

## 多発性穿孔性の原発性非特異性小腸潰瘍の1例

名古屋市立大学第2外科, 豊川市民病院外科\*

榊原 堅式	片岡 誠	橋本 隆彦	成瀬 正治
佐本 常男	渡會 長生	山本 純	林 聰一
藤井 康	高木 格	深尾 俊一	正岡 昭
丹羽 傳*	角岡 秀彦*		

### A CASE OF MULTIPLE PERFORATIVE PRIMARY NONSPECIFIC ULCERS OF THE SMALL INTESTINE

Kenichi SAKAKIBARA, Makoto KATAOKA, Takahiko HASHIMOTO,  
Masaharu NARUSE, Tsuneo SAMOTO, Nagao WATARAI,  
Jun YAMAMOTO, Soichi HAYASHI, Yasushi FUJII,  
Itaru TAKAGI, Syunichi FUKAO, Akira MASAOKA,  
Tutou NIWA\* and Hidehiko TSUNOOKA\*

2nd Department of Surgery, Nagoya City University Medical School  
and Toyokawa City Hospital\*

索引用語: 多発性穿孔性小腸潰瘍, 原発性非特異性小腸潰瘍

#### はじめに

小腸の多発性の非特異性潰瘍<sup>1)</sup>はまれで, いまだ不明な点が少なくない。われわれは汎発性腹膜炎にて手術を施行したところ, 空腸起始部から回腸末端に至るまで散在性に潰瘍が存在し, その一部が穿孔していた, 高齢者の多発性穿孔性の原発性非特異性小腸潰瘍を経験したので報告する。

#### 症 例

患者: 75歳, 男性。

主訴: 発熱, 腹痛。

家族歴・既往歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 1983年12月下旬より, 腹痛および38~39℃の発熱が出現し, 近医にて加療。腹痛はやや軽快したが, 発熱が持続するため, 翌1984年1月5日当院内科を受診。1月9日精査のため入院となった。内科入院時は腹痛はなく, 特記すべき腹部異常所見も認めず, 発熱の原因について精査が進められていた。内科入院後8病日目の1月16日, 突然腹部激痛をきたし, 急性腹症として外科紹介された。

現症: 体格中等度にて栄養はやや不良。顔貌は苦悶状で呼吸はやや促進し, 脈拍124/分にて緊張良なるも頻。血圧120/0。眼瞼結膜は貧血様。腹部は全体に筋性防御が著明で, 圧痛およびBlumberg徴侯がともに強

陽性に認められ, 汎発性腹膜炎によるショック様症状を呈していた。陰部潰瘍や痔瘻は認めず。

検査所見: 内科入院時の一般検査では, 赤血球340万, Hb 9.3g/dl, Ht 29.4%と中等度の貧血を呈していたが, 白血球は6,500であった。便潜血は陽性。血清蛋白は6.7g/dl。肝機能は異常所見を認めず。血沈は50/1h, 97/2hと亢進しCRP(3+)であった。外科転科時は, 白血球12,700と増多し, GOT 112 IU/l, GPT 27 IU/l, LDH 964U, ALP 204 IU/l, BUN 73.8mg/dl, Na 159mEq/l, K 6.5mEq/lとショックによる多臓器障害の様相を呈していた(表1)。胸部単純X線写真では, 横隔膜下の明らかな遊離ガス像を認めたため, 消化管穿孔による汎発性腹膜炎と診断し緊急手術を施行した。

