

大腸癌患者の配偶者における癌の頻度

Cancer incidence among spouses of patients with colorectal cancer: *Mellemgaard A, Jensen OM, Lyng E* (Int J Cancer 44: 225-228, 1989)

高脂肪、低線維食が大腸癌の危険度を増強することは定説である。夫婦はかなり長期間同じ食事を摂るゆえに、大腸癌患者の配偶者は、当然大腸癌のリスクが高いことが予想される。大腸癌とリスク因子を同じくする子宮体癌、乳癌、前立腺癌、胆嚢癌、膀胱癌などのリスクも高くなるはずである。この仮説を解明しようとしたこれまでの研究は、いずれも規模が小さく、信頼できる結論に至っていない。

著者らは、約1万人の大腸癌患者の配偶者に関する大腸癌のリスクを調査した。このうち8,095人の配偶者について正確な情報が得られた。結婚生活30年以上のカップルが72%あった。

癌全体の発生では、男・女の配偶者とも、それぞれ1.01, 0.94で、予想値に近かった。結腸癌のリスクは、男0.96, 女0.94と予想値より決して高くはなかった。直腸癌では、男0.98, 女0.72と後者では著しく低値を示した。

以上配偶者の大腸癌にかかるリスクは、結婚生活の長さに関係なく、予想値とほぼ同じであった。大腸癌とリスク因子を同じくする他の癌でも同様な結果であった。

結論としてこの研究は、大腸癌患

者の配偶者が、結婚生活30年以上を経験していても、大腸癌のリスクを強めていないことを示したことになる。つまり、食事と大腸癌との関連は、比較的弱いものかもしれないこと、また、このような間接的手法による研究では、両者の関連を見出しえないことがわかった。

【訳者コメント】日本人での大腸癌の増加が、食事習慣の欧米化のせいにされているが、日常臨床で遭遇する患者には、定型的日本食愛好者が少なくなく、食事と大腸癌の関連については、理論通りにいかないという疑問を若干感じている。

(愛知県がんセンター消化器内科

小林世美 抄)

1989 年 11 月の例会から

11 月の早期胃癌研究会は 15 日に、東京女子医科大学 消化器病センター長廻紘の司会で行われ、胃、大腸の計 6 題が討議された。今回より、この報告に一部、写真を掲載することになった。参考にしていただければ幸甚である。

〔第 1 例〕 71 歳、男性、多彩な所見を呈した胃潰瘍症例(症例提供：倉敷中央病院内科 山本)。

十二指腸潰瘍の経過観察中、所見のない胃粘膜面に潰瘍性病変が出現し、内視鏡的に 6 か月間の経過が追われ手術された症例である。この間 6 回の内視鏡検査が施行され、この読影を斉藤(東京医大内科)が行った。斉藤は、潰瘍病変の縮小、再燃、集中する皺襞先端の変化、特に Fig. 1 にみられる中断、融合、色調の変化から、説明の前半では癌を強く疑っていたが、経過の多彩さ、術前の大きな潰瘍の形成から、最終的には悪性リンパ腫の可能性が大とした。

病理所見は出題者が説明したが、大きな潰瘍であるが

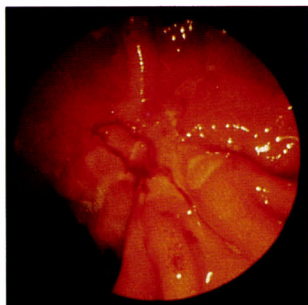


Fig. 1 第 1 例の経過中の内視鏡像。

深さは粘膜下層まで、しかし、線維化は漿膜下層まで認められる慢性の潰瘍であった。

胃潰瘍がなぜこのような癌を思わせる多彩な内視鏡像を呈したかが討議されたが、望月(孝)は生検標本で癌が認められないので問題があるが、癌性潰瘍の癌の脱落したものに病理所見としては類似している、また、H₂ ブロッカーによる治療の影響も考える必要があると述べ、潰瘍の性状が問題となる場合は潰瘍底からの生検が必要である、と指摘した。

内視鏡像からみれば、癌を疑わざるを得ない症例であったと思う。

〔第 2 例〕 73 歳、女性、表層部に xanthoma を伴った IIa 型残胃早期癌(症例提供：県立がんセンター新潟病院内科 加藤)。

X 線は鈴木(岐阜大放科)が読影し、残胃大彎側の低い隆起病変を IIa+IIc と診断した。内視鏡は岡村(旭川医大 3 内)が担当したが、Fig. 2 のような大変珍しい所見に苦慮していた。岡村は結論として、白色調の部分潰瘍性病変由来の白苔と読み、膠様癌を診断の第 1 に挙げた。更に、villous adenoma、真菌症を合併した癌を鑑別として追加した。

