

汎発性腹膜炎を呈した横行結腸間膜リンパ管腫の1例

松波総合病院外科

加納 宣康 山田 直樹 原 聡 香山 仁志
足立 俊之 和田 英一 稲田 潔 松波 英一

同 病理診断部

池 田 庸 子

小寺医院

小 寺 豊

A CASE OF LYMPHANGIOMA IN THE TRANSVERSE MESOCOLON PRESENTING AS PANPERITONITIS

Nobuyasu KANO, Naoki YAMADA, Satoshi HARA,
Hitoshi KAYAMA, Toshiyuki ADACHI, Eiichi WADA,
Kiyoshi INADA, Eiichi MATSUNAMI¹⁾, Tsuneko IKEDA²⁾
and Yutaka KODERA³⁾

1) Department of Surgery, Matsunami General Hospital

2) Department of Pathological Diagnosis, Matsunami General Hospital

3) Kodera Clinic

索引用語：横行結腸間膜リンパ管腫，汎発性腹膜炎，結腸間膜嚢腫

はじめに

われわれは最近，横行結腸間膜内に発生したリンパ管腫で，汎発性腹膜炎の所見を呈した1例を経験したので報告する。

症 例

患者：9歳，男児。

主訴：右上腹部痛。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：約15時間前より右上腹部痛を訴えていたが，増悪するため小寺医院を受診したところ，腹膜炎として松波総合病院を紹介された。

入院時現症：体格・栄養は中等なるも，顔面は苦悶状であった。胸部には特記すべき所見はなかったが，腹部は軽度膨隆し，全体に圧痛が強く Blumberg 徴候陽性であり，これらの所見は右上腹部で最も強く筋性防御も認めた。腸雑音も全体に微弱であった。

入院時検査所見：赤血球数 $498 \times 10^4/\text{mm}^3$ ，白血球数 $43,900/\text{mm}^3$ ，ヘマトクリット値43.6%，血小板数 $58.8 \times 10^4/\text{mm}^3$ と著明な白血球増多を認めたが，肝機能検査および電解質は正常範囲内であった。

腹部単純X線撮影所見：右上腹部にはガスを認めず，上行結腸および下行結腸は尾側へ圧排されていた。

腹部超音波検査所見：右上腹部を占める低エコーの嚢状腫瘍を認め，内部には大小多数の隔壁があり蜂巢状構造を呈していた。腎臓および胆嚢との境界は明瞭であったが，膵臓との関係は描出できなかった(図1)。

腹部 computed tomography (CT) 所見：右上腹部を占める low density の腫瘍を認め，左縁は正中を越えていた。内部構造はほぼ均一であるが一部隔壁形成を認めた。造影CTでは，腫瘍の辺縁および隔壁が明瞭に造影されたが，超音波検査で認められた蜂巢状構造は認められなかった。また膵臓は体尾部は同定できたが，頭部は不鮮明で腫瘍との連続性が示唆された(図2)。

以上の所見から，腹腔内のリンパ管腫または膵頭部に発生した嚢胞性腫瘍の破裂による腹膜炎をもっとも

<1988年11月2日受理>別刷請求先：加納 宣康
〒501-61 岐阜県羽島郡笠松町田代185-1 松波総合病院外科

図1 腹部超音波検査所見。蜂巣状構造を示す囊状腫瘍を認める。

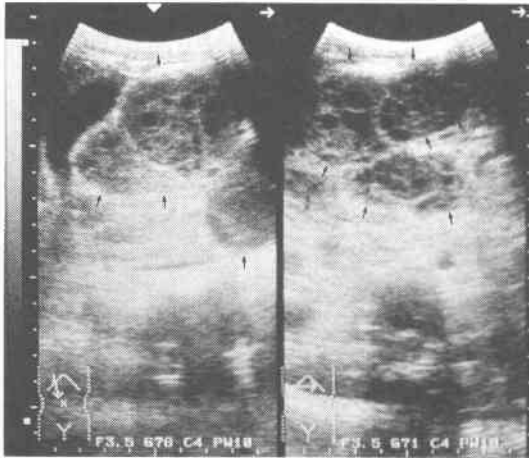
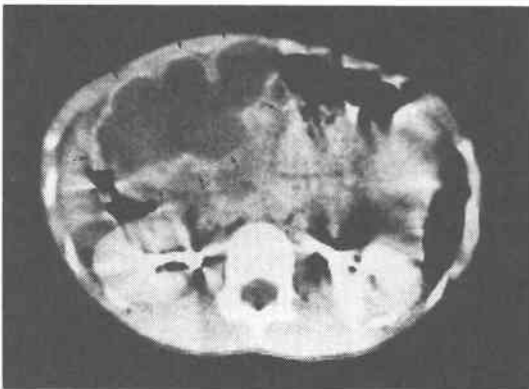


