

## 回腸穿孔をきたした Crohn 病の 1 例

静岡済生会総合病院外科

佐井 昇 長谷川 洋 寺崎 正起 駒田 康成  
伴野 仁 渡辺 善明 大久保真二 岡本 一男

### A CASE OF CROHN'S DISEASE WITH FREE PERFORATION OF THE ILEUM

Noboru SAI, Hiroshi HASEGAWA, Masaki TERASAKI,  
Yasusige KOMADA, Hitoshi TOMONO, Yoshiaki WATANABE,  
Shinji OHKUBO and Kazuo OKAMOTO

Dept. of Surgery, Shizuoka Saiseikai General Hospital

索引用語：Crohn 病，小腸穿孔

#### I. はじめに

Crohn 病の合併症としては狭窄，瘻孔形成，出血などがあるが，腸管穿孔はまれとされている<sup>1)~4)</sup>。今回われわれは腸管穿孔をきたした Crohn 病の 1 例を経験し，広範囲小腸切除を行い治癒せしめた。本邦の Crohn 病穿孔例は自験例を含め 28 例であり，きわめてまれな症例と考えられたので若干の文献的考察を加えて報告する。

#### II. 症 例

患者：37歳，女性。

主訴：下腹部痛，嘔吐。

家族歴：母親が直腸癌にて死亡。

既往歴：特記することなし。

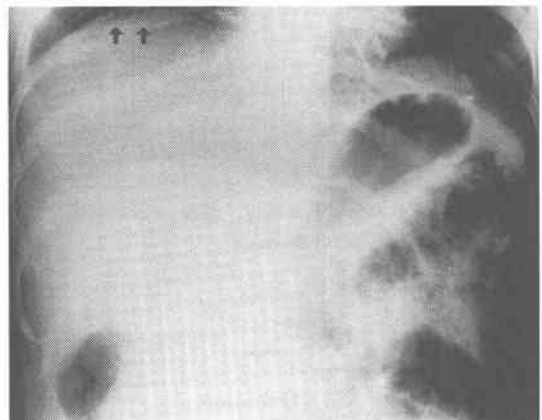
現病歴：昭和59年12月ごろより四肢の浮腫が出現し，当院内科に入院精査を行ったが原因不明であった。昭和60年8月13日，下腹部痛と嘔吐が出現し当院受診，鎮痙剤投与により症状軽快したが，8月14日下腹部痛，嘔吐が増強し当院再受診，突然ショック状態となった。

入院時現症：体格，栄養中等度。顔面苦悶状。結膜に貧血，黄疸なし。体温37.2℃。血圧80/60mmHg，脈拍数160回/分，整。胸部所見異常なし。腹部は全体に板状硬で，腸雑音は聴取しなかった。

入院時検査成績：総タンパク質3.8g/dl と低値を示した以外は正常範囲内であった。

腹部単純 X 線写真：右横隔膜下に遊離ガス像を認めた。(図1)。

図1 腹部単純 X 線写真。右横隔膜下(↑↑印)に遊離ガス像を認めた。



以上より穿孔性腹膜炎と診断し，緊急手術を施行した。

手術所見：腹腔内には混濁した多量の膿性腹水を認め，回腸を中心に小腸壁は全体に肥厚していた。漿膜面には広範囲に濃苔が附着し腸間膜のリンパ節腫大も著明であった。さらに検索をすすめると回盲部より口側約90cm，腸間膜附着側に5mm×8mm 大の穿孔部を認めた。さらに口側小腸を検索すると，トライツ靱帯より約160cm までの腸管は浮腫状で炎症所見が著明であり，穿孔部を含め小腸を約180cm，上行結腸を約10cm 切除し一期的に吻合した。腹腔内を大量の温生食で洗浄後，ドレーンを置き閉腹した。なお残存小腸は約120cm であった。