内視鏡のコメントとして、岡崎(山口県厚生連周東総

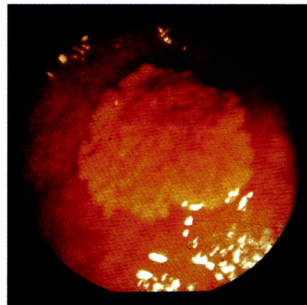


Fig. 2 第 2 例の内視鏡像。

合病院)は、病変の辺縁の立ち上がりの状態、表面に胃小区類似の模様のみられることなどから、隆起性の上皮性腫瘍、例えばIIaの特殊のものか腺腫を考えるべきであろうと述べた。

病理は渡辺(新潟大1病理)が説明し、IIa型早期癌の表層部にはほぼ一致してfoamy cellが存在し、Fig.2のようなまれな所見を呈したと解説した。なお、内視鏡直視下では、スライドよりも黄色調に見えたとの出題者の追加もあった。しかし、Fig.2を見る限りでは、xanthomaまでは考えが及ばないと思う。

癌が先か、xanthomaが先かの論議があったが、腫瘍性変化があるとfoamy cellは付着し難いし、xanthomaに癌が合併することもまれという渡辺の意見に集約される。

IIaは腺管腺癌、深さはmであった。

〔第3例〕52歳、男性、胃悪性リンパ腫(症例提供：関東通信病院内科 桜井)。

X線を読影した測上(松山赤十字病院)は、胃角部をはじめ胃内に浅い陥凹性病変の多発があると思うが、病変が的確に描出されていないので診断は困難とした。内視鏡を読んだ光永(東京女子医大消化器病センター)は、胃内に多発する柔らかい隆起を伴った浅い潰瘍性病変の所見から悪性リンパ腫と診断した。

病理は出題者側から山口が説明し、胃角前壁、体中～下部前壁、体上部後壁を中心に存在する胃原発の悪性リンパ腫で、B cell lymphoma, malignant lymphoma, diffuse large cell (LSG)とした。

典型例としての出題であるが、X線、内視鏡に、もう少し教育的な面が配慮されるべきではなかろうか。

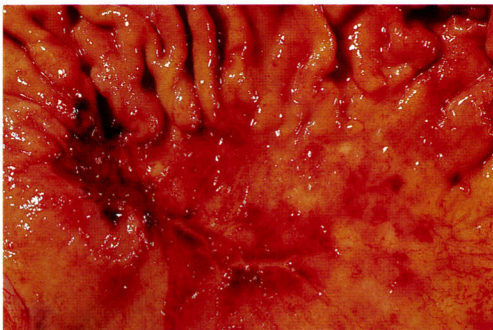


Fig. 3 第3例の切除標本。

〔第4例〕48歳、男性、大腸の陥凹型微小腺腫(症例提供：秋田赤十字病院外科 工藤)。

内視鏡で診断され、strip biopsyを施行された症例で

ある。X線はない。

内視鏡を読影した桜井(関東通信病院消化器内科)は、S状結腸の小さな発赤とこれを取り巻く隆起した粘膜の所見から陥凹型の癌と診断した。strip biopsyをされた病変は、実体顕微鏡下に同定され連続切片で鏡検されており、約1.5mmの大きさであった。

病理は加藤(癌研病理)が担当し、陥凹型腺腫で oligoglandular adenoma と言えるものとした。この病理診断に対し、病理医各々の意見が述べられた。渡辺、喜納(浜松医大病理)はadenomaの立場を、中村(筑波大病理)、望月は悪性のpotentialityを含む発言であった。いずれにしろ、大腸の陥凹型腺腫の臨床例は、わが国では初めてであり、臨床診断も病理も今後の症例の積み重ねが必要である。

臨床診断の面から、このような病変の内視鏡観察での見つけ方、特に発赤の鑑別、周辺隆起の意義について、出題者の工藤に質問が集中したが、工藤はただ経験と答えるのみであった。名人芸と言えればそれまでであるが、これまで多くの陥凹型、平坦型の小さな大腸癌を診断している工藤であれば、何らかの診断のポイントを捉えているのでは、と思うのは凡人の僻みであろうか。もう1つ気になるのは、X線はこれらの病変の診断に無能なのであろうか。内視鏡よりはるかに検査数の多い大腸X線検査への応用法はないのであろうか。チャレンジを望む。

