

## 大腸全摘・回腸肛門管吻合術後，残存直腸より 大量出血した潰瘍性大腸炎再燃の1例

名古屋第二赤十字病院外科

高橋 祐 長谷川 洋 小木曾清二 塩見 正哉  
 舩山 正人 伊神 剛 太平 周作 森 俊治  
 上原 圭介 宮崎 晋

潰瘍性大腸炎の手術術式のひとつに大腸全摘・回腸肛門管吻合術があるが，残存直腸の炎症再燃という問題点がある．今回われわれは残存直腸の炎症再燃による大量出血のため残存直腸切断術を施行した1例を経験した．症例は21歳の男性，1996年全大腸炎型潰瘍性大腸炎で大腸全摘・J型回腸囊肛門管吻合術を施行した．1999年9月下血，肛門痛のため入院となった．入院2日目に大量下血が出現し倒れているところを発見され，血圧60台，Hb 5.0g/dl と出血性ショックを呈していた．肛門痛が強く，内視鏡による診断治療は困難と判断し，緊急手術を施行した．骨盤内の癒着が強固であったため，残存直腸粘膜剥去・回腸肛門吻合は困難と考え，残存直腸切断・回腸瘻造設術を施行した．残存直腸粘膜は炎症によりすべて脱落していた．病理診断は潰瘍性大腸炎・活動期で，悪性所見は認めなかった．

### 緒 言

近年，潰瘍性大腸炎（以下，本症）に対する手術術式として，大腸全摘・直腸粘膜剥去・回腸肛門吻合（ileoanal anastomosis：以下，IAA）が主流となっているが，大腸全摘・回腸肛門管吻合（ileoanal canal anastomosis：以下，IACA）の適応となる症例も少なくなく本症では手術例の約16%を占めるとされている<sup>1)</sup>．

今回，われわれはIACAの問題点である，残存直腸の炎症再燃による大量下血のため，出血性ショックに陥り緊急手術を施行した1例を経験したので報告する．

### 症 例

患者：21歳，男性

主訴：下血，肛門痛

家族歴：特記すべきことなし．

既往歴：1994年潰瘍性大腸炎（全大腸炎型）と診断され，内科的治療を受け，入院退院を繰り返していた．1996年9月内科的治療抵抗性のため外科的治療の適応と判断された．注腸・大腸内視鏡検査所見では，S状結腸から盲腸まで易出血性の多発する pseudo polyp を

認めたが（Fig. 1a, b），直腸粘膜は正常であったため，大腸全摘・J型回腸囊肛門管吻合術を施行した．切除標本肉眼所見では直腸粘膜には隆起性病変は認めず，S状結腸との境界は比較的明瞭であった（Fig. 1c）．病理組織学的には潰瘍性大腸炎・活動期であり，直腸側断端にも軽度の炎症細胞の浸潤が認められた（Fig. 1d）．術後経過は良好で，ステロイドの内服を漸減し，1997年9月中止した．

現病歴：1999年7月より下血・肛門痛が出現した．外来での大腸内視鏡検査にて残存直腸の炎症の再燃と診断し（Fig. 2），ベタメタゾン坐剤で対処していたが，同年9月症状が増悪し入院とした．

