

症例報告

便通異常を契機に発見された胃原発の転移性直腸癌の一例

橋本真一, 原田克則, 野原寛章, 斎藤由紀¹⁾, 檜垣真吾, 柳井秀雄,
吉田智治²⁾, 沖田 極

山口大学医学部分子制御系・内科学第一講座 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

JA山口厚生連周東総合病院消化器内科¹⁾ 柳井市大字古開作1000-1 (〒742-0032)

山口大学医学部附属病院光学医療診療部²⁾ 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words : 便通異常, 転移性直腸癌, スキルス胃癌

和文要旨

症例は59歳女性。便柱狭小化および便秘の訴えあり、3ヶ月で約5kgの体重減少を認めた。当院における大腸内視鏡検査にて、直腸に表面平滑な粗大顆粒状病変を認め、送気を行っても病巣部の拡張は不良であった。同部の生検組織像では、粘膜固有層から粘膜下層の脈管周囲に、印環細胞を伴う低分化な腺癌細胞の集簇がみられたが、粘膜上皮細胞に異型を認めなかったことより、転移性直腸癌を疑い全身検索を施行した。上部消化管内視鏡検査にて4型進行胃癌が診断され、生検組織像にて直腸病変と同じく印環細胞を認めた。以上より4型進行胃癌を原発とする転移性直腸癌と診断した。本症例では、生検にて転移した癌細胞が検出され確定診断に至ったが、転移性直腸癌からの生検は腫瘍組織が採取されないことが多いため、直腸に粗大顆粒状の粘膜を有する狭窄を認めた場合は、生検組織診が陰性の場合も、転移性直腸癌の可能性を考慮することが必要と思われた。

緒言

我々は、便通異常を契機に発見された4型進行胃癌からの転移性直腸癌の一例を経験したので、その画像所見を中心に報告する。

平成16年5月10日受理

症 例

症 例：59歳，女性。
主 訴：便秘，便柱狭小化，体重減少。
既往歴・家族歴：特記すべき事項なし。
現病歴：平成12年8月頃より便柱狭小化が出現し，同年10月より便秘を認めるようになった。3ヶ月で約5kgの体重減少を認めたため，平成13年1月9日近医を受診した。大腸内視鏡検査にて，直腸に隆起性病変を認め直腸癌が疑われたが，生検ではGroup 1であった。このため，精査加療目的にて1月15日当院へ紹介入院となった。

入院時現症：身長150cm，体重46kg，眼瞼結膜に貧血を認めない。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。直腸指診では，ほぼ全周性に硬い腫瘤が触知され，可動性は不良であった。

入院時検査所見 (Table 1) : Hb 11.8 g/dl と軽度の貧血を認めた。腫瘍マーカーはCA19-9が46.3U/ml と軽度上昇しているが，CEA, CA125は基準値範囲内であった。

大腸内視鏡検査 (Figure 1) : 下部直腸から上部直腸にかけて，ほぼ全周性に表面平滑で浮腫を伴った粗大顆粒状病変を認めた。病巣部は送気を行っても拡張が不良であり，スコープの通過は困難であった。生検組織像 (Figure 2 a) では粘膜固有層内に印環細胞を伴う分化度の低い腺癌細胞の集簇が散

TP 7.2 g/dl	AST 22 IU/l	PT 101.0 %
ALB 3.9 g/dl	ALT 15 IU/l	APTT 116.0 %
CRP 0.01 mg/dl	ALP 284 IU/l	FIB 427 mg/dl
TB 0.5 mg/dl	γ -GTP 9 IU/l	
DB 0.1 mg/dl	HB 11.8 g/dl	CEA 1.3 ng/ml
BS 109 mg/dl	WBC $6700 \times 10^6/l$	CA125 24 U/ml
UN 7 mg/dl	PLT $46.7 \times 10^{10}/l$	CA19-9 46.3U/ml
CRE 0.54 mg/dl		

