

# 食道胃接合部癌術後にイレウスを契機に発見された 転移性大腸癌の1例

|             |   |
|-------------|---|
| 著者          | 森 治樹, 三宅 亨, 園田 寛道, 清水 智治, 植木 智之, 飯田 洋也, 山口 剛, 貝田 佐知子, 谷 眞至  |
| 雑誌名         | 滋賀医科大学雑誌  |
| 巻           | 30  |
| 号           | 1   |
| ページ         | 81-84   |
| 発行年         | 2017-03-09  |
| その他の言語のタイトル | A case of metastatic colon cancer detected due to a bowel obstruction following surgery for esophagogastric junction cancer |
| URL         | <a href="http://hdl.handle.net/10422/00012302">http://hdl.handle.net/10422/00012302</a>                                     |



—症例報告—

## 食道胃接合部癌術後にイレウスを契機に発見された転移性大腸癌の1例

森 治樹<sup>1)</sup>, 三宅 亨<sup>1)</sup>, 園田 寛道<sup>1)</sup>, 清水 智治<sup>1)</sup>, 植木 智之<sup>1)</sup>, 飯田 洋也<sup>1)</sup>,  
山口 剛<sup>1)</sup>, 貝田 佐知子<sup>1)</sup>, 谷 眞至<sup>1)</sup>

1) 滋賀医科大学 外科学講座 消化器外科 乳腺一般外科

## A case of metastatic colon cancer detected due to a bowel obstruction following surgery for esophagogastric junction cancer

Haruki MORI<sup>1)</sup>, Toru MIYAKE<sup>1)</sup>, Hiromichi SONODA<sup>1)</sup>, Tomoharu SHIMIZU<sup>1)</sup>, Tomoyuki UEKI<sup>1)</sup>,  
Hiroya IIDA<sup>1)</sup>, Tsuyoshi YAMAGUCHI<sup>1)</sup>, Sachiko KAIDA<sup>1)</sup>, and Masaji TANI<sup>1)</sup>

1) Department of Surgery, Shiga University of Medical Science

### 要旨

今回、我々は食道胃接合部癌術後にイレウスを契機に発見された転移性大腸癌の症例を経験した。症例は63歳男性。食道胃接合部癌術後の経過観察中にイレウスを発症し、入院加療となった。保存的加療で軽快を認めず、精査で下行結腸狭窄に伴うイレウスと判明し、生検組織診で食道胃接合部癌の腫瘍組織に類似した腫瘍細胞が検出された。胸腹部造影CT検査で、他に遠隔転移・再発を疑う所見は認めず、開腹下行結腸部分切除術を施行した。病理組織学的に粘膜下層から筋層を主体に中分化管状腺癌が増生しており、食道胃接合部癌の病理組織と比較して類似の組織像を認め、食道胃接合部癌の転移性大腸癌と診断した。

転移性大腸癌は大腸癌全体の0.1~1%に認め、比較的にまれな疾患である。転移性大腸癌は原発性大腸癌との鑑別が問題になることがあり、定まった治療方針が無いのが現状である。自験例のようにイレウスを発症する場合もあり、腫瘍の病勢、患者の状態を把握しながら手術のみならず、化学療法を含めた集学的治療を行うことが肝要と思われる。

キーワード：転移性大腸癌、胃癌、イレウス

### はじめに

胃癌の腹膜播種や直接浸潤が結腸を侵すことはしばしば経験するが、血行性、リンパ行性による胃癌の大腸転移は珍しい。転移性大腸癌は大腸癌全体の0.1~1%とされており、転移性大腸癌は内視鏡下生検での病理診断陽性率は低く、原発性大腸癌との鑑別が問題になる[1]。転移形式も不明なことが多く、手術適応も含めて定まった治療方針が無いのが現状である。今回、食道胃接合部癌術後にイレウスを契機に発見された転移性大腸癌を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

