

原発性虫垂癌による十二指腸閉塞の一例

米子博愛病院外科 (部長: 守安 久博士)

伴 敏 彦・堀越 雄 二 郎

〔原稿受付 昭和38年 6月 2日〕

SUPRAPAPILLÄRER DUODENALVERSCHLUSS VERURSACHT DURCH PRIMÄRES WURMFORTSATZKARZINOM

Von

TOSHIHIKO BAN und YUJIRO HORIKOSHI

Aus Der Chirurgischen Abteilung (Chefarzt : Dr. H. Moriyasu) des Hakuai-Spitals, Yonago

Vom klinischen Standpunkt aus teilt man den Duodenalverschluss in 2 Hauptgruppen ein : i) den suprapapillären Duodenalverschluss und ii) den infrapapillären Duodenalverschluss.

Das Krankheitsbild des suprapapillären Duodenalverschlusses wird durch viele krankhafte Prozesse am Duodenum und seiner Umgebung verursacht z. B. Lymphom um das Duodenum, Leiomyom, Papillom, selten Karzinom oder Sarkom an der Duodenalwand.

Neuerdings hatten wir Gelegenheit, eine Patientin mit dem typischen Bild des suprapapillären Duodenalverschlusses, verursacht durch Wurmfortsatzkarzinom, zu operieren. Wir möchten diesen Fall hier berichten und einige Betrachtungen anschliessen.

Fall M. N. 58Lj. Frau

Seit 3 Monaten verspürte sie nach dem Essen ein Spannungsgefühl in der Epigastrialgegend. Sie litt unter zeitweisem Erbrechen, das immer heftiger wurde. Die erbrochene Masse bestand ausschliesslich aus Speiseresten. Von unserer inneren Abteilung war sie uns zur Operation eingewiesen (Nr. 462. 1961).

Befunde am 1. März 1961 : Die mittelgrosse Frau befand sich in reduziertem Kräfte- und Ernährungszustand. Labor-Untersuchungen zeigten eine Hypoproteinämie (6.0 g/dl). Die übrigen Labor-befunde lagen im Bereich der Norm. Durch die dünne Bauchdecke war eine stark aufgeblähte Magenkontur zu tasten.

In der rechten Bauchhälfte fühlte man einen sanduhrförmigen Tumor, dessen Oberfläche grob höckrig und dessen Konsistenz elastisch derb war. Die röntgenologischen Untersuchungen des Magen-Darm-Trakts zeigten einen stark dilatierten Magen und den suprapapillären Duodenalteil. Der Bariumbreischichten brach komplett ab am Pars descendens des Duodenum unmittelbar oberhalb der Papilla. (Abb. 1) Aus diesen Befunden diagnostizierten wir den suprapapillären Duodenalverschluss verursacht durch Pankreaskopfkrebs. Nach genügenden Vorbereitungen, hinzielend auf Pankreatikoduodenektomie, wurde die Operation ausgeführt.

Behandlung : Am 9. März 1961. Operation in Lachgas-Äther-Narkose. Die Laparotomie erfolgte durch einen oberen medianen Schnitt und ausschliessenden transrectalem Schnitt nach rechts. Unter Sicht waren ein stark aufgeblähtes Duodenum und eine neu-



Abb. 1. Ein stark dilatierte Magen und das Megaduodenum mit Spiegelbildung.
Der Barium-breischatten brach Komplett ab am pars descendens des Duodenum unmittelbar oberhalb der Papilla.

geborenenkopfgrosse rechte Niere zu erkennen. An der Mesenterialwurzel war ein mannsfaustgrosser, sanduhrförmiger Tumor zu sehen. Nach rechts oben reichte dieser Tumor bis zur Pars descendens des Duodenum unmittelbar oberhalb der Papilla, und dort war Duodenum komplett verschlossen. Nach unten reichte er bis zur Ileumende und zog Ileocecalteil nach oben. Von diesen Befunden war der Tumor als ein zusammengebackenen metastatischen Lymphdrüsentumor anzusehen. (Abb. 2)

