<症例報告>

続発性慢性大腸偽性閉塞症の1手術例

西田 宏二 川添 聖治 東島 正泰
矢永 尚士 高木 維彦 明石 隆吉*

<要 約> 続発性慢性大腸偽性閉塞症の1手術例を経験した。症例は脳梗塞のため10年間寝たきり状態で、次第に著しい排便困難と腹満を生じた。徐々に嘔吐し食事摂取困難となり、著しい低栄養状態に陥った。保存的治療は限界と判断し、結腸左半切除術及び人工肛門造設術を施行した。術後栄養状態の著しい改善等順調な経過をとった1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

Key words：続発性慢性大腸偽性閉塞症，後天性巨大結腸症，偽性腸閉塞症

緒 言

偽性腸閉塞症 (Intestinal pseudo-obstruction) とは腸管の効果的な蠕動が行われない臨床症候群である。1958年 Dudley ら¹⁾により報告されて以来種々の報告があるが、概念が明確には理解し難い。今回我々は脳梗塞後に生じた続発性慢性大腸偽性閉塞症を経験した。本例を中心に偽性腸閉塞症に関して、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：74歳，女性。
主訴：排便困難，腹満，嘔吐。
家族歴：特記すべきものなし。
既往歴及び現病歴：1985年9月に左被殻の脳梗塞を発症し，右片麻痺となり寝たきり状態となった。脳梗塞発症後より次第に便秘傾向となり，1991年末には泥状下痢便のみの排便となった。さらに著しい腹満のため息苦しくなり，腹痛を伴わずに嘔吐を繰り返すようになった。1992年5月に施行した透視検査では直腸からS状結腸まで腸管の著しい拡張を認めたが，軸捻転など機械的イレウスの所見は認めなかった (Fig. 1)。また内視鏡検査でも同様に器質的な病変は指摘出来なかった。基礎疾患として糖尿病，甲状腺機能低下症等の代謝性疾患はなく，便秘に対して適時下剤を処方した以外は，腸管及び腸蠕動に影響を及ぼす処方はない。

かった。また下剤使用前に既に腸管の著明な拡張を認めており，薬剤性の可能性も考え難かった。以上より本症は脳梗塞に伴う直腸・S状結腸を主体とした続発性慢性大腸偽性閉塞症と診断した。保存的治療により当初軽快していたが，1994年9月頃より栄養状態が悪化し，1994年11月7日当院入院となった。

入院時現症：身長138cm，体重30kg，るいそう著明，体温36.4℃，血圧104/60mmHg，脈拍66/分，整。意識清明。眼瞼結膜は軽度貧血様，眼球結膜に黄疸を認めず。皮膚，舌の乾燥を認め，表在リンパ節を触知せず。心・肺所見に異常なし。腹部は軟で著明な膨満あり。腹部圧痛なく，腸管蠕動は微弱。両下肢の浮腫著明。右不全片麻痺及び右下肢の拘縮あり。

入院時検査所見 (Table 1)：貧血及び低栄養状態で

Table 1 Laboratory data on admission

RBC	284×10 ⁴ /mm ³	TP	3.9 g/dl
Hb	8.7 g/dl	ALB	1.6 g/dl
Ht	26.6 %	T-Bil	0.6 mg/dl
WBC	6.4×10 ³ /mm ³	GOT	26 U/L
Ne	62.1 %	GPT	24 U/L
Ly	29.9 %	LDH	716 U/L
Mo	6.2 %	ALP	218 U/L
Eo	1.0 %	CH. E	1,372 U/L
Ba	0.8 %	T-Chol	123 mg/dl
Plat	20.4×10 ⁴ /mm ³	BUN	12.7 mg/dl
Urinalysis		Crea	0.5 mg/dl
protein	(+)	Na	125 mEq/l
sugar	(+)	K	3.4 mEq/l
Fecal occult blood	(-)	Cl	98 mg/dl
CRP	0.3 mg/dl	Ca	3.5 mEq/l
		Glu	92 mg/dl
		Fe	111 µg/dl

K. Nishida, S. Kawazoye, M. Higashijima, T. Yanaga, K. Takagi : 高邦会高木病院 (大川市) 内科

* T. Akashi : 熊本地域医療センター内科

受付日：1996. 4. 9, 採用日：1996. 6. 19

Fig. 1 Barium enema examination shows marked dilatation of the rectum and the sigmoid colon.

