

回腸脂肪腫による腸重積症の3例

早良病院胃腸科, *九州大学医学部第2外科

藤 也寸志 松浦 弘 嶺 博之
原口 幸昭 森 正樹* 桑野 博行*

THREE CASES OF INTUSSUSCEPTION DUE TO ILEAL LIPOMAS

Yasushi TOH, Hiroshi MATSUURA, Hiroyuki MINE,
Yukiaki HARAGUCHI, Masaki MORI* and Hiroyuki KUWANO*

Department of Gastroenterology, Sawara Hospital

*Second Department of Surgery, Kyushu University, School of Medicine

索引用語: 回腸脂肪腫, 腸重積症

消化管の脂肪腫は比較的まれな疾患とされ Mayo によると, 消化管良性腫瘍4,000例の手術例中164例(4%)の頻度であり¹⁾, また, River らは小腸良性腫瘍1,399例中219例(15%)を占めると報告している²⁾.

最近, 著者らは回腸末端に発生し腸重積症を合併した小腸脂肪腫を3例経験したので, 若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

症例1: T.H. 70歳, 男。

主訴: 上腹部痛, 右季肋部腫瘍。

現病歴: 昭和49年ころよりときどき上腹部痛を訴えていた。昭和53年6月ころよりときどき右上腹部腫瘍に気づき, 10月になり上腹部痛が持続するため当科受診となった。

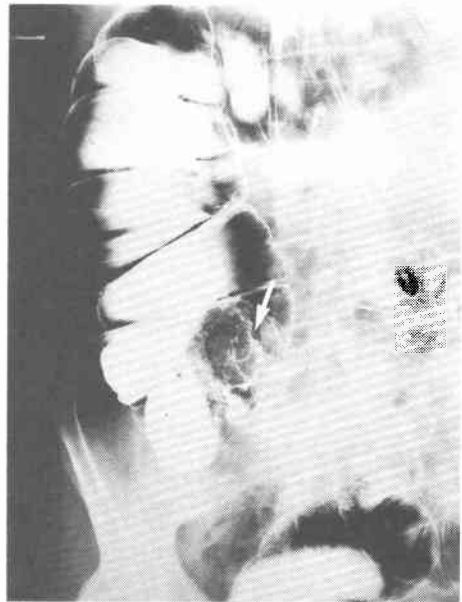
初診時現症: 右季肋部に手拳大の表面平滑, 弾性硬で圧痛のある腫瘍を触知した。

臨床検査所見: 便潜血(++)、血沈亢進(40mm/h, 81mm/2h)が認められた。そのほか異常は認められなかった。

注腸透視所見: 初診時注腸透視では肝彎曲部に類円形で表面粗大顆粒状の腫瘍陰影を認めた。この腫瘍は加圧により回盲部に移動し, 同時に腹痛は消失した。9日後の同検査にて盲腸に直径約5cmの腫瘍が認められた。表面は凹凸不整で不整形のバリウムのたまりがあり, 潰瘍の存在を思わせた(図1)。

