

皮膚と消化管の血管腫の1例

Hemangiomatosis of the Skin and Gastrointestinal Tract: Report of a Case: *Hagood, M. F., and Gathright, Jr., J. B. (Dis. Col. Rect. 18: 141, 1975)*

症例, 34歳女性. 1年にわたる1日4~8回の下痢と新鮮血混入を主訴に来院. 22歳時頭皮に小青色斑が出現, 急速に拡大. 最近同様の変化が顔面, 背部に出現. 家族に皮膚血管腫や消化管出血を来した者なし. 理学的には隆起した青色のゴム様病変が後頭部頭皮にあり. 右腰部に無数の青色皮下病変が存在. 直腸鏡にて歯状線から12cm以上に多数の隆起した0.5~1cmのpolyp様病変あり. 介在する粘膜は浮腫状で他は正常. 皮膚と直腸病変の生検は細血管性血管腫を示した. 血球数, 凝血学的検査異常なし. 上部消化管X線検査では多数のpolyp様陰影欠損を十二指腸と空腸上部に認めた. 注腸X線では多数のpolyp様病変を直腸, S状結腸, 下行結腸に認めた. 内視鏡的には食道と胃は正常であり幽門より十二指腸にかけて血管腫からなる多数の粘膜下腫瘍を認めた. 大腸でも同様の変化をX線と同部位に認めた. 選択的動脈撮影は肝, 十二指腸, 空腸上部, 下行結腸, S状結腸, 直腸にわたる多発血管腫を証明した. 消化管の広範侵襲と出血は少量であることから, 外科切除は適応とされず, 保存療法と対症療法とを施行.

皮膚と消化管の血管腫の合併は1860年に第1例が報告されているが1958年 Bean が "blue-rubber-bleb nevus" 症候群と報告するまで一般化してなかった. 皮膚では皮内また

は皮下に発生し, 数mmより数cmに及ぶ. 消化管では通常粘膜下層から管腔内に突出する. 小腸に頻発し大腸では左側結腸と直腸に多い. 組織学的には血管腫は通常 cavernous 型であるが, 本例は capillary 型であった.

本症は消化管出血との関連において重要であり, 慢性失血を来すためである. 大部分の報告例では出血は突発性で吐血, 下血の原因となっている. 腸血管腫は様々の腹部症状の原因となり, 急性炎症類似の疼痛を来すこともある. 閉塞症状もまれに出現し, 腫瘍による管腔閉鎖に由来, 小腸では重積を来すこともある.

(東京医大内科 酒井義浩抄)

Clindamycin 療法後の Clindamycin 大腸炎の1例

Clindamycin Colitis Following Clindamycin Therapy: Report of a Case: *Butsch, J. L., Al-Humadi, A. H. and Alford, J. E. (Dis. Col. Rect. 18: 152, 1975)*

症例, 79歳男性. 1週間に亘る腹痛と下血を主訴に入院. 既往に十二指腸潰瘍. 入院中, 胃前庭部に癌を発見し, 亜全摘術を施行. 術後発熱し創の蜂巣炎を伴う. CP と PC を投与. 48時間後でブドウ球菌と *Klebsiella* を同定. 後者は中心静脈血からも培養され, 感受性に基いて Clindamycin 600 mg 毎6時間を Gentamycin 80 mg 毎8時間の経口投与に変更. 48時間後黒緑色下痢便出現し, Clindamycin 300 mg 毎6時間に減量投与. 下痢は減少し, 解熱. 抗生剤は10日後に中止して退院. 26日後に水様下痢便出現, 再入院. 脱水状態で10~20回/日の下痢. 腹部膨

満, 軽度圧痛, 腸音減弱. 直腸鏡では高度充血し易出血性で多数潰瘍を認む. 直腸生検は粘膜固有層全体の急性炎症像と多発ビラン, 粘膜下層の浮腫とリンパ球浸潤を示し, 小血管血栓と周囲に炎症性変化を伴う血管炎の像を認めた. 腹部単純X線では大腸ガス像, 注腸X線像では多数の深い潰瘍と結節性粘膜を示した.

