

腸閉塞症状を呈した回腸子宮内膜症の1例

三鷹中央病院外科

石井 敏 勤 岡本 安 弘

腸閉塞症状を呈した回腸子宮内膜症の1例について報告する。

症例は35歳女性で、月経に伴った腹痛があり、1991年3月、腸閉塞症状のため緊急入院した。Ileus tubeによる腸管内の減圧をはかった後、小腸造影で回腸末端部に狭窄像を認めた。回腸子宮内膜症の診断のもと、回盲部切除、右卵巢卵管切除術を施行した。組織学的検査で、腸管の筋層内に子宮内膜組織を認めた。回腸子宮内膜症の本邦報告例は25例で、まれな疾患である。診断は、婦人科的症状に伴ってしばしば起こる腹痛などの問診から、疑いをもつことから始まる。症状を起こした腸管子宮内膜症に対する治療は、腸切除が最適である。腸閉塞の原因として、本疾患も念頭において診療にあたるべきである。

Key words: intestinal obstruction, ileal endometriosis

はじめに

子宮内膜症は婦人科領域では頻度の高い疾患であるが、腸管、とくに小腸に発生することはまれである¹⁾。今回腸閉塞症状を呈した回腸子宮内膜症の1例を経験したので報告し、本邦における回腸の子宮内膜症報告例25例について、その診断および治療に関して考察する。

症 例

患者：35歳，女性。

主訴：腹痛，嘔吐。

家族歴：特記することなし。

既往歴：初潮11歳，月経周期28日型。若い時より月経痛強く鎮痙剤を常用。結婚25歳，妊娠2回，流産なく2子出産。

現病歴：1990年8月9日，月経開始日に朝から腹痛，嘔吐，下痢が出現し，当院内科を受診。腹部は膨隆し，腸雑音亢進していたが，鎮痙剤の投与で軽快した。10月27日，前回と同様に月経の開始とともに腹痛，嘔吐，軟便が起り，内科を再診し，下腹部に圧痛を認め，鎮痙剤の投与をうけた。その際，内科医から婦人科の受診を勧められた。

1991年になってからは，さらに月経時以外にもしばしば腹痛が起こるようになり，1月中旬婦人科を受診したが，異常ないといわれた。3月9日，腹痛が増強

し，嘔吐があり，排便がなくなったので，来院。単純腹部X線写真で小腸ガスとニポーを認めたので，イレウスの診断で入院となった。

入院時現症：身長161cm，体重42kg，体温36.6度，血圧92/60mmHg，脈拍92/分。腹部は軽度膨隆しているが，腫瘍は触知せず。圧痛は軽度に認めるが，デファンスはない。腸雑音は亢進していた。神経学的所見は正常であった。

一般検査所見：WBC 8,900/mm³，RBC 530×10⁴/mm³，Hb 12.8g/dl，Hct 41.3%，Plt 53.9×10⁴/mm³，TP 8.0g/dl，CRP +2，その他の肝機能，電解質，尿には異常はなかった。

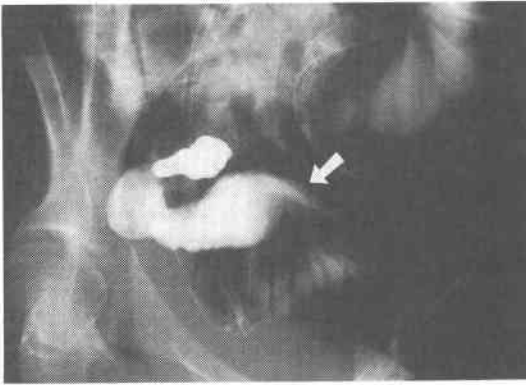
腹部超音波検査：腸管の拡張像を認めるが，腸管内のガスのために骨盤内に腫瘍像など描出できなかった。

小腸造影所見：3月11日 ileus tube を挿入し持続吸引を開始し，3日後には腹痛もなくなり，小腸ガス像が消失した。そこでガストログラフィンで小腸造影すると，骨盤内で，回腸末端部に狭窄像を認めた (Fig. 1)。翌日に造影剤は結腸に流入して，それでは結腸に異常所見はなかった。しかし持続吸引を中止すると，腹部X線写真で小腸ガスが再び増量し，腹痛が出現してきた。

以上の所見と月経との関係から，回腸子宮内膜症によるイレウスと診断して，外科に転科し，3月22日手術に踏み切った。

手術所見：下腹部正中切開にて開腹。回腸末端部か

Fig. 1 Enterography taken after infusion of gastrograffin from an ileus tube showing a stenotic shadow (arrow) at the terminal ileum.



