

結腸狭窄を合併した腸間膜動脈瘤破裂の1例

筑波大学臨床医学系外科

湯沢 賢治 更科 広実 名越 和夫 尾崎 梓
小野 陸 高田 彰 岡村 隆夫 岩崎 洋治

A CASE OF RUPTURED MESENTERIC ARTERY ANEURYSM WITH COLON STENOSIS

Kenji YUZAWA, Hiromi SARASHINA, Kazuo NAGOSHI,
Azusa OZAKI, Mutsumi ONO, Akira TAKADA,
Takao OKAMURA and Yoji IWASAKI

Department of Surgery, Institute of Clinical Medicine, The University of Tsukuba

索引用語：腸間膜動脈瘤，多発性動脈瘤，結腸狭窄

I. はじめに

腸間膜動脈瘤はまれな疾患であり，大部分はその破裂によって激痛と大出血をおこし発症する¹⁾。最近われわれは中結腸動脈末梢の動脈瘤破裂により結腸狭窄を合併した1症例を経験したので報告する。

II. 症 例

患者：52歳，男性

主訴：下痢，右側腹部痛

既往歴：昭和46年，肺結核症，昭和56年，高血圧症，いずれも軽快していた。

現病歴：昭和58年8月31日，突然の下痢にて発症。9月3日右側腹部痛が加わり近医を受診した。9月14日注腸造影で結腸狭窄を認め，悪性腫瘍を疑われ本院へ紹介された。

入院時現症：全身状態良好で右季肋部に腫瘤を3横指触知し，その下方に軽度の圧痛を認めた。

入院時検査所見：CRP5+である以外異常は認められない(表1)。

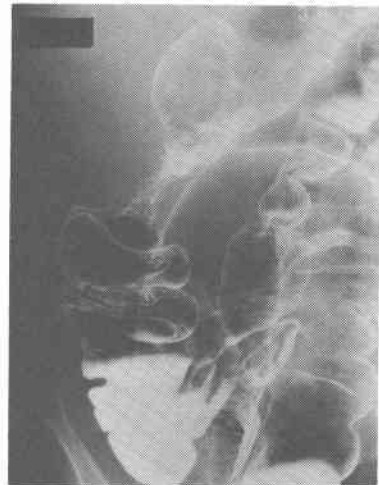
腹部単純X線検査所見：右上腹部に右腎との区別が困難な腫瘍状陰影を認めるが，腸管ガス像に異常は認められない。

注腸X線検査所見：結腸肝弯曲部に高度の狭窄が認められたが粘膜面に不整はなく，結腸癌による狭窄とはやや異なる所見である(図1)。また憩室などはみら

表1 入院時検査所見

WBC	8.3×10^3	CRP	5+
RBC	3.56×10^6	α -Feto	1.3 ng/ml
Hb	11.1 g/dl	CEA	2.3 ng/ml
		ツベルクリン反応	陽性

図1 注腸X線検査



れず，ほかの腸管には狭窄などの異常所見を認めなかった。

大腸内視鏡検査所見：狭窄部位に炎症や潰瘍性病変等はなく，腸管外からの全周性の圧排による狭窄で，ファイバースコープの通過は不可能であった。

超音波検査所見：肝下面に6×5×4cmの嚢状腫瘤

を認めた(図2)。内部エコーは均一で被膜は薄いものであった。

腹部CT像所見：結腸をとりまくように囊状腫瘍が認められ、内腔は膿瘍を疑わせる所見であったが、この病変の確定診断を下すことはできなかった。

そのほか、上部消化管造影検査、胃内視鏡、IVP, DICなどの検査では異常所見を認めなかった。

入院後経過：絶食としIVHにて栄養管理し、右側腹部痛は消失した。検査所見ではCRPが9月9日に5+であったのが、20日に2+、10月6日1+と改善してきた。

以上の所見より、原因不明の膿瘍性疾患が最も考え

られたが、腸管外の悪性腫瘍も完全には否定できず、狭窄症状も改善しないため手術適応と判断し、昭和58年10月12日開腹手術を施行した。

手術所見：上腹部正中切開にて開腹すると結腸肝弯曲部を巻き込むように手拳大の腫瘍が存在し(図3)、これは臍頭部前面と強度に癒着していたが、肝、胆嚢、腎臓などには異常を認めなかった。腫瘍を切開したところ、内容は黒色ゼリー状の古い凝血塊が認められた。囊状腫瘍壁の術中迅速病理組織検査では、悪性細胞は認められなかったので原発巣不明の良性腫瘍と考え、この腫瘍を含め結腸右半切除術を施行した。

