

良性十二指腸S状結腸瘻の1例

西宮市立中央病院外科

堀井 明 野口 貞夫 柴田 信博

A CASE REPORT OF BENIGN DUODENOCOLIC FISTULA

Akira HORII, Sadao NOGUCHI and Nobuhiro SHIBATA

Department of Surgery, Nishinomiya Municipal Central Hospital

索引用語：十二指腸結腸瘻，十二指腸憩室

I. はじめに

良性疾患に起因して十二指腸と胆道系との間に内瘻を形成することは比較的多くみられるが¹⁾，十二指腸と結腸との間に内瘻を形成することは少ない^{1)~6)}。特に，十二指腸とS状結腸との間に内瘻が生じることは極めてまれで，本邦では報告例を見出せなかった。

われわれは，十二指腸憩室炎にもとづいて生じたと考えられる十二指腸S状結腸瘻の1例を経験したので，文献的考察を加えて報告する。

II. 症 例

患者：63歳，男性。

主訴：頻回の下痢。

家族歴：母親が癌（原発不詳）で死亡。

既往歴：43歳の時，肺結核のため，胸郭成形術をうけている。

現病歴：昭和57年夏ごろより下痢が頻回におこるようになり，近医を受診した。注腸造影により，S状結腸と十二指腸との間に交通があることを指摘され，当院に紹介された。昭和57年10月4日，精査および手術の目的で，当院外科に入院した。全経過を通じて食物通過障害，さらには腹痛，および体重減少も認めなかった。

入院時現症：体格，栄養は中等度で，全身状態は良好である。背部に手術創がある以外には，理学的異常を認めなかった。

入院時一般検査成績：貧血，低蛋白血症，電解質異常なく，他にも特記すべき所見はなかった。また，便潜血反応も陰性であった。

注腸造影所見：造影剤がS状結腸から十二指腸へ逆

流しているのが認められた。十二指腸下行脚に憩室を認めるが，S状結腸には憩室は確認されなかった。瘻孔周囲の粘膜には瘻孔に向うひだの集中が認められるが，隆起，陥凹などの病変は認められなかった(図1)。

大腸ファイバースコープ所見：肛門輪より約25cm口側に瘻孔があり，そこから十二指腸液と思われる黄褐色の液体の流出が確認された。瘻孔周囲は，やや発赤し，浮腫状である(図2)。肛門輪より35cmの部位まで観察したが，瘻孔以外には病変を認めなかった。

図1 注腸造影

注腸された造影剤は瘻孔(→)を通り十二指腸へ流入し，十二指腸・小腸が造影されている。十二指腸には憩室(⇐)がある。

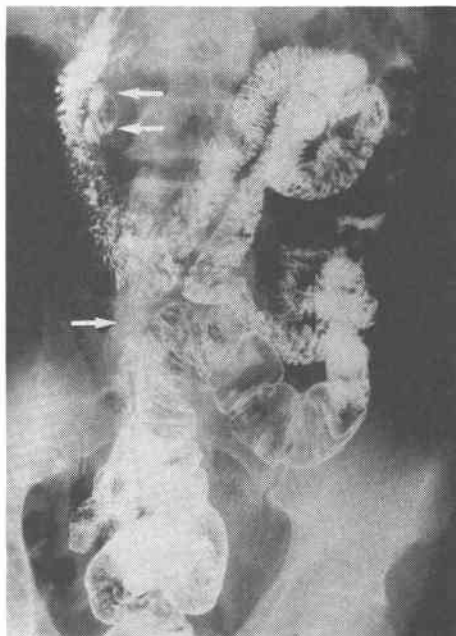
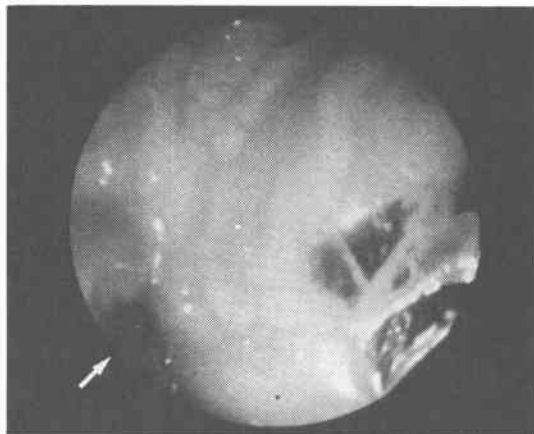


