

症例報告

イレウス症状で発症した肺大細胞癌術後小腸再発の一例

松隈 聰, 須藤隆一郎, 釘宮成二, 原田昌範, 宮本俊吾, 善甫宣哉,
倉田 悟, 中安 清, 亀井敏昭¹⁾

山口県立総合医療センター外科 防府市大字大崎77番地 (〒747-8511)
山口県立総合医療センター病理科¹⁾ 防府市大字大崎77番地 (〒747-8511)

Key words : 肺大細胞癌, 転移性小腸腫瘍, 腸重積

和文抄録

症 例

症例は60歳代男性。2003年3月右肺大細胞癌に対し、右中下葉切除術が施行された。当院内科で経過観察中の2006年1月、嘔吐が出現し近医受診。腹部造影CTで小腸腫瘍を先進部とする腸重積および腸間膜、肝十二指腸靱帯、大動脈周囲のリンパ節腫大を認め、当科紹介入院となった。イレウス解除と診断目的に手術を施行した。小腸腫瘍による腸重積とリンパ節による十二指腸から空腸起始部にかけての腸管狭窄を認めたため、小腸腫瘍切除、胃空腸バイパス術を施行した。病理組織検査では肺大細胞癌小腸転移の診断であった。その後、内科にてゲムシタビン (GEM) /シスプラチン (CDDP) 併用療法を施行されたが効果を認めなかった。本人の希望もあり、新たな化学療法は施行しない方針とした。

緒 言

肺癌の転移臓器としては肺、脳、骨、肝臓、副腎などが知られており、消化管への転移は比較的少ないとされている。しかし、消化管への転移は穿孔や腸重積など進行した状態で見つかることが多く、その予後は不良である。

今回、我々は肺大細胞癌の手術後3年目に腸重積を来たして発症した小腸転移の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

患者：60歳代男性

主訴：嘔気、嘔吐

現病歴：2003年3月、当院で右肺大細胞癌に対し、右中下葉切除術を施行 (pT2N1M0, Stage III A)。その後、当院呼吸器内科外来通院中であった。

2006年1月、嘔吐が続くため近医受診。腹部X線写真で鏡面像を認めたため、イレウスの診断にて経鼻胃管が留置され、同日入院となった。上部消化管造影、上部消化管内視鏡、腹部造影CT等が施行され、患者の希望にて当院へ転院となった。

既往歴：肺癌以外に特記事項なし。

入院時現症：身長167cm、体重53kg。眼瞼結膜に貧血なく、眼球結膜に黄疸認めず。胸部聴打診上異常所見認めず。腹部は上腹部に広範に触診上抵抗を認めたが、辺縁は不明瞭であった。腸蠕動音は正常で圧痛を認めなかった。肝脾は触知しなかった。

血液生化学所見：WBC 11,100/ μ l (Neutro 75.5%), CRP 6.8mg/dlと軽度上昇、総蛋白 5.7g/dl、アルブミン 2.4g/dlと栄養状態は不良であった。その他、血液・生化学検査では異常所見を認めなかった。

腫瘍マーカー：CEA：2.6ng/ml, DUPAN-2：25U/ml以下, CA19-9：3.6U/ml, Pro-GRP：20.2pg/mlと正常であったが、CYFRAは4.6ng/mlと軽度上昇、可溶性IL-2レセプターは2720U/mlと著明に高値であった。

上部消化管造影検査：Treitz靱帯よりやや口側の十二指腸水平脚に、壁外からの圧迫と思われる狭窄を

平成19年3月22日受理

認め、さらに上部空腸に、カニ爪状の陰影欠損を認め、それより肛門側の空腸の描出はできなかった(図1)。

上部消化管内視鏡検査：十二指腸水平脚に壁外から発育したと思われる隆起病変を認め、中央部に潰瘍を認めた。潰瘍部からの生検ではGroup I、同部位からの穿刺吸引細胞診では判定不能であった。