Table 1. Laboratory data on admission

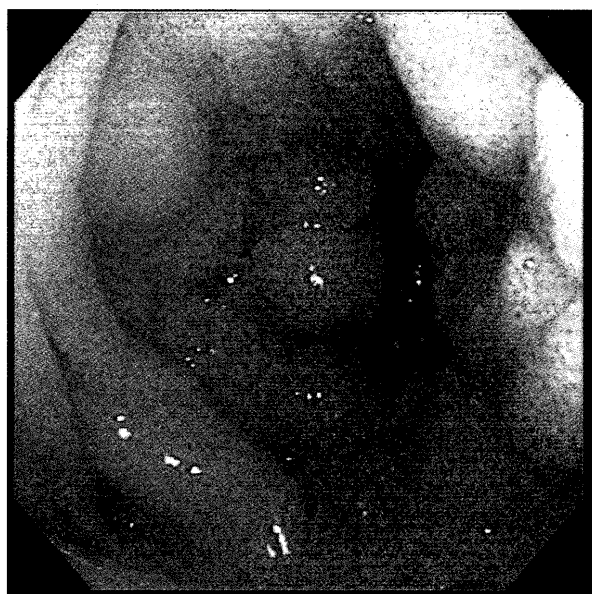


Figure 1. 大腸内視鏡所見

下部直腸から上部直腸にかけて、ほぼ全周性に表面平滑で浮腫を伴った粗大顆粒状病変が認められた。

在して認められた。しかし直腸粘膜上皮細胞に異型は認められなかった。また、粘膜下層のリンパ管内にも、印環細胞を含んだ未分化な腺癌細胞が認められた (Figure 2 b)。

注腸X線造影検査 (Figure 3) : 主に下部直腸において、境界不明瞭な狭小化を認めた。

超音波内視鏡検査 (Figure 4) : 病変部の層構造は比較的保たれているが、全層性に壁肥厚が認められ、特に粘膜下層と固有筋層に相当する第3、4層での肥厚が著明であった。

以上の検査結果より、直腸の生検組織像において直腸粘膜上皮細胞に異型を認めず、粘膜固有層や粘膜下層の脈間周囲に腺癌細胞を認めたため転移性直腸癌を疑った。原発巣の検索目的にて腹部・骨盤CT検査ならびに上部消化管内視鏡検査を施行した。

腹部・骨盤CT (Figure 5) : 直腸の造影効果を伴

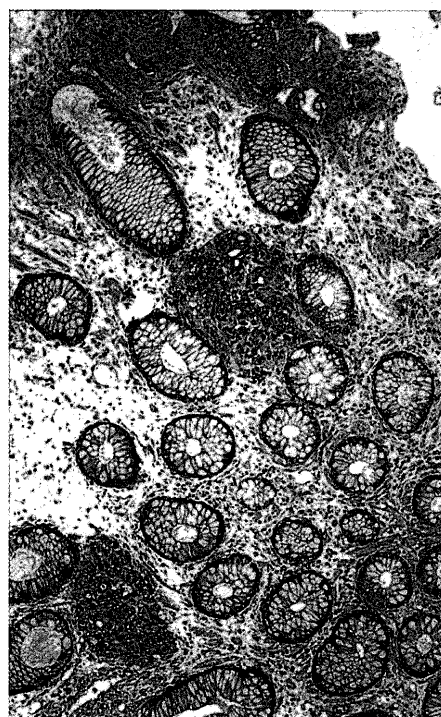


Figure 2 a. 直腸生検組織像 (HE染色 100倍)

粘膜固有層内に印環細胞を伴う分化度の低い腺癌細胞の集簇が認められた。



Figure 2 b. 直腸生検組織像 (HE染色 400倍)

粘膜下層のリンパ管内にも、印環細胞を含んだ未分化な腺癌細胞が認められた。

う全周性肥厚、および胃壁の広範囲の肥厚を認めた。

上部消化管内視鏡検査 (Figure 6 a) : 胃体中部大弯前壁側に、すう壁の結節状の腫大を認めた。胃角部から体上部までの粘膜は浮腫状で、送気を行っても拡張は不良であった。生検組織像 (Figure 6 b) では構造異型が強く分化度の低い腺癌細胞に、明る