図2 腹部造影CT像。腫瘍の辺縁および隔壁が造影されている。



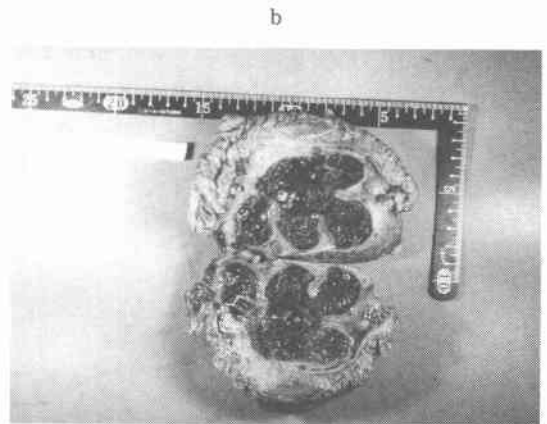
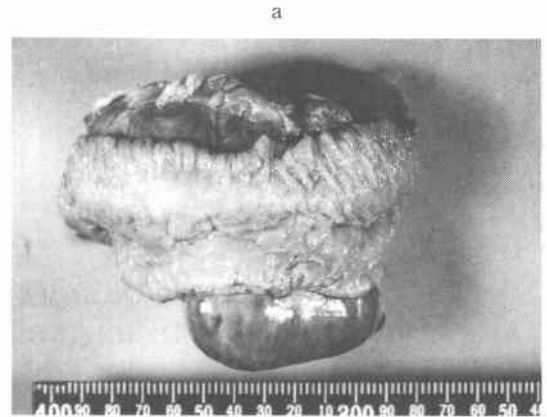
強く疑い昭和63年2月1日手術を施行した。

手術所見：上腹部正中切開にて開腹するに、腹腔内には約1.5lの腹水の貯留を認めたが混濁はなかった。また後腹膜領域にも広範に腹水が浸潤していた。右上腹部の腫瘍は新生児頭大で、多房性の囊胞より成り、一部右頭側では膿苔を認めた。多房性囊胞が一部破裂して腹膜刺激所見を呈したものと考えられた。腫瘍は主に横行結腸間膜内にあり、横行結腸を強く圧排していた。胃大彎、十二指腸および臍頭部には腫瘍による圧排は認めるも浸潤所見はなかった。上行結腸の肛門側1/3および横行結腸の口側2/3を結腸間膜とともに切除することにより腫瘍を摘出した。

切除標本所見：腫瘍の大きさは10×12×9cmで、重さは腸管も含めて500gであった。腫瘍は多房性の囊胞

図3 切除標本所見

a. 合併切除された横行結腸の粘膜面には特記すべき所見はない。b. 断面には、厚い隔壁と蜂巣状構造を認める。



様の外観を呈するも、充実性に固く触れる部もみられた。結腸は腫瘍により圧排されていたが、粘膜面の変化はなかった(図3a)。固定後、断面をみるに、壁は最大で約1cmと厚く、この壁は内腔へ突出した隔壁へ連続していた。さらに内腔には薄い隔壁により仕切られた小さな房が集簇し蜂巣状構造を形成し、内容液はチョコレート色で漿液性であった(図3b)。

病理組織学的検査所見：漿膜下に大小多数の囊胞を認め、内腔面は扁平な内皮細胞に覆われてきた。また囊胞壁はリンパ組織に富んでいた(図4a)。全体に浮腫と炎症性細胞浸潤が著明で、囊胞の周囲は弱々しい平滑筋層がとりまいており、内腔の一部には hemosiderin および macrophage も認められた(図4b)。大きな囊胞は弱々しい平滑筋が取り巻いており、炎症性細胞の浸潤を認め、内皮細胞は剝離していた(図

4c).