### 症例

**患者**：63歳、男性

**主訴**：腹痛、嘔気

**既往歴**：心筋梗塞、糖尿病

**現病歴**：食道胃接合部癌(61歳時)に対して、胃全摘+脾摘+D2リンパ節郭清+腹腔内温熱化学療法(Hyperthermic Intraperitoneal chemotherapy:HIPEC)(pT4aN3M0 Stage III C 90×90mm Type4 moderately differentiated tubular adenocarcinoma)(術後補助化学療法 TS-1(80mg/day)2年間内服)。術後2年2ヶ月後の経過観察中、腹痛と嘔気を認め当科外来受診した。精査の腹部CT検査で小腸拡張を認め、イレウスの診断

Received: January 13, 2017. Accepted: March 9, 2017

Correspondence: 滋賀医科大学外科学講座 森 治樹

〒520-2192 大津市瀬田月輪町

hmori@belle.shiga-med.ac.jp

で保存的加療目的に入院となった。

**入院時現症：**身長 175.8cm, 体重 68.5kg, BMI 22.1, 体温 35.9℃, 血圧 110/45mmHg, 脈拍 57bpm 整。腹部膨満を認めたが, 明らかな腫瘤等は触知しなかった。

**入院時血液検査所見：**白血球 8800/mm<sup>3</sup>, CRP 0.86mg/dL と軽度炎症所見を認める以外には生化学検査に異常所見を認めなかった。腫瘍マーカー (CEA 2.6ng/ml, CA19-9 11U/mL) も正常範囲内であった。

**入院後経過：**イレウスに対して絶飲食で経過観察を行い, 症状の改善を一時認めたため飲食を開始した。食事開始 7 日目に, 再度腹部膨満, 腹痛症状の再燃を認めた。腹部レントゲン写真で下行結腸に便塊貯留を認めたため, 器質的疾患を疑い精査方針となった。