入院時現症：腹部は平坦，軟．直腸診で強い疼痛と血液が付着した．

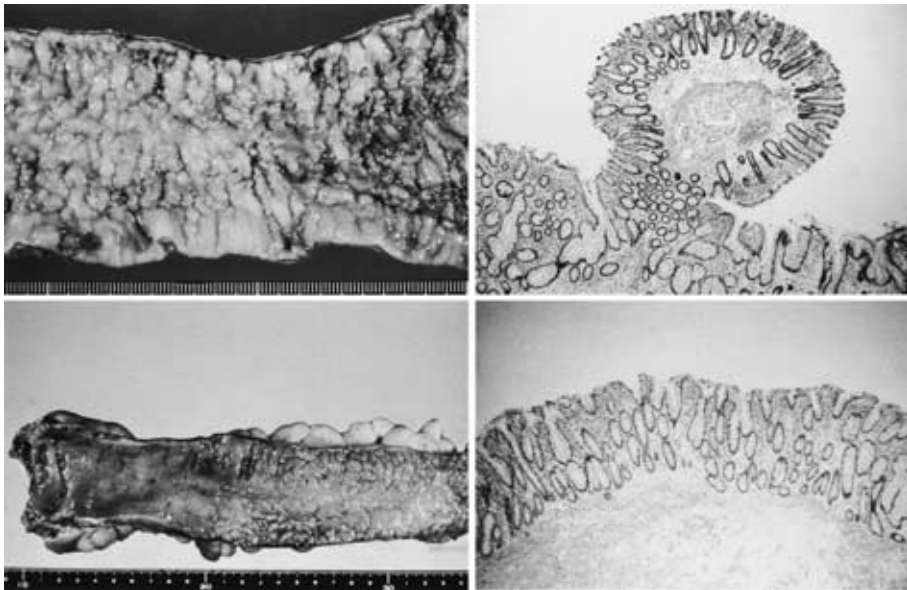
入院時検査成績：RBC 343 × 10<sup>6</sup>/μl，Hb 10.5g/dl，Ht 31.9%と軽度の貧血とWBC 12,400/μl，CRP 0.73 mg/dl と軽度の炎症反応を認めた．

絶食，中心静脈栄養，抗生剤，プレドニゾロン静注による保存的治療を開始したが，入院2日目，大量下血し倒れているところを発見した．血圧60/- mmHg，RBC 167 × 10<sup>6</sup>/μl，Hb 5.0g/dl と著明な貧血を認め，出血性ショックの状態であった．輸血，補液にて血圧は回復したが，下血は持続し，強度の肛門痛

Fig. 1 Resected specimen of the first operation and microscopic appearance of the tranverse colon and the margin of the rectal side.

- a. The transverse colon : Diffuse pseudopolypoid lesions were spread continuously from the sigmoid colon to the cecum.
- b. Microscopic findings shows a pseudopolyp in the transverse colon with inflammatory cells in the mucosa.
- c. The sigmoid colon ~ the rectum : Rectal mucosa was intact in the macroscopic findings.
- d. Microscopic findings shows the rectal mucosa invaded by a little inflammatory cells.

a	b
c	d



のため詳細な診察は不可能であった。内視鏡的診断および治療は困難と判断し、直腸切断、小腸瘻の可能性を説明し、同意のうえで、全身麻酔下に直腸を観察することにした。

手術所見：直腸壁全周から持続的にしみ出てくる出血を確認した。回腸瘻からの出血は認めなかった。残存直腸切除が必要と判断し開腹に移行した。開腹したところ、前回手術による腹腔内の癒着が強固であったため残存直腸切除・回腸肛門吻合は困難と判断し、腹会陰式残存直腸切断、回腸瘻造設術を施行した。

切除標本肉眼所見：直腸は歯状線により約3cm残存していたが、その粘膜は炎症によりすべて脱落していた。炎症は前回の回腸直腸吻合部を越え、回腸側にも炎症が及んでいると思われた。露出血管は認めなかった。なお、写真は回腸嚢口側を除いたものである

( Fig. 3 ) .

