

## 腸重積症を起こした成人S状結腸ポリープ癌の1例

熊本市立熊本市民病院外科

河野 一郎 長尾 和治 松田 正和  
庄嶋 健 西村 令喜 竹口東一郎

### A CASE REPORT POLYPOID CANCER OF THE SIGMOID COLON ASSOCIATED WITH RECTOSIGMOID INTUSSUSCEPTION

Ichiro KAWANO, Kazuharu NAGAO, Masakazu MATSUDA,  
Takeshi SHOJIMA, Reiki NISHIMURA and Toichiro TAKEGUCHI

Department of Surgery, Kumamoto Municipal Hospital

索引用語：ポリープを先進部とした腸重積症，S状結腸ポリープ癌

#### はじめに

成人の腸重積症は，比較的まれであり，小児の場合と異なりほとんどの例が，基質の疾患に起因していることが特徴である。われわれは最近，大腸ポリポージスの患者でS状結腸ポリープが先進部となり腸重積を起こした症例を経験したので報告する。

#### 症 例

症例：71歳，男。

主訴：排便困難，食欲不振。

家族歴：兄が原発不明癌にて死亡。

既往歴：27歳，胸膜炎，67歳，胃潰瘍。

現病歴：昭和59年4月20日ごろより，排便困難，食欲不振を自覚したため，4月25日近医にて胃透視を受け異常なしといわれた。しかしその後さらに便秘が強まり粘血便をみるようになり，別の医院を受診したところ，S状結腸ファイバースコープ検査にて腸重積症を疑われ，当科へ紹介され緊急入院となった。

現症：体格栄養中等度，体温36℃，血圧140/70 mmHg，脈拍70/分，眼瞼結膜貧血状，腹部はやや膨隆し，腸蠕動亢進を認めた。その他全身所見には異常を認めず。

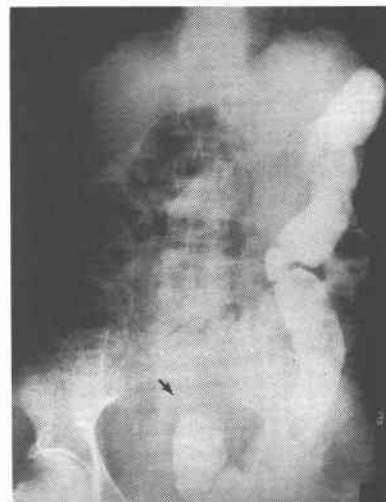
検査所見：WBC 9,700/mm<sup>3</sup>，RBC 397万/mm<sup>3</sup>，Hb 8.3g/dl，Ht 27.5%，Plts 34.2万，TB 0.6mg/dl，GOT 19IU/l，GPT 9IU/l，ALP 5.0KA，TP 6.8g/dl，BUN 13.3mg/dl，Cr 1.1mg/dl，Na 146mEq/l，K 2.5mEq/l，Cl 102mEq/l，BS 88mg/dl と貧血，低K血症を認

めた以外に特に異常はなかった。直腸鏡検査にて肛門縁より6cmの直腸に重積腸管を認め，粘膜の一部は壊死状であった。

腹部単純X線所見：横行結腸からS状結腸にかけて，前医で用いたバリウムの残存がみられ，重積部より口側にガスおよび便の貯留が認められた(図1)。腸重積によるイレウス状態と判断し，緊急手術を施行した。

開腹所見：S状結腸が直腸内に重積を起こしており，先進部は腹膜翻転部より肛門側に及んでいた。経肛門的経腹的に整復したが，腸管内に多数のポリープ病変を触知したため，一次的な腸管切除は行わず，人

図1 入院時腹部単純X線写真。重積部(→)より口側にバリウムの残存およびガス，便の貯留を認める。



<1986年12月10日受理> 別刷請求先：河野 一郎

〒862 熊本市湖東1-1-60 熊本市立熊本市民病院外科

図2 注腸X線検査(人工肛門造設後). 大小のポリープが横行結腸よりS状結腸まで認められる.

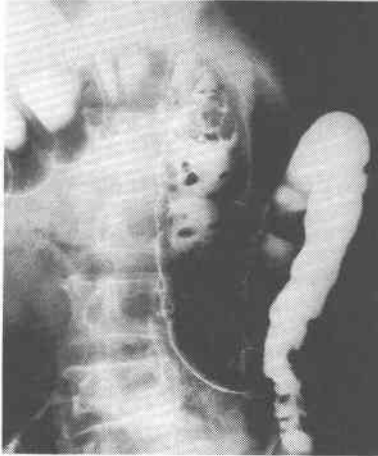


図3 切除標本. 重積の先進部となったS状結腸のポリープ(→).



