

上行結腸原発悪性リンパ腫と低分化腺癌の衝突腫瘍の1例

新宮市立医療センター

湊 栄治 藤野 一平 杉平 宣仁
松本 収生 嶋 廣一

症例は80歳の男性で、貧血および右下腹部痛を主訴に当院を受診した。注腸造影検査および大腸内視鏡検査にて上行結腸に全周性狭窄を伴う腫瘍を認めた。生検にてGroup V, 低分化腺癌と診断、D2リンパ節郭清を伴う結腸右半切除術を施行した。摘出した腫瘍は10×8 cm大で、病理組織学的に悪性リンパ腫と低分化腺癌の衝突腫瘍を認めた。大腸原発の悪性リンパ腫と腺癌の衝突腫瘍は極めてまれであり、検索しうる範囲で、自験例を含め4例の報告を見るのみであった。

はじめに

近年、平均寿命の上昇、診断技術の進歩などにより重複癌の報告も増加している。しかし、同一腫瘍内に隣接した、いわゆる衝突腫瘍の報告は極めてまれである。今回我々は、上行結腸原発の悪性リンパ腫と低分化腺癌の衝突腫瘍の1例を経験したので報告する。

症 例

症 例：80歳，男性

主 訴：貧血，右下腹部痛

家族歴：特記事項なし。

既往歴：65歳時より心房細動，70歳時より慢性閉塞性肺疾患。

現病歴：慢性閉塞性肺疾患にて近医通院中の平成10年10月頃に貧血を指摘され，平成11年1月になり右下腹部痛が出現したため，当院内科に紹介受診となった。来院時，右下腹部に超手拳大の腫瘤を触知し，精査加療目的に当科転科となった。

入院時現症：身長158 cm，体重43.5 kg。眼瞼結膜に貧血を認めしたが，眼球結膜に黄疸は認めなかった。右下腹部に，超手拳大の腫瘤を触知したが，表在リンパ節は触知しなかった。

入院時血液検査所見：好中球優位の白血球上昇，高度の貧血およびLDH，CRPの上昇を認め

Table 1 Laboratory data on admission

WBC	14,000 / μ l
RBC	331×10^4 / μ l
Hb	7.7 g/dl
Hct	25.3 %
Plt	68.9×10^4 / μ l
TP	6.9 g/dl
Alb	2.6 g/dl
GOT	43 IU/l
GPT	26 IU/l
ALP	307 IU/l
LDH	312 IU/l
ChE	0.9 IU/l
γ -GTP	9 IU/l
T-Bil	0.4 mg/dl
BUN	19.0 mg/dl
Crea	0.7 mg/dl
Glu	100 mg/dl
Na	133 mEq/l
K	4.3 mEq/l
Cl	97 mEq/l
CRP	5.75 mg/dl
CEA	6.0 ng/ml

た。腫瘍マーカーではCEAの上昇を認めた (Table 1)。

画像所見：胸腹部単純X線写真では異常所見なし。注腸造影検査所見では上行結腸に深い潰瘍形成を伴う約10 cmにわたる全周性の狭窄像を認めた (Fig. 1)。上部消化管内視鏡検査では，異常所見を認めなかった。大腸内視鏡検査では，上

Fig. 1 Barium enema revealed a whole-circumferential stricture in the ascending colon.

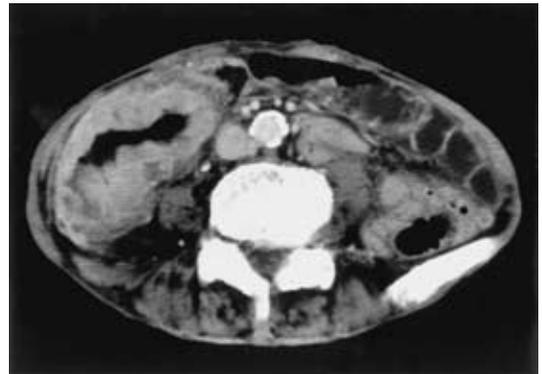


行結腸に全周性の狭窄を伴う腫瘍を認め、腫瘍より先への内視鏡の通過は困難であった。腹部CT検査所見では実質臓器に異常は認めなかったが、上行結腸に全周性の腫瘍を認めた。なお、後腹膜を含めた全身のリンパ節に明らかな腫大は認めなかった (Fig. 2)。

入院後経過：大腸内視鏡時に行った3か所からの生検ですべてに低分化腺癌が認められたため上行結腸癌と診断し、平成11年3月9日手術を施行した。下腹部正中切開にて開腹すると、壁外性に発育する超手拳大の上行結腸腫瘍を認めた。後腹膜より腫瘍を剝離、D2リンパ節郭清を伴う結腸右半切除術を施行した。

摘出標本：摘出した標本には、上行結腸に約10cmにわたる全周性増殖を示す腫瘍を認めた。重量は620gであり、漿膜面に腫瘍の浸潤は認めなかった。粘膜面には周堤様の隆起と、腫瘍の壊死に伴うと推察される潰瘍形成を認め、肉眼的には

Fig. 2 Computed tomography showed a huge mass in the ascending colon, and there is no evidence of metastasis in the liver.



