

小腸神経鞘腫による成人腸重積症の1例

千葉市立海浜病院外科

鍋嶋 誠也 太枝 良夫 佐野 隆久
堀江 枢 村上 和

A CASE OF ADULT INTUSSUSCEPTION CAUSED BY NEURILEMMOMA OF SMALL INTESTINE

Seiya NABESHIMA, Yosio OOEDA, Takahisa SANŌ,
Kaname HORIE and Sizuka MURAKAMI

Department of Surgery, Chiba Municipal Kaihin Hospital

索引用語: 小腸神経鞘腫, 成人腸重積症, 腸重積症の画像診断

はじめに

成人の腸重積症は小児にくらべて少なく特有な症状に乏しい。また何らかの腫瘍性の器質的疾患をとまなうことが多く二次性に慢性的な経過をたどり診断に苦慮することが多い。われわれは小腸重積先進部が臨床上来た原発性神経鞘腫ポリープであった成人症例を経験し、併せて術前に computed tomography (CT) 像とエコー像で特徴ある画像を得られたのでその1治験例と文獻的考察を加えて報告する。

症 例

患者: 61歳, 女性。

主訴: 上腹部痛, 下痢, 嘔吐。

既往歴・家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 1987年7月末より上腹部痛, 下痢, 嘔吐が持続し血清アミラーゼ高値にて急性膵炎として点滴療法を受けていたが軽快せず8月3日当院内科へ入院した。

入院後の所見と経過: その後約1週間にわたり蛋白分解酵素阻害剤を投与し, 血清, 尿アミラーゼ値は正常化した。自覚症状は軽快しなかった。血液一般, 生化学検査, 腫瘍マーカーなど, また上・下部消化管内視鏡, 腹部超音波・CT検査などには所見がなく, 経口小腸造影では回腸部の所々に軽度浮腫性の拡張と狭窄が認められたが器質的変化はみられなかった。この間, 腹部単純X線写真では若干のガス狭窄像が見られるのみであった。なおも上腹部痛, 下痢が続くため小腸

造影所見より虚血性腸炎と暫定診断して絶食, 高カロリー輸液(IVH), ステロイド療法が開始された。それにも拘らずその後, 嘔吐が増強しX線写真にてガス鏡面像が出現してきたため腸閉塞の診断で外科へ転科した。転科後, 腫瘍性疾患の有無を再検するために下腹部を中心にCT・超音波検査を施行したところCT像(写真1)では骨盤内レベルにおいて肥厚した腸管壁が重層構造を示し, 腸重積を示唆する内筒・外筒とその一極には先進部と思われるポリープ様病変がそれぞれ高~低吸収域として層状構造(layered appearance)を呈しており, 全体像としては腎臓形状(reniform pattern)として描出された。また右下腹部の斜め方向で得られた超音波検査(写真2)でもCTと同じく重積腸管のほぼ縦断像と思われる方向で高~低エコー域が層状に重なっており腎臓形状を呈し, その中心部にはいわゆるtarget like appearanceと思われる像がみられた。消化管内減圧を兼ねてチューブ挿入下に再度小腸二重造影(写真3)を施行したところ回腸末端部近くに2.0×1.8cmの平滑で円形のポリープ様病変を認めその部の充満像所見はいわゆるカニ足状であり, その口側腸管はむしろ一部が狭窄状態を呈しさらにその口側で拡張していた。以上の画像, X線所見よりポリープ様病変による回腸一回腸型腸重積症と術前診断し手術を施行した。

手術所見: 全麻下にて開腹。回腸末端部より約50cmに先進部を有する長さ15cmにわたる回腸一回腸型腸重積が見られた。重積部腸管は硬化, 肥厚し口側30cmの腸管は拡張していたが腸管膜血管, 腸管壁の炎症所見などはなかった。悪性所見もなく, 重積部腸管を含

