●〈症例〉

臍周囲膿瘍を来した S状結腸憩室炎の1例

草野昌男 土佐正規 島田憲宏 山極哲也
大楽尚弘 小島敏明 織内竜生 池谷伸一
樋渡信夫

いわき市立総合磐城共立病院／消化器科
〔Key Words〕臍周囲膿瘍, S状結腸憩室炎

和文要旨

症例は76歳の男性。平成21年5月中旬より便秘が出現, 6月中旬に排便がなくなり, 下腹部痛, 臍周囲に発赤, 膨隆が出現したため当科を受診し入院。CT検査では, S状結腸の壁肥厚, 膀胱頭側から臍に連続する膿瘍腔を認め, 内視鏡的に粘膜は発赤, 浮腫状で狭窄していた。悪性腫瘍の併存も否定できず, 外科的切除を行ったが, 炎症所見のみで悪性所見はみられなかった。尿管管遺残が臍周囲膿瘍の形成に関与した稀な症例と考えられた。

はじめに

大腸憩室症の合併症には, 憩室炎, 出血, 穿孔, 狭窄などがある。今回我々は, 大腸憩室炎の炎症が尿管管遺残のため臍周囲膿瘍を来した極めて稀な1例を経験したので報告する。

症 例

患者: 76歳, 男性。

主訴: 臍周囲発赤, 膨隆。

既往歴: 61歳時に狭心症。66歳時に高血圧, 心房細動。

現病歴: 平成21年5月中旬から便秘となり, 近医で下剤の処方を受けていた。6月21日から下腹部痛, 22日臍周囲に発赤, 膨隆が出現したため, 当科を紹介され精査加療目的で入院した。

入院時現症: 身長160cm, 体重62kg, 眼瞼結膜に貧血なく, 腹部では臍周囲に発赤, 膨隆, 圧痛を認めた。

入院時検査成績 (Table 1): 血算で白血球 $14,500/\mu\text{l}$, CRP 12.36mg/mlと上昇を認めた。腫瘍マーカーのうちCEA, CA19-9, CA72-4は基準値内であった。

腹部CT検査: S状結腸は著明な壁肥厚を示し (Fig. 1-a), 膀胱頭側の膿瘍腔 (Fig. 1-b) から腹壁直下を上

Table 1 Laboratory data on admission.

<Hematology>			
WBC	14500 / μl	TP	7.5 g/dl
RBC	495 $\times 10^4/\mu\text{l}$	Alb	3.7 g/dl
Hb	14.8 g/dl	BUN	26.0 mg/dl
Plt	34.0 $\times 10^4/\mu\text{l}$	Cr	1.2 mg/dl
<Blood chemistry>			
T-Bil	0.9 mg/dl	TC	149 mg/dl
D-Bil	0.3 mg/dl	TG	85 mg/dl
AST	21 IU/l	CRP	12.36 mg/dl
ALT	14 IU/l	FPG	81 mg/dl
LDH	178 IU/l	<Tumor marker>	
ALP	248 IU/l	CEA	3.2 ng/ml
γ -GTP	36 IU/l	CA19-9	22 U/ml
		CA72-4	3.3 U/ml

行し (Fig. 1-c), 臍直下の腹壁に air density を含む膿瘍 (Fig. 1-d) を形成していた。

腹部MRI検査: 冠状断では, S状結腸の憩室から膀胱頭側の膿瘍腔に連続し (Fig. 2-a), さらに腹壁直下を上行し, 臍周囲に膿瘍形成していることが確認できた (Fig. 2-b)。

