

## 症例報告

## 肺低分化型扁平上皮癌の消化管転移により腸閉塞をきたした1例

得津裕俊, 村木和彦, 神徳 濟, 柳井秀雄<sup>1)</sup>, 村上知之<sup>2)</sup>, 河村光俊<sup>3)</sup>, 佐藤 穰

国立病院機構関門医療センター 総合診療部 下関市後田町1丁目1-1 (〒751-8501)

国立病院機構関門医療センター 消化器科<sup>1)</sup> 下関市後田町1丁目1-1 (〒751-8501)国立病院機構関門医療センター 病理部<sup>2)</sup> 下関市後田町1丁目1-1 (〒751-8501)国立病院機構関門医療センター 放射線科<sup>3)</sup> 下関市後田町1丁目1-1 (〒751-8501)**Key words** : 肺癌消化管転移, 腸閉塞, 肺低分化型扁平上皮癌, 便潜血

## 和文抄録

症例は97歳男性。右肺門部腫瘍の精査加療目的にて当科入院。胸部造影CTにて右肺に4.7cmの分葉状、内部不均一な造影効果を呈する腫瘍を認めた。原発性肺癌を疑ったが気管支鏡生検は施行できなかった。また便潜血陽性精査のための下部消化管内視鏡検査にて下行結腸下部と肝彎曲部に腫瘍が認められた。大腸生検ではGroup5であったが、組織学的に分化は不明瞭であり、組織像のみから原発臓器の推定は困難であった。腹・骨盤造影CTで大腸・小腸の多発性腫瘍を認めており、肺腫瘍との関連が強く疑われた。入院37日目より腹部症状は乏しいものの全身状態が悪化、40日目に永眠された。剖検で腫瘍による空腸の腸閉塞が認められた。癌の消化管転移により腸閉塞を合併、慢性心不全の急性増悪を来し死亡したものと考えられた。肺腫瘍は単発性で腫瘍径も大きく、原発と考えた。肺、消化管とも腫瘍組織にわずかな分化が疑われ、扁平上皮癌と診断された。肺低分化型扁平上皮癌の消化管転移は比較的稀であり報告する。

## はじめに

肺癌は一般に、比較的早期に遠隔転移を生じやす

く、その転移先は肝、骨、脳などが多いとされる。一方、消化管への他臓器悪性腫瘍の転移は比較的稀であり、過去の剖検例の検討報告によると、原発性肺癌の消化管への転移は3.6～8.8%であったとされる<sup>1)</sup>。またこれらの消化管転移腫瘍の多くは剖検時に初めて確認されており、臨床的に小腸転移が確認されることはさらに稀であると考えられる。今回我々は、肺低分化型扁平上皮癌の消化管転移により腸閉塞をきたした一例を経験したので、その病理解剖所見を含めて報告する。

## 症 例

**症 例** : 97歳, 男性。

**主 訴** : 肺門部腫瘍精査, 黒色便。

**既往歴** : 慢性心不全 (詳細不明), 心臓弁膜症, 高血圧症, 慢性腎不全 (詳細不明)。

**家族歴** : 娘が肺癌。

**生活歴** : 喫煙・飲酒歴なし。

**職 業** : 鑄造業を50年間, 石綿の暴露は不明。

**現病歴** : 介護老人保健施設に入所中であった。特に健康上の訴えはなかったが、2006年6月上旬に便秘のため他院で施行した浣腸にて黒色便を認めた。同院での上部消化管内視鏡検査では異常所見は認められなかった。しかし胸部単純X線検査および胸部単純CTで右肺門部に異常陰影を指摘され、精査目的で当院紹介、入院となった。

