

S 状結腸穿孔にて発症した高齢者潰瘍性大腸炎の 1 例

東北大学第 1 外科

舟山 裕士 佐々木 巖 内藤 広郎
神山 泰彦 高橋 道長 福島 浩平
松尾 哲也 柴田 近 松野 正紀

A CASE OF ULCERATIVE COLITIS IN A 73 YEARS-OLD FEMALE WITH ONSET BY PERFORATION OF SIGMOID COLON

Yuji FUNAYAMA, Iwao SASAKI, Hiroo NAITO,
Yasuhiko KAMIYAMA, Michinaga TAKAHASHI, Kouhei FUKUSHIMA,
Tetsuya MATSUO, Chikashi SHIBATA and Seiki MATSUNO
First Department of Surgery, Tohoku University, School of Medicine

索引用語：高齢者潰瘍性大腸炎，結腸穿孔

I. はじめに

一般に潰瘍性大腸炎の発症年齢は若年者が多く高齢者は少ないとされ、しかも軽症の症例の占める割合が多いといわれている。しかし、一方では高齢者における重症例の場合には予後不良のことが多い。また、合併症としての穿孔はまれであり、しかも初回発作時に穿孔をおこした場合潰瘍性大腸炎の診断を下すことは非常に困難である。さらに術後残存大腸に急性増悪を来した場合の治療方針についても多くの問題点がある。

今回われわれは、73歳の女性でS状結腸穿孔による汎発性腹膜炎で発症し、1年後の第2回目の手術後に残存大腸に急性増悪を来し劇症型に移行した症例を経験した。本症例の臨床経過について報告するとともに高齢者重症例における潰瘍性大腸炎の外科治療上の問題点について考察した。

II. 症 例

症例：73歳，女性。

主訴：腹痛。

家族歴，既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和54年8月中旬より関節痛にて某医にて入院治療を受けていたが，その経過中に下血が出現しさらに突然強度の腹痛を訴えたため昭和54年8月22日

急性腹症として当科に紹介された。

入院時現症：腹部は膨満し，筋性防御を認め腸雑音は聴取されなかった。直腸指診では肛門輪より3cm肛側に全周性の狭窄部を触知し，粘液性，膿性の分泌物を認めた。閉塞性大腸炎穿孔による急性汎発性腹膜炎と診断し緊急手術を施行した。

入院時検査成績：白血球数15,000/mm³，血色素11.2g/dl，赤血球数413万/mm³，肝機能正常，腎機能正常，血清電解質正常，血清総蛋白5.8g/dl，A/G比0.98，赤沈値（34.60）

第1回目の手術所見および術後経過：膿性腹水が腹腔内に充満しS状結腸のほぼ中央部で腸間膜付着部反対側の自由紐上に約1mm大の穿孔部が認められた。穿孔部を含めたS状結腸を切除し人工肛門を造設するHartmann手術を行った。穿孔部を中心として約6cmの範囲には全周性の固有筋層に達する潰瘍がみられた(図1)。術後，残存空置直腸より大量の粘血便の排出が観察されるなどの臨床経過および残存直腸の内視鏡所見と切除標本の病理組織学的所見より潰瘍性大腸炎が最も疑われるとして，プレドニン注腸とサラゾピリンの投与を行ったところ効果がみられ軽快退院した。しかし，その後も残存直腸からの出血が頻回にみられ，かつ直腸の萎縮が高度なため，初回手術の約1年後昭和55年7月1日，残存直腸に対する手術を目的とし再入院した。術前の残存直腸の注腸造影では伸展性に乏しく，粘膜像で不規則な毛羽だち像がみられた。

