

非特異性腸潰瘍の外科治療

—特に手術成績と術後再発の問題について—

東北大学第1外科 (主任: 佐藤寿雄教授)

舟山 裕士 佐々木 巖 今村 幹雄 内藤 広郎
神山 泰彦 戸田 守彦 鈴木 祥郎

SURGICAL TREATMENT FOR NONSPECIFIC ULCER OF THE INTESTINE WITH SPECIAL RESPECT TO THE SURGICAL RESULTS AND THE PROBLEM OF THE RECURRENCE

Yuji FUNAYAMA, Iwao SASAKI, Mikio IMAMURA,
Hiroo NAITOU, Yasuhiko KAMIYAMA, Morihiko TODA
and Yoshiro SUZUKI

Department of Surgery, Tohoku University School of Medicine

昭和36年以来教室で経験した非特異性腸潰瘍25例の外科治療成績について再発例を中心とした検討を行った。その結果、外科治療成績は一般に良好であるが、25例中9例(36%)に再発がみられ、なかには予後不良例も認められた。再発はU1-IIの小腸潰瘍は残存小腸に、U1-III~IVの小腸潰瘍および回盲部潰瘍では吻合部に発生する傾向があった。遠隔調査時における経過は良好で、長期間の保存的治療にも改善のみられない症例には外科的治療を考慮してよいと思われた。一方、再発を繰り返す難治例やいわゆる“非特異性多発性小腸潰瘍症”についてはCrohn病に準じ慎重に対処する必要があると思われた。

索引用語: 非特異性腸潰瘍, 非特異性多発性小腸潰瘍症

はじめに

大腸、小腸に生ずる原因不明の腸潰瘍のなかで、Crohn病、潰瘍性大腸炎などに関する報告は多い。しかし、これらのいずれにも含まれず発生の原因や誘因がまったく不明なものが、これらは非特異性腸潰瘍(non-specific ulcer)または単純性腸潰瘍(simple ulcer)あるいは、孤立性腸潰瘍(solitary ulcer)などと呼ばれており最近注目をあつめている。

非特異性腸潰瘍は1830年 Cruveilhier が結腸について記載したのが最初で、小腸についてはこれより早く1805年 Baillie が報告しているとされる。本邦では1936年亀井¹⁾が「盲腸部円形潰瘍の1例」として報告したのが最初である。以来、内外で数多くの症例が報告され集積されている。本邦における集計報告は小腸に

おいては、1974年原²⁾の60例、1980年笹原³⁾の92例などがあり、結腸においては、1972年山形⁴⁾の10例に始まり、1982年杉野⁵⁾の55例と多くの報告があげられる。昭和53年度特発性腸管障害調査研究班⁶⁾のアンケート調査ではそれまでの10年間における計143例の非特異性腸潰瘍が集計されている。

このように非特異性腸潰瘍はまれながらも古くから報告のなされている疾患であるが、いまだ本態は不明である。最近では診断技術の向上のみならず疾患の対する認識が深まるにつれて、診断は比較的正確になされるようになり報告例も増加しつつある。治療に関しては再発を繰り返し治療に難渋する症例もすくなくないが、一方、本疾患の治療、特に外科的治療成績についてはこれまでに十分な検討がなされたとはいえない。

東北大学第1外科では昭和36年よりこれまでに非特異性腸潰瘍の手術例を25例経験している。今回われわ

<1986年4月9日受理>別刷請求先: 舟山 裕士
〒980 仙台市星陵町1-1 東北大学医学部第1外科

れはこれらの手術症例の臨床的特徴にふれ、また再発例を中心とした手術成績について検討を加えたので報告する。

対象および検索方法

対象とした症例は、昭和36年以来現在までに東北大学第1外科で経験した非特異性腸潰瘍の切除例計25例である。男女比は11:14、初回手術時の平均年齢は43.2±14.1歳で最年少は14歳、最年長は70歳であった。最終手術後の経過観察期間は平均8.7±7.0年(2ヵ月~23年)であり再(々)手術をうけたものは8例である。死亡例は6例あるがうち3例が他病死で本疾患による死亡例は3例であった(表1)。診断にあたってはCrohn病、潰瘍性大腸炎、虚血性大腸炎、膠原病やBehçet病など全身疾患に伴うもの、放射線障害や薬剤によるもの、および結核などの感染性腸炎を除外するため、これら手術例の病歴、手術所見、標本所見、組織所見を検討した。術後遠隔成績については問診およびアンケート調査を行い、さらに再発については症例により注腸および内視鏡検査も行った。

