

小腸潰瘍切除例の病理組織学的検討

大垣市民病院外科

松下 昌裕 蜂須賀喜多男 山口 晃弘 磯谷 正敏
加藤 純爾 神田 裕 小田 高司 原川 伊寿
久世 真悟 真弓 俊彦 村上 文彦

同 中央検査室病理

坪 根 幹 夫

PATHOLOGICAL STUDIES ON RESECTED CASES OF SMALL INTESTINAL ULCERS

Masahiro MATSUSHITA, Kitao HACHISUKA, Akihiro YAMAGUCHI

Masatoshi ISOGAI, Junji KATO, Hiroshi KANDA

Takashi ODA, Itoshi HARAKAWA, Shingo KUZE

Toshihiko MAYUMI, Fumihiko MURAKAMI and Mikio TSUBONE*

Department of Surgery and Central Clinical Laboratory*, Ogaki Municipal Hospital

小腸潰瘍切除例34例を病理組織学的に検討した。小腸潰瘍を、1) 確診例、2) 疑診例、3) 原因推定困難例の3群に分類し、確診例では結核4例、Crohn病5例、結節性動脈周囲炎1例、回腸末端炎2例、Behçet病1例、外力による潰瘍7例であり、疑診例では結核疑診例8例、虚血性腸炎疑診例1例であり、原因推定困難例は5例であった。潰瘍の数は単発11例、多発23例であり、発生部位は回腸末端12例、回腸24例、空腸2例で、それぞれ疾患別に大きな差はなかった。主な肉眼型は輪状潰瘍15例、縦走潰瘍7例、円形あるいは多角形潰瘍5例、不整形潰瘍7例で、結核は輪状潰瘍、Crohn病は縦走潰瘍、Behçet病、成因不明の潰瘍は円形あるいは多角形潰瘍という特徴が認められた。

索引用語：小腸潰瘍、小腸潰瘍肉眼型、小腸潰瘍組織型、小腸潰瘍分類

はじめに

小腸潰瘍は腸結核、Crohn病のほかにBehçet病、膠原病などの全身疾患の部分症として発生したり、物理的要因で発生するなど種々雑多のものが含まれる。その多くは組織学的に特徴的所見に乏しく、臨床症状、肉眼所見と組織所見を照らし合わせた詳細な検討でようやく診断される場合も多い。われわれは過去の小腸潰瘍切除例を病理組織学的に再検討し、それぞれの例の病因について考察したので報告する。

対象および方法

1973年から1986年までの14年間に大垣市民病院外科で経験した、胃空腸吻合部の吻合部潰瘍と外傷性小腸

穿孔を除いた小腸潰瘍切除例34例を対象とした。年齢は8歳から85歳平均52.9歳で男女比は20:14であった。これらの34例を臨床症状、肉眼形態、病理組織について検討し、潰瘍の病因別に分類した。臨床的には初回入院時の臨床記録とその後の治療経過を参照した上で、可能な例では1987年3月の状況を電話で確認した。肉眼所見は切除標本の写真から判断した。組織学的には潰瘍部全割を基本とし、リンパ節の標本のあるものはこれも検討したが、過去の症例では病変部代表切片の検索しか行いえなかった例もあった。標本はHematoxylin-Eosin染色を行い光学顕微鏡で観察した。病因別分類は臨床所見、切除標本の肉眼所見、組織所見から総合的に判断し、確診例、疑診例、原因推定困難例に分けて記載し、各病因別の潰瘍の肉眼所見、組織所見についても比較検討した。

結 果

1. 臨床症状および手術所見

手術理由は、手術前に小腸造影で小腸病変を指摘されたものは8例(23.5%)であり、小腸潰瘍による緊急手術例が22例(64.7%)、他疾患で手術時に小腸病変を指摘されたものが4例(11.8%)であった。

小腸病変指摘例(N=8)の臨床症状は腹痛、嘔吐などの小腸狭窄による症状が63%、下血、貧血などの出血による症状が50%に見られ(重複あり)、術前診断は小腸潰瘍6例、小腸癌1例、小腸狭窄1例であった。小腸潰瘍による緊急手術例(N=22)はいずれも腹痛を主訴として手術されたが、術前診断は消化管穿孔性腹膜炎3例、腸閉塞9例、急性虫垂炎7例、結腸憩室炎1例、急性腹症2例であった。腹痛の原因は手術所見からみると穿孔性腹膜炎7例(31.8%)、被覆穿孔4例(18.2%)、小腸閉塞あるいは狭窄6例(27.3%)、潰瘍あるいは周囲の腸炎5例(22.7%)であった。他疾患手術時発見例(N=4)は胃癌、結腸癌、Lerich症候群、癒着性腸閉塞の手術中にそれぞれ発見された。