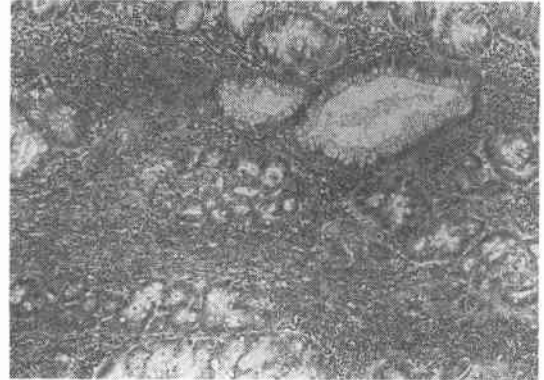
工肛門を造設し術後改めて大腸の検査を施行した.

大腸X線および大腸ファイバースコープ検査: 大小のポリープが横行結腸よりS状結腸まで認められた(図2). 諸検査, 栄養一般状態改善ののちに左半結腸切除術を施行した.

肉眼所見: 横行結腸よりS状結腸にかけて大小のポリープを60個ほど認め, S状結腸には先進部となった大きさ3cmのポリープが認められた(図3).

病理組織学的所見: S状結腸ポリープの組織像であるが, 種々の異型度を示す腺管絨毛腺腫の中に, 一部腺癌の存在を認めた. 同様の組織像を, 横行結腸の大きさ2.5cmのポリープと先進部となったS状結腸のポリープの約1cm程肛側のポリープの2か所に認めた(図4).

図4 病理組織学的検査. 種々の異型度を示す腺管絨毛腺腫の中に, 一部腺癌の存在を認める.



## 考 察

腸重積症は, 小児に多く成人にはまれな疾患で, 全腸閉塞症の中で腸重積症の占める割合は10~20%<sup>1)</sup>であり, 成人のそれはさらに少なく5%程度<sup>2)</sup>, 欧米例で5~10%程度<sup>3)</sup>といわれている. また, 成人腸重積症はまれであるばかりでなく器質的病変が原因となっていることも多い. 今回, 1975年から1985年までの本邦報告例のうち論文として記載明確な43症例に自験例を加え集計し, 考察を加えてみた.

年齢では特に好発期はなく, 20歳代から80歳代まで幅広く分布しており, 性差では男26例, 女18例と男に多くみられたが, 諸家の報告では男に多いというもの<sup>4)</sup>から性差なしというもの<sup>5)</sup>までまちまちである(表1).

症状および理学的所見では表2に示すように, 腹痛が88.6%, 嘔気嘔吐が63.6%, 腹部膨満感が47.7%と腸閉塞症状を呈するものが多い. 一方診断の根拠となる腹部腫瘤触知は34.0%, 血便は31.8%に認められたにすぎない. これに対し小児の場合は, 腹痛, 腹部腫瘤触知, 血便の3主徴はおのおの70~80%<sup>6)</sup>と高率である. このように成人腸重積症は臨床症状が特徴的に出現してこないことも多く, 本症例でも直腸鏡にて一見して腸重積状態と診断がつくもののその臨床所見は典型的でなかった. ただ上部消化管, 下部消化管をとわず, 造影剤を用いた消化管透視が有力な検査法であることに間違いなく, 最近ではこれらの検査法にcomputed tomography (CT)<sup>7)</sup>, 超音波<sup>8)</sup>, 血管造影検査<sup>9)</sup>を併用し, 診断能を高めたとの報告もある. われわれの集計(表3)では術前に腸重積症と診断しえたものは59.0%であり, 36.4%は腸閉塞症として手術を施

表1 腸重積症の年齢性別頻度

| 年齢    | 男  | 女  | 計          |
|-------|----|----|------------|
| 15—19 | 0  | 0  | 0 ( 0.0)   |
| 20—29 | 2  | 2  | 4 ( 9.0)   |
| 30—39 | 0  | 1  | 1 ( 2.3)   |
| 40—49 | 7  | 2  | 9 ( 20.5)  |
| 50—59 | 2  | 3  | 5 ( 11.4)  |
| 60—69 | 7  | 6  | 13 ( 29.5) |
| 70—79 | 6  | 3  | 9 ( 20.5)  |
| 80—   | 2  | 1  | 3 ( 6.8)   |
| 計     | 26 | 18 | 44 (100.0) |

