直腸、S字状結腸子宮内膜症の2例

千早病院外科1), 九州大学第1外科2)

泉 泰治¹⁾²⁾ 松永 浩明¹⁾²⁾ 梶原 正章¹⁾²⁾ 明石 良夫¹⁾ 三好 晃¹⁾

まったく異なった臨床経過をとった直腸,S字状結腸子宮内膜症の2例を経験したので病型と治療の違いを中心に報告した。症例1は血便を主訴としS字状結腸に粘膜下腫瘍様の隆起を認め生検にて子宮内膜症と確診しホルモン療法のみで軽快した。症例2は便秘を主訴とし各種検査では直腸癌を疑わせる所見であったが生検では確診つかず直腸低位前方切除をおこない切除標本にて子宮内膜症と診断された。症例1は粘膜面の子宮内膜腺による腫瘤とそこからの出血が主体でありいわゆる endometrioma であり,治療にあたって保存的か手術的かの選択が問類になると考えた。症例2は線維化による狭窄性変化が主体の diffuse endometriosis と考えられ術前確診が困難なため癌との鑑別と過大侵襲の防止が問題になると考えた。

Key words: endometrioma, diffuse endometriosis

はじめに

子宮内膜症は子宮内膜組織が異所性に増殖する疾患であり、婦人科領域では不妊症や習慣性流産、月経困難症などの原因として問題となる。この子宮内膜症が腸管に及んだものを腸管子宮内膜症とよび子宮内膜症の10%前後に認められるとされているり.腸管子宮内膜症は婦人科手術の術中に偶然発見されて外科医が相談を受けたり、肛門出血やイレウスの症状ではじめから外科を受診する場合などがあり外科医にも本症に対する十分な認識が必要である.

腸管子宮内膜症の病型分類は現在でも一般的なものはないが今回著者らは頻度が高く治療の上でも問題の多い直腸, S 字状結腸部の子宮内膜症の 2 症例を提示し症例ごとの診断・治療について考察を加えた。

症 例

症例1

患者:45歳, 既婚女性 主訴:月経時下血

家族歴:既往歴:特記事項なし

現病歴:2年前から dysmenorrhea, hypermenorrhea があった。最近になって月経時下血を認めるため 当科受診。

入院時現症:身長158cm, 体重44kg. 特に異常を認

<1993年12月8日受理>別刷請求先:泉 泰治 〒812 福岡市東区馬出3-1-1 九州大学医学部 第1外科 めなかった。

検査所見:血液生化学,尿所見に異常なく,CEAも0.5ng/mlと正常範囲内。CA-125 30U/mlと正常範囲であった。

注腸 X 線検査:S 字状結腸に表面不整の陰影欠損を認めた (Fig. 1a).

大腸内視鏡検査:S字状結腸に粘膜下腫瘍様の腫瘤 を認めそのからの生検にて子宮内膜腺が認められ子宮 内膜症と診断された(**Fig. 1b. c**).

以上から S 字状結腸の endometrioma と診断された。 GnRH 誘導体製剤である酢酸ブセレリン(Suprecur ®、()))) の点鼻療法を行ったところ。 1 か月後より症状の消失をみた。

症例2

患者:42歳, 既婚女性

主訴:便秘

家族歴:特記事項なし、

既往歴:婦人科にて子宮筋腫といわれたことあり, 正産2回.

現病歴:来院の半年程前から便秘を感じるようになり次第に増悪してきた。下血はなく。便秘の症状は月経とは無関係であった。他院にて注腸検査を受け直腸癌の診断で当科を紹介された。

入院時現症:身長158cm, 体重60kg. 下腹部に弾性 硬で圧痛のない小児頭大の腫瘤を触知. 直腸診にては 異常を認めなかった.

Fig. 1a Barium enema study of Case 1.: An irregular filling defect was shown at the sigmoid colon (arrow heads).



