

小腸原発悪性リンパ腫の1例

齋藤 興信¹⁾・家田 学¹⁾・富所 隆¹⁾
 戸枝 一明¹⁾・織田 克彦¹⁾・杉山 一教¹⁾
 黒崎 功²⁾・齊藤 聡郎²⁾・角原 昭文²⁾

はじめに

小腸原発性悪性腫瘍は、比較的まれな疾患とされているが、今回われわれは小腸原発の悪性リンパ腫の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：小○金○，48才，男性，農業。

主訴：下腹部痛・腹部膨満感。

家族歴，既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：1984年9月，検診で貧血を指摘され某医を受診し，精査目的で1984年10月30日，当院内科に紹介された。この時，自覚症状として下腹部痛と腹部膨満感を訴えた。外来での注腸X線検査（写真1）の結果，盲腸の拡張不良所見が認められたため，11月20日精査を目的に入院した。

入院時現症：身長163cm，体重63kg。体温36.1℃，血圧120/78mmHg，脈拍96/min。眼瞼結膜に貧血を認めた。表在リンパ節は触知しなかった。腹部では，臍下部から下腹部にかけて自発痛があり，同部位に圧痛も認めたが，異常抵抗や腫瘤は触れなかった。腹水・四肢の浮腫も認めなかった。

入院時検査所見（表1）：末梢血では，赤血球数398万/cmm，血色素量7.4g/dlと貧血を認めた。白血球数は7600/cmmで，血液像は桿状核球4%，分節核球66%，リンパ球28%，好酸球2%で異型リンパ球は認めなかった。血小板数は25.1万/cmmであった。赤沈は45mm/h，92mm/2hと

表1 入院時検査所見

RBC	398 万/cmm	Na	140 mEq/ℓ
Hb	7.4 g/dl	K	3.8 mEq/ℓ
Ht	28.5 %	Cl	99 mEq/ℓ
*WBC	7600 /cmm	BUN	12.4 mg/dl
Plat	25.1 万/cmm	S-Cr	0.8 mg/dl
GOT	19 K-U	AFP	1.8 ng/ml
GPT	9 K-U	CEA	0.5 ng/ml
ALP	224 IU/ℓ	CRP	3+
LDH	389 IU/ℓ	ESR	45/92
γ-GTP	11 IU/ℓ	便潜血	(#)
S-Amy	273 U/ℓ	T. P.	7.6 g/dl
A/G	1.36	胸部X-P	異常なし

*白血球百分比

St	4 %
Seg	66 %
Lym	28 % (異型なし)
Eos	2 %

促進していた。CEAは0.5 ng/mlと正常範囲内であった。便潜血反応は強陽性であった。その他の肝機能・腎機能等に異常は認めなかった。

コロノファイバー所見（写真2）：回盲弁の腫大・突出を認めたが，出血の原因となる様な潰瘍性病変等は認めなかった。

小腸造影所見（写真3）回腸に約8cmに亘る壁の硬化と全周性の狭窄を認め，更にその肛門側に約4cmの隆起性病変の存在が疑われた。

血管造影所見（写真4）：上腸間膜動脈造影で，2ヶ所に avascular area と周辺の血管の encasement が認められた。

上記所見より小腸原発の多発性悪性腫瘍と診断し，12月5日，小腸・盲腸・上行結腸切除術を行なった。

¹⁾長岡中央総合病院内科 ²⁾同外科

手術所見：腹部正中切開にて開腹したところ、黄色透明な腹水が認められた。肝・胆道系に異常は認めなかった。回腸から回盲弁に亘り、合計4個の腫瘍が認められた。最大の腫瘍はトライツ靱帯より280cmの部位にあり、漿膜に浸潤し、腸間膜根部にリンパ節転移を多数認めた。また、トライツ靱帯より440cmの部位の腫瘍は、腹膜を經由してS状結腸に2個の播種病巣を形成していた。4個の腫瘍を含めて、250cmの腸切除を行なった。S状結腸の病巣はこれのみを切除した。

摘出標本肉眼所見(写真5)：第1の腫瘍はトライツ靱帯より280cmの部位にあり、径10cm。第2の腫瘍はトライツ靱帯より340cm、径3cm。第3の腫瘍はトライツ靱帯より440cm、径5cm。第4の腫瘍は回盲弁にあり、径5cmであった。第1、第3、第4の腫瘍は、潰瘍形成を伴う限局性隆起病変であり、第2の腫瘍のみが粘膜下腫瘍の様相を呈していた。

病理組織学的所見(写真6, 7)：腫瘍は中型の細胞からなる悪性リンパ腫で、腫瘍細胞は濾胞を形成することなく、粘膜から漿膜下層までびまん性に増殖していた。LSG分類¹⁾では、「びまん性リンパ腫、中細胞型」に属するものであった。

リンパ管造影所見(写真8)：術後に施行したところ、腸骨リンパ節の陰影欠損所見を認めた。

考 案

消化管悪性腫瘍に占める小腸悪性腫瘍の頻度は3~6%と言われ²⁾、比較的まれな疾患とされている。このうち本邦では悪性リンパ腫が38%と最も多く、次いで腺癌34%、平滑筋肉腫25%の順と

