

横行結腸腺腫による成人腸重積症の1例

¹⁾昭和大学外科, ²⁾大宮双愛病院, ³⁾癌研究会病院外科

築野 和男¹⁾ 渋沢 三喜¹⁾ 小池 正¹⁾
佐藤 任宏²⁾ 佐藤 行彦²⁾ 中川 健³⁾

A CASE OF ADULT INTUSSUSCEPTION DUE TO ADENOMA OF THE TRANSVERSE COLON

Kazuo TSUNO¹⁾, Miki SHIBUSAWA¹⁾, Tadashi KOIKE¹⁾,
Takahiro SATO²⁾, Yukihiko SATO²⁾ and Ken NAKAGAWA³⁾

1) Department of Surgery, School of Medicine, Showa University

2) Omiya Soai Hospital

3) Surgical Department of Cancer Institute Hospital

索引用語: 成人腸重積症, 結腸型重積症, 横行結腸腺腫

はじめに

成人腸重積症では回盲部重積症や小腸重積症の頻度は高いが, 大腸重積症は少ない¹⁾. 本症は比較的まれな疾患であることや, 特徴的な臨床症状を欠くことより, 術前に確定診断されないままに開腹手術を受け, はじめて本症と診断される場合も多い.

今回, 横行結腸の腺腫が原因となり, 横行結腸が下行結腸に重積をおこしたまれな症例を注腸検査, 内視鏡検査, computed tomography (CT) 検査により術前診断しえたので若干の文献的考察を加えて報告する.

症 例

患者: 35歳, 男性.

主訴: 間歇的腹痛, 下痢.

家族歴: 母が脳腫瘍で死亡, 兄が直腸癌で手術治療している.

既往歴: 特記すべきことなし.

現病歴: 昭和63年1月5日より上腹部痛および血便が出現した. 血便は2日間認めたがその後はなかった. 上腹部痛が持続するため1月8日某医受診し内服治療を受けていた. 1月20日ごろより下腹部および下痢が間歇的におこるようになった. 特に食事摂取により症状が増強した. 2月1日, 当院を紹介され来院した.

入院時現症: 身長162cm, 体重43kg とやせがある. 体温は37.4℃, 眼結膜に貧血を認めた. 胸部には異

常なく, 腹部は軽度膨隆し左上腹部に手掌大の腫瘤を触知した. 同部位に圧痛を認めたが筋性防御は認められなかった.

検査所見: 赤血球数 $328 \times 10^4/\text{mm}^3$, Hb 10.4g/dl, Ht 32%と貧血を認めた. 白血球数は $6,200/\text{mm}^3$, CRPは4+で, 血沈70/113mmと亢進していた. 生化学検査では低蛋白血症および血清K値 2.3mEq/l と低K血症を認めた.

入院時腹部単純X線検査所見: 小腸ガス, 大腸ガスの増加や鏡面像形成などの異常な所見は認められなかった.

注腸造影所見: 図1は70%バリウム250mlと, 空気約600mlによる二重造影像である. バリウムと空気は横行結腸より口側へは進入せず, 下行結腸が著明に拡張し, その内部にcoil-spring像を認めたので腸重積と考えられた. この部分では中筒腸管の粘膜と診断した.

大腸内視鏡検査所見: 肛門輪より50cmの部位に直径約2cm大の表面やや不整な隆起性病変を認めた. 同部位より18cm口側にはUL-IVの潰瘍を認め, この部位より口側へは挿入できず, 外筒腸管末端部と思われた. 内視鏡を引き抜き病変部を観察, さらに内筒腸管への挿入を試みたが挿入はできなかった(図2).