図2 大腸ファイバースコープ

矢印の部分が瘻孔。ここから十二指腸液と思われる液が流出してくる。



以上の検査成績から、良性十二指腸S状結腸瘻と診断し、昭和57年10月13日、手術を施行した。

手術所見：中腹部正中切開にて開腹した。腹腔内に線維性癒着を高度に認めた。癒着を鋭的、鈍的に剥離していくと、十二指腸水平脚とS状結腸とが炎症性に癒着している部位があり、ここを瘻孔の部位と判断し、十二指腸側で切離した。切離断端は、十二指腸側、S状結腸側、ともに内腔に通じており、ここが瘻孔部位であることが確認された。十二指腸側は縫合閉鎖した。S状結腸は瘻孔を含めて部分切除し、炎症のない部位で端端吻合した。

図3 切除標本（結腸粘膜側）ゾンデは瘻孔を示す。

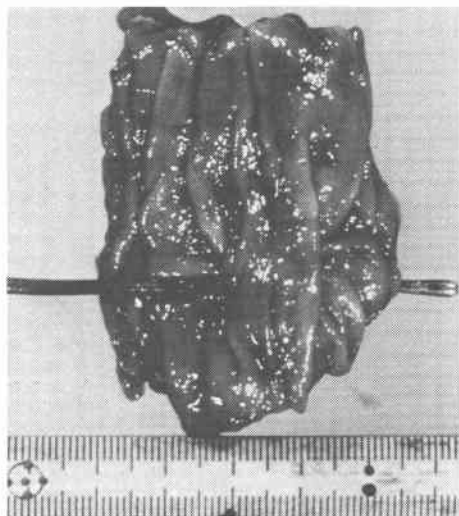
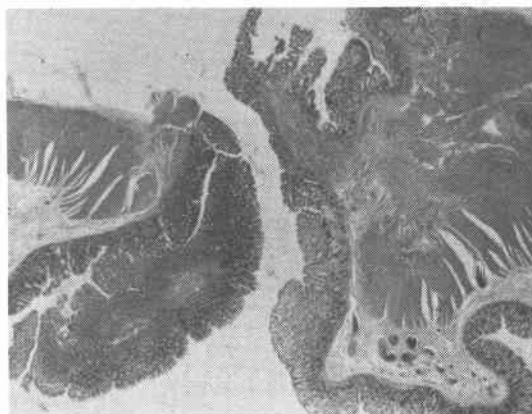


図4 病理組織標本（HE×10）

上方が十二指腸側、下方が結腸側。瘻孔内には結腸粘膜が入りこんでいる。



切除標本所見：結腸粘膜は漿膜側に比べ炎症性変化に乏しく、瘻孔形成の他には特に異常所見を認めなかった（図3）。組織学的にも悪性所見は認められず、十二指腸とS状結腸の間の瘻孔に随伴する非特異的炎症所見のみであった（図4）。

術後経過：術前にみられた頻回の下痢は消失し、術後2年4カ月経過した現在、患者は元気に社会復帰している。

III. 考 察

良性十二指腸結腸瘻は、消化管内瘻の中でもまれな病変で、1963年に Sanderson が十二指腸憩室に起因する十二指腸結腸瘻を報告して以来、症例報告が散見される程度である。

