

茎捻転によるイレウスを発症した小腸脂肪腫の1例

守口敬任会病院外科, 関西医科大学中検病理*

原 文雄 岡 博史 谷村 雅一 李 喬遠
高山 卓也 池田 大助 岡村 明治* 坂井田紀子*

消化管脂肪腫はまれな疾患で、報告例のほとんどは腸間膜ないし腸管々腔内に発生したものである。今回、回腸末端部に壁外性に手拳大まで増大した脂肪腫が茎捻転をおこし、基部小腸をも捻転させ循環障害をおこし腸閉塞を発症した症例を経験したので報告する。

患者は52歳の男性、主訴は腹痛。来院時すでに腸閉塞状態であった。骨盤腔内に、CTにて低吸収値、MRIにてT₁、T₂とも高信号域を示す直径10cmの球形腫瘍を認めたため開腹術を行った。開腹時、回盲弁より30cm口側回腸の壁外性に10×10×12cm大、黄白色の薄い被膜を有する弾性軟の表面平滑な腫瘤が3回転茎捻転をしていた。このため茎部近傍の回腸は軽度の循環障害に陥り、この部位を最先端部とする腸閉塞が確認されたので、基部を含めて約10cmの回腸を切除した。腫瘍の断面は茶褐色で脂肪肝様であったが、組織学的検索で成熟脂肪腫が出血壊死に陥ったものであることが判明した。

Key words: intestinal lipoma, ileus, peduncular torsion

はじめに

小腸脂肪腫は、粘膜下腫瘍として管腔内に突出し、腸重積や腸閉塞をひきおこしたとする報告例が多い。今回、我々は回腸の管外性に手拳大まで増大した脂肪腫が、茎捻転した結果、壊死をおこし、基部回腸の循環障害を生じて、腸閉塞の原因となった症例を経験したので報告する。

症 例

患者：52歳、男性

主訴：腹痛、腹部膨満感

家族歴：特記すべき事項なし。

既往歴：1991年2月、大腿骨骨折にて観血的骨接合術。1992年1月、同抜釘術を本院で行った。開腹歴なし。

現病歴：1995年11月23日、腹痛・腹部膨満感を突然自覚した。市販の胃薬を服用したが症状は悪化。11月25日、本院受診し腹部単純X線撮影より腸閉塞と診断され精査加療のため入院となった。

入院時現症：身長173cm、体重68kg、血圧140/78mmHg、脈拍72/分；整、貧血、黄疸なし。体表リンパ節触知せず。胸部理学的所見に異常認めない。腹部では、臍下部を中心に自発痛、圧痛を認めた。軽度の緊

満と腸雑音の亢進はあるものの、筋性防御はなく、腫瘤は触知しなかった。

入院時検査所見：軽度の貧血と炎症反応を認めたが、生化学検査では異常なく、CEAなどの腫瘍マーカーも正常範囲内であった。

腹部単純X線検査：入院時より腹部全般に拡張した腸管ガス像を認めた。保存的加療により症状の軽快をみないため、入院後3病日にあたる。11月28日イレウス管を挿入したが、多数の小腸、大腸ガス像と、小腸鏡面像が見られた (Fig. 1)。

イレウス管よりガストログラフインを注入すると、拡張した小腸は下腹部正中で閉塞しそれより肛側の腸管も軽度の拡張を認めた。また、点滴静注腎盂造影検査では異常を認めなかった。

腹部CT検査：上腹部実質臓器には、著変認めないが、骨盤腔内に直径約10cm、境界明瞭で均一な低吸収値を示す腫瘍が見られた (Fig. 2)。

腹部MRI (T₂強調像) 検査：下腹部矢状断でCTと同様に、T₁、T₂ともに高信号域を示す直径10cmの腫瘍を骨盤腔内に認め、脂肪腫、粘液細胞癌などが疑われた (Fig. 3)。

手術：腸閉塞は改善せず、炎症反応も亢進したため、入院後6病日目に開腹術を行った。全身麻酔下、下腹部正中切開で開腹したところ、回盲弁より30cm口側の回腸の腸間膜対側に、黄白色膜に被包された、弾性

<1997年11月5日受理>別刷請求先：原 文雄
〒570-0021 守口市八雲東町2-47-12 守口敬任会病院

Fig. 1 Plain abdominal X-ray film shows collection of small and large intestinal gas during decompression therapy with long tube.