なっている³⁾。小腸悪性リンパ腫は40才台から60才台に頻度が高く、好発部位は回腸末端近傍である^{3) 4) 5)}。これは小腸リンパ組織の分布に一致している^{6) 7)}。一方、腺癌は50才~60才台にピークを持ち、その好発部位は空腸とされ、両者の間には明らかな差異が認められる³⁾。今回われわれの経験した症例では、回腸に4個の腫瘍を認めたが、悪性リンパ腫では粘膜または粘膜下層のリンパ組織から腫瘍が発生し、小腸の長軸に沿って広がる傾向があるために多発例が多く⁸⁾、腺癌の8.7%に対し、約20%の高頻度に及ぶとの報告もなされている³⁾。悪性リンパ腫の主要症状は、腹痛・腫瘍触知・重積であり、腺癌に比して閉塞症状を呈するものは少ない^{2) 3)}。これは腫瘍が組織学的に細胞成分に富み、線維成分の増生を伴わないために軟かいことが原因であるといわれている²⁾。Dawson らによる小腸原発悪性リンパ腫の判定規準は、1) 表在リンパ節を触知しない。2) 末梢血液像が正常である。3) 小腸および所属リンパ節にのみ病変を認める。4) 肝、脾に異常を認めない、の4項目であり⁹⁾、われわれの経験した症例は、これに合致するものであると言える。

ま と め

検診により貧血を指摘され、精査の結果、多発性小腸悪性腫瘍と診断された小腸原発悪性リンパ腫の一例を報告した。

(本症例は、第41回新潟消化器病同好会で報告した。終りに、病理組織標本でご教示いただいた、厚生連病理センター所長、小島国次先生に深謝します。)

文 献

- 1) 須知泰山. 他：非ホジキンリンパ腫病理組織診断の問題点—新分類の提案. 最新医学, 34 : 2049~2062, 1979.
- 2) 渡辺英伸. 他：原発性の空・回腸腫瘍の病理. 胃と腸, 16 : 943~956, 1981.
- 3) 八尾恒良. 他：最近10年間(1970~1979)の本邦報告例の集計からみた空・回腸腫瘍. 胃と腸,

16 : 935~940, 1981.

- 4) 沢田俊夫. 他：原発性小腸腫瘍. 消化器外科, 4 : 499~505, 1981.

- 5) Fu, Y. S. et al : Lymphosarcoma of the small intestine; A clinicopathologic study. Cancer, 29 : 645, 1972.

- 6) Marshak, R. H. et al : The roentgen fin-

- dings in lymphosarcoma of the small intestine. Amer. J. Roentgen., 86: 682~692, 1961.
- 7) 森 茂郎. 他: 腸原発悪性リンパ腫の病理. 癌の臨床, 20: 484~489, 1974.
- 8) Marshak, R. H. et al: Radiology of the small intestine. Philadelphia, Saunders, 1970. (黒川利雄. 他: X線像による消化管診断学 第4巻: 1460, 1977から引用)
- 9) Dawson, et. al: Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract. Brit. J. Surg., 49: 80~89, 1961.

写真の説明

- 写真1 注腸X線。盲腸の拡張不良。
- 写真2 コロノファイバー。回盲弁の腫大・突出。
- 写真3 小腸造影。回腸の一部に壁の硬化・全周性狭窄。隆起性病変を疑わせる陰影欠損。
- 写真4 上腸間膜動脈造影。2ヶ所(矢印)に avascular area と血管の encasement。
- 写真5 小腸摘出標本。4個の腫瘍。口側より2個目の腫瘍は粘膜下腫瘍様。他は潰瘍形成を伴なう限局性隆起病変。
- 写真6 組織像(弱拡大)。腫瘍細胞は濾胞を形成せず、粘膜下層からそれ以下にびまん性に増殖。
- 写真7 組織像(強拡大)。中型の細胞からなる悪性リンパ腫。
- 写真8 術後のリンパ管造影。左腸骨リンパ節の陰影欠損。