ら30cmの回腸の漿膜に、黒色の血液が溜まった小さな腫瘤が点在し、回腸末端部は、それらの腫瘤がとくに多数あり、一塊になっていた。回腸末端部の腸壁は瘢痕状に硬くなって、狭窄状態になっていて、それより口側の回腸が拡張していた。右側卵巣にもチョコレート嚢腫を認めた。肉眼所見からも回腸の子宮内膜症と判断して、回盲部切除(上行結腸7cm, 回腸35cm)および右卵巣卵管切除術を施行した。

切除標本所見：回腸末端の狭窄部位は、長さ3cmで腸壁が肥厚し、瘢痕状に硬くなっていたが、粘膜面は潰瘍などはみられなかった。他の回腸の部位では、筋層には変化は認めなかった。腸間膜リンパ節は、腫大していたが柔らかかった (Fig. 2)。

病理組織学的所見：回腸末端部は、漿膜から筋層内に子宮内膜組織の増殖があり、そのまわりに線維化変化が見られた。ところどころに hemosiderin の沈着や foamy cell を認めた。粘膜面は正常であった。他の回腸漿膜、右卵巣にも子宮内膜組織が見られたが、腸間膜リンパ節には見られなかった (Fig. 3)。

術後経過：経過は良好で、術後19日目に退院した。現在、外来通院にて経過を見ているが、月経時の疼痛がなくなり、便通も順調である。

考 察

初回妊娠年齢の高年齢化、出産数の減少といった最近の趨勢を背景として、子宮内膜症は増加している。村山ら²⁾は産婦人科手術例数に占める子宮内膜症例の頻度が、昭和52年に32.2%、昭和56年に38.5%と増加傾向にあると報告している。このような子宮内膜症の増加から医師の認識も高まり、腸管子宮内膜症もしば

Fig. 2 Resected specimen showing the constriction in the terminal ileum (→) and many serosal implants of the endometriosis (⇨).

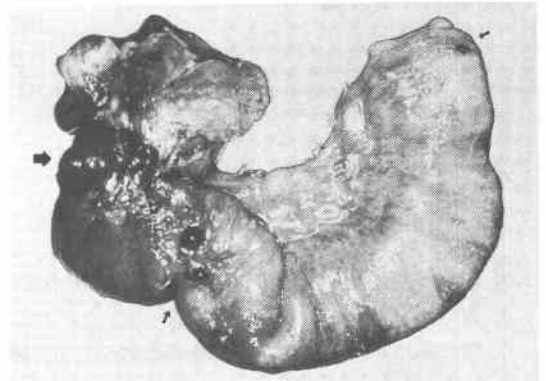
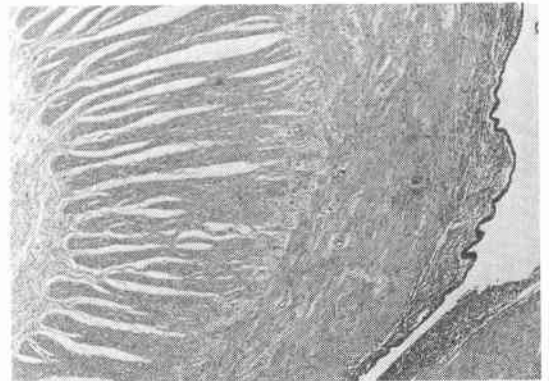


Fig. 3 Histological examination showing endometriosis within the muscular layer of the ileum. (HE ×20)



しば報告されるようになった。

子宮内膜症は、子宮内膜組織の異所性増殖を示す疾患であり、発生部位によって、子宮筋層内の内性子宮内膜症と、それ以外の部位の外性子宮内膜症に大別される。腸管に発生した腸管子宮内膜症は、この分類では外性子宮内膜症に含まれる。しかし、腸管子宮内膜症としてとりあげられる症例は、婦人科でよく認められる腸管漿膜上の小さな結節でなく、腸管への浸潤が漿膜をこえて固有筋層以上に達して病変が高度となり、臨床的に消化管症状を呈した症例である。

腸管子宮内膜症は、諸家の報告¹⁾³⁾によると、子宮内膜症の10%前後に認められるとされている。その発生部位は、松隅ら¹⁾によると、本邦報告例78例の84%がS状結腸、直腸であり、残りは回腸(7%)、回盲部(5%)、

虫垂(3%), 肛門(1%)でほとんどが女性生殖器に近い骨盤内の腸管である。そのため腸管子宮内膜症の成因³⁾として、Sampson⁴⁾の経卵管移植説、すなわち、月経時に剝脱した子宮内膜組織片が、月経血とともに逆行性に卵管を通して腹腔内に流れ出て、骨盤内臓器に移殖、増殖するという説が有力である。

