

## 著明な壁外発育を呈した大腸低分化腺癌の1例

松山赤十字病院外科

石川 哲大 中島亮太郎 高橋 修 松坂 俊光

大腸低分化腺癌は、深達度ではss以深の進行期癌が多く、他臓器浸潤を伴うような巨大腫瘍となる傾向もあることから、根治的切除が難しく高・中分化型のものに比べて予後不良とされる。

われわれは今回、50歳の男性の大腸低分化腺癌症例を経験した。横行結腸壁外まで著明に進展し、胃へ浸潤・穿通した腫瘍は根治切除不能と思われたが、大量出血と巨大膿瘍による高度炎症を来したため胃全摘、脾臓・膵尾部合併切除を伴う左半結腸切除によって腫瘍を摘除した。その後の再発に対する手術も他臓器合併切除とともに腫瘍の切除を行い、過侵襲とも思える2度の手術を要したが、術後2年経過時点では再発、転移なく健存中である。この経過から、腫瘍増大傾向が強く予後不良とされる大腸低分化腺癌に対しても、腹膜播種や過度の肝転移がない場合には積極的な切除を検討すべきと考えられた。

### はじめに

大腸低分化腺癌は全大腸癌の3.2%<sup>1)</sup>とまれであるが、癌進行状態で発見されることが多く予後不良とされる。今回、われわれは、壁外性進展が著明で2度の手術を要した大腸低分化腺癌を経験した。本症例は、過度に進行した術中所見に反して、術後2年目においては再発や転移なく良好な予後を得ているので、当科での過去5年の大腸低分化腺癌症例の検討とともに若干の文献的考察を加えて報告する。

### 症 例

患者：50歳，男性

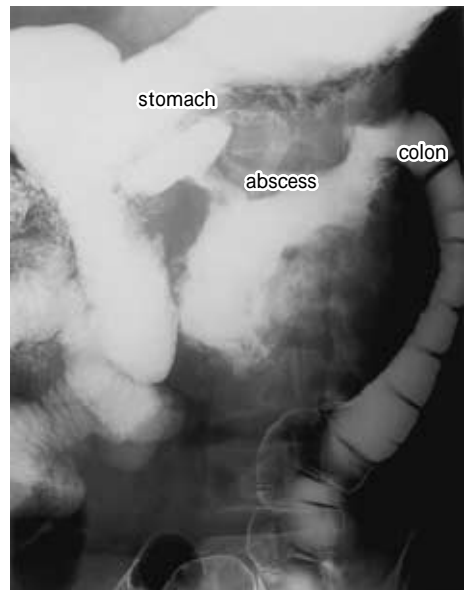
主訴：腹痛

既往歴，家族歴：特記事項なし。

現病歴：平成11年1月11日，腹痛のため当院救急外来受診，左上腹部に巨大な腫瘤を触知し白血球高値であったため内科へ入院した。腹部の超音波検査およびCT検査にて胃平滑筋肉腫が疑われた。

検査成績：RBC  $379 \times 10^4 / \text{mm}^3$ ，Hb 10.5g/dl，20Ht 31.3%，Plt  $52.7 \times 10^4$ ，WBC  $13,000 / \text{mm}^3$ ，T. Bil. 0.3 mg/dl，GOT 19IU/l，GPT 16IU/l，LDH 794IU/l，Alp 411IU/l，ChE 352IU/l， $\gamma$ -GTP 186IU/l，BUN 15.8mg/dl，Cr 0.8mg/dl，Na 140mEq/l，K 4.1mEq/l，Cl 103 mEq/l，T. Prot. 6.1g/dl，T. Chol. 200mg/dl，CRP 8.2

Fig. 1 Barium-enema showed a transverse colon tumor with remarkable extramural progression and the barium flowed into the stomach.



mg/dl，CEA 23.3ng/ml。尿蛋白(-)，尿潜血(-)。

注腸造影X線検査：横行結腸に超手拳大の腫瘤陰影を認め、壁外に進展して巨大な腔を形成し、胃大彎へ浸潤穿通していた (Fig. 1)。

腹部CT検査：横行結腸脾彎曲部から下行結腸に相

Fig. 2 CT showed a huge mass( 12 × 10cm )in the left upper abdominal region.

