

右側結腸に発生した大腸脂肪腫の2例

小川 則彦, 酒井 信光, 沢田 秀明
森 洋子, 平 幸雄, 長沼 廣*

はじめに

大腸脂肪腫は比較的希な疾患とされてきたが、近年内視鏡検査の頻度が増加するに従って発見される機会が多くなってきた。しかし依然として術前に確定診断がなされた例は非常に少ない。今回我々は、腸重積症によって発症し、腺腫内癌を合併していた症例を含む2例につき、主として脂肪腫の術前診断を中心に若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例 1

患者：57歳，女性

主訴：左側腹部痛

家族歴：特記すべきこと無し

既往歴：12歳 虫垂切除術施行

現病歴：1991年11月初めより背部痛を伴った左側腹部痛出現。間歇的痙痛，冷汗，嘔気を伴い救急外来受診。触診にて左下腹部に圧痛あり，当院内科に入院する。

入院時検査所見：血液生化学的に特に異常を認めない。便潜血陽性，CEA，CA 19-9，AFPは陰性であった（表1）。

注腸造影では，横行結腸肝結腸曲に蟹爪像を認め，先進部に径約4cmのX線透過性の比較的高い腫瘤を認めた（図1）。

大腸内視鏡検査では，内腔を覆うほどの垂有茎性の腫瘤として認められた。表面粘膜は発赤あるも正常，先端部黄色調，触診にて軟らかくcushion signを認めた。生検所見では，Group Iであった（図2）。

腹部CTでは，CT値-111 H.U.のfat densityの腫瘤として認められた（図3）。

腹部超音波検査では径約20×40mmのややhyperechoic，内部エコーのまだらな腫瘤として認められた（図4）。

以上より，大腸脂肪腫の診断にて手術を施行。開腹時，すでに腸重積は解除されていた。迅速診断を行い悪性のものを否定し腫瘍摘出術を施行，このとき腫瘍の口側に米粒大のポリープを2つ認め同時に切除した。

摘出標本は40×30×30mmの一部欠損してはいるものの表面粘膜に覆われた剖面黄色の腫瘍であった（図5）。

病理組織診断は，炎症性の粘膜に覆われ，表面粘膜一部壊死を伴う粘膜下を占める脂肪腫であった（図6）。同時に摘出されたポリープは，腺腫内癌を伴っていた。

表1.

入院時検査所見：		
WBC	4,000 / μ l	ALP 157 IU
RBC	408 ×10 ⁴ / μ l	LDH 286 IU
Hb	12.0 g/dl	CHE 213 IU
Ht	37.1 %	BUN 11 mg/dl
Plt.	24.8 ×10 ⁴	Cr 0.8 mg/dl
T.P	6.1 g/dl	Na 140 mEq/l
Alb	3.5 g/dl	K 3.8 mEq/l
T. bil	0.4 mg/dl	Cl 102 mEq/l
GOT	12 IU	T. cho 188 mg/dl
GPT	33 IU	
尿検査	正常	便潜血反応 陽性
腫瘍マーカー		
CEA	4.1 ng/ml	AFP 6 ng/ml
CA19-9	27 u/ml	

