

大腸の単純性非特異性潰瘍の1例

榛原総合病院外科

中村 孝哉 松村寿太郎 酒井 忠賢
邑山 洋一 大木 静夫

A CASE REPORT OF NONSPECIFIC ULCER OF THE COLON

Takaya NAKAMURA, Jutaro MATSUMURA, Tadatoshi SAKAI,

Yoichi MURAYAMA and Shizuo OKI

Dept. of Surgery, Haibara General Hospital

緒言

原因不明の、いわゆる大腸の単純性非特異性潰瘍は、従来まれと考えられていたが最近注目されつつあり、本邦においても報告例が散見されるようになった。われわれは直腸に発生し手術によつて治癒せしめ得た単純性非特異性潰瘍の1例を経験したので報告する。

症例

患者：杉○幸○，70才，男性。

主訴：便秘。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：約3年前から胃潰瘍の診断をうけ薬物治療を続けている。

現病歴

昭和48年5月初旬より便秘に傾き、便秘頻数となるが排便量は少なく、残便感が強く、便柱は細小である。同年5月下旬当科外来受診。結腸ファイバースコープにより、肛門輪より約12~13cmの後壁に不整形の潰瘍性病変を認めた。その辺縁は浮腫著しく、軽度の発赤が認められた。逆行性大腸X線検査では同部に一致して長さ約6~7cmに亘る壁の狭窄と硬化像が認められた(図1)が明らかな潰瘍の像は認められない。

全身の所見

全身状態はとくに異常を認めず、腹部は平坦、軟で腫脹及び圧痛などはない。肝、腎、脾は触知しない。体表リンパ節の腫大は認められない。潰瘍周辺部の生検を行い、その病理組織学的所見は図2、3の如く、リンパ濾胞を有する粘膜固有層に浮腫状線維化、リンパ球、形質細胞、多核白血球の浸潤が認められ、さらに粘膜筋板周辺の毛細血管の増生、硝子血栓形成が認められる。

一般血液検査所見(表1)

軽度の貧血がみられ、また糞便潜血反応は陽性。尿、

肝機能、腎機能および血清電解質は正常、ワ氏反応は陰性。その他胸部X線および心電図などにも異常所見はみられない。

臨床経過

外来で約1カ月間消化剤、緩下剤、ビタミン剤などを投与し経過観察するも症状の改善がみられず、同年7月1日入院。入院後、デカドロン(8mg×14日間)、サラゾピリン(3g×7日間)の投与を行い、再度ファイバースコープおよびX線検査を施行するも病変部所見

図1 バリウム注腸X線像(腹臥位)



図2 潰瘍周辺部の生検像 ×25 HE染色

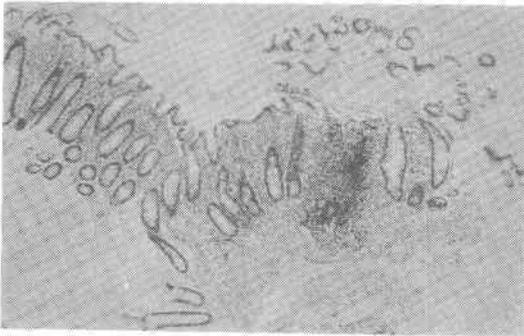


図3 図2の拡大像 ×100 HE染色

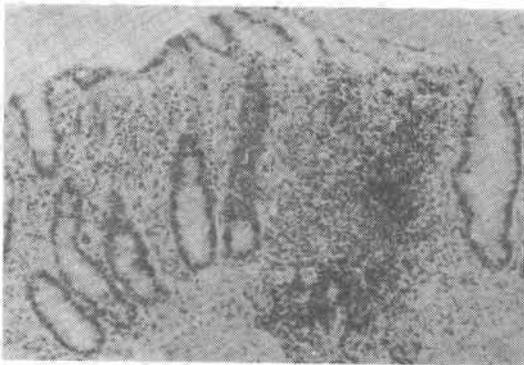
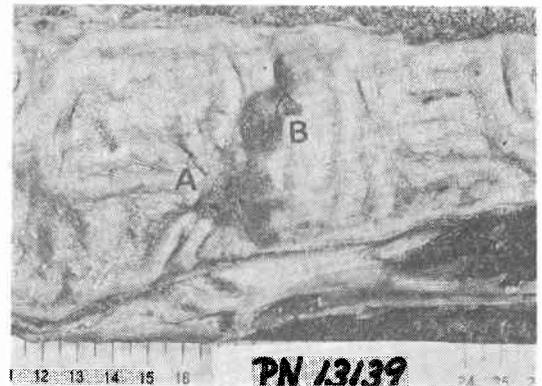