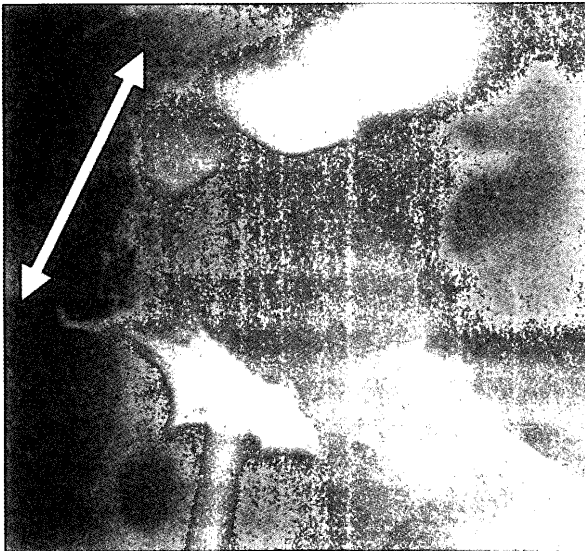


Figure 3. 注腸X線造影検査
主に下部直腸において、境界不明瞭な狭小化を認めた。

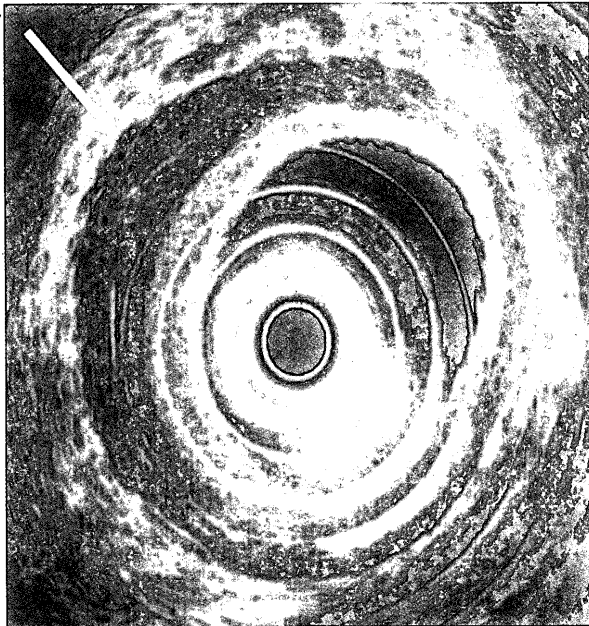


Figure 4. 超音波内視鏡検査
病変部の層構造は比較的保たれているが、全層性に壁肥厚が認められ、特に粘膜下層と固有筋層に相当する第3、4層での肥厚が著明であった。

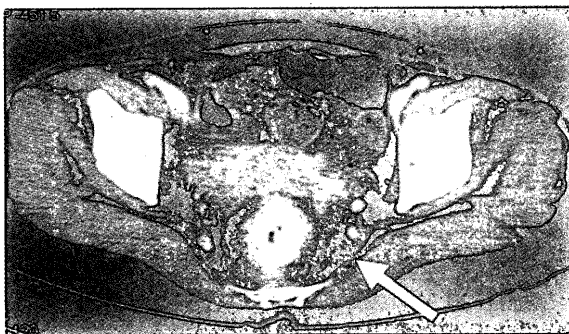


Figure 6 a. 上部消化管内視鏡検査
胃体中部大弯前壁に、すう壁の結節状の腫大を認めた。胃角部から体上部までの粘膜は浮腫状で、胃内は送気を行っても拡張は不良であった。

