症例

悪性狭窄と鑑別困難であった下行結腸潰瘍の1例

板橋区医師会病院外科¹⁾, 日本大学1外科²⁾, 同 病理学³⁾

上原 秀一郎¹⁾²⁾ 西田 茂¹⁾ 安室 省吾¹⁾

加納 久雄¹⁾²⁾ 柏尾 光彦¹⁾²⁾ 福澤 正洋²⁾

根本 則道³⁾

A Case of the Descending Colon Ulcer which was Indistinguishable from Malignant Tumor

Shuichiro UEHARA¹⁾²⁾, Shigeru NISHIDA¹⁾, Seigo YASUMURO¹⁾,
Hisao KANO¹⁾²⁾, Mitsuhiko KASHIO¹⁾²⁾, Masahiro FUKUZAWA²⁾
and Norimichi NEMOTO³⁾

¹⁾Department of Surgery, Itabashi-ku Ishikai Hospital,

²⁾First Department of Surgery, Nihon University School of Medicine,

³⁾Department of Pathology, Nihon University School of Medicine

術前診断において悪性狭窄と鑑別困難であった下行結腸潰瘍の1例を経験した。症例は77歳、女性。便柱の狭小化と粘血便を主訴に当科を受診した。注腸造影検査にて下行結腸に約4 cmにわたり全周性の狭窄を認めた。大腸内視鏡検査では肛門縁より35 cmに全周性の狭窄を認め、内腔は4 mm程度でファイバーの通過は不可能であった。生検では悪性所見を認めなかったが、びまん浸潤性大腸癌を否定できず、結腸左半切除術を施行した。病変では軟で境界明瞭な浅い潰瘍を伴っていた。病理組織学的には虚血に伴う潰瘍であった。自験例は症候性結腸狭窄があり手術適応であったが、術前の画像診断で大腸癌を否定しえず手術となる症例も散見され、このような症例の存在も常に念頭に置く必要がある。

索引用語：大腸潰瘍 (colon ulcer), 大腸腫瘍 (colon tumor), 虚血性腸炎 (ischemic colitis)

緒言

虚血性腸炎は高齢化社会になってきたこと、大腸内視鏡検査の普及、画像診断の進歩などによって、比較的頻度の高い疾患となっており臨床での重要性が増している。最近では悪性狭窄と鑑別困難であった下行結腸潰瘍の1例を経験したので報告する。

症例

症例1：77歳、女性。

主訴：便柱の狭小化、粘血便。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：53歳より甲状腺機能低下症にて内服加療中。

現病歴：平成11年2月15日より粘血便を認めていたが、次第に便柱が狭小化してきたため、2月25日当科受診。精査加療目的に入院となった。

入院時現症：身長153.5 cm, 体重43 kg, 全身状態は良好。貧血、黄疸はなく、表在リンパ節も触知しなかった。腹部は軽度膨隆、軟で圧痛や腹膜刺激徴候は認めなかった。

Fig. 1 Barium enema examination showed narrowing segment, which length is 4cm at descending colon.

Fig. 2 Colonofiberoscopy findings. Stenosis was so severe that a fibertop could not pass through it.

Fig. 3 The resected specimen showed the deep ulceration in the descending colon.

入院時検査所見：白血球数 $6000/\mu\text{l}$ 、CRP 1.6 mg/dl と軽度の炎症反応を認めるのみで、その他血算、凝固能、生化学検査に異常なし。

腹部単純X線検査：異常所見なし。

注腸造影X線検査：下行結腸に約4cmにわたる、全周性狭窄を認め、狭窄部位の辺縁はスムーズであったが圧をかけても膨らまなかった。造影剤は辛うじて口側結腸に流入した (Fig. 1)。

大腸内視鏡所見：Anal vergeより35cmに全周性狭窄を認め、内腔は4mm程度でファイバーは通過しなかった。狭窄部には潰瘍面を認め、周囲の粘膜と潰瘍の境界は明瞭で、肉眼的にはType 2の下行結腸癌の診断であった (Fig. 2)。生検ではGroup 1 suggestive of smooth muscle tumorの診断で悪性所見は得られなかった。

以上より下行結腸癌、特にびまん浸潤性大腸癌を否定できず、平成11年3月11日、手術を施行した。

手術所見：中・下腹部正中切開にて開腹した。腹水は認めず、下行結腸に4cm大の狭窄を伴う病変部は触診上、軟で、リンパ節の腫脹はなかった。

良性疾患の可能性もあったが、悪性疾患も否定できないため、結腸左半切除術を施行した。手術検体の病変部には境界明瞭な浅い潰瘍を伴っていた (Fig. 3)。

病理組織学的所見：病変部は周囲との境界が比較的明瞭な潰瘍で、潰瘍底は肉芽ないし一部では再上皮によって被覆されていた。悪性を示唆する異型はなく、また原因となりうる血栓は認めなかった。一過性の虚血による潰瘍性病変と診断された (Fig. 4)。

術後臨床経過：術後合併症はなく、術後30日目に退院となった。現在、再発もなく外来フォローアップ中である。

Fig. 4 Histologically the tumor was diagnosed as ulcer, probably due to ischemic colitis (HE stain, $\times 40$).