2. 小腸潰瘍の病因別分類

小腸潰瘍34例は表1のように分類された。確診例は20例(58.8%)、疑診例は9例(26.5%)、原因推定困難例は5例(14.7%)であった。

以下に表1のように分類した診断根拠を中心にそれぞれの症例について記載した。

I. 確診例

① 結核

結核確診例は4例(11.8%)であった。組織学的には潰瘍部は1例のみ全割し、他の3例は代表切片のみ検索した。また、リンパ節の検索は3例のみで行った。4例全例とも潰瘍部あるいはリンパ節から乾酪壊死を伴う肉芽腫を認めるところから結核と確診した。なお、リンパ節の検索を行わなかった1例以外では乾酪壊死はリンパ節のみに見られた(図1a, b)。

これらの4例はいずれも結核治療歴がなかった。このうち待機手術例は1例のみであり、1例は急性虫垂炎として緊急手術を受けており、他の2例は慢性イレウスによる準緊急手術例であった。

② Crohn病

Crohn病は5例(14.7%)であった。肉眼的には5例全例に縦走潰瘍と病変の不連続性を認め、3例に敷石状外観を認めた。組織学的には、潰瘍部は3例で全割し、他の2例は代表切片のみ検索した。また、リンパ節は5例全例の検討を行った。潰瘍部には全割され

表1 小腸潰瘍の分類

I. 診断確定例	
結核	4
Crohn病	5
結節性動脈周囲炎(PN)	1
急性回腸末端炎	2
Behcet病	1
物理的外力による潰瘍	7
	20 (58.8%)
II. 疑診例	
結核疑診	8
虚血性腸炎疑診	1
	9 (26.5%)
III. 原因推定困難例	
	5 (14.7%)

図1a 52歳, ♂. 結核性潰瘍の肉眼像。輪状潰瘍2個を認める。

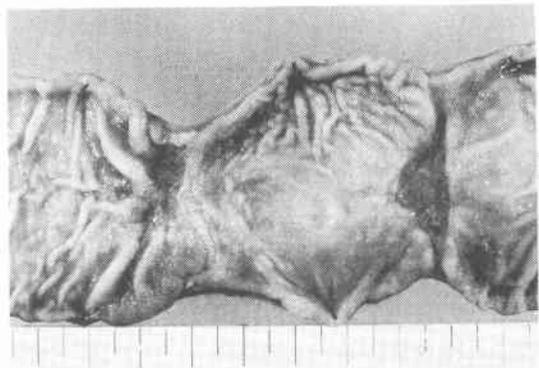


図1b 68歳, ♀. 結核性潰瘍の組織像(Hematoxylin-Eosin染色, ×40)。腸壁に乾酪壊死を伴う肉芽腫を認める。



図2a 21歳, ♂. Chohn 病の肉眼像, 縦走潰瘍を認める。

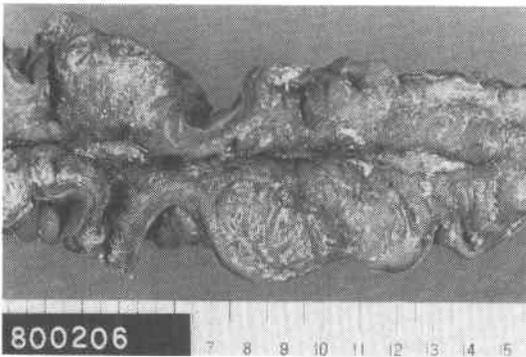


図2b 45歳, ♀. Chohn 病の組織像 (Hematoxylin-Eosin 染色, ×40). 腸壁にみられた肉芽腫



たもののうち2例に非乾酪性肉芽腫を認め、リンパ節には5例全例に非乾酪性肉芽腫を認めた。いずれも縦走潰瘍と病変の不連続性があり、組織学的に非乾酪性肉芽腫を認めたところから Crohn 病と診断した(図2 a, b)。

5例のうち2例は待機手術例でいずれも下血あるいは貧血のため手術された。また、3例は緊急手術例であり、穿孔性腹膜炎2例、穿通1例であった。なお、1例のみ再発し合計3回手術された。