検索結果

1. 潰瘍発生部位と潰瘍の深さ

初発部位を初回手術時の所見により分類すると小腸が14例、結腸が3例、回盲部が8例であった。小腸14例のうち8例は、潰瘍が最も深い箇所でも粘膜下層をこえないUI-IIの小腸潰瘍であり、潰瘍の数は1例の単発例を除き7例が多発例であった。また、他の6例はいずれも潰瘍が固有筋層以下に達するUI-III~IVの多発性潰瘍であった。これらの小腸潰瘍の初発部位は中部小腸に存在したものが2例であるが、下部小腸~回腸末端部が12例であり、圧倒的に下部小腸に多かった。さらに12例中8例は回腸末端部(回盲弁より口側60cmまでとする)に発生していた。結腸の3例は1例が上行結腸(UI-IV)で、2例がS状結腸(UI-II)であった。回盲部潰瘍8例のうち、主潰瘍が回腸、結腸の両方にあきらかにまたがってみられたものは5例で、いずれも筋層を貫くUI-IVの深い下掘れ潰瘍であった(表2, 3)。

2. 潰瘍発生部位別にみた臨床症状

非特異性腸潰瘍における症状を初発部位別においてみると、表4に示すごとくである。腹痛はUI-IIの小腸潰瘍で若干すくないものの、いずれの病型においても同様にみられた。UI-IIの小腸潰瘍における特徴は下血、浮腫であり、UI-III~IVの小腸潰瘍では発熱、回盲部潰瘍においては体重減少であった。UI-IIの小腸潰瘍

表1 症例の概要

症例数	25例
男:女	11:14
初回手術時年齢	43.2歳(14~70)
最終手術後	
経過観察期間	8.7年(2ヵ月~23年)
死亡例	6
(他病死)	3)

表2 非特異性腸潰瘍の初発部位

小腸	14例
結腸	3
回盲部	8

表3 非特異性腸潰瘍の概要(2)

初発部位	症例数	初回手術時平均年齢	男女比
小腸(UI-II)	8例	32.8歳	5:3
小腸(UI-III~IV)	6	55.3	3:3
回盲部	8	41.5	2:6
結腸	3	51.7	1:2
計	25	43.2	11:14

表4 非特異性腸潰瘍の症状

初発部位	症例数	発熱					下痢	体重減少
		腹痛	下血	浮腫	発熱	下痢		
小腸(UI-II)	8	5	8	0	3	1	1例	
小腸(UI-III~IV)	6	6	2	3	0	1	2	
回盲部	8	8	2	2	0	2	6	
結腸	3	2	2	0	0	0	1	
計	25	21	14	5	3	4	10	

表5 非特異性腸潰瘍における術前診断

(非特異性)腸潰瘍	7例(28%)
Crohn病(限局性腸炎)	4(16)
回腸末端炎	2
蛋白漏出腸症	2
腹部(炎症性)腫瘍	2
腸結核	1
回腸ポリープ疑	1
穿孔性腹膜炎	1
大腸癌	4
悪性リンパ腫	1
計	25

表6 非特異性腸潰瘍に対する初回手術々式

初発部位	小腸切除	右半結腸切除	回盲部切除	その他	計
小腸(UI-II)	6 (1)	1 (1)	1 (1)	0	8 (3)例
小腸(UI-III~IV)	1	2 (1)	3 (1)	0	6 (2)
回盲部	0	3	5 (4)	0	8 (4)
結腸	0	1	0	2	3
計	7 (1)	7 (2)	9 (6)	2	25 (9)