上部消化管X線像異常なし. 糞便培養陰性. 尿・血清免疫電気泳動にて IgG 異常と尿中 Bence Jones 蛋白を認めた. 入院中4l/日の下痢と微熱が続き, 電解質補液と plasmanate を投与. 下痢は軽快し, 4週後直腸鏡では数個の散在性白斑を認めたのみであった. 生検は血管炎, 小血管血栓を伴う腺管炎を示していた. 症状消褪して退院したが, 4週後の直腸鏡では正常粘膜像を示した.

Clindamycin による消化管合併症の報告は多い. 腸内細菌叢の分裂に基くものとされ, 糞便中に排出された薬剤分解産物の刺激による粘膜の反応, すなわち血管炎であるとも考えられている. 投与量, 投与期間によっても異なるが, 10~60%に出現し多くは治療中止後4日から2週間で出現. 痙攣性腹痛と下痢が特徴. 下痢は緑色水様で血液の混入なく, 10~64日持続し, 自己限定性. 非特異性大腸炎, 偽膜性大腸炎, 阻血性大腸炎と鑑別を要すが困難ではない. 保存的療法で治癒させうる.

(東京医大内科 酒井義浩抄)

回盲弁の腺腫性 polyp

Adenomatous Polyps of the Ileocecal Valve: Report of Three Cases: *Hildreth, D. H., Bishop, R. P. and Johanson, T. R. (Dis. Col.*

Rect. 18: 52, 1975)

症例 1, 48歳男, 黒人. 6週間の下痢, 腹痛にて入院. 便通10~20/日, 粘液液付着なし. 3年前2個の良性腺腫性 polyp を直腸鏡下に摘出. 右下腹部に圧痛認む. 検査成績正常. 直腸鏡にて数個の微小 polyp を認む. 注腸X線像では回盲弁に polyp 状腫瘍あり. 癌の可能性から開腹. 右結腸半切術施行. 切除標本は回盲弁の全周性結節性腫瘍を示した. 組織学的には腺腫性 polyp 状腫形成であった.

症例 2, 27歳男. 4カ月にわたる肛門掻痒を主訴に入院. 他に消化器症状なし. 直腸鏡で多数の小腺腫性 polyp を認む. 注腸X線像で全結腸の polyposis と診断. 直腸鏡下で直腸 polyp の焼灼を行った後, 結腸亜全摘術施行. 切除標本にて回盲弁に6~7個の polyp を認めた. 組織学的にいずれも悪性変化なし.

症例 3, 64歳女. 食後に激痛あり来院. 諸検索上異常認めなかったが注腸X線像にて回盲弁に一致して大 polyp を認む. 開腹して盲腸を切開. 上唇に発した長い茎を有する直径4cmの polyp を確認し切除. 組織学的には絨毛性変化を伴った腺腫性 polyp であった.

文献上, 回盲弁に発生した polyp は7例であるが, 実際にはもう少し多数存在すると思われる. 家族性 polyposis に注目してみてもその数は増加するであろう.

回盲弁の病変は時に著明な症状(痙性腹痛, 下痢, 体重減少)を呈す. 嘔気や痙性疼痛は回盲弁の間欠的閉塞に, 下痢は回腸内容の急激な大腸内放出に由来する. 検査上右下腹部圧痛, 注腸X線上回盲弁の肥厚が示される. これら症例の大多数は注腸X線にて附随的に見出され, 外

科的探索を必要としない. 臨床所見とX線とで良性病変の確認は十分に行われ, とくにもっとも高頻度の脂肪浸潤では容易である. 時に大腸 fiberscope が観察や生検に役立つ. 手術適応は悪性化と治療抵抗性の症状の存在である. 悪性化が疑われる時, 右結腸半切術を施行すべきである. 疑いが薄い時は盲腸を切開して病巣より生検して確認する. 67歳男を第4例目として追加.