表1 臨床検査所見

I) 血液検査所見			
赤血球数	385×10 ⁴	血色素量	11.5 g/dl
白血球数	4,700	ヘマトクリット値	34.5%
好中球	{桿状核 2% 分葉核 34%}	血沈値	
好酸球	0%	1時間値	9mm
好塩基球	0%	2時間値	17mm
単球	4%	ワ氏反応	(-)
リンパ球	60%		
II) 血清検査所見			
黄疸指数	4.8	K	3.4 mEq/L
ZTT	7.5単位	Cl	108 mEq/L
T TT	0.5単位	血清総蛋白量	6.6 g/dl
GOT	21	A/G	1.4
GPT	11	蛋白分画	
LDH	87単位	Al	58%
尿素窒素	21.3mg/dl	α ₁ -G	4
総コレステロール	165mg/dl	α ₂ -G	11
Na	139 mEq/L	β-G	9
		γ-G	18
III) 尿所見			
蛋白	(-)	糖	(-)
		ウロビリノーゲン	(±)
IV) 糞所見			
潜血反応	(++)	寄生虫卵	(-)

図4 切除標本, 潰瘍Aは2.5×2.0cm, 潰瘍Bは3.0×1.0cm. その他帽針頭大の小潰瘍が数個みられる.



の改善はみられず, また臨床症状も持続するので同年7月24日手術を施行する.

手術所見

全麻下にて下腹部正中切開で開腹する. 腹水なく, 肝にも特異所見なし. 下腸間膜リンパ節は軽度であるが腫張していた. 予想せる如く病変部は腹膜反転部より約1横指口側を上縁とし肛門側へ腸壁肥厚著しく弾性硬であった. 直腸切断術を施行する. 術後経過は良好であった.

摘出標本肉眼所見 (図4) :

病変部は肛門輪から約12~13cm口側を中心として約8~9cmの領域に著しい壁の肥厚が見られ, 腸管前壁で開いた粘膜は, 後壁に大きさ2.5×2.0cm, および3.0×1.0cmの不整形性の浅い潰瘍が2個存在し, これらの潰瘍の他に帽針頭大の小潰瘍が数個その周囲に散在していた. またその周辺粘膜は浮腫が高度である.

病理組織学的所見

大型の潰瘍部分では粘膜が完全に欠損し (図5), 粘膜筋板の断裂を認め, 潰瘍辺縁は穿壙状で潰瘍底の表面は白血球, 線維素からなる壊死層で被われ (図6), その下

層は所々に出血を伴う軽度の肉芽組織, さらには深部は強い線維化がみられる. 潰瘍底の動脈内膜の強い肥厚, 硝子化, 小血栓形成が認められ (図7), これらは潰瘍周囲の粘膜固有層の下部, 粘膜筋板周辺の粘膜下の小動脈に顕著である. 筋層では内輪筋層に線維化が軽度に波及し, また特異的な変化は認められない. 周囲の小潰瘍は炎症性変化が強く, 噴出状の炎症性壊死塊が存在しているが (図8), 潰瘍底の変化は前述の潰瘍と同様である.