表1 入院時検査所見

<p>【血液生化学検査】  WBC 11130/<math>\mu</math>l<math>\uparrow</math> (neut.78.8%<math>\uparrow</math>, lymph.9.8%),  RBC 268<math>\times</math>104/<math>\mu</math>l<math>\downarrow</math>, Hb 7.6 g/dl<math>\downarrow</math>, MCV 83.4 fl,  Alb 2.2 g/dl<math>\downarrow</math>, T-Bil 0.4 mg/dl, AST 10 IU/l, ALT 8 IU/l,  LDH 130 IU/l,  BUN 26.1 mg/dl<math>\uparrow</math>, Cr 1.36 mg/dl<math>\uparrow</math>, Na 138 mEq/l, K 4.4  mEq/l, Cl 106 mEq/l,  EPO (RIA) 25.6 mlU/mL  【便潜血】陽性  【腫瘍マーカー】  CEA 1.0 ng/ml, SCC 1.9 ng/ml<math>\uparrow</math>, シフラ21-2 10.8 ng/ml<math>\uparrow</math>,  NSE 7.8 ng/ml, ProGRP 49.6 pg/ml<math>\uparrow</math></p>
--

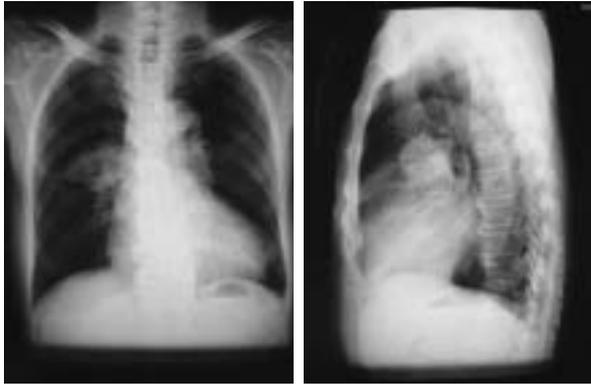


図1 入院時胸部単純X線検査  
長径約7cmの境界鮮明な結節状陰影を認める。

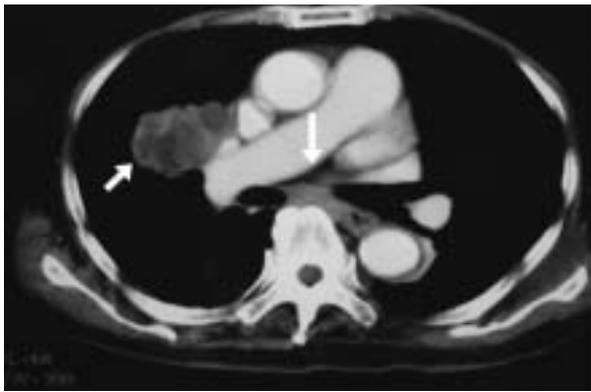


図2 入院時胸部造影CT検査  
右肺S<sup>3</sup>区域に4.7cmの分葉状、内部不均一な造影効果を呈する腫瘍性病変を認める。また気管分岐部、気管右側に腫大したリンパ節を認める。

入院時現症：身長150cm，体重45kg，意識は清明。ベッド上で自立して生活。眼瞼結膜に貧血を認める。頸静脈怒張は認めない。呼吸音はラ音を聴取しない。心雑音は聴取しない。腹部は平坦・軟で，圧痛や腫瘤の触知，表在リンパ節の腫脹を認めない。

入院時検査所見(表1)：Hb7.6g/dlと貧血を認めた。腫瘍マーカーSCCは1.9ng/ml(2.5ng/ml)と正常域ながら，シフラ21-2 10.8ng/ml(2.0ng/ml)，