**下部消化管内視鏡検査：**下行結腸に発赤を伴う狭窄所見を認め, 内視鏡の通過は困難であった (図 1)。

**下部消化管内視鏡 生検結果：**粘膜層に軽度の虚血性障害を認めた。粘膜固有層に異型腺管を認め, 食道胃接合部癌の腫瘍組織に類似していた。

**内視鏡下逆行性造影検査：**下行結腸に 38mm にわたる病変を認め, 全周性の狭窄を呈していた (図 2)。

**腹部 CT 検査：**下行結腸に造影効果を示す全周性壁肥厚が認められた (図 3, 図 4)。周囲リンパ節腫脹は認めず, 他に明らかな遠隔転移・再発を疑う所見は認めなかった。また臍上部に 100×75mm の腹壁癒痕ヘルニアを認めた。

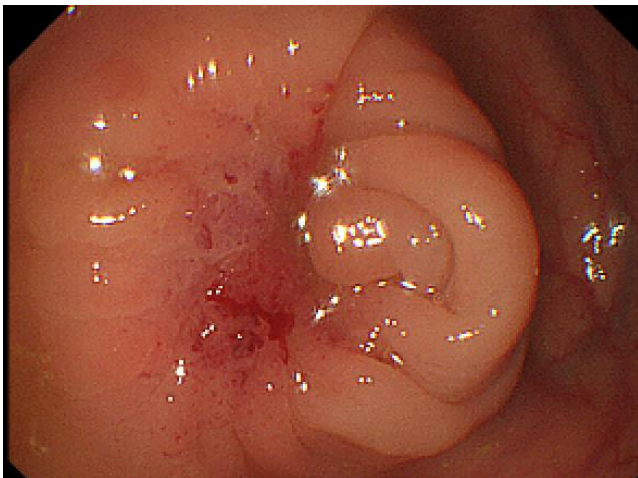


図 1. 下部消化管内視鏡検査所見

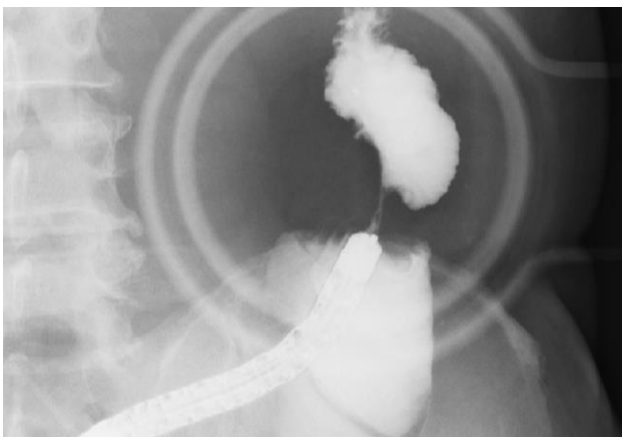


図 2. 内視鏡下逆行性造影検査所見

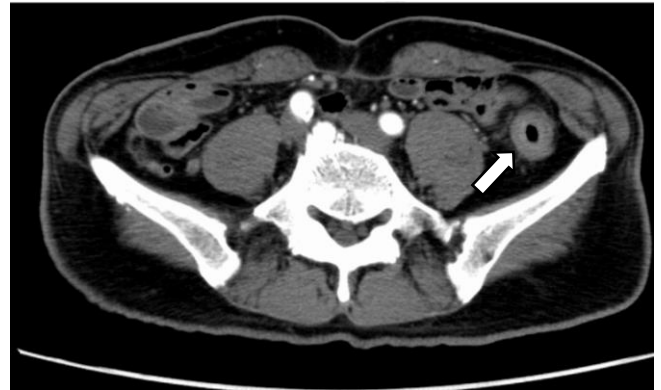


図 3. 腹部造影 CT 検査所見 (水平断)

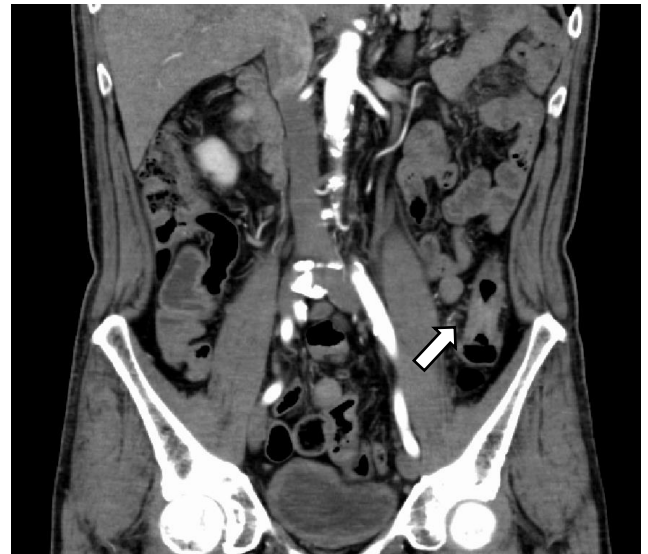


図 4. 腹部造影 CT 検査所見 (冠状断)

以上より胃癌術後の転移性大腸癌による下行結腸狭窄と診断し, 他臓器転移も認めないことより下行結腸部分切除術を行うこととした。

**手術所見：**全身麻酔下, 仰臥位で手術を開始した。前回の手術創に沿って皮膚切開を加えた。横行結腸と腹壁の線維性癒着を軽度認めた。腹腔内を観察したが, 明らかな腹膜播種, 肝転移は認めず, 術中迅速腹水細胞診を提出したが陰性であった。下行結腸に狭窄部位と思われる硬い腫瘤を触知した。上部直腸から脾弯曲部まで尿管, 性腺動静脈を温存しながら, 外側より下行結腸授動を行った。リンパ節郭清は行わず, 結腸の血流が良好な部位で線状自動縫合器を用いて機能的端々吻合を行った。腹壁癒痕ヘルニアに対しては Components separation 法を行い, 癒痕ヘルニア部の両側外腹斜筋内側縁の腱膜部に減張切開を加え, 単純閉鎖を行い閉腹した。手術時間は 159 分, 出血量は 40ml であった。

