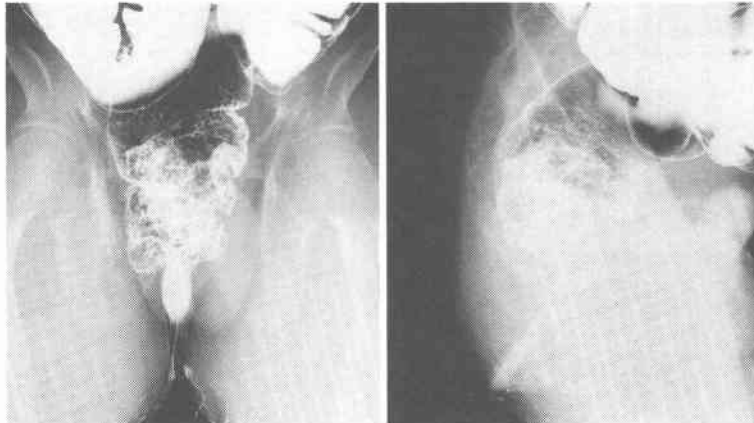


Fig. 3 CT visualized a tumor in the rectum with an unclear margin.

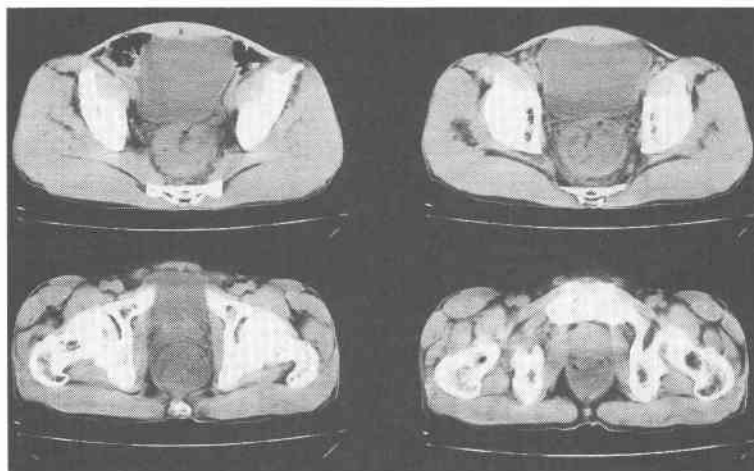
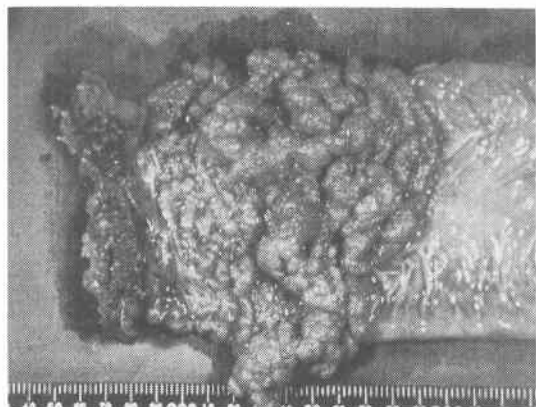


Fig. 4 Resected specimen showed a tumor with villous or papillary surface occupying the entire circle of the rectum.



た。腫瘍は表面は地図状、あるいは絨毛状に隆起し、辺縁は明瞭で筋層への浸潤はないと思われた (Fig. 4)。

病理組織学的所見：大腸癌取扱い規約⁷⁾によって表示すれば、高分化型腺癌で深達度は一部で sm, 大部分は m であった (Fig. 5)。また癌の辺縁には tubulovillous adenoma を認めたため villous adenoma が癌化したと考えられた。ow (-), aw (-), ew (-), n (-) であった。

考 察

直腸脱はよく知られた疾患であるがその発生頻度は比較的 low 本邦では全肛門疾患の 0.4%¹⁾と報告されている。直腸腫瘍を合併した直腸脱となるときわめてまれで、著者らが文献的に検索しえた範囲では、これ

Fig. 5 Histological picture showed well differentiated adenocarcinoma mainly localized in the mucosa and partially infiltrated into the submucosal layer ($\times 12.5$).



までに本邦で 4 例、欧米文献でも 1 例の報告をみるのみである。これまでの報告 5 例^{2)~6)}に自験例を加えた 6 例について検討する (Table 1)。

年齢は 14 週から 69 歳で、性別は男性 4 例、女性 2 例である。直腸の脱出を認めてから腫瘍の合併を診断されるまでの病悩期間は自験例を除けば数日から 15 年にわたる。ただし病悩期間の最も長い症例 4 は 30 年前にも直腸脱の手術を受けており 15 年前より再発していた例である。また初診日にはじめて直腸の脱出を認めた

Table 1 Reported cases of rectal prolapse associated with rectal cancer

	Authors	Year	Age	Sex	Chief complaints	Duration	Treatment	Histological diagnosis
1	Tsuchiya et al ²⁾	1971	16 y	M	prolapsed rectum	2 years	rectal resection (Pull-through)	adenoma
2	Fukuda et al ³⁾	1976	69 y	M	prolapsed rectum anal bleeding	a few months	Miles' operation	villous papilloma with mucosal carcinoma
3	Lamesch ⁴⁾	1983	14 w	F	prolapsed rectum	a few days	rectal resection (Pull-through)	hamartomatous tumor
4	Odagiri et al ⁵⁾	1984	48 y	M	prolapsed rectum anal bleeding	15 years	Miles' operation	mod. diff. adenoca. (a ₂)
5	Miyakita et al ⁶⁾	1985	43 y	F	anal bleeding	2 months	resection of mucosa with polyp	multiple polyps
6	Kano et al	1990	54 y	M	prolapsed rectum	none	Miles' operation	well diff. adenoca. (sm)

y : years old, w : weeks old, mod. : moderately, diff. : differentiated, adenoca. : adenocarcinoma