腹部CT検査所見: 第3腰椎の高さから腸骨より下5cmの高さまで, 直径7cm~10cm大の, 内部にairを伴う3層構造を呈する腫瘤を腹腔内左側に認めた. 嵌入了と思われる内筒腸管の長さはCT上では約12cm長であった. 内筒と先進部腫瘤の同定は困難で

<1988年11月2日受理>別刷請求先: 築野 和男
〒142 品川区旗の台1-5-8 昭和大学医学部外科

あった(図3)。

以上の検査より、横行結腸の直径2cm大の隆起性病変が原因となり、横行結腸が下行結腸へ重積をおこした腸重積と診断し、2月18日手術治療を施行した。

手術所見：下行結腸は著明に拡張し、下行結腸と空

腸との強い癒着も認め、重積の整復は不能であった。重積腸管を含め左半結腸切除および空腸部分切除をおこなった。

切除標本肉眼所見：下行結腸内に嵌入した重積腸管を認め、内筒腸管の先進部に2.2×1.8×1.5cm大の亜有茎性の腫瘍を認めた(図4a, b)。

切除標本組織所見：中等度の異形性を示す管状腺腫であり、横行結腸にはいくつかのUL-II~UL-IVの潰瘍形成を認めた(図4c)。

図1 注腸造影所見。下行結腸が著明に拡張し、その内部に coil spring 像を認めたので腸重積と考えられた。

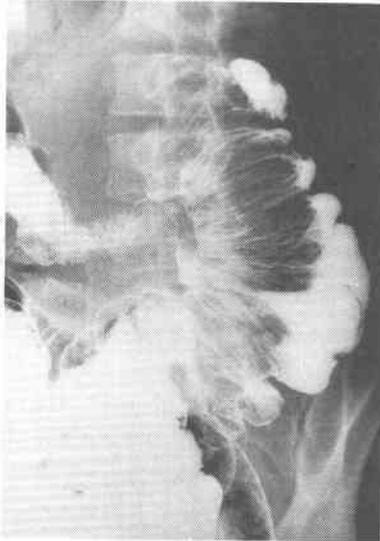


図2 大腸内視鏡所見およびシエーマ。肛門輪より50cmの部位に隆起性病変を認めた。この病変部より生検を行ない異型上皮と診断された。

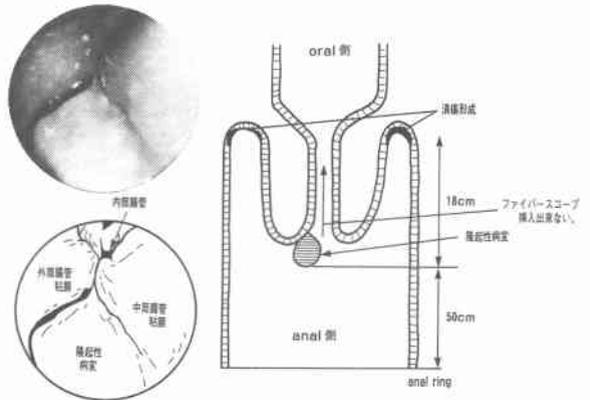


図3 腹部CT検査。直径7cm~10cm大の、内部にairを伴う3層構造を呈する腫瘍を腹腔内左側に認めた。嵌入したと思われる内筒腸管の長さはCT上では約12cm長であった。

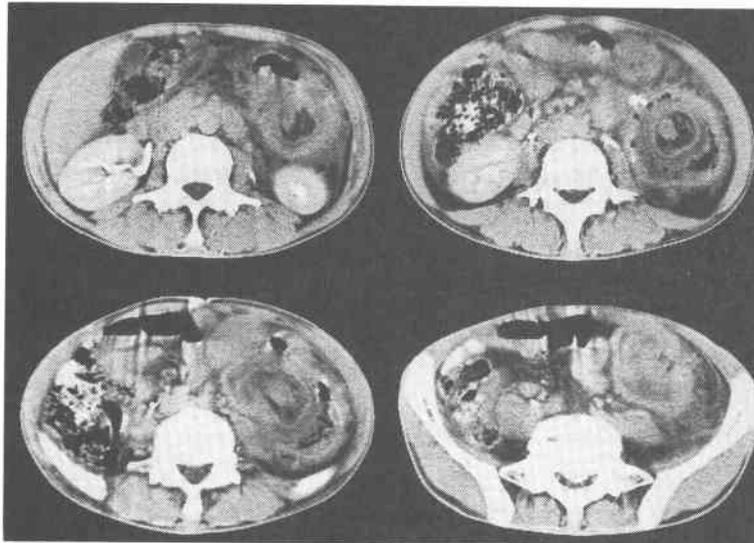


図4a 切除標本(外筒腸管を切開した像). 下行結腸内に
に嵌入した重積腸管を認め, 先進部に腫瘍を認める.