病理学的所見：切除標本肉眼所見では、囊状腫瘍は直径7cmあり、結腸をとりまき高度の狭窄をおこして

図2 腹部超音波検査

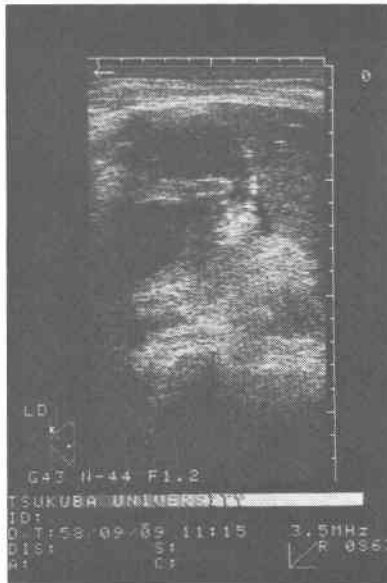


図3 開腹時写真
矢印：結腸肝弯曲部腫瘍

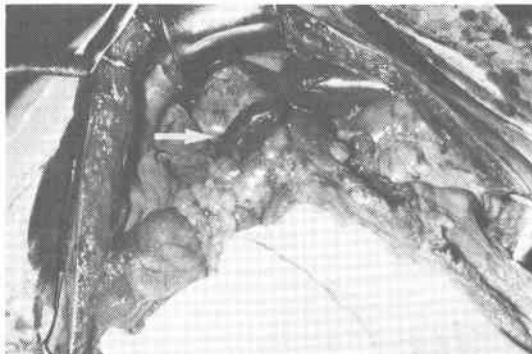


図4 切除標本
矢印：囊状腫瘍

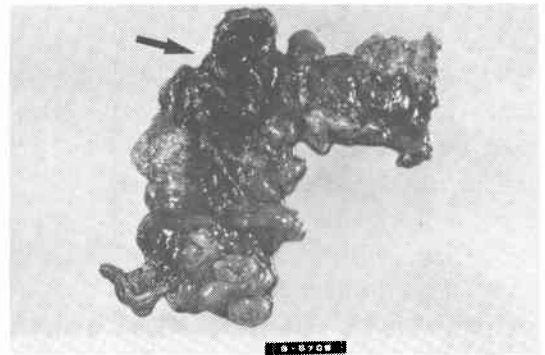
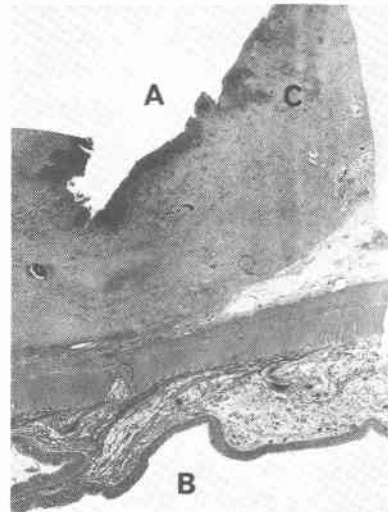


図5 腫瘍壁ルーベ像 (HE染色)
A：囊状腫瘍内腔、B：結腸内腔、C：囊状腫瘍壁



いるが、結腸粘膜面は正常であった(図4)。組織学的所見で、嚢状腫瘍の結腸壁に接している部位のルーベ像では、結腸粘膜はほぼ正常で、漿膜面に接した腫瘍壁は約8mmの厚さの線維性被膜で、内腔には古い血液が認められた(図5)。この腫瘍壁をさらに精査したところ、中結腸動脈の末梢に相当する血管には明らかな内弾性板の断裂や消失がみられ、さらにその末梢側の血管には拡張状の破裂が認められた(図6)。このような所見から本症例の腫瘍は、中結腸動脈末梢での動脈瘤破裂に起因した血腫と考えられ、これによる二次的变化として結腸狭窄をきたしたものと診断された。

術後経過：術後は合併症などみられず良好な経過をとった。病理学的に前記のように診断されたため、11

図6 動脈瘤破裂部顕微鏡像(弾性線維染色)

A：中結腸動脈末梢枝，B：動脈瘤破裂部，矢印：内弾性板欠損部

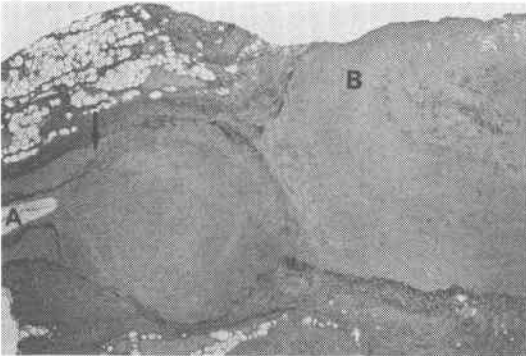
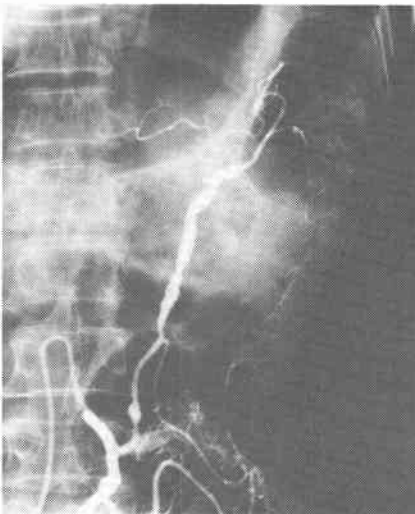