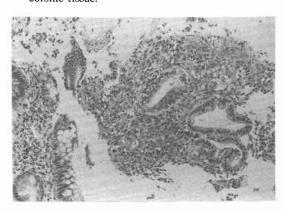
Fig. 1b Colonofiberscopy of case 1.: A submucosal tumor with central minute ulceration was shown.



検査所見:血液生化学,尿所見に異常なく,CEA も 0.5ng/ml, CA-125 18U/ml と正常範囲であった。

注腸 X 線検査:Ra 部に全周性の狭窄を認めた。狭窄は腸管の長軸方向には極めて短く狭窄にくらべて壁

Fig. 1c Colonofiberscopic biopsy specimen revenaled scattered endometrial glandis in colonic tissue.



の不整が少なく大腸癌の典型像とは異なっていた(Fig. 2a)。

大腸内視鏡検査:肛門縁から10cm の部位に全周性の狭窄がありファイバーはやっと通過した。明らかな 潰瘍やびらんは認めなかった (Fig. 2b)。日時を変えて3回生検を行ったが慢性炎症細胞の浸潤と線維化しか認められなかった。

CT:小児頭大の子宮筋腫の背側に直腸内腔を認めるが狭窄の周囲に腫瘤を認めなかった。

以上の諸検査から狭窄に関して子宮内膜症と直腸癌の鑑別診断はできなかった。しかし強い狭窄症状があることと癌を否定できないことから手術を行った。手術は子宮全摘,両付属器切除に引き続いて直腸低位前方切除術を double stapling technique にて行った。切除標本では粘膜面にはひきつれだけで上皮性の変化を認めず(Fig. 2c),組織学的に粘膜下層から固有筋層にかけて著明な線維化を認めそのなかに散在する子宮内膜腺を認め直腸子宮内膜症と診断された(Fig. 2d).

考察

1989年の松限らの報告²⁾では腸管子宮内膜症の本邦報告例78例のうちの84%が直腸, S字状結腸に病変があるものであった。その後の報告^{3)~5)}でも多くが直腸, S字状結腸子宮内膜症であった。

今回の我々の2症例は直腸、S字状結腸子宮内膜症の典型的形態である腫瘤形成主体の endometrioma型と狭窄症状主体の diffuse endometriosis型を代表するものであると考え以下の考察を加えた。

Endometrioma とは症例 1 のように腸管壁一部に 粘膜下腫瘤様の結節を作り結節内の子宮内膜腺が性周

Fig. 2a Barium enema study of case 2.: Rectal stenosis resembling of apple-core sign was noted.

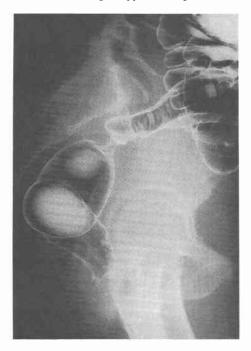
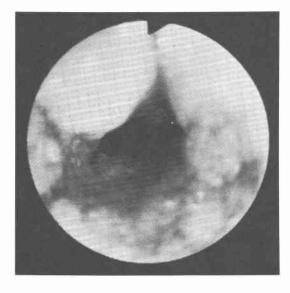


Fig. 2b Colonofiberscopy of case 2.: Sudden stenosis of the rectum with mucosal irregularity suggesting of the rectal carcinoma.



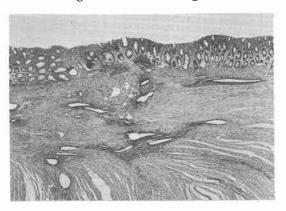
期に同期して月経とともに下血を起こす型である.

一方, diffuse endometriosis とは症例2のように子 宮内膜腺が壁内出血を繰り返したために線維化が進

Fig. 2c Machoscopic appearance of the resected resctum (case 2).: Minute mucosal irregurality (arrow) and prominent fibrotic change of the wall (arrowhead) were noted.



Fig. 2d Histological examination of the stenotic rectum of case 2 showed many heterotopic endometrial glands and fibrotic changed of the wall.



