

腸間膜脂肪織炎 (Mesenteric Panniculitis) の1 治験例

国立栃木病院外科

大山 廉平 橋本 敏夫 丸谷 巖
佐藤 正典 藤田 博正 中村 修三
高野 真澄 前田耕太郎 富田 濤児

同 病理

西 田 一 巳

A CASE REPORT OF THE MESENTERIC PANNICULITIS

Rempei OHYAMA, Toshio HASHIMOTO, Iwao MARUYA, Masanori SATOH,
Hiromasa FUJITA, Shuhzoh NAKAMURA, Masumi TAKANO,
Kohtaroh MAEDA and Tohji TOMITA

Department of Surgery, Tochigi National Hospital

Kazumi NISHIDA

Department of Pathology, Tochigi National Hospital

索引用語：腸間膜脂肪織炎, Mesenteric Panniculitis

I はじめに

腸間膜脂肪織炎 (mesenteric panniculitis) は主に腸間膜の脂肪織に炎症を来す疾患で、ときに二次的に腸管の通過障害を引き起すことがある。本症の報告例は少なく、本邦では10例に過ぎない。最近、われわれは上行結腸間膜に限局性に見られた腸間膜脂肪織炎の1例を経験したので報告する。

II 症 例

患者：68歳男性 大工

主訴：腹痛

家族歴：特記すべきことなし

既往歴：32歳の時、武漢にてマラリヤ罹患し、2カ月間入院加療した。

現病歴：昭和56年6月16日、頭重、喀痰が軽度であり、風邪と思ひ近医に治療を受けた。その後、上腹部痛、下痢が出現、頭痛も持続し、19日、悪寒戦慄、発熱(39℃)を認め近医に入院した。しかし、意識混濁を一時的に起し、脱水症状が増強してきたため、25日当院へ転院した。

入院時現症：体格中等、栄養不良、中等度の脱水状態、顔貌は不良であるが、舌苔、貧血、黄疸などは認めない。胸部打聴診上異常はないが、胸部X線像で、

左下肺野に肺炎様の所見を認めた。腹部は右季肋部に、硬い、鶏卵大の移動性のない腫瘤を触れ、圧痛を認めた。肝、脾は触知せず、腹水もなく、直腸指診に異常を認めない。

臨床検査成績：便の潜血反応は四回の中一回陽性、血沈は1時間19, 2時間42mmと亢進し、Htが44.0%である以外異常所見を認めない(表1)。

注腸造影所見：上行結腸から肝彎曲部の腸間膜側に軽度の圧迫像を認めるが、粘膜面の変化は乏しく、同部の腸管の伸展は不良である。以上の所見から、粘膜下あるいは腸間膜の腫瘍が疑われた。その他の大腸には病変を認めない(写真1, 2)。

内視鏡検査：直腸から横行結腸、肝彎曲部の直前まで、粘膜に異常なく、壁外性の圧迫などの所見も認めなかった。しかし、肝彎曲部より口側は拡張が不充分であり、病変部の観察は不能であった。

血管造影所見：上腸間膜動脈は中結腸動脈の肝彎曲部まで造影され、腫瘍性および炎症性変化はなく、また回盲動脈にも所見を認めない。しかし、右尿管の一部に軽度の狭窄が認められた(写真3)。

その他の上部消化管、胆管、膵管造影では、異常所見は認めなかった。

表1 臨床検査成績

T. P.	6.9g/dl
A/G	1.41
T. T. T.	0.8 Mac. U
Z. T. T.	5.8 Kunk. U
SGOT	23 mU/ml
SGPT	39 mU/ml
LDH	140 mU/ml
AK-P	99 mU/ml
LAP	38 mU/ml
γ -GTP	80 mU/ml
T. B.	1.2 mg/dl
D. B.	0.2 mg/dl
T. Chol.	245 mg/dl
Cho. E.	1.06 Δ PH
WBC	8,300/mm ³
RBC	446 \times 10 ⁴ /mm ³
Hb.	14.5 g/dl
Ht.	44.0%
血小板	24.5万
ワ氏反応	陰性
HBs抗原	陰性
CEA (サンドイッチ法)	1.9 ng/ml (1.2~6.3)
血沈値	1h値 19, 2h値 42
便潜血反床	陽性 (1/4)

