

〔症例〕 骨盤内に巨大腫瘍を形成した回腸癌の1治療例

白井芳則* 斉藤典男* 井原真都*
新井竜夫* 布村正夫* 谷山新次*
横山正之* 井上育夫* 中山肇*
小田奈芳紀* 更科広実* 奥井勝二*
井坂茂夫** 島崎淳**

(昭和63年4月11日受付, 昭和63年4月22日受理)

Key words: 小腸癌, 回腸癌, 骨盤内腫瘍

略語一覧: CEA: Carcinoembryonic antigen

はじめに

原発性小腸癌のうち空・回腸癌の発生頻度は極めて低く, また本疾患には特有の症状が少ないため早期診断が困難で, 術前に確定診断のつかない症例も多い。今回我々は, 術前に膀胱後面の悪性腫瘍を疑い, 回腸および右半結腸切除, 膀胱全摘術により回腸癌と診断された1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

患者: 65歳, 男性

主訴: 発熱, 下腹部痛

家族歴: 特記すべきことなし

既往歴: 37歳時, 肺結核のため左肺上葉切除。63歳時, 心筋梗塞。64歳時, 尿道狭窄のため内尿道切開術。

現病歴: 昭和62年4月, 発熱, 下腹部痛出現し近医入院。骨盤内腫瘍と診断され, 抗生剤投与などの保存療法で軽快。8月7日より再び同様の症状が出現したため近医入院。諸検査の結果膀胱後面の腫瘍を指摘され, 精査目的のため9月5日当院泌尿器科へ転院した。

入院時現症: 身長170cm, 体重55.5kg。栄養状態やや不良。眼瞼結膜に軽度貧血を認めるが黄疸なし。表在リ

ンパ節触知せず。胸部に異常所見なし。右下腹部に圧痛を伴う4×3cm大の腫瘍を触知するほか腹水なく肝・脾を触知せず。

入院時検査所見: 血液検査では白血球増多と貧血を, 生化学検査では電解質異常を認めた(表1)。検尿では, 蛋白(+), 尿沈渣では各視野に赤血球および白血球を多数認めた。CRPは5(+), CEAは16.9ng/ml(正常値: 2.5ng/ml以下)と高値を示した。

注腸X線所見: 注腸X線像では直腸, S状結腸および盲腸に矢印の如く壁外性の圧排所見と, 上行結腸に憩室の所見を認めた(図1)。

腹部超音波検査所見: 腹部エコー像では, 膀胱後面に膀胱と接する7×6.5cm大の内部不均一な腫瘍陰影が描出された(図2)。

直腸内超音波断層所見: 経直腸的超音波断層像でも同様に, 膀胱右側後面に内部不均一な腫瘍像を認めた(図3)。膀胱との境界は不明瞭で膀胱壁への浸潤が強く疑われたが, 直腸壁には異常所見を認めなかった。

腹部CT所見: 膀胱後面に内部不均一な腫瘍を認め, 膀胱壁との境界は不明瞭であった(図4)。超音波所見とほぼ同一の所見を呈していた。

腹部MRI: MRIではT₂強調像において骨盤腔内

* 千葉大学医学部外科学第一講座, **同泌尿器科学講座

Yoshinori SHIRAI*, Norio SAITOH*, Masato IHARA*, Tatsuo ARAI*, Masao NUNOMURA*, Shinji TANIYAMA*, Masayuki YOKOYAMA*, Ikuo INOUE*, Hajime NAKAYAMA*, Naoki ODA*, Hiromi SARASHINA*, Katsuji OKUI*, Shigeo ISAKA** and Jun SHIMAZAKI**: A Case of the Iliac Cancer Forming Giant Tumor in the Pelvic Cavity.

* First Department of Surgery, ** Department of Urology, School of Medicine, Chiba University, Chiba 280.

Received April 11, 1988. Accepted April 22, 1988.

