

原発性上行結腸 T 細胞性悪性リンパ腫の 1 切除例

山梨医科大学第 2 外科, *第 1 病理

腰塚 浩三 西田広一郎 武藤 俊治 中込 博
高野 邦夫 多田 祐輔 三俣 昌子*

我々は上行結腸の T 細胞由来の悪性リンパ腫を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。症例は84歳の女性。主訴は右下腹部痛、発熱。現病歴は平成 3 年 9 月主訴出現し、近医にて、右下腹部腫瘍を指摘され当科紹介入院となる。入院時現症：右下腹部に4×5cm 大の弾性硬、可動性不良、表面やや不整の腫瘍を触知した。表在リンパ節は触知しなかった。注腸造影 X 線検査、腹部 CT にて上行結腸癌と診断し、平成 3 年10月18日手術を施行した。手術所見は上行結腸に手拳大の腫瘍を認め、右半結腸切除術と大腸癌の D₂ に準じたリンパ節郭清を行った。切除標本では腫瘍は5.0×5.5cm 大で、病理組織所見では、腫瘍細胞は、UCHL-1 (T) 陽性、L26 (B) 陰性で、T 細胞性悪性リンパ腫と考えた。大腸原発の悪性リンパ腫はまれで、ほとんどが B 細胞由来とされており T 細胞由来のものは極めて少なく、予後も不良とされ、本例も 2 年後に再発死した。

Key word: T-cell malignant lymphoma of the colon

I. はじめに

大腸に原発する悪性腫瘍は、大部分は癌腫が占め、悪性リンパ腫はきわめてまれとされている¹⁾。免疫学的には、B 細胞由来のリンパ腫がほとんどで、T 細胞由来のものは非常に少なく²⁾、予後に関しては T 細胞由来のものは非常に悪いといわれている^{3,4)}。今回われわれは、T 細胞由来の大腸悪性リンパ腫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：84歳、女性

主訴：右下腹部痛、熱発

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：昭和54年、虫垂切除術。昭和59, 62年、脳梗塞（両側不全麻痺を認める）。

現病歴：平成 3 年 9 月主訴出現し、近医受診し、尿路感染症の診断にて治療を受けるも軽快せず、当院泌尿器科受診し右下腹部腫瘍を指摘され、当科紹介入院となった。

入院時現症：身長147cm、体重38kg、軽度の貧血を認めるも、黄疸なし。37°C台の熱発を認めた。表在リンパ節は触知しない。腹部は虫垂切除術の手術痕跡の外下方に4×5cm 大の弾性硬で、可動性不良、表面やや

Table 1 Laboratory data on admission

WBC	7,300 /mm ³	TP	6.7 g/dl
Stab	9 %	Alb	3.6 g/dl
Seg	54 %	GOT	14 U/l
Eo	1 %	GPT	8 U/l
Baso	1 %	LDH	280 U/l
Mono	4 %	Alp	149 U/l
Lymph	31 %	LAP	40 U/l
RBC	355×10 ⁴ /mm ³	BUN	21 mg/dl
Hb	10.7 g/dl	Cr	0.7 mg/dl
Ht	36 %	Na	137 mEq/l
Plt	34.8×10 ⁴ /mm ³	K	4.0 mEq/l
CEA	4.4 ng/ml	Cl	103 mEq/l
CA19-9	6.8 U/ml	CRP	2.9 mg/dl

不整の腫瘍を触知した。腫瘍に一致して圧痛を認めたが、腹膜炎の所見は認めなかった。

入院時検査成績：赤血球355×10⁴/mm³、ヘモグロビン量10.7g/dl と軽度の貧血を認め、CRP 2.9mg/dl と炎症反応を認めた。腫瘍マーカーは、carcinoembryonic antigen (CEA) 4.4ng/ml と軽度の上昇を認めた (Table 1)。

注腸造影 X 線検査：盲腸から上行結腸にかけてほぼ全周性の狭窄と不整な壁硬化を認め、回腸に約4cm にわたり壁の不整と狭窄を認めた。しかし典型的な apple core sign ではなかった (Fig. 1)。

胸部 X 線検査：異常を認めず。

<1995年11月15日受理>別刷請求先：腰塚 浩三
〒409-38 山梨県中巨摩郡玉穂町下河東1110 山梨医科大学第 2 外科

Fig. 1 A barium enema reveals stricture, extending from the cecum to the ascending colon, around almost the entire circumference, with a shadow of tumor. In addition, in the ileum, irregularity and stricture of the wall is seen over a length of approximately 4cm.

