日消外会誌　30（4）：941～943，1997年

特集12

直腸絨毛腺腫内癌に対する局所切除術

名古屋大学医学部第2外科[1]，野垣病院[2]
日比　健志[1)2)]　野垣　正樹[2)]　伊藤　勝基[1)]　高木　　弘[1)]

低位直腸の進行癌以外の腫瘍に対する治療は，機能の温存と治療の根治性を保つことが要求されている．我々は，103例の直腸絨毛腺腫内癌に対し局所切除術を行い，その成績を検討した結果，局所再発症例は7例あり，いずれも局所の再切除にて再々発は認めなかった．よって直腸絨毛腫瘍は，可動性良好で術前検査で早期癌と考えられるものは，大きさに関係なく局所切除を初回治療とすべきであると考える．しかし切除標本の病理検査でsm癌で，しかも脈管侵襲を認めるものに対しては，機能温存の根治術を含めた後療法を考慮する必要があると考えている．いずれにせよ，術後のフォローアップは重要であり，定期的な内視鏡検査は勿論であるが，直腸の場合は直腸指診も簡便かつ効率の良い検査法として特記すべきものと考えられる．

Key words： villous tumor，rectal cancer，local excision

はじめに

大腸絨毛腫瘍はその形態学的特徴もさることながら，癌化率の高さ，病巣の大きさ，および，しばしば多量の粘液を排泄することに伴う血液電解質平衡の乱れなどから，腺管腺腫とは異なった態度を示す腫瘍として古くから注目されている．絨毛腺腫の報告はわが国では非常に少ないが，我々が日常経験する絨毛腺腫の頻度は決してまれではない[1)]．

現在，低位直腸の進行癌以外の腫瘍に対する治療は，肛門機能，排尿機能，性機能といったquality of life（以下，QOLと略記）に直接関係する機能を十分に温存し，しかも治療の根治性を保つことが要求されている．その中で，絨毛腫瘍は直腸，しかもその下部に好発し，大きくて偏平なものが多く，癌を高率に併存するために治療方針に難渋することが多い．今回対象とした絨毛腫瘍は，肉眼的には絨毛状の偏平な隆起を示す柔らかい腫瘍であり，組織学的には腺腫表層の大部分または一部が絨毛状発育をしているものとした．我々は，こうした直腸の絨毛腫瘍に対し，適応を定め，積極的に局所切除術を施行してきた．今回その術式ならびに成績について報告する．

＊第48回日消外会総会シンポ3・直腸早期癌に対する内視鏡治療と外科治療のcontroversy

＜1996年12月11日受理＞別刷請求先：日比　健志
〒466　名古屋市昭和区鶴舞65　名古屋大学医学部第2外科

対象と方法

対象症例は1975年より野垣病院にて局所切除された直腸絨毛腫瘍のうち，病理組織学的に腺腫内癌と診断された103例を対象とした．腺管絨毛腺腫由来59例，絨毛腺腫由来44例であり，このうちm癌は80例，sm癌は23例であった．

今回の対象症例の局所切除の適応は，触診上可動性良好で，内視鏡および注腸所見で腫瘍内に明らかな潰瘍，隆起を認めない絨毛腫瘍とした．可動性の悪いものや，潰瘍を認めるものは進行癌として扱い，radical surgeryの適応とした．また，局所切除の術式は，Rbの腫瘍に対しては経肛門的切除を基本術式とし，腫瘍の大きさ，形態により切除の方法をいろいろ工夫している．腫瘍がRbからRaにまでかかるものに対しては経括約筋的切除を基本術式とした．Raに限局した腫瘍に関しては経仙骨的切除も適応としたが，術後に根治手術が必要な場合に神経温存の前方切除が不可能になることが多く，今回の対象症例では，Raの低位のものは経肛門的な切除を行った．

結　果

絨毛腫瘍では癌はfocalに存在するために，術前の生検で癌かどうかの診断をつけるのは難しいと言われている．術後m癌と診断されたもののうち，術前の生検で癌と診断されたものは21％であり，66％が異型性の強い腺腫と診断されていた．sm癌では術前生検で癌と診断されたものは70％で30％が腺腫と診断されて

Table 1 Comparison between preoperaive (biopsy) and postoperative diagnosis

Cancer with mucosal invasion (80 cases)	
preoperative diagnosis	
cancer	17/80(21%)
adenoma	53/80(66%)
unknown	10/80(13%)
Cancer with submucosal invasion (23 cases)	
preoperative diagnosis	
cancer	16/23(70%)
adenoma	7/23(30%)

Table 2 Local excision for villous tumors in rectum (cancer with mucosal invasion)

1. Operative method	
transanal resection	71(88.8%)
transsphicteric resection	9(11.2%)
2. Average size of tumors	
3.4cm(max. 15cm)	
3. Follow up period	
2-17years	
4. Prognosis	
local reccurence	6(7.5%)

