

症例報告

手術術式選択に苦慮した，進行直腸癌に合併した
後腹膜脂肪肉腫の 1 例

伊澤 祥光 堀江 久永 岡田 真樹
瑞木 亨 安田 是和 永井 秀雄

今回我々は手術術式選択に苦慮した，進行直腸癌に合併した後腹膜脂肪肉腫症例を経験した。症例は64歳，男性。進行直腸癌と診断され当科入院となり，腹部造影CT，MRI検査で左後腹膜に長径20cmの脂肪肉腫の合併が認められた。後腹膜脂肪肉腫は局所再発率が高いため，周囲臓器を含めた完全切除が必要であるが，他臓器癌との合併では，癌の予後と脂肪肉腫の予後とを考慮した手術術式の選択が必要である。本症例では，予後規定因子は進行直腸癌と考え，後腹膜腫瘍は切除しない方針で手術に臨んだ。しかし，術中，後腹膜腫瘍の存在が低位前方切除術の障害と判断され，切除を余儀なくされた。後腹膜腫瘍の境界は明瞭であった。精巣動静脈のみ腫瘍に癒着していたため合併切除した。病理診断は高分化型脂肪肉腫であった。直腸癌は2型の高分化型腺癌でstage III aであった。術後1年6ヶ月の現在，両腫瘍の再発は認めていない。
(キーワード：後腹膜脂肪肉腫，進行癌，直腸癌)

I 緒言

後腹膜脂肪肉腫は局所再発率が高く¹⁻⁴⁾，初回手術での完全切除が長期予後に大きく影響するので，手術は周囲臓器を含めた完全切除が必要とされている。他臓器癌との合併では，癌自体の予後と脂肪肉腫自体の予後とを考慮した手術術式の選択が必要であるが，後腹膜脂肪肉腫自体が比較的稀な疾患であるため，他臓器癌との合併症例の報告は少なく，とくに進行癌に合併した場合どの程度の手術が適切であるか一定の見解がない。今回われわれは手術術式の選択に苦慮した，進行直腸癌に合併した後腹膜脂肪肉腫の1例を経験したので報告する。

II 症例

患者：64歳男性。

主訴：下血・体重減少。

既往歴・家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：2003年3月頃から下血出現。3ヶ月で7kgの体重減少を認めたため7月1日当院消化器内科を受診した。大腸内視鏡検査で直腸癌

と診断され，精査・加療目的に7月9日当科入院となった。

入院時現症：腹部は平坦で腫瘍は触知されなかった。その他特記すべき所見はなかった。

入院時血液検査所見：RBC437万/mm³，Hb12.6g/dl，Ht38.5%。その他の末梢血・生化学検査では，明らかな異常は認められなかった。腫瘍マーカーは，CEA6.4ng/ml，CA19-96U/mlであった。

腹部単純X線写真：下行結腸およびS状結腸が内側に圧排されていた(図1)。

注腸造影：Rs領域に全周性の狭窄像が認められた(図2)。

大腸内視鏡検査：肛門縁から15cmの部位に全周性の腫瘍が認められた。生検では高分化型腺癌であった。

腹部造影CT：一部に索状影を有する造影効果の乏しい皮下脂肪と同じlow densityの腫瘍を左後腹膜に認めた(図3)。他臓器浸潤は認められなかったが，横行結腸，下行結腸，S状結腸を圧排し臍尾部，脾臓，左腎に接していた。ま