表4 病悩期間

| 病悩期間  | 例数 | %     |
|-------|----|-------|
| 1日以内  | 5  | 11.3  |
| 2—7日  | 11 | 25.0  |
| 8日—1月 | 11 | 25.0  |
| 1月—3月 | 7  | 15.9  |
| 3月—6月 | 4  | 9.1   |
| 6月—1年 | 1  | 2.3   |
| 1年—3年 | 4  | 9.1   |
| 3年以上  | 1  | 2.3   |
| 計     | 44 | 100.0 |

表2 自覚症状および理学的所見

| 症状    | 例数 | %    |
|-------|----|------|
| 腹痛    | 39 | 88.6 |
| 嘔気嘔吐  | 28 | 63.6 |
| 腹部腫瘤  | 15 | 34.0 |
| 腹部膨満感 | 21 | 47.7 |
| 血便    | 14 | 31.8 |
| 便秘    | 9  | 20.5 |
| 下痢    | 9  | 20.5 |
| 貧血    | 8  | 18.2 |
| 食欲不振  | 3  | 6.8  |
| 腫瘍脱出  | 1  | 2.3  |

表5 成人腸重積症の重積型

| 重積型       | 男  | 女  | 例数 | 総数%   |
|-----------|----|----|----|-------|
| 小腸        |    |    |    |       |
| 空腸空腸型     | 7  | 5  | 12 | 27.3  |
| 回腸回腸型     | 2  | 3  | 5  | 11.4  |
| 回盲部       |    |    |    |       |
| 回腸結腸型     | 10 | 7  | 17 | 38.6  |
| 回腸盲腸型     | 2  | 0  | 2  | 4.5   |
| 盲腸結腸型     | 0  | 1  | 1  | 2.3   |
| 大腸        |    |    |    |       |
| 結腸結腸型     | 3  | 0  | 3  | 6.8   |
| 結腸S状結腸型   | 0  | 1  | 1  | 2.3   |
| S状結腸S状結腸型 | 0  | 2  | 2  | 4.5   |
| S状結腸直腸型   | 1  | 0  | 2  | 2.3   |
| 計         | 26 | 18 | 44 | 100.0 |

表3 術前診断

| 術前診断    | 例数 | %    |
|---------|----|------|
| 腸重積症    | 26 | 59.0 |
| 腸閉塞症    | 16 | 36.4 |
| 癌腫      | 6  | 13.6 |
| 良性腫瘍    | 6  | 13.6 |
| 消化性潰瘍   | 3  | 6.9  |
| 腹膜炎     | 2  | 4.5  |
| 急性虫垂炎   | 1  | 2.3  |
| 急性腹症    | 1  | 2.3  |
| 後腹膜腫瘍   | 1  | 2.3  |
| 転移性悪性腫瘍 | 1  | 2.3  |

行されている。病悩期間をみると(表4)1日以内に症状が出現し入院したものは11.3%と少なく、イレウス状態が緩慢に進行し1カ月、2カ月と経過してから、長いものでは年の単位で経過しているものもある。また病悩期間と年齢、原因疾患との間には明らかな関連性は認められなかった。

重積型では(表5)、回盲部45.4%、小腸38.7%、大腸15.9%と小腸、回盲部に多く大腸に少ないことがわかる。その内われわれの症例のようなS状結腸直腸型

は本症例のみで成人では非常にまれであるといえる。また性別により重積部位にさほど差異はみられないが、Burke<sup>9)</sup>は小腸型が男性に多く、結腸型は女性に多いと報告している。またBrayton<sup>3)</sup>は結腸結腸型が多いと述べている。

成人腸重積症の原因としては(表6)、良性腫瘍が36.4%、原発性悪性腫瘍が27.3%、それに転移性悪性腫瘍の4.5%を加えると68.2%が腫瘍性病変に起因している。一方小児に多くみられる原因不明の特発性のもは9.1%を占めるにすぎない。なお消化管手術後の吻合部が先進部となり重積を起こした症例も11.4%程報告されている。いずれにしても、重積症の発生要因として、腸管壁蠕動の異常が関与しており、田北ら<sup>10)</sup>は腸管の強収縮説を、Raymond<sup>11)</sup>は異常腸管の前後の正常腸管の強収縮説を唱えている。良性腫瘍による腸重積症は全体の36.4%を占めているが、その中でも脂肪腫、炎症性線維腺腫、腺腫が多く、部位では小腸特に回腸と回盲部に高頻度にみられ、大腸はわずか1例で

