

S 状結腸腹膜垂炎の経験

関西医科大学附属洛西ニュータウン病院外科

大石 明人 大西 勉 土井 康生 山本 政勝

A CASE REPORT OF EPIPLOIC APPENDAGITIS OF SIGMOID COLON

Akihito OISHI, Tsutomu ONISHI, Yasuo DOI
and Masakatsu YAMAMOTO

Department of Surgery, Kansai Medical University,
Rakusai New Town Hospital

索引用語：腹膜垂炎

はじめに

結腸の腹膜垂がまれに炎症を起こすことは古くから知られているが、臨床上遭遇する機会は少ない。すなわち、結腸腹膜垂炎については国外では数百例の報告がなされている¹⁾が、本邦においては数例の報告をみるのみである²⁾⁻⁵⁾。本症は虫垂炎や憩室炎などとの鑑別が容易でなく術前に診断を下すことは困難である。われわれは、最近 S 状結腸の腹膜垂炎の症例を経験したので以下に述べる。

症 例

患者：木○下○己，38歳，男。

主訴：左下腹部鈍痛。

家族歴：特記すべき事なし。

既往歴：特記すべき事なし。

現病歴：昭和57年5月中旬より左下腹部鈍痛並びに腹部膨満感を認めるようになり、同6月5日本院内科受診、注腸造影の結果、S 状結腸癌の疑いにて当科を紹介された。この間、便通は1日1回あり便の性状には特に異常は認めていない。

入院時現症：体格中等，栄養良好，体温36.8℃，脈拍72/分整，結膜に貧血，黄疸なし，胸部に異常なく，腹部は平坦で，肝，脾，腎を触れない。左下腹部に鶏卵大の腫瘤が触知された。腫瘤には圧痛があり，弾性硬で，境界はほぼ明瞭であるが，可動性はない。筋性防禦はなく腸雑音も正常であった。直腸指診では腫瘤や異常抵抗などは触れない。

臨床検査成績：表1のごとく赤血球505万，血色素

表1 入院時検査所見

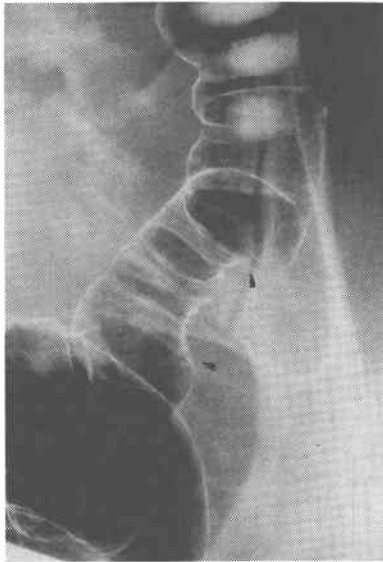
1) EKG：異常なし					
2) 胸部X-p：異常なし					
腹部X-p：腫瘤に一致し腸管圧排像を認める。					
3) 尿検査異常なし					
4) 血液検査					
(血液)					
RBC 505 × 10 ⁴	Hb 16.1g/dl	Ht 45.2%	WBC 4000		
Plt 198000	PT 13"	APTT 26"			
(電解質)					
Na 144	K 4.1	Cl 104			
(生化学)					
GOT 15	γ-GTP 18	総蛋白 8.7			
GPT 14	T-Cho 205	A/G 2.10			
LDH 294	中性脂肪 132mg/dl	Alb 5.90g/dl	67.8%		
Che 7669	リン脂質 208 "	α ₁ 0.20	2.4		
T-bil 0.5	β-リポ蛋白 586 "	α ₂ 0.61	7.1		
D-bil 0.1	Fe 117 μ/dl	β 0.89	10.3		
BUN 12	Cu 146 "	γ 1.07	12.3		
クレアチニン 1.1	HBs抗原 (-)				
アミラーゼ 73	" 抗体 (-)				
血糖 98	Wa-R (-)				
Alp 152	CEA 0.7ng/ml				
LAP 53					

16.1g/dl，ヘマトクリット45.2%，白血球数4,000，肝機能は正常で，尿検査も異常を認めない。便の潜血反応は陰性であり，CEA 値も0.7ng/mlと低値であった。