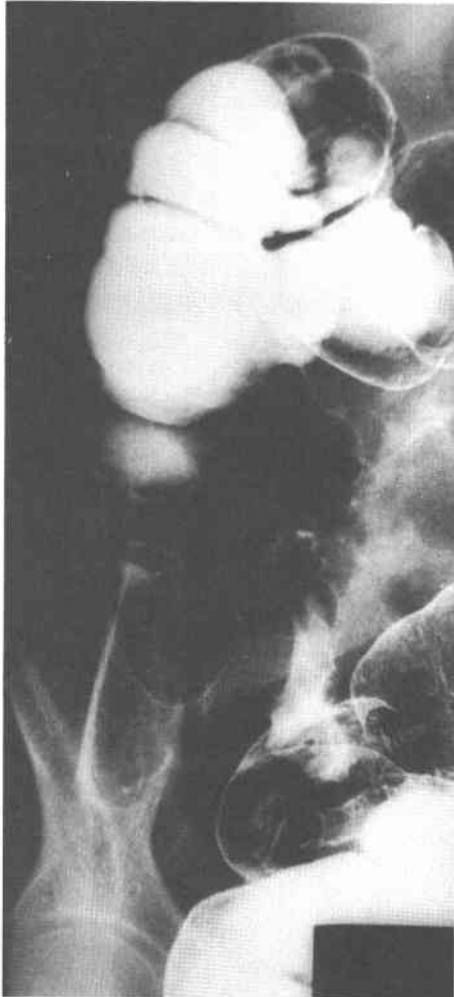
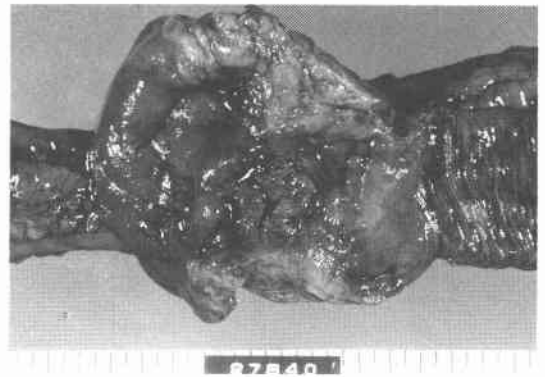


Fig. 2 Abdominal CT reveals dilation of the intestinal canal and thickening of the wall extending from the ascending colon to the cecum.



Fig. 3 The lesion is seen as a tumor, 5×5.5cm in size, extending from the cecum to the ascending colon. There is no evidence of ulcerative lesion.



腹部 computed tomography (CT) 検査：盲腸から上行結腸にかけての腸管の拡大と壁の肥厚を認め、回腸末端部は著明な壁肥厚を呈していた。腹腔内および後腹膜リンパ節腫脹は認められなかった (Fig. 2)。

以上より炎症を伴う上行結腸癌と診断し、平成3年10月18日手術を施行した。

手術所見：中下腹部正中切開にて開腹すると、腹腔内は強度の癒着を認めた。腹腔内を精査したが、肝臓、脾臓、大動脈周囲リンパ節などに異常は認められな

かった。腫瘍は手拳大で回腸末端部から約10cm口側で回腸を巻き込んでいた。結腸間膜の所属リンパ節は1.0~2.0cmに腫大していたが癌による転移のように硬くなく炎症のためと考え、術中迅速病理診断は行わなかったが、悪性リンパ腫などの疾患によるものも否定できないため、腫大リンパ節をすべて含めた右半結腸切除術と大腸癌のD₂⁵に準じたリンパ節郭清を行った。