**切除標本：**下行結腸に壁肥厚を伴う全周性の 38×30mm の腫瘤を認めた。粘膜面は発赤し潰瘍形成を伴っていた (図 5)。

**病理組織学的検査所見：**(colon, partial resection – Tubular adenocarcinoma, metastatic, compatible with



食道胃接合部癌術後にイレウスを契機に発見された転移性大腸癌の1例

esophagogastricjunction origin.) 病変は粘膜下層から筋層を主体に中分化管状腺癌が増生しており漿膜面への浸潤を認め、脈管侵襲、神経侵襲を伴っていた。大腸粘膜には癌細胞は認められず、原発性大腸癌は否定的であった。腫瘍形態は既往の食道胃接合部癌の病理組織と比較して類似の組織像を認め、転移性大腸癌と診断した(図6, 図7)。

**術後経過**：術後合併症無く経過し、術後12日目に退院となった。



図5. 結腸切除標本写真

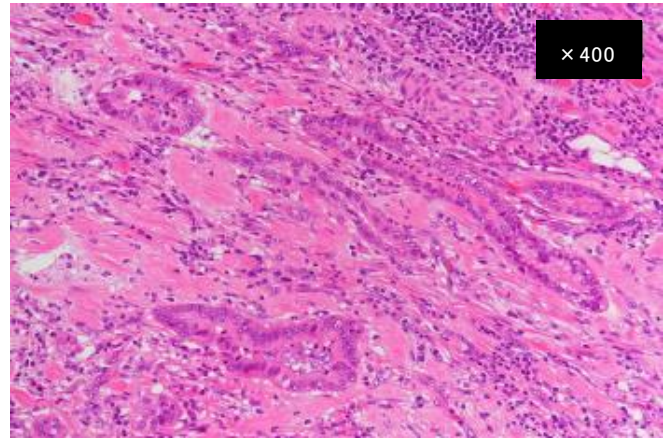
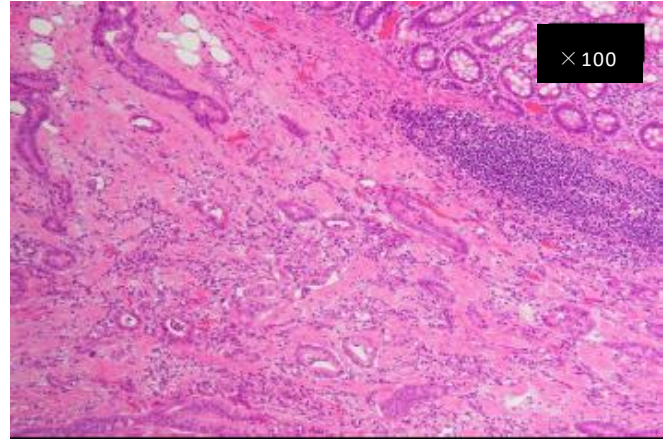


図7. 切除結腸(HE染色)