回腸に発生した子宮内膜症の報告は、才川ら⁵⁾が集計した本邦報告例は13例(回盲部病変を除く)、回盲部病変を含めた集計例は中川ら⁶⁾が18例と報告している。われわれが検索しえた本邦例は、自験例を含めても20例、回盲部病変の5例を合わせても25例と、まだ症例数は少なく、比較的良好な疾患といえる。病変発生部位は、回腸末端部が7例と最も多いが、回腸末端より20cm以内にほとんどが存在している。年齢は26歳から49歳で、平均37歳であり、いずれも性成熟期の女性である。

腸管子宮内膜症の症状⁷⁾は、特異的なものは少なく、その発生部位によって腹痛、便秘、下痢、血便などの症状が出現する。回腸子宮内膜症においては、報告25例中で記載のはっきりした23例で、腹痛、嘔吐などの腸閉塞症状が16例と多いのが際立っていた。そのため術前診断名は、腸閉塞症が10例と多数を占め、腸管子宮内膜症5例、回盲部腫瘍2例、虫垂炎2例、メッケル憩室1例、直腸癌1例などがあげられている。腹部症状が月経時に憎悪し、そして繰り返起こることが、本疾患に比較的特徴的であることから、腸管子宮内膜症を術前に診断するのに、月経との関係についての詳しい問診が重要である。術前に腸管子宮内膜症と診断された症例はわずか5例で、それらは経過あるいは問診によってつけられたものである。

X線検査では、大腸の場合には横走隆線(transverse ridging)、long filling defectなどの所見⁷⁾から診断されるが、小腸の場合、石川ら⁸⁾は、経口小腸検査で回腸末端に偏側性鋸歯状およびtethering様所見から診断しているが、これらの特徴からの診断はまだ確立されていない。自験例においては、腸閉塞にたいして ileus tube を挿入して、腸管の減圧治療を行ってから、そのtubeより小腸造影をして、回腸末端に狭窄部位を認めたので、腸管子宮内膜症の疑いを強く持った。腹部超音波検査や腹部 computed tomography 検査などの画像診断で、卵巣嚢腫などを認めるときには、子宮内膜症が示唆されるとしても、子宮、卵巣の悪性腫瘍を否定できず、補助診断の域をでない。術中診断で子宮内膜症と診断された症例は、9例(そのうち3例が、迅

速組織診断で確定された)にすぎず、回腸腫瘍4例、癌の転移性浸潤2例、クローン病1例などと、肉眼所見もかなり困難である。Frozen pelvis として知られる骨盤内病変あるいは chocolate cyst の存在を認めるときには、腸管子宮内膜症の根拠になる⁹⁾。やはり術中迅速病理組織検査が最も有効であり、それにより過大な侵襲手術を避けることができる。

子宮内膜症の治療は、一般にはまずホルモン療法が行われている。腸管子宮内膜症にたいしては、Danazol (17 α -ethinyl-testosterone derivatives) を用いた偽閉経療法で、一時的症状の改善と腫瘤の縮小が認められた報告¹⁰⁾もある。しかし腸閉塞をきたすような腸管子宮内膜症では、月経周期に一致して腸管壁内の内膜組織が増殖、出血を繰り返す、炎症反応を引き起こし、その結果線維化などの器質的変化、瘢痕狭窄をきたしているため、ホルモン療法のみではすでに効果なく、外科的に腸切除が最適であるとされている¹¹⁾。回腸子宮内膜症25例中記載のはっきりした22例をみると、その手術術式は回盲部切除が11例と多く、回腸切除9例、回盲部を含めた結腸右半切除が2例であった(Table 1)。直腸やS状結腸にも子宮内膜症があって、同時に直腸やS状結腸の合併切除された例¹²⁾¹³⁾が3例あった。

さらに、同時に子宮全摘、両側卵巣摘除を施行するかについては、40歳以上の症例では行うことがあるが、妊娠希望の若い婦人では、なるべく保存的に腸切除、卵巣チョコレート嚢腫の部分切除にとどめるようにすべきであるとされている¹¹⁾¹⁴⁾。回腸子宮内膜症25例中、付属器合併切除された症例は9例と少ない。自験例では、右卵巣にチョコレート嚢腫があり、右卵巣卵管を切除した。左卵巣、卵管はすでに炎症性組織につつまれていたため、ここより腹腔に子宮内膜組織片が流入することは少ないと考えて、左卵巣、子宮を保存したため、術後、月経は順調にあり、しかも腹痛はなく、

