

## 症例報告

# 大腸 lateral spreading tumor, non-granular type の一例

浜松赤十字病院 外科

保土田健太郎, 奥田康一, 西脇 眞, 辻塚一幸, 清野徳彦,  
古賀 崇, 宇野彰晋, 林 淳弘, 安藤幸史

### 要 旨

大腸 lateral spreading tumor, non-granular type の一例を経験したので報告する。患者は74歳, 男性。主訴は右側腹部痛, 便潜血反応陽性。注腸検査と大腸内視鏡検査上, 上行結腸肝弯曲部付近に側方発育型の径約30mmの扁平隆起性病変を認めた。病変は周囲粘膜とはほぼ同色調で, 表面は顆粒, 結節を認めず, 平滑であった。上行結腸部分切除術を施行した。病理組織学的には径31×20mmで, 中心陥凹部分にのみの高分化腺癌を認め, 深達度mであった。

### Key words

lateral spreading tumor, 側方発育型腫瘍, 表層拡大型大腸腫瘍

## 1. 緒 言

胃や食道と同様に, 大腸にも粘膜内を水平方向に浅く広く進展する腫瘍がある。これらは, 表層拡大型腫瘍, 水平発育型腫瘍, lateral spreading tumor, creeping tumor, Ila 集簇型腫瘍等と称されている。いずれの表現にも共通する特徴は, 腫瘍の深部への浸潤に比べ, 粘膜内での側方発育を著明に示すことである。

工藤はこの腫瘍を顆粒の有無に注目して lateral spreading tumor の granular type と non-granular type に分類した<sup>1)</sup>。後者は比較的稀だが, 担癌率が高いとされているため, 臨床的に重要である。

われわれは, 上行結腸にヒトデ状に広がる lateral spreading tumor (以下, LST), non-granular type の一例を経験したので報告する。

## 2. 症 例

患者: 74歳, 男性

主 訴: 右側腹部痛

家族歴: 特記すべきことなし

既往歴: 高血圧症: 内服中

現病歴: 平成10年11月, 右側腹部痛を自覚し近

医受診した。便潜血反応陽性であったため, 精査目的に当院を紹介された。大腸内視鏡検査にて上行結腸肝弯曲部付近に扁平隆起性病変を認めた。生検の結果 Group Vであったため, 治療目的に平成11年1月12日, 当科入院となった。

入院時現症: 体格中等度, 栄養良好。眼瞼・眼球結膜に貧血・黄疸なし。腹部は平坦, 軟。右側腹部に軽度の圧痛を認めた。胸部, 腹部に異常所見を認めず, 表在リンパ節は触知しなかった。

入院時血液検査: CEA 4.5 ng/ml (基準値: <2.5) と高値を示す以外は特に異常を認めなかった。

大腸内視鏡所見: 上行結腸肝弯曲部付近に発赤を有するヒトデ状に広がる扁平隆起性病変を認めた (図1 A a)。周囲粘膜とはほぼ同色調であり, 表面に明らかな顆粒, 結節を認めなかった。インジゴカルミン散布後 (図1 b), ヒトデ状の腫瘍辺縁が明瞭化した。扁平隆起上にわずかに見られる発赤陥凹部分の3ヶ所で生検を行なった。生検の結果, tubular adenoma with focal adenocarcinoma, Group V であった。