(東京医大内科 酒井義浩抄)

結核に合併した大腸癌の1例

Carcinoma of the Colon Associated with Tuberculosis: Report of a Case: Tandon, H. D. and Kapoor, B. M. L. (Dis. Col. Rect. 17: 777, 1974)

症例, 20歳女性. 1カ月にわたる腹痛・嘔吐・便秘など腸閉塞症状を主訴に入院. 入院時右季肋下に7×5cm 境界不明, 不規則な固い腫瘍を触知. 腸音亢進. 直腸視診異常なし. 軽度貧血, 血沈値1時間20mm. 胸部X線にて肺門に石灰化陰影. 腹部単純X線にて多数の鏡面像あり. 注腸X線では盲腸・上行結腸の拡張右結腸曲の変形・狭窄, 横行結腸に2個所の狭窄を認む. 盲腸に腸結石あり. 肥厚性腸結核と診断. 開腹時盲腸は著しく拡張, 右結腸曲に硬い不整腫瘍あり. 腸間膜リンパ節腫大. 終末回腸30cmと右側結腸, 横行結腸を切除し, 回腸下行結腸吻合を施行. 術後経過良好. 切除標本ではのう状に拡張した盲腸・上行結腸には広範な潰瘍があり, この部に接して4cmの輪状狭窄あり. 管壁は著しく厚く硬化し, 肥厚した筋層は黄色を呈す. この遠位側は管状狭少を呈

し, 肥厚した縦走ヒダを伴う. 腸間膜脂肪は著しく増加し, 多数のリンパ節腫大を認む. 病理組織学的には輪状分節は中等度分化型粘液産生性腺癌 (Linitis plastica) で漿膜に達していた. 乾酪肉芽が盲腸や上行結腸の粘膜から筋層まで, 管状を呈した横行結腸の筋層に認められた. 横行結腸には多数の表層性の小さな非定型的潰瘍が存在, 他の粘膜には広範な再生像があり, 固有層には局所性多形核白血球の集簇を認めた. 腫瘍は盲腸と近位側に拡がり, 2病変が共存していた. 腸間膜リンパ節は乾酪肉芽を広範に示したが, 随所で腫瘍浸潤像は肉芽腫に接して認められた.

若年者の大腸癌はまれであり, 右結腸曲に発生する事はさらにまれである. 腸における癌と結核の合併もまれであり, 本例は1病巣に近接して共存していた. 癌と結核との共存例の報告では消化管の場合, 大腸が大半を占め, 殊に回盲部にもっとも多く, S状結腸がこれに次ぐ. 若年者の癌の大部分は潰瘍性大腸炎や家族性 polyposis のごとき既知の素因を伴っている. Crohn病と同様に結核は一般に容認された素因ではないので, 本例は偶発性であろう.

(東京医大内科 酒井義浩抄)

胃がんにおける胃炎分布

The Distribution of Gastritis in Carcinoma of the stomach: DuPlessis, D. J. (Brit. J. Surg. 61: 521~523, 1974)

慢性胃炎と胃癌の関連については多くの報告がある. 慢性胃炎の経過観察中に胃癌の発生を認めたとの報告も Siurala や Strickland らによ

りなされている。中でも Walker らの15年の経過追跡では、その頻度が10%だったと驚異的な報告がある。胃炎の研究は、とくに担癌胃での胃炎の組織学的研究は、胃癌の病理発生の解明に必須である。21例の担癌胃を切除後大彎で開き、固定後縦軸方向に粘膜を剥ぎ、いわゆる“Swiss-roll”標本をつくった。同時にリンパ腫の2例と悪性貧血由来の癌1例の検索も行われた。胃癌の多くは、慢性萎縮性胃炎の粘膜を有し、腫瘍の近くで過形成帯が存在した。この範囲は時に非常に狭く、若干例ではわずか0.5cmほどだった。胃炎の分布に2つの型が認められた。第1の型は、胃炎が幽門にはじまり腫瘍に達する、あるいはそれを越えている場合で、腸上皮化生が必ず存在した。この型は17例にみられ、しかも腫瘍が14例82%において胃の遠位部にあった。第2の型は、腫瘍周辺の慢性胃炎は、幽門からの連続性の拡がりを示さなかった。4例がこの型を示した。腸上皮化生は2例に認められ、腫瘍の局在は、2例において胃の遠位部であった。悪性貧血例では、腫瘍は胃底腺領域にあり、胃炎は幽門から腫瘍をこえて遙か近位側にまで拡がっていた。リンパ腫の場合、両型の分布を示した。以上胃癌の全例において、過形成性胃炎が胃癌発生に関連がありそうで、これは Morson の見解を支持する。良性潰瘍の多くの症例にも粘膜過形成がみられ、1965年著者が述べたように、十二指腸液の胃内逆流による反応と考えられる。胃癌の大多数で、慢性胃炎が幽門から胃の近位に向って拡がっていることは、十二指腸液逆流が原因的要因であることを示唆している。これは腸上皮化生がはじめ幽門腺領域をおかし、次第に胃底腺領

