症例

術後病理組織学的検査で結核性腹膜炎と診断された 腸閉塞症の1例

長吉総合病院外科, 大阪市立大学第2外科*

総 野 進 大 杉 治 司* 高 田 信 康*
竹 村 雅 至* 木 下 博 明*

A Case of Intestinal Obstruction Diagnosed as Tuberculous Peritonitis by Postoperative Histological Examination

Susumu KASENO, Harushi OSUGI*, Nobuyasu TAKADA*,
Masashi TAKEMURA* and Hiroaki KINOSHITA*

Surgical Unit of Nagayoshi General Hospital

**Second Department of Surgery, Osaka City University Medical School*

症例は67歳の女性。繰り返す発熱, 腹痛にて入院精査となった。虫垂炎の疑いで外科紹介となったが, 血液学的炎症反応や腹膜刺激症状が軽度であったため, 抗生物質投与による保存的療法を行った。その後腸閉塞となり診断と治療目的で開腹術を施行した。開腹にて腸閉塞は索状物による内ヘルニアと診断された。腹膜および腸間膜全体に白色米粒大~粟粒大の小結節が多数あり癌性腹膜炎が疑われたが, 原発巣は不明であった。索状物を切除し, 腸間膜リンパ節と小結節を生検し, 病理組織学的検査にて結核性腹膜炎の診断をえた。原因不明の腹部症状のある慢性炎症性疾患では結核性腹膜炎も考慮すべきであると思われる。

索引用語: 結核性腹膜炎 (tuberculous peritonitis), 腸閉塞 (intestinal obstruction), 癌性腹膜炎 (peritonitis carcinomatosa)

はじめに

結核性腹膜炎は結核の予防対策の普及や治療の進歩により著しく減少し稀な疾患となってきた。このため鑑別診断に含まれないことが多い。今回われわれは腸閉塞解除術後の病理組織学的検査から結核性腹膜炎と診断した1例を経験したのでその概要を報告する。

症 例

患 者: 67歳, 女性。

主 訴: 発熱, 腹痛。

既往歴: 特記すべきことなし。

家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 以前から時々発熱, 腹痛があり近医にて慢性腸炎と診断され対症的に治療されていたが, 同様の症状を繰り返すため平成8年1月5日当院内科に精査加療目的で入院した。入院後嘔吐が出現し, 腹痛が回盲部に限局してきたため虫垂炎が疑われ1月9日外科へ紹介された。

入院時現症: 身長156cm, 体重54kg, 血圧144/90mmHg, 体温37.8度, 表在リンパ節の腫大はなく, 胸部も特記すべき所見はなかった。腹部では下腹部が軽度に膨満し, 右下腹部に圧痛, 反跳痛があったが, 筋性防御はみられなかった。

入院時検査所見: 白血球4,080/mm³ (好中球

46.2%, リンパ球43.2%, 単球3.9%, 好酸球6.4%, 好塩基球0.3%), CRP2.1mg/dl, 赤沈1時間値23mmと炎症所見は軽度であった。腫瘍マーカーはCEA 0.8ng/ml, CA19-9 13U/mlで正常範囲であった。ツベルクリン反応は施行しなかった。

胸部単純X線検査所見: 特記すべき所見は認めなかった。

腹部単純X線検査所見: 小腸内ガスが多く、腸管拡張を認めた (Fig. 1)。

腹部CT検査所見: 腸管内の液体およびガス貯

Fig. 1 Abdominal X-ray showing small intestinal gas.

Fig. 2 Abdominal CT showing the dilated small intestine.

留とこれによる腸管拡張を認めたが腫大した虫垂や腹水は認めなかった (Fig. 2)。

炎症所見が軽度であったため、抗生物質投与による保存的療法を行ったが、嘔吐を繰り返すため1月12日にイレウス管を挿入した。

小腸造影検査所見: 回腸に屈曲による狭窄部を認めた (Fig. 3)。

イレウス管による減圧にて腸管の拡張は消失したが、右下腹部痛が残り、再び嘔吐したため虫垂炎の癒着による腸閉塞を疑い2月1日に開腹術を施行した。

手術所見: 右傍正中切開で開腹すると少量の漿液性の腹水があり、腹膜、腸間膜全体に腹膜播種様の米粒大～粟粒大の柔らかく白い小結節が多数認められた。癌性腹膜炎を強く疑ったが、手術所見からは原発臓器が特定できなかった。腸閉塞は回腸末端より50cm口側の回腸の腸間膜付着反対側と回腸末端より10cm口側の腸間膜リンパ節との間にできた索状物と腸間膜とによって囲まれた間隙への内ヘルニアによるものであった (Fig. 4)。なお虫垂には炎床所見はみられなかった。迅

Fig. 3 Small intestine radiogram showing an incomplete obstruction of the ileum.

