日消外会誌　12（7）：466～470，1979年

症　例

Obstructive colitisの3症例

岩手医科大学第1内科
及川　司　　簑福　哲彦　　斉藤　和好
野田　芳信　　飯島　仁　　柿坂　光彦
菅野　千治　　遠藤　憲幸　　江村　耀章
城戸　泰洋　　三浦　裕一　　小野　隆男
加藤　典博　　佐々木盛光　　瀬田　孝一
岩手県立釜石病院外科
藤沢　義久

OBSTRUCTIYE COLITIS : REPORT OF 3 CASES

Tsukasa OIKAWA, Tetsuhiko HATAFUKU, Kazuyoshi SAITO, Yoshinobu NODA, Hitoshi IIJIMA, Mitsuhiko KAKISAKA, Senjl KANNO, Noriyuki ENDO, Yosho EMURA, Yasuhiro KIDO, Yuichi MIURA, Takao ONO, Norihiro KATO, Morimitsu SASAKI, and Koichi SETA
First Department of Surgery, Iwate Medical University School of Medicine
Yoshihisa FUJISAWA
Department of Surgery, Iwate Prefectural Kamaishi Hospital

索引用語：obstructive colitis，大腸癌

大腸癌などによる閉塞性病変の存在する大腸口側に，時として非特異性潰瘍性病変の合併することがあり，obstructive colitis と呼ばれている．最近，われわれは大腸癌に併発した本症の3例を経験したので報告する．

症　例

症例1：74歳，男性．

主訴：：便秘および下腹部痛．

現病歴：4ヶ月前より便秘であった．3週間前に突然下腹部痛を覚えて某医を受診，疼痛は改善されたが，精査の結果S状結腸癌の診断で当科を紹介された．4ヶ月で5kg の体重減少があったという．

入院時現症：体格中等度，平熱，結膜に貧血，黄疸なく，胸部理学的所見に異常なし．腹部は平坦で，肝，脾，腫瘤は触知しない．

一般検査成績：**表1**に示すように著変ない．

X線所見：注腸造影でS状結腸に apple core を呈する陰影欠損があり，さらに，同部より約5cm口側に長さ約10cm に亘る辺縁鋸歯状の腸管狭窄像を認めた（**図1a**）．これらの所見より，S状結腸癌および非特異性大腸炎と診断して手術を施行した．

手術所見：腹膜反転部より口側15cm のS状結腸にほぼ全周性の癌腫が存在し，同時に，その5cm 口側より長さ10数 cm におよぶ腸管壁の肥厚と狭小化を認めた．この狭小部も含め上行結腸，S状結腸切除術を施行した．

切除標本：S状結腸に4×4cm の潰瘍を形成した癌腫があり，この部位より 2cm 口側の粘膜はほぼ正常，これよりさらに口側に周囲粘膜と境界の明らかな全周性の潰瘍が11cm 長に亘って認められた．この部分の腸管壁は肥厚し，また，潰瘍底には汚灰緑色の苔の付着をみた（**図2-a**）．

組織学的所見：口側の狭小部は Ul-Ⅱの非特異性潰瘍で，残存粘膜には形質細胞，好中球などの細胞浸潤がビマン性に観察された．また，粘膜下には著明な浮腫，

表1　Obstructive colitis 3症例のまとめ

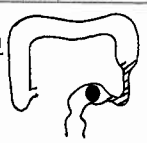
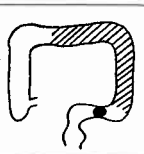
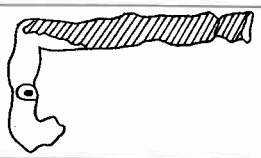
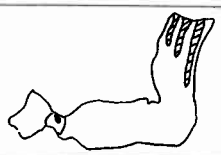
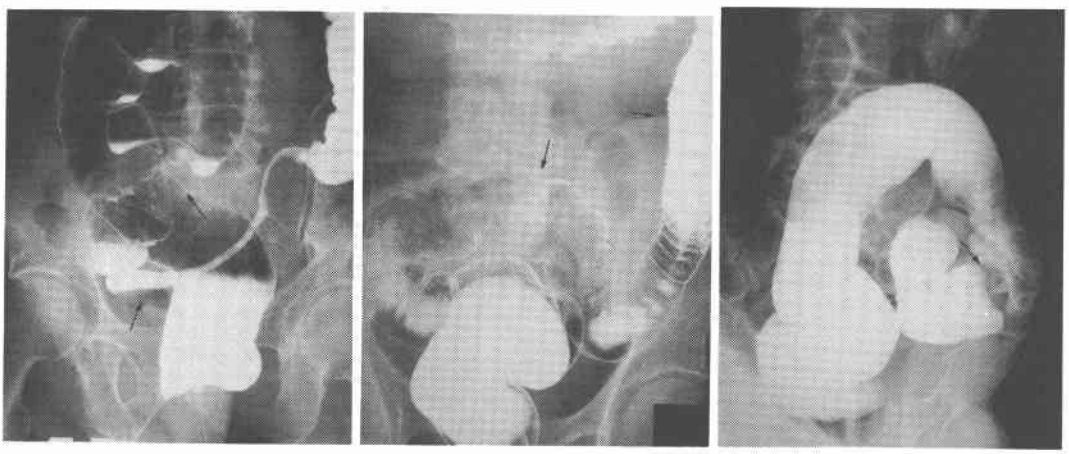
	年令・性別	検査成績	術中所見	摘出標本
1	74才 男性	血圧164/70 mmHg. 赤血球444万 白血球7,200. ヘモグロビン14.2g/dl ヘマトクリット41.2% 肝.腎機能 異常なし		
2	65才 男性	血圧160/90 mmHg. 赤血球564万. 白血球15400. ヘモグロビン14.7g/dl ヘマトクリット49% 肝機能 異常なし		
3	64才 男性	血圧130/80 mmHg. 赤血球395万 白血球21,400. ヘモグロビン11.5g/dl 肝機能 異常なし		

