

腸間膜脂肪織炎の1例

国立病院四国がんセンター外科, *同 病理

村上 正和	曾我 浩之	青儀健二郎	大田垣 純
横山 伸二	棚田 稔	栗田 啓	多幾山 渉
佐伯 英行	高嶋 成光	土井原博義*	万代 光一*
森脇 昭介*			

A CASE OF MESENTERIC PANNICULITIS OF THE SIGMOID COLON

Masakazu MURAKAMI, Hiroyuki SOGA, Kenjiro AOGI,
 Sunao OHTAGAKI, Nobuji YOKOYAMA, Minoru TANADA,
 Akira KURITA, Wataru TAKIYAMA, Hideyuki SAEKI,
 Shigemitsu TAKASHIMA, Hiroyoshi DOIHARA*, Koichi MANDAI*
 and Shosuke MORIWAKI*

Department of Surgery and Department of Pathology*, Shikoku Cancer Center Hospital

索引用語: S 状結腸間膜脂肪織炎, S 状結腸非特異性炎症性疾患

I. はじめに

腸間膜脂肪織炎は、最近本邦でも報告例が増えているが、比較的まれな腸間膜の非特異性炎症性疾患であり悪性腫瘍との鑑別、治療方針など検討を要する事項も多い。われわれは微熱、排便異常、腹部腫瘤を主訴とするS状結腸間膜脂肪織炎の1例を経験したので報告する。

II. 症 例

患者: 55歳, 男性。

主訴: 微熱, 排便異常, 腹部腫瘤。

既往歴: 46歳; 尿管結石手術, 49歳; 急性肝炎。

家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 1987年9月より微熱が続いていた。10月になり頻回に便意があり約1か月で5kgの体重減少がみられた。便意は2時間ごとにあり、肛門周囲の不快感、不眠を訴えた。近医を受診し下腹部に圧痛を伴う腫瘤を指摘された。10月16日紹介により当院へ入院した。

入院時現症: 身長160cm, 体重66kg。栄養状態良好。下腹部に13cm×12cm大の軽度圧痛を有する表面平滑、弾性硬の腫瘤を触知した。辺縁はやや不明瞭で鈍く、腫瘤の可動性は制限されていた。

入院時検査成績: 肝機能・腎機能に異常なく、一般検血で白血球の軽度上昇と血沈亢進, CRP陽性を認めた。また、腫瘍マーカーは正常であった(表1)。

下部消化管造影: 直腸よりS状結腸にかけ壁の伸展不良、壁の不整、鋸歯状変化を伴う全周性の狭窄像がみられた(図1)。

大腸内視鏡検査: 直腸上部よりS状結腸にかけ壁の肥厚とハウストラの消失がみられ、粘膜は全体的に

表1 入院時検査成績

WBC	9100/mm ³	TP	7.2 g/dl
Band	19%	Alb	4.3 g/dl
Seg	46%	Creat	1.1 mg/dl
Mono	2%	BUN	16 mg/dl
Baso	2%	Na	143 mEq/l
Eosino	9%	K	4.3 mEq/l
Lymph	22%	Cl	105 mEq/l
RBC	482×10 ⁴ /mm ³	ESR (1H/2H)	32/66
Hb	14.1 g/dl	CRP	3+
PLT	43.7×10 ⁴ /mm ³	空腹時血糖	115 mg/dl
GOT	19 mu/ml	CEA	2.3 ng/ml
GPT	4 mu/ml	ツ反 (陽性)	
LDH	17 mu/ml	検尿異常なし	
ChE	0.6 ΔPH	便潜血 (-)	
T-Bil	0.5 mg/dl		
T-Chol	121 mg/dl		
Trig	122 mg/dl		

