

# 直腸癌腹膜播種に至った潰瘍性大腸炎の1例

加藤文彦 古田晋平 岸田憲弘  
土井愛美 齋藤賢将 玄良三  
下島礼子 新谷恒弘 宮部理香  
小林秀昭 白石好 稲葉浩久  
中山隆盛 森俊治 磯部潔  
宮田潤一<sup>1)</sup> 笠原正男<sup>2)</sup>

静岡赤十字病院 外科

1) 宮田医院

2) 静岡赤十字病院 病理部

**要旨：**症例は40歳代男性。18歳発症の全結腸型潰瘍性大腸炎あり。2005年に再燃あり当院受診となった。S状結腸から直腸（Rs）に狭窄像認めしたが、生検にて悪性所見なく、内科的治療にて腹部症状とともに狭窄所見も改善した。2009年4月にも再燃あり入院。その後ステロイド減量に伴う症状増悪と寛解を繰り返していた。手術16ヶ月前を最後に生検を含むサーベイランスは行われていなかった。2010年1月に腹腔鏡下大腸全摘回腸人工肛門造設術施行。術中所見にて腹膜播種を確認した。切除病理はS状結腸から直腸（Rs）に渉る印環細胞癌であった。術後経過良好であり第25病日に退院となった。今回我々は、待機的に手術適応とするも、術前に癌の診断に至らなかった症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

**Key word：**潰瘍性大腸炎，大腸癌，Colitic cancer

## I. 緒言

潰瘍性大腸炎（ulcerative colitis; UC）の長期経過症例は、大腸癌（Colitic cancer）発生の高危険群である。早期発見のために定期的なsurveillance colonoscopyが推奨されている。

今回我々は、長期経過中に直腸の狭窄認めるも術前に直腸癌の診断に至らなかった潰瘍性大腸炎の1例を経験したので報告する。

## II. 症例

40歳代男性。

主訴：腹痛，下血，下痢

内服薬：プレドニゾロン5 mg/day，ペンタサR 4 g/day

現病歴：18歳時に全結腸型潰瘍性大腸炎と診断される。23歳時、当院にて胸腺摘出術。2005年、再燃あり。S状結腸～直腸（Rs）に狭窄像認めるも生検にて悪性像は認めなかった。内科的治療にて腹部症状