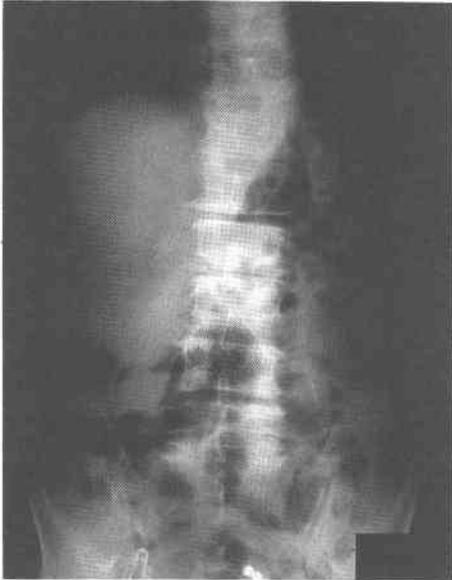


Fig. 2 Abdominal CT shows an oval low density tumor within pelvic cavity.

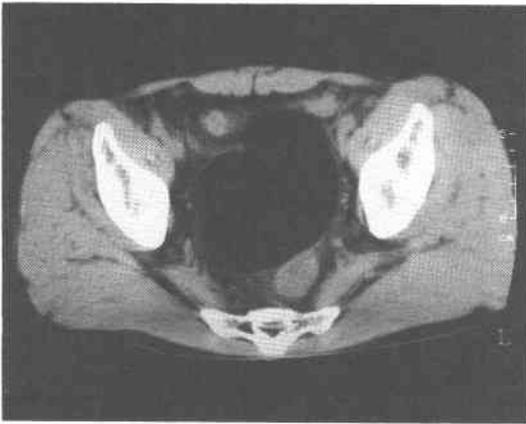


Fig. 3 MRI reveals same apple-shaped tumor with both T₁ and T₂ high signal ranges.



Fig. 4 On a laparotomy, a globular, pedunculated and yellowish tumor is found at anti-mesenteric side of terminal ileum.



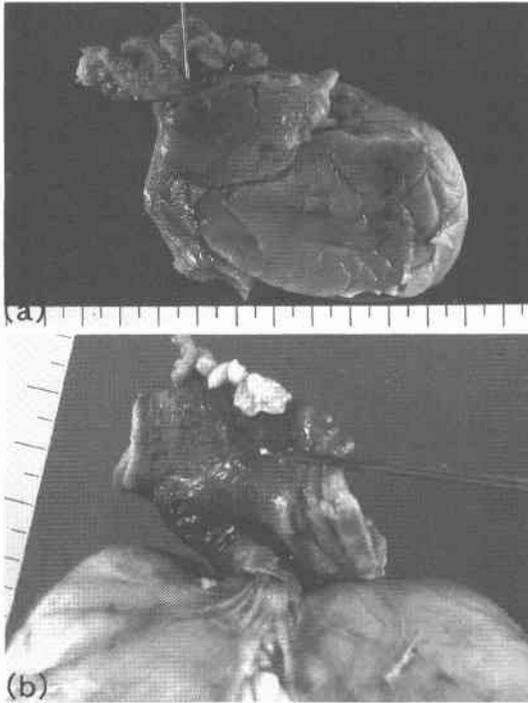
軟で有茎性の手拳大腫瘍の茎部が、3回転の茎捻転をしていた。腫瘍は小骨盤腔内に有り、S状結腸や直腸と線維性に癒着していたが、容易に用手剥離できた。腫瘍の茎捻転のため、茎部近傍の回腸は、約1回転ねじれて罌血状であり、同部での狭窄、閉塞を認め、これより口側の小腸は拡張していた (Fig. 4)。

この時点で、腫瘍の確定診断がつかないため、茎部を中心として、口側、肛側に各5cm回腸を切除、端々

吻合して手術を終了した。

切除標本所見：図は標本の半固定状態の剖面像である。腫瘍は10×10×12cm、342g。剖面では、一部に出血をみるものの、ほぼ均一な暗い茶褐色で、あたかも脂肪肝様であり、肉眼的診断は困難であった (Fig. 5a)。3回転捻転していた腫瘍茎部の拡大図を示す

Fig. 5 A cut surface of the tumor is dark brown with scattered hemorrhage (a). Peduncle of the tumor is twisted 3 times (b).



(Fig. 5b).