み、腸管壁の進展性がなくなり狭窄をきたした状態である。この2つのタイプの腸管子宮内膜症の発生と進展を考えると、腸管壁に着床した異所性の子宮内膜腺が増殖するさい早期に粘膜下に達し、そこで増殖し、さらに月経時に粘膜をやぶって腸管腔内に出血するのが endometrioma であり、比較的腸管壁のの漿膜側で増殖し、壁内に出血・消退を繰り返し、壁の線維化をひきおこすのが diffuse endometriosis であるといえるだろう。

このような病因から考えると症状の上からは endommetrioma では月経周期と関連する下血が特異的なものであり、diffuse endometriosis では狭窄による便通異常が主体となる。

検査所見では形態的には大きさを含めて多彩であり、これが診断を困難にしている大きな要因である。 過去の報告の大腸 X 線検査を検討すると、McSwain 5^{6)や} Davis7)は限局性の粘膜下腫瘍の X 線像を呈す る症例が有ることを指摘しており、これがendometriomaに合致するものと思われる。一方、1943年の Jenkinon 6^8 の報告の47例の直腸・S 状結腸子宮内膜のうち、21例が我々のいう diffuse endometriosisに相当し、それらの注腸検査の特徴を、(1) 陰影欠損が広範囲であること、(2) 境界が鋭利であること、(3) 粘膜は正常で、(4) 病変部は可動性に乏しく、(5) 大腸の他の部分には異常がないとし、総合的に粘膜そのものがおかされることは少なく、繰り返す炎症のために生じた線維化が X 線像のなりたちの基本であると述べている。

自験例では症例 1 は典型的な粘膜下腫瘍様の形態を示し、症例 2 は全 周 性 狭 窄 を 示して お り, endometrioma が粘膜周辺の変化が主体であり、diffuse endometriosis が腸管壁の線維化が主体であることを反映するものであることがわかる。

大腸内視鏡所見でも注腸造影の所見を反映してしまざまな所見を呈するが、基本的には endometrioma では粘膜下腫瘍型の形態をとり、月経周期にあわせてその中央部にびらん、潰瘍をつくるものと考えられる。びらん、潰瘍の大きさ深さは腸管壁における子宮内膜腺の存在様式に依存する。Diffuse endometriosis では壁の伸展不良と表面の凹凸不整を示す例、ひきつれの著明な例など多様である。

確定診断を得るには生検により子宮内膜腺を見いだす必要があり、endometriomaではその方法として、症例1のように月経直前あるいは月経中に発赤、びらん、充血、潰瘍部から標本を採取すると確診を得られる可能性が高い。一方、diffuse endometriosisでは粘膜そのものに病変が及ぶことはまれなので、症例2のように内視鏡的生検では確診できないことが多い。術後の検索でも症例2は粘膜内には子宮内膜腺類似の腺管を認めておらず、通常の生検では術前に確診を得ることは困難であったと思われる。松隈ら20の報告でも疑診例も含め、腸管子宮内膜症と術前診断されたものが42%あったが生検による確診例は9%にしかすぎなかった。誤診例では良性腫瘍を含め、腸管腫瘍と診断されたものが29%あり、癌と診断されたものが15%に認められた。

最近, 卵巣癌などの腫瘍マーカーである CA125が子宮内膜症においても上昇すると報告されている⁹. 今回の症例では 2 例とも正常であったが, 腸管子宮内膜症が疑われる場合, CEA などとともに CA125を測定する必要があると思われる.

