

## P1-021 骨形成性S状結腸癌の1例

佐世保中央病院  
草場隆史, 重政 有, 清水輝久

40歳, 女性. 平成20年11月の職場検診で便潜血陽性を指摘されるも放置. 平成21年2月20日に鉄欠乏性貧血, 下痢の精査目的で他院にて大腸内視鏡検査の前処置を施行された. 2月21日早朝から発熱・腹痛が出現したため, 当院内科救急外来を受診し入院. 発熱は持続, 腹痛は改善せず, 腹部膨満症状も伴い, CEA:2439, CA19-9:277であったため, 2月22日に当科へ紹介となり, 閉塞性大腸癌の診断. 当科紹介された同日に緊急手術を施行となった. S状結腸切除・D3郭清術を施行. 組織型は中分化型腺癌であり, S, 2型, 4/5周, 50×40mm, se, ly1, v2, pPM0, pDM0, pRM0, p1, n2, stageIVであった. また腫瘍間質に骨形成を認められた. 骨形成性大腸癌の発症頻度は, 約0.4%以下と非常に稀で, 臨床症状が長く, 脈管侵襲が少ない比較的低悪性度な癌といわれている. しかし本症例では, CEAとCA19-9は著明に高値であり, 脈管侵襲を伴う252番リンパ節転移を指摘され, 現在, 化学療法施行中である. 本症例においては低悪性度な癌ではないことを経験したので, 骨形成性大腸癌の臨床学的な特徴について, 若干の文献的考察を加えて報告する.

## P1-022 骨盤内動静脈奇形を合併したS状結腸癌の1例

北海道大学消化器外科・一般外科  
本間重紀, 佐々木彩実, 下國達志, 崎浜秀康, 高橋典彦, 片岡昭彦, 藤堂 省

動静脈奇形 (Arteriovenous malformation: 以下AVM) 自体, 稀な疾患であるが, その中で, 骨盤内にAVMが発生する頻度は約3%とさらに稀な病態である. 骨盤内AVMを合併した大腸癌症例は, 本邦はもちろん, 世界でも報告はない. 今回, 骨盤内AVMを合併したS状結腸癌の1例を経験したので報告する. 症例は60歳代の男性で2008年11月に下血を主訴に近医を受診し, 精査でS状結腸癌の診断となり, 同月当科入院となった. 高血圧の既往あり. 下部消化管内視鏡検査で肛門縁より30cmのS状結腸に全周性の2型腫瘍を認めた. 生検では高分化腺癌であった. CTではS状結腸に全周性の壁肥厚像を認めた. また両側の総腸骨から内腸骨動静脈にかけ, 直腸を圧排する巨大な骨盤内AVMが存在した. 心臓カテーテル検査で, 動静脈奇形に伴う高度の僧帽弁閉鎖不全症(MRIII度)と肺動脈高血圧症(PAP:50mmHg)と診断された. 2008年12月S状結腸部分切除術をおこなった. 骨盤内動静脈奇形に, 下腸間膜動静脈も関連していたため, 血流の変更を伴わないように, 部分切除となった. 術後第6病日から下血を認めたが保存的に軽快し, 循環器内科で心機能評価を再度行い, 術前後で著変がないことを確認し, 第28病日に退院した. 骨盤内動静脈奇形を合併したS状結腸癌の1例を経験した.

