

## 第10回 京滋大腸肛門疾患懇話会

日 時：平成10年11月14日（土）

場 所：京都センチュリーホテル

世 話 人：京都大学 放射線科 平岡 真寛

### 1) クロウン病に合併した痔瘻癌の1例

京都市立病院 外科

○片岡 正人, 田中 明  
辻 勝成, 小河 靖昌  
吉田 秀行, 前田 敏樹  
山本 栄和, 武田 亮二  
岡村 隆仁, 宇都宮裕文  
向原 純雄

### 2) 虫垂開口部に発生した粘膜下腫瘍の1例

滋賀医科大学 第二外科

○舛田 誠二, 藤村 昌樹  
平野 正満, 木下 隆  
山本 育男, 平岡 聡  
松山 茂樹, 山田 忠則

琵琶湖養育院病院

游 逸明, 加藤 守彦

【症例】38歳, 男性. 20歳時にクロウン氏病発症し, 発症から2年後痔瘻が出現し, 27歳時結腸皮膚瘻を形成し, 結腸亜全摘施行されている. 以後徐々に肛門症状進行し, 今回入院時には極度の栄養不良・貧血を認めた. 入院後42日目に痔瘻切除・内視鏡下膀胱生検, 右腎瘻造設を施行した. CEA は急激に上昇したが, 前立腺癌のマーカーは陰性であった. 腎不全・心不全を併発し, 80日目に癌死した. 痔瘻部の組織学的所見は, 瘻孔口周囲の癌浸潤を認め, 全体としては低分化腺癌の像であった. 隅越の五条件のうち四条件を満たし, 痔瘻癌と診断して矛盾しないと考えた. 本症例は, 急な経過をとり不幸な転帰となった. 反省点としては, 痔瘻部の生検を早い時期に施行するべきであったと考える. 長い痔瘻歴・経過中に肛門部症状に変化がみられる場合・痔瘻根治術後になおかつ難治性病変が残る場合は, 悪性化を疑い再三の生検を施行するべきであるとされている.

【症例】69歳, 男性. 5 cm 大の虫垂開口部腫瘍の診断で紹介入院となった. 前医における大腸内視鏡検査では虫垂開口部を中心とした発赤粘膜の隆起を認めた. 腹部 CT 検査では虫垂開口部を中心とした 5 cm 大の高吸収域の腫瘍が描出されていた. 粘膜下に低吸収域を認めた. 注腸造影検査では前医では 5 cm 大であったものが10日後には 3 cm 大に縮小していた. 超音波検査でも腫瘍は 2 cm 大に縮小していた. 症状が軽減せず, 悪性腫瘍, 虫垂粘液嚢腫などを疑い前医初診後17日で腹腔鏡下手術を施行した. 虫垂開口部に 1 cm 大の弾性軟の腫瘍を触知した. 悪性腫瘍を否定できず腹腔鏡補助下回盲部切除を行った. 組織所見では炎症所見のみで腫瘍成分は認めなかった. 腹部 CT を見直したところ虫垂開口部に 1~2 mm 大の小高吸収域を認めた. 標本内には異物を認めず, 自然排泄され炎症性腫瘍も消退したものと考えた. 以上診断に難渋した虫垂開口部腫瘍の経験を報告した.