③ 急性回腸末端炎

図3 23歳, ♀. 回腸末端炎の肉眼像, 回腸末端部に脳回転状の隆起があり, その口側に平皿状の潰瘍を認める。

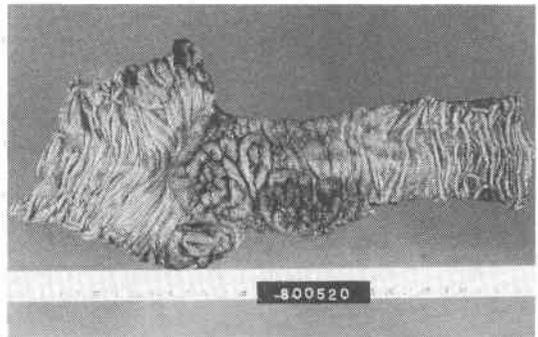
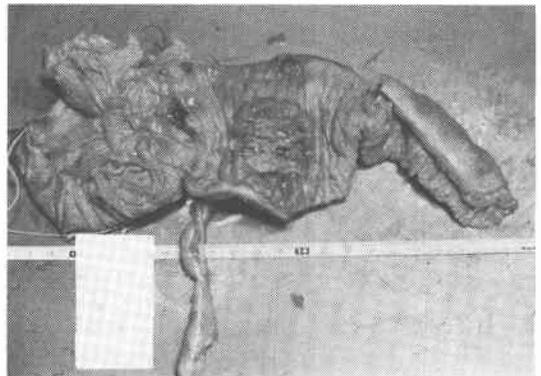


図4 48歳, ♂. Behçet 病の肉眼像, 回盲弁近傍に多角形潰瘍があり, その口側には円形下堀れ状潰瘍を認める。



急性回腸末端炎は2例(5.9%)であった。臨床症状として右下腹部痛、発熱、下痢といった急性腸炎症状を示し、肉眼的には回腸末端に限局した壁の肥厚と粘膜面の脳回転状の隆起とびらんおよび一部に平皿状潰瘍を認めた(図3)。組織学的には病変部を全割しリンパ節も検索したが、リンパ組織の増生と粘膜下のリンパ球浸潤を認めるのみで肉芽腫はなく、1例では潰瘍部に細菌の集落が見られた。

④ 全身疾患の部分症としての小腸潰瘍。

1) Behçet 病

Behçet 病は1例(2.9%)であった。肉眼的には下堀れ状の円形潰瘍で組織学的には非特異性潰瘍だったが、初回手術後の経過中に口内炎、陰部潰瘍、皮膚毛囊炎を認めたため、不全型 Behçet 病と診断した(図4)。

表2 物理的外力によると推定された例

1. 既往歴から推定された例(N=4)	
推定された原因	
小腸切除吻合	(9年前)
前回開腹時漿膜面損傷	(3ヵ月前)
腹部鈍的外傷	(1ヵ月前)
放射線照射	(6ヵ月前)
2. 周囲の状況から推定された例(N=3)	
推定された原因	
胃空腸吻合部の連続結合糸による圧迫	
腸閉塞による閉塞性腸炎	
バンド絞扼による虚血	

再発のため合計4回腸切除を行っている。

2) 結節性動脈周囲炎 (periarteritis nodosa : PN)

PNは1例(2.9%)であった。臨床症状として発熱、末梢神経炎、白血球増多、消化器症状、体重減少、高血圧、血小板減少を認めた。肉眼的には小腸の分節状壊死と帯状潰瘍であり、組織学的には腸間膜動脈の血管炎を認めたためPNと診断した¹⁴⁾。

⑤ 物理的外力が原因と考えられた潰瘍

7例(20.6%)が既往歴あるいは潰瘍を伴う小腸周囲の病巣の状況から物理的外力が原因と考えられた(表2)。組織学的にはいずれも潰瘍部の検索だけであり、5例は全割し、2例は代表切片のみを検索したが、種々の炎症性変化を伴う非特異性潰瘍であった。

なお、これらの例に再発例はなかった。

II. 疑診例

① 結核疑診例

8例(23.5%)を結核疑診例とした。このうち1例は組織学的疑診例であり、他の2例は組織学的には非特異性潰瘍あるいは瘢痕であったが既往歴あるいは肉眼形態などから結核疑診例とした。

1) 組織学的結核疑診例

肉眼的には輪状潰瘍を認めた。組織学的には代表切片の検索を行ったのみで、リンパ節の検索は行わなかったが、潰瘍部に大型の肉芽腫を認めた。乾酪壊死は見られなかったが、潰瘍の肉眼形態と組織学的な肉芽腫の形態から結核疑診例とした。