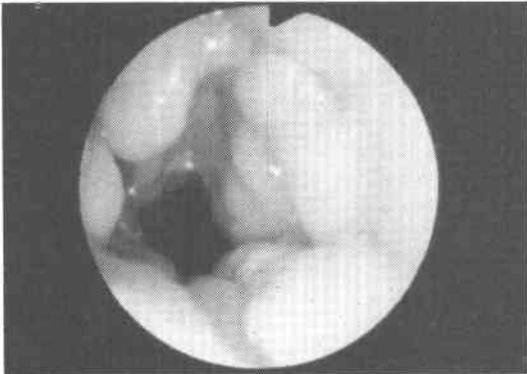
<1989年7月10日受理> 別刷請求先: 村上 正和

〒700 岡山市鹿田町2-5-1 岡山大学医学部第2外科

図1 下部消化管造影。直腸よりS状結腸にかけて壁の進展不良，壁の不整，鋸歯状変化を伴う全周性の狭窄像を認める。



図2 大腸内視鏡検査。粘膜は浮腫状で結節状の隆起が散在している。



浮腫状で血管透見像も消失していた。潰瘍形成はなく結節状の隆起が散在しており，生検診断は Group I であった (図2)。

腹部 computed tomography (CT) 検査：S状結腸壁に一致して著明な壁の肥厚像を認め，density から脂肪織と思われた。しかも他の部位の脂肪織よりCT値が上昇していた (図3)。

下腸間膜動脈造影：腫瘤に一致して辺縁動脈の拡張と伸展を認め，血流の増加が考えられた (図4)。

以上の所見により，炎症性の腫瘤あるいは悪性腫瘍

図3 腹部CT検査。S状結腸壁に一致して著明な壁の肥厚像を認める。

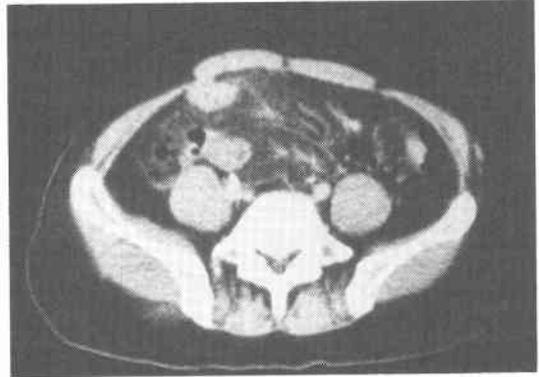


図4 下腸間膜動脈造影。腫瘤に一致して辺縁動脈の拡張と伸展を認める。



を疑い11月4日に手術を施行した。

手術所見：開腹時少量の漿液性の腹水があり，上部直腸からS状結腸にかけて著明な腸間膜の肥厚が認められた。悪性腫瘍より炎症性の疾患と考えられたが，びまん浸潤型大腸癌と炎症の合併あるいは脂肪肉腫などの悪性腫瘍も完全に否定できなかったことと，狭窄が強く，また排便異常もあるため Hartmann 手術によりS状結腸を切除した。