以上の所見より炎症および出血を伴った囊状リンパ管腫と診断した。

術後経過は順調で第14病日に退院した。

考 察

腸間膜囊腫は最近報告例が増加しつつあるが、比較

図4 病理組織学的検査所見

a. 粘膜下のリンパ管の拡張とリンパのうっ滞を認める (Hematoxyline-Eosin 染色, ×4). b. 内皮細胞で覆われた囊胞を認め、一部にはヘモジデリンを貪食した macrophage を入れている。筋層内に拡張したリンパ管の陥入を認める (Hematoxyline-Eosin 染色 ×10). c. 大きな囊胞の壁を示す。弱々しい平滑筋が取り巻いており、炎症性細胞の浸潤を認め、内皮細胞は剥離している (Hematoxyline-Eosin 染色, ×20).

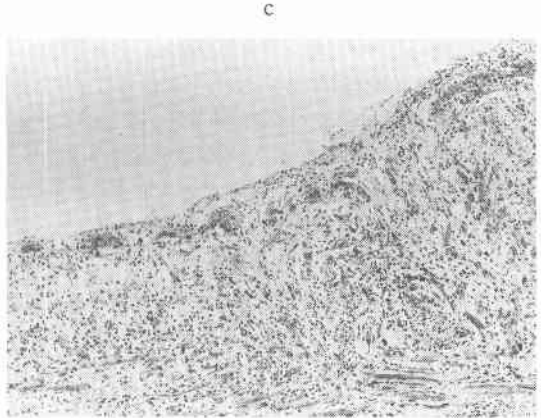
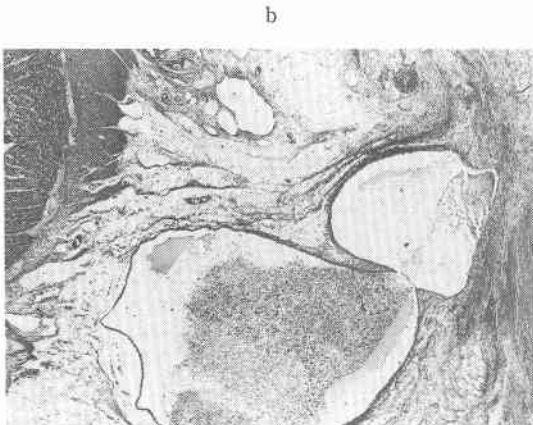
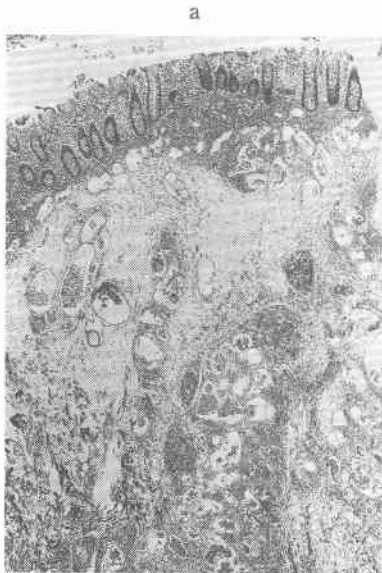


表1 腸間膜囊腫の分類

1. 真性囊腫
 - A) リンパ系に起源を有するもの
 - 1) うっ滞性囊腫
 - 2) リンパ管腫
 - B) 非リンパ系で胎生期に起源を有するもの
 - 1) 腸囊腫
 - 2) 皮様囊腫
 - 3) 泌尿生殖器系の迷芽を基とするもの
2. 寄生物囊腫
 - 1) エヒノコッカス
 - 2) 結締織包虫
 - 3) ガス囊腫
3. 混合囊腫
 - 1) 血液囊腫
 - 2) 軟化囊腫
 - 3) 流動性囊腫
 - 4) 大網囊腫性水腫

的まれな疾患であり可児ら¹⁾の集計によれば1980年までに282例の報告をみている。

腸間膜のどの部位にも発生しうるが、小腸間膜での発生が最も多く、可児ら¹⁾は57%、小牧ら²⁾は53%と報告している。ついで結腸間膜に多い³⁾。

腸間膜囊腫の分類は Neubich⁵⁾によれば表1のごとくである。このうち腸間膜リンパ管腫とよばれるものが最も多く、本邦の報告でも約半数がリンパ管腫である。とくに小児例ではほとんどがリンパ系起源のものである¹⁴⁾。本症の発生機序については種々の説があるが、胎生期迷入リンパ組織の増殖、および正常リンパ管系への誘導欠損による拡大が本態とする考えが有力である。また高齢者では、外傷、変性、炎症などによる後天的なリンパ管閉塞によるものも含まれると考え

られる⁶⁾。またリンパ管腫は病理組織学的に、1) simple lymphangioma, 2) cavernous lymphangioma, 3) cystic lymphangioma に分類されるが⁷⁾、このうち3)の cystic lymphangioma の報告例が圧倒的に多い。

