

非特異性直腸潰瘍の2自験例と本邦報告例の検討

大垣市民病院外科

碓氷 章彦	蜂須賀喜多男	山口 晃弘
近藤 哲	堀 明洋	広瀬 省吾
山田 育男	深田 伸二	宮地 正彦
渡辺 英世	石橋 宏之	加藤 純爾
神田 裕		

TWO CASES OF NON SPECIFIC RECTAL ULCER AND COLLECTIVE REVIEW OF THE CASES REPORTED IN JAPAN

Akihiko USUI, Kitao HACHISUKA, AKIHIRO YAMAGUCHI,
Satoshi KONDO, Akihiro HORI, Shogo HIROSE,
Ikuo YAMADA, Shinji FUKATA, Masahiko MIYACHI,
Hideyo WATANABE, Hiroyuki ISHIBASHI, Junji KATO
and Hiroshi KANDA

Department of Surgery, Oogaki Municipal Hospital

索引用語：非特異性直腸潰瘍，孤立性直腸潰瘍

I. 緒 言

直腸の非特異性潰瘍は大腸内視鏡検査の進歩とともに報告例も散見されるようになったが、従来から比較的まれな疾患といわれている。われわれは最近、持続する下血を主訴とした74歳女性と出血性ショックをきたした47歳女性の2症例を経験したので、本邦報告例の集計と合わせ報告する。

II. 症 例

症例1：74歳，女性。

既往歴：10年前から経口糖尿病薬を服用中。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：1982年1月から下腹部痛が持続し、2月から軽度の肛門痛と新鮮血，凝血を混じた下血がみられるようになったため、3月1日当科を受診した。便通は1日1行だが、硬便で、排便時に軽い肛門痛をともなっていた。

現症：身長149cm，体重47kg，血圧130/94mmHg，脈拍104/分，整，体温36.8℃，眼瞼結膜に貧血，眼球結膜に黄染はなく，表在リンパ節は触知しなかった。

腹部は平坦，軟で圧痛もなく，直腸指診でも腫瘤を触知せず，肛門鏡検査では血性粘液の流出をみるが出血点は不明で，明らかな痔核は認めなかった。

検査成績：末梢血液検査では赤血球 403×10^4 ，Hb 12.2g/dlと貧血を認めず，血液生化学検査ではGOT 41 K-U，GPT 41 K-Uと軽度の肝障害を認め，LDHは504 Wro-Uと上昇していた。トロンボテスト72%，プロトロンビン時間11.5秒，出血時間4分10秒，凝固時間11分10秒で凝固系に異常はみられず，赤沈は1時間値47mm，2時間値90mmと亢進していた。

注腸透視では下部直腸前壁に母指頭大の腫瘤像を認めた。

大腸内視鏡検査では，肛門皮膚縁口側10cmまでの直腸粘膜に多発するビランがあり，肛門皮膚縁5cm口側の前壁には母指頭大の易出血性腫瘤が認められた。

治療および経過：3月10日局麻下に易出血性腫瘤を摘除すると，腫瘤附着部粘膜に深堀れした米粒大類円形潰瘍が2カ所にみられ，ここからの出血と判断し，外用剤で経過観察したが下血が持続したため，3月26日全麻下に縫合止血した。術後下血は軽快し，内視鏡検査で潰瘍，ビランも消失したが，粘膜の易出血性は持続していた。6月15日右下肢血流障害のため再入院

したが、便潜血は(±)で、末梢血液検査ではHb 8.6 g/dl と貧血の進行を認めた。

組織所見；ビラン部の内視鏡下生検 HE 染色標本では、再生性の大型腺管がビラン周囲にみられ、粘膜下層にはリンパ球を中心とする細胞浸潤があり、粘膜筋板は著明に肥厚していた。易出血性腫瘍は凝血塊であった。臨床所見とあわせ Solitary ulcer of the rectum が疑われた。

症例2；47歳，女性。

既往歴；33歳の時に痔瘻根治術を受けた。

家族歴；特記すべきことなし。

現病歴；1982年9月24日から下腹部痛と粘液の混じた軟便が頻回にみられたため当院消化器科に通院していた。10月28日硬便排泄後に肛門出血が突発し、多量の新鮮血であったため当科を受診した。

現症；身長155cm，体重59kg，血圧130/80mmHg，脈拍106/分，整，体温36.4℃。眼瞼結膜に貧血，眼球結膜に黄染を認めず，表在リンパ節も触知しなかった。腹部は平坦，軟で圧痛もなく，直腸指診では碎石位5時にポリープ様腫瘍を触知したが，肛門鏡検査は新鮮血流出のため施行できなかった。

検査成績；末梢血液検査では赤血球 338×10^4 ，Hb 10.0g/dl と軽度の貧血を認め，血液生化学検査ではLDH 525 Wro-U に軽度上昇を認めた。赤沈は1時間値8mm，2時間値16mm で，トロンボテストは100%，プロトロンビン時間は13.5秒だった。