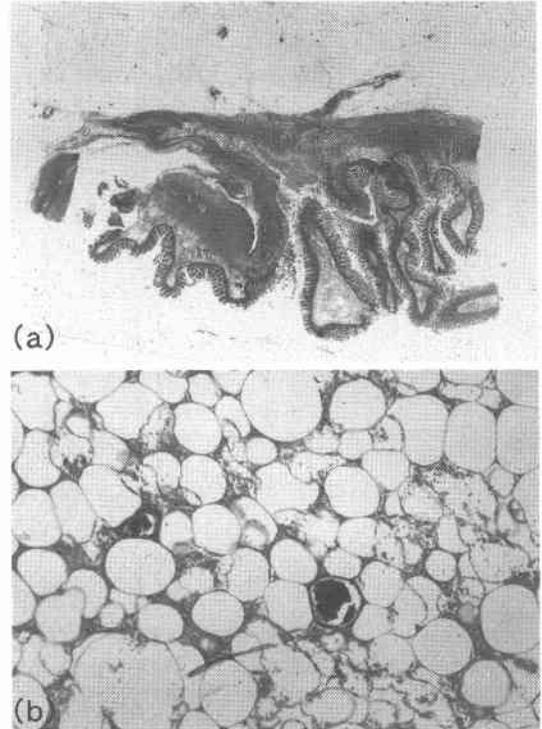
病理組織所見：茎捻転部を観察すると、漿膜下の脂肪織より発生したと思われる成熟脂肪腫であった (Fig. 6a)。強拡大で観察すると、繊細な線維性結合織により分葉化傾向を示す、脂肪腫細胞のほとんどは出血、融解壊死に陥り、異型性に関する評価は困難であったが、とくに悪性所見は認めず、良性脂肪腫と診断した (Fig. 6b)。

術後経過は良好で、術後6日目で摂食開始。14日目で合併症なく軽快退院した。なお自験例は、術後1年を経過した現在まで、腫瘍や腹部症状の再発は認めず、健常な日常生活を送っている。

考 察

小腸全体の腫瘍発生頻度は、手術例の0.01%、剖検例の0.3~0.5%であると集計されている。この内良性腫瘍は手術例では比較的少なく、剖検例で多いと報告されており¹⁾、この事が小腸良性腫瘍が臨床症状を欠く場合が多い事を示唆している。また、腹腔内に発生した脂肪腫全体の報告を集計してもその数は比較的少ない。実際、報告例には、腸間膜に発生したものが緩

Fig. 6 Histological findings disclose the tumor is a subserosal lipoma (a). (HE×20) Most of the mature lipocytes fall into necrosis caused by peduncular torsion (b). (HE×200)



徐に発育し、腸管圧迫症状を呈して発見されたものか²⁾、あるいは腸管壁の管内性に粘膜炎腫瘍として増大した脂肪腫が、腸閉塞、腸重積の原因となったというもののいずれかである場合が多い³⁾。自験例のごとく小腸脂肪腫が管外性に増大し、それが茎捻転をおこし、基部小腸をまきこんで茎捻し循環障害をおこし腸閉塞を発症した例は、我々の検索しえた限りでは報告はみられなかった。小腸良性腫瘍を集計した欧米でのWilsonら⁴⁾、また本邦の八尾ら⁵⁾、種ヶ島ら⁶⁾の報告とも、脂肪腫の頻度は、小腸良性腫瘍の約17%を占め、平滑筋腫に次いで多く、ほとんどが管内発育型で腫瘍径は10cm以下が多く、発生部位は回盲弁より口側60cm以内の回腸に8割近くが集中していたとしている。不定の消化器症状以外に特定の臨床症状はなく、診断未確定のまま経過観察される例が多いとも報告している。また、鈴木ら⁷⁾は小腸脂肪腫の発生頻度に男女差はなく、年齢分布は11歳から83歳までで平均52歳、症状の出現から手術に至るまでの時間は平均1.1年、脂

脂肪腫の腸管壁における占居部位は、粘膜下にあるものが76%、漿膜下が12%、その他12%であり、単発性がほとんどであるが、多発性も一部にあると報告している。消化管全体の中での脂肪腫の発生については、本邦では胃、小腸、大腸がほぼ同頻度⁸⁾、欧米では大腸例が多く、胃症例が少ないと報告されている。小腸脂肪腫で術前診断のついた例の報告は増えつつあるが、小腸造影、内視鏡、CT、MRI、など通常の検査は欠かすべきではない¹⁰⁾。自験例の腫瘍はCTで低吸収域、MRIではT₁、T₂とも高信号域を示したため、術前に脂肪腫を強く疑ったが、術中の腫瘍剖面が暗い茶褐色で通常の脂肪腫と大きく異っていた。これが茎捻転の脂肪壊死による変色とは判定できずかえって術中診断に混乱をきたした。小腸脂肪腫の治療としては、良性疾患であることより腫瘍切除ないし、腸部分切除を行ったとする報告が多い¹¹⁾。自験例でも術中に確定診断が得られず、また基部回腸が循環障害を生じていたため、やむをえず腸切除術を行った。自験例の腫瘍とメッケル憩室の関係は明らかでない。腫瘍基部直下の回腸固有層の走行に蛇行や途絶は無く、また異所性消化器組織の迷入も認めないため、憩室の存在は否定的である。しかしながら、回腸末端部の腸間膜対側部の有茎性腫瘍という面から考えると、臍腸間膜嚢に脂肪腫が発生した可能性も完全には否定できない。52歳男性の、回腸末端部の腸間膜対側の漿膜下に発生した手拳大の成熟脂肪腫が、基部回腸をまきこんで茎捻転をおこした結果、腸閉塞を発症した。極めてまれな症例を経験したので報告した。