### 3) 大腸垂全摘 21年後に絞扼性イレウスを来した十二指腸腺腫を伴った家族性大腸ポリーポシスの一症例

滋賀医科大学 第二内科

○西山 順博, 小山 茂樹  
天方 義郎, 上田 浩史  
藤山 佳秀, 馬場 忠雄

【症例】44歳, 女性。【主訴】下腹部痛。

【家族歴】母に大腸癌, 妹に FAP の手術既往。

【既往歴】23歳に FAP にて大腸垂全摘。

【現病歴】近医にて CA19-9 高値を指摘され当科外来紹介, 平成10年7月27日上部内視鏡検査施行, 胃ポリーポシス, 十二指腸腺腫を認めた。同30日より嘔吐・腹痛の増悪のため当科入院となった。腹部単純 X 線・CT にて絞扼性イレウスと診断, 緊急手術となった。術後 DOC・MRCP にても総胆管, 主膵管に異常認めなかった。又, US・CT にて左水腎症を認め, 当初はデスモイド腫瘍による尿管狭窄・イレウス症状を念頭に置く必要があったが, その後の聴取により, 医原性左尿管狭窄であった。今後, 十二指腸腺腫・残存直腸については手術を考慮。定期的検査を続け, デスモイド発生を早期に発見する必要がある。

### 4) 術後16年目にみられた大腸癌肝転移の一切除例

滋賀医科大学 第一外科

○小川 智道, 谷 徹  
遠藤 善裕, 来見 良誠  
川口 晃, 八木 俊成  
内藤 弘之, 目片 英治  
小玉 正智

【症例】64歳, 男性。1982年12月, S 状結腸癌に対し, 高位前方切除術+2群リンパ節廓清施行。(SS. N0. P0. H0. M(-)stage II. ly0. V0. well. diff. adenocarcinoma)

当科外来にて経過 follow 中, 血中 CEA 65 と高値を示したため腹部超音波検査施行し, 肝 S4 に径 4×3 cm の腫瘍を認めた。CTA にて enhance され CTAP にて defect として描出され, MRI では T1 で low, T2 で high intensity な mass として描出された。血管造影

では腫瘍濃染像や major branch の encasement は認められなかった。1998年4月, S4S5 部分切除術を施行した。病理組織にて大腸癌に特徴的な背の高い円柱上皮細胞による腺管構造を認めた。全身検索にて他に異常所見を認めないためこれを大腸癌の肝転移と診断した。初回手術より16年を経て肝転移再発を来した大腸癌の肝切除症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

### 5) 側方発育進展を呈する大腸腫瘍の臨床病理学的検討

京都府立医科大学 第三内科

○中村 斉, 齊藤 彰一  
宮崎 守成, 下村 哲也  
小林 紀明, 恒村 康史  
真鍋 理絵, 若林 直樹  
時田 和彦, 光藤 章二  
加嶋 敬

湖北総合病院 内科

福田新一郎

津市民病院 消化器科

児玉 正

京都府立医科大学病院 病理部

土橋 康成

【目的】側方発育を示す大腸腫瘍に対して臨床病理学的検討を行った。

【対象と方法】過去5年間に当科で大腸内視鏡検査を施行し, 内視鏡的もしくは外科的切除を行った43症例48病変を対象とした。側方に発育伸展を示す 10 mm 以上の大腸腫瘍を工藤らの分類に従い, 顆粒型 (顆粒均一型, 結節混在型), 非顆粒型 (flat elevated type, pseudo depressed type) に分類し, 腫瘍径, 肉眼形態, 組織異型度, 担癌率, 治療法, 局在部位, 色調について検討した。

【成績】治療法は腫瘍径が 20 mm 未満のものでは一括切除が可能であったが, 20 mm を超えると分割切除例が, 30 mm を超えると外科的切除例が増加した。局在部位は顆粒型では直腸に37%, 盲腸に21%と頻度が高く, 非顆粒型では横行結腸に50%と頻度が高かった。色調を正常粘膜と同色を示すもの (以下正常色) と発赤を示すものに分けた。顆粒型では正常色の病変は異型度が低い傾向にあり, 発赤が強い病変は異型度

が高い傾向にあった。非顆粒型では正常色の病変は異型度が低い傾向にあったが、発赤が強くても異型度と関係はなかった。担癌率は顆粒型では均一型が30%であったのに対し、結節混在型は78%と高率であった。非顆粒型では flat elevated type が25%であったのに対し、pseudo depressed type は全例で癌化していた。組織異型度は腫瘍径の増大とともに高い傾向にあった。担癌病変の平均腫瘍径は顆粒型では 25 mm、一方、非顆粒型では 15 mm と小さい傾向にあった。