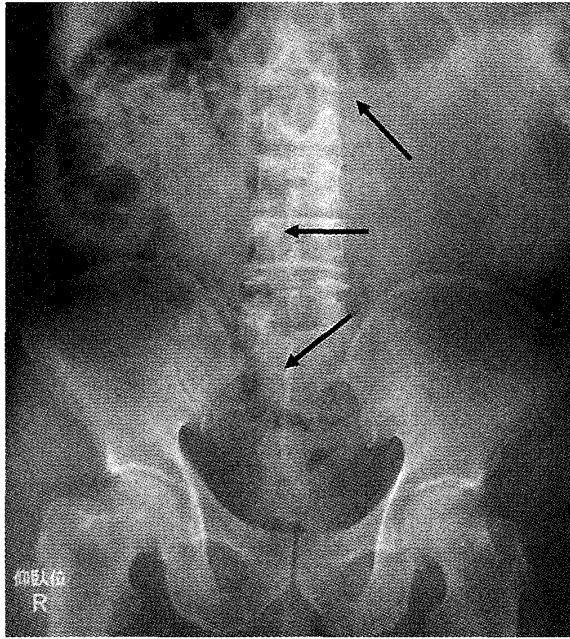


図1 腹部単純X線写真：下行結腸およびS状結腸が内側に圧排されていた。

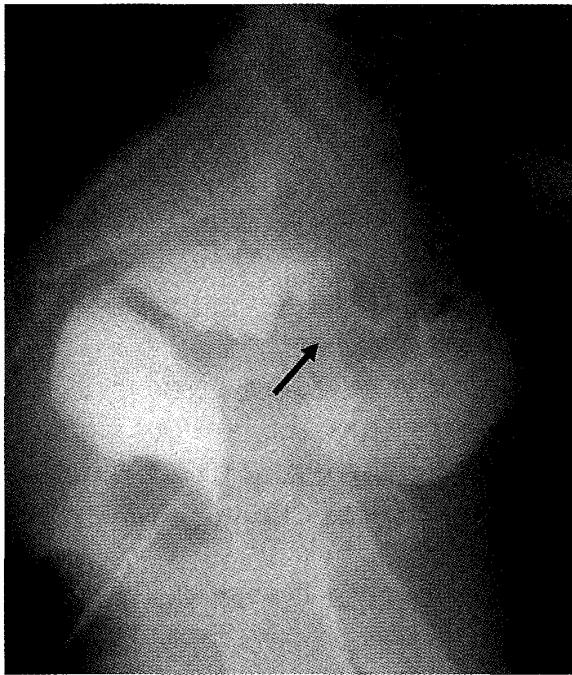


図2 注腸造影：Rs領域に全周性の狭窄像が認められた。

た直腸壁の全周性肥厚と壁在リンパ節の腫脹を認めた。腹水や肝転移は認められなかった。

胸部CT：肺転移は認められなかった。

腹部MRI：通常の皮下脂肪と同様に、T1で low signal intensity, T2で high signal intensity の腫瘤を左後腹膜に認めた(図4)。他臓器浸潤像は認めなかった。CT, MRIともに内部が