大腸内視鏡所見: 盲腸内に表面凹凸不整で一部に潰

図1 第2回注腸透視。盲腸内に表面凹凸不整の腫瘍があり, 不整形の潰瘍(矢印)をともっている。



瘍を形成した発赤調の有茎性腫瘍を認めた(図2)。生検では, 正常腸粘膜という結果であった。

以上より, 確診は得ることができなかったが, 腫瘍表面の性状から盲腸癌を疑い, 手術を施行した。

手術所見: 盲腸内に鶏卵大の腫瘍を触知したが, 漿膜側に異常は認められなかった。回腸末端部約10cmを含めて右側半結腸切除術を施行した。

切除標本所見: 回盲弁直上部の回腸腸間膜側に3.8×3.2×5.0cmの有茎性腫瘍を認めた。腫瘍表面は

図2 大腸内視鏡。盲腸内に、表面が凹凸不整で一部に潰瘍(矢印)を形成した有茎性腫瘤を認める。

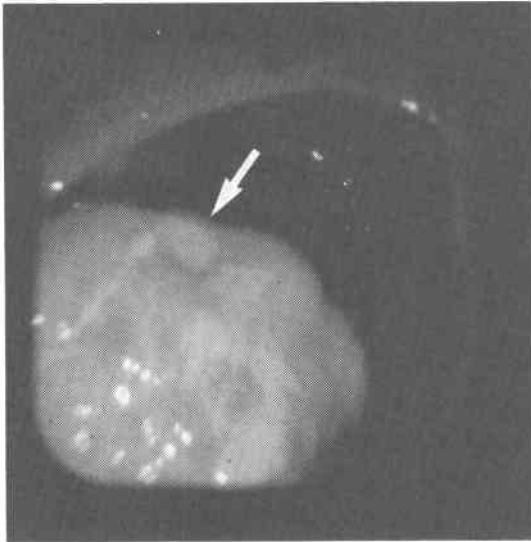
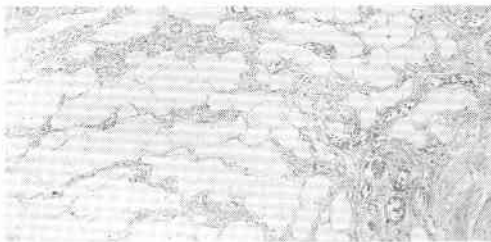
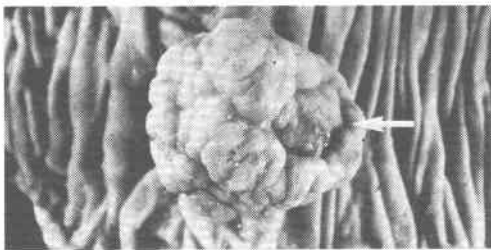


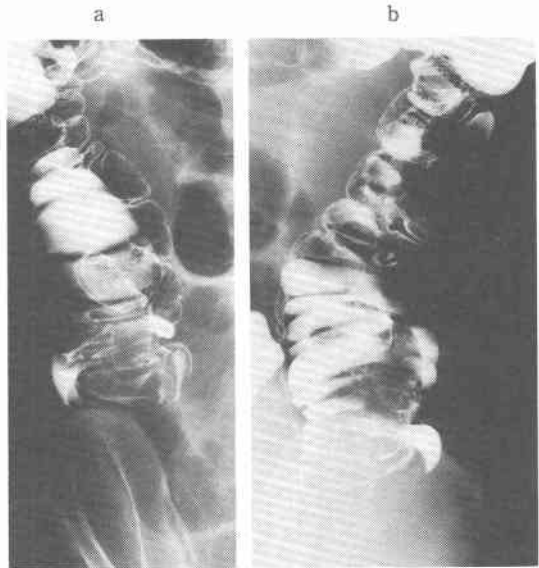
図3 a) 切除標本。回腸末端に3.8×3.2×5.0cmの有茎性腫瘤を認める。表面はやや腫大した腸粘膜で覆われており一部潰瘍を形成している(矢印)。b) 組織所見。粘膜下層に成熟脂肪細胞のやや不規則、小葉状増殖がみられる。悪性所見はない。



一部潰瘍を形成していたが、大部分は正常腸粘膜で覆われていた(図3a)。剖面では、腫瘍は黄色球形で柔らかく、粘膜下層に限局していた。組織学的には成熟脂

図4 注腸透視

a) 仰臥位で、上行結腸内に表面が比較的平滑で境界鮮明な腫瘤を認める。b) 腹臥位で、蟹の爪状陰影が見られ、腸重積症と考えられた。



肪様細胞のやや不規則な小葉状増殖からなり、悪性所見はなく、脂肪腫と診断された(図3b)。

症例2：K.A. 50歳，男。

主訴：腹痛，腹部膨満感。

現病歴：昭和57年8月1日より，腹痛，腹部膨満感が持続するため当科受診となった。

初診時現症：腹部は全体に膨隆し，右側腹部に圧痛を伴う抵抗を認めた。

臨床検査所見：特記すべきことなし。

注腸透視所見：仰臥位で上行結腸内に類円形で表面比較的平滑，境界鮮明でX線透過性の良い腫瘤陰影を認めた(図4a)。腹臥位で造影口側端はいわゆる蟹の爪状陰影を呈し，バリウムの回腸内流入はなく腸重積症と考えられた(図4b)。

