原著 (症例報告)

便潜血反応陰性で自覚症状のない超高齢者の 進行盲腸癌腸重積の1例

A Case of Asymptomatic Intussusception of Advanced Cecal Cancer in Super Elderly Female
with Negative Fecal Occult Blood Testing

高原文治 鎌田光洋 岩坂尚仁 美馬一正 佐々木清美

Bunji Takahara, Mitsuhiko Kamada, Naohito Iwasaka, Kazumasa Mima, Kiyomi Sasaki

要 旨

症例は98歳女性。他科での定期検査により低栄養と貧血を指摘され受診した。造影 Computed Tomography (CT) にて腸管虚血がない腸重積と診断し、悪性疾患を考慮して待機的に結腸右半切除+D2 郭清を施行し病理組織学的に盲腸癌の最終診断を得た。解剖学的に盲腸癌の腸重積が起こりやすいことは知られているが、本症例は巨大な盲腸癌が先進部となり横行結腸脾湾曲まで重積する stage IIIa の進行癌であったにもかかわらず、自覚症状が無く便潜血反応も陰性であった。盲腸が首座のため通過する消化管内容が液性であったこと、高齢女性ゆえに組織が疎で伸展性に富み、無自覚症状で経過したと考えられた。また、右側結腸側では進行癌かつ腸重積でも便潜血反応陰性になる場合があり、便潜血反応陰性であっても無自覚症状の貧血精査においては丁寧な身体診察に加え、排便周期、便の性状を考慮し消化管出血を念頭に検査を進める必要がある。

Keywords : 盲腸癌 (cecal cancer), 腸重積 (intussusception), 超高齢者 (super elderly), 便潜血偽陰性 (false negative fecal occult blood), 貧血 (anemia)

1. 緒 言

小児腸重積は多くが激しい症状で急性発症するが、成人では多くが亜急性から慢性に経過する¹⁾。今回我々は、低栄養と貧血を指摘されるも無自覚症状で便潜血反応陰性の超高齢者盲腸癌腸重積の切除例を経験した。本症例が無自覚症状で経過した理由について考察する。

2. 症 例

患者：98歳、女性。

主訴：自覚症状なし、低栄養状態、鉄欠乏性貧血。

既往歴：骨粗鬆症、心臓弁膜症。

ADL：独居。調理、歩行、排便ともに自立し、認知症なし。

現病歴：他科に貧血と骨粗鬆症で定期通院していた。以前からの低栄養状態と定期検査にて2週間でヘモグロビン(Hb)が8.1 g/dLに3 g/dL低下し、2回の

便潜血反応検査で陰性であったため精査目的に当科を受診した。

受診時現症：身長 139.5 cm, 体重 32.9 kg, 血圧 131/74 mmHg, 脈拍 90 bpm, SpO2 97%, 呼吸促進なし。眼瞼結膜貧血あり、他頭頸部所見なし。胸部異常所見なし。腹部正中臍周囲に手拳大の軟腫瘤を触知する。腹部圧痛なし。下肢浮腫なし。不正出血なし。出血源となる痔核なし。

血液検査(紹介時)：Alb 2.8 g/dL, Hb 8.1 g/dL, Ht 25.8%, MCV 76.0 fL。

血液検査(当科受診時)：鉄 6 ug/dL, フェリチン 29.7 ng/mL, TIBC 282 ug/dL, 網赤血球 1.0%, CEA 4.8 IU/mL, CA19-9 33.2 IU/mL。

上部消化管内視鏡検査：出血源となる所見なし。

貯蔵鉄は保たれているが腹部腫瘤を伴う鉄欠乏であり、下部消化管の微出血性病変を考えた。

大腸 CT 検査：盲腸が横行結腸脾湾曲まで重積して

徳島健生病院外科

著者連絡先：高原文治 徳島健生病院外科 [〒770-8547 徳島市下助任町4丁目9]

email: a010027a@yahoo.co.jp

(受付日：2017年4月25日、採用日：2017年9月4日)

©2017 日本プライマリ・ケア連合学会

図 1 a:b:CT 画像, c:d:術中写真, e: 標本写真

a: 横行結腸内へ盲腸が陥入し横行結腸脾湾曲にかけて重積している。腸管腔内の造影剤は重積部を通過している。b: 横行結腸内に陥入した腸間膜は造影されており、腸管壁の浮腫がある。c: d: リンパ節郭清前提に Hutchinson 手技で可及的に腸管を整復した。▲印が重積部位。e: 先進部は Bormann2 型の盲腸癌であった。

