

診 療

直腸腔中隔に発生した腺癌とその肝転移治療

愛知県がんセンター婦人科

*愛知県がんセンター消化器外科

可世木 博 安井 健三* 水野 一夫
井上 武夫 太田 正博 丹羽 邦明

A Case Report of Adenocarcinoma Arising from the Rectovaginal Septum and its Liver Metastasis

Hiroshi KASEKI, Kenzo YASUI*, Kazuo MIZUNO,

Takeo INOUE, Masahiro OTA and Kuniaki NIWA

Department of Gynecology, Aichi Cancer Center, Nagoya

*Department of Gastroenterological Surgery, Aichi Cancer Center, Nagoya

Key words: Rectovaginal tumor • Adenocarcinoma • Metastatic liver cancer • Hepatectomy

緒 言

直腸腔中隔に発生する腺癌は、子宮内膜症由来での報告がいくつかあるが極めて稀である⁶⁾⁸⁾。本症例における直腸腔中隔腺癌は、広汎な手術と化学療法にもかかわらず経過中肝転移を起こした。これに対して肝左葉切除を施行し、初回手術より3年以上たつが再発徴候を認めない。この稀な腫瘍の診断、治療およびその後の遠隔転移治療、さらに発生起源について若干の考察を加え報告する。

症 例

患者：○川○子，59歳，3妊1産

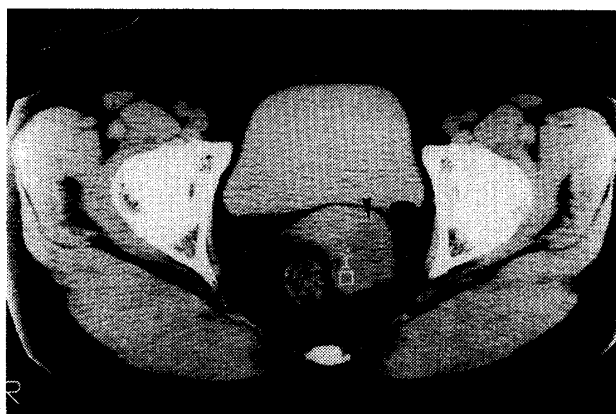
家族歴：特記すべきことなし

現病歴：昭和61年6月頃より水様性帯下を訴え、二つの病院を受診するも腔炎と診断された。その後、しばらく放置するが帯下は増し、9月中旬再び近医を受診すると、腔の後方に何かできていると言われた。

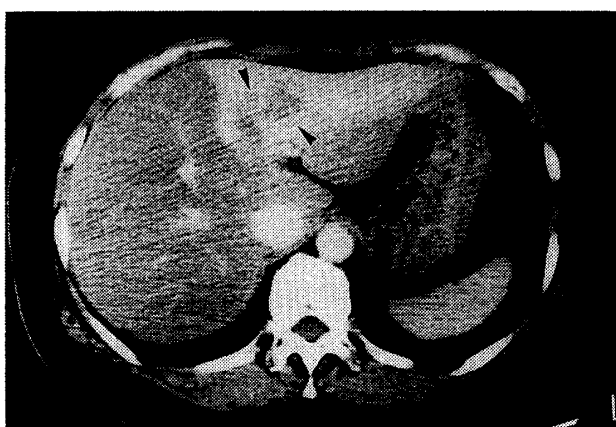
当院受診時所見：昭和61年9月27日，当院初診する。子宮は前屈，正常大であり，付属器は触知しなかつた。また，子宮腔部も正常大でわずかにびらんを認めるのみであつた。腔粘膜は正常ながら，腔左後方より直腸にいたる鶏卵大の硬い腫瘍

を触れた。直腸診でも同様に肛門より5cmほど奥の前方に腫瘍を触知したが，直腸壁そのものから発生したものとは思われなかつた。また，骨盤超音波検査(USG)やCTでも子宮，卵巣に異常なく，直腸腔中隔に充実性陰影を認めた(写真1)。直腸鏡を施行すると直腸粘膜に異常なく圧迫所見のみで，やはり直腸癌は否定された。そこで，腔壁を切開し深部よりパンチ生検をしたところ，腺癌との病理結果を得た。以上より，本疾患は直腸腔中隔に発生した腺癌と診断した。腫瘍マーカーはCA-125(183u/ml)のみ軽度高値で，ほかは正常値であつた。