病理組織学的所見：直腸粘膜はすべて脱落し、肛門側ではそのまま肛門扁平上皮に移行していた。炎症は吻合部を越えて回腸側にも及び、その粘膜は Fig. 3標本写真上の最口側に一部残存するのみであった。診断は潰瘍性大腸炎・活動期で、悪性所見は認めなかった ( Fig. 4 ) .出血の原因は炎症の再燃による直腸粘膜の脱落によるものと判断した。

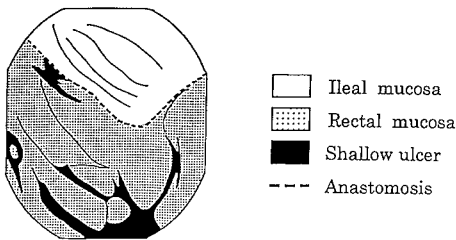
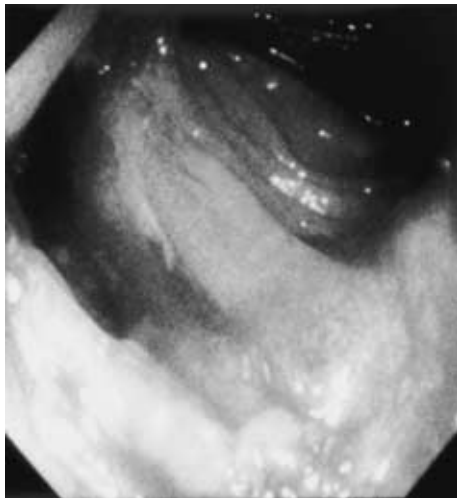
経過は良好で、術後50日目に退院し、現在外来通院中である。

### 考 察

潰瘍性大腸炎に対する手術方法の代表的なものは以下の4術式である<sup>1)</sup>。

①大腸全摘・回腸瘻造設術 ( PCI : proctocolectomy and ileostomy ) , ②結腸全摘・回腸直腸複合 ( IRA :

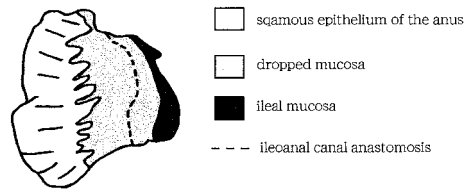
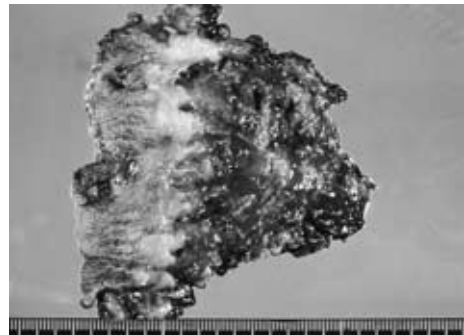
Fig. 2 Endoscopic picture showed shallow ulcer around the rectum, intact mucosa in the ileal pouch.



ileorectal anastomosis), ③大腸全摘・直腸粘膜剥去・回腸直腸吻合 (IAA), ④大腸全摘・回腸肛門管吻合 (IACA). 近年その内訳はPC 17%, IRA 15%, IAA 62%, IACA 16%であり, 本症が若年者に多く, 良性疾患であることより, 根治性と機能性の両者を満たすIAAが主流となっている<sup>2)</sup>. しかしIAAは手技的困難性と術後の排便機能低下の可能性がまだ残るといふ問題も併せもつため, 肛門管直上で回腸瘻と器械吻合するIACAがIAA変法<sup>3)</sup>として注目され, 徐々にその割合が増加してきている<sup>2)</sup>.

平成6年度の厚生省の報告によると<sup>2)</sup>, IACAはIAAの改良法というよりはIRAの変法とみなすとしているが, 自動吻合器が発達し一般化された現在では, 当科でも同様にIACAをIRAの発展型(低位IRA)と考えている. つまり, IACAはIRAの長所である①1期的に行えるため, 社会復帰に要する時間が短い, ②漏便が少ない, ③手術手技が容易で, 縫合不全の頻度が少ない<sup>1) 4) 5)</sup>, などを踏襲しつつ, 本症の好発部位である直腸を可及的に切除する方法である. しかし, IRA

Fig. 3 Resected specimen showed droppes out mucosa in the rectal stump of 3 cm and the inflammation was spread to the ileum over the previous ileoanal canal anastomosis.