表6 部位別原因疾患別頻度

| 原因疾患       | 小腸 | 回盲部 | 大腸 | 計 (%)      |
|------------|----|-----|----|------------|
| 腫瘍性        |    |     |    |            |
| 良性腫瘍       | 7  | 8   | 1  | 16 (36.4)  |
| 悪性腫瘍 (原発性) | 1  | 5   | 6  | 12 (27.3)  |
| 腺癌         | 0  | 2   | 6  | 8          |
| 悪性リンパ腫     | 1  | 3   | 0  | 4          |
| 悪性腫瘍 (転移性) | 1  | 1   | 0  | 2 (4.5)    |
| 非腫瘍性       |    |     |    |            |
| 特発性        | 2  | 1   | 1  | 4 (9.1)    |
| 消化管術後      | 5  | 0   | 0  | 5 (11.4)   |
| リンパ濾胞      | 0  | 2   | 0  | 2 (4.5)    |
| 嚢胞         | 1  | 1   | 0  | 2 (4.5)    |
| メッケル憩室     | 0  | 1   | 0  | 1 (2.3)    |
| 計          | 17 | 19  | 8  | 44 (100.0) |

あった。原発性悪性腫瘍によるものは、全体の27.3%であり、原発性腺癌特に高分化腺癌が多く、残りは悪性リンパ腫であった。一方転移によるものは、腎細胞癌<sup>12)</sup>と肺大細胞癌<sup>13)</sup>からのものであった。部位では腺癌はその75.0%が大腸に、悪性リンパ腫はその全例が回盲部を含む小腸に認められた。堀<sup>9)</sup>や山田ら<sup>14)</sup>も小腸に良性腫瘍が多く、大腸に悪性腫瘍が多いと報告している。以上述べたように、成人の腸重積症は術前の確定診断の困難な場合が多く、また大腸では腫瘍によるものが多く、単なる注腸整復にとどまらず、積極的に開腹手術を行い、悪性が示唆されれば積極的に腸切除を行うことが肝要かと思われる。

#### おわりに

S状結腸ポリープ癌が先進部となり腸重積を起こした1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告した。

#### 文 献

- 1) 森山雄吉, 矢野正和, 恩田昌彦ほか: 腸閉塞. 外科治療 45: 264-272, 1981
- 2) 継行男, 河上洋, 龍札之助ほか: 成人腸重積症. 外科 34: 498-504, 1972
- 3) Brayton D, Norris WJ: Intussusception in adults. Am J Surg 88: 32-43, 1954
- 4) Harlaftis N, Skandalakis JE, Droulias C et al: The pattern of intussusception in adults. J Med Assoc Ga 66: 534-539, 1977
- 5) Burke M: Intussusception in adults. Ann R Coll Surg Engl 59: 150-152, 1977
- 6) Isidore C Jr: Intestinal Obstruction. Edited by Bockus HL. Gastroenterology. vol 2. Third edition. Philadelphia, Saunders, 1976, p500-502
- 7) 森本節夫, 木本真, 平木祥夫ほか: CT検査により診断された、脂肪腫に起因する成人腸重積症. 腹部画像診断 5: 81-86, 1985
- 8) 加藤真史, 八尾直志, 南真可ほか: 空腸脂肪腫による成人逆行性腸重積症の1例. 外科診療 27: 523-526, 1985
- 9) 堀公行: 成人腸重積症. 外科 38: 692-698, 1976
- 10) 田北周平, 西島早見: 腸重積の原因に関する考察. 診療 12: 909-916, 1959
- 11) Raymond RD: The mechanism of intussusception. Br J Radiol 45: 1-7, 1972
- 12) 中原泰生, 山下勝之: 成人腸重積症の4例. 日消外会誌 15: 521-524, 1982
- 13) 片岡和男, 森未正博, 大原利憲ほか: 肺癌の小腸転移により腸重積症をおこした1症例. 岡山済生会病医誌 15: 31-36, 1983
- 14) 山田修司, 笹野伸昭, 氏家紀一ほか: 回腸リンパ濾胞増殖症を伴った成人回盲部腸重積症の1例. 外科 44: 215, 1982