

症例報告

腹壁膿瘍を形成したS状結腸癌の2例

Advanced cancer of the sigmoid colon with an abdominal wall abscess; Two case reports

小林 裕¹⁾, 杉山 祥晃²⁾, 井尻 学見²⁾, 芹川 真哉²⁾, 鈴木 康秋²⁾

Yuu Kobayashi

Yoshiaki Sugiyama

Masami Ijiri

Shinya Serikawa

Yasuaki Suzuki

Key Words : 腹壁膿瘍, S状結腸癌, 壁外性発育

はじめに

大腸癌が隣接する他臓器へ浸潤する症例はしばしば認められるが、腹壁膿瘍を形成する症例は少ない。また、部位別の検討ではS状結腸癌からの膿瘍形成症例は少ないと言われている。今回、腹壁膿瘍を形成したS状結腸癌の2例を経験したので報告する。

症例 1

患者：50歳代，女性

主訴：全身倦怠感

既往歴：糖尿病，高血圧，精神発達遅滞

現病歴：糖尿病，高血圧で近医通院中であった。2013年3月下旬より全身倦怠感があり，4月に近医を受診。血液検査にて炎症反応高値で当科紹介となった。

家族歴：特記事項なし

入院時現症：身長 157cm，体重 86kg，血圧 130/76mmHg，脈拍 120/分，体温 37.1℃，下腹部を中心に著明な浮腫，皮膚硬化と発赤，熱感を認めた。圧痛は認めなかった。衣類のバンドと同一部位に腹部を周回する陥凹を認めた。

血液検査所見：白血球高値，小球性低色素性貧血を認めた。総蛋白，アルブミンの低下，炎症所見の高値を認めた。腫瘍マーカーは基準値範囲内であった（表1）。

腹部単純CT所見：下腹部腹壁に膿瘍を形成しており，S状結腸と接していた（図1）。

臨床経過：精査加療目的に即日入院となった。腹壁膿瘍に対して，切開排膿ドレナージを施行したが，その後，切開部位からの持続的な排膿と便

汁の排出を認めた。原因精査のため大腸内視鏡検査を施行したところ，S状結腸は全周性に狭窄を来とし，一部潰瘍を伴う2型腫瘍を認めた（図2）。生検ではGroup5，tub2であった。ガストログラフィンによる下部消化管造影検査では，S状結腸にφ80mm程の狭窄を認めた（図3）。腸管は周囲と癒着し可動性が消失していた。腸管と腹壁間の瘻孔は造影されなかった。再度，造影CTを施行したところ，子宮，膀胱への浸潤も認めた。また，遠隔転移を示唆する腹膜結節および傍大動脈リンパ節腫大を認めた。よって，S状結腸癌による腹壁膿瘍，S状結腸癌は全周性2型，80mm，tub2，cSI（腹壁，子宮，膀胱），cN3，cM1（LYM+（No216），P+），cStageIVと診断した。治療は精神発達遅滞もあり，外科Dr，家族と相談した上で人工肛門造設，および化学療法としてUFT/LVの内服とした。

症例 2

患者：50歳代，男性

主訴：腹部膨満，左側腹部痛，便通異常

既往歴：特記事項なし

現病歴：2ヶ月前から腹部膨満感，左側腹部痛，便通異常を認め，2014年5月に近医受診。血液検査にて炎症所見高値，高度貧血を認め，腹部エコーにて腹腔内腫瘍を認めたため，精査加療目的に当科紹介となった。

家族歴：特記事項なし

入院時現症：身長 171cm，体重 66.6kg，血圧 123/71mmHg，脈拍 117/分，体温 38.4℃，左下腹部に圧痛を伴う腫瘍を触知した。

血液検査所見：白血球高値，小球性低色素性貧血を認めた。総蛋白，アルブミンの低下，炎症所見の高値を認めた。腫瘍マーカーはCEA，CA19-9共に高値であった（表2）。