仙台市立病院外科

* 同 病理科

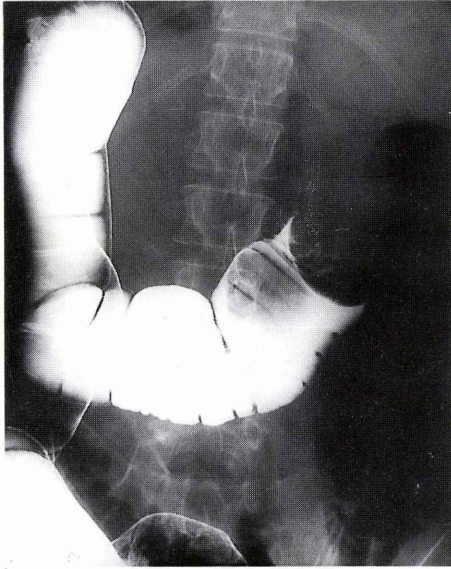


図1. 注腸造影写真（腹臥位）
腫瘍を先進部とする蟹爪像を認めた

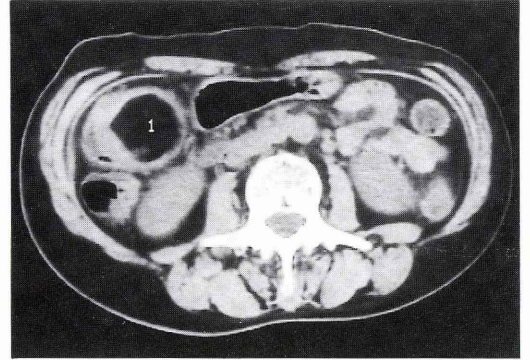


図3. 腹部CT
1の部位に low density の腫瘍を認めた

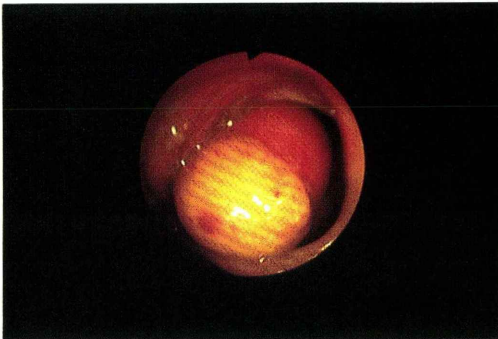


図2. 内視鏡写真（症例1）
表面平滑，やや黄色の腫瘍を認めた

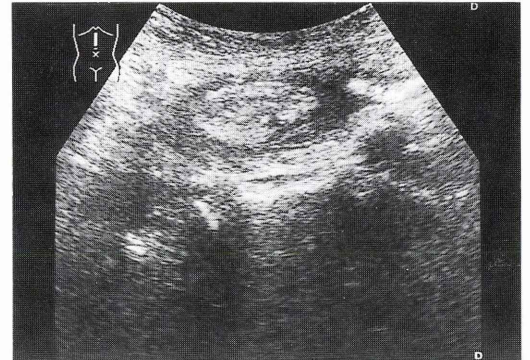


図4. 腹部US
hyperechoic な腫瘍を認めた

症例 2
 患者：59 歳，男性
 主訴：下腹部痛，便通異常，血便
 家族歴：特記すべきこと無し
 既往歴：1955 年 虫垂切除術施行
 現病歴：1993 年 3 月初旬より下腹部痛，血便が認められるため，当院外科紹介となる。

入院時検査所見：血液生化学検査は，若干の低蛋白血症，低アルブミン血症を認めるのみで他は

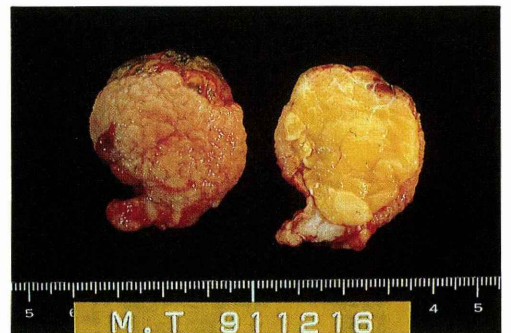


図5. 手術摘出標本（症例1）
断面黄色の腫瘍であった。



図6. 病理組織所見
腫瘍内部には脂肪細胞が多数認められた

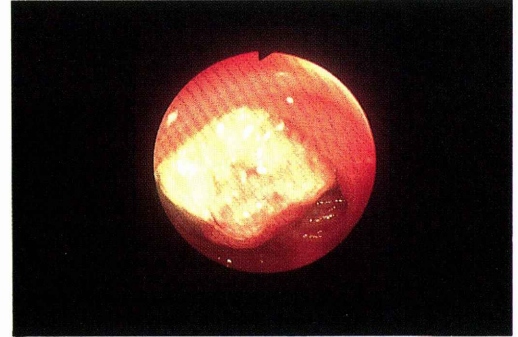


図7. 内視鏡写真(症例1)
表面平滑、やや黄色の腫瘍を認めた

表2.