イレウスのため手術され、小腸輪状狭窄部約4cmのみが切除された例であるため、十分な組織学的検索が行えなかった。

2) 組織学的に非特異性潰瘍であった結核疑診例

組織学的には非特異性潰瘍でも肉眼的に輪状瘢痕あるいは帯状萎縮帯を認めた例はほかに原因の推定ができない限り結核疑診例としたところ、7例が組織学的には非特異性潰瘍だが結核疑診例となった。このうち1例は腸結核、他の1例は肺結核の治療歴があったが、

5例には結核の治療歴はなかった。

結核治療歴のある2例では肉眼的には多発性の輪状瘢痕あるいは帯状萎縮帯であり、組織学的には潰瘍部代表切片のみの検索であるが、再生上皮と幽門線化生を伴う線維性瘢痕のみであり、肉芽腫などの特異的炎症の所見はなかった。

結核治療歴のない5例では、肉眼形態は2例が単発、3例が多発の輪状潰瘍であり、3例には帯状の瘢痕萎縮帯を伴っていた。また、4例には輪状瘢痕部に開放性潰瘍が見られた。組織学的には全例潰瘍部を全割したが、再生上皮と幽門線化生を伴う線維性瘢痕のみであり、2例はリンパ節も検索したが、肉芽腫あるいは乾酪壊死は見られなかった(図5a, b)。

5例中3例は出血あるいは狭窄のため待機手術を受け、2例は他疾患手術中に偶然発見された。また、これらの例はいずれも高齢であり、術後再発もない。

② 虚血性腸炎疑診例

1例(2.9%)を虚血性腸炎疑診とした。肉眼的には3個の縦走傾向のある類円形潰瘍であった。組織学的には潰瘍部を全割し、リンパ節の検索を行ったが、全層性リンパ球浸潤を伴う非特異性潰瘍であり、潰瘍部あるいはリンパ節に肉芽腫は見られなかった。Lerich症候群(腹部大動脈分岐部閉塞症)を合併していたことと肉眼形態から虚血性腸炎疑診とした(図6)。再発は見られていない。

III. 原因推定困難例

5例(14.7%)は原因の推定が困難であった。このうち2例は尿道凍結手術後に発症し、他の1例は重症肺結核治療中に発症した。肉眼的には4例は円形、1例は不整形であり、単発3例、多発2例であった。組織学的にはいずれも潰瘍部代表切片のみの検索であり、リンパ節の検索は行わなかったが、特異的炎症の所見はなかった(図7)。

3. 肉眼所見、組織所見の病因別比較検討

I. 潰瘍の数

潰瘍単発例は物理的外力による潰瘍4例、結核疑診例3例、原因不明の潰瘍3例の10例(29.4%)であり、そのほかは多発例であった(表3)。

II. 潰瘍の発生部位

Bauhin 弁から10cm以内の回腸末端部に発生したものは結核疑診例1例、Crohn病2例、Behçet病1例、急性回腸末端炎2例、原因推定困難例1例の合計7例(20.5%)であった。この他では空腸に発生したものは結核疑診例1例、Crohn病2例、物理的外力による潰

図5a 79歳, ♀. 結核疑診例の肉眼像. 4カ所に輪状潰瘍あるいは癒痕を認め狭窄している.

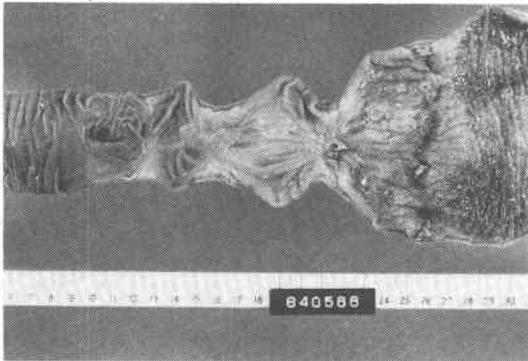


図5b 79歳, ♀. 結核疑診例. (図5aと同一症例)の組織像(Hematoxylin-Eosin染色, ×40). 潰瘍と再生上皮および壁の線維化を認める. 特異性炎症の所見はみられない.