## P1-023 結腸膀胱瘻を伴ったS状結腸二重癌の1例

東京共済病院消化器一般外科  
楳田 真, 後小路世士夫

【症例】58歳, 男性. 約3ヶ月間で4Kgの体重減少を認め, 10日前から左下腹部痛, 便秘, 便柱の細小化を認めたため近医を受診し, 精査加療目的で紹介された. 受診時の体温は38.0度で軽度の腹部膨満と左下腹部痛を認めたが, 反跳痛やBlumberg徴候は認めなかった. なお, 当科受診日から尿混濁, 排尿時痛を認めたため入院とし諸検査を開始. 血液検査等では, WBC9700, CRP21.33, CEA11.0ng/mlなどの異常値を認め, 尿沈査では便成分を確認できた. 腹部CTでは, S状結腸に壁全周性の腫瘤影を認め, その内腔は狭小化しており, 周囲の脂肪織濃度の上昇を認め, 膀胱との境界は不明瞭であった. また, 膀胱内にガス像を伴う鏡面像を認め, 結腸膀胱瘻の合併が考えられた. その他, 周囲のリンパ節腫脹を認めたが, 肺・肝に結節影は認めず, 水腎症, 腹水やfree airも認めなかった. 下部消化管内視鏡では, 肛門縁から約25cmのS状結腸に2型の隆起性病変を認めたが残便著明でその他の詳細は不明であり, 結腸膀胱瘻の位置も確認できなかった. 注腸検査では, SDJ付近までしか造影剤やエアは注入できず, S状結腸の最も口側に狭窄を呈するS状結腸腫瘍が確認でき, 前記肛門側病変との二重癌が強く疑われた. なお, 瘻孔や膀胱は造影されなかった. 以上から, 膀胱への直接浸潤による結腸膀胱瘻を合併したS状結腸二重癌と診断し, 手術を実施した. 手術所見では口側の腫瘍が膀胱頂部に浸潤癒合しており, 術後放射線治療を考慮したHartmann手術とし, その浸潤部は膀胱部分切除とした. 術後の病理組織診断では, 口側・肛門側ともに進達度SSの2型の中分化型腺癌であった. なお, 結腸膀胱瘻を伴っていたのは口側腫瘍ではあるが, 腫瘍の直接浸潤ではなく, 瘻孔と膿瘍形成を伴う繊維性の癒着であり, 癌細胞自体の膀胱壁浸潤は認めなかった. 【まとめ】結腸膀胱瘻を伴ったS状結腸二重癌の1例を経験したので, 文献的考察を加え報告する.

## P1-024 S状結腸癌術後肝転移と診断し切除するも多結節融合型肝細胞癌と診断された1例

日本医科大学千葉北総病院外科<sup>1)</sup>, 日本医科大学千葉北総病院病理<sup>2)</sup>, 日本医科大学千葉北総病院放射線科<sup>3)</sup>, 日本医科大学第一外科<sup>4)</sup>, 川満健太郎<sup>1)</sup>, 田中宣威<sup>2)</sup>, 横井公良<sup>1)</sup>, 真々田裕宏<sup>1)</sup>, 瀬谷知子<sup>1)</sup>, 堀場光二<sup>1)</sup>, 鶴田宏之<sup>1)</sup>, 白川 毅<sup>1)</sup>, 高橋由至<sup>1)</sup>, 工藤秀徳<sup>1)</sup>, 進士誠一<sup>1)</sup>, 勝田美和子<sup>1)</sup>, 清水哲也<sup>1)</sup>, 勝野 暁<sup>1)</sup>, 高橋 健<sup>1)</sup>, 川東 豊<sup>1)</sup>, 大秋美治<sup>2)</sup>, 古川一博<sup>3)</sup>, 岡田 進<sup>3)</sup>, 内田英二<sup>4)</sup>

大腸癌が術後5年以降に肝再発する割合は0.10%と稀である. 今回我々はS状結腸癌術後7年目に画像上肝転移と診断し切除するも, 術後の病理診断で多結節融合型肝細胞癌と診断された1例を経験したので報告する. 症例:81歳, 男性. 主訴:なし. 既往歴:心肥大, 高血圧, 高脂血症, 睡眠時無呼吸症候群, 胆石症. 家族歴:心配大, 高血圧. 現病歴:H14年にS状結腸切除術施行. S, 2型, 28×40mm, pSS, ly2, v2, pN1 (1/10), pPM0 (90mm), pDM0 (60mm), stageIIaにて5FUによる術後化学療法施行. フォローアップ中術後7年目CEAが5.1と軽度上昇したため, 腹部CT施行するも明らかな異常を認めず, 4ヶ月後の再検でCEAが7.0となったため, CT再施行したところS8/4に肝腫瘍の出現を認め, 手術目的で入院となる. 腹部造影CTではS8/4に長径40mmの腫瘍内部が不均一に造影され, 辺縁部にも造影効果をもつring enhancement様の占拠性病変を認めた. 腹部EOB造影MRIの動脈相でも辺縁と内部に不均一な造影効果を認め, 肝細胞造影相では肝実質よりも低信号を呈した. また腫瘍内部の一部in phaseよりもout of phaseにおいて信号が抑制される箇所が存在した. S状結腸癌術後CEAの上昇とともに肝腫瘍が出現したこと, HBs Ag, HCV Abは陰性であり肝硬変等を伴っていないこと, 画像上の特徴からS状結腸癌の肝転移と診断, 肝切除術施行するも, 術後病理でhepatocellular carcinoma, multi-nodular confluent typeと診断された. 当腫瘍が病理学的にもtrabecular, granular, fascicular patternと多彩な像を示したことが, 診断を難しくさせた一因であった. 大腸癌術後異時性重複癌の発生時期は術後平均5.3年と長く, 術後5年以降に出現した肝腫瘍は肝細胞癌も念頭に置いて診断する必要があると考えられた.