図4b 切除標本(嵌入した腸管を整復し腸管膜対側で
切開した像)

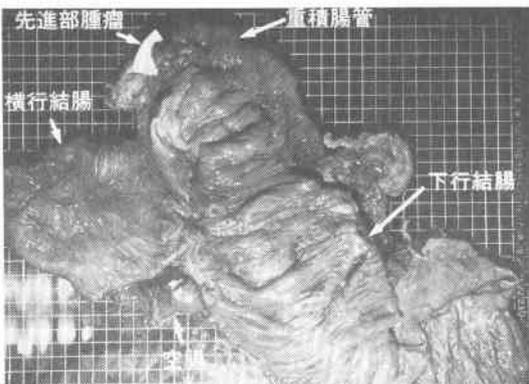


図4c 切除標本(重積の原因となった腫瘍). 中等度の
異型性を示す管状腺腫である.



術後の経過は良好で術後40日病日, 軽快退院した.

考 察

成人型の腸重積は全腸重積の5%²⁾と少なく, その臨床像は小児に見られる腸重積とはかなり趣が異なる. すなわち, 小児のように際立った好発年齢はなく, 幅広い年齢分布を示し性別差もはっきりしない. 器質的病変が腸管の蠕動を亢進させ肛門側の弛緩した腸管内に嵌入することにより重積が形成されると考えられており³⁾, 原因疾患では腫瘍の占める割合が多く, Saundersら⁴⁾の67%の報告がある. とりわけ腫瘍の容積の増大と有茎性の強いものほど誘因になりやすいといわれている³⁾.

結腸の重積型に関しては回盲部およびS状結腸に多く発生し¹⁾, 本症例のように横行結腸, 左結腸曲の腸管が下行結腸に重積することは少なく, 報告例をみない.

症状は腹痛, 嘔吐, 嘔気などの腸閉塞症状が主であり, 血便や腹部腫瘤を認めるものは少ないといわれている. また症状の経過が長く, 本症例のように長期間にわたる食事と関連した反復間歇的な腹痛と下痢の出現は, 本症を疑わせる特徴症状と思われた.

腹部単純X線検査では他の腸閉塞症に比べ, 腸管内ガス像, 鏡面像形成などの特有用な所見を呈するものは少ないといわれている. これは結腸重積症では完全閉塞になることが少ないためである. 小腸重積症では異常ガス像を認めることが多いといわれている²⁾. 結腸重積症は注腸造影検査が有用で, coil spring appearance, 蟹爪状造影が得られれば診断される. 小腸重積症は経口造影法による追腸検査により診断される場合があるが, 適応は限られており, 一般的に小腸重積症のほうが診断は困難である. 最近画像診断の進歩とともに, 腸重積の診断における超音波, CT検査の有用性が報告されてきた⁵⁾⁶⁾. かつてはCT検査の消化器疾患における適応は粘膜下腫瘍, 大網, 腸間膜の異常に限られていた. 従って, 腸重積のCT像の特徴について述べた報告も少なかった. 最近Ikoら⁷⁾はイスの腸重積の実験報告のなかで, 重積型にかかわらずCT所見は類似した層状構造を示すと報告している. 腸重積の層状構造は腸間膜や大網の腫瘍や膿瘍や壊死をおこした腫瘍と鑑別診断しなければならないが, 普通の大腸の横断像の長径よりも長く, 消化管の閉塞症状を伴っているものはtarget massが腸重積である可能性が高いと報告している. Stylesら⁸⁾も先細りの均質性の外套とmixed densityの中心をもった腹部腫瘍