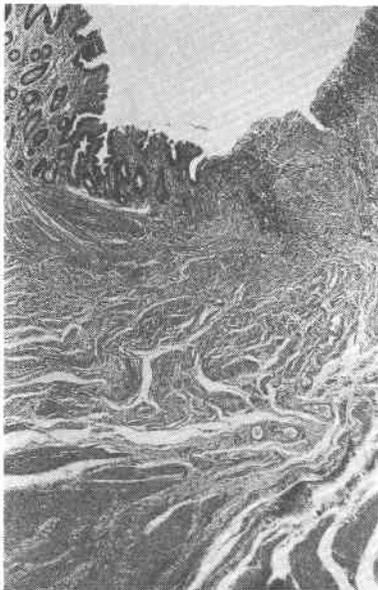


表3 潰瘍の数

	1	2	3	4	5	6	7	8	多数
結核 (N=4)	1	1	1				1		
Crohn病 (N=5)	1								4
急性回腸末端炎 (N=2)									2
Behçet病 (N=1)	1								
結核性腸炎 (N=1)			1						
物理的作用による潰瘍 (N=7)	4	1	2						
結核疑診 (N=8)	3	1	1	1	1				1
虚血性腸炎 (N=1)			1						
病因不明 (N=5)	3		1			1			
	10	5	5	4	1	1	1	1	6

図6 66歳, ♀. 虚血性腸炎疑診例の肉眼像. 3カ所に縦走傾向のある潰瘍を認める.

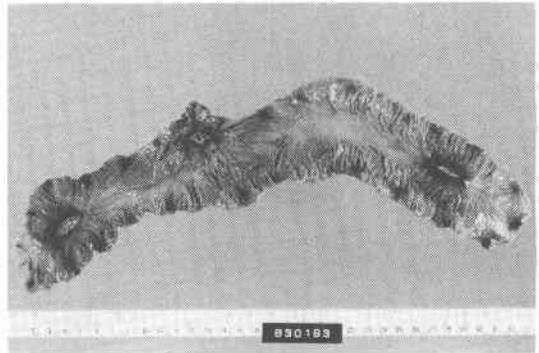


図7 77歳, ♂. 原因推定困難例の肉眼例(前立腺 cryosurgery 後発生例). 円形の punched out ulcer を認める.

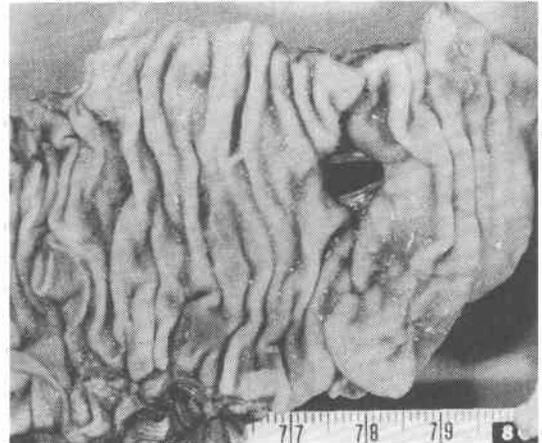


表4 潰瘍の発生部位 (重複あり)

	回腸末端部	回腸	空腸
結核 (N=4)	2	4	1
Crohn病 (N=5)	3	5	
急性回腸末端炎 (N=2)	2		
Behçet病 (N=1)	1		
結核性腸炎 (N=1)	1	1	
物理的外力による潰瘍 (N=7)	1	4	2
結核疑診 (N=8)		6	2
虚血性腸炎 (N=1)		1	
病因不明 (N=5)	2	3	
	12 (35%)	24 (71%)	5 (15%)

瘍2例, 結核疑診例2例の合計7例に過ぎず, 回腸末端を除く回腸に28例(82.4%)が発生し, 回腸が好発部位であった(重複有り)(表4).

表5 潰瘍の主な形態

	輪状	縦走	円形・多角形	不整形
結核 (N=4)	4			
Crohn病 (N=5)		5		
急性腸結核 (N=2)				2
Behçet病 (N=1)			1	
線維性腸炎 (N=1)	1			
物理的外力による潰瘍 (N=7)	2	1		4
結核疑診 (N=8)	8			
虚血性腸炎 (N=1)		1		
病因不明 (N=5)			4	1
	15 (44%)	7 (21%)	5 (15%)	7 (21%)

III. 潰瘍の肉眼型

主として見られる潰瘍の形態を輪状潰瘍、腸間膜側縦走潰瘍、腸間膜対側円形あるいは多角形潰瘍、その他の不整形潰瘍と4型に分類したところ、結核は、疑診例の診断基準としたため当然のことであるが、全例輪状潰瘍であった。また、Crohn病は全例腸間膜側縦走潰瘍であり、虚血性腸炎疑診例でも縦走傾向のある潰瘍が見られた。一方、Behçet病は腸間膜対側円形潰瘍であり、原因不明の潰瘍にも腸間膜対側の円形あるいは多角形潰瘍が多く見られた。しかし、物理的外力による潰瘍では、縫合糸の圧迫による潰瘍が腸間膜側縦走潰瘍、小腸吻合部の潰瘍と鈍的外傷後の潰瘍の2例が輪状潰瘍であるなど種々の形態を示した(表5)。