出血点は不明だが最高血圧が60mmHg に低下し，出血性ショックに陥ったため，血管シンチを施行， 99mTc-RBC の集積のみられる直腸からの出血と診断し緊急手術を施行した。

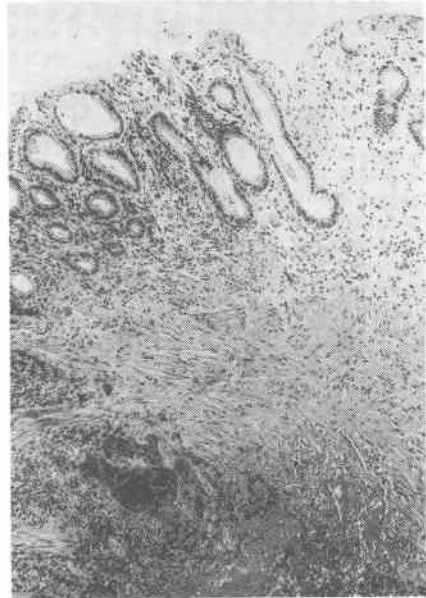
手術所見；全麻下に碎石位で手術を開始した。肛門鏡検査は血液が噴血し詳細不明のため，開腹し腹腔内を検索したが大腸の管腔は盲腸まで血液で充満されていた。S 状結腸で管腔を遮断し内視鏡検査を行うと，肛門皮膚縁口側5cmの後壁に約0.5cmの縦方向の粘膜の裂隙があり，これを切除縫合した。

組織所見；潰瘍は $0.5 \times 0.3\text{cm}$ 楕円形で，中心部に凝血塊が付着していた。HE 染色の組織標本では，粘膜には再生性腺管がみられ，粘膜下層にはリンパ球，好中球の細胞浸潤と著明な線維増殖があり，粘膜筋板は著明に肥厚していた(図1)。組織学的には Solitary ulcer of the rectum の所見であった。

術後経過；術後，ショックが原因と思われる右延髄外側症候群を呈し，嚥下障害が持続したが，1983年1

図1 症例2，組織所見

粘膜には再生性腺管がみられ，粘膜下層には著明な細胞浸潤があり，粘膜筋板は著明に肥厚していた。(HE 染色 $\times 25$)



月8日軽快退院した。術後，下血はみられず，内視鏡検査でも潰瘍の再発は認めていない。

III. 考 察

A. 非特異性直腸潰瘍の歴史的背景，成因および分類

大腸の非特異性潰瘍は Cruveihier が1829年盲腸例，1832年直腸例を報告したことに始まり，以後報告例も散見できるようになったが，いまだまれな疾患である。1928年 Barron は大腸の非特異性潰瘍を結核，梅毒，赤痢，チフス，潰瘍性大腸炎などの特殊疾患，化学物質による障害，および悪性腫瘍を除外した潰瘍性病変と定義し，52例の集計を行っているが，直腸病変は4例にすぎなかった。直腸の非特異性潰瘍を1つの独立疾患と認識し，Solitary ulcer of the rectum (以下 SUR と略す) と命名したのは1937年 Lloyd Davies によるといわれているが，本疾患が興味ある疾患として注目を浴びるに至ったのは，1969年 Madigan¹⁾ が68例の詳細な検討を行ってからである。1975年 Rutter²⁾ は105例の集計を行い，直腸潰瘍が必ずしも単発でなく，潰瘍の存在しない pre-ulcerative phase も存在することから，Solitary ulcer syndrome of the rectum の名称を提唱している。本邦では1972年村上³⁾ の報告例が最初

であるが、大腸内視鏡検査の進歩にともない、報告例も増加してきている。

本症の病因ははまだ明らかでなく、Waytes⁴⁾は Colitis cystica profunda (以下 CCP と略す) と本症とに臨床的類似点が多いことから、本症は CCP の前段階と推論しているが、Maddigan¹⁾は逆に CCP の上皮性嚢胞が管腔内に穿破して潰瘍を形成したものとしている。また、Rutter⁵⁾は排便時腹圧上昇により直腸前壁が肛門管上部に下垂し、肛門括約筋に絞めつけられる occult rectal prolapse を成因としている。その他、Haskel の直腸内異物による外傷説、Barron の消化性潰瘍説、Fox らの憩室炎説、DeVrede の虚血説、Jalan の炎症説などがあるが、いずれにせよ直腸の非特異性潰瘍は成因不明の潰瘍性病変を総括する名称で、成因の解明に従い細分化されるべき疾患と考えられる。