切除標本：腫瘍は盲腸から上行結腸に及ぶ5.0×5.5cm大で腸管壁の肥厚よりなる変化で潰瘍性病変は認められず、術前の腹部CTで肥厚していた回腸部分に腫瘍は認めず、浮腫のみで粘膜は正常に保たれていた (Fig. 3)。

病理組織標本：一見すると肉芽腫様で、大小不同の

Fig. 4 Hematoxylin-eosin staining: $\times 200$. At a glance, the lesion would appear to be a granuloma composed primarily of epithelioid cells. However, large, atypical cells resembling Hodgkin's cells and various sized, atypical cells are seen to be mixed, and there is invasion by various cells.

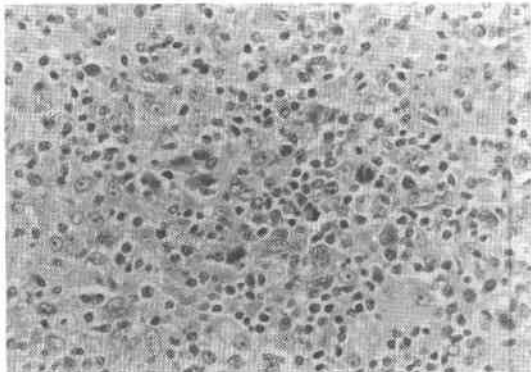
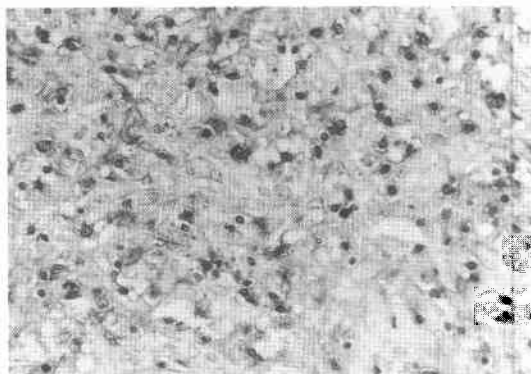


Fig. 5 Many cells are seen to be stained positively for UCHL-1 (a T-cell maker)



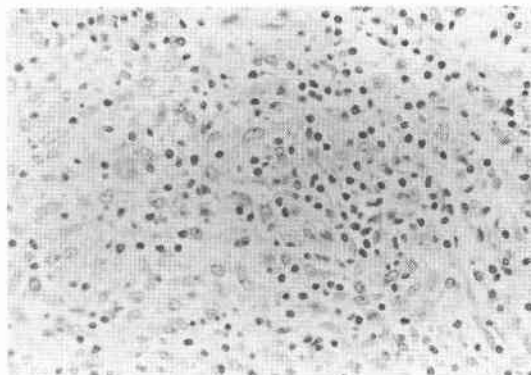
異型リンパ球や Hodgkin 細胞様の異型細胞など多彩な細胞浸潤を呈し (Fig. 4), 腫瘍細胞は, UCHL-1 (T) 陽性 (Fig. 5), L26 (B) 陰性で (Fig. 6), T 細胞性悪性リンパ腫と考えた. LSG 分類⁹⁾では, diffuse lymphoma, mixed type (with granulomatous change) と診断された.

術後に, 縦隔 CT, ガリウムシンチを施行したが異常は認められなかった. 患者は手術2年後に, 縦隔リンパ節, 腹部大動脈周囲リンパ節, 肝臓に転移し平成5年11月14日悪性リンパ腫の再発により死亡した.

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

Fig. 6 The tissue sample is negative for L26 staining (a B-cell maker)



常にまれで1979年の第11回大腸癌研究会アンケート調査¹⁾によると, 約0.65%でしかない.

消化管の悪性リンパ腫は粘膜あるいは粘膜下組織に存在するリンパ細網組織より発生するもの⁷⁾であり, 原発性のものと全身性の一部份症として発生するものがある.