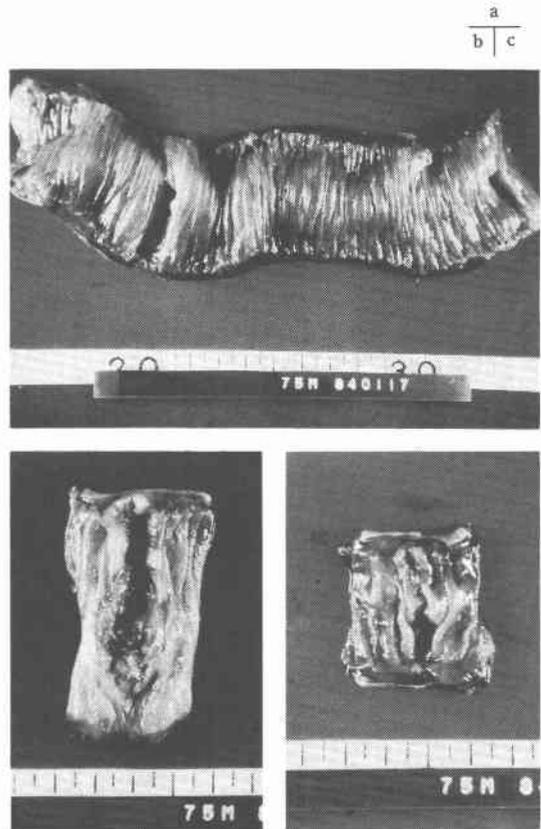
手術時所見: 腹部正中切開にて開腹すると, 腹腔内には膿性腹水が多量に貯留し, 膿苔が腹腔内のいたるところに厚く付着していた。胃前庭部大弯側と胆嚢との陳旧性の癒着を認めるも, 胃・十二指腸・胆嚢には穿孔部を認めなかった。次いで小腸を検索すると, Treitz 靱帯から90cmの空腸から, 320cmの回腸までに, 7個所の散在性の発赤がみられ, そのうち3個所に穿孔を認め, 穿孔部の1個所は膀胱壁に被覆されダグラス窩膿瘍を形成していた。結腸には異常所見を認めず, また腸間膜リンパ節腫脹も認めなかった。腹腔内を十分洗浄したところ, 大部分の腸管の色調は虚血性的の変化なく良好であったので, 大量腸切除を避ける

<1986年2月12日受理>別刷請求先: 榊原 堅式  
〒467 名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄1 名古屋市立大学医学部第2外科

表1 検査所見

	内科入院時	外科転科時
WBC	6500	12700
RBC	340×10 <sup>4</sup>	319×10 <sup>4</sup>
Hb	9.3g/dl	9.0g/dl
Ht	29.4%	27.7%
PLT	44.3×10 <sup>4</sup>	50.3×10 <sup>4</sup>
TP	6.7g/dl	6.6g/dl
A/G	1.0	
TB	0.3mg/dl	1.5mg/dl
GOT	31IU/l	112IU/l
GPT	24IU/l	27IU/l
LDH	419U	964U
ALP	164IU/l	204IU/l
Chol	145mg/dl	
BUN	14.7mg/dl	73.8mg/dl
Glu	104mg/dl	130mg/dl
Na	140mEq/l	159mEq/l
K	4.3mEq/l	6.5mEq/l
Cl	103mEq/l	100mEq/l
CEA (Z-GEL)	6.8ng/ml	
CRP	(3+)	
RA	(-)	
血沈	50/1h, 97/2h	
検尿 蛋白	(-)	
糖	(-)	
便潜血	(+)	
血液培養		陰性

図1 摘出標本。a: 図2の②③の切除部、b: 図2の①の切除部、c: 図2の④の切除部。腸管は全体にやや浮腫状で、境界明瞭な、輪状、あるいは類円形の深い潰瘍が見られる。



ために、病変部を4個所にまとめて切除し、それぞれ端々吻合した。

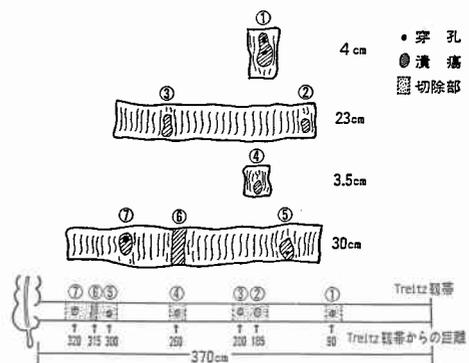
切除小腸肉眼所見：それぞれを腸間膜附着部反対側にて切開すると、腸管は全体に浮腫状であるが狭窄所見はなく、図1に見られる様に、腸間膜附着部に近く、病変部と健常部が明瞭に境界された比較的新鮮な、輪状の、あるいは類円形の深い潰瘍がみられ、その一部に穿孔を認めたが、虚血性腸炎に特徴的な不整形や地図状の壊死の所見は認められなかった。これをスキーマしたのが図2である。