とともに狭窄所見も改善した。2009年4月、再度再燃あり。その後、緩解再燃を繰り返してステロイド減量困難となった。2010年1月、手術目的に外科転科となった。

身体所見：腹部平坦かつ軟，左下腹部に圧痛軽度あり。その他、特記すべき所見なし。

血液検査所見：特記すべき異常なし（表1）

下部消化管内視鏡検査所見（手術16ヶ月前）：近医にて緩解期に施行された。肛門より15 cmに狭窄あるも、生検にて悪性像なし。（図1）

（手術8ヶ月前）：当院消化器科にて緩解期に施行された。狭窄部位には全周性の潰瘍あり。生検施行せず。（図2）

（手術1ヶ月前）：当院消化器科にて再燃期に施行された。下行結腸～S状結腸の血管透見は低下し、発赤あり。狭窄部位には全周性の潰瘍あり。生検施行せず。（図3）

注腸造影（手術1ヶ月前）：S状結腸～直腸（Rs）にかけて狭窄所見あり。下行結腸より肛門側にハウ



図1 下部消化管内視鏡（手術16ヶ月前）

緩解期に施行．肛門より15 cmに狭窄あるも，生検にて悪性像なし．

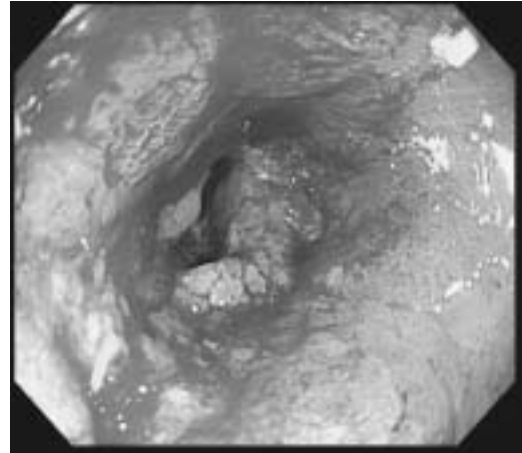


図3 下部消化管内視鏡（手術1ヶ月前）

再燃期に施行．下行結腸～S状結腸の血管透見は低下し，発赤あり．狭窄部位には全周性の潰瘍あり．生検施行せず．

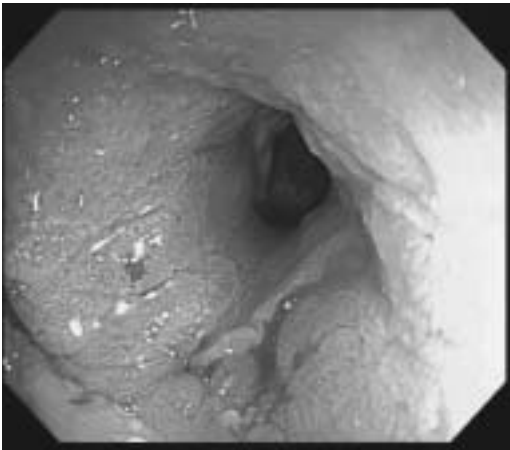


図2 下部消化管内視鏡（手術8ヶ月前）

緩解期に施行．狭窄部位には全周性の潰瘍あり．生検施行せず．

ストラ消失あり（鉛管像）．

腹部単純computed tomography：S状結腸～直腸（Rs）にかけて壁肥厚を伴う狭窄所見あり．（図4）（図5）

内科的治療にて狭窄所見の改善があること，手術16ヶ月前の生検にて悪性像がなかったことから，良性の狭窄と考えた．再燃を繰り返しステロイド離脱困難であり，Quality of life 改善と今後の大腸癌発生リスクを考え，大腸全摘術の適応と考えた．

術式：腹腔鏡下大腸全摘術，回腸人工肛門造設術  
手術所見：腹膜に多発結節あり，腹水あり．迅速病理にて印環細胞癌，腹水細胞診陽性．（図6）（図7）

摘出標本肉眼所見：S状結腸～直腸（Rs）にかけて約50 mmにわたって狭窄・壁肥厚あり．

表1 来院時血液検査所見

WBC	6.57×10 <sup>3</sup> /μl	LDH	173 IU/l
RBC	412×10 <sup>6</sup> /μl	ALP	157 IU/l
Hb	13.4 g/dl	γ-GTP	22 IU/l
Ht	40.9%	ChE	341 IU/l
Plt	36.1×10 <sup>4</sup> /μl	Amy	62 IU/l
PT	116%	CK	78 IU/l
APTT	33.0秒	CRP	<0.23 mg/dl
FNG	353 mg/dl	BUN	10.1 mg/dl
TP	6.5 g/dl	Cr	0.87 mg/dl
Alb	4.0 g/dl	Na	140 mEq/l
T.bil	0.8 mg/dl	K	4.6 mEq/l
GOT	22 IU/l	Cl	102 mEq/l
GPT	34 IU/l		



図4 注腸造影（手術1ヶ月前）

S状結腸～直腸（Rs）にかけて狭窄所見あり．下行結腸より肛門側にハウストラ消失あり（鉛管像）．

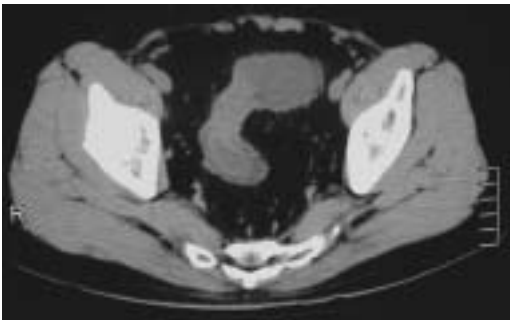


図5 腹部単純Computed tomography

S状結腸～直腸（Rs）にかけて壁肥厚を伴う狭窄所見あり

病理組織学的所見：狭窄部位には粘膜の萎縮像を認め、粘膜固有層には粘液貯留巣が多数認められた。粘膜固有層には陰窩のdystrophicな変化を伴った癌巣が多発していた。粘膜下には結節状の粘液貯留巣内に浮遊状に印環細胞を集ぞくする癌巣が多発していた。進捗度はSEと考えられた。非腫瘍性粘膜は潰瘍性大腸炎緩解期の組織所見が検索された。リンパ節転移は1群および2群に存在した。免疫組織染色像：p 53が密度高く茶色に染色されており、癌細胞の存在が証明された。