図5 潰瘍(A)の組織像×25HE染色

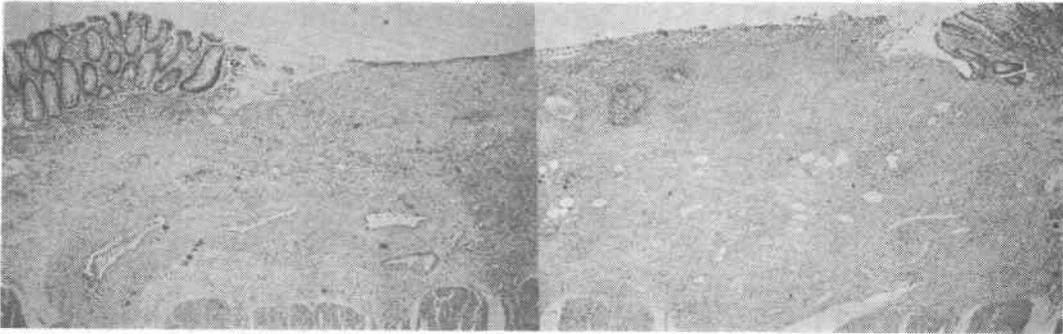


図6 図5一部の拡大像 潰瘍底の表面は壊死層で蔽われ、その下層は所々に出血を伴う。肉芽組織、その深部は強い線維化がみられる。

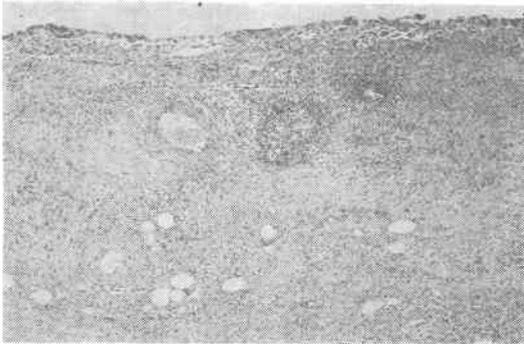


図8 潰瘍部の炎症性壊死塊をつけた潰瘍表面(小潰瘍の部) ×25 HE

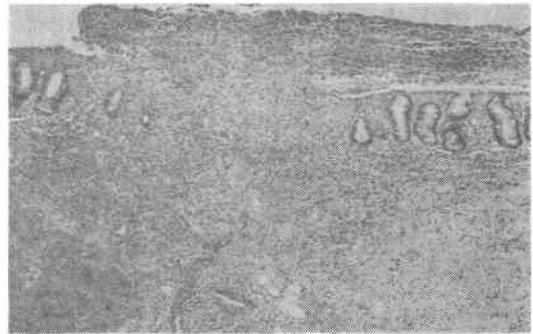
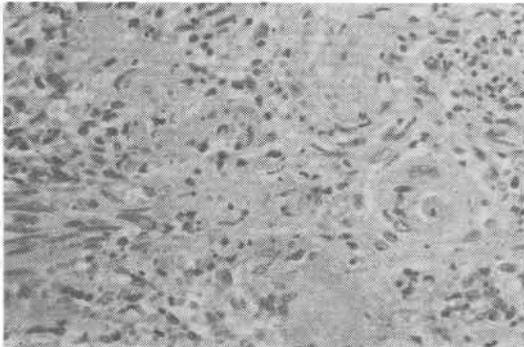


図7 粘膜筋板周囲の血管の変化 ×200 HE 動脈内膜の肥厚、硝子化および小血栓形成がみられる。



考 案

大腸の単純性非特異性潰瘍は1829年 Cruveilhier¹⁾ によつて始めて記載されて以来、その後欧米では約 100例前後の報告がみられるが、本邦では1936年亀井²⁾の報告以来20数例の記載をみるにすぎず⁴⁾⁵⁾⁶⁾、稀な疾患とされている。Marks⁷⁾、Butsch⁸⁾らの報告をみると、本症は30才台から50才台の男性に多くみられ、部位的にはSmithwickらは82例の集計で盲腸54%、上行結腸20%、横行結腸9%、下行及びS状結腸17%で盲腸に好発すると述べておりわれわれの症例の如く直腸に発生する頻度¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾は極めて少ない様に思われる。症状は発生部位によつてさまざまであり腹痛、下血、下痢および便秘などであり、約半数は穿孔、大量下血などの症状が急激にあらわれ、残りの半数は潜行性に徐々に発病すると云われている。われわれの症例では、狭窄による通過障害が主症状であつた。本症の成因については、いまだ定説はなく、種々の推測がなされている。血管障害説例えば閉塞性動脈内膜炎、動脈硬化症およびアテローム変性などによる種々