Maddigan¹⁾は CCP が SUR の前段階であるとの観点から、SUR の特徴的病理所見として、粘膜固有層における collagen や粘膜筋板由来の筋線維の著明な増殖や線維化、慢性炎症性細胞の浸潤、腺管の不整な配列や過形成、核の濃染をあげているが、1979年松田⁶⁾は組織学的所見からの非特異性真腸潰瘍の分類を試み、CCP、SUR と Simple non-specific ulcer of the rectum (以下 SNU と略す) の3群に分類している。すなわち、CCP、SUR は特異な組織所見として fibromuscular obliteration を有し、CCP はさらに cystic formation を有するのに対し、SNU はいずれの所見をも有さないとしている。1980年河野⁷⁾は脳疾患経過中に大量下血をきたした直腸潰瘍の2例を報告し、ストレス下の大量下血例を Acute hemorrhaging ulcer of the rectum (以下 AHU と略す) として独立させている。これは組織学的には虚血性直腸炎の劇症型とも考えられる病態で、松田の分類では SNU に含まれるものであるが、临床上独立した疾患と考えられる。われわれは松田⁶⁾の分類による CCP、SUR、SNU に AHU を加えた4群に非特異性直腸潰瘍を分け、本邦報告例の集計を試みてみた。

B. 非特異性直腸潰瘍本邦報告例

1982年12月までに著者らが調査しえた非特異性直腸潰瘍は73例 (SUR 40例, SNU 23例, AHU 10例), CCP 限局型は28例であり、この101例の臨床所見、診断、治療、予後について考察した。

1) 年齢、性差、平均年齢は CCP 34.8歳, SUR 48.3歳, SNU 51.5歳, AHU 61.5歳で、SUR が10~70歳代まで平均に分布するのに対し、CCP では10~20歳代

表1 性差、平均年齢、病悩期間、症状

	CCP	SUR	SNU	AHU	
症 例	28	40	23	10	
性 差	1 : 0.33	1 : 0.63	1 : 0.89	1 : 1.50	
平均年齢	34.8歳	48.3歳	51.5歳	61.5歳	
病悩期間	3年	1年8か月	5.4か月	3日	
症 状	肛門出血	81.8(%)	87.5(%)	78.6(%)	100 (%)
	大量下血	0	8.6	14.3	80.0
	粘 液 便	31.8	27.5	7.1	0
	裏急後重	13.6	15.0	0	0
	下 痢	9.1	17.5	7.1	20.0
	便 秘	0	10.0	28.6	0
	肛 門 痛	4.5	12.5	7.1	0
	腹 痛	18.2	10.0	21.4	0
脱 肛	4.5	5.0	0	0	

CCP : Colitis cystica profunda

SUR : Solitary ulcer of the rectum

SNU : Simple non specific ulcer of the rectum

AHU : Acute hemorrhaging ulcer of the rectum

に Peak がみられ、SNU では40~70歳代に AHU では60歳代以上の高齢者に好発していた。男女比は CCP 1 : 0.33, SUR 1 : 0.63, SNU 1 : 0.89, AHU 1 : 1.50で AHU 以外は男性に多く、とくに CCP は若年男子に好発していた (表1)。

2) 病悩期間; CCP は3年, SUR は1年8カ月と長く、病変も難治性と考えられた。SNU は5.4か月と比較的短かく、AHU は3日で、突然の大量下血で発症する症例が多かった (表1)。

3) 症状; 全疾患とも排便時肛門出血を高率に認め、これを主訴とする症例が多かった (表1)。その他、CCP では粘液便、腹痛、裏急後重を、SUR では粘液便、下痢、裏急後重、肛門痛を、SNU では便秘、腹痛を、AHU では下痢を高率に認めた。ショックを呈するような大量出血例は AHU の80.0%に認めたが、SNU では14.3%、SUR では8.6%と少なく、CCP ではみられなかった。精神症状は SUR に合併しやすいと報告されているが、5例に認められた。

4) 病変の数、局在、壁在; 単発例は CCP 77.7%、SUR 75.7%とほぼ同率で、SNU は92.3%とやや高率であったが、AHU は全例多発潰瘍を有していた。病変は SUR では肛門皮膚縁口側4~8cmの前壁に、SNU では4~6cmの前壁および後壁に、AHU は0~6cmの全周性にみられることが多く、CCP は前壁に好発するが、直腸全体に平均に分布していた (表2)。

表2 局在, 病変数, 壁在

		CCP	SUR	SNU	AHU	
局在	0~ (cm)	10.5(%)	0 (%)	0 (%)	25.0(%)	
	2~	26.3	13.2	7.7	50.0	
	4~	21.1	34.2	61.5	25.0	
	6~	26.3	21.6	15.4	0	
	8~	5.3	10.5	0	0	
	10~	16.5	10.5	15.4	0	
病変	1ヶ	77.7	75.7	92.3	0	
	2ヶ	11.1	16.2	7.7	0	
	3ヶ	5.6	5.4	0	0	
	4ヶ以上	5.6	2.7	0	100	
壁在	前壁	41.2	53.4	50.0	0	
	前側壁	右	5.9	13.3	0	0
		左	0	6.7	0	16.7
	側壁	右	5.9	6.7	0	16.7
		左	5.9	4.4	0	0
	後側壁	右	5.9	0	0	0
		左	5.9	2.2	0	0
	後壁	17.6	13.3	50.0	33.3	
	全周	11.8	0	0	33.3	