切除標本所見：S状結腸間膜は約30cmにわたり硬化肥厚し，表面は比較的平滑で腸管相互の癒着はなく，断面は充実性で黄白色を呈していた (図5-1, 5-2)。

断面のルーベ像では腸間膜脂肪組織のびまん性肥厚を認めた (図6)。

図5-1 切除肉眼標本, S状結腸間膜は硬化肥厚している。

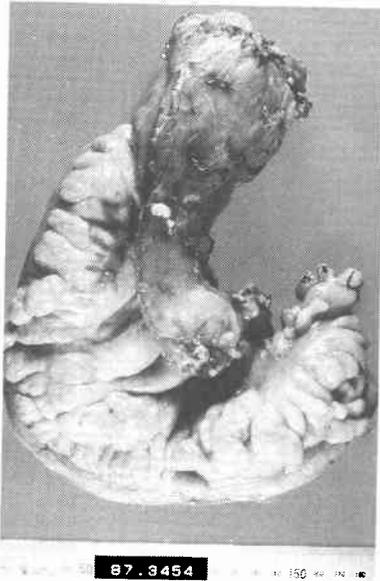


図6 断面のルーベ像, 腸間膜脂肪織のびまん性肥厚を認める。

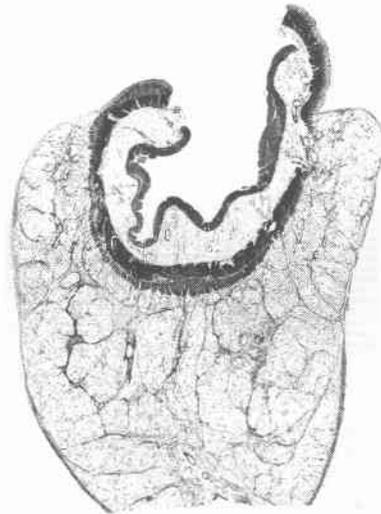


図5-2 切除標本断面, 断面は充実性で黄白色を呈する。

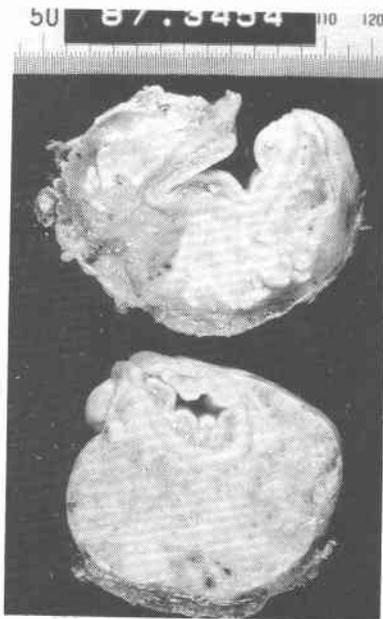
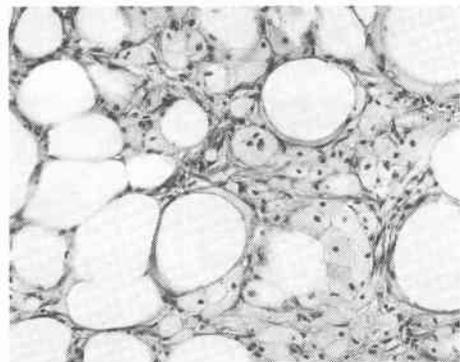


図7 病理組織学組織像, 脂肪を貯えた組織球(foamy cell)が散在性あるいは巣状に存在する。



病理組織学的所見：びまん性に肥厚した脂肪織には炎症細胞はほとんどみられず、脂肪を貯えた組織球(foamy cell)が散在性あるいは巣状に存在し、脂肪織の間質に不規則に線維帯が走っていた。悪性所見は認

めなかった。以上より腸間膜脂肪織炎と診断した(図7)。

術後12か月後の現在、再発の徴候は認めず健在である。

III. 考 察

腸間膜脂肪織炎(mesenteric panniculitis)は腸間膜脂肪組織の慢性非特異性炎症で、Ogdenら¹⁾に名づけられた。

名称はmesenteric lipodystrophy, sclerosing mesenteritis, retractile mesenteritisなどが使われているが、これらは、同一の疾患で病期の違いによるものとされている²⁾。頻度は、欧米では100例以上の報告があり、本邦では平野ら³⁾により24例の集計がある。ま

た最近急激に本症例の報告が増加している。これは本疾患が増加しているのか本疾患の概念がよく知られるようになったためかは不明である。平野による集計では、年齢は4~72歳で、中年層に多く、女性に対する男性の割合が、本邦で3.4倍と高くなっている。外傷、腹部手術の既往が13例に認められている。発生部位は欧米では小腸に多くみられるが、本邦では比較的結腸間膜に多い。

本疾患の原因はいまだ確定されておらず、細菌感染、外傷⁴⁾、血管障害、アレルギー⁵⁾、薬物、自己免疫説などがある。

臨床症状は、Drustら⁴⁾の68例の集計によると、腹痛46例、嘔吐22例、腹部腫瘍11例、食思不振11例、発熱11例、体重減少10例、その他便秘、下痢、直腸出血などである。

血液生化学検査では軽度の炎症所見を認めるのみであると報告されている。

診断方法としては、腹部X線撮影で腸管ガス像を認め、腹部エコー、腹部CTも有用である。特に、CTは腫瘍の吸収度から脂肪織であることが推定されるため非常に有効とされている⁶⁾。自験例も脂肪織であることがCTより推測され有用であった。また自験例では他部位の脂肪織よりCT値の上昇を認めたが、これは本疾患に特有のものかは検討を要する。