切除標本肉眼所見：腸管膜附着側に穿孔部を認め

<1987年10月14日受理>別刷請求先：佐井 昇  
〒470-11 豊明市沓掛町田菜ヶ窪1-98 藤田学園保健衛生大学胸部外科

図 2 切除標本肉眼所見とその Schema 5mm×8mm  
(↓印)の穿孔を認めた。

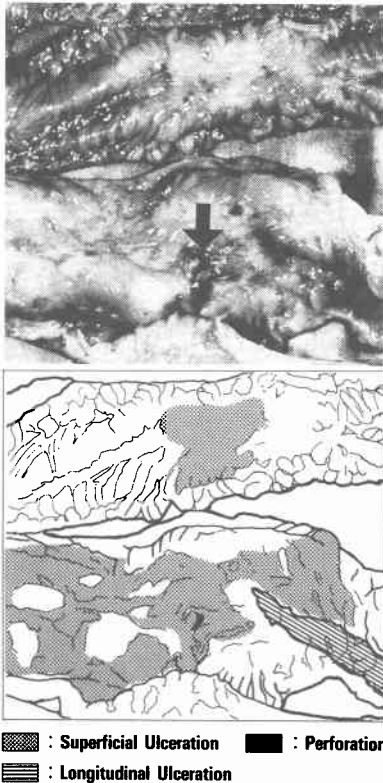


図 3 病理組織像 (H-E×50). 固有筋層内にサルコイド様非乾酪性肉芽腫を認めた。

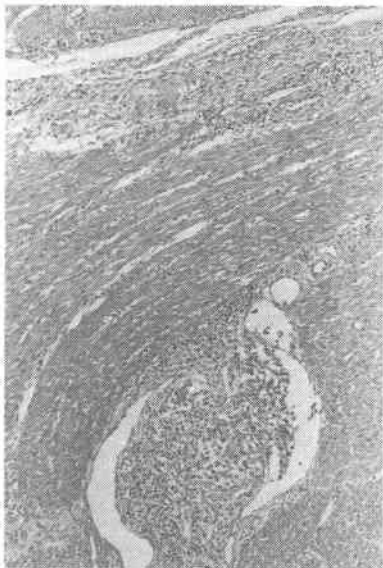
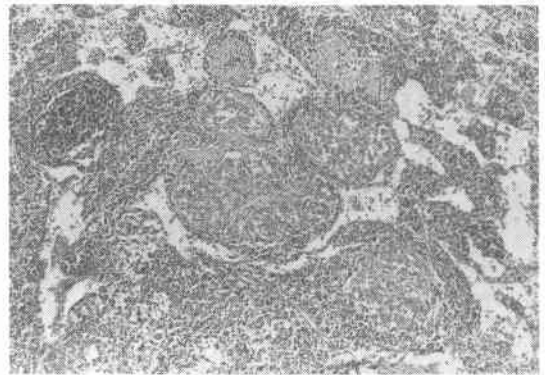


図 4 病理組織像 (H-E×50). リンパ節内にサルコイド様非乾酪性肉芽腫を認めた。



た。腸管壁は肥厚し、縦走潰瘍、多数の浅い潰瘍を認めた。病変は非連続性であった (図 2)。

病理組織学的所見：穿孔部周辺には多核球を主体とする細胞浸潤を認めた。固有筋層内、リンパ節内にサルコイド様非乾酪性肉芽腫を認めた (図 3, 4)。

以上の肉眼および組織学的所見により小腸 Crohn 病の穿孔と診断した。

術後経過：術直後より中心静脈栄養と血漿製剤、アルブミン製剤を使用した。第 8 病日より経口摂取を開始、第 11 病日には腹腔内ドレーンはすべて抜去した。以後合併症はなく術後 48 日目に退院した。外来通院後も軽度の低タンパク血症を認めたが、2 年以上を経過した現在正常範囲内となった。術後に消化管の精査を行ったほかには病変は認めず、小腸造影にても吻合部に異常所見は認めなかった。

### III. 考 察

Crohn 病は 1932 年 Crohn ら<sup>2)</sup>により、Regional Ileitis として報告された回腸末端を好発部位とする慢性炎症性肉芽腫疾患である。その後病変が回腸末端のみならず、他の消化管にも発生することから、Regional Enteritis とも称されている。1973 年 WHO の CIMOS<sup>5)</sup> (医科国際組織委員会) では前述のように本症の名称を Crohn's disease と統一しその概念を国際的に規定した。本邦においても 1976 年、日本消化器病学会クローン病検討委員会がクローン病の診断基準<sup>6)</sup>をまとめたが本例はその診断基準を満たしており Crohn 病確定症例としてよいと考えた。

Crohn 病には種々の合併症が存在することが特徴とされている。合併症としては、狭窄、瘻孔形成、出血などが主たるものであるが、穿孔はまれとされてい

る。これは Crohn 病が慢性の全層性の炎症であるという点に起因するものと考えられる。炎症が漿膜面に達すると、隣接臓器との間に膿瘍や内瘻を形成し、硬い癒着が形成されるので、遊離腔への穿孔はまれと考えられている。1935年 Arnheim<sup>7)</sup>が最初の穿孔剖検例を報告し、以後諸家の報告によれば欧米での Crohn 病穿孔の頻度は1～3%の範囲と述べられている<sup>3)4)8)</sup>。本邦では1966年 Yamase<sup>9)</sup>の報告が最初であり、以後諸家の報告例が散見される。本邦の Crohn 病の穿孔頻度は、森瀬<sup>10)</sup>、八尾<sup>11)</sup>によると欧米とはほぼ同程度と推定されている。

自験例を含めた本邦報告例は28例であった。これら28例を集計し検討を行った。年齢は20～92歳、平均32歳、男性22例、女性6例と男性に多い傾向がみられた。穿孔部は回腸22例、空腸2例、盲腸3例、S字結腸1例で、回腸に多く Crohn 病の好発部位と一致している。穿孔部と腸間膜との関係を見ると、欧米では腸間膜反対側に多いといわれているが、本邦では、17例が腸間膜付着側と欧米とは反対側に多く見られた。

穿孔の原因については、①潰瘍性病変の急性増悪、②腸管の狭窄、閉塞による内圧の上昇、③腸管の虚血性変化、④ステロイド剤の影響などが考えられる。本邦報告例を検討してみると、有狭窄例は28例中14例、ステロイド使用例は28例中7例と、一致した見解は得られず、現時点では穿孔の原因は不明と考えられた。