() : 再発例

瘍にはいわゆる“非特異性多発性小腸潰瘍症”と思われるものまたはこれに類似するものが含まれており、これに一致する所見とおもわれる。

3. 術前診断および手術適応

術前診断は(非特異性)腸潰瘍7例, Crohn病(または限局性腸炎)4例, 回腸末端炎2例, 蛋白漏出性腸症2例, 腹部(炎症性)腫瘍2例, 腸結核1例, 回腸ポリープ疑1例, 穿孔性腹膜炎1例, 大腸癌4例, 悪性リンパ腫1例であった。このうち術前診断が悪性腫瘍であった5例はいずれも回盲部潰瘍の症例であった(表5)。

また, 初回手術における手術適応については, 出血が6例, 穿孔が1例, 狭窄ないし閉塞が2例であり, ほかに内科的に難治で外科的治療により治癒または, 軽快することを期待し手術を施行したものが11例である。出血例はいずれも保存的にコントロール可能で緊急手術を要したものはなかった。術前診断で悪性疾患と診断され手術を施行したものは5例であった。

4. 全身合併症

非特異性腸潰瘍25例における全身合併症は, 消化性潰瘍(胃潰瘍2例, 十二指腸潰瘍1例)3例, 総腸間膜症2例, 胆石症2例, 高血圧症2例, 糖尿病2例, Sicca syndrome, アフタ性口内炎, 陰部潰瘍各1例であった。うち高血圧, 糖尿病の合併は3例の結腸潰瘍にみられたものである。

5. 手術術式

これらの非特異性腸潰瘍に対して行われた初回手術術式は, 表6に示すごとくUI-IIの小腸潰瘍については小腸切除6例, 右半結腸切除, 回盲部切除それぞれ1例で, UI-III~IVの小腸潰瘍では小腸切除1例, 右半結腸切除2例, 回盲部切除3例である。結腸潰瘍については右半結腸切除1例, S状結腸切除2例であり, 回盲部潰瘍については右半結腸切除3例, 回盲部切除5例であった。

6. 術後再発

次に非特異性腸潰瘍の再発例についてみると, 25例中9例(36%)に再発がみられ, これを初発時における病変部位別に分けて考えると, 小腸では14例中5例(36%)に, 結腸では3例とも再発はみられなかったが, 回盲部では8例中4例(50%)に再発がみられた。初回手術術式別にみた再発の内訳は, 小腸潰瘍では各術式間に差はみられなかったが, 回盲部潰瘍の再発例4例はすべて回盲部切除であった(表6, 7)。

これら9例の術後再発例の再発部位についてみると表8に示すごとくである。すなわち, UI-IIの小腸潰瘍の再発例3例の再発部位は不明の1例を除いては残存小腸で初発時とほぼ同様な組織像を示すUI-IIの浅い多発性潰瘍であった。UI-III~IVの小腸潰瘍の再発例

表7 非特異性腸潰瘍の再発例

初発部位	症例数	再発例
小腸	14	5例
結腸	3	0
回盲部	8	4
計	25	9(36%)

表8 非特異性腸潰瘍における再発部位

初発部位	再発例	再発部位		
		残存小腸	吻合部	不明
小腸(UI-II)	3	2	0	1(1)例
小腸(UI-III~IV)	2	0	2(2)	0
回盲部	4	0	4	0

() : 死亡例

表9 再発例の転帰

初発部位	再手術により治癒	再々発により内科的治療	再(々)発により死亡
小腸(5)	1	1	3例
回盲部(4)	3	1	0

2例はいずれも吻合部に発生していた。回盲部潰瘍もいずれもUI-IVの深い下掘れ潰瘍だったが再発例の4例もともに吻合部に発生し、これらの再発潰瘍はいずれもUI-IVの深い下掘れ潰瘍で、症例により主潰瘍よりも口側の回腸に小さな副潰瘍を伴っているものも認められた。すなわちUI-IIの小腸潰瘍は残存小腸に、UI-III~IVの小腸潰瘍および回盲部潰瘍は吻合部に再発する傾向であった。