大腸内視鏡所見：盲腸内に回腸末端部より突出した腫瘤が認められた。表面はやや発赤調で軽度の凹凸が見られた(図5)。生検結果は正常小腸粘膜であった。

以上より回腸腫瘤による腸重積症と診断し症状が改善しないため，手術を施行した。

手術所見：上行結腸内に重積した腫瘤を触知したが，徒手整復は困難であり重積回腸を含めた回盲部切除術を施行した。

切除標本所見：回盲弁より口側28cmの部位に

図5 大腸内視鏡。盲腸内に回腸末端より突出した腫瘤が見られる。表面に軽度の凹凸が見られる。

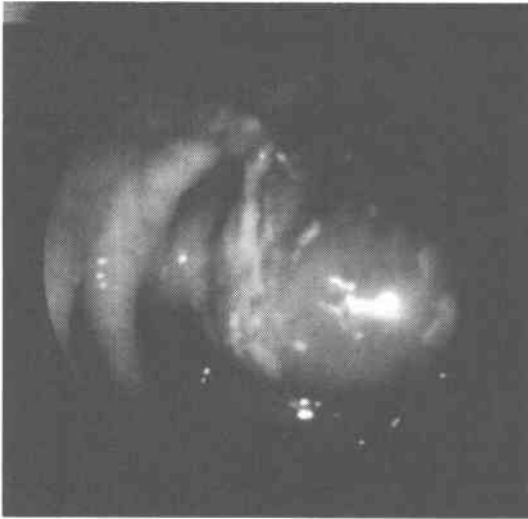
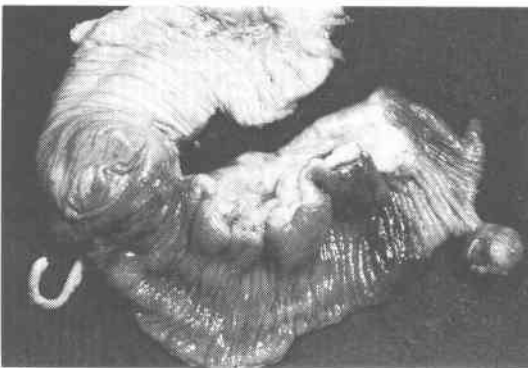


図6 切除標本。回盲弁より口側28cmの部位に2.3×2.8×2.5cmの有茎性腫瘤を認める。表面は大部分正常腸粘膜で覆われている。



2.3×2.8×2.5cmの有茎性腫瘤を認めた。表面は粗大顆粒状を呈し、大部分は正常腸粘膜で覆われていた(図6)。断面で、腫瘤は卵円形で正常腸粘膜に覆われた黄色脂肪様組織からなっており、組織学的に脂肪腫と診断された。

症例3：T.N. 57歳，男。

主訴：腹痛，下血。

現病歴：昭和60年5月27日朝，腹痛，下血が出現し持続するため，同日当科受診となった。

初診時現症：心窩部に圧痛，右下腹部に抵抗が認められた。

図7 注腸透視。盲腸内に表面平滑で境界鮮明な腫瘤と重積した回腸が認められる。



臨床検査所見：便潜血(++)と白血球増多(12,700/mm³)が見られた。そのほか異常は認められなかった。

注腸透視所見：盲腸内に表面平滑，境界鮮明でX線透過性のよい類円形の腫瘤陰影と重積した回腸が認められ，バリウムの回腸内流入は見られなかった(図7)。

以上より，回腸脂肪腫による腸重積症と診断し手術を施行した。

手術所見：盲腸内に鶏卵大の腫瘤を触知した。回盲弁より口側約15cmの部で回腸が順行性に重積していた。徒手整復は困難であり，回盲部切除術を施行した。

切除標本所見：回盲弁より口側約30cmの回腸に2.0×2.0×1.5cmの有茎性腫瘤が見られ，表面は粗大顆粒状で壊死に陥っていた。組織学的に脂肪腫と診断された。

考 察

消化管脂肪腫は比較的多い疾患であるが，部位別には大腸，小腸，胃，食道の順に多い¹⁾³⁾。特に小腸脂肪腫についてみると，回腸に最も多く，中でも回盲弁より60cm以内に多く発生する²⁾⁴⁾⁵⁾。小腸脂肪腫に特異な症状はないが，合併症として腸重積症が31%~84%と高頻度に認められている²⁾⁵⁾⁶⁾。

一方、成人腸重積症は比較的まれな疾患であり、多くは器質的疾患に起因し、慢性に経過する場合もある⁷⁾。Coranの報告では10例の成人腸重積症中3例が脂肪腫に起因しており⁸⁾、著者らの経験した3例の脂肪腫もすべて腸重積症を合併していた。このことより消化管脂肪腫は、成人腸重積症の原因として重要であると思われる。