写真2 粘膜下腫瘍を思わせる圧排像をみる。(矢印)

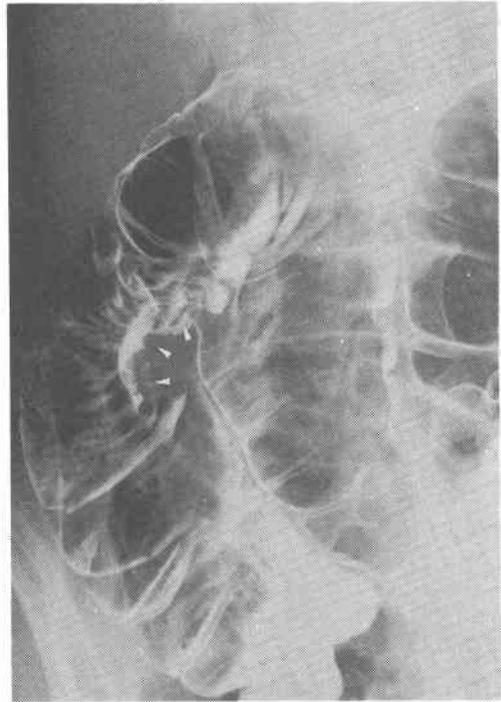


写真1 上行結腸肝彎曲部に腸間膜側から圧排像をみる。(矢印)

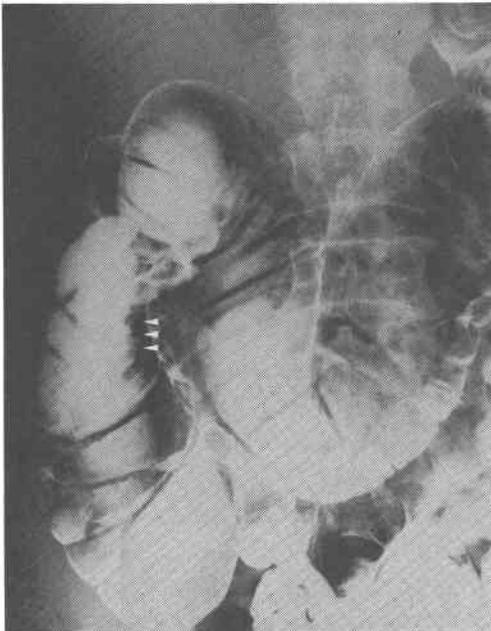


写真3 中結腸動脈の肝彎曲部まで造影されているが、所見はない。(▼)

右尿管の一部に軽度狭窄像をみる。(▼▼)

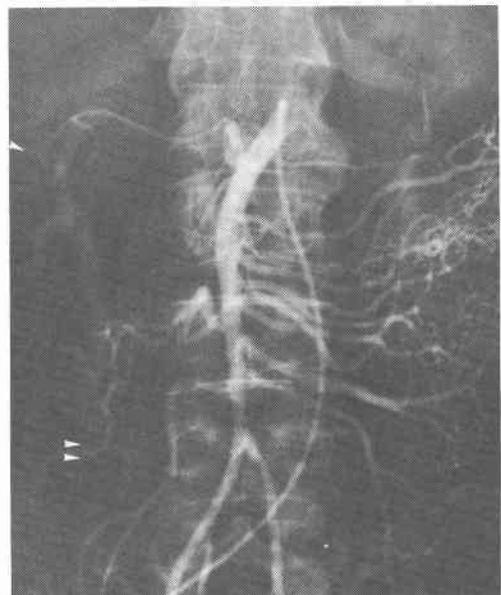


写真4 背側より病変部を見る。(矢印)