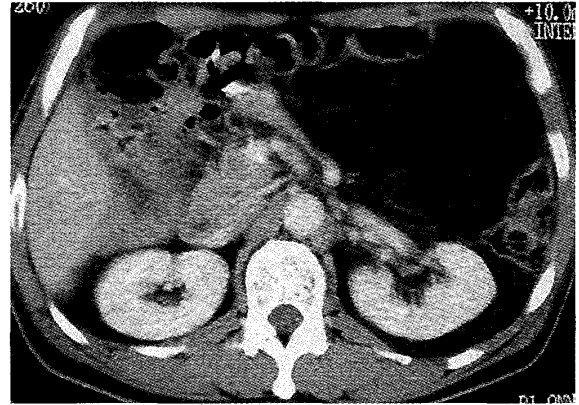


図3 腹部造影CT：一部に索状影を有する造影効果の乏しい皮下脂肪と同じ low density の腫瘤を左後腹膜に認めた。

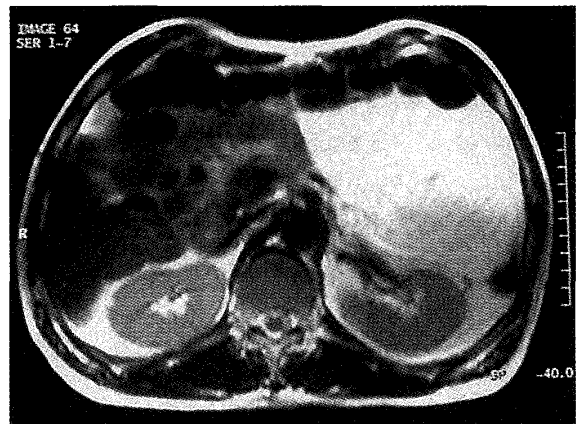


図4 腹部MRI：通常の皮下脂肪と同様に、T2で high signal intensity に描出される腫瘤を左後腹膜に認めた。

ほぼ均一で皮下脂肪濃度と同じ濃度で描出されていたことから、高分化型の後腹膜脂肪肉腫と診断された。

IVP：腎盂・腎杯・尿管には、拡張や圧排などの異常は認められなかった。

以上の所見より進行直腸癌に、高分化型後腹膜脂肪肉腫が合併した症例と診断された。術式として以下の3つの術式が考慮された。①低位前方切除術(LAR)+後腹膜腫瘍・隣接臓器(下行結腸・横行結腸左側・左腎臓・脾臓・腓尾部)合併切除, ②LAR+後腹膜腫瘍切除(隣接臓器合併切除なし), ③LAR+後腹膜腫瘍生検。高分化型の脂肪肉腫は他のタイプの脂肪肉腫に比べ予後が良いとされているが、局所再発率が高いため良好な予後を得るためには初回手術での周囲臓器を含めた完全切除が必要とされている。本症例の予後は、脂肪肉腫より生存率の低

い進行直腸癌に規定されると考えられた。従って、上記①の術式では脂肪肉腫切除による生存率の改善が見込めないだけでなく、QOLを損なう過大手術となると判断した。また、脂肪肉腫は巨大で多くの周囲臓器と接しており、それらが脂肪肉腫からの浸潤を受けている可能性も考えられ、②の後腹膜腫瘍切除も困難と考えられた。このため、脂肪肉腫の切除は施行せず確定診断のための生検のみにとどめる③の方針で手術に臨んだ。

手術所見：開腹すると下行結腸は正中近くまで偏位しており、その外側には、視触診上脂肪と同じ性状の腫瘤が認められた。同部は、吻合後に口側腸管の通過する部位と考えられ、後腹膜腫瘍を切除しない場合、広範囲に結腸を授動し腫瘍を迂回して吻合する必要がある。術前には腫瘍切除は予定していなかったが、下行結腸を授動し緊張のかからない吻合を行うためには後腹膜腫瘍の存在が障害となると判断された。そこで後腹膜腫瘍を切除する方針となった。同腫瘍の外側で周囲臓器から剝離してゆくと、他臓器浸潤を認めず境界は明瞭であった。精巣動静脈のみが癒着していたため合併切除した。後腹膜腫瘍切除後、直腸癌に対し低位前方切除術を施行した。直腸癌は膀胱の漿膜に直接浸潤していたため膀胱壁を一部合併切除した。壁在リンパ節の腫大を認めた。腹水、腹膜播種、肝転移は認められなかった。以上の術中所見から Si, N1, P0, H0=Stage III a⁸⁾と診断された。直腸癌に対するリンパ節郭は D3節郭を行った。

病理所見：脂肪肉腫は、切除標本では24×16×16cm大の辺縁が平滑な腫瘤であった。組織学的には細血管の増生があり、核の腫大した腫瘍細胞が認められた。粘液型様な部分は無く脱分化した部分も認められなかった。高分化型脂肪肉腫と診断された(図5)。直腸癌は、2型の高分化型腺癌で、壁深達度は si, 第1群リンパ節に転移を認め(n1), stage III a⁸⁾, Dukes Cであった(図6)。

術後経過：術後経過良好で術後14日目に退院となった。外来にてレボホリナート注とフルオロウラシル注を用いた進行直腸癌に対する術後の補助化学療法を3クール施行した。術後1年6ヶ月経過した時点では直腸癌・脂肪肉腫とも



図5 後腹膜脂肪肉腫の摘出標本(上)と病理組織像(下)。(HE染色×400)