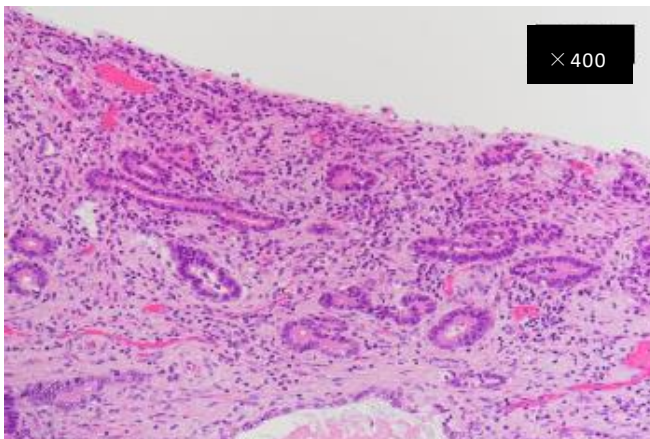
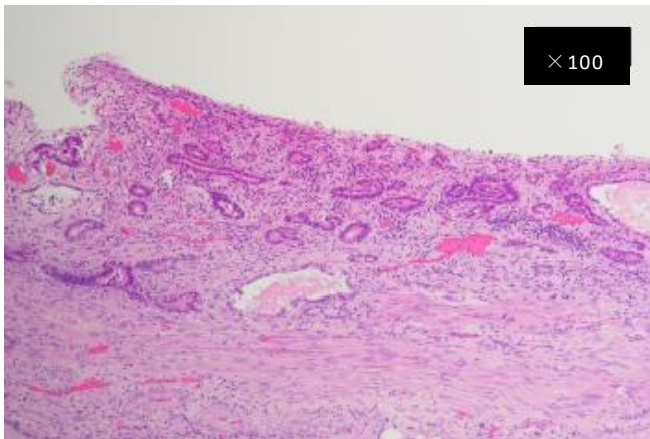


図7. 切除胃(HE染色)

## 考察

今回、我々は食道胃接合部癌術後にイレウスを契機に発見された転移性大腸癌を経験した。本邦では転移性大腸癌の原発巣は胃癌が最も多いといわれ、他にも子宮、卵巣、膵臓、乳腺、腎臓、肺、前立腺などの報告も散見されている[2][3]。転移性大腸癌を認める胃原発巣の病理組織学的特徴として、深達度がSS以深、組織型は低分化型腺癌、印環細胞癌が多く、転移再発部位は横行結腸、S状結腸、直腸、下行結腸、上行結腸の順に多いとされている[3][4]。本症例では食道胃接合部癌の組織型は中分化型腺癌であったが、深達度はSEであった。過去の報告例をみても、本症例のように原発癌か転移性大腸癌か鑑別に苦慮する 경우가少なくなく、術前の生検による病理学的所見は重要であると考えられる。しかし、内視鏡検査は多彩な所見を呈するが特異的なものはなく、大腸壁外からの転移巣が粘膜面近くにまで浸潤して初めて病理診断が下されることが、生検組織診による正診率がわずか20%程度とする理由であるという報告[5]もある。自験例は生検組織診で転移性大腸癌が疑われたが、確定診断を得ないまま治療に踏み切るかどうか判断に苦慮する場合や、生検組織診で腫瘍細胞が検出されず治療介入が遅れる症例も報告されている[6]。転移性大腸癌の確定診断は病理学的所見が最も有用であり、自験例は免疫染色を施行しておらず、免疫染色による粘液形質が胃型であることの証明は出来ていないが、以前の食道胃接

合部癌細胞と形態的に類似していること、大腸粘膜に明らかな腫瘍細胞が認められず、粘膜下層から筋層を主体に腫瘍細胞の増殖像を呈することから、転移性大腸癌と診断した。

転移性大腸癌の形態的注腸像に関して、管腔内 *implantation* や壁内転移を除いては、大腸壁外の漿膜側から逆行性に粘膜面に増殖してくること[2]より、粘膜より発生する原発大腸癌とは大きく異なる[6]。石川ら[5]は注腸像の形態的特徴により、収束型・圧排型・びまん型の3型に分類した。腸管の長軸方向の平衡したひだの集合像である収束型が70%と最も多く、腸管外からの圧排型、原発性びまん浸潤癌に相当するびまん型と続くとしており、病勢が進行するに従い、収束型、収束型+圧排型、びまん型に変化すると報告している。自験例はびまん型による全周性狭窄を来しており、腸管狭窄によるイレウスで発症したのも病勢進行の結果と考えられた。