Zunächst wurde die Duodenalmobilisierung nach KOCHER ausgeführt, um den Steno-

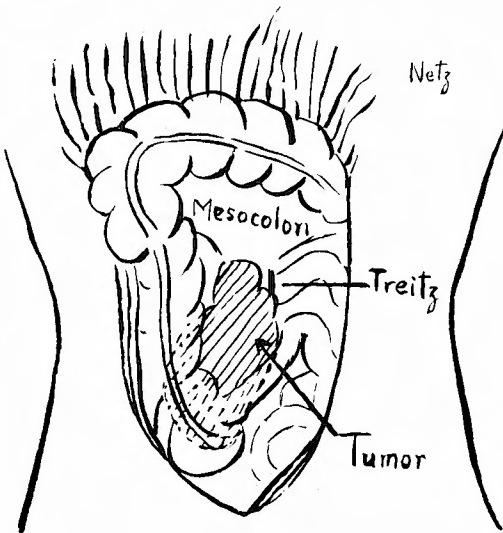


Abb. 2. Skizze während der Operation.

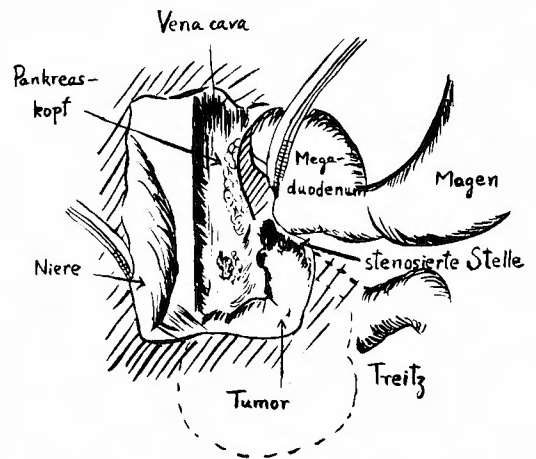


Abb. 3. Zustand nach Duodenalmobilisierung nach KOCHER.

seteil genauer festzustellen. Wie Abb. 3 zeigt, waren die Lymphdrüsen entlang der A. renalis dextra auch von dem krankhaften Prozess befallen und an den Tumorbildung beteiligt. Das Duodenum war rechts und unten durch den Lymphdrüsentumor und narbig umgewandeltes Fettgewebe infolge infiltrierender Metastasen komplett verschlossen. Während des Abpräparierens konnten wir nicht umhin, infiltrierende Metastasen teilweise auf der Vena cava bleiben zu lassen. Dann wurde die Nobilizierung des Coecums nach Payr durchgeführt, um den unteren Teil des sanduhrförmigen Tumors genauer darzustellen. Dabei wurde klar, dass dieser Teil aus den metastatisch vergrößerten und zusammengebackenen Ileocoecallymphdrüsen entstanden war. In diesem Tumor war der daumenkuppengross verdickte, holzharte, retrocoecal eingelagerte Wurmfortsatz zu finden. Die Coecumwand zeigte in sich keine krankhaften Veränderungen, aber das retrocoecale Fettgewebe war teils in infiltrierendes narbiges Gewebe umgewandelt, das sich nach oben bis zur Umgebung des rechtsseitigen Nierenhilus verbreitert, wo es auf den rechtsseitigen Ureter drückte. Nun war es klar, dass dieser sanduhrförmige Tumor aus dem Wurmfortsatz und aus metastatisch vergrößerten und miteinander verklebten Lymphdrüsen entlang der A. iliocolica, der A. colica dextra, der A. mesenterica sup. und entlang der A. renalis dextra entstanden war. Ob die Natur dieses krankhaften Prozesses entzündlich oder neoplastisch war, konnten wir nicht mit Sicherheit feststellen. Nach dem palpatologischen Befund jedoch stellten wir die wahrscheinliche Diagnose als primäres Wurmfortsatzkarzinom mit Lymphdrüsenmetastasen. So entschlossen wir uns palliativ vorzugehen, d. h. : nur den Haupttumor durch rechtsseitige Hemikolektomie zu entfernen und durch Gastrojejunostomie die Passagestörung am Duodenum zu beseitigen. So wurde eine rechtsseitige Hemikolektomie mit End-zu-End Ileocolostomie in typischer Weise ausgeführt. Dabei mussten wir das Ileum ca. 1 m oral von Ileumende resezierieren, um den Lymphdrüsentumor völlig zu entfernen. Darauf wurde die Gastrojejunostomie nach der Regel durchgeführt.