入院時検査所見:			
WBC	4,600 / μ l	ALP	137 IU
RBC	410 $\times 10^4$ / μ l	LDH	287 IU
Hb	12.5 g/dl	CHE	303 IU
Ht	38.4 %	BUN	12 mg/dl
Plt.	31.9 $\times 10^4$	Cr	0.6 mg/dl
T.P	5.9 g/dl	Na	140 mEq/l
Alb	3.6 g/dl	K	4.2 mEq/l
T. bil	0.5 mg/dl	Cl	104 mEq/l
GOT	12 IU	T. cho	184 mg/dl
GPT	8 IU		
尿検査	正常	便潜血反応	陽性
腫瘍マーカー			
CEA	4.5 ng/ml	AFP	<2 ng/ml
CA19-9	27 u/ml		

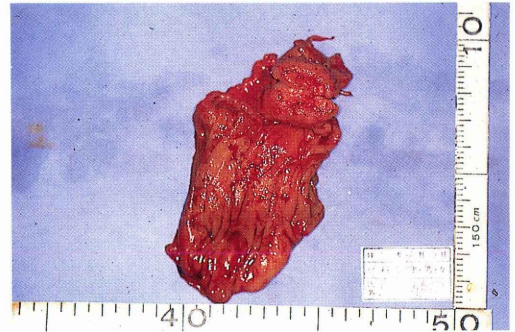


図8. 手術摘出標本(症例2)
表面にびらん、潰瘍を伴う腫瘍を認めた

膜に覆われ、一部に潰瘍を伴う腫瘍を認めた(図8)。断面は黄色調で、病理組織診断は脂肪腫であった。

特に異常を認めない。便潜血反応陽性。CEA, CA19-9, AFP はいずれも陰性であった(表2)。

注腸造影にて横行結腸肝結腸曲に径約3cmの腫瘍を認めた。

大腸内視鏡検査にて、表面不整で一部粘膜を欠き潰瘍を形成している腫瘍を認めた。生検ではGroup Iであった(図7)。

腹部CTにて腫瘍を検出することはできなかった。腫瘍の表面粘膜が不整で一部に潰瘍を伴うことから大腸の悪性腫瘍を否定できず大腸部分切除術を施行、術中迅速診断を施行し脂肪腫の診断にて手術を終わった。

摘出標本は約30 \times 20mmの垂有茎性で表面粘

考 察

大腸脂肪腫は比較的希な疾患とされてきたが、内視鏡検査の頻度の増加によって発見される機会が多くなってきた。しかし依然として術前診断がなされた例は非常に少なく、過大な手術を受ける症例も稀でない。

症例1における術前診断の根拠としては、内視鏡所見として腫瘍が表面粘膜に覆われ平滑であり、触診にてcushion signが認められたこと、腫瘍の先端部が黄色調であったことが挙げられる。また超音波にて腫瘍内部がhyperechoicであった。特にCTにおいては、腫瘍内部のCT値が-111 H.U.とfat densityを示していたことは、

脂肪腫と診断する上で非常に重要であった。脂肪腫を疑った場合、腫瘍部分的に絞った細かいスライスでのCTの検索が行われることにより、かなりの質的診断が可能であったと思われる。

本邦における大腸脂肪腫は、山本ら¹⁾の報告によると1988年までに170例報告がある。年齢別にみると40～60歳代が多く全体の74%、性差は1:1.45で女性にやや多い。また占拠部位としては、盲腸、上行結腸、横行結腸の順に右側結腸に多い傾向にある。発見時の腫瘍の大きさは3cm代が最も多く^{1,2)}、形状は様々、亜有茎性もしくは有茎性のものが53.5%を占める。症状としては、饗場ら²⁾によると腹痛が最も多く64.8%、ついで粘血便及び下血で30.6%、排便異常(下痢、便秘)25.9%、その他、腹部腫瘤、腹部膨満感、嘔吐等である。合併症としては、腸重積が最も多く、22.3%である¹⁾。また消化器癌の併存している例も稀でなく、Mayo Clinicの集計⁴⁾によると大腸脂肪腫67例中21例(31.3%)に大腸の他の部位に癌の併存を認めたとしている。本邦においては柚木ら⁵⁾によると1991年までに報告のあった約170例中18例が、癌の併存を認めたと報告している。また、山本ら⁶⁾は1990年に大腸脂肪腫の被覆上皮より癌腫が発生したもの一例を報告している。大腸脂肪腫の術前診断を得ることは稀で、饗場らによると1928年から1983年までの集計で、術前診断のついたものは119例中9例(7.6%)に過ぎない。術前結腸癌と診断されたものは16例(13.4%)も認められた²⁾。検査として注腸造影ではX線透過性の高い境界鮮明、表面平滑な粘膜下腫瘤像を呈する。また腫瘤が柔らかいため圧迫や蠕動により変形するsqueeze signを呈し、他の粘膜下腫瘍との鑑別に有用であると言われている^{1,2)}。バリウムの代わりに水を注腸し低電圧にて撮影するwater enema法も、脂肪と水のコントラストが明瞭となる事より有用であるとされる⁷⁾。超音波検査所見では、内部がhyperechoicな円形の腫瘍として認められる³⁾。特に診断に有用な検査は、内視鏡検査と腹部CTである。内視鏡所見^{3,8,9)}は表面平滑で弾力性のある粘膜下腫瘤の像を示し、時に表面粘膜にびらん、潰瘍等が見られることがあり、悪性