図7 下腸間膜動脈造影検査(術後)



月8日術後26病日、腹腔内主動脈の血管造影検査を行った。大動脈、腹腔動脈、上腸間膜動脈などに異常はみられなかったが、下腸間膜動脈造影で左結腸動脈及びその末梢に多発性動脈瘤が認められた(図7)。このような所見から本症例を多発性腸間膜動脈瘤と診断し、手術後この動脈瘤による腹部徴候は全くみられないため、11月12日退院し、現在まで外来にて経過観察中である。

III. 考 察

腹腔内の動脈に動脈瘤ができることはまれなことではないが、腸間膜動脈にできることは少ない¹⁾²⁾。腸間膜動脈瘤の原因は真菌感染によるものが過半数であり、動脈硬化性のものは約10%と言われている³⁾⁴⁾。発生部位は大動脈よりの分枝部近く、すなわち主幹部が大部分である²⁾。腸間膜動脈の末梢枝の動脈瘤は動脈造影検査で Reuter らによって初めて報告された⁵⁾。同報告によると上腸間膜動脈および下腸間膜動脈造影検査325例中4例に末梢枝動脈瘤を認めた。1.2%の割合であったが、3例には自覚症状なく、潜在的な小動脈瘤の存在を示唆した。

腸間膜動脈瘤はその破裂をもって発症することが多い³⁾。破裂すると激痛とともに、腸間膜内、腸管腔内あるいは腹腔内へ大量出血をきたしショックにおちいる。このため緊急手術により出血部位を切除しなければ致命的となる⁴⁾。また、動脈瘤の増加、静脈うっ滞により腸管壊死をきたすことがあり、このときは下痢、下血をもって発症する²⁾。

本症例は中結腸動脈の末梢枝に動脈瘤の発生をみた症例である。1970年 Stanley らの集計によると、中結腸動脈瘤は4例報告されている⁶⁾、4例とも腹腔内に破裂したため激痛と大量出血によって発症し、緊急開腹術によって診断されている。本症例では術前に血管造影検査は行われなかったが、術後の検査では左結腸動脈にも多発性小動脈瘤を認めた。前記 Stanley らの集計では左結腸動脈瘤は報告されていない。また、腸間膜動脈に2個の小動脈瘤をみたとの報告はあるが、本症例のように原因不明で上腸間膜動脈と下腸間膜動脈の両者にまたがる多発性動脈瘤の報告は、これまでの文献の検索では認められなかった。とくに本症例のごとく腸間膜動脈瘤破裂により、腸管をとりまくような血腫を形成し結腸狭窄を合併した症例はいまだに報告されていない。

本症例は発生部位と発症形式において、きわめてまれな動脈瘤破裂と考えられる。

IV. おわりに

近年、動脈硬化症は高齢化社会にともない増加傾向を示し、虚血性大腸炎などの血管原性の腸管病変も増加してきている。一方、結腸狭窄をきたすようなびまん浸潤型の結腸癌も増えており、このような病変を診断していく上で本症例のような腸間膜動脈瘤に起因した結腸狭窄の存在も念頭におく必要があると思われる。

本論文の要旨は1984年2月第178回消化器病学会関東甲信越地方会にて発表した。

文 献

- 1) Scott J: Abdominal aneurysm. *Am J Syph Gon Vener Dis* 28: 682—710, 1944
- 2) West JP: Aneurysm of the superior mesenteric artery successfully treated by restorative

aneurysmorrhaphy. *Ann Surg* 140: 882—885, 1954

- 3) DeBakey ME, Cooley DA: Successful resection of mycotic aneurysm of superior mesenteric artery. *Am Surg* 19: 202—212, 1953
- 4) Poblacion D, McKenty J, Campbell M: Mycotic aneurysm of the superior mesenteric artery complicating subacute bacterial endocarditis: Successful resection. *Can Med Assoc J* 90: 744—745, 1964
- 5) Stewart RR, William JF, Joseph JB et al: Artery branch aneurysms. *Arch Surg* 97: 497—499, 1968
- 6) James C, Norman WT, William JF et al: Splanchnic artery aneurysms. *Arch Surg* 101: 687—697, 1970