いた．術前生検の正診率は32%であり，術前に癌と診断されたものでは48%がsm癌であった（**Table 1**）．

術後，病理組織学的にm癌と診断された直腸絨毛腫瘍の手術成績を示す．術式は経肛門的切除71例，経括約筋的切除9例，腫瘍径は平均3.4cm，最大長径15cm，フォローアップ期間は2年～17年で，平均7.3年であった．予後については，局所再発症例を6例認めた．再発部位は縫合線上が5例で，これらは断端遺残による再発と考えられた．また縫合線より少し離れた部位での再発が1例あり，これは多発腫瘍の見落としによるものと考えられた．いずれの症例も再度の局所切除で現在のところ再々発は認めていない（**Table 2**）．

術後，病理組織学的にsm癌と診断された直腸絨毛腫瘍の手術成績を示す．sm癌では脈管侵襲を認める症例に対してはQOLを保つ範囲での追加療法として，1987年までは原則として抗癌剤の内服とradiation (40～50Gy)を行ったが，1988年以降は前方切除可能な症例では機能温存の前方切除を，肛門温存術式が不可能な症例では，十分なインフォームドコンセントのもとに追加療法を決定することを原則としてきた．術式は経肛門的切除19例，経括約筋的切除4例，腫瘍径は平均3.4cm，最大長径は6.7cm，術後radiationを行った症例は6例，フォローアップ期間は2年～17年で平均7.5年，予後は局所再発症例を1例認めたが，局所の再切除で4年間再々発なく健在である（**Table 3**）．

Table 3 Local excision for villous tumors in rectum (cancer with submucosal invasion)

1. Operative method	
transanal resection	19(82.6%)
transsphincteric resection	4(17.4%)
2. Average size of tumors	
3.4cm(max. 6.7cm)	
3 Follow up period	
2-17 years	
4. Prognosis	
local reccurenfec	1(43%)

考　察

絨毛腺腫は腺管腺腫より悪性であると一般に信じられていて，Mutoらの報告によれば，腺管腺腫の癌化率，4.8%に対し，絨毛腺腫は40.7%と高率で，絨毛腺腫が腺管腺腫より癌化率が非常に高い理由の一つは，前者が後者より通常遥かに大きいことであるが，他方では同じ大きさのポリープにおいて，絨毛腺腫が腸管腺腫の10倍も悪性であり，その理由は細胞学的様相の研究によって説明されるであろうと述べている[2]．実際，組織学的に異型度が軽く腺腫様にみえても，粘膜下層以下に浸潤し，しばしば全体として腺癌とみなさざるを得ないことがあり，絨毛腺腫はすべて潜在的に悪性と考えることも多い．

こうした腫瘍の治療方針には難渋することが多いが，我々の結果からいえることは，直腸絨毛腫瘍は，可動性良好で術前検査で早期癌と考えられるものは，大きさに関係なく局所切除を初回治療とすべきである．局所切除の術式に関しては，直腸鏡下手術(TEM)を除けば，どの施設でも昔と変わらない手術を行っているようである[3)4)5)]．切除標本の病理検査でm癌であったものに対しては，局所再発を認めても再度の局所切除で根治可能と考えられる．切除標本の病理検査でsm癌で，しかも脈管侵襲を認めるものに対しては，機能温存の根治術を含めた後療法を考慮する必要がある．いずれにせよ，術後のフォローアップは重要であり，定期的な内視鏡検査は勿論であるが，直腸の場合は直腸指診も簡便かつ効率の良い検査法として特記すべきものと考えられる．

文　献

1) 小塚貞雄，野垣茂吉，野垣正宏ほか：大腸絨毛腺腫，腺管絨毛腺腫および腺管腺腫の比較研究．癌の臨　27：1118—1124，1981
2) Muto T, Bussey HJR, Morson BC: The evolution of cancer of the colon and rectum. Cancer 36：2251—2270，1975
3) 寺本龍生，渡邊昌彦，山本聖一郎ほか：経肛門的局所切除術．手術　50：1361—1366，1996
4) 柏木　宏，小西文雄：経括約筋的局所切除術の要点．手術　50：1381—1386，1996
5) 金平永二，大村健二，疋島一徳ほか：経肛門的内視鏡下マイクロサージャリー．手術　50：1427—1435，1996

Local Excision for Villous Tumor in the Rectum

Kenji Hibi[1)2)], Masaki Nogaki[2)], Katsuki Ito[1)] and Hiroshi Takagi[1)]
[1)]Second Department of Surgery, Nagoya University School of Medicine
[2)]Nogaki Hospital

Preservation of physical function and operative radicality are important in surgery for low rectal tumors. In this study, we performed local excision for 103 rectal villous tumor cases and examined the prognosis of these cases. Seven cases experienced recurrence in the lower rectum, but complete cure was achieved with another local excision. Therefore, local excision should be performed first for lower rectal villous tumors, if the cancer is in an early stage. However, we consider retreatment, such as low anterior resection with preservation of physical function, to be required for cancers with submucosal invasion. In all cases, follow-up studies after local excision, i.e., regular endoscopic and digital examinations, are important for assuring a good prognosis.

Reprint requests: Kenji Hibi　Second Department of Surgery, Nagoya University School of Medicine
65 Tsurumai-cho, Showa-ku, Nagoya, 466 JAPAN