写真1

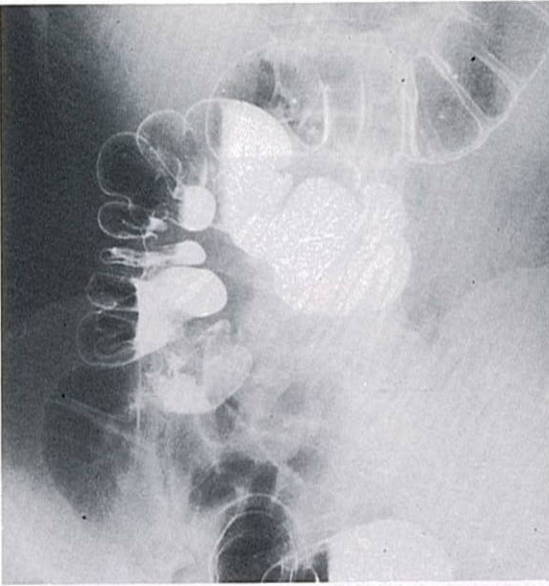


写真2

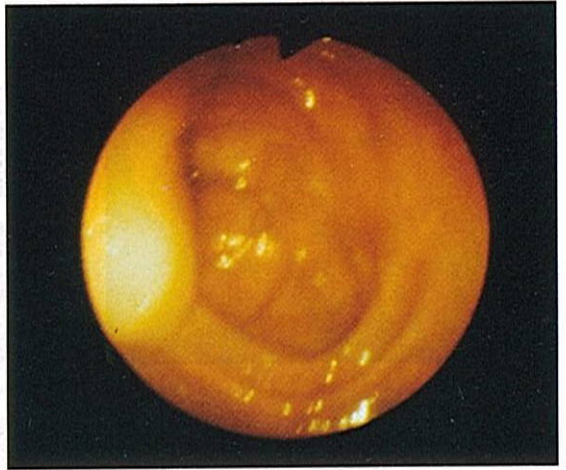


写真3



写真4

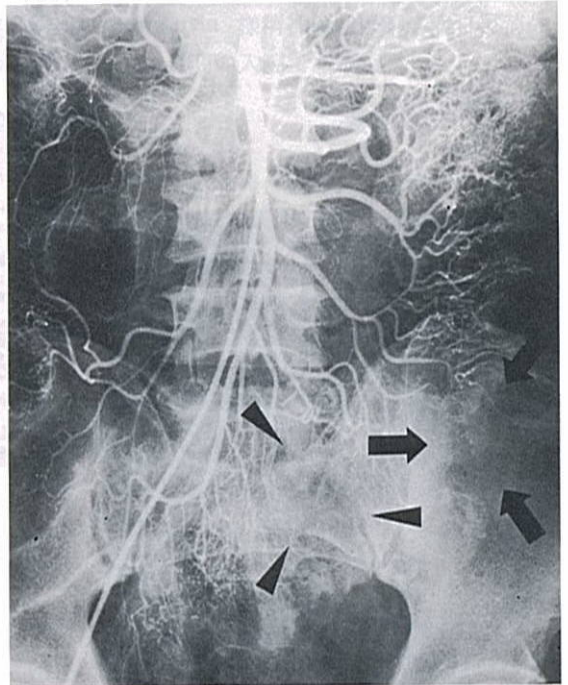


写真 5

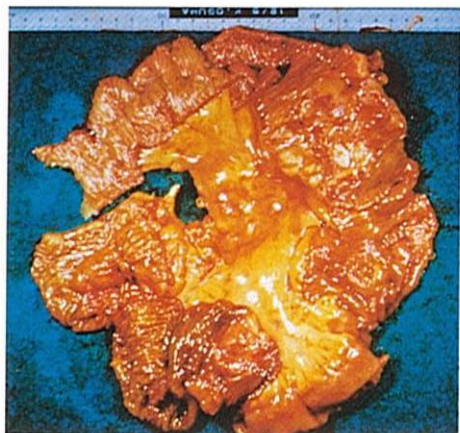


写真 6

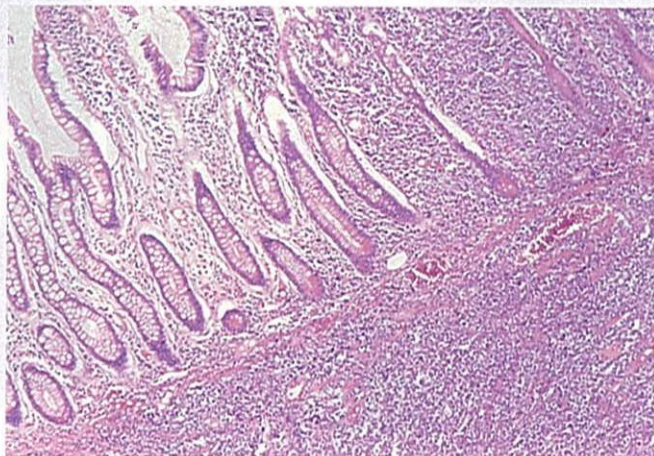


写真 7

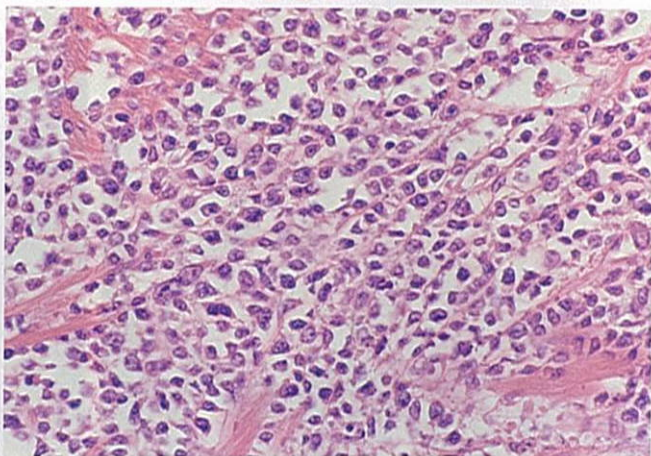


写真 8