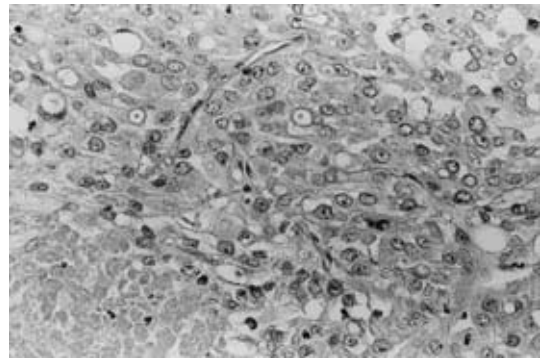


Fig. 3 Resected specimen. The tumor of the transverse colon invaded to the stomach, and formed a large abscess ( arrow )



当する左上腹部に 12 × 10cm の大きさの腫瘤があり、バリウムの貯留を認めた。画像からは mucinous adenocarcinoma または leiomyosarcoma が考えられた ( Fig. 2 )。検査の段階では、胃への浸潤および穿通を伴い巨大な腫瘤を形成する大腸癌として切除不能と考えられた。しかし、白血球数が  $20,000/\text{mm}^3$  以上の高値で 40 を越える高熱は腫瘤内腔の壊死による膿瘍形成が原因と考えられ、また腫瘍よりの出血で連日の輸血

Fig. 4 Histologically, the tumor cells proliferate in sheets and partly had mucin-containing lumina, indicating poorly differentiated adenocarcinoma. Tumor necrosis was frequently observed ( HE , × 100 ) .



を要して全身状態の悪化が危惧される状態となったため手術施行となった。

第1回目手術(平成11年2月4日):左半結腸切除術,胃全摘術,脾・膵尾部合併切除,胆嚢摘除を施行した( Fig. 3 )。

病理組織診断: Transverse colon : poorly differentiated adenocarcinoma , type-3 si ( stomach ) , ly3 , v0 aw ( - ) , ow ( - ) , n ( - ) ( Fig. 4 )。

予想に反して術後経過は比較的良好で、炎症所見や貧血は早期に改善し、全身状態は安定した。しかし、術後6か月目のCT検査にて後腹膜腫瘍を指摘された頃から全身倦怠感増強し再入院となった。入院後、諸検査の結果および遷延する炎症所見から結腸腫瘍再発、左腎門部への浸潤、空腸への瘻孔・膿瘍形成、腸閉塞と判断され再手術施行となった。

第2回目手術(平成11年11月11日):結腸部分切除および十二指腸水平部と空腸の部分切除、左腎摘除、膵体部合併切除を施行した。術後2年経過時のCEA値は  $3.4\text{ng/ml}$  と正常、大腸内視鏡検査では異常なく、腹部CT検査でも再発、転移の所見は認めなかった。

#### 考 察

大腸低分化腺癌は比較的多いとされ、大腸癌研究会による1997年の集計<sup>1)</sup>では全大腸癌6,720例中216例、3.2%となっており、各施設からは全大腸癌の2.2~7.1%<sup>2)-8)</sup>と報告されている。また、大腸低分化腺癌はss以深の深達度を示して壁外発育傾向が強く、非治癒切除の割合が高いため5年生存率が40%以下で予後不良とするものが多い<sup>2)-8)</sup>。

Table 1 Cases of poorly differentiated colorectal adenocarcinoma

No.	age/sex	tumor			pathological invasion			prognosis (months)
		type	site	size (cm)	depth	LN meta	vessel	
1	69/F	2	A	10×5	ss	n0	1y3v1	alive(66M)
2	65/F	2	D	8×8	ss	n0	1y1v1	alive(66M)
3	70/F	2	C	5×5	ss	n0	1y1v1	alive(61M)
4	75/F	2	T	4×4	si	n3	1y3v1	dead(6M)
5	55/F	5	T	10×6	se	n3	1y3v1	dead(3M)
6	58/M	3	R	10×7	al	n1	1y2v2	dead(11M)
7	79/F	2	T	9×6	ss	n0	1y0v0	alive(49M)
8	76/F	1	A	12×8	ss	n0	1y0v0	alive(48M)
9	41/F	4	S	5×2	se	n1	1y2v1	dead(5M)
10	85/F	2	C	6×6	ss	n0	1y1v0	alive(42M)
11	67/F	2	T	7×5	ss	n2	1y3v0	alive(38M)
12	75/M	2	C	9×6	si	n0	1y1v2	dead(15M)
13	59/F	4	D	18×6	se	n1	1y3v2	dead(30M)
14	89/F	2	C	10×6	ss	n1	1y1v1	alive(5M)
15	50/M ①	5	T	13×13	si	n0	1y3v0	
	51/M ②	5	T	12×7	si	n0	1y3v0	alive(24M)

松山赤十字病院外科では1996年1月より2001年6月までの期間に491例の大腸癌手術を行ったが、そのうち低分化腺癌手術例は15例(3.1%)で全国統計と同様な発生率であった。この15例は、回盲部4例、上行結腸2例、横行結腸5例、下行結腸2例、S状結腸1例、直腸1例であり、特に好発部位は認めなかった。患者の手術時年齢は、41歳から89歳(平均67.5歳)、男女比は1:4であった。腫瘍の深達度はm・sm・mpまでのものはなく、ss・a<sub>1</sub>が9例、seが3例、siが3例で、全例進行癌であった。腫瘍最大径は、5~18cmで平均9.3cmと巨大なものが多くみられた。この15例中、深達度ssの8例は健存中(最長観察期間5年6か月)であるが、seの3例、siの2例が癌性腹膜炎や肝転移によって死亡(a<sub>1</sub>の1例は他病死)している。5例の手術から死亡までの期間は、3か月から2年6か月で平均11.8か月であった(Table 1)。