【結論】顆粒型と非顆粒型を比較すると、両者で側方に発育伸展を示す性格を有するが、臨床病理学的に違いが認められ、別の概念として扱う必要があると考えられた。

## 6) 術後、急速な進展を来した大腸癌症例の検討

京都府立医科大学 第2外科

○原田佐智夫, 山岸 久一  
園山 輝久, 糸井 啓純  
久保 速三, 上田 祐二  
藤原 斉, 池田 純  
糸川 嘉樹, 奥川 郁  
金城 信雄, 塩田喜代美  
矢野裕太郎, 福本 兼久  
木下 満弘, 山本 芳樹  
鉢嶺 泰司, 岡 隆宏

術後急速に癌が進展し死の転帰をたどる大腸癌症例が稀にある。今回我々は術後1年以内に癌死した症例について検討した。

【対象】1973年1月から1997年12月までの25年間に当科で手術した大腸癌症例601例のうち、術後1年以内に大腸癌で死亡した47例（以下不良群）とこれらを除く554例（以下対照群）について比較検討した。

【結果】(1)不良群の壁深達度はすべて ss, a1 以上であった。(2)リンパ節転移は不良群で高率に認め、特に n4(+) が20%にも及んだ。脈管侵襲陽性例も有意に不良群で多かった。(3)組織型は不良群に低分化腺癌と粘液癌が多く、高分化腺癌が少なかった。(4)不良群の P 因子または H 因子陽性例は47例中39例(83.0%)であった。

【まとめ】肝転移、腹膜播種がなくても ss, a1 以上で低分化腺癌や粘液癌のリンパ節転移、脈管侵襲陽性例

では術後早期に再発の恐れがあり嚴重な注意が必要と考えられた。

## 7) 直腸カルチノイドにおけるリンパ節郭清の意義について

滋賀県立成人病センター 外科

○松尾 宏一, 近藤 正人  
上 和広, 橋本 洋右  
船木なおみ, 四元 文明  
野中 敦, 大塩 学而  
武田 博士

微小な直腸カルチノイドに対する治療方針としては、内視鏡的・または経肛門的に局所切除を行うとする施設が多い。

しかし、微小病変であっても脈管侵襲からリンパ節転移・肝転移を認めた症例が報告されており、局所切除のみならず周囲リンパ節を含めた切除を行い、脈管侵襲及び転移に対する評価を行うことが必要と考えられる。しかし、低位前方切除・腹会陰式直腸切除といった術式では手術侵襲が大きく、その適応については十分検討する必要がある。

こういった問題に対し、癌研究所の増田らは広範領域間膜切除を伴う直腸局所切除 (Local resection of the rectum with regional mesorectal excision: RME) を提唱している。この術式は経仙骨式到達法により直腸の全層切除及び直腸間膜切除が可能である。

従って微小な直腸カルチノイドの治療に際しては、経仙骨の直腸局所切除もその選択肢に加え、方針を決定すべきと考える。

## 8) Polypectomy 後に腸切除を行い n1 であった S 状結腸 sm 癌の 1 例

国立京都病院 外科

○徳力 俊治, 小泉 欣也  
 亀山 謙, 森居 純  
 坂田 晋吾, 難波 克明  
 坂井 義治, 黒柳 洋弥  
 大谷 哲之, 土屋 宣之  
 西脇 洗一, 大和 俊夫

