

腸上皮型及びび漫型胃がんの予後、特に間質反応の効果について

Prognosis in Intestinal-Type and Diffuse Gastric Carcinoma with Special Reference to the Effect of the Stomal Reaction: M. V. Inberg, P. Lauren, J. Vuori, S. J. Viikari (*Acta. Chir. Scand.* 139: 273~278, 1973)

1946年から1965年までの20年間にTurkuの大学中央病院で1963例の胃がんが診断された。このうち十分な病理組織学的知見の得られたのは579例である。Laurén分類による腸上皮型胃がんの頻度は55.8%, び漫型胃がんは、33.9%だった。Laurénによれば、腸上皮型胃がんは、男子に多く、患者の平均年齢は高い。一方40歳以下の胃がんの多くは、び漫型で、60歳以上では腸上皮型が多くなり、び漫型は減少する。種々の文献からも、この両型が、原因的に異なること、そして病理学的にも明かに異種のものであることが推察される。腸上皮型の前がん病変は、慢性胃炎と腸上皮化生だが、び漫型では不明である。手術に関して、び漫型では手術不能例がより多いとの結果は出てこないが、治療手術の行われたグループでは、5生率は、び漫型で明らかに低い。このシリーズでは、腸上皮型で31.1%, び漫型で21.7%の5生率を示した。腸上皮型の組織学的分化度と予後の間に有意の相関は認められなかった。境界明瞭な腫瘍は、常に腸上皮型で、この種のもの予後は、境界不明瞭なものより良好だった。粘液性がんの予後は、腸上皮型の中で最も良いが、び漫型

中の粘液性がんの予後は、不良だった。腸上皮型での5年生率は、筋層までの浸潤病変では50%, 筋層を貫通したものでは15.8%だった。次に間質反応と予後について言及している。び漫型では、強い線維増生と軽度の細胞浸潤を特徴としている。一方腸上皮型では、もっと強い細胞反応をしばしば認める。高度の細胞反応を示す腫瘍の5生率は40.4%, 中等度では25.0%, 軽度のものでは20.5%だった。線維性間質反応と5年生率間には関連を見出さなかった。以上より全般的に、び漫型胃がんは、腸上皮型胃がんに比して、生物学的により一層悪性と考えられる。胃がんで予後関連因子を評価するに、Laurénの腸上皮型、び漫型に分けると都合がよい。このことはStoutやDaileも、他の組織学的分類では、こうした関連を見出すことは不可能だったとのべている。

(愛知県がんセンター第1内科
小林世美抄)

大腸がんの予後と外科病理

Prognosis and Surgical Pathology of Carcinoma of the Colon: J. A. Buchwalter, T. H. Kent (*Surg. Gynec. and Obstet.* 136: 1~8, 1973)

切除された大腸がんの病理学的検査は、その患者の予後を知るに重要である。著者らは、患者の予後を予測するに、大腸がんの外科病理レポートへの記載事項の検討を行った。

まず腫瘍の大きさは、5生率とも転移とも関連を認めなかった。侵襲の範囲に関しては、脈管侵襲リンパ節侵襲、血行性転移あらば5生率は

低下した。深達度では、固有筋層を貫ぬくと生存率は著明に低下する。これは筋層が、深部浸潤に対する重要な障壁になっていることを示す。次に腸管全周に対する癌浸潤の比率が予後に関連することが分った。同様にこの比率が、脈管侵襲、リンパ行性転移の頻度にも関係がある。輪状の癌では5生率は低い。閉塞のある場合予後不良で、閉塞のない場合に比して5生率は約半分である。切除断端は、通常2cm離れていれば原発単除去に十分だが、直腸では、リンパ系の関係で、5cm必要だ。5cm以下と以上では5生率がそれぞれ38%, 51%と異なる。