手術：昭和61年10月27日，頸部腺癌，卵巣癌の腔壁浸潤の可能性も考え広汎性子宮全摘術，そして，腫瘍が直腸前壁に存在するため直腸低位前方切除術を予定して手術に入つた。開腹すると腹水が少量認められ，その細胞診は陰性であつた。子宮，卵巣，ダグラス窩に異常を認めず，摘出標本においても子宮頸管，内膜，直腸粘膜に異常はなかつた。しかし，鶏卵大の腫瘍を腔と直腸の間に認め，腔壁より生検をしたため腫瘍は腔粘膜にも一部露出していた(写真2)。この腫瘍は腺癌ということもあり，術式は予定どおりリンパ節郭清を



(A)



(B)

写真1 骨盤CT (A) と再発時の肝CT (B)
(A) 子宮腔部のやや左下方に腫瘍陰影を認める(矢印)。(B) 肝左葉内側(S4)に不整な low density area を認め転移性腫瘍と思われる。肝右葉は全域にわたり脂肪肝の所見である。

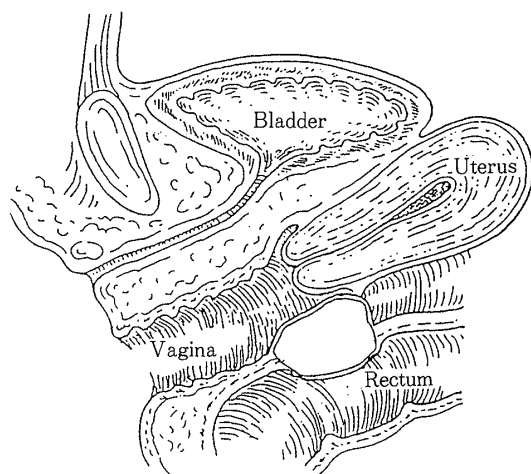


写真2 腫瘍発生部位

大きく切り開いて生検したため、摘出時には腫瘍の一部は腔粘膜に露出している。

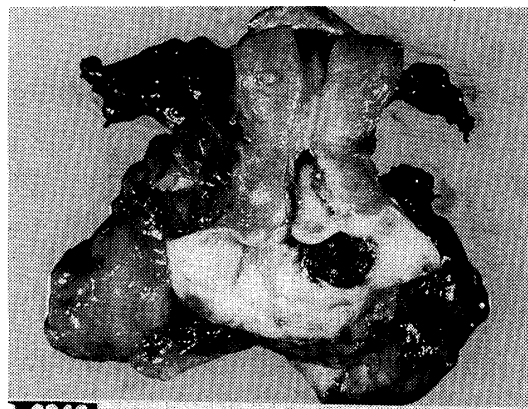
含む広範囲切除を行つた。直腸は約10cm 切断し、肛門より2cm 口側で端々吻合した。

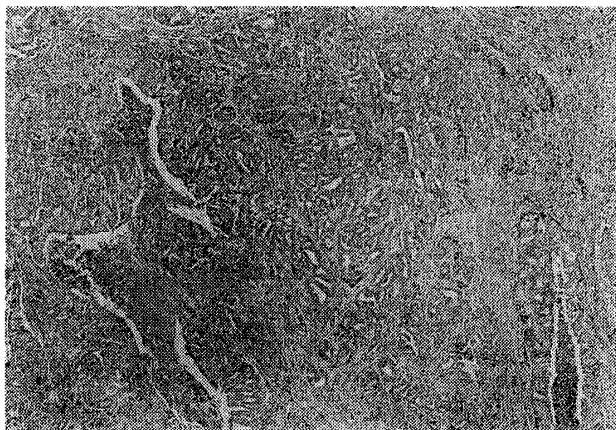
病理所見：腺腔を多数有するこの腫瘍は、直腸腔中隔に発生した腺癌と診断された(写真3)。この部の腺癌の発生起源としては、ウォルフ氏管遺残、尿道周囲腺とは組織学的に異なり、子宮内膜症あるいは広くミューラー管上皮由来が考えられた。