考 察

虚血性腸炎は近年、大腸内視鏡検査の普及、高齢者の増加から本症と診断される患者数は年々増加していると考えられている¹⁾。大腸潰瘍、狭窄を来す疾患は様々だが、自験例は病理組織学的に確定診断には至っていない。しかし、病理組織学的所見から何らかの虚血性変化とその修復状態にあったと推測され、臨床像と重ね合わせると一過性の虚血性腸炎による潰瘍および狭窄と考えられる。虚血性腸炎は自験例のように大腸癌、特に拘扼型やびまん型大腸癌と注腸X線造影、内視鏡所見が極めて類似し、鑑別困難なため大腸癌として切除される例も散見される。虚血性腸炎の病理組織像として岩下ら²⁾は急性期には粘膜のびまん性出血と粘膜上皮の変性、脱落、粘膜下層のうっ血水腫が主な所見であり、固有筋層は比較的よく保たれているとしている。一方、鶴飼ら³⁾によるとびまん浸潤型大腸癌では癌細胞が全層性に浸潤せず、粘膜下層や漿膜下層を中心としてリンパ管侵襲する型が存在するとされている。両者を鑑みると自験例のように画像診断のみならず、度重なる生検を行っても確定診断に至らない症例も存在すると考えられる。自験例は大腸内視鏡検査による生検を施行し、suggestive of smooth muscle tumorの診断であったが、一過性の虚血による病変は粘膜・粘膜下層が剥離していたため、固有筋層を生検したものと思われる。一方、鑑別困難で

あるが馬場ら⁴⁾はその一助として大腸超音波内視鏡が有用であるとしており、虚血性腸炎では病変部の腸管壁は全層性に肥厚し、第1層～第4層にかけて低エコー化するが、層構造は不明瞭ながら保たれると報告している。従って壁内構造の十分な観察が両疾患の鑑別に有用であると思われる。

虚血性腸炎の治療について、Marston⁵⁾は手術適応として、(1)腸管壊死、(2)出血量が多い場合、(3)狭窄が高度のとき、(4)癌を否定できない場合としている。また、渡邊ら⁶⁾によると狭窄型虚血性腸炎は大部分の例において、約4カ月で画像所見は改善するものの、中には高度の狭窄が残存する例も見られるとしている。一般的には虚血性腸炎においては一過性でも狭窄型でも時間経過とともに狭窄は軽減するとされており、実際、われわれも壊死型を除く虚血性腸炎に対しての基本的な治療方針は安静、絶食、中心静脈栄養等の保存的治療を原則としている。しかし、自験例では症候性の結腸狭窄が認められたこと、狭窄が高度であったことから手術適応であったが、それに加えて画像診断上、癌を否定できなかったことが手術適応とした最大の要因であった。自験例のように頻回の検査を施行してもなお、癌を否定できない病変に対しては虚血性腸炎等による結腸狭窄を念頭に入れ、治療方針を決定する必要があると思われる。

結 語

術前画像診断において悪性狭窄と鑑別困難であった下行結腸潰瘍の1例を経験したので報告した。

参考文献

- 1) Levine JS, Jacobson ED: Intestinal ischemic disorders. Dig Dis 13: 3-24, 1995
- 2) 岩下明德, 飯田三郎: 虚血性大腸炎の病理. 胃と腸16: 245-257, 1981
- 3) 鶴飼克行, 太田博俊, 上野雅資他: びまん浸潤型大腸癌の臨床病理学的検討. 日本大腸肛門病会誌45: 843-850, 1992
- 4) 馬場俊之, 秋田 泰, 井上徹也他: びまん浸潤性大腸癌との鑑別に大腸超音波内視鏡が有用であった虚血性腸炎の1例. 消内視鏡の進歩43: 224-226, 1993
- 5) Marston A: Intestinal ischemia. Edward Arnold, London, 1977, p 141
- 6) 渡邊昌彦, 長谷川博俊, 北島政樹: 虚血性大腸炎の病態. 日外会誌100: 347-351, 1999