組織学的所見：病理組織学的には、潰瘍はUI-II~IVで、潰瘍辺縁は境界明瞭にて、潰瘍底には、非特異性肉芽が形成されている(図3)。強拡大では炎症性細胞の浸潤が高度にみられるが、閉塞や血管炎の所見は認めず、いわゆる非特異性単純性潰瘍の所見であった(図4)。以上の結果より、多発性穿孔性の非特異性小腸潰瘍による汎発性腹膜炎と診断した。

術後経過：患者は術後2日目より縫合不全の所見を呈し、また腎不全もきたし、治療の効なく、10日目に死亡した。

剖検所見：剖検では、4個所の吻合中、口側より2番目の吻合部に縫合不全がみられ、それより30cm口側に手術時と同所見を呈する、境界明瞭な輪状の新しい潰瘍穿孔がみられた。その他の消化管には特記すべき異常所見を認めなかった。全身性には、かなり高度の動脈硬化の像を認め、腸間膜にも高度の動脈硬化の所見が存在した(図5)が、血管炎や特異性炎の所見を認めなかった。

図2 切除標本略図



考 察

小腸に多発性に非特異性潰瘍をきたす疾患として、腸結核、Crohn病、Behçet病のほか、岡部・崎村ら<sup>2)</sup>

の提唱する非特異性多発性小腸潰瘍が知られている。これは、主として若年者を侵し、長期にわたる腸管出血と続発性貧血、低タンパク血症を主症状とし、病理

学的には、回腸の中下部の浅い多発性潰瘍を基本的な病像とし、Crohn 病の特異所見を欠いているものとしている。

一方、池田<sup>3)</sup>は、原発性非特異性小腸潰瘍で時に多発する物があると述べている。すなわち、欧米で以前から言われている Simple Ulcer あるいは Non Specific Ulcer of intestine を原発性非特異性小腸潰瘍とし、症例の大部分は成人で、辺縁が鋭利で明瞭な潰瘍が単発、時に2個以上、例外なく腸間膜附着部反対側にみられ、腸穿孔、腸狭窄、腸出血などの合併症によって受診するものが多いとしている。これに対し Evert<sup>4)</sup>や Watson<sup>5)</sup>は潰瘍と腸間膜附着部との関係は一定していないとしており、また Evert<sup>4)</sup>や Morlock<sup>6)</sup>の報告では、穿孔しているものはほとんど単発性の潰瘍で、多発性穿孔性のものは極めてまれである。

その他、膠原病、虚血性腸炎、放射線、薬剤(KCl 腸溶錠、ステロイドなど)によるものや分類不能な多発性小腸潰瘍の報告も散見され<sup>7)8)</sup>、またイレウスによる

図3 図2の②の潰瘍のルーベ像

UI-IIIの潰瘍で辺縁は境界明瞭である(H.E.染色)

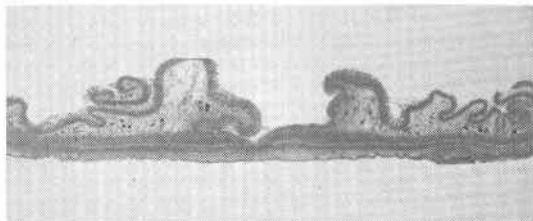


図4 図3の強拡大。潰瘍辺縁には炎症細胞の浸潤が高度に見られる(H.E.染色, ×40)