リンパ節転移のないものは、5生率52~80%あるものでは、30~45%と大差あり、リンパ節転移の数と生存率の間に相関があり、Sprattらは、6~10個では5生率9%, 1~5個では24%だったという。リンパ節転移の局在も大きく影響する。脈管侵襲は生存率を著減せしめる。これは遠隔転移の頻度を高くする。腫瘍の形が成長の速度、転移などと関連する。Grinnelは、隆起型、中間型、浸潤型に分け、それぞれ83%, 45%, 38%の5生率を示した。早期がんは、当初管腔に隆起状にとび出すが、進行すると平坦化する。肉眼型と悪性度との間に関連があるのだろう。組織上の分化度の低いものは予後不良だ。浸潤性、即ち悪性細胞が単独或はグループで正常組織内に入り込む傾向は予後を不良にする。腫瘍の辺縁が鋭利なことは予後に都合がよい。辺縁での炎症反応が強いほど予後がよい。これは癌に対する免疫を意味し、転移を抑制する力になっている。上述のことから、大腸がんのレポートには次の項目の記載が必要

だ。①腫瘍の深達度，②腸管全周に対する腫瘍の侵襲率，③検索されたリンパ節の数に対する，転移リンパ節の数，④分化度，⑤閉塞の有無，⑥切除断端での腫瘍の在否である。その他の事項はやや主観的要素を帯びるので，記載があっても比較が難かしい。腫瘍の大きさは，予後には意味をもたないが，必ず記載される事項だろう。

(愛知県がんセンター第1内科
小林世美抄)

中毒性巨大結腸

Toxic Megacolon: Charles B. Riptein & Edward A. Wiener (Dis. Col. Rect. 16: 402, 1973)

大腸の中毒性拡張は腺窩から筋層へと広がる急性炎症によって発生。潰瘍性大腸炎に最も特徴的であるが，肉芽腫性大腸炎，偽膜性大腸炎，大腸の乏血性疾患やアメーバ症にも認む。神経節細胞の変性，筋繊維の破壊と断裂により，腸内容とガスとで急速に拡張する無緊張性腸管麻痺の状態を呈す。これは糞便中に漬った第Ⅲ度火傷にたとえられ，血液，蛋白，電解質の，夥しい喪失を伴う。明らかな穿孔がなくとも腸壁は細菌易浸透性となり腹膜炎が発生。重症潰瘍性大腸炎では血管炎が出現し，感染性血栓を腸間膜静脈に認め，門脈炎，敗血症，肝や全身臓器の膿瘍の原因となる。

診断は腹部単純X線撮影が有効である。注腸X線検査は罹患腸管での穿孔の危険があり禁忌。直腸鏡も有効であるが，注意深く行われなければならぬ。過量送気は危険。深部直腸生検像が正常の時は潰瘍性大腸炎

は否定的。

治療はまず敗血症を防止し，腸壁からの損失を補う目的で大腸菌叢に有効な抗生物質，大量の steroid，輸血，輸液を行う。近年の経静脈性栄養補給が窒素平衡を維持するのに極めて奏効。腸管内へ挿管して持続吸引減圧を行う。浣腸は禁忌。連日単純X線撮影して巨大結腸の減退を確認。生命徴候，中心静脈圧，排尿量の持続監視を継続し，治療に反応して shock や敗血症の危惧が消失すれば外科切除を回避しうる。改善の失敗は腹痛増加，腸音欠如，恒常性 foxemia により示され，48～72時間以内に外科切除が必要。躊躇は穿孔，グラム陰性菌性敗血症，高度の腹膜炎，遠隔臓器膿瘍を来し不幸の転帰をもたらす。

手術は罹患腸管を含めた大腸亜全摘術を行い，回腸吻合を併設する。過去20年間に125例中100例を外科手術。術後9例が死亡し，内5例は術前穿孔を来していた。他の死因は門脈または全身膿血症。最近3年間に手術した16例は第1次大腸切除を行い全例生存。

(東京医科大学内科 酒井義浩抄)

大腸憩室と出血

Colonic Diverticula and Hemorrhage: Anthony R. Gennaro & George P. Rosemond (Dis. Col. Rect. 16: 409, 1973)

X線的に憩室性疾患を示した500例の病歴を検討。数例は1回以上の入院があるが，初回診断は大腸憩室症とは限らなかった。最少経過追求め期間2年。83例16.6%は初発症状が直腸出血。大部分が高齢者で動脈硬