あった。

入院時腹部単純 X 線検査 (Fig. 2) : 直腸・S 状結腸の著しいガス像を認めた。ハウストラは明瞭で、鏡面形成はなく、小腸の拡張は目立たなかった。また著明な便塊も認めなかった。

経過 : 今回入院後も経静脈栄養、シサプリド、各種下剤の投与など保存的に治療した。それに伴って1994年12月末には総タンパク6.2g/dl、アルブミン3.0g/dl、コリンエステラーゼ3,596U/l、総コレステロール153mg/dl と一時栄養状態を改善しえた。その後1995年4月頃より再び嘔吐し食事摂取困難となり、1995年6月1日には総タンパク3.7g/dl、アルブミン1.7g/dl、コリンエステラーゼ1,655U/l、総コレステロール110mg/dl と著しい低栄養状態に陥った。その偽保存的治療は限界と判断し、TPN とアルブミン補給後、1995年8月11日結腸左半切除術及び人工肛門造設術を

施行した。手術所見としては直腸・S 状結腸を中心とした腸管の拡張を認めるのみで、癒着、絞扼輪、腸間膜の狭小化などの軸捻転所見あるいは炎症所見等は認めなかった。術後経過は良好で、食事摂取も栄養状態も良好、腹満は消失した。術後1カ月半後の腹部単純 X 線検査 (Fig. 3) 及び透視検査 (Fig. 4) で腸管の拡張を認めず、1995年10月19日退院となった。

切除病理組織所見 (Fig. 5) : 腸管は著明に拡張しているが、線維性肥厚狭窄、絞扼輪などの器質的変化は見られず、腸管拡張に伴う粘膜の萎縮と筋層の菲薄化が見られた。腸管の神経叢及び平滑筋に異常はなく、また腸管に炎症所見を認めなかった。

考 察

偽性腸閉塞症 (Intestinal pseudo-obstruction) とは腸管の効果的な蠕動が行われない臨床症候群であり、

Fig. 2 Plain abdominal film shows marked dilatation of the rectum and the sigmoid colon.

Fig. 4 Barium enema examination does not show dilatation of the colon, 1.5 months after operation.

Fig. 3 Plain abdominal film does not show dilatation of the colon, 1.5 months after operation.

腸管に器質的閉塞や狭窄がないにもかかわらず、機械的腸閉塞と同様の症状を呈するものである。1958年 Dudley ら¹⁾により急性型が報告され、1970年 Maldonado ら²⁾により慢性特発性偽性腸閉塞症 (chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction) との表現が

初めてなされた。さらに1981年 Schuffler ら³⁾により特発性と続発性の詳細な記述がなされた。この症候群の概念は非常に広く、急性偽性腸閉塞症には急性の機能的イレウス (麻痺性、痙攣性) のすべてが入り、慢性偽性腸閉塞症は Primary と Secondary に分類され、Secondary には膠原病、内分泌疾患、神経障害その他雑多な原因がある⁴⁾。さらに1984年に Anuras ら⁵⁾⁶⁾により大腸における偽性腸閉塞症を大腸偽性閉塞症 (isolated colonic pseudo-obstruction) とし、消化管全体の慢性偽性腸閉塞症の部分症としてのものと大腸に限局するもの、急性と慢性、特発性及び続発性との組み合わせに分類した。

臨床像は急性偽性腸閉塞症の場合、種々の原因はあっても急性のイレウス (麻痺性、痙攣性) 症状を呈する。慢性偽性腸閉塞症の場合も病因によらず以下の臨床像を呈する。一般に腹痛、腹満、嘔吐、体重減少 (るいそう)、多くは (脂肪性) 下痢で稀に便秘となる³⁾。下痢か便秘かは小腸と大腸の障害の要因によっている。激しい (脂肪性) 下痢は小腸の細菌の異常繁殖により、便秘は大腸の機能不全によっている³⁾。

また従来から巨大結腸症との概念がある。巨大結腸症と偽性腸閉塞症との関連では、明確に分類すると特発性巨大結腸症は特発性慢性大腸偽性閉塞症の概念の

Fig. 5 A resected specimen shows marked dilatation of the rectum and the sigmoid colon and normal size of the descending colon.

中に入り、続発性巨大結腸症で先天性の Hirschsprung 病や特発性以外の後天性巨大結腸症のすべては続発性慢性大腸偽性閉塞症の概念に入る。特発性慢性偽性腸閉塞症⁷⁾は比較的珍しい疾患であるが、偽性腸閉塞症の概念は実際にはかなり広範な症候群と言える。

本例は脳梗塞を生じ、右片麻痺後便秘となり、巨大結腸症に至った例であり、脳梗塞による続発性慢性大腸偽性閉塞症（症候性巨大結腸症に相当する）と診断した。鑑別診断として S 状結腸軸捻転症があるが、腹部単純 X 線所見でハウストラは明瞭で coffee bean sign とは異なる巨大結腸を示し、手術所見、切除病理組織所見では捻転や炎症所見等は認めず鑑別した。