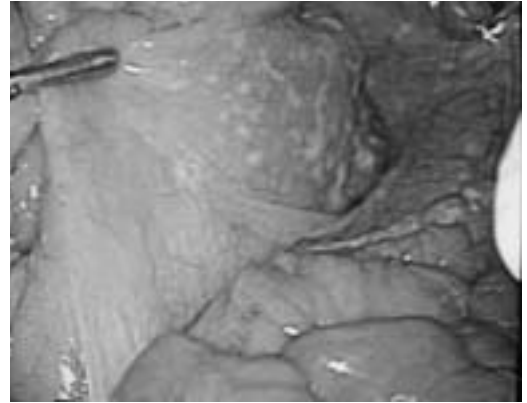


図6 手術所見

腹膜に多発結節あり、腹水あり．迅速病理にて印環細胞癌、腹水細胞診陽性．

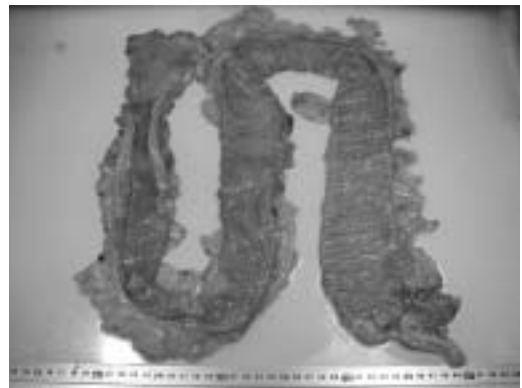


図7 摘出標本肉眼所見

S状結腸～直腸（Rs）にかけて約50 mmにわたって狭窄・壁肥厚あり．

RS, 4型, 34×60 mm, SE, N2, H0, P1, M0, stage IV

術後経過：術後経過良好であり、術後25病日に退院した。退院後は外来にて抗癌剤治療（FOLFOX 6）をおこなう方針とした。（図8）（図9）（図10）（図11）

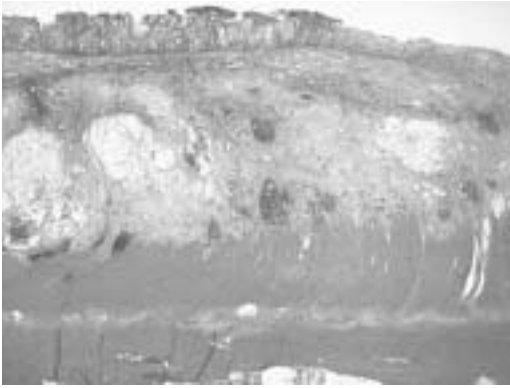


図8 病理組織学的所見 (HE ×12.5 狭窄部位)  
狭窄部位には粘膜の萎縮像を認めた。

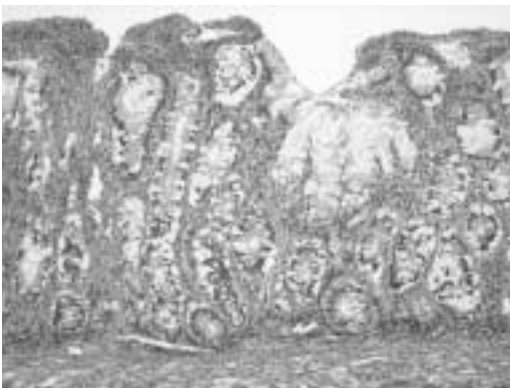


図9 病理組織学的所見 (HE ×100 粘膜固有層)  
粘膜固有層には粘液貯留巣が多数認められた。また、陰窩のdystrophicな変化を伴った癌胞巣が多発していた。