図1　3症例の注腸造影写真
肛門側の矢印は癌腫による陰影欠損を，また，口側のの矢印は潰瘍による変化を示す



a．症例1　　b．症例2　　c．症例3

出血が認められた（**図3-a**）．なお，癌腫の組織像は乳頭腺癌であった．

症例2：65歳，男性．

主訴：腹痛．

現病歴：一週間来の便秘があり，入院の前日下剤を服用したところ，テネスムスとともに激しい腹痛を覚え，来院した．入院後下血があり，精査の結果S状結腸癌の診断で外科転科となった．

入院時現症：体格中等度，体温37.6℃，皮膚の乾燥がみられる．結膜に貧血，黄疸なく，胸部理学的所見に異常なし．腹部はやや膨満し，臍を中心に圧痛と抵抗がある．

一般検査成績：**表1**に示すように，血液の濃縮，白血球増多が認められた．

X線所見：注腸造影でS状結腸に apple core 状の陰影欠損があり，また，その口側腸管にわずかではあるが壁の不整が認められた（**図1-b**）．しかし，陰影欠損に注目するあまり，S状結腸癌のみの診断で手術を施行した．

手術所見：　状結腸に漿膜まで浸潤する癌腫があり，

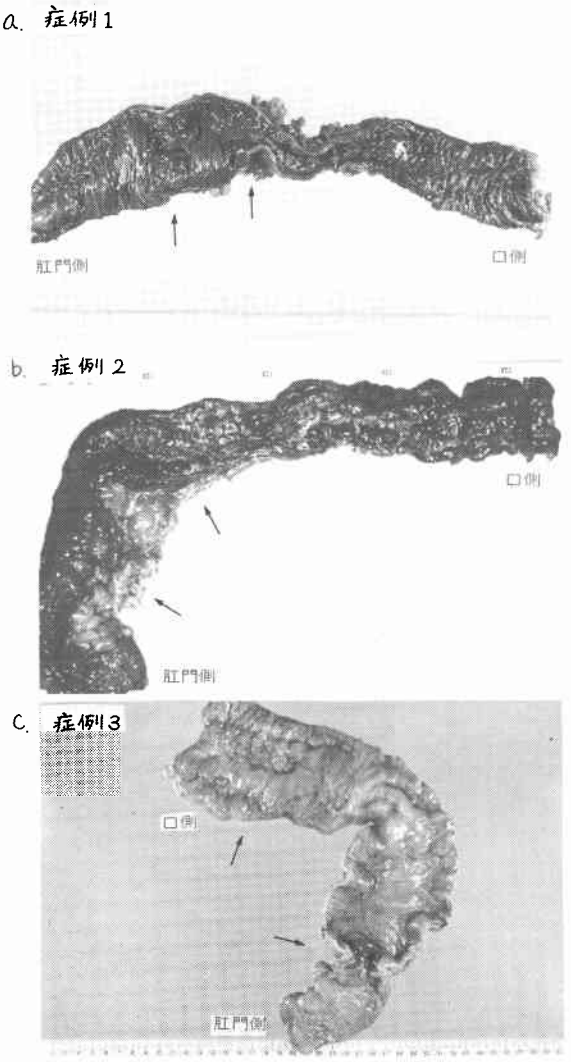


図2　3症例の摘出標本いずれにも肛門側に癌腫，およびその口側に非特異性潰瘍が認められる．

さらに，その10cm 口側から横行結腸中央部まで浮腫状で暗赤色を呈していた．結腸左半切除術を施行したが，その口側断端にはなお病変の残存があり，再切除のうえ吻合を行った．