これら再発例9例の転帰(表9)についてみると小腸潰瘍の5例では再手術により治癒したものが1例、術後再発をくしかえして現在内科的に治療中のものが1例、本疾患による死亡が3例であった。死亡例3例の死因は消化吸収障害による全身衰弱が1例と再発潰瘍からの出血が2例であった。回盲部潰瘍の再発例4例では再手術により治癒したものが3例、術後再発により内科的治療を行っているものが1例で、内科的治療群と死亡例をあわせると外科的治療に抵抗するものが5例あった。

7. 術後遠隔成績

生存例19例より入院治療中の1例と連絡不能の2例を除く16例について、アンケートによる術後遠隔調査をおこなった。すなわち、まったく愁訴のないもの5例、ときに腹痛のあるもの5例で、いずれの症例も日常生活に支障を訴えたものはなかった。また、アフタ性口内炎をくりかえすもの6例、陰部潰瘍が発生したものが1例あった。2例において一過性の下血がみられ、出血源は検査にて不明であったが、保存的に治癒した。術後再発をきたし内科的治療を外来通院にて継続している症例が1例あるが、良好に経過しており社会復帰している。また、入院治療中の1例は再発とShort bowelのための消化吸収障害が強いためIVHによる栄養管理をつづけており社会復帰は困難である。

考 察

本疾患の病因についてはいまだ明らかではないが、これまでに結腸ではStercoral ulcer説⁷⁾、Foreign body trauma説⁸⁾、感染説⁹⁾、憩室説⁷⁾、Stress説など多くの推測がなされてきたがなかでも血管系の関与が重視されている。これは血液凝固系の異常や組織学的に血管内にフィブリン血栓の存在が報告されていること¹⁰⁾に基づくものであるが、さらにMahoney¹¹⁾は腸管が虚血に陥るにはこのほかに神経系などの局所的異常が加味される必要があるとのべている。

小腸においても欧米では心疾患や高血圧、動脈硬化

などの心血管障害の合併が高率であるとの報告¹²⁾が多く、潰瘍形成の発生機序については虚血性変化によるものが有力と考えられている。また、小腸潰瘍が小腸のなかでも回腸末端部に特に多く発生する理由として、Frenckley¹³⁾は、injection technicにより、回腸末端部の血管が他の部分より特に充満されにくい現象をあけて、この部が血行障害を受けやすく、潰瘍発生の好発部位となりうることを示唆している。

著者らの小腸潰瘍症例における合併疾患には、循環障害を直接示唆するものはなかったが、結腸潰瘍ではいずれも高血圧、糖尿病の一方または両方を合併しており、これらに起因する腸管の血流障害が存在していた可能性が考えられる。本邦において報告された症例は、欧米のものに比べ必ずしも心血管障害を伴っておらず、またKCl腸溶錠やthiazide剤の使用歴のないものがほとんどであるため、本症の成因を考えると欧米の症例とある程度条件が異なることを考慮すべきであろう。

本来本疾患は比較的まれな疾患でその頻度は、Evert¹⁴⁾によれば非特異性小腸潰瘍の場合、Mayo Clinicにおける全登録患者の約10万分の1とされているが、著者らの症例25例では当科における全入院者数にしめる割合は0.17%であった。

発生部位についてみると、小腸潰瘍では、Evert¹⁴⁾、Boydston¹⁵⁾はともに、回腸とくに回腸末端部に多く、下部小腸ほど高頻度であると報告している。著者らの症例でも小腸潰瘍14例中12例が回腸であり、そのうち8例が回腸末端部であった。一方、結腸潰瘍の部位についてはBarron⁷⁾、Mark⁸⁾、Mahoney¹¹⁾、Ona¹⁶⁾によればいずれも盲腸に最も多く、次いで上行結腸、S状結腸の順に多く諸家の報告はほぼ一致している。著者らの成績でも回盲部8例、S状結腸2例、上行結腸1例でほぼ同様の結果であった。