しかし、Takiff ら⁸⁾は、腸間膜囊腫と腹腔内の囊状リンパ管腫とは厳密に鑑別すべきであると述べ、囊状リンパ管腫の診断基準として、1) 囊腫の内腔内が立方状あるいは円柱状上皮というよりも扁平な内皮で覆われていること、2) 囊胞壁内に小さなリンパ腔が存在すること、3) リンパ球がびまん性に集まっているか、リンパ節に似た構造を示したりして、囊腫壁がリンパ組織に富んでいること、4) 脂肪様物質を含む泡沫細胞がいろいろな程度に存在すること、5) 囊腫壁に平滑筋が存在すること、を挙げている。自験例はこれらの基準をほぼ満たすものである。これに対し腸間膜囊腫では、内皮細胞が円柱状あるいは立方状のことが多く、ときには欠如していることもあり、また腸間膜囊腫の壁には平滑筋とリンパ系組織が存在しないという⁹⁾。

Takiff ら⁸⁾によれば、リンパ管腫では腫瘍が大きく多房性で、症状が出やすく、通常男児に多いのに対し、腸間膜囊腫は比較的小さく、無症状で単房性のことが多く、ときに石灰化がみられ、成人女性での発生率が高いという。

腸間膜囊腫のうち、イレウス症状や腹膜刺激症状を呈して、急性腹症として開腹されることはかなり多いと考えられる。可児ら¹⁾は、本邦集計小腸間膜囊腫102例のうち術前に腫瘍として発見されたものは41例で、腸閉塞、虫垂炎、急性腹膜炎、腸重積症など急性腹症と術前診断されたものが52例(51%)であり、西田ら¹⁰⁾も小児例では急性腹症と術前診断されたものは39例中25例と述べている。

腹膜炎症状を呈する機序としては、1) 囊腫の破裂、2) リンパの漏出、3) 囊腫内の出血および、4) 囊腫の感染・炎症などが考えられるが、自験例では手術所見より、膿苔を認めた部位で囊腫が破裂したため、囊腫内出血およびリンパ液の流出を来し、腹膜炎症状を来したものと考えられる。しかし、炎症と破裂のどちらが先に起こったかの判定は困難である。

本症は急性腹症として発症することが多く、イレウスや腹膜炎として開腹され初めて診断されることが多かった¹¹⁾が、近年の超音波検査法とCTの進歩によって自験例のように術前診断可能な症例が今後増加するものと考えられる。

治療は切除または摘出を原則とするが、自験例のように腸管と密接な関係を持つ例では腸切除を要することもある。本症では悪性化はないと考えられており、完全摘出できれば予後は良好である。しかし多発例の報告もあり、見落としのないよう注意を要する。

まとめ

腹膜炎症状を呈した結腸間膜内リンパ管腫の1例を報告し、腸間膜囊腫につき文献的考察を加えた。

文 献

- 1) 可児淳朗, 岸川輝彰, 伊藤 寛ほか: 囊腫内出血を呈した小児腸間膜内囊腫の1例. 日小児会誌 16: 1247-1251, 1980
- 2) 小牧文雄, 山川達郎, 岩淵正之ほか: 腹部膨満ならびにイレウスを呈した腸間膜囊腫の1例. 日消外会誌 11: 143-146, 1978
- 3) 柳 一平, 浦 伸三, 谷口勝俊ほか: 小児腸間膜囊腫の1治験例. 和歌山医 29: 165-169, 1978
- 4) 三好信和, 末田泰二郎, 市川 徹ほか: 急性腹症として発症した腸間膜囊腫の2例. 消外 5: 363-367, 1982
- 5) Neubich: Cysten und Pseudocysten des Mesenteriums. Arch Klin Chir 161: 703-710, 1930
- 6) 高木 格, 白石アンナ, 水野 力ほか: 急性腹症を呈した腸間膜囊腫の1例. 名古屋病紀 7: 55-59, 1984
- 7) Wegner G: Lymphangioma. Arch Klin Chir 20: 641-707, 1877
- 8) Takiff H, Calabria R, Yin L et al: Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. Arch Surg 120: 1266-1269, 1985
- 9) Baker AH: Developmental mesenteric cysts. Br J Surg 48: 534-540, 1961
- 10) 西田 進, 猪野 満, 大黒 博ほか: 小腸腸間膜囊腫—自験2例と本邦における最近10年間の統計的観察. 外科診療 15: 455-461, 1973