肉眼的には正常に見えた卵巣であつたが、両側とも微小転移巣が病理学的検査にて認められた。しかし、骨盤内リンパ節に転移はなかつた。

術後治療および経過：卵巣転移を認めたため化学療法も必要と判断し、CAP療法(CDDP 100 mg/body, ADM 40mg/body, CPM 400mg/body)を10コース(昭和61年11月～62年9月)にわたり施行した。副作用として脱毛、食欲不振、四肢しびれを訴えるが、この期間中、腫瘍マーカーはやや高値ながら正常域にあつた。ところが、図1に示すようにCA-125が昭和62年12月頃より上昇を始めた。このため胸X-p, CT など各種検査を施行していくうち、昭和63年4月、肝USGにて肝転移巣を発見した。CT、血管造影、USGにて、肝左葉に認められた直径4cmの転移巣は単発性で肝切除術の適応と判断した(写真1)。なお、肝以外に再発巣は認められなかつた。

肝切除術：昭和63年5月13日、上腹部正中切開にて開腹した。腹水、腹膜播種は認めず、肝転移巣も肝左葉内側区域(S4)に径4cmの単発巣のみ





(A)



(B)

写真3 直腸腔中隔腫瘍

(A) 大小不同の腺腔が多数見られ, back to back などの構造異型が認められる(H.E.染色×40). (B) 腫瘍細胞は大型の円形核を有し, クロマチン分布は粗造で, 核異型および分裂像が認められる(H.E.染色×120).

であることを確認した。手術は肝十二指腸靱帯のリンパ節および腹腔動脈, 総肝動脈周囲のリンパ節の郭清を含む肝左葉切除術を行った。切除肝重量は430gであった。そして病理組織学的に, この腫瘍は先の原発巣からの転移と考えられ, 郭清したリンパ節に転移は認められなかった。

患者は術後, 軽度の肝機能障害を認めたが6月30日退院した。術前, 1,040u/mlまで上昇したCA-125は肝切除後1カ月で正常域に戻った。今回の退院後は何らの抗癌剤も投与していない。肝切除後1年半以上経過したが, 再発徴候は認めておらずCA-125値も正常域にある。

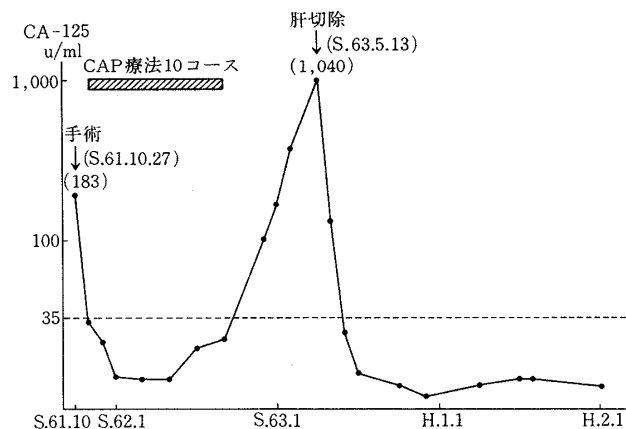


図1 CA-125値の推移

なお, 初回切除時腫瘍および切除肝内転移巣には, 免疫組織学的にCA-125の腫瘍細胞内局在が観察された。

考 察

腔癌でも腺癌はかなり稀であるが, 直腸腔中隔にみられる腺癌はもつと珍しい²⁾。この付近の腺癌としては卵巣癌, 頸部腺癌からの浸潤が考えられるが他の所見より診断がつくことが多い。直腸腔中隔に発生する腫瘍として, 異所性子宮内膜症の悪性化や中皮腫で報告されている⁵⁾⁶⁾⁸⁾。今回も子宮内膜症由来との鑑別が最大の問題であった¹⁾。しかし, その診断に必要な内膜症病変が精査にもかかわらずどこにも確認されなかった⁷⁾。このため, 腫瘍発生の解剖学的部位を考慮し, ミューラー管上皮由来についてもその可能性を求めたが, 現時点での判定は困難であり, 今後モノクローナル抗体等の検討手段の発達が待たれる⁴⁾。