進行大腸癌と考えられた。Fig. 3aは腫瘍のBauhin弁上端のレベルでの横断面である。断面は灰白色を呈する充実した腫瘍で、病理組織学的に悪性リンパ腫と腺癌の衝突腫瘍を認めた。腫瘍分布のschemaをFig. 3bに示す。

病理組織学的所見：粘膜上皮側に固有筋層まで浸潤する低分化腺癌を認めたが、漿膜下腫瘍組織の免疫組織化学染色によりDiffuse large B-cell lymphomaの共存も認めた (Fig. 4)。所属リンパ節に転移は認めなかった。全身のリンパ節に腫脹を認めず、肝臓、脾臓にも病変は認めなかったため、上行結腸原発悪性リンパ腫と低分化腺癌の衝突腫瘍と診断した。生検した組織の再検討を行ったが、腺癌の成分のみで悪性リンパ腫の成分を認めなかった。低分化腺癌の組織学的病期分類はmp, n(-), P0, H0, M(-), stage I, 悪性リンパ腫の病期的病期はAnn Arbor分類でstage IAであった。患者は経過中、MRSA肺炎を合併し、術後5か月後に死亡した。

考 察

近年、平均寿命の上昇による高齢化や画像診断の進歩により、重複癌や多発癌の報告が増加している。しかし、同一臓器内に異なった悪性腫瘍が隣接して存在するいわゆる衝突腫瘍は極めてまれである。今回我々の経験した症例は、上行結腸原発の悪性リンパ腫と低分化腺癌の衝突腫瘍であっ

Fig. 3 a : Resected specimen of the tumor was 10 × 8 × 5 cm in size and 620 g in weight. Cut surface of the tumor showed grayish-white colour. (Transversal slice)
 b : (1) Malignant lymphoma (2) Adenocarcinoma

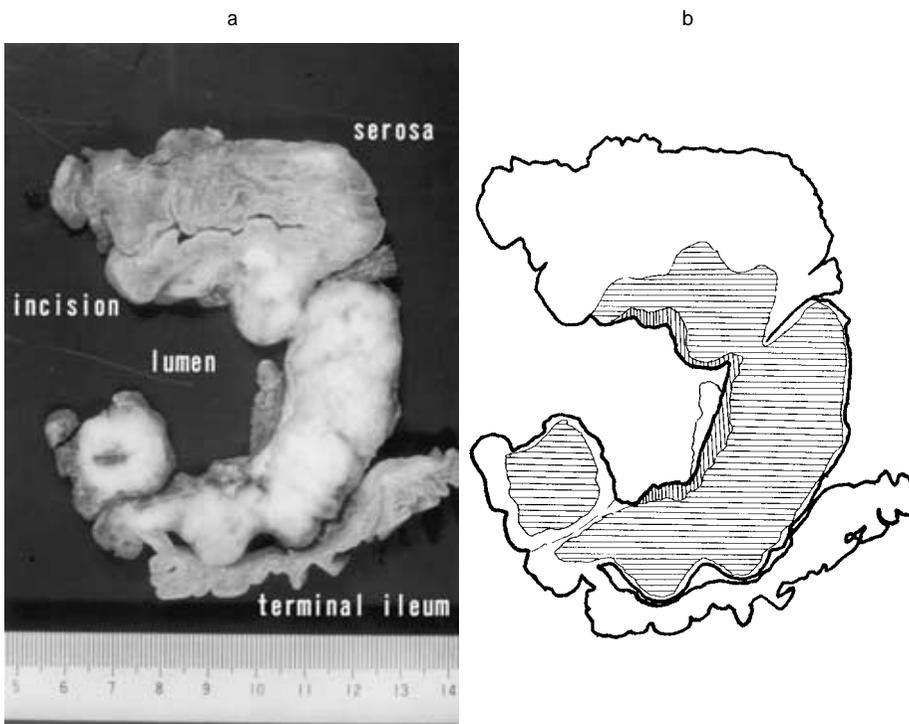
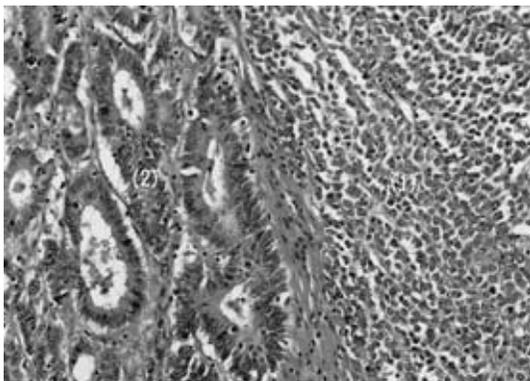


Fig. 4 Histopathological examination showed collision tumors of (1) primary malignant lymphoma and (2) poorly differentiated adenocarcinoma.