摘出標本：S状結腸に2.5×2cm の潰瘍を伴った癌腫があり，その10cm 口側より内腔は壊死状で暗赤色を呈し，処々にビラン，潰瘍形成が認められた（**図2-b**）．

組織学的所見：U1-Ⅰ～Ⅱの潰瘍形成があり，周囲粘膜および粘膜下には強い浮腫と出血，また，好中球，好酸球などの浸潤を認める非特異性炎症所見が観察された（**図3-a**）．癌腫の組織像は腺管腺癌であった．

症例3：64歳，男性．

主訴：左下腹部痛．

現病歴：2年前より塵肺症で加療している．2ヶ月前より下腹部の膨満感があった．3日前より便通なく，また，間歇的な左下腹部痛が出現し，イレウスの疑いで当科紹介となった．

入院時現症：体格中等度，平熱，結膜に貧血，黄疸なし．胸部で両肺野に Pfeifen と Giemen が聴取された．腹部では左下腹部に圧痛と抵抗があり，腸雑音は減弱していた．

一般検査成績：**表1**に示すように，白血球増多のほか異常所見を認めない．

X線所見：腹部単純レ線写真で両結腸曲に鏡面形成像が認められた．注腸造影では，下行結腸に陰影欠損があり同部より口側には造影剤がほとんど流入せず，下行結腸癌によるイレウスと診断し緊急手術を施行した（**図1-c**）．

手術所見：下行結腸に輪状狭窄型の癌腫による内腔の閉塞がみられ，そのロ側腸管は内容物の貯留により著明に膨満していた．しかし，ロ側腸管の漿膜面には色調の変化なく，また，緊急例で手術操作を急ぐあまり，非特異性潰瘍の存在に気づかないまま結腸左半切除術を施行した．

摘出標本：下行結腸に3×2cm の潰瘍を伴う癌腫があり，これよりロ側11cm の脾結腸曲部より切除断端まで，三条の境界の明らかな浅い縦長潰瘍を認めた（**図2-c**）．

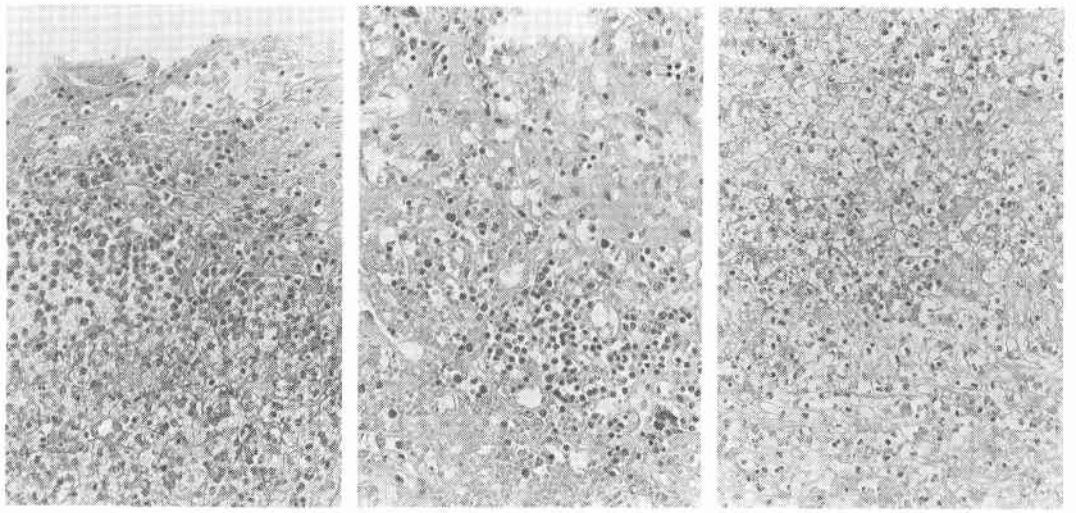
組織学的所見：周囲粘膜および粘膜下に細胞浸潤と強い浮腫を伴ったU1-Ⅱの非特異性潰瘍で，癌腫の組織像は腺管腺癌であった（**図3-c**）．

本症例は不本意にも潰瘍を残存せしめたが術後経過は良好で，約3年経過した現在でも吻合部の異常は認められていない．

考　察

大腸において，癌などの閉塞性病変の常に口側に発生し，しかも肉眼的，組織学的に閉塞性病変と関連性のない非特異性潰瘍や壊死の存在が最近問題となっている．1945年，Kremer[1] が大腸癌のロ側に広範な壊死をきたした症例を報告して以来，Hurwitz[2]，Glotzer[3]，Herrmann[4] らなどによる報告が続き，欧米においては比較的多く報告されている．本邦では近年 obstructive colitis と呼称され，柴田[5]，金児[6]，瀬藤[7] らによる報告例が散見されるがその数は欧米に比して少ない．