下部消化管内視鏡検査 (Color 1): S状結腸の粘膜は発赤, 浮腫状で狭窄しており, scopeの通過は困難であった。

以上の検査の結果, S状結腸憩室炎が尿管管遺残を介して臍周囲膿瘍を来したものと考えられた。尿管管癌の併存を否定できないため外科的切除を行った。

固定標本肉眼所見: 断面では, 憩室の穿孔部 (Fig. 3-a), 膀胱頭側から臍に連続する膿瘍腔を認めた (Fig. 3-b)。

病理組織学的検査: 穿孔部には著明な炎症細胞浸潤を認め, また尿管管の上皮細胞は脱落し, 炎症性肉芽組織であった。悪性所見は認められなかった。

考 察

大腸憩室は腸管内圧の上昇により粘膜と粘膜下層が腸管の脆弱部で, 漿膜側にヘルニア状に突出した仮性憩室である。頻度は年齢とともに上昇し, 40歳以下では10%以下であるが, 50代で30%, 70代で50%, 80歳以上では60%となる¹⁾。大腸憩室症の合併症としては, 憩室炎, 出血, 穿孔, 狭窄などがある。そのなかで最も多いのが大腸憩室炎で数~10%程度と報告されているが, 腹壁膿瘍あるいは臍周囲膿瘍を来した報告は1983~2009年まで医中誌で検索した限り4例しかなく^{2~5)}極めて稀である。

また, 尿管と膀胱頂部をつなぐ尿管管は, 胎生8週以内に閉鎖するが, この閉鎖・退縮が不全である場合に尿管管遺残となる。尿管管遺残は胎児で50%, 成人

Fig. 1 Abdominal CT showing wall thickening of sigmoid colon (a), abscess of suprabladder (b), up to behind rectus abdominis muscle (c), paranasal abscess (d).

で2%に認められる⁶⁾。尿管遺残は通常無症状のことが多いが、感染を伴うと臍より膿の排出や臍部の腫脹、腹痛を認め、膿瘍の穿破による腹膜炎や腸閉塞、さらに腺癌を合併することも多く注意を要する。病理学的には、移行・立方上皮等の粘膜上皮組織、粘膜結合組織、外側の筋膜からなる。しかし切除標本では、炎症により上皮成分が脱落、排泄され、炎症性の肉芽組織となっていることが多い⁶⁾。

本例においてはS状結腸憩室炎が傍結腸膿瘍を膀胱頭側に形成し、偶然遺残していた尿管管から臍部に膿瘍を形成した極めて稀な1例であり、過去に同様の報告はなく非常に貴重な症例と考え報告する。

文 献

- 1) 田村 智：大腸憩室症，大腸憩室炎．消化管症候群(第2版)(下) —その他の消化管疾患を含めて—．別冊日本臨床：414—416，2009.
- 2) 天方朋子，岡田真由美，寺西佳枝，他：妊娠中臍周囲膿瘍にて発症した穿孔性S状結腸憩室炎の1例．日本周産期・新生児医学会雑誌，44：616，2008.
- 3) 金武和人，日野見紹：腹壁膿瘍で発症した盲腸憩室炎腹壁穿通の1例．日臨外，64：638，2003.
- 4) 樋野忠司，亀井秀策，藤崎真人，他：腹壁膿瘍を形成した大腸憩室炎の一例．日臨外，64：637，2003.
- 5) 中村欣正：腹壁膿瘍にて発症した横行結腸憩室炎の1例．埼玉県医学会雑誌，31：1000—1002，1997.
- 6) 小松周平，福島昌信，佐久山陽，他：尿管管遺残症の1例．手術，62：539—541，2008.

〈カラーは7頁に掲載〉

Fig. 2 Abdominal MRI showing fistula from sigmoid colon to suprabladder (a) and from suprabladder to perinasal abscess (b).

Fig. 3 Macroscopic resected specimen showing fistula formation of sigmoid colon (a), and abscess formation from suprabladder to perinasal abscess (b).

A case of perinasal abscess due to diverticulitis of sigmoid colon

Masao Kusano	Masaki Tosa
Norihiro Shimada	Yamagiwa Tetsuya
Naohiro Dairaku	Toshiaki Ojima
Tatsuo Oriuchi	Shinichi Ikeya
Nobuo Hiwatashi	

Department of Gastroenterology, Iwaki Kyoritsu General Hospital.