経過：注腸造影所見は図1のごとく腫瘤と一致した部分，すなわち下行結腸とS 状結腸との移行部に外側よりの圧迫像と拡張不全，粘膜面の壁不整を認めたが，隆起性病変や憩室などの所見はなかった。そこで大腸内視鏡を施行したところ，肛門より口側約80cmの範囲の粘膜には，腫瘍，潰瘍，浮腫，発赤，びらんなどの異常所見は認められなかった。更に腹部CTでは，図2のごとく腫瘤と一致した部に腸管に接してリング状の陰影を認めた。又，下腸間膜動脈造影では図3の

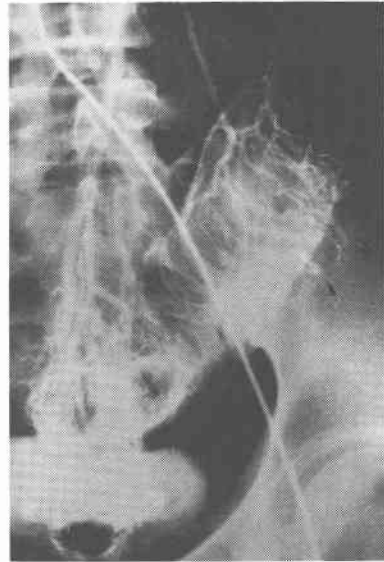
<1985年1月16日受理>別刷請求先：大石 明人
〒570 守口市文園町1番地 関西医科大学附属病院
外科

図1 注腸造影



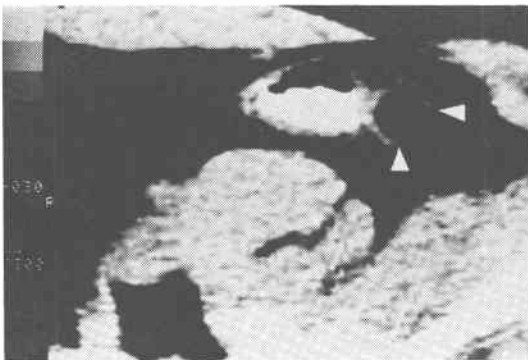
矢印のごとく腫瘍と一致した部分に圧迫像を認める。

図3 血管造影



矢印のごとく Vasa Racti の末梢が大腸壁外に及びループを作っており, tumor stain なども認められない。

図2 CT



矢印のごとく腫瘍と一致した部分に腸管に接してリング状の陰影を認めた。

図4 切除標本



ごとく Vasa Recti の末梢が大腸壁外に及びループを作っており, tumor stain なども認められないため, 腸管二重症の疑いが強いと判断した。又, 入院後より約10日間で腫瘍は拇指頭大に縮小していたが, 確定診断を得るため, 開腹に踏み切った。

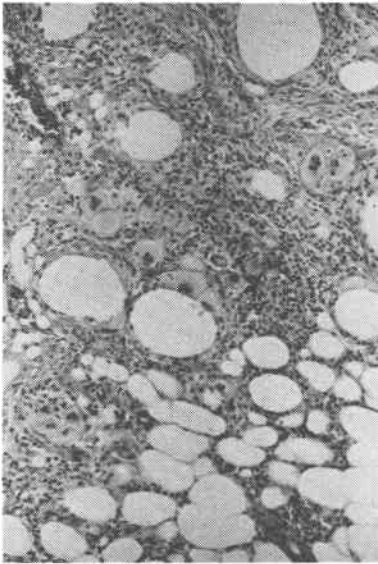
手術所見: 左下腹部傍腹直筋切開にて開腹したところ, 腹水は認めなかった。下行結腸とS状結腸との移行部は腹膜と炎症性の癒着を認めた。これらを剝離していくと, 炎症性に腫大した腹膜垂2個を認め, これらがS状結腸起始部にて腸管を外側より圧迫してい



全体が腹膜垂であるが, 矢印の部分が弾性硬となっていた

図右下のごとく, 1.0cm×2.0cm 大で, 弾性硬であり, 割面は黄白色を呈していた。

図5 組織像



図のごとく、慢性的脂肪織炎を呈していた。

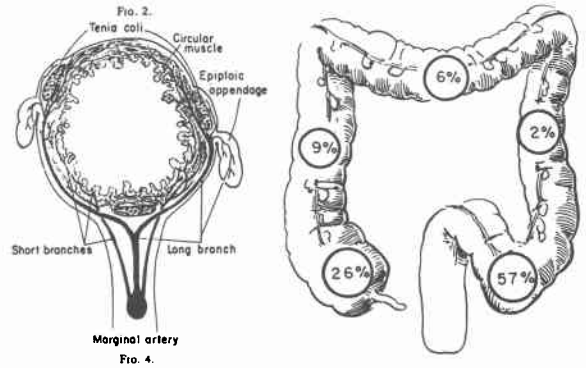
た。そこでこれらの腹膜垂を根部にて結紮切離した。腸管自体に腫瘍はなく、また他臓器に炎症性病変も認められなかった。