つぎに臨床症状についてみると、小腸潰瘍においてはMorlock¹⁷⁾、Wayteら¹⁸⁾はいずれも閉塞または狭窄による腹痛、出血による下血または貧血、穿孔による腹膜炎症状など合併症による症状が主なものであったと述べている。また、結腸潰瘍についてみると、Markら⁸⁾は52例中、右下腹部痛19例、穿孔19例、出血4例、下血2例であったとし、Ona¹⁶⁾によれば、虫垂炎様症状50%、下部消化管出血33%、穿孔19%、腹部腫瘍16%であるとしている。すなわち、これらの症状は潰瘍の発生部位が右半結腸とくに盲腸に多い事実と一致する結果であった。著者らの成績からは、25例中腹痛21例、

下血14例, 体重減少9例であり, 穿孔例は1例のみであった。また, 各病型により症状の発現が異なり, たとえば, 著者らの小腸潰瘍(UI-II)6例の多くは崎村, 岡部, 八尾ら¹⁹⁾のいわゆる“非特異性多発性小腸潰瘍症”に一致していると思われ, 慢性的出血, 蛋白漏出による浮腫が特徴的である。小腸潰瘍(UI-III~IV)の小腸潰瘍6例および回盲部潰瘍8例では腹痛に加えて発熱が特徴的であるが, これは深く穿通する潰瘍のため漿膜側へ炎症が波及し, 時に局所的な微小膿瘍形成などを合併するためと考えられる。

潰瘍形成による合併症の主なものは, 穿孔, 閉塞, 出血の3つである。小腸においてはWatson(1963)²⁰⁾の集計した170例によれば穿孔106例, 閉塞31例, 出血20例であるのに対しBoydston(1981)¹⁵⁾の59例では閉塞63%, 出血25%, 急性腹症が12%と穿孔例が少ない。また, 結腸についても, Barron(1928)⁷⁾, Mark(1964)ら⁸⁾によれば穿孔, 出血が多いのに対し, Ona(1982)¹⁶⁾によれば穿孔19%, 出血33%でOnaら¹⁶⁾は, 近年の症例では穿孔は減少し, 逆に出血や閉塞の比率が増加している傾向にあることを指摘している。著者らの症例について手術適応となった合併症についてみると, 穿孔は1例のみで他に出血6例, 閉塞または狭窄が2例であった。このほかに内科的に難治であり外科的治療によって治癒または軽快を期待して手術に踏み切ったものが11例, 悪性疾患を疑われたものが5例と外科的合併症以外のものが16例と比較的多かった。

術前診断については多くは確診は困難であり除外診断によらねばならないため, 一般に診断率は低い。当科の症例でも術前に診断の得られたものは7例, 28%にすぎず悪性疾患とされたものは5例, 20%であった。Boydston¹⁵⁾によれば正確な診断は59例中2例のみで, これは閉塞や出血, 急性腹症などの緊急例が多く十分な検査がなされなかったためであろうと思われる。本邦においても杉野ら⁵⁾の集計した結腸潰瘍では術前診断しえたのは55例中たった2例であったと述べている。しかし最近では各種検査法の進歩に伴い早期の病変も発見できるようになったため今後診断率の向上が期待できる。

以前より本疾患のなかには無症状のまま経過する例があることや, 自然治癒するものがあることなどが指摘されている。Brock²¹⁾は原因と考えられる薬剤がある場合は投与を中止して経過観察のみでよいとしているし, Ona¹⁶⁾も合併症のないものには保存的治療を行い経過観察でよいと述べている。また, Börschら²²⁾は

非特異性小腸潰瘍の1例にPrednisone治療を試み, 投与を中止した後も4カ月の経過観察期間中再発を認めず, ステロイド剤の投与が効果的であったと報告している。本邦でも真武ら²³⁾や多田ら²⁴⁾が再発例に対するステロイド剤の治療効果を認めており, 比較的早期に診断した場合, 保存的治療の効果が期待できるとしている。このように本症に対する治療は最近では保存的治療が第一選択であり, 外科的治療は合併症を有する場合に行われることが多い。