病理組織学的には腸間膜脂肪織内における lipoladen macrophage (foamy cell) の存在が特徴的で、形質細胞やリンパ球の浸潤像がみられる。また、異物多核巨細胞が出現し種々の程度の線維化も認められるとされている。現在、発症初期には脂肪変性が主体で、病期の進行とともに線維増殖変化が進むと考えられている³⁾。治療は、保存的療法としては、ステロイド、抗生物質、免疫抑制剤の投与報告がみられる⁸⁾。

本邦では前述の平野³⁾によると、病変部の腸切除の報告が24例中11例と半数近くを占めている。欧米では自然治癒の可能性があるため、外科的治療は開腹生検に留めている症例が多い。閉塞を有する症例には人工肛門造設術あるいはバイパス手術が施行されている。病変部と健常部の境界が明確でないため切除術は困難であることが多い⁴⁾。一方保存的治療中に急激な下血をきたし切除せざるをえなかった症例の報告もある⁹⁾。自験例では、通過障害が強く、良悪性の鑑別も困難であったため腸切除を施行した。

Kipferら¹⁰⁾によると、自然治癒の期間に関しては半年で症状軽快し腫瘍が消失し治癒する症例がほとんど

であるが、10年~20年たっても腫瘍の残存がみられたり腹部不快、疼痛などの症状が続く症例もある。また、5年経過観察をした46例中8例が悪性疾患で死亡し、6例が良性疾患で死亡している。悪性リンパ腫の合併頻度が8例と高かったと報告している。

本邦では本症例の診断と病態がまだよく知られていないため自験例のように切除されることが多い。一見、悪性腫瘍との鑑別は困難で高度の狭窄が短期間で軽快するとは考え難いためであろう。予後に関しては本邦の検討は少なく、今後、病因を含め多数例での検討が必要と考える。

IV. まとめ

53歳、男性における微熱、排便異常、腹部腫瘍を主訴とするS状結腸腸間膜脂肪織炎の1例を報告し若干の文献的考察を加えた。

予後に関しては悪性疾患の併存の報告もあり病因とあわせて慎重な経過観察が必要である。

本症例において貴重な示唆と助言をいただいた瀬戸内海病院小堀迪夫先生に感謝いたします。

文 献

- 1) Ogden WW, Braudburn DM, Rives JD: Panniculitis of mesentery. *Ann Surg* 151: 659-668, 1960
- 2) Reske M, Namiki H: Sclerosing mesenteritis. Report of two cases. *Am J Clin Pathol* 64: 661-667, 1975
- 3) 平野正満, 藤村昌樹, 山本 明ほか: 急性経過をたどった腸間膜脂肪織炎の1例. *日臨外医学会誌* 47: 1622-1627, 1986
- 4) Drust AL, Freund H, Rosenmann E et al: Mesenteric panniculitis: Review of the literature and presentation of cases. *Surgery* 81: 203-211, 1977
- 5) Soumerai S, Kirkland WG, McDonnell WV et al: Nodular Mesenteritis: Report of simulation carcinoma of its histologic profile. *Dis Colon Rectum* 19: 448-452, 1976
- 6) 林 三進, 小山和行, 平川 賢ほか: Mesenteric panniculitis—症例とCTを含めた放射線診断について—。 *臨放線* 27: 143-146, 1982
- 7) 佐藤輝彦, 鎌野俊紀, 近藤慶一郎ほか: 術前に診断し人工肛門造設術にて治癒せしめ得た腸間膜脂肪織炎の1例. *日消病会誌* 81: 2582-2587, 1984
- 8) Tytgat GN, Roozendaal K, Winter W et al: Successful treatment of a patient with retractile mesenteritis with prednisone and azathioprine. *Gastroenterology* 79: 352-356, 1980
- 9) 沢口 潔, 磨伊正義, 荻野知己ほか: 術前に診断しえたS状結腸腸間膜脂肪織炎の1例. *消外* 9: 1831-1835, 1986
- 10) Kipfer RE, Moertel CG, Dahlin DC: Mesenteric lipodystrophy. *Ann Intern Med* 80: 582-588, 1974