④ 潰瘍の組織所見

組織学的診断確定例は結核4例、Crohn病5例、PN1例の合計10例(29.4%)であり、組織学的疑診例は結核1例(2.9%)であった。その他の23例(67.6%)は非特異的所見のみであり、潰瘍、炎症、瘢痕が種々の程度にみられた。このうち、結核疑診例では線維性瘢痕化が強く、再生上皮や幽門線化生が特徴的であった。また、回腸末端炎では急性炎症所見が主であった。しかし、Behçet病、物理的外力による潰瘍、虚血性腸炎疑診例、原因不明の潰瘍は特徴に乏しい非特異性潰瘍であった。

考 察

小腸潰瘍には結核、梅毒、腸チフスなどの特異性潰瘍のほかに、膠原病、Behçet病などの全身疾患の部分症としての潰瘍や、塩化カリウムによる薬剤性潰瘍、尿毒症、虚血、放射線照射、物理的外力などの病因の明らかなもの、Crohn病やその他の原因不明の潰瘍など種々な雑多なものが含まれる¹¹⁻¹³⁾。これらの小腸潰瘍はいずれもまれなものであるが、そのなかで比較的多く見られるのは結核とCrohn病であり、欧米では

Crohn病が多いのに対し、本邦では依然として結核の方が多くとされる⁴⁾。

結核の診断には病変部から結核菌が証明されるか、病変部あるいは所屬リンパ節に組織学的に乾酪壊死を伴った結核結節が証明されることが必要であり⁵⁾、これらの条件を満たすものは結核確定例とされる。また、腸結核は治療によく反応し、乾酪性肉芽腫から非乾酪性肉芽腫へ、さらに非特異性炎症あるいは瘢痕へと変化するため、結核の治療に反応し、肉眼的に結核性潰瘍に類似するものは、結核菌あるいは乾酪性肉芽腫が証明されなくても結核疑診例とされる⁶⁾⁷⁾。さらに、結核に特徴的な肉眼像は輪状あるいは帯状潰瘍、潰瘍瘢痕を伴った萎縮帯⁸⁾⁹⁾などと表現され、腸結核は自然治癒傾向が強いため、たとえ結核治療歴がなくともこれらの肉眼所見があれば結核疑診例に含めるべきであるとされる⁸⁾⁹⁾。自験例では結核確定例は4例であり、乾酪壊死を伴った肉芽腫から診断された。しかし、3例では乾酪壊死はリンパ節の肉芽腫のみに見られており、リンパ節の検索が重要と思われた。また、これら4例はいずれも結核治療歴はなく、3例までが緊急手術あるいは準緊急手術例であった。抗結核剤の進歩した現在では以前のような重症肺結核に合併した腸結核を見ることはまれであり、自験例のような結核治療歴のない緊急手術例以外では乾酪壊死を伴った肉芽腫を認めるような新鮮例を見ることは少ないものと思われる。その他の結核疑診例は1例を除きいずれも組織学的には非特異性潰瘍であったが、輪状潰瘍、帯状萎縮帯といった肉眼所見から診断されたものであった。貧血、慢性的なイレウスといった小腸疾患に特徴的な症状を示す例の中にこのような陈旧性小腸結核が含まれることがあることは留意する必要があるであろう。

Crohn病は本邦では少ない疾患である。その診断は縦走潰瘍、敷石状外観、病変の不連続性といった内眼所見と、リンパ球集簇を主とする全層性炎症、サルコイド様非乾酪性肉芽腫といった組織所見によるが、肉芽腫以外には決定的所見は乏しいため、臨床症状、肉眼像、組織所見を総合して判定されている¹⁰⁾¹¹⁾。自験例は5例とも縦走潰瘍、病変の不連続性を認め、組織学的にも全層性炎症とサルコイド様非乾酪性肉芽腫を認めたためCrohn病と確定できるものであった。しかし、潰瘍部に肉芽腫を認めたのは2例のみであったのに対し、所屬リンパ節には5例全例に肉芽腫を認めており、諸家¹⁰⁾¹¹⁾の述べる通り、潰瘍周囲やリンパ節の検索がCrohn病の診断には必要と思われる。とくに、

自験例に見られたような、術前に診断がつかないまま緊急手術を受けた例では、手術時に肉眼所見をよく観察するとともに、潰瘍の周囲およびリンパ節を含めた標本を採取することが診断確定のためには重要であると思われる。