今回報告した症例は横行結腸に発生した低分化腺癌であるが、初回手術と術後6か月での再発に対する2回目の手術を行い、いずれも3臓器以上の合併切除を要している。全国集計<sup>1)</sup>では、3臓器以上の合併切除を施行したのは大腸癌6,649例中47例(0.7%)のみで、本症例は極めて進行度の強い病態であり、腫瘍径12cm以上、深達度siで予後不良と判断される症例であるが、術後経過は良好である。大腸癌の予後について、Stage III~IVのみで比較すれば分化度によらず同程度の術後生存率との意見<sup>9)~11)</sup>もあることから、大腸低

分化腺癌が予後不良との認識は手術時に進行期癌が多い上に非治癒切除の割合が高いことに起因していると思われる。よって、本症例のような過度進行期の大腸低分化腺癌でも腹膜播種など手術後の癌遺残となる場合を除き、積極的な切除を検討すべきと考えられた。

本稿を終えるにあたり、診断や資料提供にご協力下さった当院胃腸センター 竹村 聡先生、瀨上忠彦先生、および病理組織診断をご教示いただいた当院病理部 中西 護先生、大城由美先生に感謝申し上げます。

#### 文 献

- 1) Kotake K, Honjo S, Koyama Y et al: Multi-institutional registry of large bowel cancer in Japan. Vol. 21. Cases treated in 1997. Japanese society for cancer of the colon and rectum, Tochigi, 2001, p1-91
- 2) 重松明博: 低分化型大腸癌の臨床病理学的研究。病理と臨 3: 1239-1249, 1985
- 3) 奥野匡宥, 池原照幸, 長山正義ほか: 大腸低分化腺癌の臨床病理学的検討。日臨外医会誌 50: 1307-1312, 1989
- 4) 藤田伸夫, 佐々木泰史, 遠藤圭介ほか: 著明な壁外進展により術前診断が困難であった大腸癌の1例。道南医会誌 25: 156-158, 1990
- 5) 西田 修: 低分化癌の特性 大腸。Karkinos 4: 163-168, 1991
- 6) 宮原栄治, 池尻公二, 前川宗一郎ほか: 大腸低分化腺癌25例の臨床病理学的検討。日消外会誌 25: 1984-1988, 1992

- 7) 今村和之, 森 巖, 宮田昭海ほか: 壁外性発育を示した進行大腸癌の1例. 長崎医学会誌 70: 239-244, 1996
- 8) 保田尚邦, 渋沢三喜, 角田明良ほか: 原発性びまん性大腸癌の6例. 日臨外会誌 60: 469-472, 1999
- 9) 田中千凱, 大下裕夫, 深田代造ほか: 大腸低分化腺癌の臨床病理学的検討. 日臨外医会誌 53: 313-317, 1992
- 10) 神野正博, 坂本浩也, 月岡雄治ほか: 大腸低分化腺癌の臨床病理学的検討. 日本大腸肛門病学会誌 45: 244-247, 1992
- 11) 福島 亘, 小西孝司, 佐原博之ほか: 大腸低分化腺癌症例の検討. 日消外会誌 26: 1013-1017, 1993

A Case of Poorly Differentiated Adenocarcinoma of the Colon with Remarkable Extramural Progression

Tetsuo Ishikawa, Ryoutarou Nakashima, Osamu Takahashi and Toshimitsu Matsusaka  
Department of Surgery, Matsuyama Red Cross Hospital

The clinicopathological features of poorly differentiated adenocarcinoma of the colon bode a poorer prognosis than well or moderately differentiated adenocarcinoma. We report a 50-year old man with poorly differentiated adenocarcinoma of the transverse colon and marked extramural invasion to the gastric wall, with massive bleeding and with huge abscess formation. At first, left hemicolectomy and total gastrectomy combined with pancreatosplenectomy was done for the tumor resection and another operation was needed due to the cancer recurrence. Contrary to our supposition, the clinical course of this case was satisfactory after 2 extensive surgical interventions. The important implication here is that although poorly differentiated adenocarcinoma of the colon has serious malignant potential, aggressive surgical treatment should be undertaken in cases without peritoneal dissemination.

Key words : poorly differentiated adenocarcinoma, colon cancer

【Jpn J Gastroenterol Surg 35 : 678-681, 2002】

Reprint requests : Tetsuo Ishikawa Department of Surgery, Matsuyama Red Cross Hospital  
1 Bunkyo town, Matsuyama city, 790-8524 JAPAN