Table 1 Operative method of ileal endometriosis

Operative method	Number of cases
ileocecal resection	11 (4)
ileal resection	9 (3)
rt. hemicolectomy	2 (1)
unknown	3 (1)
Total	25 (9)

() : combined with adenectomy

便通も快調である。腸切除後に再び腸閉塞をきたした症例は報告されていないが、ホルモン治療を予防的に続けている症例¹²⁾¹⁴⁾は6例ある。日頃より月経に関連した腹痛は単なる“生理痛”や“月経困難症”としてかたづけずに、また次第に月経と関係のない腹痛やイレウスなどの症状を呈することからも、この腸管子宮内膜症という疾患を念頭において、よく問診をすべきである。

文 献

- 1) 松隈則人, 松尾義人, 鶴田 修ほか: 腸管子宮内膜症の2例—本邦報告例78例の検討を含めて—, *Gastroenterol Endosc* 31: 1577—1584, 1989
- 2) 村山啓三郎, 宇都宮道: 興味ある子宮内膜症症例の検討, *産婦の実際* 33: 917—924, 1984
- 3) 石沢 隆, 西 満正, 桑原大祐ほか: 消化管関連 endometriosis の病理, *外科* 46: 676—681, 1984
- 4) Sampson JA: Perforating hemorrhagic (chocolate) cysts of the ovary; Their importance and especially their relation to pelvic adenomas of the endometrial type. *Arch Surg* 3: 245—323, 1921
- 5) 才川義朗, 青木明人, 岡芹繁夫ほか: 腸閉塞をきたした回腸子宮内膜症の1例, *日臨外医会誌* 52: 1292—1297, 1991
- 6) 中川辰郎, 養田俊之, 尹 大明ほか: イレウス症状を呈した回腸子宮内膜症の1例, *日臨外医会誌* 52: 598—601, 1991
- 7) 豊島 宏, 坂東隆文, 渡辺 昇ほか: 腸管子宮内膜症について—自験例5症例と本邦報告例の検討, *日本大腸肛門病会誌* 34: 1—9, 1981
- 8) 石川 剛, 松井俊行, 飯田三男ほか: 術前診断が可能であった直腸及び回腸末端部子宮内膜症の1例, *日消病会誌* 85: 1611, 1988
- 9) 岡田隆雄, 丸山雅一, 高橋 孝: 腸管の endometriosis, その診断学的アプローチ, *外科* 46: 682—689, 1984
- 10) 殿田重彦, 勝見正治, 浦 伸三ほか: 興味ある腸管 Endometriosis の1例, *日本大腸肛門病会誌* 28: 9—15, 1975
- 11) 川島吉良: 腸管の endometriosis. 手術適応の有無と治療方針, *外科* 46: 662—667, 1984
- 12) 村山啓三郎, 村上光恵, 宇都宮道ほか: 回盲部, S状結腸, 子宮, 卵管に発生した子宮内膜症の1例, *日産婦会誌* 35: 587—590, 1983
- 13) 土屋周二, 古島 薫: 腸管の endometriosis. 術式に関する術中の判断, *外科* 46: 667—670, 1984
- 14) 安田慎治, 中野博重, 吉川周作ほか: 回腸子宮内膜症の1例及び本報告12症例の検討, *日臨外医会誌* 51: 606—610, 1990

A Case of Endometriosis of the Ileum Causing Intestinal Obstruction

Toshinori Ishii and Yasuhiro Okamoto

Department of Surgery, Mitaka Central Hospital

A case of ileal endometriosis presenting with ileus is reported. The case was a 35-year-old woman who had abdominal pain at menstruation. In March 1991 she was hospitalized as an emergency patient because of intestinal obstruction. After decompression of the intestinal tract with an ileus tube, enterography revealed a stenotic shadow at the terminal ileum. The preoperative diagnosis was endometriosis involving the ileum, and ileocecal resection and right salpingo-oophorectomy were performed. Histological evaluation confirmed intramural endometriosis. Ileal endometriosis is so rare that only 25 cases have so far been reported in Japan. The clinical diagnosis of intestinal endometriosis begins with a high index of suspicion based on the patient's history and frequently associated gynecologic symptoms. Intestinal involvement by endometriosis to the degree that it produces symptoms almost always requires excision. We should keep in mind endometriosis of the small intestine as the underlying disease of intestinal obstruction.

Reprint requests: Toshinori Ishii Department of Surgery, Mitaka Central Hospital
5-23-10, Kamirenjaku, Mitaka, 181 JAPAN