のCT像は、腸重積の疑いが強いと報告している。超音波検査も二重ring像の腸管造影を描出することにより、重積の診断に有用と報告されているが、腸管ガスの存在が検査の妨げになることがあり、この点ではCTのほうが有用であると思われる。また先進部腫瘤が脂肪腫の場合は、内筒粘膜とはdensityが異なりCTで診断される場合があり有用である。

成人の腸重積治療については切除に際し重積を嵌納すべきか否かが議論されてきた。結腸結腸型腸重積では、整復することなく外科的切除法を行うことが、特殊な状況を除けば認められている。重積腸管と腸間膜の広い切除が外科治療上の問題である。なぜなら重積腸管の2/3に悪性病変を伴っているからである⁹⁾。例外的に虫垂が重積をおこしたときは、単純なくさび状切除、または回盲部切除により治療できる。術前検査で結腸重積の原因となったpolypが明らかとなった場合には、外科的に整復後結腸切開しpolyp摘出をおこなうか、内視鏡整復後カメラを用いてのpolyp摘出が可能となる場合もある。しかしながら結腸切開により大きな無茎性のpolypを局所切除することや、浮腫の強い腸壁を通じて、くさび状切除を行うよりはむしろ、健全な腸管部での切除術の方が危険がないかもしれない⁹⁾。

本症例では発症後約40日で開腹手術をおこなったが強度の癒着のため、重積腸管の整復は困難で、循環障害による多数の潰瘍形成がおこっていた。また、内視鏡的に腺腫と診断されたがTreitz靱帯部の空腸と結腸の癒着が強固で結腸の部分切除では治療できず、左半結腸切除および空腸の合併切除も余儀なくされ、拡大手術になってしまった点は反省させられた。小腸重積症の治療にあたっては、1/3は悪性病変によるが小腸原発の悪性疾患の頻度は転移性の疾患よりも少なく、2/3は悪性疾患以外のものによることより、重積整復後の限られた範囲の区域切除が要求される。また悪性疾患の既往があり特にmelanomaや乳癌によるものには整復後の区域切除が望まれる。同様にPeutz-Jeghers症候群の患者に対しても腸重積の再発があることより整復後のpolypectomyが適している。ときには腸管内に病変がなく漿膜の癒着や急性外傷、化学療

法、sprueが原因となることがあり整復と癒着剝離により治療される。しかし多数の癒着や炎症性腫瘤に伴う慢性の腸重積に対しては頻回の整復は避け、切除療法が根治的である。完全閉塞をきたすものは20%以下であり術前に腸洗浄ができなかったり、緊急手術になった症例に対し、一次的に吻合しても死亡率は低いと報告されている⁹⁾。

切除にさきだって重積を整復することが予後に影響をおよぼすか否かはいまだ結論が出ていない。

結 語

1. 横行結腸の腺腫が原因となり、横行結腸が下行結腸に重積をおこしたまれな症例を経験したので報告した。
2. 本症例の診断上、注腸検査、内視鏡検査、CT検査により腸重積に特徴的な所見が得られたので、若干の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 堀 公行：成人腸重積症。外科 38：692—698, 1976
- 2) Weibaecher D, Bolin JA, Hearn D et al: Intussusception in adults. Am J Surg 121: 531—535, 1971
- 3) 継 行男, 川上 洋, 竜礼之助ほか：成人腸重積症。外科 34：498—504, 1972
- 4) Saunders GB, Haga WH, Kinnaird DW: Adult intussusception and carcinoma. Ann Surg 147: 796—804, 1958
- 5) 木元謙治, 山本晋一郎, 木元正利ほか：超音波にて診断しえた成人腸重積症の1例。臨放線 30：423—424, 1985
- 6) 高橋正一郎, 林 芳郎, 中尾 寛ほか：CTが診断に有用であった成人腸重積症の2例。腹部画像診断 6：281—287, 1986
- 7) Iko BO, Teal JS, Sirma SM et al: Computed tomography of adult colonic intussusception. AJR 143: 769—772, 1984
- 8) Styles RA, Larsen CR: CT appearance of adult intussusception. J Comput Assist Tomogr 7: 331—333, 1983
- 9) Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC: Surgical management of intussusception in the adult. Ann Surg 193: 230—236, 1981