<1989年7月10日受理>別刷請求先：舟山 裕士
〒980 仙台市青葉区星陵町1-1 東北大学医学部
第1外科

図 1 第 1 回目の手術標本 (S 状結腸) : 約 6cm の長さ にわたって区域性の潰瘍性病変がありその中心に穿孔部 (矢印) が認められる。

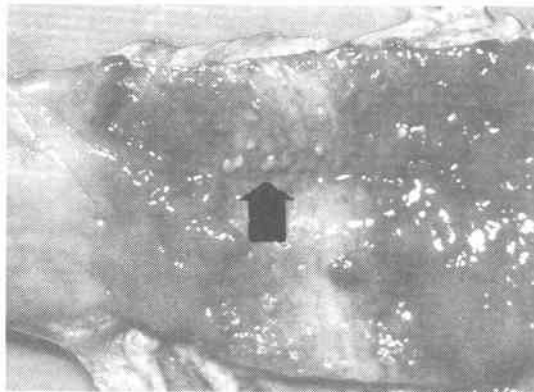
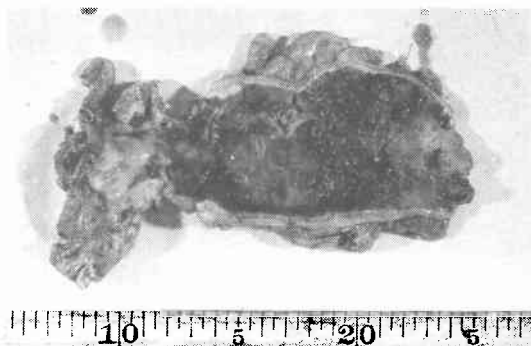


図 2 第 2 回目の手術標本 (直腸) : 直腸は全体に萎縮 しており筋層も含め壁は線維性に肥厚しており粘膜 面には発赤と偽ポリポース、口側には全周性の狭 窄部が認められる。



内視鏡所見では肛門縁より 5cm までは全周性の狭窄 がみられるが腫瘍性ではなくこれより口側の粘膜は発 赤を伴い偽ポリポースが散在していた。

第 2 回目の手術所見および術後経過 : 腹膜翻転部上 の残存直腸漿膜面は一見正常で腫瘤も触知しなかつ た。直腸の狭窄部も周囲と強く癒着していたが腫瘤状 には触知しなかつた。口側結腸を温存し、残存直腸の みを切除した(図 2)。切除直腸は肉眼的には全体に萎 縮性で直腸壁は筋層も含め肥厚しており粘膜には発赤 と偽ポリプが散在していた。狭窄部は全周性で線維 化が著明だった。組織学的検索では、狭窄部を含め全 層性の線維化がみられたが全体的には潰瘍性大腸炎の

像であった。術前の注腸像からは口側結腸は正常で あったが(図 3a)、術後 4 週目より結腸瘻より頻回に大 量の粘血便がみられた。注腸造影にて残存口側結腸全 体に急性増悪が確認された(図 3b)ため重症例として 直ちにステロイドの強力静注療法を開始した。しかし、 治療に反応せず全身状態の改善がみられなかったため 7 日目に緊急手術を施行した。手術当日の臨床検査成 績は白血球数 12,600/mm³, 赤血球数 409 万/mm³, 血 色素 12.7g/dl, 肝機能、電解質正常、総蛋白 6.0g/dl, A/ G 比 1.05, 尿素窒素 27mg/dl であった。

第 3 回目の手術所見および術後経過 : 残存大腸は全 体に浮腫状かつ萎縮しており全長が短縮していた。こ れより残存大腸全摘術兼回腸瘻造設術を行った。切除 大腸の標本所見は回盲弁より肛門側全長にわたり潰瘍

図 3 残存結腸の注腸造影像 : (a) 直腸切断術前の口側結腸の注腸造影像。(b) 術 後、残存結腸全体に **Haustra** の消失, 2 重輪郭像, 偽ポリポース像, 腸管短縮像 がみられる。

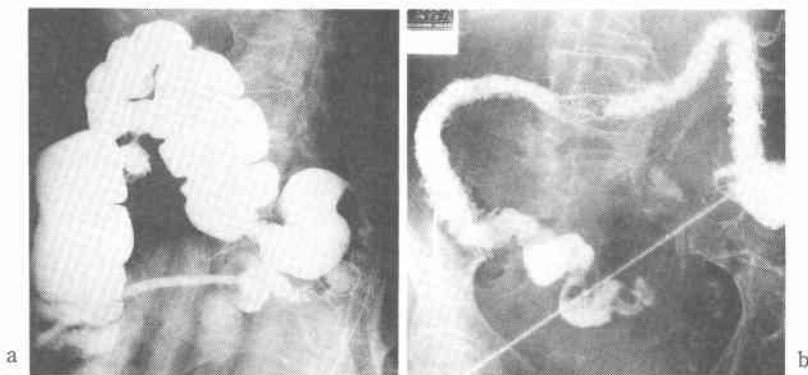
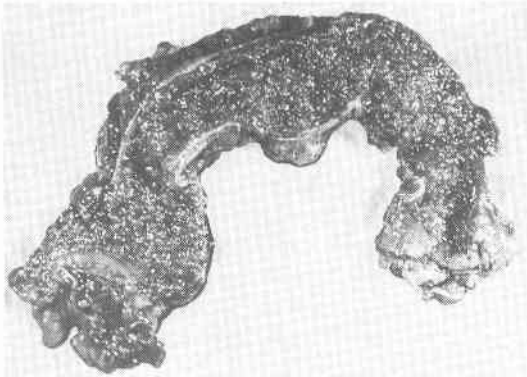