注腸検査所見: 上行結腸肝弯曲部よりやや口側に, ヒトデ状に広がる平坦な隆起性病変を認めた (図2)。大きさは約3×2 cm であった。

以上の内視鏡・注腸所見から, 病変は大腸 LST, non-granular type であると判断した。本症例は深

図1 a

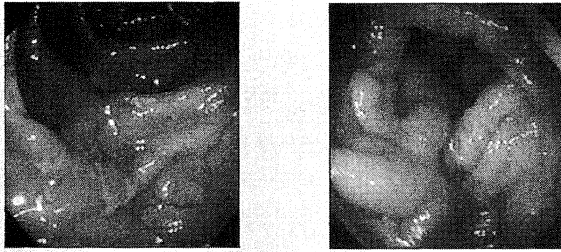


図1 b

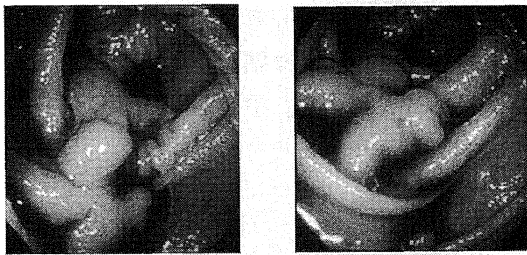


図1 大腸内視鏡像 a, 色素散布前 b, 色素散布後

上行結腸肝弯曲部附近にヒトデ状に広がる扁平隆起性病変を認めた。表面に明らかな顆粒、結節は認めなかった。病変は結腸ヒダを跨ぐようにして存在した。

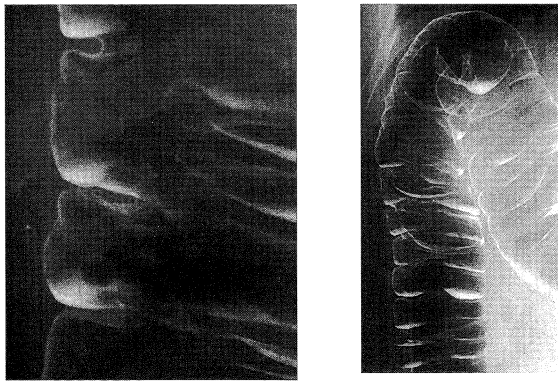


図2 注腸検査による二重造影像

上行結腸肝弯曲部よりやや口側にヒトデ状に広がる扁平隆起性病変を認めた。

達度 sm の可能性が高いこと、病変が結腸ヒダを跨いで存在していたことから、内視鏡的切除は不可能と判断し、平成11年1月18日、上行結腸部分切除術 (D1 郭清) を施行した。

切除標本肉眼所見 (図3): 切除標本上、腫瘍の大きさは縦径31mm×横径20mm (最大径31mm) で

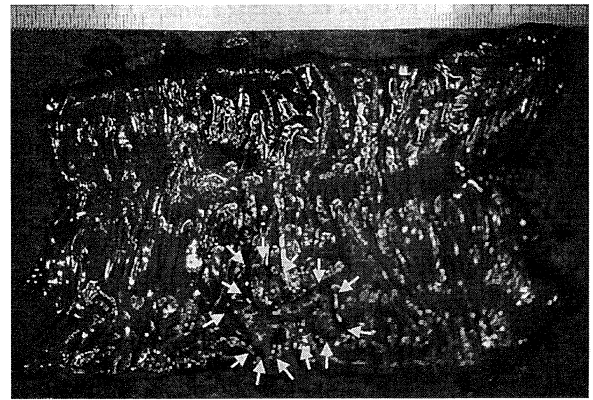


図3 切除標本

縦径31mm×横径20mm (最大径31mm) の扁平隆起性病変を認めた。腫瘍表面に明らかな顆粒、結節を認めず、LST, non-granular type であった

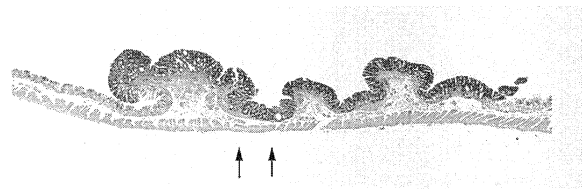


図4 ルーペ像

矢印部分に adenocarcinoma を認めた

あった。境界は比較的明瞭で、丈の低いヒトデ状の扁平隆起性病変を認めた。腫瘍表面部には明らかな顆粒状の変化を認めなかったが、一部にびらんを認めた。

ルーペ像所見 (図4)、病理組織学的所見 (図5): 病変の大部分が tubular adenoma であった (図5 a) が、検体の中心陥凹部分 (図4, 矢印部分) に一致して、well differentiated adenocarcinoma を認めた (図5 b)。深達度はmであった。病理組織学診断は、tubular adenoma with focal well differentiated adenocarcinoma, m ly(0) v(0) ow(-) aw(-) ew(-), lymph nodes; no metastasis であった。組織学的病期は、m n(-) P0 H0 M(-) stage 0 であった。