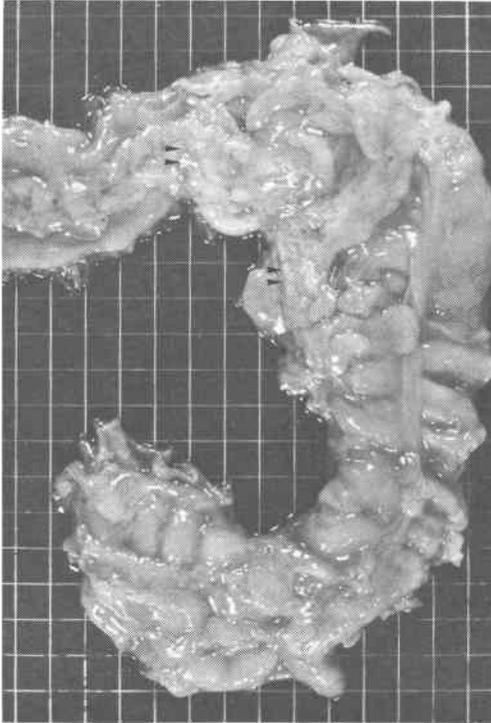


写真5 foamyな組織球とびまん性にリンパ球, 形質細胞および巨細胞をみる炎症性肉芽組織

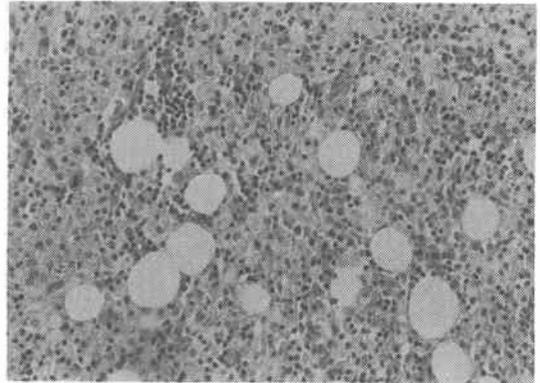
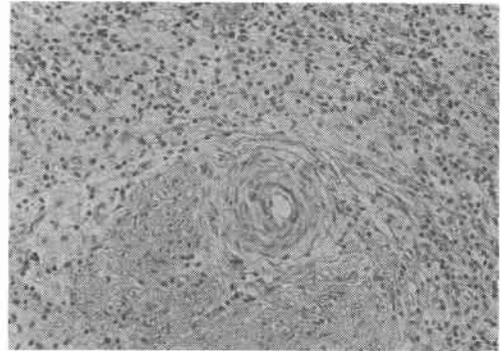


写真6 小血管壁の肥厚およびその周囲への急性炎症性細胞浸潤をみる。



以上の経過および検査所見から、上行結腸の粘膜下腫瘍、続腸間膜の炎症または腫瘍による外部からの浸潤と考え、昭和56年8月10日手術を施行した。

手術所見：開腹すると、結腸肝彎曲部に直径約3cmの腫瘤を触知した。表面は平滑で硬く、腸管内腔に突出した感じがあり、結腸癌が疑われた。続腸右半切除の方針で剝離をすすめると、十二指腸の下行、水平移行部と、右尿管に病変部からの腫瘍の浸潤、あるいは炎症の波及を思われる高度の癒着を認めた。これを鋭的、鈍的に剝離し切除した。

摘出標本所見：肝彎曲部の結腸間膜に腫瘤があり、表面の色は、近傍の脂肪織より黄色調が強いが、やや灰白色を帯びた板状の肥厚と硬化を呈する部分も認められた(写真4)。

病変部の腸管は外観上、結腸間膜による短縮を軽度以示す以外、異常を認めない。

病理組織学的所見：腫瘤の断面は黄色を呈し、肉芽腫様で、組織学的に foamy な組織球と、リンパ球、形質細胞のびまん性浸潤をみる炎症性肉芽組織であり、炎症は脂肪織にまで波及して、いわゆる panniculitis の像を示している。しかし、この炎症は腸管の筋層、