表 1. 入院時一般検査所見

WBC	10,800/mm ³	TP	6.5g/dl
RBC	325×10 ⁴ /mm ³	GOT	15IU
Hb	8.7g/dl	GPT	13IU
Ht	27.2%	LDH	133IU
Plt	39.3×10 ⁴ /mm ³	Na	131mEq/l
		K	4.9mEq/l
		Cl	95mEq/l
尿：比重	1.008	FBS	93mg/dl
蛋白	(+)	CRP	5(+)
糖	(-)		
尿沈渣：		CEA	16.9ng/ml
RBC/F	多数	CA19-9	0U/ml
WBC/F	100		



図 1. 注腸X線所見

直腸，S状結腸および盲腸に壁外性圧排所見を認める。

に高信号を呈する巨大な腫瘤を認めた（図5）。膀胱壁に接していたが膀胱の粘膜面は保たれていることから、膀胱内より発生する腫瘍は否定された。

以上の画像所見と CEA 値などから膀胱後面の悪性腫瘍が疑われ、小腸造影や腹部血管造影が予定されていた。しかし10月初旬より嘔気、嘔吐をくり返す様になり10月3日にはイレウス状態となった（図6）。保存的治療で軽快しないため、10月5日当科に紹介され緊急手術を施行した。

手術所見：開腹時、骨盤腔内に回腸末端および膀胱を巻き込む巨大な腫瘍を認め、腸管膜、右外腸骨動脈および腹部大動脈領域にリンパ節腫脹を多数認めた。腹膜には異常所見なく、肉眼的に肝転移も認めなかった。このためシェーマ（図7）に示す範囲のごとく、可及的に回腸および右半結腸切除、膀胱全摘術を行い、尿管皮膚瘻

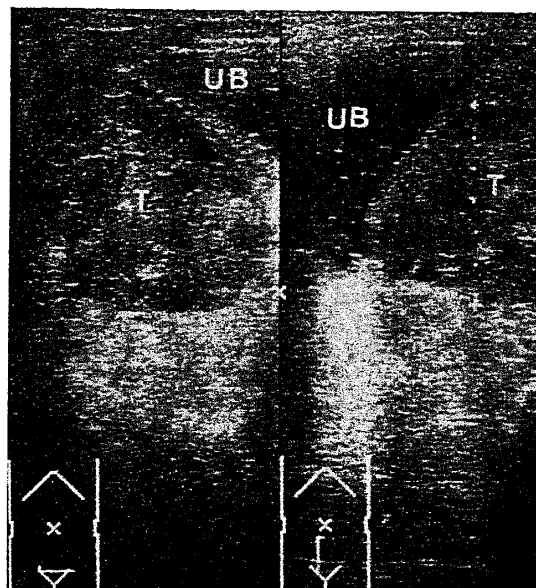


図 2. 腹部超音波検査所見

膀胱後面に7×6.5 cmの腫瘍エコー像を認める。T：腫瘍，UB：膀胱

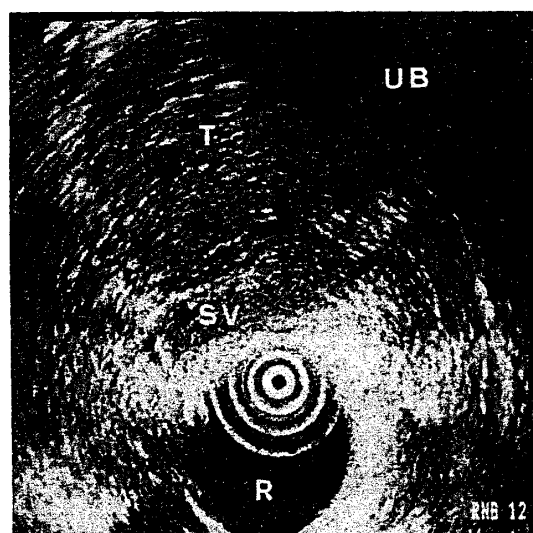


図 3. 直腸内超音波断層所見

膀胱後面に腫瘍エコー像を認めるが、直腸壁には異常を認めない。

T：腫瘍，UB：膀胱，SV：精囊，R：直腸

を造設した。

切除標本肉眼所見：腫瘍は10×5 cm 大であり回盲部より5 cm 口側の回腸粘膜面から膀胱壁まで一塊となり、腫瘍内に壊死や膿瘍形成を認めた（図8）。回腸の腫瘍は隆起型で中央に潰瘍を有し管腔のほぼ全周を占めていた。またこれより口側の回腸粘膜面に軽度の浮腫状変化を認めた。