本症にたいする手術についてみると, 小腸病変についてはEvert¹⁴⁾は切除は必ずしも必要ではなく穿孔部のtransverse closureが最もよいが, 悪性疾患が疑われる時または再発の可能性が高いときは切除すべきであると述べている。Davies²⁵⁾は合併症のある場合は切除し端々吻合すべきであるとしており, Boydston¹⁵⁾もGuestのsimple closureによる再発例を引用しながら全例切除したと述べている。結腸病変においては, 1928年Barron⁷⁾はすでにこの年代において自然治癒傾向があることを観察しており, 患者の全身状態を考慮し, (1)合併症のない浅い潰瘍は補強として漿膜縫合のみ, (2)狭窄のあるものには形成手術, (3)閉塞のあるものには切除, さらに, (4)穿孔例ではsimple sutureのみが最も望ましいと述べている。Mahoney¹¹⁾は, overseeも可能だが多くの場合潰瘍周囲に浮腫を伴っており, 時には癌や穿孔早期を思わせるものもあるので部分切除または右半結腸切除がより望ましいと述べている。歴史的にみれば過去にsimple closureのみでよいとする意見が多かったのに対し, その後切除すべきであるとする方向に変化してきたのは近年における麻酔と全身管理の進歩により, 安全に手術が行われるようになったところに負うところとおもわれる。著者らの25例のうち11例は内科的に難治であったために手術適応となったものであり, 外科的治療については, 潰瘍部の縫合閉鎖やbypass手術を行ったものは1例もなく, 全例に腸切除をおこなっている。

次に術後再発についてみると, 小腸潰瘍では, Morlock¹⁷⁾によれば十分にfollow upできた20例のうち13例は完全に無症状であり, 再発の疑いのもたれたものは1例のみであったとし, Wayte¹⁸⁾は41例中3例に症状再発が確認されたと述べている。Boydston¹⁵⁾によれば28例の生存例中4例に, Davies²⁵⁾によれば12例中3例に症状再発がみられたが, ともに保存的治療を行ったとしている。結腸潰瘍については, Butsch²⁶⁾は22例中1例も再発はなく, Smithwick²⁷⁾の82例にも再

発はなかったとしている。一方本邦症例の術後再発率についてみると一般に前述した欧米の報告に比べ高率である。特に“非特異性多発性小腸潰瘍症”では、八尾¹⁹⁾によれば、7例中6例、小山²⁸⁾によれば8例中4例と高率である。結腸潰瘍については、岡田²⁹⁾によると、39例中5例(13.8%)の再発率であった。昭和53年度特発性腸管障害調査研究班⁶⁾の調査によると単純性腸潰瘍107例、非特異性多発性小腸潰瘍症30例が集計されており、これによれば小腸の単純性潰瘍36例中再発は5例にみられ、回盲部では41例中13例に、結腸では15例中2例にみられている。また非特異性多発性小腸潰瘍症については30例中14例にとほぼ半数に再発がみられたとしている。

著者らの成績では25例中再発は9例(36%)にみられ、小腸および回盲部に初発した症例に多く認められた。回盲部潰瘍についてみると、再発例4例はすべて回盲部切除例に発生しており右半結腸切除例では再発はなかった。

回盲部潰瘍に対する術式として、右半結腸切除よりも回盲部切除に再発が多いという報告はこれまでにみられておらず、この原因についてはあきらかではない。しかし、腸潰瘍の成因を血流障害にもとめるとすれば、前述した Frengley 氏¹³⁾の観察などからこれらの再発例に関しては、回盲部切除では吻合部の血流が十分でなかった可能性が考えられ、事実、吻合部切除による再手術により3例が治癒している。著者らの数少ない経験で結論を下すことはできないが、少なくとも今後は術前の血管造影などにより、腸間膜血管の分枝状態や血管病変の有無を検討したうえで、切除線を決定する必要があると考えられる。