結核、Crohn病以外の疾患による小腸潰瘍はさらにもまれなものであるが、Behçet病に小腸潰瘍が合併することはよく知られている。Behçet病の腸病変は回腸末端部の下掘れ状円形潰瘍であり、組織学的には非特異性潰瘍である¹²⁾¹³⁾。Behçet病の主症状は眼、粘膜、皮膚の病変であるが、腸病変が先行し、遅れて主症状が出現する場合もあるため、小腸以外の症状を経過を追って観察する必要がある。自験例も小腸潰瘍のため手術を受けた後主症状が出現しBehçet病と診断することができた。そのほかに、結節性動脈周囲炎(PN)¹⁴⁾、SLE¹⁵⁾、Schönlein-Henoch症候群¹⁶⁾などに合併した小腸潰瘍が報告されている。また、急性回腸末端炎はYersinia enterocoliticaなどによるとされ、それ自体はまれな疾患ではないが、多くは軽症であり小腸切除を受けることは少ない¹⁷⁾¹⁸⁾。自験例では2例が小腸切除を受けたが、病変は回腸末端に局限しており、縦走潰瘍や数石状外観はなく、組織学的にも急性炎症所見のみであり、Crohn病とは明らかに鑑別された。

そのほか、小腸の虚血、放射線照射、盲管症候群¹⁾、閉塞性腸炎¹⁹⁾などの物理的要因でも潰瘍が発生するため、小腸の周囲の状況や既往歴などによる注意する必要がある。自験例でも7例は小腸周囲の状況から物理的要因が原因と判断され、他の1例は虚血が原因と推定された。これらの例は肉眼的には多くは不整形の潰瘍であったが、なかには一見結核を思わせるような輪状潰瘍やCrohn病のような縦走潰瘍の例があり肉眼形態から即断しないよう注意する必要があると思われる。また、組織学的には非特異性潰瘍であるため、その他の疾患による潰瘍で組織学的に非特異性潰瘍を示す例との鑑別は組織学的には不可能と思われた。

これらの分類に含まれないものは非特異性潰瘍として一括される場合がある。しかし、中には、若年女性に多く、出血を主症状とし、再発することの多い非特異性多発性小腸潰瘍症²⁰⁾や、回盲部に多発し下掘れ状円形潰瘍を示すsimple ulcer¹⁹⁾といった疾患が含まれる。また、Behçet病、虚血性腸炎、物理的外力による潰瘍なども組織学的には多くが非特異性潰瘍であり、さらに、Crohn病、小腸結核でさえも経過中には非特異性潰瘍としかいいようのない組織所見を呈する場合

があるため、非特異性潰瘍に混入する可能性がある¹⁹⁾。自験例では5例が原因の推定が困難であった。このうち、4例は円形あるいは多角形潰瘍の穿孔例であり、外国文献に多い孤立性非特異性小腸潰瘍²¹⁾とよく似た所見であった。しかし、非特異性多発性小腸潰瘍症に一致するものはなかった。また、いずれも代表切片の検索のみであり、検索方法が十分であったとは言えないため、他疾患が完全には否定されていない。とくに重症肺結核合併例は肉眼的にも、組織学的にも結核の所見はなかったが結核性の可能性もあるものと思われる。また、尿道凍結手術後の小腸潰瘍を2例経験したが、われわれの調べた範囲では他に同様な報告はなかった。尿道凍結手術が直接的な原因とは考えられないが、ストレスなどの間接的な誘因となった可能性はあるものと思われる。過去の非特異性潰瘍の文献²²⁾を見ても、種々雑多な例が混在しており、検索不十分のまま混入した他疾患が含まれている可能性もあるものと思われる。安易に非特異性潰瘍という病名をつけないよう1例1例の細かい検討が必要であり、とくに十分な検索ができなかったために原因の推定が困難であった例は原因推定困難とするにとどめ、非特異性潰瘍という分類は行わないほうがよいのではないかと思われる。

小腸潰瘍は結核、Crohn病、Behçet病などの多くの疾患で回腸末端から回腸が好発部位であるため、発症部位は診断根拠とはなりにくい。しかし、肉眼形態は例外はあるものの、結核は輪状潰瘍、Crohn病は縦走潰瘍を基本とし、Behçet病、simple ulcerは下掘れ状円形潰瘍であるなどの特徴的な所見を有し、診断の決め手となることもある。とはいえ、例外があることは常に留意する必要がある。また、組織学的には、内科的治療をうけていない結核やCrohn病では特徴的所見の得られる場合も多いため、潰瘍部のみならず、潰瘍周辺や腸間膜リンパ節を含めた詳細な組織学的検討が必要である。そのうえで組織学的に非特異性潰瘍の所見しか得られなかった例では、肉眼所見や他の臨床所見と併せて十分に検討した上で診断すべきである。簡単な組織学的検索だけでは確定診断にいたらない場合がむしろ多いことを認識しておく必要があろう。