の血管閉塞あるいは狭窄機転によるもの¹³⁾、さらには、異物、魚骨等により腸管粘膜の損傷により炎症を、次いで潰瘍を形成するとするもの、ステロイド、降圧剤あるいはアスピリンなどの潰瘍誘発性薬剤によるもの¹⁴⁾¹⁵⁾、憩室より炎症が生じ次いで潰瘍を形成するというもの¹⁶⁾などがあげられているが、しかしながらこれらをもつてすべての症例の原因を説明することはできない。病理組織学的所見では、いわゆる単純性非特異性潰瘍であり、通常単発であるが、2個以上のこともまれではなく、大きさや深さもさまざまであるとされている。潰瘍底は好中球、リンパ球、線維芽細胞などの炎症性細胞浸潤がみられ、またその周囲の粘膜層、粘膜下層とくに粘膜筋板周辺には小動脈の小血栓形成、内膜肥厚、硝子化または類線維化などの変化とその血管周囲の結節様肉芽形成などがみられるが、これらの変化は慢性潰瘍性大腸炎ほど病変は多彩でなく、また炎症性細胞浸潤も高度ではない。さらに、ポリープ状増生を来す様なこともみられない。以上の所見からその他の非特異性炎症性疾患をも特徴づける所見はみられない。われわれの症例では、潰瘍底の血管病変が健康部粘膜のそれに比してより強度であり、また粘膜の浮腫状線維化をきたした部の粘膜下には、動脈の硝子化、内膜の肥厚による動脈の狭窄像、とくに小動脈の類線維化、硝子化、周囲の肉芽状結節などの血管性変化より結節性動脈周囲炎や壊死性血管炎がみられる事などを考慮すると、これらの変化は血管病変が誘因かあるいは二次的なものか組織像のみでは断定できず、同様の症例を重ねて検討する必要があるものと思われる。診断は切除した病変部の組織学的検索によつてなされる事が多く、ほとんど結核、癌などの診断で開腹されている。また潰瘍性大腸炎、Crohn病などの鑑別も考慮に入れる必要がある。治療については、抗生物質、潰瘍治療剤あるいはステロイドなどの経口、注腸投与をしたと云う報告もあるがほとんど無効で再発をみている。

確認診断が困難な点、さらには再発しやすいと云うことから一般には切除術がなされている。穿孔、大量出血、強度な狭窄などの合併は多くはないが、かかる場合は当然手術の適応となる。

結 語

われわれは70才男子の比較的稀な大腸の単純性非特異性潰瘍の1症例を経験したので報告し、併せていささかの文献的考察を試みた。

本症例は、第91回静岡外科医会集談会において発表した。

本稿を終るにあたり、ご指導、ご校閲を賜った恩師東京医科歯科大学第2外科学教室浜口栄祐教授ならびに木村信良助教授に深謝し、併せて組織学的所見につきご教示いただいた同病理学教室三友善夫助教授に感謝する。

文 献

- 1) Cruveilhier, J.: Ulcère chronique du rectum. In Anatomie Pathologique du Corps Humain. Vol. 2, Livr. XXV, maladies du rectum, p. 4; J. B. Bailliére, Paris.
- 2) 亀井照見: 盲腸部円形潰瘍の1例, 治療および処方, 17: 1923, 1936.
- 3) 源明日出夫ほか: 非特異性大腸潰瘍の1例, 外科, 15: 135, 1953.
- 4) 木元正二ほか: 非特異性炎症に依る結腸穿孔例, 日外会誌, 62: 649, 1961.
- 5) 村上博暁ほか: 大腸の単純性非特異性潰瘍の2治験例, 外科診療, 14: 97—101, 1972.
- 6) 中田嘉則他: 大腸の単純性非特異性潰瘍の1例, 外科, 35: 911—913, 1973.
- 7) Marks, H.I. and Ballinger, W.F.: Nonspecific ulcer of the colon, Report of a case and review of 51 cases from the literature, Amer. J. Gastroenterol., 41: 266—291, 1964.
- 8) Butsch, J.L. et al.: "Solitary" nonspecific ulcers of the colon. Arch. Surg., 98: 171—174, 1969.
- 9) Smithwick, W. et al.: Nonspecific ulcer of the colon. Arch. Surg., 97: 133—138, 1968.
- 10) Haskell, B. et al.: Solitary ulcer of the rectum. Dis. Colon Rectum, 8: 333—336, 1965.
- 11) Madigan, M.R. et al.: Solitary ulcer of the rectum. Gut, 10: 871—881, 1969.
- 12) 高野正博ほか: 孤立性直腸潰瘍の典型的な1例, 胃と腸, 8: 77—80, 1973.
- 13) 石川浩一ほか: 腸の血管障害について, 外科, 29: 1098—1108, 1967.
- 14) Baker, D. et al.: Small-Bowel ulceration, Apparently associated with Thiazide and Potassium therapy. J. Amer. Med. Assoc., 190: 586—590, 1964.
- 15) Boley, S.J. et al.: Experimental evaluation of Thiazides and Potassium as a case of small-bowel ulcer. J. Amer. Med. Assoc., 192: 763—768, 1965.
- 16) Lipton, S. et al.: Simple ulcer of cecum. Ann. Surg., 34: 279—282, 1951.