再発部位については、八尾¹⁹⁾によれば、いわゆる“非特異性多発性小腸潰瘍症”の再発部位はいずれも残存小腸で初発時と同様な形態を示していたとしている。また、池田³⁰⁾の報告では結腸潰瘍の再発例5例は吻合部3例、結腸盲端部1例、回腸1例に発生しており、また吻合部に再発したもののうち1例は再手術後さらに空腸に再発している。さらに多田²⁴⁾は、回盲部単純性潰瘍4例ののべ6回の再発についてそれぞれの再発部位は、吻合部口側回腸が3例、吻合部が3例であると述べている。著者らの成績はこれら諸家の報告とほぼ一致するものと考えられた。

本疾患の術後の遠隔成績は著者らの成績からは一部の症例を除きおおむね良好であった。欧米の報告に術後の遠隔成績について論じたものは多くはないが、

Morlock 氏¹⁷⁾は、十分に follow up できた20例のうち13例は完全に無症状であったと述べており、Boydston 氏¹⁵⁾は、生存例28例中腹部症状がみられたのは7例のみであったと述べている。

最後に、本疾患の治療方針について述べてみたい。本疾患の診断がついた場合、それが初期の病変であり合併症がなければ前述した如く保存的治療が適応となる。それ以外の症例には手術が考慮されるが、本疾患に対する手術適応については、まず穿孔、狭窄、出血などの合併症を有するものや、悪性疾患が否定できないものに考えられる。また、このほかに外科治療の利点として短期間に症状の改善、社会復帰がはかれることを考え、保存的治療を長期間続けても改善がみられない症例にも外科治療を考慮してもよいと思われる。しかし一方、再発をくりかえす難治例や、術後再発率の高いいわゆる“非特異性多発性小腸潰瘍症”については、Crohn 病に準じ絶対的手術適応以外は慎重に対処する必要があると思われる。

まとめ

当教室において経験した非特異性腸潰瘍25例につき、再発例を中心とした術後成績の検討を行い以下のような結果を得た。

1. 非特異性腸潰瘍の外科治療成績は一般に良好であるが、25例中9例(36%)に再発がみられ、そのうち5例は外科的治療に抵抗性であり、予後不良な例も認められた。

2. 再発部位については、UI-IIの小腸潰瘍では残存小腸に、UI-III~IVの小腸潰瘍および回盲部潰瘍では吻合部に発生する傾向が認められた。

3. 外科治療成績および遠隔調査時における経過は一般に良好で、長期間の保存的治療に抵抗を示す症例には外科的治療を考慮してよいと思われた。

4. 一方、再発を繰り返す難治例や、いわゆる“非特異性多発性小腸潰瘍症”については Crohn 病に準じ慎重に対処する必要があると思われた。

本論文の要旨は第26回日本消化器外科学会総会(昭和60年7月、札幌)のワークショップ「限局性腸炎(クローン病、潰瘍性大腸炎を除く)」で発表した。なお、本論文の一部は、厚生省特定疾患、消化吸収障害調査研究班(白鳥班)の昭和60年度の研究費によった。