域の小彎側をおかして行く所見で支持される。他の少数例では胃炎は幽門から始まっていない。この場合十二指腸液逆流は胃炎の進展と関係はなさそうだ。以上より胃癌には異なる2つの種類があるようだ。Lauren も同様に2つの異なる型を呈示した。第1の型では、その全症例の91%において、胃の大部分が腸上皮化生でおかされているが、他の型では55%の症例で小領域に腸上皮化生をみるのみだ。前者は高年者に、後者は若年者にその傾向をみる。この2つの胃癌の存在が、異なる国に異なる胃癌の頻度を認めること、そして予後の異なることを説明しうる。慢性胃炎と胃癌の併存はきわめてありふれている。胃癌の結果生ずる可能性も否定できないが、大多数では胃炎は腫瘍部分に局限するのではなく幽門輪から腫瘍に達し、さらにそれを越えていることは、胃炎が十二指腸液逆流の結果生ずるもので、多くの胃癌例での癌発生の一因子かも知れないことを示唆している。

(愛知県がんセンター第1内科

小林世美)

経過の緩慢な胃の粘液性癌

Indolent Mucoid Carcinoma of Stomach : Brander, W. L., Needham, P. r. G. and Morgan, A. D. (*J. Clin. Pathol.* 27: 536~541, 1974)

胃がんは、正常の胃粘膜の粘液分泌細胞および腸上皮化生の領域からおこる。多くの腫瘍は粘液を分泌する。細胞内へ分泌する場合がいわゆる印環型細胞がんで、細胞外分泌の場合は、がん細胞がおびただしい粘液のたまりの中に浮いている。Morson, Dawson は、細胞外へ粘液

を分泌する型のものを“高分化型膠様癌”とよび、印環細胞型を“低分化型”と名付けている。

著者らの40余年にわたる胃がん症例574例を、粘液性、非粘液性に分けてみた。粘液性とするには、全切片にみられる腫瘍塊の50%以上が上皮性粘液であることを必要条件とした。組織学的に3つの型を分類した。第1は純粋な印環細胞型、第2は純粋な“高分化型粘液癌”、第3に両者の混合型である。574例中の50例(8.7%)が粘液型と分類され、41例が混合型、6例が高分化型、純粋な印環型はわずか3例であった。これらの予後は、混合型での平均生存期間は18カ月、印環型では平均5カ月だった。一方高分化型の6例では、リンパ節転移のあったものを含めても平均9年生存している。

胃の粘液性がんは、予後は一般に不良と報告されてきた。しかしこの論文では、粘液性がんの中の“高分化型”なるものが定義、分類され、きわめて緩慢な経過をたどることが分った。Willis がすでに1967年、65歳の男子の幽門に発見された大きな膠様腺がんが手術不能であったにもかかわらず、7年生存した例を報告した。但し彼は、組織所見と長期生存の関連については言及しなかった。

高分化型粘液がんの頻度は、切除胃がんのわずか1%で、粘液がんの12%である。病理学者は、混合型の腫瘍をこれに含めないよう注意して欲しい。小さな印環細胞群を見落さないようにするべきだ。それを高分化型群に誤って入れてしまうとデータに狂いが生ずる。実際、いくつかのブロックを作成すれば、混合型を見出すに左程困難ではなからう。

(愛知県がんセンター第1内科

小林世美)