図3 腹部・骨盤部造影CT検査  
大腸・小腸内に多発性腫瘍を認める。

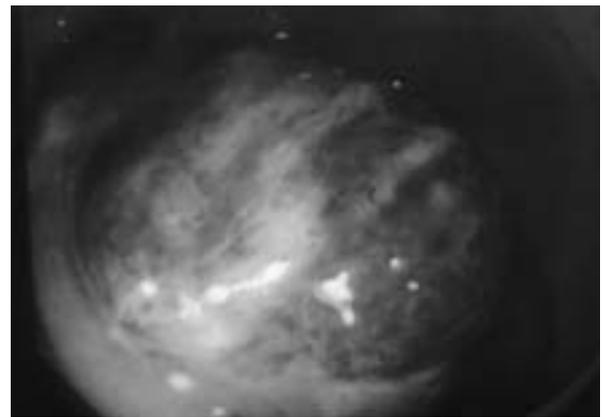
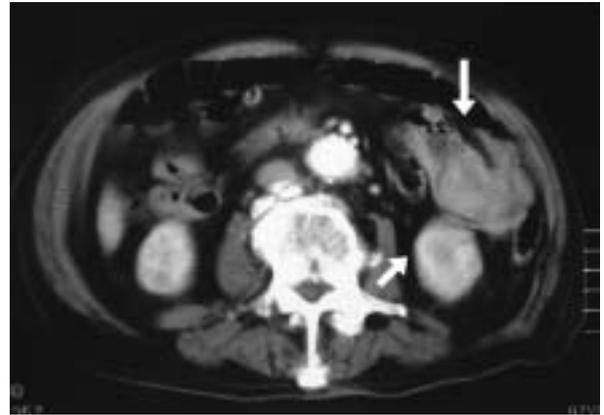


図4 下部消化管内視鏡検査  
腫瘤型腫瘍を下行結腸に認める。

ProGRP49.6pg/ml(46.0ng/ml)と上昇していた[( )内は基準値上限]。

胸部単純X線検査(図1)：右第1弓右縁に長径約7cmの境界鮮明な結節状陰影あり，縦隔とのシルエットサイン陰性。Cardio-thoracic ratio：60%

Costophrenic-angle：sharp

胸部造影CT検査(図2)：右肺S<sup>3</sup>区域に4.7cmの分葉状，内部不均一な造影効果を呈する腫瘍性病変を

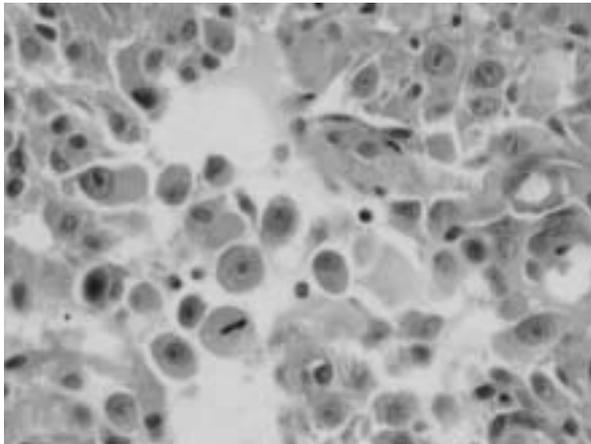
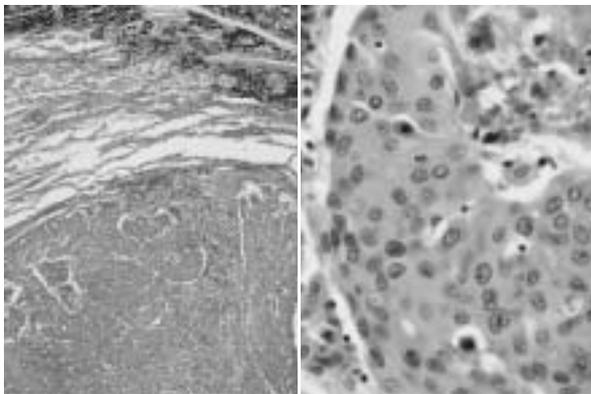


