症例報告 I

回盲部に発生した肥厚型腸結核症の一例

筑波大学臨床医学系外科

福田 幾 夫 更 科 広 実 深 尾 立
岡 村 隆 夫 岩 崎 洋 治

68歳の男性。食後の上腹部痛と右下腹部の腫瘤を主訴に入院した。腫瘤は下腹壁と強固に癒着し、軽度の腹部膨満を認めた。注腸造影では回盲部に全周性の陰影欠損と狭窄を認め、口側の回腸は拡張していた。大腸ファイバースコープ所見では、回盲部に全周性の隆起性病変を認めたが、高度の狭窄のため口側の粘膜面は観察できなかった。狭窄症状の悪化のため準緊急的に手術を施行した。腹腔内に粟粒大結節の散布を認め、回盲部切除と回腸狭窄部に側々吻合を行った。病理組織学的には定型的結核性肉芽腫が証明され、回盲部肥厚型腸結核と診断された。術後化学療法を開始し、術後37日目に患者は退院した。肺の活動性病変は認められなかった。

肥厚型腸結核症は非常に稀であるが、その85%は回盲部に好発し、盲腸癌と極めて類似の所見を呈する。本症例も癌腫との鑑別が臨床上一困難であった。

腸結核症は近年のクローン病や潰瘍性大腸炎の研究に伴い、その鑑別診断上重要な疾患としてクローズアップされてきた。本疾患はこれまでの化学療法の進歩により、肺結核症と平行的に減少してきたが、いまだクローン病などに比べ稀な疾患ではなく、また臨床診断の過程で確診することの困難な症例も多い。

最近我々は盲腸癌と類似の所見を呈し、鑑別困難であった肥厚型腸結核症の一例を経験したので報告する。

症 例

患者：68歳男性、農家

主訴：上腹部痛、右下腹部腫瘤

現病歴：昭和54年8月頃より食後2時間ほどで上腹部痛が出現するようになった。近医にて胃潰瘍の診断、投薬を受けたが軽快せず、同年9月頃より右下腹部腫瘤を自覚するようになった。精査目的で昭和54年12月10日当院入院。3ヵ月間に体重4kg減少した。

既往歴：4年前より高血圧症にて降圧剤内服している。

家族歴：特記すべきことなし。

入院時現症：身長161cm、体重48kg。眼瞼結膜に軽度の貧血がある。胸部打聴診上異常はない。腹部は軽度膨満あり、打聴診にて鼓音を認め、腸雑音は軽度亢進していた。右下腹部に圧痛を伴った鶏卵大の腫瘤を触知し、その表面は凹凸不整で硬度はきわめて硬く、側腹壁と強固に癒着していた。腹水はなく、肝脾は触知しなかつ

た。直腸診でやや肥大した前立腺を触知したが、直腸膀胱窩に腫瘤は触知しなかった。また四肢に浮腫を認めなかった。

入院時検査成績(表1)：血算では軽度の貧血があり、血液生化学検査では低蛋白血症と尿素窒素の高値を示した。血沈は1時間値10mmであったが、CRPは+であった。ツベルクリン反応は陽性、便潜血も陽性であった。

胸部X線所見(図1)：左肺尖部に軽度の胸膜肥厚を認めるほかは異常はみられなかった。

注腸造影：回盲部に全周性の陰影欠損があり、虫垂は造影されず、口側の回腸に拡張を認めた。陰影欠損は上行結腸に近づくにつれ狭窄が高度となり、いわゆるapple core様の所見を呈していた(図2)。狭窄部より肛門側への立ち上りは比較的平滑で、その腸間膜側に小円形の透亮像を認めた(矢印)。狭窄部の壁の不整は口側に向って徐々に延長しており、この部位の所見は炎症性変化あるいは悪性の浸潤像と診断された(図3)。

大腸ファイバースコープ所見：直腸・S状結腸・下行結腸・横行結腸には異常所見はなかった。上行結腸起始部に全周性の隆起性病変を認め、狭窄のためファイバースコープの口側への挿入は不可能であった(図4)。狭窄部の辺縁は比較的平滑な小隆起を有し、周囲に点状の発赤と白苔の付着を認めた(図5)。狭窄部より生検を施行した。

以上の所見より盲腸癌あるいは回盲部結核症が疑われ

表 1 入院時諸検査成績

血算		血沈 1 時間値	10	mm
白血球	6.5×10^3	CRP		++
赤血球	3.96×10^6	RA		-
Ht	34.5 %	α -フェト蛋白	4	ng/ml
血色素	11.3 g/dl	CEA	1.7	ng/ml
血小板	29.6×10^4	尿検査		
分画 分葉球	46 %	蛋白		(-)
桿状球	31 %	潜血		(-)
好酸球	7 %	糖		(-)
リンパ球	9 %	便検査		
単球	6 %	潜血		(+)
血液生化学		虫卵		(-)
総蛋白	5.7 g/dl	ツベルクリン反応：陽性		
アルブミン	3.1 g/dl	$\frac{6 \times 7}{10 \times 10}$		
尿素窒素	27.8 mg/dl	心電図		異常なし
クレアチニン	1.0 mg/dl			
総ビリルビン	0.2 mg/dl			
GOT	12 U			
GPT	5 U			
LDH	223 U			
ALP	6.2 K-KU