腫瘍との鑑別を困難にしている。また、生検鉗子による触診にてpillow sign or cushion sign, tenting sign, sliding sign, naked fat sign等の様々な特徴が診断に有用であるとされる。CT所見では境界明瞭な低吸収域として認められ、CT値-40 H.U.～-120 H.U.以内であるとされる。また腫瘍自体をCTにてとらえることが困難なことより、Brown変法による前処置の後、水を注腸して撮影するなどの工夫が必要である^{1,10,11)}。大腸脂肪腫の治療法は、腫瘤の核出、局所切除、内視鏡的ポリペクトミーが行われる。内視鏡的治療の適応となるものは、径2～3cm以内の有茎性または亜有茎性のもの、腫瘍が筋層に固定されていないもの、血管腫を否定できることなどが条件として挙げられている^{3,8)}。手術治療にあたっては、併存の可能性の高い、他の部位の悪性腫瘍を考慮し検索を進めることが必要である。また、外科的切除は過大な手術を受ける傾向にあり、饗場等の報告によると結腸半切除、回盲部切除を合わせると26.9%にも達しており²⁾、脂肪腫の術前診断を確定することにより、過大な手術が行われないようにすることが重要と思われる。

結 語

今回我々は、以上2例をもとに脂肪腫の質的診断について検討した。検索手段としては内視鏡検査、腹部CT、超音波検査が有用と思われた。特にCTにおける腫瘍内部の低CT値は、脂肪腫と診断する根拠となり得た。また、術前診断を確定することにより過大な手術を避けることができるであろう。

本論文の要旨は第125回東北外科集団会にて報告した。

文 献

- 1) 山本 均 他: 大腸脂肪腫の診断—自験例を含む170例の検討から. 静岡済生会総合病院医誌7, 43-46, 1989.
- 2) 饗場松年 他: 下行結腸脂肪腫の1例. 外科診療27, 250-254, 1985.
- 3) 片岡洋望 他: 内視鏡的ポリペクトミーを施行した大腸脂肪腫の1例. 名古屋市立病院紀要14,

- 15-18, 1991.
- 4) Adam, R.W. et al.: Submucous lipomas of the colon and rectum. *Surg. Gynecol. Obstet.* **118**, 337-340, 1964.
 - 5) 柚木靖弘 他: 盲腸癌に合併した下行結腸脂肪腫の1例. *鳥取医誌* **19**, 226-229, 1991.
 - 6) 山本 均 他: 被覆上皮から腺腫が発生した大腸脂肪腫の1例. *消化器内視鏡の進歩* **37**, 294-296, 1990.
 - 7) 鈴木 昇 他: 大腸脂肪腫の3例. *胃と腸* **14**, 1249-1254, 1979.
 - 8) 増原昌明 他: 経内視鏡的に切除し得た大腸脂肪腫の3例. *腸疾患の臨床* **1**, 14-19, 1988.
 - 9) 上島伸介 他: 内視鏡的ポリペクトミーにて切除しえた上行結腸巨大脂肪腫の一例. *愛知医科大学医学会雑誌* **20**, 323-329, 1992.
 - 10) 藤森芳史 他: 内視鏡的ポリペクトミーを施行した比較的大きな大腸脂肪腫の1例. *ENDO-SCOPIC FORUM for digestive disease* **6**, 55-58, 1990.
 - 11) 長友優尚 他: CTにより診断された大腸脂肪腫の1例. *Clinical Imagiology* **6**, 102-104, 1990.