文 献

- 1) 葛西洋一, 泰 温信: 小腸腫瘍. 外科診療 22: 657-662, 1980
- 2) 長江聡一, 黒瀬通弘, 森山裕熙ほか: 慢性イレウスを呈した小腸間膜脂肪腫の一例. 津山中病医誌 5: 87-91, 1990
- 3) 田村和貴, 野川辰彦, 中尾治彦ほか: 小腸脂肪腫による成人腸重積症の1手術例. 日臨外医学会誌 55: 123-126, 1994
- 4) Wilson JM, Melvin DB, Gray G et al: Benign small bowel tumor. Ann Surg 181: 247-250, 1975
- 5) 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腸・回腸腫瘍, II, 良性腫瘍. 胃と腸 16: 1049-1059, 1981
- 6) 種ヶ島和洋, 鈴木紘一, 斉藤 昭ほか: 腸閉塞症状を繰り返した小腸脂肪腫の1例. 胃と腸 21: 303-307, 1986
- 7) 鈴木俊輔, 森 昌造, 石田茂登男ほか: 小腸脂肪腫の1例. 日臨外医学会誌 45: 1620-1625, 1984
- 8) 林 繁和, 小池光正, 山口喜正ほか: 巨大な空腸脂肪腫の1例. 胃と腸 16: 849-854, 1981
- 9) Mayo CW, Pagtlaluman RJG, Brown DJ et al: Lipoma of the alimentary tract. Surgery 53: 598-603, 1963
- 10) 石崎陽一, 登 政和, 江畑楢樹ほか: 術前診断が可能であった小腸脂肪腫による腸重積の1例. 消外 12: 1739-1743, 1989
- 11) 勝見康平, 加藤 実, 横山善文ほか: 術前診断しえた回腸脂肪腫の1例. Gastroenterol Endosc 32: 922-927, 1990

A Case of Pedunculated Intestinal Lipoma which Caused Ileus by its Torsion

Fumio Hara, Hiroshi Oka, Masakazu Tanimura, Kyo-on Lee, Takuya Takayama,
Daisuke Ikeda, Akiharu Okamura* and Noriko Sakaida*

Division of Surgery, Moriguchi Keijinkai Hospital

*Department of Surgical Pathology, Kansai Medical University Hospital

A 52-year-old man was hospitalized because of sudden onset of lower abdominal pain. An abdominal X-ray showed a typical stepladder sign of ileus indicating obstruction at the terminal ileum. CT demonstrated a low density apple-sized round tumor within the pelvic cavity. MRI revealed the same tumor with both T₁ and T₂ high signal ranges which made us suspect lipoma. We were so certain the ileus was caused by this tumor, that a laparotomy was performed. The oval, pedunculated, and yellowish tumor, measuring 10 × 10 × 12 cm and covered by a thin white membrane, was located on the anti-mesenteric side of the ileum 30 cm proximal from the ileocecal valve and was twisted 3 times. The ileum at the tumor base was also twisted nearly 360°. Therefore the ileum was obstructed mechanically and its circulation was disturbed. A fresh cut surface of the tumor was dark brown with scattered hemorrhage and looked like fatty liver. Macroscopic diagnosis was confused and partial resection of the ileum was carried out. Histological evaluation disclosed that the tumor was a necrotic lipoma. Necrosis of the tumor caused by peduncular torsion which intercepted the blood supply turned the yellowish color to dark brown. A subserosal pedunculated intestinal lipoma that caused ileus by its torsion seemed rare enough to be reported.

Reprint requests: Fumio Hara Moriguchi Keijinkai Hospital
2-47-12 Yagumohigashi, Moriguchi, 570-0021 JAPAN