図 1 胸部X線像

た。

経過：入院後も患者は食後の腹痛・腹満感強く、経鼻チューブにて elemental diet の投与を開始し、食物残渣の減少に努めた結果、腹痛は軽減した。しかし内視鏡検査後から次第に狭窄症状の増悪がみられ、イレウス状態となったため、生検の結果を待たずに手術を施行した。

手術所見：回盲部に手拳大の腫瘤があり、これは側腹壁と強固に癒着していた。また腸間膜の所属リンパ節は多数腫大していた。回腸末端部漿膜の腸間膜附着部には灰白色の粟粒大結節が多数あり、回盲部より150cmの口側の回腸には、同様の小結節による全周性の狭窄を認めた。肝両葉にも同様の小結節を数個認めた。以上の所見より、腹膜播種及び肝転移を伴う盲腸癌と判断し、姑息

図 2 注腸X線像。回盲部の狭窄像と小円形透亮像（矢印）を示す

的回盲部切除術と回腸狭窄部の側々吻合術を行なった。

摘出標本の肉眼的所見(図6)：腫瘤の断面は著しく肥厚し、灰白色を呈していた。粘膜面は肛門側で著しく狭窄状となり、その口側には下掘れの強い、不整形の潰瘍形成(矢印)が認められた。

病理組織学的所見：生検組織診では、粘膜固有層内に巨細胞を伴った肉芽腫が認められ、この所見からは結核・クローン病・異物肉芽腫などが考えられた。

図 3 注腸X線像 (スポット撮影)

図 6 切除標本 (矢印は潰瘍を示す)

図 4 大腸ファイバー所見 (矢印は狭窄部)

図 5 大腸ファイバー所見

切除組織標本では、盲腸の粘膜から漿膜にかけて全層性の炎症像がみられ、その中に巨細胞性肉芽腫が多数認められた(図7)。その一部には肉芽腫の中心に乾酪壊死巣がみられた(図8)。リンパ節にも同様の所見が認められた。Ziehl-Neelsen 染色では結核菌は証明されなかったが、以上の所見より病理組織学的に腸結核症と診断された。

本症例の術後経過は極めて順調であり、術後喀痰および糞便から結核菌の塗抹検鏡および培養が繰り返し行な

図 7 病変部の組織像 (ルーペ像) 巨細胞性肉芽腫を伴う全層性炎症像を示す

図 8 結核結節 (Fig.7 の矢印部位の拡大)

われたが、結核菌は検出されなかった。術後7日目よりリファンピシン、INH、エタンブトールの投与を開始し、排菌のないことを確認した上で術後37日目に退院した。

考 按

大腸結核症は肉眼的に潰瘍型 ulcerative type, 肥厚型 hypertrophic type, 混合型 ulcerohypertrophic type に分類され, またその発病形式により一次性腸結核症と二次性腸結核症とに分けられる。一次性腸結核とは結核菌を経口的に摂取して発症するもので, 肺など他臓器に結核性病変を伴わないものであり, 二次性腸結核症は開放性肺結核症に続発するものである¹⁾²⁾。

本症例は肉眼的に回盲部の腸管壁が線維性に著しく肥厚し, その部の高度の狭窄と腫瘤形成を伴った肥厚型腸結核症の一例である。肥厚型腸結核症は一次性腸結核症に起こるものがほとんどで, 非常に稀であり, 腸結核症の1%前後を占めるにすぎないと言われている¹⁾。また肥厚型腸結核症の85%は回盲部に発症する⁵⁾⁶⁾。本症例も肺には活動性病変はなく, 左肺尖部に軽度の胸膜肥厚を認めるのみであった。肥厚型結核症の成因に関しては, 菌それ自体の作用によるよりむしろ宿主の菌に対する免疫, アレルギー反応が関係するのであろうと言われている³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾。本症例でも病変が激しいにもかかわらず, 切除標本の結核菌染色及び術後の糞便検査でも結核菌を見出すことはできず, 免疫反応の介在を思わせた。

本症例はレントゲンおよび内視鏡所見上, 盲腸癌と酷似し, 術中所見も進行した盲腸癌と極めて類似し, 術後の病理組織診により, 回盲部結核と判明したものである。一般に腸結核症は, 他の炎症性大腸疾患, すなわち潰瘍性大腸炎およびクローン病との鑑別が困難な場合が