病理組織学的所見：病理組織学的検索では、回腸粘膜面より乳頭状に増殖した高分化型腺癌であり（図9）、癌浸潤は膀胱壁筋層まで認められた。膀胱粘膜面は出血性

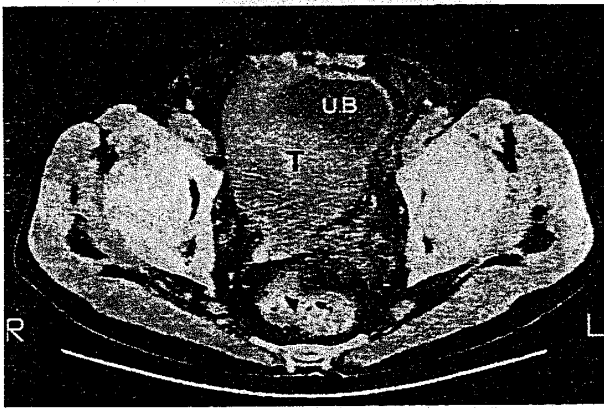


図 4. 腹部 CT 所見
膀胱後面に内部不均一な腫瘍像を認め膀胱との境界は不明瞭である。T：腫瘍，UB：膀胱



図 6. 腹部単純X線所見
小腸に鏡面像を認める

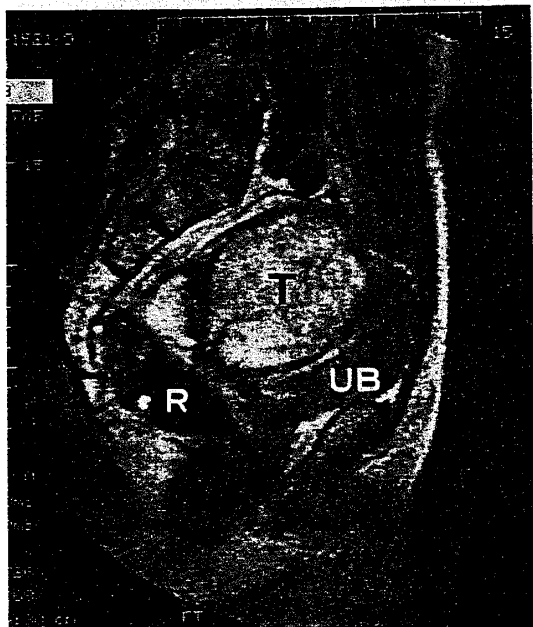


図 5. 腹部 MRI
骨盤腔内に巨大な腫瘍が存在し膀胱壁におよぶが、膀胱粘膜は保たれている。
T：腫瘍，UB：膀胱，R：直腸

膀胱炎の所見であり、悪性所見は認めなかった。

術後経過：術後経過は良好であり、術後24日目に退院し、5ヶ月後の現在外来通院にて Fluorouracil を服用し経過観察中である。現時点において再発の所見を認めず社会復帰している。

考 察

原発性小腸癌は稀な疾患であり、全腸管癌中 1.1%～1.3%の頻度と報告されている^{1,2)}。胃癌や大腸癌に比べ小腸に癌の発生が少ない理由として、小腸には固定された屈曲がなく腸内容の通過時間が速いこと、小腸内が無