考 察

結核性腹膜炎は稀な疾患であり、本邦では全結核症のうちの0.04~0.5%にすぎない¹⁾²⁾。臨床症状は慢性に経過する発熱、全身倦怠、下痢、腹痛、腹部膨満などで、特徴的な症状はみられない。自験例においても以前から発熱、腹痛症状を繰り返しており、その都度腸炎と診断され治療が繰り返されていた。ツベルクリン反応は71%が陽性で胸部X線上肺結核を思わせる異常像があるのは48%であり、結核が疑われる所見が必ずしもあるとは限らず³⁾診断は困難であることが多い。腹部CT検査では腹水が蛋白成分や白血球を含んでいるためにCT値が比較的高くなることや、肥厚した腸間膜、造影効果を呈する肥厚した腹膜、癒着を生じ一塊となって圧排された腸管、大網内腫瘍などの所見が見られる⁴⁾とされている。しかしこれらの所見は腹腔内の炎症所見を反映したもので細菌性腹膜炎や癌性腹膜炎などとの鑑別は困難である。自験例でもCT検査では腸管の拡張を認めたのみで特徴的な所見はみられなかった。

今回われわれは亜急性に経過した虫垂炎による細菌性腹膜炎が絶食、抗生物質投与により軽快し、虫垂の炎症性癒着から腸閉塞をきたしたものと考え開腹手術を行った。しかし、腸閉塞の原因は索状物であり、慢性炎症の原因が病理検査で結核性腹膜炎と診断された。腸閉塞がなければ手術を行わず結核性腹膜炎の確定診断は困難であったと思われる。また索状物が付着していた腸間膜リンパ節に結核性病変を認めたことから索状物は結核性変化によってできたものと考えられた。自験例のような癌性腹膜播種様の所見を認めた場合は迅速病理検査できない施設では頻度が低いものの結核性腹膜炎も考慮すべきであると思われる。補助診断の1つとして腹水中のadenosine deaminase値が有意に高値を示すとの報告^{5)~7)}があり、分子生物学の進歩により腹水の培養で結核菌は検出されなくてもPCR法で陽性となり確診されたとの報告⁸⁾もある。腹水穿刺のできる症例には術前検査として行うべき項目であると思われる。治療は他の結核症と同様で安静、栄養摂取とともに抗結核剤の投与が有効である。

Fig. 4 Multiple small caseous nodules were disseminated over the parietal and visceral peritoneum. Intestinal rotation around a fibrous band (arrow) between the ileum and mesentery was revealed.

Fig. 5 Caseous necrosis and Langhans giant cell in granuloma (HE stain, ×400).

速病理検査ができないため索状物を切離後、腹水を採取し、索状物が付着した腸間膜リンパ節と小結節を生検し手術を終えた。

病理組織学的所見：腸間膜リンパ節と小結節に類上皮細胞とランゲルハンス型巨細胞を伴った乾酪壊死巣が認められ、結核性腹膜炎と診断された (Fig. 5)。

ただちにstreptomycin, rifampicin, isoniazidの抗結核療法を開始し、術後3週目に軽快退院した。術後に行った喀痰、便、尿培養検査で結核菌は検出されなかった。その後も外来で抗結核剤を投薬したところ発熱、腹痛の症状は消失し、炎症反応も漸次軽快した。

おわりに

腸閉塞の開腹手術後の生検で初めて結核性腹膜炎と診断された症例を経験した。繰り返す腹部の炎症性疾患では結核性腹膜炎の鑑別も考慮すべきであると思われる。

参考文献

- 1) 田中義人：結核性腹膜炎。結核60：96-98, 1985
- 2) 小西稜一，海野雅澄，山本 暁：国立療養所における肺外結核の実態と化学療法。結核61：243-252, 1986
- 3) Marshall JB: Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. Am J Gastroenterology 88:989-999, 1993
- 4) 脇坂昌紀，三宅秀敏，山田康成他：結核性腹膜炎の2例。画像診断12：1361-1365, 1992
- 5) 西川 博，管 守隆，杉本峰晴他：胸膜炎における胸水中Adenosine Deminase活性値の測定の臨床的意義。日胸疾患会誌24：230-235, 1986
- 6) Martines-Vazquez JM, Ocana I, Ribera E, et al: Adenosine deminase activity in the diagnosis of tuberculous peritonitis. Gut 27:1049-1053, 1986
- 7) 山内博正，谷村慶一，森岡 健他：結核性腹膜炎の3例—診断過程と検査成績を中心として。内科72：773-776, 1993
- 8) 宿輪三郎，神谷直昭，千住雅博他：Polymerase chain reaction (PCR) が診断に有用であった結核性腹膜炎の1例。日消病会誌90：2956-2959, 1993