1) 名寄市立総合病院 研修医
Resident, Nayoro City General Hospital

2) 名寄市立総合病院 消化器内科
Department of Gastroenterology, Nayoro City General Hospital

腹部造影CT所見：S状結腸の壁肥厚と連続する膿瘍形成が認められた。膿瘍は腹壁にまで進展し、被包化されていた（図4）。また、リンパ節216番の腫大が認められた。

臨床経過：S状結腸癌による腹壁膿瘍形成を考え、精査加療目的に即日入院となった。大腸内視鏡検査では、S状結腸に全周性に狭窄する3型腫瘍を認めた（図5）。生検ではGroup5, tub2であった。ガストログラフィンによる下部消化管造影検査では、S状結腸にφ40mm程の狭窄を認めた（図6）。腸管は周囲と癒着し可動性が消失していた。

腸管と腹壁間の癒孔は造影されなかった。よって、S状結腸癌による腹壁膿瘍、S状結腸癌は全周性3型、40mm, tub2, cSI(腹壁), cN1(No216), cM0, cStageIIIaと診断した。膿瘍ドレナージ後に当院外科にて手術を施行。術式としては、左半結腸切除、腹壁合併切除、小腸部分合併切除、大網部分切除となった。腫瘍は壁外性発育を呈していた。術後病理診断にて腹膜播種があり、StageIVとなり、panitumumab/FOLFOXの化学療法が行われることとなった。

表1 症例1・血液検査所見

WBC	18500 / μ l	T-P	5.7 g/dl	CEA	4.6 ng/ml
RBC	338 $\times 10^4$ / μ l	Alb	1.4 g/dl	CA19-9	8.8 U/ml
Hb	7.3 g/dl	T-Bil	0.3 mg/dl		
MCV	70.4 fl	ALP	142 IU/l		
MCH	21.6 pg	AST	38 IU/l	Glu	93 mg/dl
Plt	55.2 $\times 10^4$ / μ l	ALT	38 IU/l	HbA1c	7.2 %
		LDH	252 IU/l		
		γ GTP	20 IU/l		
		AMY	12 IU/l		
		CK	615 IU/L		
		CRP	20.44 mg/dl		

表2 症例2・血液検査所見

WBC	14900 / μ l	T-P	6.1 g/dl	CEA	67.8 ng/ml
RBC	282 $\times 10^4$ / μ l	Alb	2.6 g/dl	CA19-9	226.9 U/ml
Hb	4.7 g/dl	T-Bil	1.0 mg/dl		
MCV	62.1 fl	ALP	140 IU/l		
MCH	16.7 pg	AST	22 IU/l	Glu	154 mg/dl
Plt	33.0 $\times 10^4$ / μ l	ALT	27 IU/l	HbA1c	6.2 %
		LDH	152 IU/l		
		γ GTP	24 IU/l		
		AMY	29 IU/l		
		CK	36 IU/L		
		CRP	16.33 mg/dl		

表3 腹壁膿瘍を合併した大腸癌の検討(42例)

平均年齢	68歳(35歳～101歳)		
男女比	18例:24例		
病変部位	虫垂 1例	盲腸 14例	上行結腸 3例
	横行結腸 11例	下行結腸 6例	S状結腸 7例 (17%)
腹部手術既往	9例(21%)		
組織型	腺癌 28例	粘液癌 13例(31%)	

表4 壁外発育を呈した大腸癌の発生部位(49例)

上行結腸 11例	横行結腸 12例	下行結腸 1例
S状結腸 17例 (35%)	直腸 6例	



図1 腹部単純CT:下腹部腹壁に膿瘍を形成しており(矢頭), S状結腸と接していた(矢印).