著者らの経験した症例1は注腸透視、大腸内視鏡検査にて、不整形潰瘍を伴ない凹凸不整な腫瘤表面粘膜の性状より、盲腸癌を強く疑った。典型的な消化管脂肪腫のX線像は球形ないし卵円形の、表面平滑で境界鮮明な陰影欠損像として認められ、X線透過性が良く圧迫や蠕動により変形を来すとされる⁹⁾¹⁰⁾。一方、内視鏡的には表面平滑で光沢黄色調を呈し、時に中央にびらんを有し、bridging foldを示すことがあるなど粘膜下腫瘍の像を呈するとされる¹⁰⁾。症例1の腫瘤表面の粘膜異常は、たび重なる重積による慢性機械的刺激によって生じたものと考えられるが、消化管脂肪腫は実際には本症例のように表面の性状からでは術前に確診を得ることは困難でHurwitzらは、術前に診断しえたのは17%にすぎなかったと報告している⁹⁾。

近年、computed tomography (CT)が消化管の病変、特に壁内腫瘍、びまん性壁肥厚の診断に有用であり¹¹⁾、Heikenらは経口または経直腸的造影剤投与を併用したCT検査により、特有のCT値を持つ消化管脂肪腫の術前診断が可能であると報告している。彼らは、消化管の脂肪肉腫は極めてまれであるため、実際の臨床脂肪腫との鑑別を考慮する必要はないとしている¹²⁾。また仁尾らは、血管造影が脂肪腫と悪性腫瘍との鑑別に有用であると述べており、さらに脂肪腫自身の診断に有用である所見として、腫瘤の辺縁は血管像が豊富であるが中央部はそれが少ないことをあげている⁹⁾。ところが実際には本症例2,3のように緊急手術になる場合もあり、現在のところCT、血管造影は一般的には施行されていないようである。

本症の確診が得られた場合、良性腫瘍であるため腫瘤摘出のみで十分であると考えられるが、症例1のように腫瘤表面の性状より悪性腫瘍との鑑別が困難な場合や、症例2,3のように徒手整復不能な腸重積症が合併している場合が多く、実際には大部分の症例が腸切除を受けている。

以上のように、回腸腫瘤に伴う成人腸重積症に出会った際、脂肪腫を鑑別診断に加え、CTや血管造影さ

らには術中組織診をも加えた諸検査を行い、治療に際しては過度の侵襲を避けるように努力すべきであろう。

結 語

著者らは現在までに比較的まれな小腸脂肪腫を3例経験したので、若干の文献的考察を加えて報告した。小腸脂肪腫は腸重積症を合併する頻度が高いこと、また時に癌との鑑別が非常に困難な形態をとることがあることなどに注意する必要があると考えられる。

最後に、御校閲戴いた九州大学第2外科教授杉町圭藏先生に深甚なる謝意を表します。

文 献

- 1) Mayo CW, Pagtalan PJG, Brown DJ: Lipoma of the alimentary tract. *Surgery* 53: 598-603, 1963
- 2) River L, Silverstein J, Tope JW: Benign neoplasms of the small intestine. A critical comprehensive review with reports of 20 new cases. *Int Abstr Surg* 102: 1-36, 1956
- 3) Hurwitz MM, Redleaf PD, Williams HJ et al: Lipomas of the gastrointestinal tract. An analysis of seventy-two tumors. *AJR* 99: 84-89, 1967
- 4) 八尾恒良, 日吉雄一, 田中啓二ほか: 最近10年間(1970-1979)の本邦報告例の集計からみた空・回腸腫瘍。II. 良性腫瘍。胃と腸 16: 1049-1059, 1981
- 5) 鈴木俊輔, 森 昌造, 石田茂登男ほか: 小腸脂肪腫の1例, 本邦における小腸脂肪腫の統計的観察。日臨外医会誌 45: 1620-1625, 1984
- 6) Wilson JM, Melvin DB, Gray G et al: Benign small bowel tumor. *Ann Surg* 181: 247-250, 1975
- 7) Weilbaecher D, Bolin JA, Hearn D: Intussuption in adults, review of 160 cases. *Am J Surg* 121: 531-535, 1971
- 8) Coran AG: Intussuption in adults. *Am J Surg* 117: 735-738, 1969
- 9) 仁尾義則, 市川利洋, 新田直樹ほか: 回腸脂肪腫に起因する腸重積症の1例。胃と腸 17: 806-810, 1982
- 10) 林 繁和, 小池光正, 山口喜正ほか: 巨大な空腸脂肪腫の1例。胃と腸 16: 849-854, 1981
- 11) Megibow AJ, Redmond PE, Bosniak MA et al: Diagnosis of gastrointestinal lipomas by CT. *AJR* 99: 84-89, 1967
- 12) Heiken JP, Forde KA, Gold RP: Computed tomography as a definitive method for diagnosing gastrointestinal lipomas. *Radiology* 142: 409-414, 1982