診断面において、ほかの消化管と異なる点は Crohn 病穿孔例では、横隔膜下遊離ガス像の認められることが比較的まれであることである。Schussheim<sup>12)</sup>によれば100例の穿孔例中、遊離ガス像が認められたのはわずか4例に過ぎず、本邦報告例においても明らかに遊離ガス像を認めたのは8例のみであった。これは穿孔部が直ちに被覆されてしまうこと、あるいは膿瘍穿孔が多いことが理由とされている。

Crohn 病穿孔例に対する外科的治療については種々の報告がある。Abscal<sup>13)</sup>によると、単純縫合閉鎖では18例中6例(33.3%)の術死があり、8例(44.4%)に術後再穿孔、膿瘍形成などの重篤な合併症が認められたことなどにより、この術式を禁忌として穿孔部を含めた腸間切除をすすめる報告が多い<sup>4)8)</sup>。しかしながら、腸切除後の吻合時期に関しては対立した意見があり、Menguy<sup>4)</sup>は、腹腔内汚染のひどい場合は double barrel cutaneous ileostomy 後の二期吻合を勧めている。一方、Casteleyn<sup>4)</sup>、Ferraro<sup>15)</sup>は十分な術後管理を行うことを前提として一期的吻合を勧めている。さ

らに術中の腸切除に際し、Crohn 病は、skip lesion が多く、腸切除範囲の決定が難しいことが問題となる。Bergman<sup>16)</sup>は病変部の切除範囲と再発について検討し、正常腸管の切除範囲は10cm以上難す方が望ましいと述べている。また、最近では術中内視鏡により腸切除の範囲を決定し、術後再発防止に対して有効であったという報告もある<sup>17)18)</sup>。自験例では、術中内視鏡は施行しなかったが、できるかぎり完全に病巣を切除すること。炎症性変化の強い腸管の吻合を避け縫合不全防止のために180cmと広範な小腸切除を行い、一期的に吻合をしたが残存病変がなかったこと、中心静脈栄養管理などにより術後合併症はなかった。しかし、術式、切除範囲、術後管理などにはまだ種々の問題点があり、今後検討を要すると考える。

#### IV. 結 語

回腸穿孔をきたした Crohn 病の1例を報告するとともに、本邦報告例を集計し若干の文献的考察を加えた。

#### 文 献

- 1) Crohn BB: Indication for surgical intervention in regional ileitis. Arch Surg 74: 305—311, 1957
- 2) Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer G: Regional ileitis: A pathologic and clinical entity. JAMA 99: 1323—1329, 1932
- 3) Kyle J, Caridis T, Duncan T et al: Free perforation in regional enteritis. Am J Dig Dis 13: 275—283, 1968
- 4) Menguy R: Surgical management of free perforation of the small intestine complication regional enteritis. Ann Surg 175: 178—189, 1972
- 5) Btsh S: Disease of the Gastrointestinal Tract, Vol. III Provisional International Nomenclature, Cioms, Geneva, 1973, p45
- 6) 日本消化器病学会クローン病検討委員会編: クローン病診断基準(案). 日消病会誌 73” 1466—1473, 1976
- 7) Arnheim EE: Regional ileitis with perforation, abscess and peritonitis. J MT Sinai Hosp 2: 61—63, 1935
- 8) Steinberg DM, Cook WT, Williams J: Free perforation in Crohn's disease. Gut 14: 187—190, 1973
- 9) Yamase K, Inui M, Yamase Y: Free perforation of regional enteritis. Int Surg 45: 29—33, 1966
- 10) 森瀬公友, 大館俊二, 林 伸行ほか: 穿孔をきたした小腸クローン病の1例. 日消病会誌 78:

- 91—95, 1981
- 11) 八尾恒良, 洲上忠彦: クローン病本邦臨床統計集. 日臨 41: 474—481, 1983
  - 12) Schussheim A: Regional enteritis with pneumoperitoneum. Am J Dig Dis 17: 856—859, 1972
  - 13) Abascal J, Diaz-Rojas F, Jorge J et al: Free perforation of small bowel in Crohn's disease. World J Surg 6: 216—220, 1982
  - 14) Casteleyn PP, Pector JC, Melon C: Acute free perforation as first sign of Crohn's disease. Acta Chir Belg 77: 181—186, 1976
  - 15) Ferraro V, Hurt PS: Perforation in Crohn's disease of the small bowel. Med J Aust 21: 101—102, 1984
  - 16) Bergman L, Krause V: Crohn's disease. A long-term study of the clinical course in 186 patients. Scand J Gastroenterol 12: 937—944, 1977
  - 17) 岸河秀樹, 古賀明俊, 大里敬一: クローン病術後再発に関する検討. 特に術中内視鏡の意義について. 日外会誌 81: 666—675, 1980
  - 18) 鴻巣 寛, 山岸久一, 野中雅彦ほか: 小腸穿孔をきたしたクローン病の 1 治験例. 日臨外医会誌 45: 745—750, 1984