例は自験例のみである。

治療は3例に Miles 手術がなされておりいずれも癌併存例であった。腺腫および過誤腫様変化を認めた2例に腫瘍を含めた直腸切除術 (Pull-through 法) が施行され、多発性ポリープの1例ではポリープを含んだ粘膜切除と直腸脱に対する Rehn-Delorme 手術がなされていた。術式は癌の併存の有無およびその存在部位により決定されるべきで個々の症例により適切な術式が選ばれるべきである。最近では double stapling technique など低位前方切除術における術式の改善がみられ⁹⁾今後 Miles 手術の避けられる例が増えるであろう。自験例では肝門縁から腫瘍下縁までの距離が3.5 cm と少なくまた腫瘍が大きかったため直腸を切断した。

直腸癌を合併した直腸が癌とともに脱出をきたすためには癌が周囲組織に浸潤していないことが条件となる。症例2および自験例は深達度がそれぞれ粘膜内(m) および粘膜下層まで(sm)の早期のものであり、進行癌の症例4⁹⁾でも Ra の部では S₂ と判定されたが骨盤内臓ならびに骨盤壁への浸潤はなかったと記載されている。

腫瘍が肛門外へ腸管とともに脱出した例の中には、S 状結腸腫瘍が先進部となって結腸脱をきたした例⁹⁾もあり直腸脱との鑑別に注意を要する。

腸管内の腫瘍が先進部となった腸重積例の報告が増加しつつあるが、直腸においても骨盤底の支持組織が脆弱な例では直腸腫瘍が先進部となって重積状態を引き起こし直腸脱を起こす可能性があると考えられる。また逆に直腸脱の病歴の長い例では直腸粘膜に対する物理的刺激が常に加わっていることになりその刺激により癌が発生する可能性も考えられる。自験例は直腸脱をはじめてきたして来院し直腸癌と診断された例であり、排便時の怒責によって全周性の直腸癌が先進部となって直腸脱が発生したと考えられる。

なお症例1と症例5では腫瘍の部より蛋白漏出がみられ低蛋白血症をともなっていたが、腫瘍細胞の特異性のほかに、脱出した腫瘍巣を含む粘膜に物理的刺激が加わって炎症を惹起しそのため粘膜からの分泌が促進した可能性も考えられる。

本論文の内容要旨は第45回日本大腸肛門病学会総会(1990年11月、東京)にて発表した。

本論文の御校閲をいただいた恩師岐阜大学名誉教授稲田潔先生に深甚なる感謝の意を表する。

文 献

- 1) 今 充, 村上哲之, 小野慶一ほか: 直腸低位前方切除の機能面からみた遠隔成績, とくに排便機能について. 日外会誌 83: 1011-1014, 1982
- 2) 土屋周二, 島津久明, 中野春雄: 直腸脱の成因・治療方針についての考察. 日本大腸肛門病会誌 24: 149-157, 1971
- 3) 福田 護, 渡辺 弘, 牛込新一郎ほか: 粘膜内癌を有する直腸 Villous Papilloma で直腸脱を呈した1症例. 聖マリアンナ医大誌 4: 142-146, 1976
- 4) Lamesch AJ: An unusual hamartomatous malformation of the rectosigmoid presenting as an irreducible rectal prolapse and necessitating rectosigmoid resection in a 14-week-old infant. Dis Colon Rectum 26: 452-457, 1983
- 5) 小田桐弘毅, 唐牛 忍, 藤井昌彦ほか: 進行直腸癌を合併した巨大直腸脱の1手術例. 日本大腸肛門病会誌 37: 613-617, 1984
- 6) 宮北 誠, 牛島康栄, 朝戸 裕ほか: 直腸脱に合併した蛋白漏出を伴った直腸多発性ポリープの1例. 日本大腸肛門病会誌 38: 503, 1985
- 7) 大腸癌研究会編: 大腸癌取扱い規約. 第4版, 金原出版, 東京, 1985
- 8) 富田正雄, 中越 享, 三浦敏夫ほか: 直腸癌における器械吻合: 低位前方切除術における double stapling technique. 消外 13: 1669-1676, 1990
- 9) 明石章則, 飯尾雅彦, 吉川幸伸ほか: 結腸脱を併発したと思われる S 状結腸悪性リンパ腫の1例. 外科 45: 863-867, 1983

A Case of Rectal Carcinoma Presenting as Rectal Prolapse

Nobuyasu Kano, Naoki Yamada, Naoki Futamura, Yoshiaki Komura, Hiroyuki Maeda,
Hiroshi Tanabe, Hisao Itoh¹⁾, Masayuki Saitoh²⁾,
Yugen Kimura²⁾ and Tsuneko Ikeda³⁾

Department of Surgery, Radiology¹⁾, Medicine²⁾ and Pathological Diagnosis³⁾,
Matsunami General Hospital

A 54-year-old man was admitted to our hospital complaining of a prolapsed rectum. Most of the prolapsed rectum was occupied by a tumor which had a villous or papillary surface. The tumor was reduced under spinal

anesthesia on the day of admission. A barium enema examination and colono-fiberscopy confirmed the diagnosis of rectal cancer. Abdominoperineal amputation of the rectum was performed. The tumor occupied the entire circle of the rectum. Histopathological examination showed well differentiated adenocarcinoma which was located mainly in the mucosa and partially in the submucosal layer. This is a rare case of rectal carcinoma presenting as rectal prolapse.

Reprint requests: Nobuyasu Kano Department of Surgery, Teikyo University Hospital
74, Mizonokuchi, Takatsu-ku, Kawasaki-shi, 213 JAPAN