粘膜には認められない。またところどころに小血管壁の肥厚を伴った血管炎の所見もみられるが、脂肪壊死の像は認められなかった(写真5, 6)。

術後経過：5日目より経口摂取を開始し、30日で軽快退院した。術後5カ月を経過した現在、特に症状はなく、健在である。

III 考 察

腸間膜脂肪織炎は、1924年 Jura¹⁾が腸間膜の非特異的慢性炎症性疾患を retractile mesenteritis として報告し、1960年 Ogden ら²⁾が Weber-Christian 症との関係にて、mesenteric panniculitis として報告している。しかし、その病名は、現在もなお、lipogranuloma of the mesentery³⁾, primary liposclerosis⁴⁾, isolated lipodystrophy⁵⁾⁶⁾とまちまちである。Reske ら⁷⁾は病理組織学的に、線維性増殖または脂肪変性を主体とするもの到大別し、それぞれを retractile mesenteritis, mesenteric panniculitis と呼称しているが、同一疾患

の病期による違いとしている。本邦例においても、その報告病名は表2に示すように、以前はまちまちであるが、近年は mesenteric panniculitis に統一呼称されている。

欧米では Ogden ら¹⁷⁾、Reske ら⁷⁾の集計報告を見るが、特に Durst ら⁸⁾は自験例6例を含め68例の詳細な報告をしている。

本邦では1968年木下ら⁹⁾の mesenteric panniculitis の報告以来、高橋ら(1969年)¹⁰⁾、内田ら(1970年)¹¹⁾と続いて、この疾患が認識され報告例が増加したが、我々が調べた限りでは、自験例を含め11例に過ぎず、きわめてまれな疾患と考えられる(表2)。また、われわれは1955年井上ら¹³⁾のいう癒痕性腸間膜炎とこの疾患とは、藤岡ら¹²⁾の主張と同様、区別して取り扱った。

病因として Jura¹⁾、Tedeschi ら¹⁴⁾らは細菌感染あるいは細菌毒素が主体で引き起こされるとしているが、Soumerai ら¹⁵⁾は急性脈管炎、すなわち、血管炎の所見から細菌毒によるアレルギー説を主張している。また、腹部外傷、手術の既往にその主因を求めた(Pallete ら¹⁶⁾、Durst ら⁸⁾らの)外傷説がある。その他に、ヨード説、薬物説などの諸説があるが、一般には受け入れられていない。本邦例でも、外傷、手術既往歴をもつものも認められるが、病因を十分に説明できるものではない。また、全身疾患の一部症として考えるものもある。

臨床症状は Ogden ら¹⁷⁾、Durst ら⁸⁾らが述べているように、発熱、腹痛、悪心、嘔吐、便通異常、腹部腫瘤触知などの消化器症状が主であるが、その他、血沈値の亢進などが認められている。しかし、これらは本疾患に特異的なものではなく、単にこの病変の二次的な腸管に対する影響の結果と解されるべきである。発熱は、高熱を発する事は少なく、むしろ37~38℃位の発熱を特徴とし、また、便通異常は下痢、便秘が反覆する点に興味もたれる。本邦例では、発熱は6例、腹痛は8例に見られ、血沈値は記載例全例に亢進が認められている。

診断では、術前に診断することは困難で、確診は開腹による肉眼および組織診断によっている。Clemett ら¹⁸⁾は消化管造影所見上、小腸間膜の retractile mesenteritis の診断は可能であるとしている。さらに、Durst ら⁸⁾、吉次ら¹⁹⁾、藤岡ら¹²⁾らは、下部消化管造影で、腸管壁の硬化、狭窄、伸展不良および腸間膜側の異常像を指摘している。自験例でも結腸間膜側の伸展不良、壁外性圧排などの陰影が認められた。しかし、