治療にあたっては良性疾患であるから過大な侵襲を 加えないことが基本である。子宮内膜症全般に対する 手術や適切なホルモン療法を考慮しながら、婦人科医 と相談し治療に当るべきであろう。症状が子宮内膜腺 の存在そのものによって起こったもので、生検によっ て確診がつくものならまず保存的な子宮内膜症の治療 がすすめられる、腸閉塞をきたすような diffuse endometriosis では線維化などの器質的変化、瘢痕狭窄 をきたしているので、すでにホルモン療法のみでは効 果なく、また術前に癌との鑑別診断がつかないことが 多いことからも外科的に腸切除が最適である。好発部 位が直腸であるので形態のみから直腸癌と誤診して, 直腸切断・人工肛門造設術とった過大術式をとること がないように特に心がけなければならない。確診が得 られないまま手術に至った場合においても、 迅速標本 による検索を行い、過大手術侵襲を避けることが肝要

腸管子宮内膜症のほとんどが直腸,S字状結腸子宮内膜症であることを考えると,それらは今回呈示した2病型のいずれかあるいは中間的な病型を取ると考えられ,症例ごとに病型をはっきり認識した治療の選択が必要である。

文 献

- Burn FJ: Endometriosis of the intestines. Dis Colon Rectum 10: 344-346, 1967
- 松隈則人, 松尾義人, 鶴田 修ほか: 陽管子宮内膜症の2例-本邦報告例78例の検討を含めて一。 Gastroenterol Endosc 31: 1577-1584, 1989
- 3) 木村 淳, 飛島雅弘, 長谷川岳尚ほか: 月経ととも に粘血便を繰り返した直腸子宮内膜症の1例. 消 化器科 13:597-601, 1990
- 4) 塩谷雅英,野田洋一,成本勝彦ほか:消化器症状を 主訴として大腸癌が疑われた広範な腸管子宮内膜 症の3例,産婦の進歩 43:153-160,1991
- 5) 佐々木悦子, 山言武男, 多田和弘ほか:腸管子宮内 膜症の2例, 産婦の実際 41:105-111, 1992
- 6) McSwain B, Robert J, Haley RL Jr et al: Intestinal Endometriosis. J Obstet Gynecol 67: 539-555, 1960
- 7) Davis C: Surgery of endometrioma of the ileum and colon. Am J Surg 105: 250-266, 1963
- 8) Jenkinson EL, Brown WH: Endometriosis. A study of 117 cases with special reference to constricting lesions of rectum and sigmoid colon. JAMA 122: 349—354, 1943
- 9) 早田 隆, 三宅若葉, 嵯峨こずえほか:子宮内膜 症と CA-125, 産と婦 54:1449-1454, 1987

Report of Two Cases of Colo-rectal Endometriosis

Yasuharu Izumi¹⁾²⁾, Hiroaki Matsunaga¹⁾²⁾, Masaaki Kijiwara¹⁾²⁾, Yoshio Akashi¹⁾ and Akira Miyoshi¹⁾

Department of Surgery, Chihaya Mutual Aid Hospital

2)First Department of Surgery, Kyushu University

Two cases of colo-rectal endometriosis, which showed different clinical courses, are described. In case 1, the patient complained of melena during her menstrual period. A submucosal tumor was found in the sigmoid colon by fiberscopy and was diagnosed as colonic endometrioma from a biopsy specimen. Hormonal therapy well controlled her symptom. In case 2, the patient complained of severe constipation. A barium enema and fiberscopy revealed marked rectal stenosis which resembled the stenosis of rectal cancer. Though repetitive biopsy did not yield a definitive diagnosis, low anterior resection of the rectum was performed. The resected specimen showed endometrial glands and fibrosis in the entire rectal wall except for the mucosa. In case 1, the symptom was caused by rupture of a submucosal endometrioma into the colon. Therapeutic problem in this type is choice of a better modality whether conservative (hormonal) therapy or the surgical one. In case 2, the symptom was caused by a fibrotic change in the colonic wall which was due to repetitive intramural hemorrhage from the endometrial glands. Therefore, this case was subtyped as diffiese endometriosis. The problem concerned with this type is the differential diagnosis from colo-rectal cancer and the prevention of the over surgery.

Reprint requests: Yasuharu Izumi First Department of Surgery, Kyushu University 3-1-1 Maidashi, Higashi-ku, Fukuoka, 812 JAPAN