腔および直腸領域では, リンパ行性にも血行性にも転移を起こしやすいと思われる。したがって, 本症例では腔や直腸の広範囲な切除のほかに, 骨盤内リンパ節郭清も合わせ行つた。また, 腫瘍下縁は肛門より5cmであったが, 残つたわずかな直腸で端々吻合を行い人工肛門は回避し得た。腫瘍周囲の健常部をどの程度切除するかにもよるが, 一般に肛門より5cm以上離れた腫瘍なら端々吻合が可能である。いずれにしても, 術前から外科医と綿密な検討を加え, 共同で手術にあたるのが重要と思われる。

広汎な手術と化学療法で根治を期待した本症例

も、手術1年余後、腫瘍マーカーの上昇が始まり肝転移が発見された。CA-125は、初発時軽度高値で本腫瘍にあまり特異的とは思われなかつたが、再発時には極めて特異的に上昇し、転移巣発見の重要な手がかりになつた。遠隔転移に対する外科的切除を可能にする一因子に、腫瘍マーカーの存在も挙げてよからう。

こうして発見された転移性肝癌に対して肝切除術が行われた。手術適応とその術式は、当院で行っている大腸癌肝転移例に基づいて決めた³⁾。すなわち、肝以外に転移がなく、肝転移巣も完全摘出が可能な症例に適応している。一般に転移性肝癌の手術適応は最近拡大しつつある。これは早期発見もさることながら、肝切除が手技等の向上に伴い、より安全に行えるようになったからである。従来、婦人科腫瘍の遠隔転移での手術は肺臓がその大部分を占めてきたが、今後肝臓も考慮に入れてよさそうである。とにかく、遠隔転移は全身病と考えやすいが、原発癌なみに早期発見、早期治療を加えれば予後を改善しうることを改めて痛感した。

初回治療から3年以上たち、また肝切除後も1年半以上経過し再発徴候を認めない。結果より考えると、二度の積極的な手術では満足すべきものがあつたが、長期に続けた化学療法では副作用以外、何の効果も得られなかつた。このことは、安

易に化学療法にはしりやすい現在のわれわれに対する戒めとも思える。

以上、直腸腔中隔に発生した腺癌、転移性肝癌に対する肝切除と婦人科医として貴重な経験をしたので報告した。

文 献

1. 岡村 隆, 竹内 亨, 西井 修, 柳沼 恣, 小林 拓郎: 子宮内膜症組織からの由来が疑われる腸腰筋内膜癌の1例. 臨産, 39: 751, 1985.
2. 武田重三: 腔の腫瘍. 現代産科婦人科学大系 8B, 63, 中山書店, 東京, 1973.
3. 安井健三, 加藤知行, 荒井保明, 木戸長一郎: 大腸がん肝転移の治療. Innervision, 2: 29, 1987.
4. Czernobilsky, B. and Lancet, M.: Broad ligament adenocarcinoma of Müllerian origin. Obstet. Gynecol., 40: 238, 1972.
5. Gold, C.: A primary mesothelioma involving the rectovaginal septum and associated with beryllium. J. Pathol. Bact., 93: 435, 1967.
6. Lash, S.R. and Rubenstone, A.I.: Adenocarcinoma of the rectovaginal septum probably arising from endometriosis. Am. J. Obstet. Gynec., 78: 299, 1959.
7. Sampson, J.A.: Endometrial carcinoma of the ovary arising in endometrial tissue in that organ. Arch. Surg., 10: 1, 1925.
8. Young, E.E. and Gamble, C.N.: Primary adenocarcinoma of the rectovaginal septum arising from endometriosis. Report of a case. Cancer, 22: 597, 1969.

(No. 6786 平2・4・9受付)