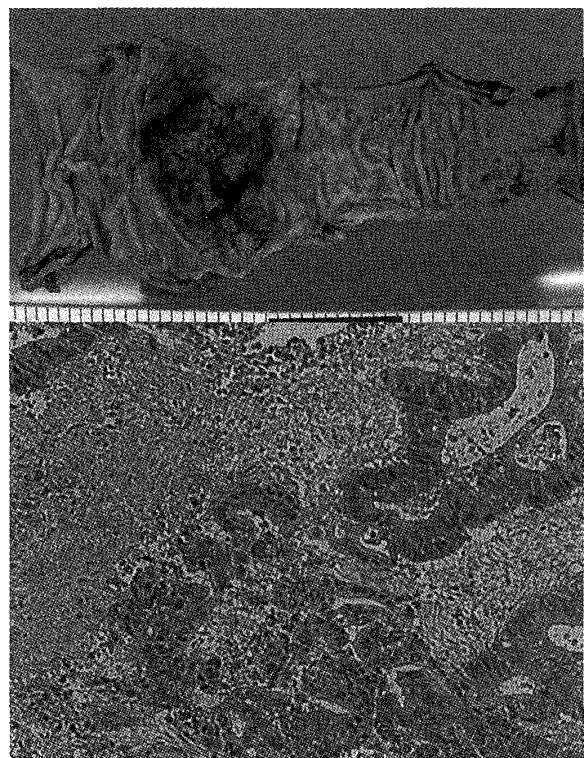


図6 直腸癌の摘出標本(上)と病理組織像(下)。(HE染色×200)

に再発は認められていない。

III 考察

脂肪肉腫は，組織学的には高分化型 (well differentiated type)，脱分化型 (dedifferentiated type)，粘液型 (myxoid type)，円形細胞型 (round cell type)，多形型 (pleomorphic type) に分類される⁵⁾。高分化型の子後は，5年生存率90%，3年無局所再発率69%，3年無遠隔転移率99%と，他と比べて予後良好であるが (表1)⁵⁾，再発を繰り返すたびに脱分化型に変化していくため⁵⁾⁶⁾，初回手術での完全切除が長期予後に大きく影響する。よって，手術は周囲臓器を含めた完全切除が必要とされている⁵⁾が，他臓器癌との合併では，癌自体の予後と脂肪肉腫自体の予後とを考慮した手術術式の選択が必要である。しかし後腹膜脂肪肉腫自体が比較的稀な疾患であるため，他臓器癌との合併症例の報告は少なく⁷⁾，とくに進行癌に合併した場合どの程度の手術が適切であるか一定の見解がない。

本症例の予後評価として，進行直腸癌に対しては治癒切除が施行された場合，当科の治療成績から Dukes C の5年生存率は60%程度と推測された。後腹膜脂肪肉腫に関しては文献的考察から，周囲臓器 (下行結腸・横行結腸左側・左腎臓・脾臓・腓尾部) の合併切除を伴う完全切除によって5年生存率は90%と推測された。よって本症例の予後規定因子は進行直腸癌であり，周囲臓器 (下行結腸・横行結腸左側・左腎臓・脾臓・腓尾部) の合併切除を伴う後腹膜腫瘍の完全切除は過大手術であると判断された。また，巨大な後腹膜脂肪肉腫は他臓器への浸潤頻度は高く¹⁴⁾，自験例も周囲臓器に浸潤している可能性は高いため，脂肪肉腫のみの完全切除も困難と考えられた。このため後腹膜腫瘍の切除は施行せず確定診断のための生検のみにとどめる方針となった。

表1 後腹膜脂肪肉腫の生命予後

Type	5年生存率(%)
well differentiated	90
dedifferentiated	75
myxoid	90
round cell	60
pleomorphic	30~50

当初，患者と家族は直腸癌と脂肪肉腫の両方の切除を希望したが，後腹膜脂肪肉腫の予後に関する文献的データと，進行直腸癌に関する当科の治療成績を示して上記治療方針について説明し同意を得た。術中所見より後腹膜脂肪肉腫が吻合の障害と考えられたため，他臓器合併切除を伴わない腫瘍切除を行った。結果的には患者および家族が当初希望した術式になった。脂肪肉腫が吻合の妨げにならなかった場合における脂肪肉腫を遺残させる生検だけの術式，あるいは周囲臓器を合併切除せずに肉腫切除を行った本例のような術式が妥当であるか否かは，本例の経過 (直腸癌および脂肪肉腫の再発の有無) からあらためて判断すべきように思われる。本症例に対しては6ヶ月毎のCT検査を施行し慎重な経過観察を施行していく予定である。