国立京都病院 消化器科

水本 吉則, 梶谷 幸夫

国立京都病院 病理

樋口佳代子

伏見区

村澤 賢一

内視鏡的ポリープ切除術を施行し、組織学的に sm 癌と診断された際の、追加腸切除の適応については大腸癌取扱規約にも①明らかな脈管内浸潤、②低分化腺癌あるいは未分化腺癌、③断端近傍までの massive な癌浸潤と挙げられている。今回我々は形態は Ip でポリープ切除後の組織検査で高分化腺癌、脈管侵襲陰性、深達度 sm 浅層、断端陰性と診断された S 状結腸癌に対し腸切除を行ったところ、n1(+) であった症例を経験した。本症例を組織学的に再検討してみると、腫瘍細胞は高分化腺癌が大勢を占めていたが、sm 浸潤先深部になると分化度が低くなっており、また粘膜腺管表層周囲まで及ぶ desmoplastic reaction を認め、リンパ節転移の危険性は十分考える必要があったと思われる。今後も同様の症例に対しては組織学的な検討も十分行い、慎重に治療方針を検討していく必要があると考えられる。

## 9) 当院における早期大腸癌内視鏡下粘膜切除後の開腹切除例の検討

京都桂病院消化器センター 外科

○川島 和彦, 野口 雅滋  
 馬場 慎司, 安近健太郎  
 西村 和明, 間中 大  
 西澤 孝, 沖野 孝

京都桂病院消化器センター 内科

鳥居 恵雄, 藤田 真也  
 福井 寿朗, 武田 純  
 津村 剛彦, 鍋島 紀滋  
 疋田 宇, 西川 温博  
 越智 次郎, 三浦 賢佑

当院における過去3年間(96年1月から98年9月まで)の下部消化管内視鏡的粘膜切除術(以下EMR)424例と結腸癌及び直腸癌(以下両者を併せて大腸癌)214例について若干の文献の考察を加えて報告する。過去3年間の下部消化管EMR施行424例の内66例が大腸癌であった。その大部分が粘膜癌であるが粘膜下層までの浸潤を示すものも12例認められ、sm2以上の浸潤を示す7例と他4例の計11例に対し外科的追加手術を施行した。2例のRbの直腸癌に対し経肛門的腫瘍切除術を施行し、他の9例にD2郭清を伴う定型的な腸切除、切断術を施行した。2例が平坦型の腫瘍で他はいずれも隆起型を示し、腫瘍径は10~30mmであった。追加切除を施行した11例のうち隆起型のsm癌2例にリンパ節転移を認めた。当院ではEMR切除標本の病理所見にてsm2以上の深達度のもの、脈管侵襲を認めるもの、切除断端への癌浸潤陽性的ものに対してはD2郭清を伴う定型的な外科的追加切除を行うこととしている。

## 10) 潰瘍性大腸炎に対する J 囊肛門吻合法の長期成績

京都第二赤十字病院 外科

○泉 浩, 井川 理  
 徳田 一, 竹中 温  
 高橋 滋, 藤井 宏二  
 宮田 圭悟, 田中 宏樹  
 藤田 益嗣, 金 修一  
 上原 正弘, 宮川 公治  
 森 毅

1991年より潰瘍性大腸炎に対して施行した J 囊肛門吻合術16例の長期成績について検討した。平均年齢は約30歳で男女比は7:9であった。手術適応は重症型11例、激症型2例、難治性2例、癌化の疑い1例で、15例に3期分割手術を1例に2期分割手術を施行した。

排便回数は術後6ヶ月～7年経過で4.2±1.0回/日、soiligは夜間稀に1例に認め、止痢剤の内服は8例に認めた。また、排便回数の変化は術後3ヶ月頃で5～6回/日でその頃より徐々に改善し6ヶ月頃に安定した。

晩期(第3期手術以降)の合併症として44%に腸閉塞、回腸囊炎、肛門狭窄、回腸粘膜脱、肛門潰瘍、貧血、輸血後肝炎、apical pouch bridge等が見られた。肛門狭窄、回腸粘膜脱、輸血後肝炎、apical pouch bridgeは手技的あるいは管理の問題で改善可能と考えられた。