写真1 CT像：骨盤内レベルにおいて特徴ある層状の腎臓形を呈する。



写真2 超音波像：左は横断面にちかく target like appearance を，右はほぼ縦断面で CT 像とおなじく腎臓形状で層状構造を示す。

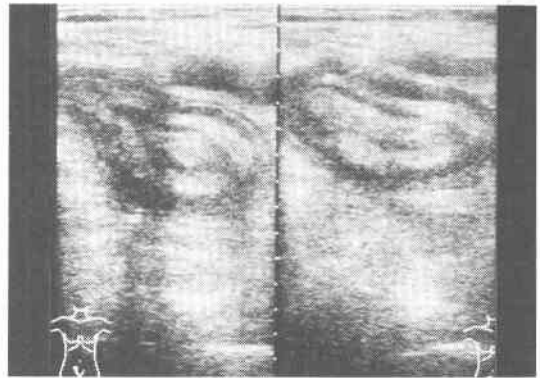


写真3 小腸二重造影像：口側に狭窄部を伴い，カニ足状を呈するポリープ先進部。

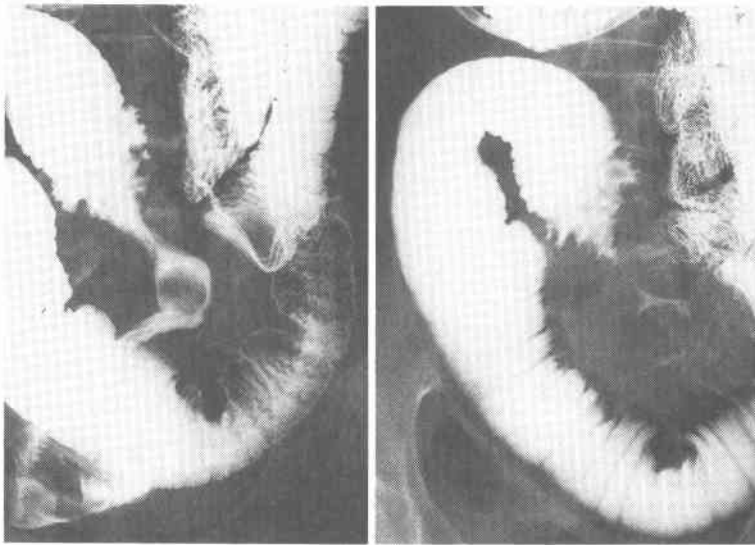


写真4 手術標本所見：回腸一回腸型腸重積を示す（右側が口側）。

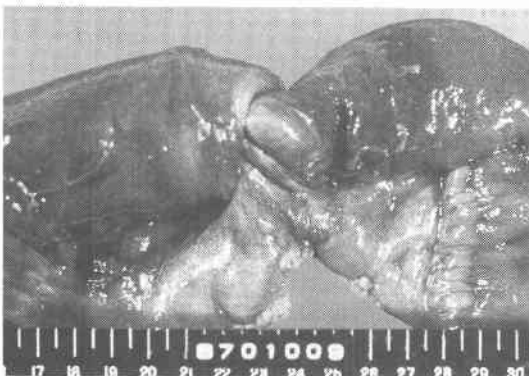


写真5 手術標本所見：中央が先進部ポリープ様病変。△印部は潰瘍形成部分。



写真6 ルーベ像：粘膜下と漿膜下に生じた結節性腫瘤。

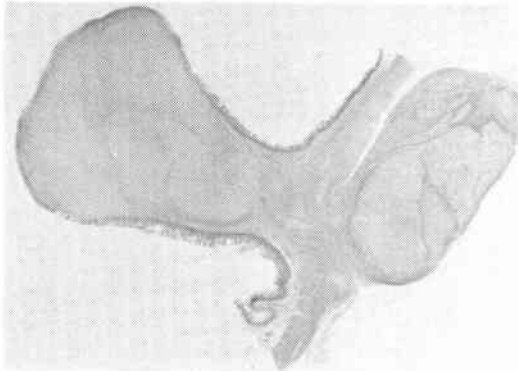
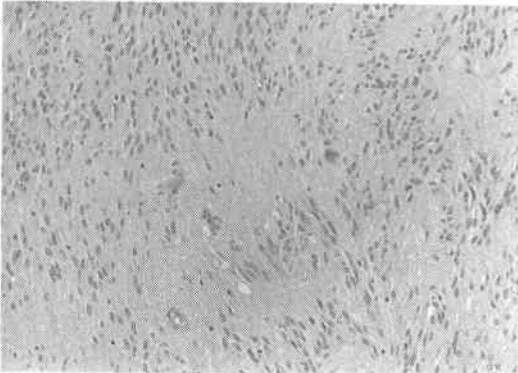


写真7 HE染色：palisading様の核配列とVerocay小体の見られるAntoni-A型の良性神経鞘腫。



めて口側・肝門側をそれぞれ30cmにわたり切除・吻合した。

手術標本所見：重積腸管とその口側腸管壁は肥厚し(写真4)、重積先進部には2.2×1.5×1.5cmの表面平滑な垂有茎性のポリープが管腔内に突出し、そのやや肛門側には腸管壁内の結節による膨隆が見られた。腸管の粘膜面には多発の縦走および横走潰瘍がみられたが、これは病恟期間が長いことより腸管が嵌入・解除を繰り返して生じたものと考えた(写真5)。

病理組織学的検査：ルーベ像(写真6)では粘膜下と漿膜下に被膜の不明瞭な2個の結節性腫瘤が近接して認められたが両者の間には連続性はなかった。HE染色(写真7)では楕円形の核をもつ腫瘍細胞が好酸性細繊維状基質を伴い充実性に増殖し、palisading類似の核配列、Verocay小体が散見された。腫瘍細胞はNSE染色でも陽性でありAntoni-A型の良性神経鞘