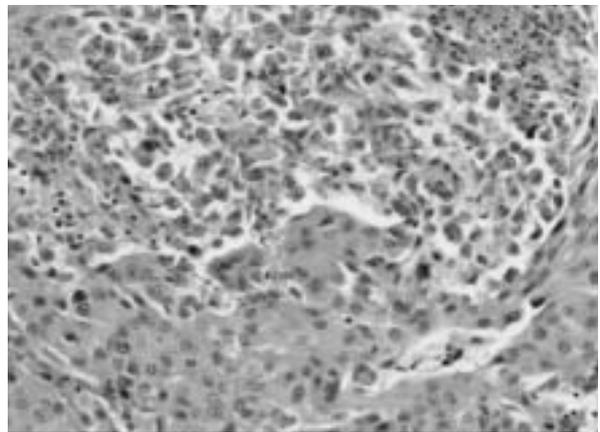
図5 下部消化管腫瘍生検病理組織 (H-E染色×400倍)  
 接着性が弱く充実性で、大型類円形、核の偏在、核小体の明瞭化と、低分化腺癌を疑う所見であった。



図6 大腸病理解剖肉眼  
 上行結腸から下行結腸にかけて全周性に多発的腫瘍を認めた。

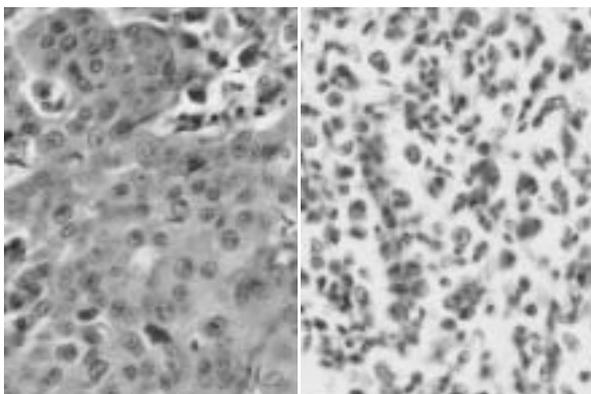


(H-E染色×40倍) (H-E染色×400倍)  
 a. 角化に乏しい低分化扁平上皮癌



b. 肉腫様変化 (H-E染色×200倍)

図7 肺病理組織



a. 肺癌に類似した低分化扁平上皮癌成分 (H-E染色×400倍) b. 肺癌の肉腫様部分に類似した肉腫様変化 (H-E染色×400倍)

図8 大腸病理組織

認める。また気管分岐部、気管右側に腫大したリンパ節を認める。

腹部・骨盤部造影CT検査 (図3) : 大腸・小腸内に多発性腫瘍を認める。

下部消化管内視鏡検査 (図4) : 下行結腸下部に2カ所、脾湾曲部に1カ所の腫瘍を認めた。それぞれ生検を施行したところGroup 5であった。生検病理組織所見では、腫瘍細胞は接着性が弱く充実性の胞巣を形成し、大型類円形、核の偏在、核小体の明瞭化と、低分化腺癌を疑う所見であった。しかし、管腔形成や粘液は明らかでなくCK7とCK20が陰性のため腺癌の確定は困難であった (図5)。

以上の検査結果より、原発性肺癌と組織型不明の消化管腫瘍の重複癌が疑われた。なお気管支鏡生検は家族の意向により拒否され、また喀痰細胞診は痰の喀出がなく実施不可能であった。

入院後経過：第37病日より終日臥床の状態となり意思疎通困難となった。造影CTにて小腸・大腸内に多発性腫瘍を認めたために腸閉塞も疑われたが、嘔吐なく、排便もあり、またアシドーシスも認めなかった。第39病日に冷汗著明、血圧低下、心拍数の上昇を認め、第40病日に永眠された。御遺族の厚意により原発巣の検索目的にて病理解剖施行した。

病理解剖肉眼所見：肺ではCTに示されたように右肺の腫瘍とリンパ節腫大を認めた。小腸では空腸重積とその周囲の多発性腫瘍を認めた。大腸では上行結腸から下行結腸にかけて全周性に多発性腫瘍を認めた(図6)。