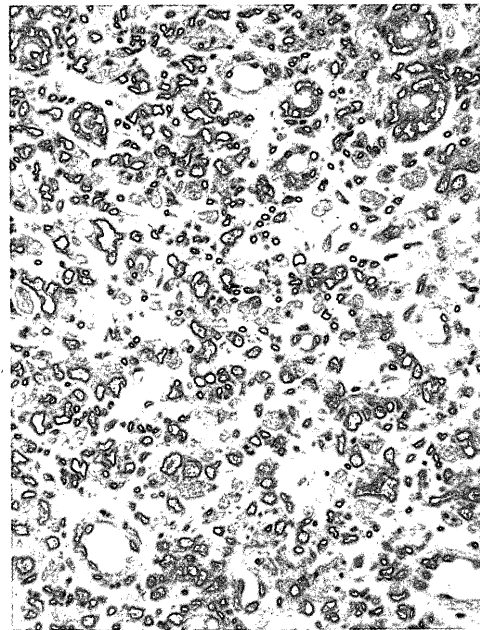


Figure 6 b. 胃生検組織像
構造異型が強く分化度の低い腺癌細胞に、明るい胞体と偏在した核をもつ印環細胞が混在していた。

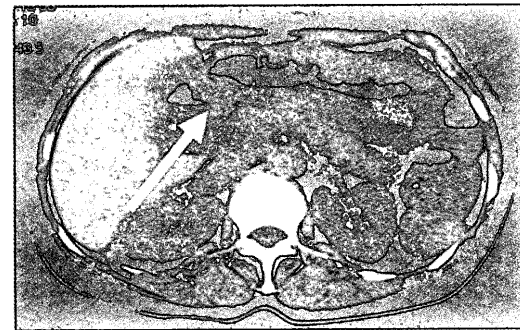


Figure 5. 腹部・骨盤CT
直腸の造影効果を伴う全周性肥厚 (5-a) と、胃壁の広範囲の肥厚 (5-b) を認めた。

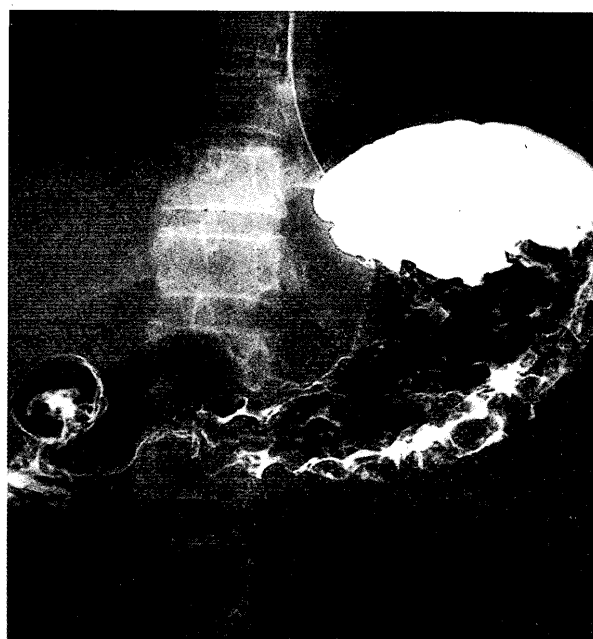


Figure 7. 胃X線造影検査

胃体上部から前庭部にかけて、大弯、小弯とも壁の伸展不良を認め、大弯側ではすう壁の腫大を認めた。

い胞体と偏在した核をもつ印環細胞が混在していた。進行胃癌の4型、印環細胞を伴う低分化腺癌と診断された。

胃X線造影検査 (Figure 7) : 胃体上部から前庭部にかけて、大弯、小弯とも壁の伸展不良を認め、大弯側ではすう壁の腫大を認めた。穹窿部の拡張は比較的良好であった。進行胃癌の4型と診断した。

本症例における胃病変と直腸病変の病理組織像が類似しており、その他に原発巣となりうる病変が検出されなかったため、胃を原発とする転移性直腸癌と診断した。本症例は、外科的治療を施行せず化学療法を行うこととなった。平成13年6月19日に退院した後は、外来にて経口抗癌剤による治療を施行された。初診から2年9ヶ月後の平成15年10月7日に癌死した。

考 察

大腸癌全体に占める転移性大腸癌の割合は0.1% - 1%¹⁾とされている。一方、浦野ら²⁾の報告によると直達浸潤もしくは転移を伴う胃癌症例において、その転移・浸潤臓器のうち10.1%が、大腸であることが剖検にて確認されており、胃癌症例において大腸は注意すべき転移臓器と言える。転移性

大腸癌の原発巣としては、全体の約65%を胃が占めている。胃以外の原発巣としては卵巣、子宮、膵臓、胆嚢などが挙げられる³⁾。

胃癌の大腸転移における転移経路は、腸間膜を介しての直接浸潤が多く、腹膜播種やリンパ行性の転移も報告されている。転移部位については横行結腸への転移が最も多く、次いでS状結腸・直腸に多い。その組織型は低分化腺癌・印環細胞癌が主体で、肉眼型では3型・4型の両者で8~9割を占めるとされている³⁻⁵⁾。

転移性大腸癌の画像診断としては、注腸X線検査の報告が多く⁴⁻⁸⁾、大腸内視鏡検査についての報告は少ない。これは、転移性大腸癌の肉眼的特徴が、腸管の拡張不良や圧排像などであり、これらの所見は内視鏡像よりも注腸X線像にて捉えやすいためと考えられる。

転移性大腸癌の内視鏡所見は、白川ら⁹⁾の報告によると、その多くは粘膜面の変化に乏しく、大小の粘膜下腫瘍の集簇像を呈し、ときに本症例のように粗大顆粒状を呈するとされている。送気による伸展性は不良であり、潰瘍や内腔の狭窄を伴う場合もある。これらの所見は原発性4型大腸癌でも認められ、内視鏡所見のみで原発性4型大腸癌と転移性直腸癌を鑑別することは困難である^{9, 10)}。転移性直腸癌の生検組織診は陰性となることが多く、本症例では陽性となり確定診断が得られたが、腫瘍組織が採取されて診断が確定する率は生検施行例の2割程度という報告がある⁴⁾。