病理組織学的所見：切除標本は図4に示すごとく、1.0cm×2.0cm大で、弾性硬であり剖面は黄白色を呈していた。組織像は図5のごとく脂肪織内に好中球、リンパ球、組織球などがびまん性にみとめられ、巨細胞も多数散見され、いわゆる慢性的脂肪織炎の所見を呈していた。

考 察

腹膜垂は直腸以外の虫垂を含めた全結腸にあり、胎生5ヵ月目にはすでに認められるが、出生時にはなお痕跡的で、成人になって初めて脂肪が沈着するようになって十分に発育してくるもので、よく動き拡張しやすいS状結腸、盲腸に多くその数は約100個とされている⁶⁾。自由結腸紐にそって通常2列、長さは0.5cmから5.0cm⁷⁾平均3.0cm⁸⁾である。その機能としては腸管拡張時の伸展した腸壁の血流確保、大網と同様の防御作用、液体の吸収、脂肪の貯蔵、腸管の protective bumper ないしは、蠕動時の protective cushion などがあげられているが、確かなことは不明である⁹⁾。腹膜垂炎の発生機転としては基部が捻転し、梗塞をおこすためとされている⁹⁾。炎症が緩徐で慢性であれば無症状に経過し、組織が器質化して腸壁より分離し、腹腔内遊離体となることもある⁹⁾とされている。好発年齢

図6 解剖と好発部位



(Thomas ら¹⁾より引用)

は20~50歳代の青壮年層であり^{1)8)~10)}、腹膜垂のまだ発達していない子供ではごくまれで、年少者にみられる場合は大半は肥満が関与している。男女差はないが、やや男性に多く^{1)8)~10)}、部位別では図6のごとくS状結腸、盲腸に多い¹⁾。腹膜垂炎は全結腸におこりうるために腹痛の部位は一定せず、また特有な検査所見は認められないため、術前の診断は困難であり、急性、慢性虫垂炎、憩室炎と診断される事が多く、腹膜垂炎と診断されたのは約2%にすぎない¹⁾。肥満の傾向にある人で、腹痛を訴える割には他の腹部症状および全身症状が軽く、腸管外性の炎性が疑われる場合や、すでに虫垂切除術をうけている場合、開腹しても予想された病変がみられない場合などには、本疾患の存在を念頭において対処すべきであり、また急性腹症の原因の1つになりうることも常に認識することが必要であろう。

おわりに

38歳男性にみられたS状結腸腹膜垂炎の1例を報告し、その診断の困難なことを強調した。

なお、本文の要旨は第40回日本消化器病学会近畿地方会(昭和59年2月18日)において発表した。

文 献

- 1) Thomas JH, Rosato FE, Patterson LT: Epiploic appendagitis. Surg Gynecol Obstet 138: 23-25, 1974
- 2) 池田 正: 腹膜垂が嵌入した股ヘルニアの1例. 外科 16: 764-765, 1954
- 3) 辻 弘, 鷹田善朗: 虫垂炎と誤診せる腹膜垂捻転症の1例. 外科 20: 227-229, 1958
- 4) 中 隆, 新野武吉: 腹膜垂炎の1例. 臨外 20: 1305-1306, 1965

- 5) 長嶋起久雄, 緒方伸男, 星 雅人ほか: 腹膜垂炎の臨床. 外科 39: 490—493, 1977
 - 6) Pines B, Rabinovitch J, Biller SB: Primary torsion and infarction of the appendices epiploicae. Arch Surg 42: 775—787, 1941
 - 7) Hunt VC: Torsion of appendices epiploicae. Ann Surg 69: 31—46, 1979
 - 8) Lynn TE, Dockerty MB, Wangh JM: A clinico-pathologic study of the epiploic appendages. Surg Gyencol obstet 103: 423—433, 1956
 - 9) Marin is TP, Cheek JH: Primary inflammation of the appendices epiploicae. Ann Surg 129: 553—537, 1949
 - 10) Fieber SS, Forman J: Appedices epiploicae, clinical pathological considerations. Arch Surg 66: 329—338, 1958
-