肺腫瘍組織所見：腫瘍の組織型は明瞭ではないものの、細胞間橋と、ごく少数の錯角化細胞を認めることより、角化に乏しい極めて低分化な扁平上皮癌と考えられた(図7a)。また一部で肉腫様の脱分化像も認めた(図7b)。一部に腺腔形成もみられた。扁平上皮癌成分が優勢であり、肺の腫瘍は肉腫様変化と腺癌成分を伴う低分化型扁平上皮癌と考えられた。

大腸病理組織所見：肺癌に類似した低分化な扁平上皮癌成分を認めた(図8a)。また肺癌の肉腫様部分に類似している所見を認めた(図8b)。

以上の剖検病理所見より、消化管の多発性腫瘍は、肺癌の消化管転移であったと診断した。肺低分化型扁平上皮癌が小腸・大腸へと多発転移し、転移性腫瘍が腸閉塞を来し死因となったと考えられた。

## 考 察

消化管への他臓器腫瘍の転移に関して、上原らは、1年間の本邦肺癌剖検例1775例中、消化管転移を抽出し、さらにそれらの臓器別転移部位を調査した結果、小腸4.5%、大腸2.3%であったと報告している<sup>2)</sup>。また、肺癌の10.6%に消化管への転移を認めたものの、生前に診断し得たものは1.4%しかなかったという報告もみられる<sup>3)</sup>。逆に、転移性大腸癌の原発巣としては胃癌が最多で<sup>4, 5)</sup>、婦人科領域腫瘍がそれに続き<sup>6)</sup>、また転移性小腸癌の原発巣はメラノーマが最多、次に肺、縦隔腫瘍とされている。一方、小腸原発腫瘍は稀であり、川井らは剖検1000例あたり小腸悪性腫瘍は19.71例、そのうち原発癌1.20例、転移癌13.23例、原発肉腫1.12例、転移肉腫2.09例であ

り、小腸では転移癌が大部分を占めるとしている<sup>7)</sup>。

消化管転移例においては、転移巣に対する手術予後も一般に不良である。転移性小腸癌に対する手術の報告が散見されるが、耐術者の平均生存週間数は17.6週と報告されている<sup>8)</sup>。しかし、少数ではあるが長期生存例も経験されており、高橋らは、肺癌患者であっても時期を逸さない消化管内視鏡検査により転移巣の早期発見につながり、長期予後が期待できるとしている<sup>9)</sup>。なお消化管転移例における症状は血便が最も多く、腸閉塞は比較的稀である<sup>10)</sup>。

以上の文献・報告より、肺癌患者において血便や腸閉塞を合併する場合は稀に存在し、肺癌の小腸・大腸転移は念頭に置くべき病態と考えられる。このような状態が予測される場合は積極的に造影CT撮影、下部消化管内視鏡生検などを施行し消化管腫瘍の有無や原発巣の検索を行い、転移病変の存在による予後の悪化を防止すべく治療方針を選択していく事が望ましいと考えられた。

## 結 語

肺低分化型扁平上皮癌の消化管転移により腸閉塞を合併した一例を、病理所見を含め報告した。肺腫瘍患者において下血や腸管閉塞症状を併発した場合には、肺腫瘍の消化管転移の可能性も考慮することが必要であると考えられた。

付記：尚、本論文の要旨は、第95回日本内科学会中国地方会(平成18年10月28日・広島市)において発表した。

## 文 献

- 1) 峯 豊, 中野正心, 伊東直美, 田川真須子, 今村和之, 森 巖, 北村 喬, 重松和人. 剖検例からみた肺癌消化管転移の検討. 日本胸部臨床 1990; 49: 819-824.
- 2) 上原克昌, 飯島耕作, 長谷川紳治, 須田昭男, 中里洋一. 肺癌の消化管転移 - 肺癌剖検例1,775例の検討 -. 外科 1979; 41: 1364-1367.
- 3) Mc Neil PM, Wagman LD, Neifeld JP. Small bowel metastasis from primary carcinoma of the lung. *Cancer* 1987; 59: 1486-1489.