小腸の病変の診断はかなり難しいと考えられる。大腸内視鏡検査も、自験例では十分な観察は不能であったが、有用と思われ、上谷ら²⁰⁾もこれをすすめている。血管造影所見で、Carillo ら²¹⁾は終末動脈の変化を retractile mesenteritis 診断の一助とし、その意義を報告している。

鑑別すべき疾患として、術前ではクローン病、潰瘍性大腸炎などがあげられ、開腹時の肉眼所見では後腹膜線維症、後腹膜腫瘍、腸間膜腫瘍、結核性腹膜炎、限局性回腸炎、pseudotuberculosis²²⁾などがあげられる²³⁾。

肉眼的には、この疾患は腸間膜の結節性肥厚が淡黄色から灰黄色を呈しており、さらに二次的に引き起こされた腸管壁の萎縮、狭窄などの変化が主体である。

組織学的に Ogden ら¹⁷⁾は腸間膜腫瘤の間に乳びを認め、Grossmas ら²⁴⁾は脂肪細胞壊死、リンパ球、食細胞の浸潤を指摘し、また、前述のように、Reske ら⁷⁾は炎症の主体を線維組織成分と脂肪組織成分に分け、前者を retractile mesenteritis、後者を mesenteric panniculitis とし、両者を合せて sclerosing mesenteritis と称している。上谷ら²⁰⁾、松尾ら²⁵⁾および Soumerai ら¹⁵⁾らは脈管炎の所見に注目している。自験例にもこの血管炎所見が認められている。しかし、Binder ら²⁶⁾はこれらを否定している。

治療として Tytgat ら²⁷⁾はステロイド剤、抗生剤、放射線治療、Azathioprineなどを試みている。特に、ステロイド剤投与については著効をみた報告⁸⁾¹⁸⁾もあるが、まだ一般的ではない。本邦例の転帰をみると、ほぼ全例が軽快し、Ogden ら¹⁷⁾の報告でも本症による死亡例はない。術後再開腹する機会を得た2例¹²⁾²³⁾では、前回手術以来空置されていた腸管および腸間膜の病変が消失しており、この病理学的変化は可能性と考えられる。このことから、本症の治療に関し、試験開腹で確診が得られれば、外科的切除は必要なく、通過障害をとともなう場合は、by-pass手術あるいは空置術などで軽快を持ち、最小限にとどめることが必要と思われる。

IV おわりに

きわめてまれな上行結腸間膜脂肪織炎の1例を経験したので報告し、本邦報告例10例を集計、文献的考察を加えた。

自験例では、結腸癌との鑑別が困難のため、結腸石半切除術を行ったが、本疾患は正確な術中診断が可能であるならば、試験開腹にとどめるべきであろう。

表2 本邦報告例

No.	報告者	報告年度	性	年齢	主訴	病変部位	手術	報告病名	既往手術及び外傷
1	木下他 ⁹⁾	1968	♀	53	腹水, 微熱, 浮腫	小腸	試験開腹 (腹腔鏡損傷の為)	mesenteric panniculitis	胃切除 虫垂切除
2	高橋他 ¹⁰⁾	1969	♂	18	腹痛, 発熱, 腹部膨満	"	腸管癒着剥離 (肝炎, 脾嚢胞破裂)	"	虫垂切除 再開腹
3	内田他 ¹¹⁾	1970	♂	53	腹痛, 嘔吐, 便秘, 発熱	"	スプリンティング	retractile mesenteritis	胃切除 (B-1)
4	松尾他 ²⁵⁾	1974	♀	49	腹部腫瘤, 発熱	回腸末端~上行結腸	不明	mesenteric lipogranuloma	ナシ
5	林田他 ²⁸⁾	1976	♂	?	腹痛, 嘔吐	小腸	試験開腹	retractile mesenteritis	単開腹
6	菅谷他 ²⁹⁾	1977	♂	39	腹痛, 腹部膨満	空腸	腸切除	mesenteric panniculitis	右下腹部打撲
7	神坂他 ²³⁾	1977	♀	4	腹水, 腹部膨満	小腸, 上行~横行結腸回腸	癒着剥離, 腸瘻	retractile mesenteritis	腹部打撲 (1年6月前)
8	吉次他 ¹⁹⁾	1979	♂	72	腹痛, 下痢, 腹部腫瘤	S状結腸	S状結腸切除	mesenteric panniculitis	ナシ
9	藤岡他 ¹²⁾	1981	♂	61	下痢, 腹痛, 発熱	S状結腸, 後腹膜	横行結腸瘻	"	虫垂切除
10	上谷他 ²⁰⁾	1981	♂	37	左下腹部痛, テネズムス, 発熱	直腸, S状結腸, 移行部の結腸	直腸切断	"	
11	著者	1982	♂	68	腹痛	上行結腸	結腸右半切除	"	ナシ