多いが, 本症例は壁の肥厚を主体とし, 回盲部に腫瘤を形成し, 臨床上的癌腫との鑑別が問題となった症例である。我々の経験したこの様な肥厚型の腸結核症は稀ではあるが, 臨床所見上大腸癌と極めて類似した所見が多く, 常に鑑別診断として忘れてはならない疾患であると考えられる。

む す び

回盲部に腫瘤を形成し, 臨床上的癌腫と鑑別困難であった肥厚型腸結核症の一例を報告した。

文 献

- 1) 松永藤雄: 大腸疾患. p. 265-268, 南江堂, 東京, 1977.
- 2) 山形敏一, 他: 臨床消化器病講座 2. p. 201-211, 金原出版, 東京, 1977.
- 3) Bockus: Gastroenterology, vol. III, p. 770-772, Saunders, Philadelphia, 1976.
- 4) Davis, A. A.: Hypertrophic interstitial tuberculosis. Surg. Gynecol. Obstet., 56: 907, 1968.
- 5) Hawley, P. R. et al.: Hypertrophic tuberculosis of the rectum. Gut 9: 461, 1968.
- 6) Howell, et al.: Ileocercal tuberculosis, Gut 5: 524, 1964.
- 7) Lurie, M. B.: Native and acquired resistance to tuberculosis. Am. J. Med. 9: 591, 1950.
- 8) Recio, P.: Tuberculosis of the large bowel. Dis. Col. Rect. 4: 439, 1961.

(昭和55年12月19日受領)

Clinical Studies :

1. Karaya Seal Drainable Stoma Pauch with Microporous Adhesive* — For Treatment and Prevention of Peristomal Dermatitis —

K. Shindo

The Second Department of Surgery Osaka University Medical School

New ostomy appliance of Karaya seal drainable pouch with microporous adhesive was fitted to 50 ostomists who had been rehabilitized. They were instructed to wash out inside the pouch without removal of the appliance. Confidential questionnaires were provided for assessing of eleven items. Each items graded 0 (the best) to 5 (the worst) and treated statistically. Three ileostomists and 39 colostomists responded. Tolerated duration of adhesion per an appliance was 3.2 days in the mean, 12 days in the maximum. Holding-power was 1.6 grade in the mean, while separation was nonpainful (0.7 grade). Fitting of the appliance was excellent (0.9 grade). Its change while sweating was minimal (0.9 grade). Odor leakage was seldom (1.1 grade), and fecal leakage was limited only on some diarrhea (0.8 grade). Management of defecation was easy with wash-and-drain method (1.7 grade). Skin irritation was rarely occurred (0.5 grade) and only one patient developed vesicles. In 26 out of 31 cases peristomal dermatitis was improved or healed completely within 4 weeks.

Most of them felt comfortable (1.2 grade) and their general impression for the appliance was 1.0 grade: The best in 7 cases, excellent in 22, good in 9, fair in 2, worse in one, and the worst in one case of ileostomy.

The data showed that this new appliance was effective in 84% for treatment of peristomal dermatitis and that this was also preventive for skin irritation.

* available as "Stomadrain KL", "Stomadrain Q" from Hollister Inc., Chicago, U. S. A.

Case Report :

1. A Case Report of Ileocecal Tuberculosis

I. Fukuda, H. Sarashina, K. Fukao, T. Okamura and Y. Iwasaki

Department of Surgery, Institute of Clinical Medicine,
The University of Tsukuba, Ibaragi

A 68-year-old man was admitted to the hospital because of epigastralgia after meal and right lower abdominal tumor. The tumor was firmly adherent to the abdominal wall and there was slight abdominal distension. On barium enema examination, a filling defect and stricture of ileocecal region were found, and the terminal ileum was dilatated. On

fiberscopic examination, the tumor occupied the whole circumference of ileocecal wall and the endoscope could not be inserted beyond the stricture. Endoscopic diagnosis was carcinoma of the cecum, and biopsy was performed. Because of obstructive symptoms the patient was operated on at the 10th hospital day, before pathological diagnosis had been made.

On operation the disseminated miliary tuberculi were found on the whole peritoneum and ileocecal resection was performed, followed by side-to-side anastomosis of stenosed ileum. Microscopic examination revealed classic tuberculous granuloma, and pathological diagnosis was ileocecal tuberculosis. The patient was discharged on 37th day after operation, followed by chemotherapy.

Active pulmonary tuberculosis was not observed in this case.

Although rare, hypertrophic intestinal tuberculosis occurs almost 85 % in the ileocecal region and it mimics carcinoma of the cecum.

We reported a case of hypertrophic intestinal tuberculosis which had been very difficult to differentiate from carcinoma of cecum.