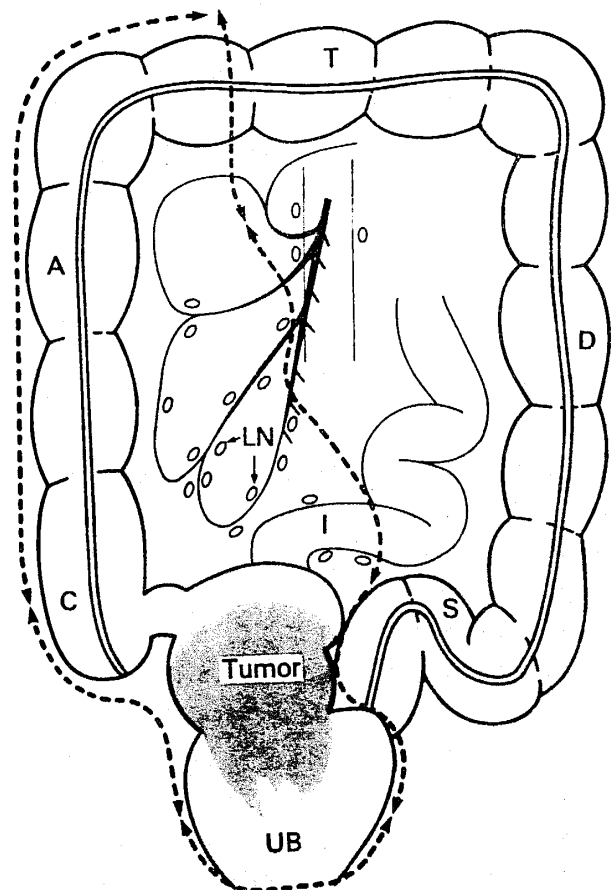


図 7. 手術所見 (シェーマ)
回腸および右半結腸切除，膀胱全摘術施行
C：盲腸，A：上行結腸，T：横行結腸，D：下行結腸，S：S状結腸，I：回腸，UB：膀胱，LN：リンパ節



図 8. 切除標本肉眼所見
腫瘍は 10×5 cm 大で小腸粘膜面より膀胱壁まで連続性である。矢印は膀胱粘膜を示す。

菌であること、内因性防御機構としての免疫グロブリンやある種の酵素の関与などが考えられているがいまだ解明されていない⁹⁾。部位別頻度をみると十二指腸が最も多く、次いで空腸、回腸の順である⁹⁾。十二指腸由来のものでは、papilla vater 周辺に発生した場合にその発生母地が明確でないことが多いため、小腸癌と区別して考えられることが多い⁵⁾。空腸癌は Treiz 靱帯から 50cm 以内に、回腸癌は Bauhin 弁から 50cm 以内にそれぞれ 77%, 68% が存在し、空回腸移行部にはほとんど発生していない⁶⁾。性別では男性にやや多く、平均年齢は 50 歳台との報告が多い^{6,7)}。

空・回腸癌には特有の症状はみられず、自覚症状としては嘔吐、腹痛、腹部膨満感、悪心、腫瘤触知、下血、体重減少などが多い。他覚症状としては、腸閉塞症状、腫瘤触知、消化管出血の順に多い⁶⁾。

小腸癌の診断は困難なことが多く、野本ら⁶⁾は術前の X 線検査で空腸癌の 23.1%, 回腸癌の 6.1% に診断が可能であったとしている。近年、小腸内視鏡診断の進歩により術前に癌と診断された例も報告されているが^{8,9)}、それらはいずれも空腸癌であり、回腸癌の術前診断は極めて困難と考えられている。朝倉らは、挿管による小腸二重造影が癌の存在診断や部位診断に優れており、腹部血管造影は腫瘍の拡がりや浸潤の程度を知る上で有用であったと報告している¹⁰⁾。本症例はこのような検査を行おうとした矢先にイレウス状態となり、緊急手術が施行されたため術前に確定診断は得られなかった。いずれにしても小腸癌、とくに回腸癌の診断にはこれらの検査と



図 9. 組織学的所見
小腸粘膜より発生した高分化型腺癌である。

体部 CT スキャン、MRI などの各種検査を組み合わせ総合的に判断することが必要である。

小腸癌の肉眼形態分類には統一されたものがみられない。渡辺らは癌腫を隆起型と潰瘍型に分類しており、隆起型では 3 例中 3 例が、潰瘍型では 16 例中 8 例が輪状狭窄を示したと報告している¹¹⁾。また潰瘍型のうち 3 例が管外発育を示し狭窄を認めなかったとしているが、本症例は隆起型病変の中央に小さな潰瘍を有し、主に管腔外へ発育したにもかかわらず輪状狭窄をきたした症例であった。

小腸癌は組織学的に腺癌、髄様癌、硬性癌などに分けられるが、大部分は腺癌で占められており中～高分化型のものが多い¹¹⁾。本症例も回腸粘膜より乳頭状に発生した高分化型腺癌であり、膀胱壁筋層まで連続性浸潤を認めた。