おわりに

1. 小腸潰瘍切除例34例のうち、組織学的に確診された例は10例(29.4%)であり、肉眼所見、臨床所見を加味すると、20例(58.8%)が確診された。9例(26.5%)が疑診例であり、5例(14.7%)が原因推定困難であっ

た。

2. 最終診断は結核確診例4例, Crohn病5例, 結節性動脈周囲炎1例, 急性回腸末端炎2例, Behçet病1例, 物理的外力による潰瘍7例, 結核疑診例8例, 虚血性腸炎疑診例1例, 原因推定困難例5例であった。

3. 肉眼所見, 組織所見を臨床経過と併せて, 各症例ごとに十分に検討した上で診断し, 分類する必要があると思われた。

文 献

- 1) 八尾恒良, 淵上忠彦, 崎村正弘ほか: 腸の潰瘍性病変に対する新しい提案, 所謂“非特異性多発性潰瘍症”を中心として. 胃と腸 7: 1615-1619, 1972
- 2) 馬場正三: 全身疾患の腸病変. 医のあゆみ 9: 505-510, 1975
- 3) Brooth CC, Neal G: Ulcerative lesions. Edited by Brooth CC, Neal G: Disorders of the small intestine. Blackwell, Oxford, 1985, p209-217
- 4) 八尾恒良, 小川 清, 下田悠一郎ほか: 腸結核の小腸 X 線像の分析. 胃と腸 12: 1467-1480, 1977
- 5) Paustian FF, Marshall JB: Intestinal tuberculosis, Edited by Berk JE. Gastroenterology vol. 3, 4th edition. Saunders, Philadelphia, 1985, p2018-2036
- 6) Logan VSD: Anorectal tuberculosis. Proc R Soc Med 62: 1227-1230, 1969
- 7) 渡辺英伸, 遠藤寺宗知, 八尾恒良: 腸結核の病理. 胃と腸 12: 1481-1496, 1977
- 8) 白壁彦夫: 腸結核の診断理論. 胃と腸 12: 1455-1466, 1977
- 9) 八尾恒良: 腸結核疑診例の意味するもの. 胃と腸 13: 1185-1188, 1978
- 10) 八尾恒良, 淵上忠彦, 渡辺英伸ほか: クローン病18例の分析よりみた臨床診断とその問題点. 胃と腸 13: 315-334, 1978
- 11) 渡辺英伸, 遠城寺宗知, 八尾恒良: クローン病の病理. 胃と腸 13: 351-373, 1978
- 12) 馬場正三: 腸型 Behçet 病の臨床. 胃と腸 14: 885-892, 1979
- 13) 渡辺英伸, 遠城寺宗知, 八尾恒良: 回盲部近傍の単純性潰瘍の病理. 胃と腸 14: 749-767, 1979
- 14) 碓井章彦, 峰須賀喜多男, 山口晃弘ほか: 消化管壊死を来した Periarthritis nodosa (PN) の2例—本邦 PN 開腹例33例の検討—. 日臨外医会誌 44: 89-96, 1983
- 15) 鬼塚正孝, 更科広実, 小野 陸: 腸管穿孔と腸狭窄を合併した SLE の1例. 日消外会誌 14: 1639-1644, 1981
- 16) 近藤和男, 梶谷 喬, 光野正人: 空腸穿孔を合併した Shönlein-Henoch 紫斑病の1例. 小児臨 33: 87-90, 1980
- 17) 山口晃弘, 峰須賀喜多男, 磯谷正敏ほか: 多彩な肉眼所見を呈した急性回腸末端炎の1例. 臨外 37: 147-151, 1982
- 18) 碓井章彦, 峰須賀喜多男, 山口晃弘ほか: 急性回腸末端炎の臨床的検討. 日臨外医会誌 46: 902-909, 1985
- 19) 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腸炎に見られた非特異性多発性小腸潰瘍の2例—その考察. 日臨外医会誌 45: 1156-1161, 1984
- 20) 崎村正弘: 非特異性多発小腸潰瘍症の臨床的研究—限局性腸炎との異同を中心として—. 福岡医誌 61: 318-340, 1970
- 21) 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
- 22) 舟山裕士, 佐々木巖, 今村幹雄ほか: 非特異性腸潰瘍の外科治療—とくに手術成績と術後再発の問題について—. 日消外会誌 19: 2390-2396, 1986