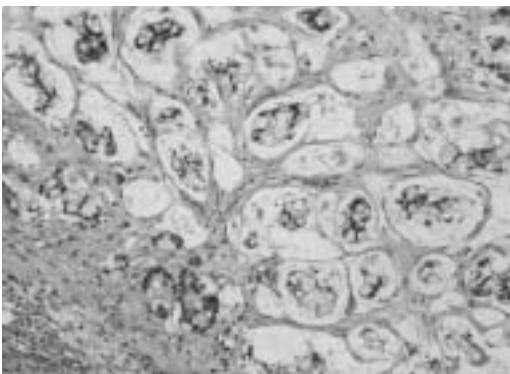


図10 病理組織学的所見 (HE ×40 粘膜下)  
粘膜下には結節状の粘液貯留巣内に浮遊状に印環細胞を集ぞくする癌胞巣が多発していた。

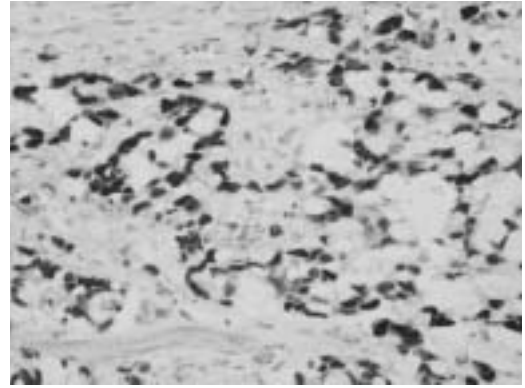


図11 免疫組織染色像 (p53 ×400)  
p53が密度高く茶色に染色されており、癌細胞の存在が証明された。

### Ⅲ. 考 察

炎症性腸疾患 (Inflammatory bowel disease; IBD) に慢性炎症を母地とした癌 (ulcerative colitis associated cancer; UCAC) が発生することが知られている。潰瘍性大腸炎において、累積発癌率が発症後10年で1.6%、20年で8.3%、30年で18.4%におよぶと報告されている<sup>1)</sup>。UCAC発生の臨床的危険因子として、罹患年数の長さ (8年以上)、罹患範囲の広さ (全大腸炎型、左側大腸炎型)、大腸癌の家族歴、原発性硬化性胆管炎 (primary sclerosing cholangitis; PSC) の合併、若年発症などがあげられている<sup>2)</sup>。癌病変の早期発見のためには、潰瘍性大腸炎において定期的な内視鏡検査を行うサーベイランスの重要性が指摘されてきた。従来step biopsy (10 cmおきに4個ずつ、あるいは合計30個以上の生検標本を採取する) に代わる方法として、狙撃生検が提唱されており、現在本邦において無作為ランダム化比較試験が進められている<sup>3)</sup>。浸潤癌、High grade dysplasia, DALM (dysplasia associated lesion or mass) が検出された場合には手術適応とするのが一般的である。また、最近では難治例にも積極的に手術が施行されている。潰瘍性大腸炎は粘膜および粘膜下層を病変の主座とするため、腸管全層を侵すクローン病に比べて良性的腸管狭窄を来たすことは少ないとされている<sup>4)</sup>。狭窄例で最も問題となるのは癌との鑑別で、狭窄例の約3分の1に癌が潜んでいるとされる<sup>5)</sup>。

本症例では手術の5年前より大腸の狭窄が指摘されていた (生検にて悪性像なし) が、手術16ヶ月前

を最後に、生検を含むサーベイランスは行われていなかった。内科的治療にて狭窄像に改善があることから、良性の腸管狭窄と考えられていた。サーベイランス続けていれば、根治的な手術が可能であった可能性がある。

#### IV. 結 語

潰瘍性大腸炎の長期経過中に直腸癌腹膜播種に至った症例を経験した。長期経過に加えて大腸狭窄を伴う症例には、慎重なサーベイランスが必要であると考えられた。

#### 文 献

- 1) Eaden JA, Abrams KR, Mayberry JF. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis. A meta-analysis. *Gut* 2001; 48: 526-535.
- 2) Itzkowitz SH, Harpaz N. Diagnosis and management of dysplasia in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2004; 126: 1634-1648.
- 3) 難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班プロジェクト研究グループ. エビデンスとコンセンサスを統合した潰瘍性大腸炎の診療ガイドライン 2006. 医療情報サービス. 東京: 財団法人日本医療機能評価機構. 2009. 7. 14.  
[http://minds.jcqh.or.jp/stc/0029/1/0029\\_G0000071\\_0001.html](http://minds.jcqh.or.jp/stc/0029/1/0029_G0000071_0001.html)
- 4) Ghosh S, Shand A, Ferguson A. Ulcerative colitis. *BMJ* 2000; 320: 1119-1123.
- 5) Farmer RG. Ulcerative colitis. Edited by Berk JE. *Bockus Gastroenterology*. 5th ed. Saunders: Philadelphia; 1995. p.1357-1363.

## A case of ulcerative colitis resulted in peritoneum dissemination of rectal cancer

Fumihiko Kato, Shimpei Furuta, Norihiro Kishida,  
Manami Doi, Katsumasa Saito, Ryozo Gen,  
Reiko Shimojima, Tsunehiro Sintani, Rika Miyabe,  
Hideaki Kobayashi, Kou Shiraisi, Hirohisa Inaba,  
Takamori Nakayama, Shunji Mori, Kiyosi Isobe  
Junichi Miyata<sup>1)</sup>, Masao Kasahara<sup>2)</sup>

Department of Surgery, Japanese Red Cross Shizuoka Hospital

1) Miyata Hospital

2) Department of Pathology, Japanese Red Cross Shizuoka Hospital

**Abstract :** A man in his 40's has diagnosed with ulcerative colitis since he was 18 years old. In 2005, UC recurred and he consulted our hospital. We found stricture from sigmoid colon to Rs, but no malignancy was seen in the tissue. The Abdominal symptom and stricture improved by the physician's treatment. Similar symptom occurred again in April 2009, and he admitted to our hospital. After that, he had repeated aggravation of abdominal symptom caused by the reduce of steroid dose and improvement of the symptom. The last surveillance with biopsy was 16 months before the operation. In January 2010, we conducted Laparoscopy assisted total colectomy and ileostomy. In his abdominal cavity, we found peritoneum dissemination. Signet-ring cell carcinoma was pointed out from sigmoid colon to Rs. He discharged our hospital without any major complication at 25-postoperative-day. We experienced a case of ulcerative colitis resulted in peritoneum dissemination of rectal cancer difficult to diagnosis before operation.

**Key word :** ulcerative colitis, colon cancer, colitic cancer



---

連絡先：加藤文彦；静岡赤十字病院 外科

〒420-0853 静岡市葵区追手町8-2 TEL (054) 254-4311