McQuaide ら²⁾は、1979年に90例の良性十二指腸結腸瘻を集計分析している、それによると、部位別では、十二指腸側は、2nd portion が約4割、3rd portion が約2割、さらに、この間のものが約1割と、2nd-3rd portion が約7割を占めている。結腸側では、横行結腸が約6割、肝曲部が約2割、上行結腸が約1割となっている。S状結腸に通じたものは2例のみであった。西村ら¹⁾の本邦集計では、9例が報告されているが、十二指腸側では2nd-3rd portion が5例、1st portion が2例、不明が2例で、結腸側では、横行結腸が4例、肝曲部が4例、上行結腸が1例であり、S状結腸へ通じたものはみられなかった。Smith ら³⁾によると、十二指腸と横行結腸起始部や肝曲部とは後腹膜腔で互いに近い距盆にある部分があり、炎症によって相互に影響を及ぼし内瘻を形成するのであるが、実際には、その頻度は低い、と述べられている。内瘻形成の原因と

して、McQuaideら²⁾の集計では、十二指腸潰瘍、胆石・胆嚢炎、結核、憩室炎、クローン病、虫垂炎、異物によるものなどがあるが、原因不明のものもある。最近では、クローン病によるものが多くなっている¹⁾³⁾⁴⁾。診断には、注腸造影が有用であったものが多いが²⁾⁵⁾⁶⁾、上部消化管造影や低緊張性十二指腸造影が有用であるという報告もあり¹⁾⁵⁾、Yasuiら⁵⁾は、自験例2例を考えあわせううえで、上部消化管透視が最も簡便で有用な検査であり、低緊張性十二指腸造影や注腸造影は、良性と悪性の区別をつけたり、上部消化管透視による診断を確実にするために有用であると、述べている。

本症例は、頻回の下痢を主訴に受診し、注腸造影により十二指腸S状結腸瘻と診断された。十二指腸下行脚には憩室を認めるが、S状結腸には憩室を認めず、臨床症状も、S状結腸憩室炎を思わせる腹痛の既往はみられなかった。また、肉眼的炎症所見も、S状結腸憩室炎の場合によく見られるような高度なものではなかった。病理組織学的にも、瘻孔周囲に特異的な炎症所見はなかった。このため十二指腸の憩室炎にもとづく十二指腸S状結腸瘻と考えるのが臨床病理学的にも納得できると考えている。

十二指腸憩室炎にもとづく十二指腸結腸瘻は、本邦5例目であり¹⁾⁵⁾、十二指腸とS状結腸との間に瘻孔形成をみたものは、本邦では初めてと思われる。

十二指腸憩室炎による十二指腸結腸瘻の主な症状は下痢であり、その他に、食欲不振、腹部膨満、心窩部不快感、便秘などが記載されている¹⁾⁵⁾。自然治癒することは、まずおこらないので²⁾⁴⁾⁷⁾、外科的治療の対象となる。術式としては、憩室炎による場合、瘻孔切除で

十分であろうが、周囲に高度な炎症があれば、炎症病変を含む腸管の部分切除なども必要となる¹⁾²⁾⁴⁾⁵⁾⁷⁾。憩室炎による十二指腸結腸瘻の場合、予後は良好である¹⁾⁵⁾。

IV. おわりに

極めてまれな、十二指腸憩室炎によると思われる十二指腸S状結腸瘻の症例を経験したので、文献的考察を加えて報告した。

本論文の要旨は、第133回近畿外科学会(昭和58年5月、京都市)で発表した。

文 献

- 1) 西村 正, 小野典郎, 吉原 渡ほか: 憩室に起因する十二指腸横行結腸瘻の1例. 消化 3: 695-700, 1980
- 2) McQuaide JR, Naidoo G: Benign duodenocolic fistula. S Afr Med J 55: 600-604, 1979
- 3) Smith TR, Goldin RR: Radiographic and clinical sequelae of the duodenocolic anatomic relationship. Dis Colon Rectum 20: 257-262, 1979
- 4) Howat JMT, Schofield PF: Benign duodenocolic fistula. Br J Surg 65: 513-515, 1978
- 5) Yasui K, Tsukaguchi I, Ohara S et al: Benign duodenocolic fistula due to duodenal diverticulum. Radiology 130: 67-70, 1979
- 6) Gregory JG: Benign duodenocolic fistula. Med Trial Tech Q 17: 49-57, 1979
- 7) Rhodes A, Williams JA: Benign duodenocolic fistula. Surg Gyencol Obstet 123: 1071-1074, 1966