図5 腸間膜の動脈(剖検時標本)。腸間膜の動脈の内腔は狭小化し、高度の動脈硬化を呈していた(H.E.染色, ×40)

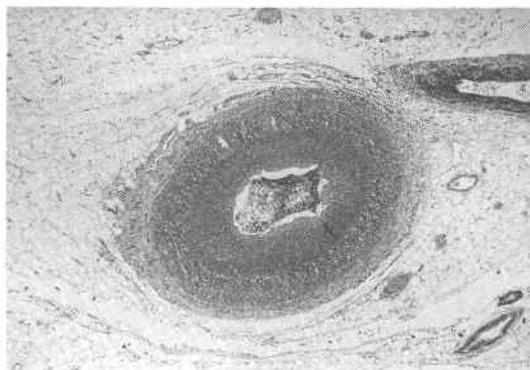


表2 多発性穿孔性の非特異性小腸潰瘍の報告例

報告者	年齢	性	小腸病変部位	腸間膜との関係	潰瘍数	穿孔数	術後経過	既往歴
児 玉 <sup>10)</sup>	68	男	回腸末端より40cm	附着部の対側	6	2	21日目死亡	肺結核治療中
	75	男	回腸末端より40cm	附着部の対側	—	2	29日目死亡	肺結核治療中
	73	男	回腸末端より10cmから20cmの間	附着部の対側	7	3	30日目死亡	肺結核治療中
柴 田 <sup>11)</sup>	51	男	Billroth II法吻合部から2m	—	4	1	—	胃切除術(11年前)
北 村 <sup>12)</sup>	61	女	回腸末端より20cm	一定の関係なし	6	1	生 存	
	41	女	回腸末端より10cm	附着部の対側	3	—	2日目死亡	肺結核治療中
長谷川 <sup>13)</sup>	33	男	回腸末端より20cmから60cm	附着部の対側	2	2	生 存	
本例	75	男	Treitz 靱帯から90cmから320cm	附着部近位	7	3	10日目死亡	

多発性小腸潰瘍の報告もあり<sup>9)</sup>、多発性の非特異性小腸潰瘍の鑑別診断には今なお問題点が多い。

比較的記載のよくなされた本邦の原因不明の多発性穿孔性の非特異性小腸潰瘍はわれわれが調べた範囲では、表2のごとくで、いずれも回腸に発生しており<sup>10)~13)</sup>、空腸から回腸まで多発して穿孔しているものは極めてまれと考えられる。原ら<sup>14)</sup>は、原発性非特異性小腸潰瘍の発生に関して腸管の血行障害を示唆しており、彼らのイヌでの実験では、腸管における血行障害の程度により、びまん性の病変を起こすことも、punched outの潰瘍をつくることもあること、潰瘍の数は1個のことも多発することもあること、および潰瘍の深さに関しては早期に穿孔するものから、比較的浅い潰瘍で慢性化して線維化を示すものまで種々の像が得られたことを報告している。また宮治ら<sup>15)</sup>は、高齢者においては動脈硬化による慢性の血流障害が基礎にあり、その上に種々の因子が関連して腸粘膜に多彩な変化を引き起こすと述べている。

本症例は、腸間膜リンパ節の腫脹はなく、腸壁肥厚や腸間膜肥厚などの増殖性変化はみられず、剖検でも全身性の動脈硬化の所見以外に血管性病変も認められず、発症前に薬剤服用の既往のないことなどの点から、腸結核、Crohn病、Behçet病、膠原病、薬剤によるものとは区別される。穿孔していること、低蛋白血症や栄養障害歴のないことなどからも、岡部らのいわゆる非特異性多発性小腸潰瘍と病像を異にしており、また、腸間膜血管の狭小化があるものの潰瘍の形態より虚血性腸炎の特徴を欠いている。これらの点から、腸間膜附着部近位の潰瘍で多発しているが、潰瘍の形態的特徴より、本例を多発性穿孔性の原発性非特異性小腸潰瘍とした。本例は全身性の動脈硬化が存在し、腸間膜の動脈硬化による循環障害が潰瘍形成に関与した可能性があると考えられる極めて興味深い症例であると思われる。