術後経過は良好で、平成11年2月21日退院となった。

図5 a



図5 b

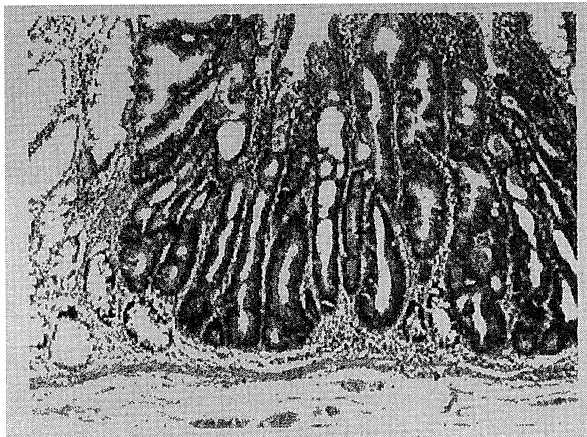


図5 病理組織標本

- a, 正常の腺管と腺腫が大部分を占めた.
- b, 中心陥凹部分(図4矢印部分)のみに深達度mのwell differentiated adenocarcinomaを認めた.

### 3. 考 察

大腸粘膜から発生する顆粒や結節が集簇した病変は、その形態学的特徴から表層拡大型腫瘍、水平発育型腫瘍、LST (lateral spreading tumor), creeping tumor, IIa集簇型腫瘍等と称されてきた。これらの腫瘍は高さの割合と比較して、横の広がりが大きいため、隆起型や陥凹型腫瘍の垂直方向発育と異なり管腔内側に沿った側方発育形式を主体としているものと考えられてきた。その後の大腸内視鏡検査の進歩に伴い、側方発育形式をとる腫瘍の中には、顆粒や結節を形成しない非常に丈

の低い腫瘍が存在することが明らかになってきており<sup>3)4)5)</sup>、工藤はLST, non-granular typeと分類している<sup>7)</sup>。

LST, non-granular typeは、頻回の内視鏡検査を行なっても見逃されることが多く、内視鏡的に診断が難しい病変である。その理由は、病変は正常との色調の差が小さく、腫瘍の高低差に乏しいことから、その存在診断自体が極めて難しいためである。発見されるのは、広範な淡い発赤、血管透見像の消失や表面構造の異常、わずかな出血などが認められる場合であり、多くはインジゴカルミンの色素散布により、病変の正確な広がりや質的診断が可能となるが、中には境界不明瞭なものもある。

本症例では、腫瘍の最大径が31mmと大きく、大腸内視鏡検査で比較的容易に発見することができた。わずかに発赤を認める部位で生検を施行し、病理組織診断にて悪性所見を確認することができた。LSTは本症例のように隆起病変の大部分を腺腫が占め、悪性部分のごく一部でしか認められないことがある。よって、隆起や陥凹部分から注意深く組織採取を行わないと、生検診断の信頼性を欠くことになる。

LSTの深達度診断は腫瘍の肉眼形態やpit patternによる研究がなされている。顆粒や結節を有するものに比べ、非顆粒型であるLST, non-granular typeはsm癌である率が高く、最大径30mm以上のものでは特に高率にsm癌を認めたとの報告がある<sup>2)6)</sup>。

したがって、LST, non-granular typeに対しては、外科的切除を念頭に置き、超音波内視鏡や拡大内視鏡の併用による慎重な深達度診断が必要である。

### 文 献

- 1) 工藤進英. 早期大腸癌—平坦・陥凹型へのアプローチ. 東京: 医学書院; 1993.
- 2) 工藤進英, 山野泰穂, 田村智ほか. 臨床からみた表層拡大型大腸腫瘍 LSTにおける位置づけ. 胃と腸 1996; 31: 167-178.
- 3) 工藤進英, 日下尚志, 木俣博之ほか. 大腸

- sm 癌の診断と治療—内視鏡診断の立場から.  
胃と腸 1991 ; 26 : 764-775.
- 4) 為我井芳郎, 佐藤薫隆, 丸山雅一ほか. 表層  
拡大型様進展を示した横行結腸 sm 癌の一例.  
胃と腸 1993 ; 28 : 1483-1490.
- 5) 寺井毅, 今井靖, 二瓶英人ほか. 大腸 lateral  
spreading tumor-non-granular type の2例.  
胃と腸 1996 ; 31 : 209-214.
- 6) 大倉康男, 山村彰彦, 三上哲夫. 表層拡大型  
大腸腫瘍の病理固有組織学的検討. 胃と腸  
1996 ; 31 : 143-152.