これまで報告されている胃原発の転移性大腸癌の多くは原発巣である胃病変が予め診断・治療されているものが殆どである¹¹⁻²²⁾。原発巣の同定前に便秘・便柱狭小化等の症状から下部消化管検査を施行し、その所見より転移性直腸癌を疑い全身検索にて胃癌が診断されたものは、西川ら²³⁾・鈴木ら²⁴⁾・平賀ら²⁵⁾の3例のみであった。

結 語

初期症状が便秘異常であり、原発巣の胃癌に先行して診断された転移性直腸癌の一例を経験した。直腸に粗大顆粒状の粘膜を有する狭窄を認める場合は、転移性直腸癌の可能性も考慮することが必要と思われる。

文 献

- 1) Balthazar E J, Brosenberg H D, Dabidian M M. Primary and metastatic scirrhous carcinoma of the rectum. *Am J Roentgenol* 1979; **132**: 711-715.
- 2) 浦野順文, 福島 徹, 北村新三, 森 英樹, 馬場謙介, 藍沢茂雄. 剖検から見たがんの転移. *Oncologia* 1985; **15**: 46-71.
- 3) 太田博俊, 畦倉 薫, 関 誠, 高木国夫, 西満正, 丸山雅一, 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.
- 4) 石川 勉, 縄野 繁, 水口安則, 牛尾恭輔, 山田達哉, 吉田茂昭, 向井俊一, 北条慶一, 廣田映五. 転移性大腸癌の形態診断. *胃と腸* 1988; **23** (6): 617-630.
- 5) 大塚正彦, 太田博俊, 柳沢昭夫, 加藤 洋. 転移性大腸癌～開腹手術を必要とした18例の報告～. *日本大腸肛門病会誌* 1990; **43**: 354-360.
- 6) 舟田 彰, 丸山雅一, 佐々木喬敏, 竹腰隆男, 杉山憲義, 高木国夫, 中村恭一, 織田貫爾. 未分化型進行胃癌患者に対する注腸二重造影検査の意義について (第1報)～特にX線検査所見を中心に～. *日本消化器病学会雑誌* 1976; **73** (3): 257-262.
- 7) 渡 二郎, 水上裕輔, 田邊裕貴, 中野靖弘, 田中浩二, 有里智志, 大田人可, 村上雅則, 折居裕, 齊藤博哉, 横田欽一. 転移性大腸癌の診断における注腸X線検査の再評価～CT検査および内視鏡検査との診断能の比較～. *臨床放射線* 1996; **41**: 211-216.
- 8) 宮川国久. 胃癌の大腸転移の画像診断. *千葉医学* 1994; **70**: 245-250.
- 9) 白川勝郎, 南理恵子. 内視鏡像の読み方・転移性大腸癌. *Modern Physician* 1996; **16**: 503-506.
- 10) 江頭由太郎, 平田一郎, 梅垣英次, 勝 健一. 内視鏡の読み方. *臨床消化器内科* 1997; **12**: 643-648.
- 11) 井上育夫, 更科広実, 齊藤典男, 新井竜夫, 布村正夫, 高橋一昭, 谷山新次, 横山正之, 井原真都, 中山 肇, 奥井勝二. 転移性大腸癌の臨床病理学的検討. *日本大腸肛門病会誌* 1987; **40**: 186-191.
- 12) 今津浩喜, 落合正宏, 中山邦久, 船曳孝彦, 黒田 誠, 溝口良順. 胃癌術後6年で4型直腸癌を思わせる直腸狭窄をきたした転移性直腸癌の1症例. *臨床外科* 1999; **54**: 1629-1632.
- 13) 三輪晃一, 山口明夫, 喜多一郎, 松木伸夫, 磯部芳草, 木下 元, 米村 豊, 小島靖彦, 野口昌邦, 高島茂樹, 小西隆司, 竹下八洲男, 中川原儀三, 宮崎逸夫. 胃癌の結腸再発. *消化器外科* 1983; **6**: 751-756.
- 14) 柴田俊郎, 横山寿雄. 胃癌転移によると思われる, びまん浸潤型直腸癌の一例. *日立医会誌* 1988; **52**: 109-114.
- 15) 新見 健, 松木 啓, 友田修三, 吉中 建, 中野 章, 服部孝雄. 胃がんの大腸孤立性転移の2例. *癌の臨床* 1984; **30**: 1720-1725.
- 16) 岡部 聡, 金子慶虎, 竹村克二, 五関謹秀, 遠藤光男, 神山隆一. 術後5年目に発症した回盲部に限局した胃癌の結腸転移の1例. *胃と腸* 1988; **23**: 663-670.
- 17) 渡部忠信, 佐久間晃, 早川 勝, 小野寺絃一, 村田原庸, 熊本 基. 治癒切除可能であった結腸壁に限局した再発胃癌の3例. *外科* 1975; **37**: 605-609.
- 18) 渡部雅人, 柳沢次郎雄, 横畑和紀. 胃癌治癒切除後の転移性大腸および小腸癌の1例. *通信医学* 1995; **47**: 125-129.
- 19) 万井真理子, 辻中利政, 西庄 勇, 三嶋秀行, 吉川宣輝. 胃癌術後7年で発症した転移性びまん浸潤型大腸癌の1例. *日本大腸肛門病会誌* 2001; **54**: 335-341.
- 20) 山田 繁, 清水高弘, 宮田佳典. 胃原発の転移性大腸癌の検討. *ENDSCOPIC FORUM for digestive disease* 1991; **7** (2): 157-162.
- 21) 工藤通明, 中屋光雄, 秋山典夫, 大野治俊, 中野眼一, 長町幸雄. 胃癌手術後に発生した続発性びまん浸潤型大腸癌の2例. *臨床外科* 1990; **45**: 129-134.
- 22) 古田雄一, 島津久明, 杉原健一, 沢田俊男, 武藤徹一郎, 富山次郎, 森岡恭彦. 胃癌の転移, 再発による持続性びまん浸潤型大腸癌. *外科* 1982; **44**: 587-592.
- 23) 西川邦寿, 安齊 保, 小川 聡, 藤沢澄夫, 酒