腹部造影CT検査：空腸腔内に嵌入腸管と思われるtarget sign様のCT像を認め、小腸腫瘍を先進部とする腸重積症と考えられた(図2a)。腸間膜、肝十二指腸靭帯内、傍大動脈にリンパ節腫大が見られた(図2b)。

以上の所見より、肺癌の小腸およびリンパ節転移、悪性リンパ腫、小腸原発悪性腫瘍を疑い、イレウス状態の解除と腹部腫瘤の診断目的のため手術を施行した。



図1 上部消化管造影検査

Treitz靭帯よりやや口側の十二指腸水平脚に壁外からの圧迫と思われる狭窄を認め(矢頭)、さらに上部空腸にカニ爪状の陰影欠損を認め、それより肛門側の空腸の描出はできなかった(矢印)。

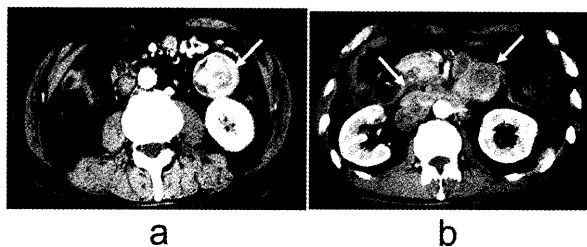


図2 腹部造影CT

- 空腸腔内に嵌入腸管と思われるtarget sign様のCT像を認め、小腸腫瘍を先進部とする腸重積症と考えられた(矢印)。
- 腸間膜、肝十二指腸靭帯、傍大動脈にリンパ節腫大が見られた(矢印)。

手術所見：小腸の腫瘍はTreitz靭帯より約20cm肛門側に認め、これを先進部として肛門側へ空腸が重積していた(図3a)。また、上腸間膜動静脈根部より後腹膜にかけ一塊となったリンパ節を認め、肝臓S4/5に転移を疑わせる直径1cm大の結節を認めたため、いずれも生検した。腹膜播種を疑わせる直径5mm程度の小結節を腸重積部近傍の小腸間膜に少数認めた。Treitz靭帯付近の小腸の一部が転移リンパ節の浸潤により狭窄を来たしていたため、重積部を含んだ空腸を約21cm切除し、肛門側断端を後結腸性に挙上し、胃大弯側に吻合しRoux-en-Y型にバイパス術を行った。

小腸切除標本：52mm×39mmの全周性Borrmann2型病変を認めた(図3b)。剖面にて漿膜側への明らかな腫瘍の露出は認めなかった(図3c)。

病理組織学的所見：小腸腫瘍、リンパ節、肝腫瘍のいずれも大型類円形ないし核形不整を示す腫瘍細胞が充実性胞巣を形成して増生しており(図4a, b)、2003年3月の肺腫瘍の所見と一致しており、肺大細胞癌小腸転移の診断であった(図4c, d)。

術後経過：上記病理診断が確定した後、呼吸器内科にてGEM/CDDP併用療法を施行されたが、腹腔内リンパ節腫大は縮小せず、副作用も強かったため、中止とした。患者本人の希望もあり、これ以上の化学療法は施行しない方針とし、自宅に近い紹介元病院で経過を観察していただくこととしたが、手術から約6ヵ月後、原病死された。

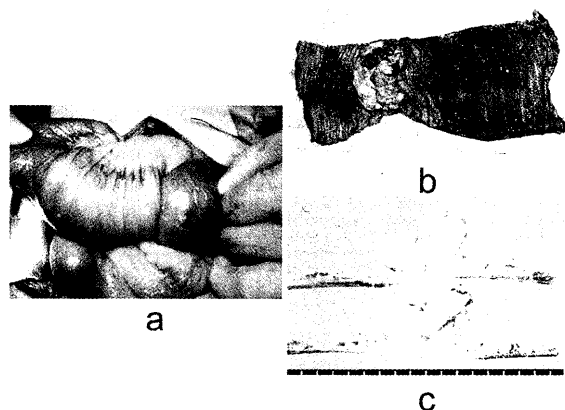


図3

- 術中写真：腫瘍はTreitz靭帯より約20cm肛門側にあり、これを先進部として肛門側へ空腸が重積していた。
- 切除標本：52mm×39mmの全周性Borrmann2型病変を認めた。
- 剖面にて漿膜側への明らかな腫瘍の露出は認めなかった。