1961年 Dawson ら⁸⁾は, 消化管原発悪性リンパ腫の診断基準として, 1) 表在リンパ節に腫大を認めない, 2) 胸部 X 線上, 縦隔のリンパ節に腫大を認めない, 3) 末梢血中の白血球数や分画に異常を認めない, 4) 開腹時の肉眼所見で, 腸管病変が主体であり, リンパ節病変は所属リンパ節のみに局限している, 5) 肝臓および脾臓に腫瘍を認めない, などの5項目をあげている. 本症例もこれらの項目をすべて満たしており, 上行結腸原発悪性リンパ腫として矛盾しない.

好発年齢は50歳台⁷⁾で, 男女比は, 欧米では男女同等と報告され⁸⁾⁹⁾, わが国では2~3倍男性優位との報告が多い⁷⁾¹⁰⁾.

臨床症状は¹¹⁾, 大腸原発悪性リンパ腫に特徴的なものではなく, 腹痛, 腹部腫瘤, 体重減少, 悪心, 嘔吐, 下痢などとされている. Naqvi ら⁹⁾によれば, 合併症として穿孔が8~12%に認められると報告している.

治療法に関しては, 大腸癌に準じた所属リンパ節郭清を伴う手術療法を行い, これに化学療法, 放射線療法を併用して行う. 本症例に関しては, 高齢のため手術療法のみにとどめた.

大腸悪性リンパ腫の予後については, 一般的に不良と言われており, 特に T, B 細胞性でみると, 明らかに T 細胞性は不良で, 5年生存はなく最長44月生存中との報告もある⁴⁾. しかし現在のところ, T 細胞性か B

細胞性か新鮮標本での検索が必要で、分類についても up date Kiel 分類がある程度で今後の早急な対応が望まれる¹⁴⁾¹⁵⁾。5 年生存率は一般に 20~55% と報告されている¹⁵⁾¹⁶⁾。第 11 回大腸癌研究会アンケート調査¹⁾によれば 5 年生存率 34.8%、10 年生存率 33.2% と報告されている。非ホジキンリンパ腫全体では 5 年生存率は、T 細胞性で 25%、B 細胞性で 44% と下山ら¹⁶⁾は報告している。

大腸悪性リンパ腫の進行については現在完全に確立されたものがなく、Naqvi ら⁹⁾の病期分類または大腸癌取扱い規約⁹⁾に準じた病期分類を用いているところが多い。本症例においては、回腸に浸潤しており、大腸癌取扱い規約では H₀P₀sin₂(+)、stage IV、Naqvi の分類で stage III であった。

近年の免疫学の進歩により、悪性リンパ腫も T・B 細胞分類を行うようになり、非ホジキンリンパ腫は、T・B 細胞性により予後が異なるのみならず、原発臓器によっても予後が異なり、しかも原発臓器によって、T・B リンパ腫の発生頻度に大きな差がみられ、同じ細胞性であっても、発生臓器によってその予後はまた異なっていることが報告されている¹⁷⁾。消化管原発悪性リンパ腫の免疫組織学的検討では、消化管の粘膜固有層から粘膜下層に散在するリンパ組織は、発達した反応性胚中心とそれを囲むマントル層からなる B 細胞領域が大部分で、T 細胞領域はわずかにみられる程度といわれており、ほとんどの症例が B 細胞由来とされている³⁾¹⁸⁾¹⁹⁾。本症例においては、UCHL-1 陽性、L26 陰性で T 細胞性悪性リンパ腫と診断した。