た。胃を原発とした衝突腫瘍の報告も散見される¹²⁾が、大腸原発の悪性リンパ腫と腺癌の衝突腫

瘍症例はまれである。我々が MEDLINE および医学中央雑誌(1983年～2003年2月)にて検索しえた限りでは、Kalisman ら³⁾、森谷ら⁴⁾、相谷ら⁵⁾の3例の報告を見るのみであった。

Planker ら⁶⁾は、悪性リンパ腫と腺癌の衝突腫瘍の成因に関し、悪性リンパ腫による慢性的な粘膜の刺激により腺癌が、あるいは腺癌に対する慢性的な免疫反応により悪性リンパ腫が引き起こされるとの仮説を示している。大腸悪性腫瘍中、大腸癌は近年著しい増加がみられているが、大腸原発悪性リンパ腫の頻度は、全大腸悪性腫瘍の0.1%～0.5%であるとされている^{7,8)}。その稀少さゆえに、重複癌が発生する原因に関してははっきりした定説はない。平均寿命の延長に伴う老化が1つの要因として考えられるが、異時性の重複癌に関しては、初発の悪性腫瘍に対する化学療法や放射線療法が2次発癌の引き金になっている可能性も示唆され

ている⁹⁾。我々の症例は衝突腫瘍,つまり同時性であったため2次発癌の要因となりうる化学療法などはされておらず,加齢が1つの要因であったと考えられる。高齢化社会が進む現在,同時性,異時性を問わず重複癌症例の増加が見込まれるため,臨床にあたり常に念頭におくべきと考えられる。

文 献

- 1) Abraham C, Gad L, Isaac SE : The simultaneous coexistence of adenocarcinoma and malignant lymphoma in the stomach. *J Surg Oncol* 30 : 42 45, 1985
- 2) Beng-Choo T, Swee H : Collision tumor of the stomach. *Chang Gung Med J* 12 : 167 173, 1989
- 3) Kalisman M, Beer RD, Pfeffer H : Adenocarcinoma arising from a lymphoma-case report. *Clin Oncol* 5 : 85 89, 1979
- 4) 森谷 皓, 小山靖夫, 湊 啓輔ほか : 進行盲腸癌 病変中に微小悪性リンパ腫を認めた重複癌の一例. *癌の臨* 31 : 894 899, 1985
- 5) 相谷雅一, 柏木雄次郎, 渡辺雅俊ほか : 横行結腸原発性悪性リンパ腫と腺癌の COLLISION TUMOR の一例. *大阪警察病医誌* 11 : 97 103, 1987
- 6) Planker M, Fischer JT, Peters U et al : Synchronous double primary malignant lymphoma of low grade malignancy and early cancer (collision tumor) of the stomach. *Hepatogastroenterology* 31 : 144 148, 1984
- 7) Schttenfeld D : Concluding commentary for the international workshop on multiple primary cancer. *Cancer* 40 (suppl) : 1982 1985, 1977
- 8) Bordin GM, Key CR, McQuade CE et al : Multiple primary cancers. *Cancer* 40 : 1793 1800, 1977
- 9) 今津浩喜, 船曳孝彦, 落合正宏ほか : 大腸癌切除時の郭清リンパ節に節性悪性リンパ腫を認めた一例. *日臨外会誌* 59 : 1592 1595, 1998

A Case of Collision Tumor of Primary Malignant Lymphoma and Poorly-differentiated Adenocarcinoma in the Ascending Colon

Eiji Minato, Ippei Fujino, Nobuhito Sugihira, Kazuo Matsumoto and Kouichi Shima
Shingu Municipal Medical Center

An 80-year-old male was admitted to our hospital complaining of anemia and a right lower quadrant abdominal pain. A barium enema examination revealed a whole-circumferential stricture in the ascending colon. A colonoscopy visualized advanced colon cancer, and a biopsy specimen revealed a poorly differentiated adenocarcinoma. Right hemicolectomy with regional lymph node dissection (D2) was performed. The resected specimen revealed the tumor to be 10 × 8 cm in size. Histopathological examination revealed a collision tumor of primary malignant lymphoma and poorly differentiated adenocarcinoma. Collision tumors of malignant lymphoma and adenocarcinoma are rare, to our knowledge, this is only the fourth case to be reported in medical literature

Key words : malignant lymphoma, adenocarcinoma, collision tumor in the ascending colon

[*Jpn J Gastroenterol Surg* 37 : 213 216, 2004]

Reprint requests : Eiji Minato Shingu Municipal Medical Center
18 7 Hachibuse, Shingu, 647 0072 JAPAN