Operationspräparat

Makroskopisch : Wie Abb. 4 und 5 zeigen, sind ein daumenkuppengross verdickter, retrocoecal eingelagerter Wurmfortsatz und ein Lymphdrüsentumor.

Mikroskopisch (Wurmfortsatz) : Wie Abb. 6 zeigt, kann man das typische Bild eines Scirrhus erkennen. Die Krebszellen sind teilweise schleimig degeneriert. Man kann



Abb. 4. und 5. Makroskopisches Operationspräparat. Wurmfortsatz und Lymphdrüsen sind teils schon entfernt für histologische Untersuchungen.



Abb. 9 und 7. Typisches Bild eines Scirrhus. Die Krebszellen sind teilweise schleimig degeneriert.

auch Siegelringzellen erkennen. (Abb. 7) Das Lymphdrüsenpräparat ergab dieselben Befunde.

Mikroskopische Diagnose : Scirrhus des Wurmfortsatzes mit Lymphdrüsenmetastase.

Postoperativer Verlauf : Glatt. Erbrechen und Völlegefühl im Epigastrium waren völlig verschwunden. 8 Monate nach der Operation jedoch starb die Patientin wegen eines Rezidivs.

Diskussion : Das primäre Wurmfortsatzkarzinom ist eine sehr seltene Krankheit, und in Japan liegen bis heute, soweit wir anhand der Literatur feststellen konnten, nur 3 Fallberichte¹⁾²⁾³⁾ vor.

Uihlein und McDonald⁴⁾ teilten das Wurmfortsatzkarzinom in 3 Gruppen ein : i) "Carcinoid tumor" ii) "malignant mucocoeletype" iii) "colonic type". Der Carcinoid-Tumor ist aber an sich ein gutartiges Geschwulst aus Helle-Organ-Zellen (Feyrter), das Serotonin produziert und typische klinische Erscheinungen ("flash", Durchfälle, Rumoren im Leib u. s. w.) darbietet. Dieser ist durch Appendektomie völlig zu heilen und zeigt keine Metastasenbildung. Ebenso wiesen Genga und Sawamura¹⁾ darauf hin, dass es fraglich ist, das Carcinoid als Wurmfortsatzkarzinom anzusehen. Aber es gibt einige Berichte über maligne Carcinotide mit Fernmetastasen⁵⁾. Deshalb ist es ebenso falsch, alle Carcinotide als Karzinom, wie alle Karzinotide als gutartige Geschwulste anzusehen. Es ist besser, wenn man "carcinoid tumor" in Sinne von Uihlein und McDonald als "malignant carcinoid-tumor" auffasst. Bei unseren Fall zeigen histologische Untersuchungen Scirrhus mit Siegelringzellen. So ist es nach Uihlein et al. als "colonic type" zu klassifizieren.

Nun möchten wir hier diskutieren, wie ein Duodenalverschluss durch ein Wurmfortsatzkarzinom entstehen kann. Bei diesem Fall spielen für die Entstehung des Duodenalverschlusses die Lymphdrüsen-metastasen entlang der A. renalis dextra die Hauptrolle. Wie ist es dann aber möglich, dass Karzinomzellen aus dem Wurmfortsatz zu den Lymphdrüsen entlang der A. renalis wandern? Normale Abflusswege der Lymphe aus dem Appendix sind wie folgt : Lymphdrüsen entlang der A. iliocolica oder der A. colica dextra, Lymphdrüsen entlang der A. mesenterica sup. paraaortale Lymphdrüsen Ductus thoracicus-- Venenwinkel.

Deshalb ist es unmöglich, dass Karzinomzellen mit dem normalen Lymphstrom zu

Lymphdrüsen entlang der A. renalis dextra wandern. Nur 2 Bedingungen machen es möglich.