文 献

- Jura, V.: Sulla mesenterite retrattile e sclerosante. Policlinica (Sez. Part) 31 : 575, 1924
- Ogden, W.W., Bradburn, D.M. and Rives, J.D.: Panniculitis of the mesentery. Ann Surg 151 : 659-668, 1960
- Weeks, L.E., Block, M.A., Hathway, J.C., et al.: Lipogranuloma of mesentery producing abdominal mass. Arch Surg 86 : 615-620, 1963
- Erskine, J.M.: Idiopathic Fibrosis of the small bowel mesentery (primary liposclerosis). Am J Surg 108 : 57-63, 1964
- Crane, J.T., Aguilar, M.J. and Crimes, O.F.: Isolated lipodystrophy, a form of mesenteric tumor. Am J Surg 90 : 169-179, 1955
- Rogers, C.E., Denetrakopoulos, N.J. and Hyams, V.: Isolated lipodystrophy affecting the mesentery, the retroperitoneal area and the small intestine. Ann Surg 153 : 277-282, 1961
- Reske, M. and Namiki, H.: Sclerosing mesenteritis. Am J Clin Path 64 : 661-667, 1975
- Durst, A.L., Freud, H., Rosenmann, E.R., et al.: Mesenteric panniculitis: Review of the literature and presentation of cases. Surgery 81 : 203-211, 1977
- 木下康民, 荻間 勇, 森田 俊ほか: Mesenteric panniculitis の1 症例. 内科 22 : 537-540, 1968
- 高橋雅俊, 島崎和郎, 莊司啓一ほか: 腸間膜脂肪織炎の稀有なる症例. 外科治療 21 : 385-388, 1969
- 内田陽教, 中山隆市, 山崎史郎ほか: イレウスを併発した Retractable Mesenteritis の一治験例について. 外科診療 12 : 493-496, 1970
- 藤岡正樹, 松本好市, 入山圭二ほか: Mesenteric panniculitis の1 例. 胃と腸 16 : 905-910, 1981
- 井上 広, 更井清允, 田村弘三: 癒着性腸間膜炎の統計的観察およびその遠隔成績. 外科 17 : 929-933, 1955
- Tedeschi, C.G. and Botta, G.C.: Retractable mesenteritis. New Engl J Med 266 : 1035-1040, 1962
- Soumerai, S., Kirkland, W.G., McDonnell, W.V., et al.: Nodular mesenteritis: Report of simulating carcinoma of the sigmoid colon and analysis of its histologic profile. Dis Clo & Rect 19 : 448-452, 1976
- Palette, E.M., Palette, E.C. and Harrington, R. W.: Sclerosing Lipogranulomatosis: Its several abdominal syndromes. Arch Surg 94 : 803-810, 1967
- Ogden, W.W., Bradburn, D.M. and Rives, J.D.:

腹腔内所見	便潜血	血沈	転帰	その他
腹水 腸間膜に示指頭大の結節数コ 浮腫状の腸管壁	+	75/115	軽快	原因不明の腹水 T. P. 7. 2
腹水 小腸間膜根部に拇指頭大黄褐色 腫瘤数個			〃	T. P. 5. 4
小腸間膜全体の肥厚短縮 腫瘤状の硬化短縮根部に近い			〃	リンパ節生検→ Chronic lymphadenitis
腸間膜の肥厚, 境界不明瞭 (10×9×5cm結節状)		32/68	〃	microにて (血管炎(+), 巨細胞(+))
腸間膜癒着拘縮				steroid使用効果あり
慢性炎症性変化, 空腸狭窄, 腸間膜, 腸管壁の肥厚(12cm) 腸間膜に炎症性結節多数	+	11/29		T. P. 5. 5ワ氏(+)
Treitzより18cm肛側, 回腸の癒着, 腹水, 浮腫状の癒着		11/41	軽快	1カ月後再開腹, 所見が消失
腸間膜の著大な肥厚と硬化, 大小 の結節形成		39/	〃	
S状結腸間膜と後腹膜脂肪織に拇 指頭大, 灰黄色の板状の肥厚と硬 化, 短縮, 軽度狭窄(5.0cm)		110/148	8M脳硬塞 で死亡	6M, イレウスにて再開腹, 所見消失 プレドニン投与, ワ氏(-)
S状結腸間膜の肥厚, 一部暗赤色, 白色, 炎症性変化	-	11/		
上行結腸間膜に拇指頭大の黄色の 肥厚, 硬化 2~3コ(3.0×3.0cm)	+	19/42	軽快	ワ氏(-), マラリヤ

- Mesenteric panniculitis, review of 27 cases. Ann Surg 161: 864-875, 1965
- 18) Clemett, A.R. and Tracht, D.G.: The roentgen diagnosis of retractile mesenteritis. Am J Roent 107: 787-790, 1969
- 19) 吉次通泰, 佐々隆之, 岩瀬 透ほか: S状結腸間膜に限局した極めて稀なる脂肪織炎(Mesenteric Panniculitis - Ogden)の1例. 胃と腸 14: 1401-1405, 1979
- 20) 上谷潤二郎, 武藤徹一郎, 斉藤英昭ほか: 腸間膜脂肪織炎(Mesenteric Panniculitis)の2例と文献的考察. 日本大腸肛門病会誌 34: 543-548, 1981
- 21) Carillo, F.J., Ruzicka, F.F. Jr. and Clemett, A. R.: Value of angiography in the diagnosis of retractile mesenteritis. Am J Roentgenol Ther Nucl Med 115: 396-398, 1972
- 22) Kissane, J.M. and Smith, M.G.: Pathology of Infancy and Childhood. Mosby, St. Louis, 1967
- 23) 神坂幸次, 岸分 勲, 東 義治ほか: Retractable Mesenteritisの本邦小児初報告例. 外科 39: 933-937, 1977
- 24) Grossman, L.A., Kaplan, H.J., Preuss, H.J., et al.: Mesenteric panniculitis JAMA 183: 318-323, 1963
- 25) 松尾恵輔, 大拙裕治, 大森正樹ほか: 腸間膜の脂肪肉芽腫の1例. 細胞核病理誌 15: 41-44, 1974
- 26) Binder, S.C., Deterling, R.A. Jr., Mahoney, S.A., et al.: Systemic idiopathic fibrosis. Am J Surg 124: 422-430, 1972
- 27) Tytgat, G.N., Roozendaal, W., Winter, W., et al.: Successful treatment of a patient with retractile mesenteritis with prednisone and azathioprine. Gastroenterology 79: 352-356, 1980
- 28) 林田信夫, 藤田光昭, 井上吉弘ほか: Retractable mesenteritisの1治験例. 日消病会誌 73: 311, 1976
- 29) 菅谷 昭, 飯田 太, 隆旗力男ほか: 腸間膜脂肪組織炎(Mesenteric Panniculitis)により生じたと思われる空腸狭窄の1例. 胃と腸 12: 653-658, 1977