〔第5例〕44歳、男性、回盲部および回腸に多発した単純性潰瘍(症例提供：名古屋大学第1内科 岩瀬)。

X線、内視鏡とも飯田(九大2内)が読影した。検査の順序に従い内視鏡から読影させられたが、全体像の把握が難しかった。Bauhin弁を中心とする潰瘍の多発と、この周辺にみられる炎症性ポリープを思わせる隆起から、飯田は内視鏡像では炎症性疾患を疑うとした。X線では、回腸末端の下掘れ潰瘍が明瞭となり、この口側にも数個の潰瘍の存在が、更にメインの潰瘍部には瘻孔形成もみられた(Fig.4a, b)。飯田は多彩な像から総合的には悪性リンパ腫を疑った。多田(京都第一赤十字病院)は結核病変が最も考えられるとコメントした。出題者は、生検で悪性所見を認めなかったもので、内科的に治療中、穿孔性腹膜炎を併発したため手術を行ったと報告した。

病理は広田(国立がんセンター病理)が説明し、回腸末端の炎症性ポリープを伴った大きな潰瘍と回腸の多数の潰瘍について、組織学的には単純性潰瘍と診断したが、多発であることに問題があるとした。これに対し、渡辺、長廻は、単純性潰瘍はむしろ多発のほうが多いと述

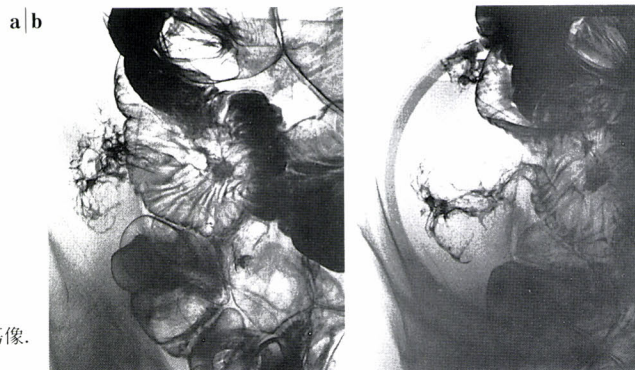


Fig. 4 a 第5例の潰瘍像.
b 第5例の狭孔像.

べた.

なお、白壁(早胃検)から、X線撮影に目的意識がないから読影できない、望月(仙台市医療センター)から、回盲部病変は圧迫が必要との厳しい叱責や助言があった。

〔第6例〕36歳、男性、大腸脂肪腫による腸重積(症例提供：松山赤十字病院胃腸センター 平川)。

X線、内視鏡とも多田(京都第一日赤)が読影した。X線では、**Fig. 5 a**のように横行結腸で腫瘤による腸重積像がみられ、**Fig. 5 b**はその整復された状態で上行結腸にくびれのある腫瘤影がみられる。内視鏡では腫瘤先端部の壊死状変化と思われる粘膜の凹凸像が認められた。

これらの所見から多田は悪性リンパ腫を考えたいとした。望月(福)は、このようなケースは脂肪腫が多いと追加した。

病理は岩下(福岡大筑紫病院病理)が説明し、上行結腸の粘膜下層を中心に発生した $5 \times 4 \times 4$ cmの脂肪腫と診断した。腫瘤の先端部は出血、壊死、線維化の像があり、潰瘍性変化の繰り返しがあるとした。

八尾(福岡大筑紫病院内科)から、大腸の脂肪腫はこの例のようにX線で腸重積像として診断されることが多いとのコメントがあった。

(山口県厚生連周東総合病院 岡崎幸紀)

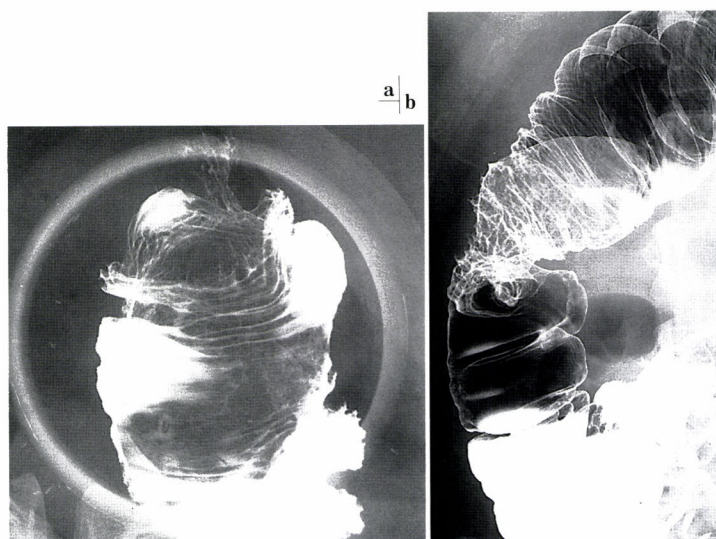


Fig. 5 a 第6例の横行結腸部の重積像.
b 整復後の上行結腸の腫瘍.