転移再発までの期間は、癌の遺残量、遺残した癌の部位とその環境、癌の進行速度、宿主の抵抗性などの因子が関与しているとされている[7]。大田らは再発までの期間を2年未満までの早期転移再発、2年以上5年未満の中期転移再発、5年以上の晩期転移再発に区切り、早期転移再発では再手術率が15.8%で予後不良であり、晩期転移再発では再手術率100%で予後も比較的良好と報告している[3]。予後については、再発後の平均生存期間が早期転移再発5.7ヶ月、中期転移再発19.7ヶ月、晩期転移再発15.3ヶ月と、再発までの期間が長いと切除率は高く、生存期間の延長が期待されると言われている[4]。

転移機序についても不明なことが多く、統一した見解がないのが現状で、血行性、リンパ行性、腹膜播種巣からの転移、腸管膜を介しての連続性進展による結腸壁への浸潤が考えられている。三輪ら[8]は腹膜播種のみられない *Krukenberg* 腫瘍と同じ、腹膜播種の一表現型であると述べており、さらに力武ら[9]は手術操作中のリンパ管切断によるリンパ管内癌細胞の *implantation* による転移機序について報告しているが、いずれも推察の域を出ない。

自験例は胃癌術後2年2ヶ月での再発であり、太田ら[3]の分類に当てはめると中期転移再発となる。手術でR0切除を行えたとしても、早期に腹膜播種再発を来し急な転帰を取った報告[10]もあれば、術後5年以上の長期生存例も報告[11][12]されており、転移性大腸癌に対する手術適応について定まった見解が無いのが現状である。しかし、消化管転移は自験例の如くイレウスや、出血を起こす可能性がある以上、患者の全身状態、臨床症状を考慮して手術適応を考慮する必要がある。手術を含めた集学的治療を視野に入れた治療戦略を立てることが重要であると思われる。

## 文献

- [1] Balthazar EJ, Rosenberg HD, Davidian MM : Primary and metastatic scirrhus carcinoma of the rectum. *AJR Am J Roentgenol*, 132:711-715,1979
- [2] 小林広幸, 瀧上忠彦, 堺 勇二, 他 : 転移性大腸癌の形態学的特徴. *胃と腸*, 38:1815-1830,2003
- [3] 大田博俊, 畦倉 薫, 関 誠, 他 : 転移性大腸癌の臨床病理. *胃と腸*, 23:633-643,1988
- [4] 紙谷直毅, 頼木 領, 大住周司, 他 : 胃癌術後8年目に再発した *linitis plastica* 型大腸転移の1例. *日臨外会誌*, 74(12):3398-3404,2013
- [5] 石川 勉, 縄野 繁, 水口安則, 他 : 転移性大腸癌の形態診断 X線像の解析を中心に. *胃と腸*, 23:617-630,1988
- [6] 村上博史 : 転移性大腸癌2例の経験. *日本大腸肛門病会誌*, 64:492-499,2011
- [7] 岩永 剛, 田中 元, 小山博記, 他 : 胃癌晩期再発例の検討-外科臨床の立場から. *胃と腸*, 23:633-643,1988
- [8] 三輪晃一, 山口明夫, 喜多一郎, 他 : 胃癌の結腸再発. *消化器外科*, 6:751-756,1983
- [9] 力武 浩, 納富昌徳, 平木幹久, 他 : 胃癌治癒切除後の転移性大腸癌の2手術例. *日臨外医会誌*, 53:405-410,1992
- [10] 木村洋平 : 胃癌術後異時性回盲部転移の1例. *日外科系連会誌*, 39(4):691-696, 2014
- [11] 高久秀哉, 福田喜一, 角南栄二, 他 : 胃癌からの転移性大腸癌の1例. *新潟医会誌*, 122:636-641,2008
- [12] 岩川和秀, 井上 仁, 清池秀典, 他 : 胃癌治癒切除後の転移性大腸癌切除例の検討. *日本大腸肛門病会誌*, 63:191-196,2010