治療はリンパ節郭清を伴った切除術が原則であり、化学療法や放射線治療などでは効果が少ないとされている^{5,7,12)}。本症例は回腸末端から 5 cm 口側に癌腫が存在し、膀胱壁への浸潤を認めたため、可及的に回腸および右半結腸切除、膀胱全摘術を施行した。病理組織学的検索では郭清したリンパ節に転移を認めず、根治手術を施行し得たものと判断された。

小腸癌の予後に関しては早期発見が少ないことにくわ

え、リンパ節転移や周囲への浸潤、播種、血行性転移が比較的速やかなことなどから、一般的に予後不良とみなされている⁹⁾。これまでの5年生存率についてみるとWilson ら⁷⁾は15%、梶谷ら¹⁾は20%、Reyes ら¹³⁾は14%、Bridge & Perzin ら¹⁴⁾は12.5%と報告しており、胃癌、大腸癌に比して成績は悪い。

以上のごとく本疾患は予後不良であるため、本症例は再発、転移に留意し、抗癌剤投与を長期に行い、慎重に経過観察している。

おわりに

術前の諸検査で膀胱後面の悪性腫瘍が疑われ、経過中にイレウスを合併し、緊急手術により回腸癌と診断された1例を経験したので文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 梶谷 鑑, 高橋 孝: 腸癌. 日本臨床 32, 2276-2291, 1974.
- 2) Dormann, J. E., Floyd, C. E. and Cohn, I. Jr.: Malignant neoplasms of the small bowel. Am. J. Surg. 113, 131-136, 1967.
- 3) 沢田俊夫, 武藤徹一郎, 森田恭彦: 小腸の原発性腫瘍. 外科 47, 1015-1019, 1985.
- 4) 松尾健二, 福田一正, 土山秀夫, 深堀知宏, 前田潤平: 回腸にみられた未分化癌の1例. 癌の臨床 33, 434-437, 1987.
- 5) 藤本 茂, 赤尾建夫, 橋川征夫, 高橋 誠, 宮崎 勝, 遠藤文夫, 伊藤健次郎: 原発性空腸癌の一症例とその文献的考察. 癌の臨床 24, 727-731, 1978.
- 6) 野本信之助, 菅家 透, 小林武夫, 大塚秋二郎, 磯部 潔, 仁熊 浩, 梅園 明: 原発性空回腸癌—自験3例の報告と本邦集計200例の統計的考察—. 癌の臨床 25, 53-58, 1979.
- 7) Wilson, J. M., Melvin, D. B., Gray, C. F. and Thorbjarnarson, B.: Primary malignancies of the small bowel: a report of 96 cases and review of the literature. Ann. Surg. 180, 175-179, 1974.
- 8) 遠藤義彦, 森井 健, 奥田 茂, 田村 宏, 酒井淑子, 松田 一, 谷口健三, 寺沢敏夫, 谷口春生: 小腸ファイバースコープによって診断された空腸癌の1例. Gastroenterol. Endosc. 17, 863-867, 1975.
- 9) 田中啓二, 岡田安浩, 富岡 武, 平橋高賢, 奥村 恂, 田中 昭, 為末紀元: 小腸内視鏡にて確診しえた原発性空腸癌の1例. 胃と腸 11, 787-792, 1976.
- 10) 朝倉 均, 渡辺 守, 相磯貞和, 三浦総一郎, 小林研介, 日比紀文, 森下鉄夫, 土屋雅春, 杉野吉則, 熊倉賢二: 小腸腫瘍診断のための諸検査法の意義. 胃と腸 16, 999-1008, 1981.
- 11) 渡辺英伸, 岩淵三哉, 岩下明德, 城戸英希: 原発性の空・回腸腫瘍の病理—肉眼形態と組織像の対比—. 胃と腸 16, 943-957, 1981.
- 12) 葛西洋一, 秦 温信: 小腸腫瘍. 外科診療 22, 657-662, 1980.
- 13) Reyes, E. L. and Tally, R. W.: Primary malignant tumors of the small intestine. Am. J. Gastroenterol. 54, 30-43, 1970.
- 14) Bridge, M. F. and Perzin, K. H.: Primary adenocarcinoma of the jejunum and ileum. A clinicopathologic study. Cancer 36, 1876-1887, 1975.