- 4) 太田博俊, 畦倉 薫, 関 誠, 高木国夫, 西満正, 丸山雄一, 柳沢昭夫, 加藤 洋. 転移性大腸癌の臨床病理. 胃と腸 1988; 23: 633-643.
- 5) 大塚正彦, 太田博俊, 柳沢昭夫, 加藤 洋. 転移性大腸癌開腹手術を施行した18例の報告. 日本大腸肛門病会誌 1990; 43: 354-359.
- 6) 大野健次, 清光義則, 渡辺博之, 古田和男, 袖本幸男. 術前に診断しえた乳癌大腸転移の1例. *Gastroenterological Endoscopy* 1999; 41: 2550-2554.
- 7) 川井啓市, 馬場忠雄, 赤坂裕三, 多田正大, 安芸宏信, 山口 希. わが国における小腸疾患の現状と展望. 胃と腸 1976; 11: 145-155.
- 8) 菅 一能, 沖田 功, 田中陸雄. 肺癌の小腸転移により穿孔をきたした1症例について. 日本胸部臨床 1983; 42: 490-493.
- 9) 高橋大輔, 渡部直己, 尾島裕和, 高橋聡貴, 道鎮明晴, 北濱秀一, 日下大隆, 小熊 豊. 消化管転移をきたした肺癌の2例. 砂川市立病院医学雑誌 2001; 18: 19-24.
- 10) 堀田和亜, 安武晃一, 西崎 朗, 中島卓利, 廣畑成也, 田村孝雄, 岩本和也. 内視鏡的切除にて止血し得た肺原発転移性大腸腫瘍の1例. *Gastroenterological Endoscopy* 1998; 40: 914-918.

## A Case of Gastrointestinal Tract Metastasis from Poorly Differentiated Squamous Cell Carcinoma of the Lung with Intestinal Obstruction

Hirotoishi TOKUTSU, Kazuhiko MURAKI, Wataru KOTOKU, Hideo YANAI<sup>1)</sup>,  
Tomoyuki MURAKAMI<sup>2)</sup>, Mitsutoshi KAWAMURA<sup>3)</sup> and Yutaka SATO

*Department of General Medicine, National Hospital Organization, Kanmon Medical Center, 1-1-1 Ushiroda, Shimonoseki, Yamaguchi 751-8501, Japan*

*1) Department of Gastroenterology and Hepatology, National Hospital Organization, Kanmon Medical Center, 1-1-1 Ushiroda, Shimonoseki, Yamaguchi 751-8501, Japan*

*2) Department of Pathology, National Hospital Organization, Kanmon Medical Center, 1-1-1 Ushiroda, Shimonoseki, Yamaguchi 751-8501, Japan*

*3) Department of Radiology, National Hospital Organization, Kanmon Medical Center, 1-1-1 Ushiroda, Shimonoseki, Yamaguchi 751-8501, Japan*

### SUMMARY

A 97-year-old man was admitted to our hospital for the evaluation of the right lung tumor. The contrast-enhanced computed tomography (CT) of the chest disclosed a lobulated, heterogeneous mass with 4.7 centimeters in diameter at hilum of the right lung and primary lung cancer was suspected. Colonoscopic examination to evaluate fecal occult blood demonstrated mass lesions on the lower descending colon and hepatic flexure on the colon. Examination of a biopsy specimen of the mass showed undifferentiated carcinoma. CT scan of the abdomen revealed multiple tumors at the colon and small intestine. After admission, his general condition had been deteriorated and he died on the 40th hospital day. At autopsy a known lung tumor and obstruction of small intestine by a tumor was found. Pathologically the tumor was diagnosed as poorly differentiated squamous cell carcinoma of the lung and multiple intestinal tumors with similar pathological findings. As gastrointestinal metastasis from poorly differentiated squamous cell carcinoma. The lung is rare, here we report the case.