およびIACAは直腸が一部残存することにより, 炎症の再燃, 発癌の可能性を残すため, その適応は残存直腸の炎症が内科的局所治療により制御可能と考えられる症例に限られ, また早期の社会復帰が望まれる学齢期や肛門機能に問題のある壮年高齢者がよい適応になる<sup>1) 6)</sup>. 自験例は16歳で発症し, 以後, 入退院を繰り返し, 内科的治療に抵抗性のため18歳時に手術に至った. また, 炎症は全大腸に及んでいたが, S状結腸から盲腸までが主座であり, 直腸の炎症は最も軽度であったため, 当初の術式としてIACAを選択したことは妥当であったと思われた.

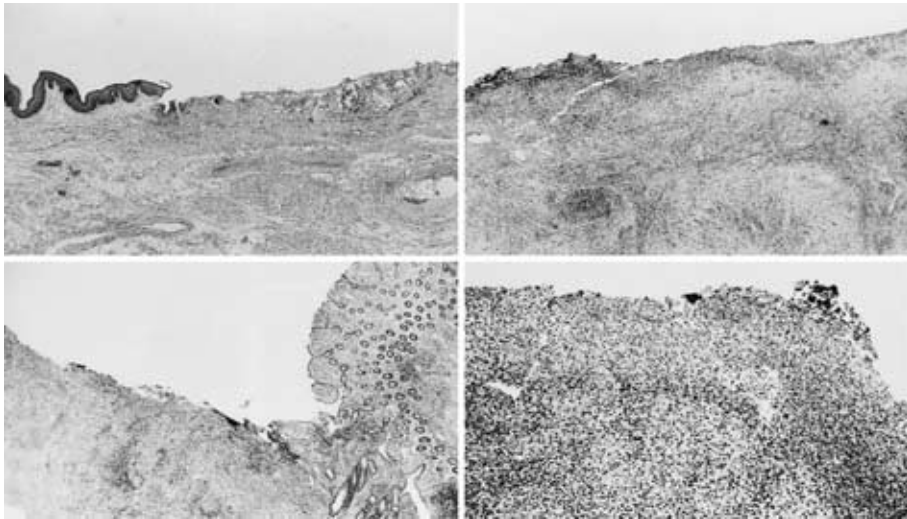
IRAを含めたIACAの合併症は, 術後早期にはIAAに比べて少ないが, 長期的にみると先に述べた炎症の再燃, 発癌に加え, 痔瘻・狭窄などがある<sup>7)</sup>. IACA後の残存直腸の炎症の再燃率は5.4%と報告されている<sup>2)</sup>が, ほとんどは局所治療によりコントロール可能であり, 約2cmの残存直腸粘膜は問題にならないと考えられている<sup>7) 8)</sup>.

秋本ら<sup>9)</sup>は炎症再燃に関し, 肉眼的病型では萎縮性大腸炎型より偽ポリポース型に多く, 肉眼的に切除断端の炎症がなくても組織学的に炎症があれば, 再燃する可能性が高いとしている. 自験例は偽ポリポース型で, 切除断端に炎症陽性であり, 炎症再燃のhigh

Fig. 4 Microscopic appearance

- All mucosa in the rectum was dropped out and suddenly switched out squamous epithelium in the anus.
- Inflammatory cells was invasived to tunica muscularis around the previous anastomosis.
- Inflammation was spread to the ileum over the anastomosis.
- Magnification of b.

a	b
c	d



risk 群であった。このことから入院 2 か月前の下血が出現した時点で、局所ステロイド治療に加え、絶食、IVH 管理、ステロイドの全身投与を含めた集中的内科治療を早期から施行していれば、永久的人工肛門を回避できたかもしれないと反省された。

また、今回の術式選択に関しては、患者が 21 歳という若年齢のことを考慮すると、理想的には残存直腸切除・回腸肛門吻合術、いわゆる IAA であったが、骨盤底の癒着が激しく、直腸を全切除するためには肛門からのアプローチが必要であり、やむを得ず人工肛門を増設するに至った。