図3　3症例の潰瘍部病理組織像
いずれの症例にも粘膜下に浮腫，出血，炎症性細胞浸潤が認められる．



a．症例1　b．症例2　c．症例3

本症の成因に関しては，現在なお不明の点が多い．しかし，本症が常に閉塞性病変の口側に発症することから，閉塞による内圧上昇がその成因に大きな役割を演じていることは容易に推察できる．Glotzer[8]は実験的に犬の腸管を閉塞し，その口側腸管に潰瘍性病変の発症を認めたことより，本症の原因は内圧上昇による腸管血流の障害であると考えた．

Dencker[9]は腸管内圧と血流状態を実験的に観察し，漿膜血流は内圧が最大80mmHgとなっても保たれるが，粘膜血流はわずか10mmHg程度の変化でも阻害されると述べている．しかし，広範な壊死をきたすには単に血流障害のみではなく，細菌感染などの他の因子の関与もあると推定している．われわれの臨床経験からみても，本症を合併する閉塞性の結腸癌は稀であり，単に血流障害のみの原因とは考えにくい．本症の発現は，内圧上昇による慢性の粘膜血流障害を土台として，これに細菌感染などの他の因子が加わることによって相乗的に招来されるものと考える．

本症は病理組織学的に非特異性の潰瘍や炎症であり，あまり特徴的な所見は観察されない．肉眼的に潰瘍や炎症像を呈する部分は，閉塞性病変の口側に多くは正常粘膜の介在を伴って存在し，その上下両端は周囲と明らかに境されていることが多い．また，組織学的に潰瘍は粘膜下層までの深さであり，その周囲の粘膜には出血，うっ血，浮腫がみられ，一見循環障害を思わしむ所見が観察される．細胞浸潤は軽度なことが多く，非特異的な病理組織像を呈する．

本症の術前診断は困難で，閉塞性病変に注目するあまり見落す可能性が常にある．

Hurwitz[2]は本症合併の診断について，もし術前に下痢，疼痛，圧痛，腸蠕挛，高熱あるいは頻脈がある場合は本症を考慮すべきであるとしている．注腸造影では，一般に閉塞性病変の存在により詳細な口側の描出は困難であるが，閉塞性病変のみに固執せず口側腸管の微細な変化をも見逃さない注意深い観察が必要である．

手術に際しては，癌腫はもとより本症の罹患部分も含めて切除する必要がある．われわれは不本意にも，吻合部の潰瘍残存を一例経験する結果となったが，幸い事なきをえた．しかし，吻合予定部に潰瘍残存がある場合には，常に縫合不全や膿瘍形成を引き起こす危険性があることに留意する必要があろう．このような合併症を避けるためにも，外科医は術中に切除標本を直ちに開いて他病変の有無を検討することが必要である．

まとめ

大腸癌の口側に発生した obstructive colitis の3例を報告した．本症は閉塞性病変に注目するあまり見落される可能性があり，本症に対する外科医の充分な認識が必要と思われる．

文　献

1) Kremer, A.J.: Acute colonic obstruction secondary to carcinoma of the sigmoid colon with gangrene of an extensive segment of the large bowel. Surgery, **18**: 335—338, 1945.
2) Hurwitz, A.: Acute necrotizing colitis proximal to obstructing neoplasms of the colon. Surg. Gynecol. Obstet., **111**: 749—752, 1960.
3) Glotzer, D.J., et al.: Colonic ulceration proximal to obstructing carcinoma. Surgery, **56**: 950—956, 1964.
4) Herrmann, J.W., et al.: Acute obstruction with gangrene of the colon secondary to carcinoma of the sigmoid. Surgery, **57**: 647—650, 1965.
5) 柴田清人ほか：Obstructive colitis について—症例報告ならびに成因についての考察—．外科治療，**34**：569—573，1976．
6) 金児千秋ほか：Fecal impaction に起因した obstructive colitis の1例．臨外，**33**：445—448，1978．
7) 瀬藤晃一ほか：Obstructive colitis 穿孔の1例．外科，**40**：202—204，1978．
8) Glotzer, D.J., et al.: Experimental obstructive colitis. Arch. Surg., **92**: 1—8, 1966.
9) Dencker, H., et al.: Massive gangrene of the colon secondary to carcinoma of the rectum. Acta Chir. Scand., **135**: 357—361, 1969.