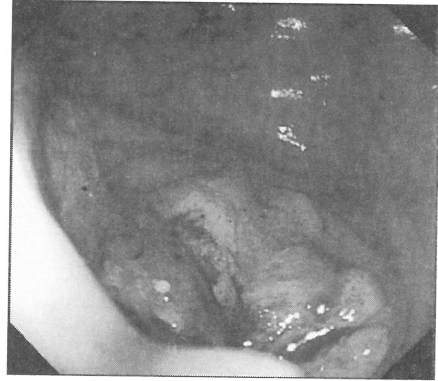


図2 大腸内視鏡検査:S状結腸は全周性に狭窄し,一部潰瘍を伴う2型腫瘍を認めた.

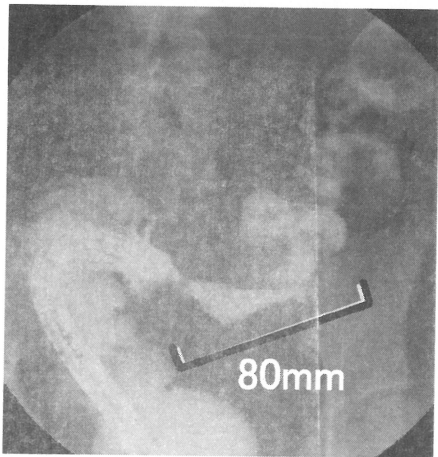


図3 下部消化管造影検査:S状結腸にφ80mm程の狭窄を認めた. 腸管と腹壁間の瘻孔は造影されなかった.

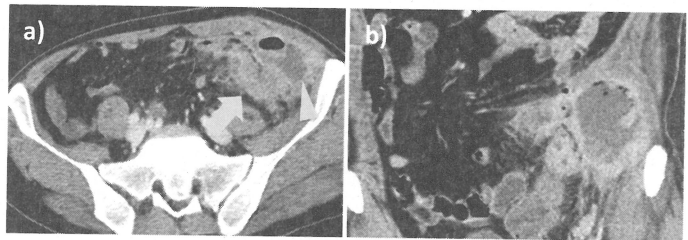


図4 腹部造影CT:a)S状結腸の壁肥厚(矢印)と連続する膿瘍形成を認めた(矢頭). b) 腹壁への進展と膿瘍の被包化を認めた.



図5 大腸内視鏡検査:S状結腸に全周性の3型腫瘍を認めた.

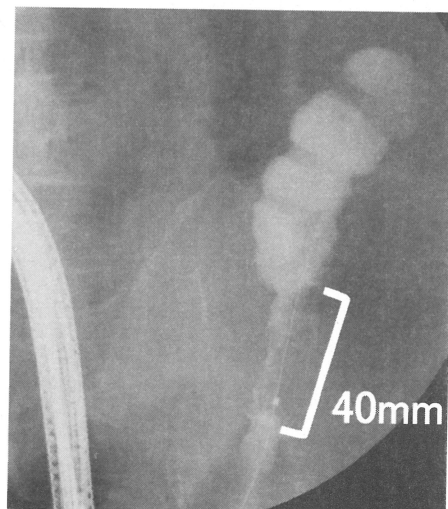


図6 下部消化管造影検査:S状結腸にφ40mm程の狭窄を認めた. 腸管と腹壁間の瘻孔は造影されなかった

考察

大腸癌が隣接する他臓器へ浸潤する症例はしばしば認められるが、腹壁膿瘍を形成する症例は少ない。医学中央雑誌で「腹壁膿瘍」「大腸癌」をキーワードとして1983年から2013年まで検索した結果、自験例を含めて42例であった。年齢は35歳から101歳(平均68歳)で、男女比は18例:24例であった。部位別の検討では、虫垂癌1例、盲腸癌14例、上行結腸癌3例、横行結腸癌11例、下行結腸癌6例で、S状結腸癌では自験例を含めて7例(17%)であった(表3)。病変部位から考えると盲腸癌や横行結腸癌に多い傾向であった。対して、上行結腸癌、下行結腸癌、S状結腸癌は少なかった。この理由として①上行・下行結腸は後腹膜に固定されているので、後腹膜へ浸潤や癒着が起りやすい、②S状結腸は便が硬く塊状のために通過障害が起きやすく、穿通形成する前に発見されやすいからと言われている¹⁾。また、腹部手術の既往を有したのは42例中9例(21%)であった。膿瘍の形成に創が関与しやすいとも言われている。組織型はtub1とtub2を併せた分化型が28例、未分化型1例を除いた13例(31%)で粘液癌の成分を認めた。大腸癌の中では低頻度な組織型である粘液癌が腹壁膿瘍を形成する大腸癌では比較的多く、実際に粘液癌が壁外発育傾向が強いとする報告がある^{2)~4)}。