おり、損傷回避のため腸管内への送気は割愛した（図 1-a）。

腹部造影 CT 検査：横行結腸内の腸管は浮腫を伴うも腸間膜は造影された（図 1-b）。

手術までの経過：嵌頓が進行し腸管虚血を伴うと致命的になると判断しご本人の希望を踏まえ根治性を求めた待機的手術の方針とした。中心静脈栄養とし、クエン酸マグネシウム（マグコロール P®）50 g/900 mL の等張液を 4 日に分割し緩徐に腸洗浄した。

手術所見：正中切開にて開腹。Hutchinson 手技にて重積腸管の整復を試みた。回腸末端と盲腸の各漿膜が癒着しており、損傷が危惧され手技を中止した（図 1-c, d）。先進部が盲腸悪性腫瘍の腸重積と考え、結腸右半切除術 + D2 郭清とした。

病理組織学的所見：Adenocarcinoma, C, Circ, type2, por1, T3(SS), ly3, v1, PN0, N1, M0, H0, P0, PUL0, stage IIIa（図 1-e）

その後の経過：Performance Status が良好な現状とご家族の要望で、術後補助化学療法は施行せず。

3. 考 察

腸重積症は小児に多く、成人では稀である。成人腸重積は全腸重積の 5—10%^{1,2,4)}であり、大腸重積症では癌が 60—80% を占める^{1,2)}。盲腸は癌の絶対数が少ない反面、大腸癌腸重積症の好発部位であるが、その理由は盲端であること、腸運動の最も激しい部位であること、後腹膜への固定不良や総腸間膜症の合併と言われる¹⁾。悪性疾患による成人腸重積では嘔気や疼痛より下血や便潜血が多い⁴⁾という一方で、腹痛や腹部腫瘤を大多数に認め下血や便潜血は 10% との報告もある¹⁾。本症例では無自覚の柔らかい腹部腫瘤を触れ、受診契機は進行する貧血であったが便潜血検査は 2 回とも陰性であった。

横行結腸脾湾曲まで広範に重積しても入院前日まで経口摂取し無自覚症状で経過したのは、回腸末端の消化管内容が液性であったためであると思われる。また、加齢により大腸周囲の結合組織が脆弱化すること、特に女性では腸管や腸間膜が長い傾向にあり腸管と後腹膜との結合性が緩くなる³⁾ことも理由の一つと言われて

いる。

前述の理由で組織間の摩擦が軽かったこと、バウヒン弁近傍の癌が経時的に口側腸管である回腸開口部と一塊となって巨大化し、疎な肛門側腸管に重積したことが、本症例で便通異常を伴わず便と腫瘍の直接的な物理的接触が回避され、便潜血反応陰性となった理由の一つと考えた。

右側結腸癌では便の排泄遅延などで Hb が変性し便潜血反応偽陰性となると言われる⁵⁾。また、大腸癌検診分野において便潜血反応偽陰性は 36.6% に起こり、初回受診では 37.7% にも及ぶと言われる⁶⁾。

これらより、無症状の特に高齢者の鉄欠乏性貧血精査では、腹部触診、直腸診など丁寧な身体診察に加え、排便周期や便の性状にも注意を払い、たとえ便潜血陰性で消化器症状に乏しくとも消化管出血の可能性を考慮し精査を行うことで診断され、手術も治療選択肢の一つとなる。

なお、本症例報告を行うにあたり、ご本人・ご家族より文書にて同意を得ている。

利益相反

本論文における利益相反はありません。

文 献

- 1) 横井公良, 恩田昌彦, 山下精彦, 他. 腸重積症の分類に関する臨床病理学的検討. 日消外会誌. 1994 ; 27 : 1940-1948.
- 2) 志田大, 井上暁, 真栄城剛, 他. 盲腸癌による成人腸重積症の 6 例. 日臨外会誌. 2010 ; 71 : 659-663.
- 3) 太田智之, 佐藤龍, 巽亮二, 他. 成人腸重積—救急病院において経験した 21 症例における臨床病理学のおよび緊急性に関する検討—. 日本大腸肛門病会誌. 2015 ; 68 : 151-156.
- 4) Azar T, Berger DL. Adult Intussusception. Ann Surg. 1997; 226: 134-138.
- 5) 大野康寛, 入口陽介, 大浦通久, 他. 便潜血偽陰性進行大腸がんの臨床病理組織学的検討. 日消がん検診誌. 2007 ; 45 : 421-426.
- 6) 魚谷知佳, 磨伊正義. 免疫便潜血検査における偽陰性大腸癌の検討. 日消がん検診誌. 2007 ; 45 : 204-213.