文 献

- 1) 太田博俊, 西 満正, 上野雅資ほか: 腸管悪性リンパ腫の診断と治療. 消外 16: 1419-1428, 1993
- 2) 藍沢 修, 岡崎悦夫, 山本睦夫ほか: 潰瘍性大腸炎に合併した大腸悪性リンパ腫の 1 例. 胃と腸 24: 561-566, 1989
- 3) 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
- 4) Hwang WS, Yao JCT, Cheng SS et al: Primary colorectal lymphoma in Taiwan. Cancer 70: 575-580, 1992
- 5) 大腸癌研究会編: 臨床・病理. 大腸癌取扱い規約. 改訂第 5 版. 金原出版, 東京, 1994
- 6) 小島 瑞, 飯島宗一, 花岡正男ほか編: 新分類による悪性リンパ腫アトラス. 文光堂, 東京, 1981, p27-40
- 7) 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
- 8) Dawson IMP, Corner JS: Primary malignant lymphoid tumor of the intestinal tract. Br J Surg 49: 80-89, 1961
- 9) Naqvi MS, Burrows L, Kark AE: Lymphoma of the gastrointestinal tract. Prognostic guides based on 162 cases. Ann Surg 170: 221-231, 1969
- 10) Ito A, Soda S, Takenaka H et al: A case of malignant lymphoma of cecum. Nissei Hosp J 15: 245-248, 1987
- 11) Saiki I, Sato N, Misawa K et al: A case of malignant lymphoma of transverse colon. J Jpn Soc Clin Surg 47: 1496-1501, 1986
- 12) Stansfeld AG, Diebold J, Noel H et al: Update Kiel classification for lymphomas. Lancet I: 292-293, 1988
- 13) 太田博俊, 西 満正, 上野雅資ほか: 腸管悪性リンパ腫の診断と治療. 消外 16: 1419-1428, 1993
- 14) Kasimura A, Murakami T: Malignant lymphoma of large intestine. —15 year experience and review of literature. Gastroenterol Jpn 11: 141-147, 1976
- 15) Wychulis AR, Beahrs OH, Woolner LB: Malignant lymphoma of the colon. Arch Surg 93: 215-225, 1966
- 16) 下山正徳, 湊 啓輔, 関 茂樹ほか: 非ホジキンリンパ腫の臨床研究. 臨血 26: 906-915, 1985
- 17) 下山正徳, 湊 啓輔, 関 茂樹ほか: 非ホジキンリンパ腫の臨床研究: 1) T-, B-細胞型と原発臓器. 臨血 26: 575-580, 1985
- 18) 森 茂郎: 消化管の悪性リンパ腫. 病理と臨 4: 480-85, 1986
- 19) 小野伸高, 若狭治毅: 悪性リンパ腫; 発生と進展. 消外 16: 1375-1383, 1993

T-cell Malignant Lymphoma of the Colon —Report of a Case—

Kozo Koshizuka, Kouichiro Nishida, Syunji Mutoh, Hiroshi Nakagomi,
Kunio Takano, Yusuke Tada and Masako Mitsumata*
Second Department of Surgery, *First Department of Pathology,
Yamanashi Medical University

We report a case of T-cell-derived malignant lymphoma of the colon, and discuss this case in relation to the literature. Case A 84-year-old female. Chief complaint: Lower abdominal pain and fever. On the basis of the barium enema and abdominal CT findings, cancer of the ascending colon was diagnosed. Surgery was performed on October 18, 1991. Operative findings: Right hemicolectomy and lymph node dissection in accordance with D2 colon cancer were performed, including all of the enlarged lymph nodes. Resected specimen: The tumor was 5 × 5.5 cm in size. Histopathologically the tumor cells were positive for UCHL-1 (T-cell marker), but negative for L26 (B-cell marker). It was surmised that the tumor was a malignant lymphoma of T-cell origin. Discussion: Primary malignant lymphoma of the colon is a rare disease. It is thought that almost all malignant lymphomas of the digestive tract are the B-cell origin, and malignancies of the T-cell origin are extremely rare. Prognosis of the T-cell origin is much worse than that of B-cell origin. And this case was died due to the recurrence of the lymphoma at two years after surgery.

Reprint requests: Kozo Koshizuka Second Department of Surgery, Yamanashi Medical University
1110 Shimo-Katoh, Tamaho-cho, Nakakoma-gun, Yamanashi, 409-38 JAPAN