- 井義浩. スキルス胃癌の大腸への浸潤転移の1例. 胃と腸 1988 ; 23 : 671-676.
- 24) 鈴木恒仁, 太田智之, 伏見弥生, 細木卓明, 井上充貴, 菊池陽子, 中野靖弘, 小松英樹, 藤井常志, 大田人可, 村上雅則, 折居 裕. 転移性大腸癌によるイレウスが契機となり発見されたスキルス胃癌の1例. 旭川厚生病院医誌 2000 ; 10 : 48-53.
- 25) 平賀聖久, 川元健二, 井野彰浩, 上田真信, 増田康治, 今村博孝, 八尾隆史. 下部直腸にびまん型浸潤を来たした胃原発転移性大腸癌の1例. 胃と腸 2002 ; 37 : 205-209.

A Case of Metastatic Cancer of the Rectum Originated from Gastric Cancer Type 4 Chanced by the Symptom of Narrowing of the Stool

Shinichi HASHIMOTO, Katsunori HARADA, Hiroaki NOHARA,
Yuki SAITOU¹⁾, Shingo HIGAKI, Hideo YANAI, Tomoharu YOSHIDA²⁾
and Kiwamu OKITA

*Department of Internal Medicine I. and Molecular Science & Applied Medicine,
Yamaguchi University School of Medicine,*

1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi, 755-8505, Japan

*1) Department of Gastroenterology, JA Yamaguchi Kouseiren Shyutou General Hospital,
1000-1 Oaza Kogaisaku, Yanai, Yamaguchi, 742-0032 Japan*

*2) Department of Endoscopy, Yamaguchi University Hospital,
1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi, 755-8505, Japan*

SUMMARY

A 57-year-old woman was admitted to our hospital because of constipation and narrowing of the stool. The colonoscopy demonstrated rectal stenosis and multiple elevated lesions of the rectum, but the rectal mucosa was smooth. A biopsy was performed and histological studies revealed a concentration of poorly differentiated adenocarcinoma cells with signet ring cells at the lamina propria mucosae and submucosa. Because the epithelium showed no atypia, we explored the origin in the sense that might be metastatic tumor. Coexisting gastric cancer type 4, which was diagnosed by gastrointestinal endoscopy, was considered to be the primary lesion. If we detect rectal stenosis with multiple elevated lesions, it is important to consider the possibility of metastatic cancer since a histological study for metastatic cancer of the rectum was frequently negative.