進行癌に合併した後腹膜脂肪肉腫の手術術式の選択に関しては長期経過を含めた症例の蓄積により，指針が得られてくるとおもわれる。

IV 結語

われわれは，手術術式の選択に苦慮した，進行直腸癌に合併した後腹膜脂肪肉腫の1例を経験した。本例のように他臓器を合併切除しない脂肪肉腫切除が妥当であったかどうかは，長期経過をみないと判断できない。今後も慎重な経過観察を施行していく予定である。

本論文の要旨は第103回栃木県臨床外科集談会 (日本臨床外科学会栃木県支部) において発表した。

V 文献：

- 1) 田村昌也，芝原一繁，舟木芳則：14年間に6回の摘出術を施行した後腹膜脂肪肉腫の1例。外科64：1342-1346，2002
- 2) 郷右近祐司，神保雅幸，関根義人 他：11回の切除を行った後腹膜脂肪肉腫の1例。臨床外科54：793-796，1999
- 3) 山口敏之，安藤豪隆，秋田真吾 他：巨大後腹膜脂肪肉腫の1例。日臨外会誌64：210-214，2003
- 4) 岡崎誠，山村順，寺戸通久 他：巨大後腹膜脂肪肉腫の1切除例。外科治療87：222-225，2002

- 5) Singer S, Antonescu CR, Riedel E, et al :
Histologic Subtype and Margin of Resection
Predict Pattern of Recurrence and Survival
for Retroperitoneal Liposarcoma. *Ann Surg*
238 : 358-371, 2003
- 6) 尾形章, 大野一英, 升田吉雄 他 : 後腹膜脱分
化型脂肪肉腫の 1 例. *日臨外会誌*63 :
1813-1817, 2002
- 7) Kuhara H, Wakabayashi T, Kishimoto H, et
al : Retroperitoneal liposarcoma coexistent
with cervical cancer, a case report. *Nagoya
Med. J.* 30 : 71-82, 1985
- 8) 大腸癌取扱い規約 第 6 版, 金原出版, 東京

A CASE OF RETROPERITONEAL LIPOSARCOMA WITH ADVANCED RECTAL CANCER

Yoshimitsu IZAWA, Hisanaga HORIE, Masaki OKADA,
Tohru ZUIKI, Hideo NAGAI

Abstract

We experienced a case of retroperitoneal liposarcoma with an advanced rectal cancer. A 64-year-old male was admitted to our hospital diagnosed with an advanced rectal cancer. Abdominal enhanced CT was performed for screening of metastasis, and a 20cm low density tumor in the left retroperitoneal space was detected. The tumor was diagnosed to be retroperitoneal liposarcoma by the CT and MRI, because the density and intensity of the tumor was the same as fat. The treatment of retroperitoneal liposarcoma requires complete resection with adjacent organs, because of its high local recurrence rate. But, it was not clear that wide resection of the retroperitoneal tumor with adjacent organs was suitable for the case with advanced rectal cancer. Therefore, we planned curative surgery (low anterior resection) for the advanced rectal cancer but no resection of the retroperitoneal tumor, because the advanced rectal cancer would mostly influence the prognosis of this case. However, we were forced to excise the retroperitoneal tumor, disturbing the low anterior resection. The retroperitoneal tumor was well circumscribed, and the left seminal vessels adhered to the tumor. The left seminal vessels were excised with the tumor without the resection of any other adjacent organs. The pathological diagnosis of the retroperitoneal tumor was well differentiated liposarcoma. The rectal cancer was type 2 and well differentiated adenocarcinoma, and its clinical stage was III a. There has been no recurrence of liposarcoma and rectal cancer 18 months after the surgical operation.