また、手術時に、腹腔内を洗浄したところ、腸管の色調は比較的良好で、病変部のみの変化と思われたため、術後のShort bowel syndromeを避ける意味で、あえて、それぞれの部分切除をして縫合個所を多くした。しかし、結果的には縫合不全をきたしており、血行障害を示唆される患者では縫合不全をきたしやすと考えられるため、たとえShort bowel syndromeが予想されても、一括切除により吻合部の数を減らし、縫合不全の可能性を低下させるべきであったと考えている。また、剖検にて新しい潰瘍穿孔が認められており、それが新生の潰瘍か否かは不明であるが、その部が手術時にすでに潰瘍として存在していた可能性もあ

ることを考えると、いかに緊急手術とはいえ、術中内視鏡検査も併用して、潰瘍の有無を確認し、病変部を残すことなく切除すべきであったと考えている。

#### おわりに

空腸起始部から回腸末端まで散在性に7個所の潰瘍が存在し、その内3個所が穿孔していた高齢者の多発性穿孔性の原発性非特異性小腸潰瘍を報告し若干の考察を加えて報告した。

本症例は豊川市民病院における症例で、一部は第209回東海外科学会において発表した。

#### 文 献

- 1) 池永達雄：多発性小腸潰瘍。木本誠二監修。現代外科学体系年間追補。78C。東京、中山書店、1978、p121-144
- 2) 岡部治弥、崎村正弘：仮称“非特異性多発性小腸潰瘍症”。胃と腸 3：1539-1549、1968
- 3) 池田典次、嶋田 紘：原発性非特異性腸潰瘍とクローン病の異同について。日臨 35：1913-1917、1977
- 4) Evert JA, Black BM, Dockerty MB: Primary nonspecific ulcers of the small intestine. Surgery 23: 185-200, 1948
- 5) Watson MR, Calif SJ: Primary nonspecific ulceration of the small bowel. Arch Surg 87: 600-603, 1963
- 6) Morlock CG, Goehrs HR, Dockerty MB: Primary nonspecific ulcers of the small intestine: Clinicopathologic study of 18 cases with follow-up of 14 previously reported cases. Gastroenterology 31: 667-682, 1956
- 7) 三好洋二、田村矩章、古城治彦ほか：炎症性ポリープを伴った非特異性多発性小腸潰瘍の1例。胃と腸 11: 215-220, 1976
- 8) 鎗水民生、平井三郎、早坂 徹ほか：多発性小腸潰瘍の1例。神奈川医会誌 6: 77-78, 1979
- 9) 三宅哲也、小池 宏、福田宏司ほか：大腸癌イレウスに随伴した閉塞性小腸炎に見られた非特異性多発性潰瘍の2例—その考察。日臨外医会誌 45: 1154-1161, 1984
- 10) 児玉 宏、小林博暉、木村俊二：多発性穿孔性回腸潰瘍症の3例。外科治療 34: 109-115, 1976
- 11) 柴田族光、富士原正保：原発性非特異性多発性小腸潰瘍穿孔の1例。日臨外医会誌 37: 353, 1976
- 12) 北村公男：Simple Ulcerの多発例。蜂須賀喜多男、中野 哲編、小腸疾患の診断と治療—症例を中心として—。東京、医学図書出版、1980、p90-92
- 13) 長谷川親太郎、久保内光一、岡本純哉ほか：瘻孔とDouglas窩膿瘍をともなった原発性非特異性小腸潰瘍の1治療例。医療 38: 798-801, 1984
- 14) 原 宏介、鈴木雄次郎、山城守也ほか：孤立性の原発性特異性小腸潰瘍穿孔例。胃と腸 9: 1599-1603, 1974
- 15) 宮地 真、伊藤 誠、鈴木邦彦ほか：高齢者における血行障害性腸病変。胃と腸 14: 615-626, 1979