脳梗塞に伴った巨大結腸症の報告は特発性巨大結腸症の可能性もあるとした例⁹⁾もあるが、麻痺を生じた後に便秘から巨大結腸症へと進展した例は直腸・膀胱障害等による続発性慢性大腸偽性閉塞症に分類した方が良いと考えた。

治療は続発性の場合にはまず原疾患の治療が重要である。一般には偽性腸閉塞症は手術をせず、アセチルコリン作動性物質であるシサプリド⁹⁾をはじめ TPN を含め保存的に対応する。急性偽性腸閉塞症は 1958 年の Dudley¹⁾の症例では 13 例中 7 例が死亡している。2 例が誤嚥、2 例が末梢循環不全、2 例が心不全、1 例が肺炎であるが、絶食、ドレナージを施行し、TPN 等により十分栄養すれば現在では手術をせずに保存的に救命できると考える。急性偽性腸閉塞症は一過性で治

癒することが多いが、慢性偽性腸閉塞症は治療に困難を極め、しばしば外科的治療が無効で在宅 TPN に至ることも多い³⁾。しかし慢性で大腸に限局したものは特発性であれ続発性であれ、機能的に低下した結腸を十分に切除することが有効なことが多い⁵⁾⁶⁾¹⁰⁾。

今回我々は脳梗塞に伴った続発性慢性大腸偽性閉塞症を経験し、保存的治療に限界を生じた為、結腸左半切除術及び人工肛門造設術を施行して良好な経過をとった。外科的タイミングを逃すと、低栄養状態からいそう著明となり、致命的となることも多い疾患である。高齢化社会に伴って、今後経験することも多くなると予想され、この分野における一層の理解と関心が必要と考えられた。

稿を終えるにあたり、御指導頂きました久留米大学第 1 外科学教室土田 勇先生及び佐賀医科大学内科遠藤智代子先生に深謝します。

文 献

- 1) Dudley HA, Sinclair IS, McLaren IF: Intestinal pseudoobstruction. J R Coll Surg Edinb 1958; 3: 206—217.
- 2) Maldonad JE, Gregg JA, Green PA, et al: Chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction. Am J Med 1970; 49: 203—212.
- 3) Schuffler MD, Rohrmann CA, Chaffee RG,

- Brand DL, Delaney JH, Young JH : Clinical intestinal pseudo-obstruction, a report of 27 cases and review of the literature. *Medicine* 1981 ; 60 : 173—196.
- 4) Faulk DL, Anuras S, Christensen J : Chronic intestinal pseudo-obstruction. *Gastroenterology* 1978 ; 74 : 922—931.
- 5) Anuras S, Baker CRF : The colon in the pseudoobstruction syndrome. *Clin Gastroenterol* 1986 ; 15 : 745—763.
- 6) Anuras S, Shirazi SS : Colonic pseudoobstruction. *Am J Gastroenterol* 1984 ; 79 : 525—532.
- 7) 宮内邦浩 : 慢性特発性偽性腸閉塞症の1症例と本邦報告例の検討. *日消誌* 1991 ; 88 : 1359—1363.
- 8) 勝木茂美, 田沢賢次, 笠木徳三, 島田一郎, 安斎裕, 坂本 隆, 藤巻雅夫 : 脳梗塞に伴った巨大結腸症の1例. *日臨外医会誌* 1989 ; 50 : 2620—2626.
- 9) 姫野誠一, 辻 景俊, 篠村恭久 : Intestinal Pseudo-Obstruction. *Pharma Medica* 1990 ; 8 : 71—77.
- 10) 杉原健一 : 偽性腸閉塞症. *外科* 1993 ; 55 : 49—55.

Abstract

Surgical Treatment of Secondary Chronic Colonic Pseudo-obstruction

Kouji Nishida, Seiji Kawazoye, Masayoshi Higashijima, Takashi Yanaga,
Korehiko Takaki* and Ryukichi Akashi**

A 74-year-old woman was admitted to the hospital because of constipation and marked abdominal distension. She had become to be bedridden after cerebral infarction 10 years previously, and was

tabescent due to vomiting. A left hemicolectomy and colostomy were performed because conservative therapy seemed to be ineffective. The postoperative course was good and her nutritional status improved.

Key words: *Secondary chronic colonic pseudo-obstruction, Acquired megacolon, Intestinal pseudo-obstruction*

(*Jpn J Geriatr* 1996; 33: 862—866.)

* Department of Internal Medicine, Takagi Hospital

** Department of Internal Medicine, Kumamoto Regional Center