図4 第3回目の手術標本(残存結腸): 残存結腸全体に偽ポリポース、出血を伴う広範囲な潰瘍面が認められる。



面が連続しており偽ポリポースを示し正常部を残していなかった(図4)。術後も全身状態の改善は得られず心筋梗塞、急性腎不全、肺炎を合併し術後4日目に死亡した。

病理解剖所見: 腹腔内に膿性腹水50mlが貯留し、心筋には陳旧性梗塞巣の周囲に新鮮な梗塞巣が認められた。

III. 考 察

潰瘍性大腸炎(ulcerative colitis 以下 UC)は若年で発症するものが多いのに対し、高齢者の発症は比較的少なくしかも罹患範囲の狭いものが多いとされている¹⁾。しかし、Garland²⁾、宇都宮³⁾の報告によれば頻度は少ないもの高齢者群にも第2のピークが存在し、無視できないものであることがわかる。高齢者発症の場合は若年者に比べて診断がより難しく遅れる場合が多く、またそのほかにも心肺腎などの全身合併症を有する症例も多いなどの理由から、重症の場合その予後は非常に悪いとされている¹⁾。60歳以上の重症例の死亡率はEdwards⁴⁾によれば16.3%、Watts⁵⁾によれば31%といわれ、さらに手術死亡率はRitchie⁶⁾によれば60歳以上は87%、80歳以上は100%、と高齢者の予後は若年者に比べ明らかに悪い。著者らの教室では60歳以上のUC手術例を2例経験しているが手術死亡例は本症例の1例である。

UCにおける穿孔合併の頻度についてみると、その頻度はUC全体からみるとSloan⁷⁾は4%、Edwards⁸⁾は3.2%と述べており、UC全体からみた頻度は少ないものといえる。しかし、手術例のみをまとめてみるとvan Prohaska⁹⁾はUC手術例全体の16%に穿孔例がみ

られたとしておりかなりの頻度であることがわかる。Goligher¹⁰⁾は穿孔の時期は初回発作時が最も多く初回発作での頻度は3.9%、重症ならば9.7%、全大腸炎型ならば14.6%、さらに全大腸炎型でかつ重症ならば19.2%の頻度であると述べている。穿孔部位については、de Dombal¹¹⁾、Edwards⁸⁾は本症例のようにS状結腸に最も多く半数以上がS状結腸であったとしている。また、穿孔の背景因子についてみるとde Dombal¹¹⁾は大腸拡張症が38%にみられたとしており他の報告者もToxic megacolonが高率に穿孔を合併すると述べている。

大腸の良性狭窄については、一般にCrohn病で高頻度に認められるが、UCにおいても決してまれなものではない。Edwards⁸⁾は6.3%、Sloan⁷⁾は11%の症例にみられたとしておりしかも、de Dombal¹²⁾は狭窄のうち約半数は直腸に存在していたと述べている。したがって大腸穿孔あるいは狭窄を有する場合でもUCを念頭におく必要があると考えられる。

診断について述べると初回発作時に穿孔性腹膜炎で発症した場合、UCであるとの判断は非常に難しく、逆にUCの診断がついている場合でも穿孔の判断は容易ではない。de Dombal¹³⁾はUC穿孔例11例のうち術前に穿孔と判断されたものは6例に過ぎず術前診断の困難さを指摘している。Goligher¹⁰⁾は重症例で強力に治療を行っているにもかかわらず症状に改善のみられないものは穿孔の危険が高いため手術を必要とするとさえ述べている。

穿孔に対する治療が外科治療であることに対しては異論がないと思われる。術式については、術前よりUCの診断がついている場合や比較的状态のよい症例では病変部を含む全結腸切除ないし亜全摘を行い、回腸瘻または結腸瘻を造設したのち2期的あるいは3期的に可及的に自然肛門を温存する手術を考慮するのが適当であろう。しかし本例の初回手術のように術前診断が確定できない場合やpoor riskの場合には、救命を第一に考えHartmann手術となることもやむをえないことと考えられる。ちなみに穿孔例の予後についてはRitchie¹³⁾は50%という高い手術死亡率を報告している。

つぎに、UC病変の拡大について検討する。本例は直腸切断後罹患範囲が全大腸に拡大し劇症となったものであるが、直腸炎または直腸S状結腸炎が口側に拡大するのは必ずしも多くはなく10%程度といわれ¹⁴⁾、特に誘因が特定できないものが多いとされている¹⁵⁾。口