医学中央雑誌で「壁外発育」「大腸癌」をキーワードとして1983年から2013年まで検索した結果、48例であった。症例2は手術標本で壁外発育であることは確認できており、表4では自験例を含めて49例とした。その中で、S状結腸の占める割合は17例(35%)であり、最も多かった。S状結腸は骨盤腔内であり壁外に発育できるスペースがあることが理由の1つとして考えられるかもしれない。

これらの検討から腹壁膿瘍を合併する大腸癌の部位として、S状結腸癌は頻度は高くないが、今回経験した2例共にS状結腸癌による腹壁膿瘍であった。また、共に腹部手術歴はなく、腺癌であった。よって、2例とも壁外性発育が腹壁膿瘍形成に関与していると考えた。

症例2では壁外性発育により形成された腫瘍が腹壁に穿通して、腹壁膿瘍を形成したと考えるが造影検査でも手術検体でも瘻孔形成を確認するこ

とはできなかった。また、壁外性発育を示したためS状結腸癌に関わらず通過障害が起きにくかったのではないかと考えられる。

症例1は精神遅滞の影響で発見が遅くなり、腹壁膿瘍に至ったことも考えるが、壁外性発育だった可能性も考えられる。しかし、術中所見では人工肛門を増設したのみで、病変は十分に確認されていなかったのも不明である。

腹壁膿瘍に関しては、全身衰弱が高度な症例では、速やかに膿瘍ドレナージを施行し、補液、抗生剤などで全身状態の改善を行ったうえで、可及的早期に根治術を施行すべきとされている⁵⁾⁶⁾。自験例2例とも膿瘍ドレナージ術を施行したが、特に症例2では膿瘍を縮小することができ、腹壁合併切除の際の腹壁欠損部を最小限とすることができた。よって、腹壁膿瘍を合併する大腸癌は待機的に十分に膿瘍をコントロールすることで、より安全かつ低侵襲に手術を施行できると考える。

結語

今回われわれは腹壁膿瘍を形成したS状結腸癌の2例を経験したので報告した。腹壁膿瘍を形成した際には大腸癌との関連性を念頭に置く必要があると考える。

本論文の一部は、第115回日本消化器病学会北海道支部例会(札幌市、2014年6月11日)において発表した。

参考文献

- 1)大塚耕司, 西健太郎, 森景則保, 他: 胃癌手術後皮膚瘻形成で発見された盲腸癌の1例. 日臨外会誌 61: 698-701, 2000
- 2)伊藤康志, 友田 要, 山下憲一, 他: 壁外進展が著明であり原発臓器の同定が困難であった粘液癌の2例. 臨床放射線 48: 1560-1564, 2003
- 3)松平秀樹, 小林徹也, 羽田文紀, 他: 粘膜下腫瘍様の進展形式を呈した直腸癌の1例. 手術 56: 975-978, 2002
- 4)石川哲大, 中島亮太郎, 高橋 修, 他: 著明な壁外発育を呈した大腸低分化腺癌の1例. 信州医誌 50: 77-81, 2002
- 5)安藤修久, 安藤秀行, 大池恵広, 他: 巨大な皮下膿瘍を形成して発症した盲腸癌の1例. 日臨外会誌64: 1992-1996, 2003
- 6)五十嵐章, 伊藤 孝, 斉藤孝晶, 他: 大腸粘液癌の臨床病理学的検討. 日腹部救急医会誌 24: 789-793, 2004