1例の自閉症患者を除き全例社会あるいは学業に復帰しており満足すべき成績と考えられた。

## 11) 悪性直腸腫瘍に対する、当院での術式選択の変遷とその意義—特に直腸切断術について

大津赤十字病院 外科

○石上 俊一, 中川 隆弘  
 丹後 泰久, 小泉 将之  
 安田 誠一, 諏訪 裕文  
 松川 泰廣, 馬場 信雄  
 小川 博暉, 坂梨 四郎

最近11年間に行われた悪性直腸腫瘍手術症例298例を対象に、当院での術式選択の傾向を解析し、その意

義について考察した。さらに当院で行われている2種類の直腸切断術式を入院期間や手術時間、術中出血量といった点から比較検討した。統計学的解析には $\chi^2$ 検定及び unpaired t-test を用い、p 値が0.05未満を有意とした。

【結果】1)悪性直腸腫瘍手術全体に占める低位前方切除術の割合は年々漸増。特に Rb 領域の腫瘍に対する直腸切断術の減少がその一因と考えられた。2)57例の仙骨腹式直腸切断術(SA)と34例の腹陰式直腸切断術(M)での3因子の比較は以下のとおり。入院期間(SA; 84±23日 vs M; 66±4日, p=0.341), 手術所要時間(SA; 310±12分 vs M; 374±14分, p=0.003), 術中出血量(SA; 814±104ml vs M; 1440±202ml, p=0.025)。【考察】1)当院での悪性直腸手術は肛門機能温存の方向に向かっていった。2)仙骨腹式手術は Miles 手術に比し、手術時間や出血量が有意に少なく、患者の QOL 向上に有用であると考えられた。

## 12) 直腸癌の術前三者併用療法(放射線, 温熱, 5-FU 座薬) 著効例の検討

京都府立医科大学 第一外科

○海老原良昌, 白敷 積雄  
 木村 彰夫, 足立 哲夫  
 崔 英載, 岡本 和真  
 阪倉 長平, 大辻 英吾  
 北村 和也, 谷口 弘毅  
 萩原 明於, 澤井 清司  
 山口 俊晴, 高橋 俊雄

当科では1986年より局所再発の防止を目的として、120を超える直腸癌症例に対し術前三者併用療法を施行している。その結果として局所再発率の低下および5年生存率の向上を得ることができた。

今回、術前三者併用療法施行群の中から著効例を数例提示する。

各々の症例において三者併用施行後は施行前に比し周堤の平低化、および内腔の良好な開存性を認めている。腫瘍の down-sizing により手術の縮小化が可能となり、患者の QOL の向上が得られた症例もあり、そういった側面からも術前三者併用療法は有用であると考えられる。

当科の統計では5年生存率において三者併用群は非施行例に比し約20%良好な結果を得ている。しかし温

熱療法施行群は非施行群に比し肺転移、及び肝転移を高率に認めるとの報告がある。当科の三者併用療法施行群においても一部の症例において遠隔転移を認めており温熱療法との関連が示唆されるが現時点では明らかな関連性は見出すことができていない。今後の更なる研究によりこれらの点が明確になると考えられる。

### 13)放射線化学同時併用療法によって肛門温存し得た肛門癌の1例

京都大学 放射線科

○光森 通英, 永田 靖  
平岡 真寛

【症例】67歳, 女性

【主訴】anal bleeding

【現病歴】96年末より anal bleeding を自覚していたが放置。97年5-6月にかけて anal discomfort 増強。97年7月 anal pain 出現。近医にて肛門癌 (T2N2M0) の診断を受けた。

【既往歴】25歳時 結核

【家族歴】特記すべきもの無し

【治療】全骨盤 (15MV-X 線 前後対向2門) に対し一回 1.8 Gy 週5回で 45 Gy、その後照射野を原発巣 (15MV-X 線 左右+後方3門照射) と鼠径リンパ節 (7 MeV 電子線前1門照射) に分割・縮小し 55.8 Gy 照射した。化学療法は MMC (10 mg/body, day 1) +5-FU (1000 mg/body/24 hr, day 1-day 4) を放射線治療の第1週, 第5週に同時併用した。