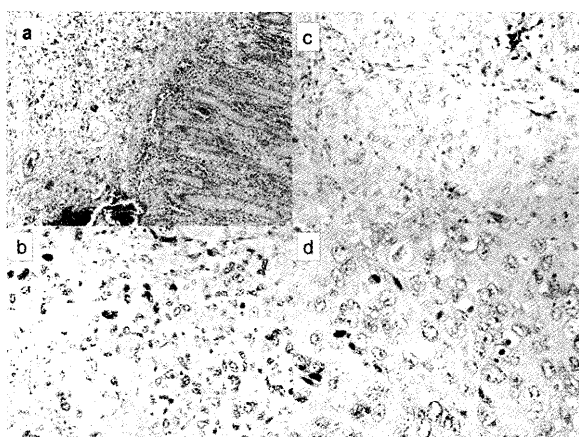


図4 病理組織学的所見

- a) 小腸腫瘍HE染色 (×40).
 b) 小腸腫瘍HE染色 (×400).
 c) 肺腫瘍HE染色 (×400).
 d) 肺腫瘍HE染色 (×800). 小腸および肺腫瘍ともに、大型類円形ないし核形不整を示す腫瘍細胞が充実性胞巣を形成して増生しており、肺大細胞癌小腸転移と診断した。

考 察

肺癌の転移臓器としては肺、脳、骨、肝臓、副腎などが知られており、消化管への転移は比較的少ないとされている。森田らが399例の肺癌例を剖検し、肺癌の転移臓器について検討した報告によると、リンパ節 (92.9%)、肺 (55.6%)、胸膜 (51.4%)、肝 (44.1%)、骨 (43.1%)、副腎 (34.6%)、腎 (28.3%)、脳 (28.3%)、心膜 (22.6%) の順に多く、消化管への転移は稀で胃 (3.0%)、大腸 (3.0%)、小腸 (2.8%) と報告されている¹⁾。その他の報告においても消化管への転移は1.1% - 4.5%とほぼ同率である^{2, 3)}。

さらに森田らは小腸転移を認めた肺癌の組織型としては、未分化癌と腺癌が多く、扁平上皮癌は少ない¹⁾とし、梁らは大細胞癌 (3.7%) が最も多く、腺癌 (2.4%)、小細胞癌 (1.7%)、扁平上皮癌 (0.7%) の順に多いと報告している²⁾。本例も未分化癌の一種である大細胞癌の小腸転移症例であり、この傾向に一致する。しかし、肺癌の消化管転移の多くは剖検で発見されることが多く、生前は症状もなく、発見されることは稀で、梁らによれば消化管に転移が発見された30例中生前に診断しえたのは7例であった²⁾。この原因として上野らは、小腸は内容が流動物であるため、狭窄による閉塞が起こりにくいことや、肺癌は予後が不良で消化器症状を発症するまで

生存する割合が少ないことを挙げている⁴⁾。特に、大細胞癌は進行が早いことが知られており、母里らが行った肺癌の長期生存例の検討においても大細胞癌の5年以上生存例は存在しなかった⁵⁾。

本例のように腸重積を来し肺癌の小腸転移が判明したという症例は本邦でもいくつか報告されている⁶⁻¹⁰⁾が、その多くが、原発巣の術後早期、あるいは腸重積や穿孔を起こし緊急手術が行われた後原発巣が発見されるという経過をとっていた。本例が肺大細胞癌の治癒切除後、3年という長い期間の後に小腸転移をきたしたのは、比較的稀な再発形式と考えられる。肺癌治癒切除後の再発形式に関して検討した報告は我々が検索しえた限り見られず、手術から再発までの期間、原発巣の病理学的特徴、再発転移臓器などに関して、今後の検討が必要であると考えられた。