化を伴ったが，高血圧とは関連なし。臨床的に次の如き特徴あり。①開始は突然で，1回または数回の血性便排出，②疼痛欠如，③憩室炎の臨床的証明は不可能，④一般に出血は大量でなく自然止血。全例出血前は全身状態良好であり，唯一の症状は便秘。26%に2日以上便秘が先行。68例82%は憩室性疾患に関連する症状が全くない。残る15例は憩室の存在を知っていたが，有意の症状を認めたものは3例のみ。この3例は1回以上の憩室炎の既往があったが，出血前2カ月以内には出現していない。出血の状態により3群に分類。45例は軽度出血。出血は短時間で自然止血し，輸液の必要なし。23例は中等度出血。2pt以上の失血を示す所見や症状あり，48時間以内の早期止血傾向にあるが，数例は再出血。この群での手術の適応は多数回の出血の既往と悪性腫瘍否定の不可能な場合。軽または中等度出血の261例中50%に他の大腸病変を合併，その29%は癌。残る16例は瀉血性出血。失血は数ptであるが損失率が著明で，自然止血が絶望的。14例が外科切除を必要とした。手術適応は初回失血量の輸血後24時間以内に1500ml以上の輸血を必要とするか，止血後入院中に再度出血する場合。殆んど例で明らかに右側結腸から出血しており，7例44%は右側結腸摘出後止血。しかし全結腸切除と回直腸吻合が望ましく，後述の1例を除いて全例出血なし。憩室の好発部位であるS状結腸の盲目的切除は無効が多い。死亡は3例3.6%。67歳女性，中等度出血で内科的治療を受けて退院したが，2週後肺栓塞で死亡。67歳女性，高度出血があったが手術を拒否，失血死。72歳女性，全

結腸切除と回直腸吻合を施行したが、1週後上部消化管出血で死亡。剖検で stress 潰瘍確認。

(東京医科大学内科 酒井義浩抄)

胃食道逆流—診断と治療

Gastroesophageal Reflux Diagnosis and Treatment: W. Stuart Battle, M.D., Lloyd M. Nyhus, M.D., F.A.C.S., C. Thomas Bombeck, M.D. (*Ann. Surg.* 177: 560~564, 1973)

胃内容の食道内逆流により発生する逆流性食道炎の患者は適切な治療、適確な診断が必要である。その診断には胸やけなどの症状が重要な手がかりであるとはいえ、そのみでは不十分で食道内視鏡検査をはじめ、種々の検査を必要とする。著者は上部消化管症状を有する 128 例、

対照 24 例に生検を含めた esophagoscopy を施行し、そのうち 89 例 (70%) に 1 度～4 度の食道炎を認めその治療を行なうと共に、cine-esophagogram, acid perfusion test, acid clearing test, esophageal pH measurement を併行し、食道炎群と非食道炎群でこれら諸検査にどの程度異常を認めるかを比較検討した。

cine-esophagogram, 胃食道逆流は食道炎群中 18 例で証明したが非食道炎群では証明していない。食道炎群のうち 50 例 (56%)、非食道炎中 24 例 (62%) に裂口ヘルニアを認めた。

acid perfusion test; 食道炎群中 37 例 (42%) で subjective response 陽性、48 例 (54%) が objective response 陽性、対照群中 subjective response 陽性例なく、5 例 (25%) で objective response 陽性であるなど比較的診断特異性を認めた。

acid clearing test; 食道炎群中 60 例 (67%) で本テストの異常がみられ、非食道炎群で症状を有する患者 39 例中 8 例 (22%) で異常がみられた。

esophageal pH measurement; 食道炎 37 例、非食道炎 2 例で pH 値の異常を認めた。

結 語

1. 逆流性食道炎の診断に関しては、やはり esophagoscopy が最も信頼すべきもので、その他諸検査はそれに劣る。しかしこれら諸検査の中で比較的診断特異性のあるのが acid clearing test である。

2. 食道炎患者 89 例全例に 6 カ月間非手術的療法を行ない 63 例で食道炎の消褪をみたが、26 例で失敗に終りひき続き経腹腔的 nissen fundoplication を施行し良好な結果を得ている。

(鳥取大学第 2 内科 渡部和彦抄)