文 献

- 1) 亀井照見：盲腸部円形潰瘍の1例。治療及処方 17：1923—1925, 1936
- 2) 原 宏介、鈴木雄次郎、山城守也ほか：孤在性の原

- 発性非特異性小腸潰瘍穿孔例。胃と腸 9 : 1599—1603, 1974
- 3) 笹原 洋, 田中 茂, 山田幸和ほか: 非特異性多発性小腸潰瘍。近畿大医誌 5 : 271—282, 1980
 - 4) 山形敏一, 渡辺 晃, 五味朝男ほか: 盲腸に発生した非特異性結腸潰瘍の2例。胃と腸 7 : 651—656, 1972
 - 5) 杉野盛規, 竹谷 弘, 朝野 登ほか: 孤立性非特異性結腸潰瘍の3例と本邦報告例の検討。外科 44 : 1387—1394, 1982
 - 6) 土屋周二, 上野裕己, 小林絢三ほか: 特発性腸管障害調査研究班昭和53年度業績集。1979, p5—18
 - 7) Barron ME: Simple, nonspecific ulcer of the colon. Arch Surg 17 : 355—407, 1928
 - 8) Mark HI, Ballinger WF: Nonspecific ulcer of the colon, report of a case and review of 51 cases and from the literature. Am J Gastroenterol 41 : 266—291, 1964
 - 9) Miller SM, Juhl JH: Nonspecific ulcers of the colon. Minn Med 50 : 1327—1332, 1967
 - 10) Margaretten W, McKay DG: Thrombotic ulcerations of the gastrointestinal tract. Arch Intern Med 127 : 250—253, 1971
 - 11) Mahoney TJ, Bubrick MP, Hitchcock CR: Nonspecific ulcers of the colon. Dis Colon Rectum 21 : 623—626, 1978
 - 12) Alexander HC, Schwartz GF: Nonspecific jejunal ulceration: In search for an etiology. Gastroenterology 50 : 224—230, 1966
 - 13) Frengley JD, Reid JD: Non-specific enteritis resulting from mesenteric vascular insufficiency. N Z Med J 63 : 212—218, 1964
 - 14) Evert JA, Black BM, Dockerty MB: Primary nonspecific ulcers of the small intestine. Surgery 23 : 185—200, 1948
 - 15) Boydston JS, Gaffey TA, Bartholomew LG: Clinicopathologic study of nonspecific ulcers of the small intestine. Dig Dis Sci 26 : 911—916, 1981
 - 16) Ona FV, Allende HD, Vivencio R et al: Diagnosis and management of nonspecific colon ulcer. Arch Surg 117 : 888—894, 1982
 - 17) 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—680, 1956
 - 18) Wayte DM, Helwig EB: Small bowel ulceration-iatrogenic or multifactorial origin?. Am J Clin Pathol 49 : 26—40, 1968
 - 19) 八尾恒良, 淵上忠彦: 非特異性多発性小腸潰瘍症, 特にその長期経過を中心として。日消病会誌 69 : 909—910, 1972
 - 20) Watson MR: Primary nonspecific ulceration of the small bowel. Arch Surg 84 : 600—603, 1963
 - 21) Brock AL, Reynolds JDH, Wood WG: Nonspecific ulcers of the colon: A case presentation of ulceration of the transverse colon. J Clin Gastroenterol 1 : 241—245, 1979
 - 22) Börsch G, Jahnke A, Bergbauer M et al: Solitary nonspecific ileal ulcer. Dis Colon Rectum 26 : 732—5, 1983
 - 23) 真武弓子, 谷口友章, 飯塚文英ほか: プレドニンが著効を示した単純性潰瘍の1例。日消病会誌 81 : 1062—1065, 1984
 - 24) 多田正大, 田中美憲, 陶山芳一ほか: 再発様式を経過観察しえた回盲部単純性潰瘍の4例。日消病会誌 80 : 1636—1640, 1983
 - 25) Davies DR, Brightmore T: Idiopathic and drug-induced ulceration of the small intestine. Br J Surg 57 : 134—139, 1970
 - 26) Butsch JL, Dockerty MB, McGill DB et al: "Solitary" nonspecific ulcers of the colon. Arch Surg 98 : 171—174, 1969
 - 27) Smithwick W, Anderson RP, Ballinger WF: Nonspecific ulcer of the colon. Arch Surg 97 : 133—138, 1968
 - 28) 小山 真, 武藤輝一: 非特異性原発性小腸潰瘍患者の手術症例の検討。日消病会誌 69 : 410—413, 1972
 - 29) 岡田光男, 冬野誠助, 八尾恒良ほか: 特異な臨床像と病理所見を示した非特異性多発性大腸潰瘍の1例。胃と腸 11 : 1507—1516, 1976
 - 30) 池田典次, 嶋田 紘: 非特異性腸管潰瘍。医のあゆみ 94 : 547—553, 1975