5) 診断: 直腸の潰瘍性病変の診断には大腸内視鏡検査が必須で, 生検による組織診断が良悪性の鑑別, 非特異性潰瘍の分類, その後の治療方針の決定に重要であった。注腸透視による潰瘍の描出は一般に困難で, 診断的価値も少なかった。局在不明の下血例には自験例のように血管シンチも有用であった。

6) 治療, 予後: 初期療法として薬剤による保存的療法が大部分の症例になされていたが, 病変の難治性, 良悪性の鑑別困難, 患者救命のために外科的治療を必要とする症例も多く, 直腸切断術が CCP 3例, SUR 8例, SNU 5例, AHU 2例に, 潰瘍切除が CCP 15例, SUR 4例, SNU 2例に, 人工肛門造設が SUR 2例, AHU 1例に施行されていた。CCP は一般に難治で, 良悪性の鑑別も困難なため切除される場合が多いが, 切除後の再発はみられなかった。SNU は保存的療法で軽快する症例が多く, 治療困難例は1例にすぎなかったが, SUR はとくに難治で, サラゾピリン, ステロイド, 抗潰瘍剤などの投与が無効である症例が多く, 保存的療法の46.2%は症状が持続している。また, 潰瘍切除を行っても再発する症例が半数にみられ, 根治のためには直腸切断術を必要とする症例も多いが, 肛門機能の廃絶をとまらぬ直腸切断術の適応については慎重でなくてはならない。AHU はストレスの原因である脳疾患, 悪性腫瘍のために死亡する症例が50%と多かったが, 治癒例も報告されている。

以上, 非特異性直腸潰瘍を CCP, SUR, SNU, AHU の4群に分け集計を行った。

自験例の症例1は生検組織診から SUR を疑診した症例である。直腸炎を合併した出血性潰瘍で, 出血点を縫合止血後外用剤で経過観察中であるが, いまだ治癒には至っていない。症例2は出血性ショックに陥った症例で, 硬便排泄後に突発したため機械的損傷も考えられたが, 組織所見から SUR と診断した。術後, 潰瘍の再燃はみられていない。

IV. 結 語

非特異性直腸潰瘍の2例を報告した。1例は持続する下血を主訴とした74歳女性で, 全麻下に縫合止血後外用剤で経過観察中だが, 完治には至っていない。他の1例は出血性ショックをきたした47歳女性で, 潰瘍切除後再燃をみえていない。

また, 非特異性直腸潰瘍本邦報告例を CCP, SUR, SNU, AHU の4群に分類し集計した。CCP は若年の男性に多く, 直腸前壁に好発し難治性で, 良悪性の鑑別から切除を必要とする症例が多く, SUR は好発年齢はないが男性に多く, 直腸中部前壁に好発し, 難治性のため直腸切断を必要とした症例もあった。SNU は高齢者男性に多く, CCP, SUR に比べて病期期間が短く, 保存的治療で軽快する症例も多く, AHU は高齢者女性に多く, 直腸下部の広範な多発潰瘍例が多かった。臨床症状から鑑別できるのは AHU のみで, 内視鏡下生検が診断のために必須の検査であった。

本論文の要旨は第22回日本消化器外科学会総会で発表した。

文 献

- 1) Madigan MR, Morson BC: Solitary ulcer of the rectum. *Gut* 10: 871-881, 1969
- 2) Rutter KRP: Solitary rectal ulcer syndrome. *Proc Roy Soc Med* 68: 22-26, 1975
- 3) 村上博樹, 綾部欣司, 荒木貞夫ほか: 大腸の単純性非特異性潰瘍の2自験例. *外科診療* 14: 603-607, 1972
- 4) Wayte D, Major RAMC, Elson BH: Colitis cystica profunda. *Am J Clin Pathol* 48: 159-169, 1967
- 5) Rutter KRP, Riddell RH: Solitary ulcer syndrome of the rectum. *Clin Gastroenterol* 4: 505-530, 1975
- 6) 松田好雄, 土屋周二: 直腸非特異性潰瘍の診断と治療. *Gastroenterol Endosc* 21: 1604-1606, 1979
- 7) 河野裕利, 勝見正治, 浦 伸三ほか: 脳疾患患者にみられた急性出血性直腸潰瘍の2症例. *日本大腸肛門病会誌* 33: 222-227, 1980