側伸展または重症化の機序については不明であるが Sloan⁷⁾は増悪因子として上気道炎, 心因性ストレス, または過労, 感染, 妊娠などによる肉体的消耗をあげている。本例の場合は直腸切断という手術がストレスとなり口側伸展および重症化をもたらしたと考えられる。手術に際しては術後残存大腸における病変拡大の可能性を考慮して, 慎重な対処が必要であったと反省される。今後このような症例や UC 例で他臓器の手術を行う場合などではストレスによる急性増悪を考慮して術前からの予防的ステロイド投与などを試みるべきと考えられる。当科では昭和50年以降, 重症例に対し Truelove に準じた強力静注療法を行っており満足すべき成果をあげている¹⁶⁾。本例の場合も強力静注療法を開始して7日目に緊急手術を行っているが, 術後病変の拡大, 重症化の診断が遅れたことと高齢者であることを考えると手術時期の決断をもっと早期に下すべきであったと反省させられる。

IV. まとめ

73歳でS状結腸穿孔にて発症し, S状結腸切除, Hartmann手術にて救命したが, 約1年後直腸切断術後に口側結腸に病変が伸展し急性増悪を来し死亡した症例を経験した。穿孔, 手術による病変の増悪および高齢者重症例における潰瘍性大腸炎の外科治療上の問題点について検討を加え報告した。

文 献

- 1) 井上幹夫, 吉田一郎: 潰瘍性大腸炎, 予後・再発。織田敏次, 阿部 裕, 中川昌一ほか編。内科セミナーGE7, 潰瘍性大腸炎, クロウン病。永井書店, 大阪, 1982, p128-136
- 2) Garland CF, Lilienfeld AM, Mendeloff AI et al: Incidence rates of ulcerative colitis and Crohn's disease in fifteen areas of the United States. *Gastroenterology* 81: 1115-1124, 1981
- 3) 宇都宮利善, 北洞哲治, 篠原 央ほか: 潰瘍性大腸炎 (idiopathic proctocolitis) の疫学的研究 (第13報) - 潰瘍性大腸炎の発病率と有病率 -。厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班, 昭和62年度業績集, 1988
- 4) Edwards FC, Truelove SC: The course and

- prognosis of ulcerative colitis. *Gut* 4: 299-315, 1963
- 5) Watts J McK, deDombal FT, Watkinson G et al: Early course of ulcerative colitis. *Gut* 7: 16-31, 1966
- 6) Ritchie JK: Results of surgery for inflammatory bowel disease: A further survey of one hospital region. *Br Med J* 1: 264-268, 1974
- 7) Sloan WP, Bagen JA, Gage RP et al: Life histories of patients with chronic ulcerative colitis: A review of 2000 cases. *Gastroenterology* 16: 25-38, 1950
- 8) Edwards FC, Truelove SC: The course and prognosis of ulcerative colitis. *Gut* 5: 1-22, 1964
- 9) Prohaska JV, Siderius NJ: The surgical rehabilitation of patients with chronic ulcerative colitis. *Am J Surg* 103: 42-46, 1962
- 10) Goligher JC: *Surgery of Anus Rectum and Colon*. Bailliere Tindall, London, 1984, p805-970
- 11) deDombal FT, Watts J McK, Watkinson G et al: Intraperitoneal perforation of the colon in ulcerative colitis. *Proc R Soc Med* 58: 713-715, 1965
- 12) deDombal FT, Watts J McK, Watkinson G et al: Local complications of ulcerative colitis: Stricture, pseudopolyposis and carcinoma of colon and rectum. *Br Med J* 1: 1442-1447, 1966
- 13) Ritchie JK, Ritchie SM, McIntyre PB et al: Management of severe acute colitis in district hospitals. *J R Soc Med* 77: 465-471, 1984
- 14) Farmer RG: Long-term prognosis for patient with ulcerative proctosigmoiditis. *J Clin Gastroenterol* 1: 47-50, 1979
- 15) Ritchie JK, Powell-Tuck J, Lennard-Jones JE: Clinical outcome of the first ten years of ulcerative colitis and proctitis. *Lancet* 1: 1140-1143, 1978
- 16) 佐々木巖, 舟山裕士, 土屋 誓ほか: 重症潰瘍性大腸炎に対する外科治療の検討 - 特に緊急手術例を中心に -。日消外会誌 18: 2362-2367, 1985