1) Infolge der retroperitonealen Lage des Wurmfortsatzes werden die Karzinomzellen infiltrierend in den Retroperitonealraum verschleppt (Parastase), gelangen dann mit dem Lymphstrom zu den Lymphonoduli lumbales und steigen nach oben entlang den paraaortalen Lymphdrüsen. Oder, 2 durch Verschluss der Abflussbahn infolge Lymphangitis carcinomatosa gelangt der Lymphstrom auf extravaskulären Saftbahnen (KIYARA) zu den paraaortalen Lymphdrüsen. Diese Tatsache ist von grosser Wichtigkeit. Man muss deshalb bei Radikaloperation der Krebskrankheit nicht nur reginoäre Lymphdrüsen, sondern auch möglich erweitert Lymphdrüsen und Lymphbahnen mit Fettgewebe ausräumen. Bei Magenkrebs schlug schon prof. JINNAI⁶⁾ eine Magenresektion mit Ausräumung aller Lymphdrüsen samt Fettgewebe in Oberbauch vor. Unsere Erfahrung spricht für eine solche Radikaloperation.

Schlussfolgerung : Es wurde über eine 58 jährige Frau mit dem Bild des suprapapillären Duodenalverschlusses berichtet. Die Operation zeigte, dass dieser durch einen metastatischen Lymphdrüsentumor infolge eines Wurmfortsatzkarzinoms verursacht worden war. Der Haupttumors wurde durch eine rechtsseitige Hemikolektomie entfernt, und eine Gastrojejunostomie beseitigte die Passagestörung am Duodenum. Das Wurmfortsatzkarzinom gehört zu den seltenen Krankheiten. Zudem ist bei unserem Fall der Prozess der Metastasenbildung sehr interessant. Deshalb glauben wir, den Fall mitteilen zu müssen.

Wir sind unseren Chefärzten, vorherigem Chefarzt Dr. H. KURODA und gegenwertigem Chefarzt Dr. H. MORIYASU für ihre grosszügige Hilfe und überlegene Führung zu herzlichstem Danke verpflichtet.

Literatur :

- 1) Genga, T. und Sawamura, T. : Arch. Jap. Chir. **22**, 6, 672.
- 2) Yamada, A. et al. : Geka **20**, 8, 649.
- 3) Yagi, Y. Nihon Geka Gakkai Zathi **43**, 1517.
- 4) Uihlein, A. et al : Surg. Gyn. Obs., **76**, 711, 1943.
- 5) Gebuer, A. u. s. w. : D. Med Wschr. **15**, 620, 1958.
- 6) Jinnai D. u. s. w. : Shujutsu **15**, 917, 1961.

原発性虫垂癌は極めて稀な疾患とされ、我国に於けるその報告は我々の調査した範囲ではわずか三例にすぎない。

最近我々は十二指腸閉塞の症状を呈した原発性虫垂癌の一例を経験したので、いささかの考擦を加えて報告した。

患者は58才の女子で典型的な十二指腸閉塞の臨床症状を呈し、レ線透視にても Spiegelbildung を有する著明に拡張した十二指腸が認められた。

手術所見は廻盲部より上腸間膜動脈根部にわたる転移性リンパ節よりなる腫瘤を認め、この腫瘤中に母指頭大に腫大した木様硬の虫垂を認めた。廻盲部は腫瘤

のため上方に引き上げられているが盲腸自体には異常は認められない。廻盲部の後膜脂肪組織は一部癌浸潤のため侵され、このため十二指腸は下側方より圧迫されて、乳頭部の高さで完全に閉塞されていた。

右結腸右半切除にて主腫瘤切除後、端々に廻腸と横行結腸を吻合、更に胃腸吻合を行い手術を終了した。十二指腸閉塞部は一部切除不能で残置せしめた。組織学的には Scirrhus であり虫垂原発であることが確認された。本例に於いては、そのリンパ節転移が正常リンパ流にては理解し難い部位にも認められ、このことは癌に対しては矢張り所謂、拡大根治手術を必要とすることを物語っている。