結 語

肺大細胞癌切除術の3年後、小腸転移を来し腸重積で発症した一例を経験した。未分化肺癌の患者に消化器症状が出現した場合は、術後数年を経いても消化管への転移を疑う必要がある。

文 献

- 1) 森田豊彦. 教室における最近17.5年間の肺癌剖検例. 癌の臨床 1976; 22: 1323-1337.
- 2) 梁英富, 酒井 洋, 池田 徹, 日比野俊, 後藤功, 米田修一, 野口行雄. 肺癌における消化管転移の検討. 日胸疾会誌 1996; 34: 968-972.
- 3) 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1775例の検討. 外科 1979; 41: 1364-1367.
- 4) 上野正勝, 大杉治司. 小腸転移による腸重積症を繰り返し発症した肺大細胞癌の一例. 日外科学系連会誌 2003; 28: 883-886.
- 5) 母里正敏, 喜多嶋拓士, 中西徳彦, 森高智典, 上田暢男, 前田智治, 古谷敬三. 進行肺癌切除後長期生存症例の検討. 愛媛県立病院学会誌 2003; 38: 11-18.
- 6) 小田島奈央, 安藤慎吾, 幣原園子, 長谷川靖, 信濃秀希. 小腸転移により腸重積を来した肺

大細胞癌の一例. 日本胸部臨床 2003 ; 62 : 662-669.

- 7) 沖田理貴, 亀田 彰, 向田秀則, 平林直樹, 久松和史, 多幾山渉, 林 雄三, 立山義朗. 小腸転移による腸重積症で発症した肺大細胞癌の一例. 日本胸部臨床 2003 ; 62 : 464-470.
- 8) 永島 明, 田嶋裕子, 吉松 隆, 大崎敏弘. 長期生存が得られた肺癌小腸転移切除の一例. 日本呼吸器外科学会雑誌 2003 ; 17 (6) : 683-685.
- 9) 古屋敷剛, 大塚弘毅, 呉屋朝幸. 右扁桃と空腸に転移をきたした肺腺癌の一例. 新潟県厚生連医誌 2003 ; 12 (1) : 103-105.
- 10) 岩下生久子, 牛尾恭輔, 岩下明德, 平賀聖久, 宮川国久, 下田忠和, 宇都宮尚, 上田真信, 西山憲一, 井野彰宏, 岡村 健, 一之瀬幸人, 村中光, 渡辺秀幸, 黒岩俊郎. 転移性小腸腫瘍の画像診断. 胃と腸 2003 ; 38 (13) : 1799-1813.

A Case of Metastatic Jejunal Tumor of Large Cell Carcinoma of the Lung Found on Bowel Intussusception

Satoshi MATSUKUMA, Ryuichiro SUTO, Naruzi KUGIMIYA,
Masanori HARADA, Shungo MIYAMOTO, Nobuya ZENPO,
Satoru KURATA, Kiyoshi NAKAYASU and Toshiaki KAMEI¹⁾

*Department of Surgery, Yamaguchi Grand Medical Center,
Oaza Osaki 77, Hofu, Yamaguchi, 747-8511, Japan*

*1) Department of Pathology, Yamaguchi Grand Medical Center,
Oaza Osaki 77, Hofu, Yamaguchi, 747-8511, Japan*

SUMMARY

A 60' s male was admitted to our hospital for the surgery to jejunal tumor. He received the right middle and lower lobectomy for the large cell carcinoma of right lung on March, 2003 (T2N1M0, Stage III A). On January, 2006, he visited a hospital complaining of nausea and vomiting. Abdominal enhanced computed tomography scan suggested the presence of intussusception of the small intestine headed by a tumor in the jejunum and swelling paraaortic and mesenteric lymph nodes.

Because of his request, he was transferred to our hospital. Surgery to the tumor was performed to repair the intussusception and to diagnose the tumor. Microscopic examination revealed the large cell carcinoma originated from the lung.

The post operative adjuvant chemotherapy (GEM/CDDP) on the department of respiratory medicine of our hospital was not effective. Because of his request, we didn't administer another anticancer agent.