#### 文 献

- 高橋雅哉, 斉藤幸夫:【炎症性腸疾患 最新の知見】潰瘍性大腸炎の手術術式. 4) その他. 外科 11: 1327-1331, 1997
- 宇都宮謙二, 山村武平, 蓬萊隆雄ほか:潰瘍性大腸炎に対する手術術式と改良について アンケート調査(1990~1994)の分析からみた IAA と IACA の比較. 厚生省特定疾患難治性炎症性腸疾患障害調査研究班 平成 6 年度報告書: 91-94, 1995
- Johnston D, Holdsworth PJ, Nasmyth DG et al: Preservation of the entire anal canal in conservative proctocolectomy for ulcerative colitis: A pilot study comparing end-to-end ileoanal anastomosis without mucosal proctectomy and endoanal anastomosis. Br J Surg 74: 940-944, 1987
- Aylett SO: Delayed ileorectal anastomosis is in the surgery of ulcerative colitis. Br J Surg 57: 812-813, 1970
- Oakley JR, Jagleman G, Fazio VW et al: Complications and quality of life after ileorectal anastomosis for ulcerative colitis. Am J Surg 149: 23-30, 1985
- 中野博茂, 畑 倫明, 藤井久男ほか:炎症性腸疾患の外科治療. 消外 20: 67-75, 1997
- 小金井一隆, 杉田 昭, 福島恒男:【炎症性腸疾患最新の知見】潰瘍性大腸炎の手術術式. 2) 回腸肛門管吻合術. 外科 59: 1316-1320, 1997
- 福島恒男:潰瘍性大腸炎の手術 IACA. 外科 57: 321-323, 1995
- 秋本 伸:潰瘍性大腸炎の病態よりみた手術適応の研究. 日本大腸肛門病会誌 34: 64-72, 1981

A Case of Recurrent Ulcerative Colitis with Massive Hemorrhage in the Rectal Stump after Proctocolectomy and Ileoanal canal Anastomosis

Yu Takahashi, Hiroshi Hasegawa, Seiji Ogiso, Masaya Shiomi, Masato Momiyama,  
Tsuyoshi Igami, Syusaku Ohira, Toshiharu Mori,  
Keisuke Uehara and Susumu Miyazaki  
Department of Surgery, Nagoya Daini Red Cross Hospital

Proctocolectomy and ileoanal canal anastomosis ( IACA ) is a standard procedure for the treatment of ulcerative colitis, but problems of recurrence and canceration of the surviving rectal tissue often occur. We report a case in which ulcerative colitis recurred accompanied by a massive hemorrhage in the surviving rectum. The patient was treated by resection of the abdominoperineum. A 21-year-old man who undergone a proctocolectomy and IACA for total ulcerative colitis in 1996 was admitted to the hospital complaining of melena and anal pain in September 1999. Two days after admission, the patient was found in hemorrhagic shock with a systolic blood pressure of 60 mmHg and 5.0 g/dl of hemoglobin after experiencing severe melena. Endoscopic diagnosis and therapy was difficult because of the severe anal pain and massive hemorrhage, so an operation was immediately performed. On entering his abdomen, a considerable number of adhesions between the ileal pouch and the pelvic wall were found. An ileoanal anastomosis and an abdominoperineal resection of the surviving rectum and ileostomy was therefore performed. The mucosa of the resected rectum was dropped out. The histopathological diagnosis was no-malignant, active phase ulcerative colitis.

Key words : ulcerative colitis, ileoanal canal anastomosis, postoperative complications

[ Jpn J Gastroenterol Surg 34 : 49 - 53, 2001 ]

Reprint requests : Yu Takahashi National Cancer Center Hospital  
5-1-1 Tsukiji, Chuo-ku, Tokyo, 104-0045 JAPAN

---