腫と診断された。多発していた潰瘍は粘膜下までの非特異性急性潰瘍であった。

術後経過：経過良好にて術後第3週目に軽快退院した。

考 察

1) 小腸神経鞘腫について

八尾ら¹⁾が報告した本邦10年間の全国集計では小腸良性腫瘤は悪性腫瘍に比べまれであり調査期間の報告例の比率は1:3.2で良性腫瘍のほうが少ない。その良性腫瘍273例中神経鞘腫は8例であり丸山ら²⁾の本邦報告例集計でも31例の報告を見るにすぎない。小腸神経鞘腫の大半は出血が主症状であり管外や壁内に発育することが多いので、本症例のように腸管閉塞状態を起こすことは少なくまた先進部となって腸重積を合併した症例の報告もない。一方、小腸良性腫瘍のうち管内発育の多い脂肪腫・腺腫では腸重積症をじゃっ起することが多いとされる。発生部位は本邦では空腸起始部近くに、欧米ではむしろ回腸末端部に多いとされる。悪性化については本邦報告症例31例中3例である。病理学的確定診断には顕微鏡学的にも特徴ある所見はあるが平滑筋腫との鑑別診断には電顕所見が必要と思われる¹⁾⁻³⁾。

2) 成人腸重積症について

欧米の報告⁴⁾では乳幼児も含めた全症例のうち5~16%が成人症例であるが本邦にはその報告は少ない。しかし、堀⁵⁾の15歳以上の全国集計では50~60歳台に好発しており、2/3が腫瘍性病変に因るものであり小腸腫瘍のうち脂肪腫、腺腫が2/3を占める。小児にくらべ粘血便・腫瘤触知などの典型的症状に乏しく、腸狭窄状態が慢性に経過し原因不明のまま手術に至る例が多い¹⁾。診断法としては旧知の一般的方法が主であるが、近年の欧米文献によると次項に述べるCT・超音波検査法が腸重積症に極めて特徴的な画像を得られる非侵襲的方法で有用と思われる。

3) CTと超音波法検査について

腸重積症についてのCT検査はDonovan⁶⁾が、ついで超音波検査についてはWeissberg⁷⁾が初めて報告した。本邦文献にはその報告が見当たらないがその後の欧米報告では特徴的な画像についての全体像や層状構造についてさまざまな表現が述べられている(target like appearance, multiple concentric ring sign, bull's eye appearance, hyperechoic centra~hypoechoic periphery, multiple layer sign, bilobed, reniform, coiled springなど)⁷⁾⁻¹²⁾。その理由としては腸重積を

構成する重積腸管，内筒～外筒部，先進部（先進部の器質的病変も含めて）が全体像としてどの方向の断面で描出されたか，また腸管の重積期間によって初期の浮腫状態からさらに進んで壊疽状態に至る段階で得られる画像では層構造の描出のされかたが異なることなど¹²⁾から各報告者らの画像に対する呼称に違いが生じるものと思われる。しかし，各文献に共通する所見からは先進部の器質的病変や腸重積の成因である三重の腸管の重なり（六層の腸管壁），さらには腸管膜の脂肪組織などが検査断面方向や検査時期により色々な形で何層かの「層状構造を示す異常画像」として表されることが他の腹腔内疾患の画像とくらべ腸重積症に特有な所見であり，旧知の検査方法にくらべCT，超音波検査法は本疾患の非侵襲的確定診断に特徴的で有用な検査方法と思われる。

結 語

本邦ではまれな小腸神経鞘腫により生じた成人腸重積症の1治験例の報告と腸重積症の診断にはCT，超音波検査法が有効であることを文献的考察をくわえて報告した。

本症例の要旨は第32回日本消化器外科学会総会において報告した。

文 献

- 1) 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。胃と腸 16：1049—1056，1981
- 2) 丸山芳明，筒井 完，平田公一ほか：小腸神経鞘腫

- の1例。北海道外科誌 27：136—139，1982
- 3) Gould VE, Kraft JR: Case 14. Ultrastruct Pathol 5: 359—368, 1983
- 4) Weilbaecher D, Bolon JA, Hearn D et al: Intussusception in adults. Am J Surg 121: 531—535, 1971
- 5) 堀 公行：成人腸重積症。外科 38：692—698，1976
- 6) Donovan AT, Goldman SM: Computed tomography of ileocecal intussusception: Mechanism and appearance (case report). J Comput Assist Tomogr 6: 630—637, 1982
- 7) Weissberg DL, Scheible W, Leopold GR: Ultrasonic appearance of adult intussusception. Radiology 124: 791—792, 1977
- 8) Holt S, Samuel E: Multiple concentric ring sign in the ultrasonographic diagnosis of intussusception. Gastrointest Radiol 3: 307—309, 1978
- 9) Lutz HT, Petzold R: Ultrasonic patterns of space occupying lesions of the stomach and the intestine. Ultrasound Med Biol 2: 129—132, 1976
- 10) Putkonen M, Päivänsalo M, Myllylä H et al: The ultrasonic appearance of intussusception. Röntgen-Bi 39: 291—293, 1986
- 11) Abiri S, Baer J, Abiri M: Computed tomography and sonography in small bowel intussusception. Am J Gastroenterol 81: 1076—1077, 1986
- 12) Merine D, Fishman EK, Jones B et al: Enterocenteric intussusception: CT findings in nine patients. AJR 148: 1129—1132, 1987