【副作用】治療期間中放射線直腸炎による下痢症状をきたしたが、保存的に経過した。治療の後半に会陰部のびらんをみとめ、疼痛が強かったが、局所の清潔保持で約3週間で治癒した。

【結果】治療後13ヵ月を経た現在も局所・遠隔再発の兆候無く無病生存中である。肛門機能は100%温存されている。

【考察】肛門癌の大部分は epidermoid carcinoma であり, adenocarcinoma である直腸癌よりも放射線感受性が高く, 特に concurrent chemoradiation により高い有効性が報告されている。肛門癌を外科的に治療した場合, 人工肛門造設あるいは肛門形成術を行うことになるが, いずれも適正な線量の放射線で治癒せしめた場合に比べて QOL の低下は明らかである。T1-T2 肛門癌に対して concurrent chemoradiation は第一選択とす

るべき治療法である。

### 14)放射線腸炎の病態と外科治療法の再評価

京都大学 腫瘍外科

○長山 聡, 小野寺 久

韓 秀炫, 近藤 昌平

今村 正之

京都大学大学院 婦人科

片岡 信彦

【緒言】放射線照射の装置や方法の進歩に伴い, 悪性腫瘍に対する放射線治療の有用性が増大している。一方で, 重篤な合併症である放射線腸炎が時に発生し, その治療には難渋することが多い。今回, 我々は当科での放射線腸炎の手術症例を中心に検討した。

【対象】放射線腸炎に対する手術施行38症例及び, 比較対照として保存的に治療し得た417症例 (婦人科疾患原発) を抽出した。【結果】手術症例の内訳は婦人科32例, 泌尿器科3例, 整形外科2例, 外科1例と大多数が婦人科疾患に起因していた。手術時期に関しては照射後1年頃と10年以降の2群に大別できたが, 両群間に臨床上の違いは認められなかった。また, 婦人科症例に対して手術の有無で比較検討したが, 放射線腸炎を重篤化させる因子は明らかには出来なかった。手術術式に関しては, 小腸型では広範腸切除, 直腸型では貫通術式を選択するケースが多いが, 現在まで1例の縫合不全もなく, また大量切除による高度の栄養障害も経験していない。

【考察】放射線腸炎に対する外科治療についてはバイパス術などの姑息的手術を推奨するものが多く, 切除術はその合併症の多さから敬遠されがちであるが, 放射線腸炎が不可逆的で進行性であるという病態に基づき, 術後の QOL を考慮した, 障害腸管の可及的切除を第一選択としてきた。手術手技の向上はもとより, 発生機序の解明や高リスク群の選出などの課題を解決すべく検討を続けていかなければならない。

## 15) 排便についての意識調査報告

## —特に介護する立場の人がどうか—

京都保健会吉祥院病院 外科肛門科  
○土壁 浩, 倉田 正  
京都民医連第二中央病院  
川島 市郎  
大阪府立成人病センター  
名嘉山一郎

高齢者社会を迎えて、介護が問題となってくる。その中で、三大介助と言われるものに、食事介助、入浴介助、と共に、排便介助が含まれる。

摘便が点数化され、医療行為となったために、ヘルパー等の非資格者は手が出せない状態になってしまった。そのため、排便介助には、医療従事者による指導・教育が問われることになるが、その前に、一般の便、排泄に対する関心や意識をしっかりと掴んでおく必要を感じこのアンケートを実施した。

97年11月から98年10月までの1年間に筆記による記入形式で254のアンケートを集計した。大部分が、介護の主力となる30歳以上の主婦で、既に家庭内に要介護者を有する人が29人いた。結果から、一般の便や排泄に関する関心は高く、高齢化社会における排泄介助に向けて、医療従事者による指導・教育が必要と感じられた。