下部消化管内視鏡を契機に発見された成人特発性腸重積症の一例

須田 悟史¹⁾, 三枝慶一郎¹⁾, 船越 信介²⁾
北 英典³⁾, 遠藤 高志³⁾, 原田 裕久³⁾
廣瀬 茂道⁴⁾, 中澤 敦^{1)*}

¹⁾東京都済生会中央病院 消化器内科, ²⁾東京都済生会中央病院 腫瘍内科, ³⁾東京都済生会中央病院 一般消化器外科, ⁴⁾東京都済生会中央病院 病理診断科

*Corresponding author: 48anakaz@gmail.com

〔Key Words〕特発性腸重積, 成人

I. 症 例

【患者】74歳 男性

【主訴】右下腹部痛

【現病歴】大腸憩室出血, 大腸憩室炎の既往があり当院消化器内科外来に定期通院中であった。X年6月より間欠的な右下腹部痛を自覚し, その後健診で便潜血を指摘されたため同年10月に下部消化管内視鏡施行目的に来院した。

【既往歴】虫垂炎術後(40歳), 盲腸憩室出血(68歳), 上行結腸憩室炎(69歳)

【入院時現症】体温36.9℃, 腹部平坦軟, 右腹部に開腹術痕あり, 腸蠕動音亢進・減弱なし, 右下腹部に圧痛あり, 腹膜刺激徴候なし, 腫瘤触知なし

【下部消化管内視鏡所見】上行結腸に鬱血を伴った隆起性病変を認め, 内視鏡的整復を試みたものの整復は困難であった(Fig. 1)。

内視鏡所見および右下腹部圧痛の訴えと合わせ腸重積症が疑われたため同日緊急入院となった。

【血液検査所見】WBC 14,600/μl, RBC 427×10⁴/μl, Hb 13.0 g/dl, Plt 267×10⁴/μl, CRP 0.43 mg/dl, CK 53 U/l

ほか特記所見なく各種腫瘍マーカーは陰性であった。

【腹部エコー所見】上行結腸肝彎曲部に target sign を認めた(Fig. 2)。

【腹部CT所見】上行結腸重積部に腫瘤性病変を認めた(Fig. 3)。

【腹部MRI所見】同部位にDWIで高信号, ADCで低信号域を認め, 悪性疾患が否定できない所見であった(Fig. 4)。

【注腸造影, 下部消化管内視鏡所見】肛門側から口側への造影剤の流出を認め, 完全閉塞には至っていない

Fig. 1 Lower gastrointestinal endoscopy revealed a swollen lesion with congestion in the ascending colon.

Fig. 2 Abdominal ultrasonography showed target sign in the ascending colon.

Fig. 3 Abdominal CT showed a mass lesion in the intussusception.

と判断したが整復には至らなかった。後日内視鏡的造影を行ったものの整復には至らなかった(Fig. 5)。

【入院後経過】禁食補液管理とし腹部エコーによる経過観察を続けたが自然整復には至らず, 画像所見から悪性腫瘍が否定できなかったことも考慮し第15病日に腹腔鏡補助下結腸右半切除術を施行した。

【手術所見】上行結腸重積部は腫瘤様に腫脹し悪性腫

Fig. 4 Abdominal MRI showed high signal in DWI and low signal in ADC.

Fig. 5 (a) Enema. (b) Endoscopic imaging. Although both were not completely closed, they could not be reduced.

Fig. 6 A mass-like lesion with adhesion to the abdominal wall was identified.

Fig. 7 (a) The lead point of intussusception was ileocecal valve. (b) Pathological diagnosis showed only inflammatory changes and no malignant findings. HE staining, $\times 40$.

瘍が疑われた。腹壁および腸管間の癒着が強く剥離、切除に難渋した (**Fig. 6**)。

【病理所見】約 19 cm 長の検体を摘出し、重積の先進部として回盲弁を認めた。組織学的には炎症性変化を認めたのみであり悪性所見を認めなかったことから特発性腸重積症と診断した (**Fig. 7**)。

【術後経過】術後経過は良好であり退院後は外来でのフォローを行う方針とした。

II. 考 察

虫垂炎、憩室炎、憩室出血を既往に持ち、下部消化管内視鏡を契機に発見された成人発症の特発性腸重積症の一例を経験した。受診数ヶ月前から今回内視鏡検査で認めた重積部位に一致した腹痛症状を自覚しており、以前から間欠的に重積を繰り返していたと考えられた。下部消化管内視鏡検査を受診した際は検査前後で一貫して自発痛の訴えは無く、入院時診察の際に重積部位に一致した右下腹部圧痛を認めたため前処置が重積の誘引となった可能性は否定できなかった。また病理診断により悪性腫瘍は否定されたものの術中所見からは炎症による癒着が重積の一因となった可能性が示唆された。

成人発症の腸重積症は良性・悪性腫瘍などの器質的疾患を原因としたものが過半数を占め、今回のような

特発性の発症は約 30% とされる¹⁾。回盲部型が最多であり器質的疾患が疑われた場合の多くが外科的切除術が選択される²⁾。整復術の利点として重積解除後に詳細な原因検索ができることや切除範囲が縮小できることが挙げられるが、腸管損傷や穿孔、悪性腫瘍播種の危険性もありその適応を見極める必要がある。術前・術中所見から悪性腫瘍が否定できなかった場合や再重積の可能性が高いと判断された場合は整復術により重積解除後にあらためて切除術を施行した症例も見られた。

患者の全身状態や画像所見から緊急性が乏しいと判断された場合は侵襲性の観点からまずは非観血的な整復アプローチを考慮すべきであるが、本症例の場合は非観血的整復術に難渋し重積の原因として画像上悪性腫瘍の否定が困難であったことから治療および原因精査目的に悪性腫瘍に準じた切除術の適応であったと考えた。

結 語

下部消化管内視鏡を契機に発見された成人特発性腸重積症の一例を経験したため報告した。

文 献

- 1) Onkendi E.O., Grotz T.E., Murray J.A., et al : Adult Intussus-

ception in the Last 25 Years of Modern Imaging: Is Surgery still Indicated? J Gastrointest Surg **15** : 1699-1705, 2011

- 2) Honjo H., Mike M., Kusanagi H., et al : Adult intussusception: A Retrospective Review. World J surg **39** : 134-138, 2014

An adult case of idiopathic intussusception detected with lower gastrointestinal endoscopy

Satoshi Suda¹⁾, Keiichiro Saigusa¹⁾
Shinsuke Funakoshi²⁾, Hidenori Kita³⁾
Takashi Endo³⁾, Hirohisa Harada³⁾
Atsushi Nakazawa^{1)*}

The patient was 74 years old man who had intermittent lower right abdominal pain from June 20xx. In October, he received en-

doscopy examination of the lower gastrointestinal tract and an elevated lesion with redness was revealed in the ascending colon, which was suggested intussusception. Lower gastrointestinal endoscopy and enema was fail to reduce intussusception. Surgical resection was performed and pathological diagnosis showed no malignancy and was diagnosed as idiopathic intussusception.

Adult-onset intussusception is considered to be rare, and most of those are reported to be associated with organic lesions. Since this case was considered an extremely rare, we report with some literature consideration.

¹⁾Tokyo Saiseikai Central Hospital Gastroenterology, ²⁾Tokyo Saiseikai Central Hospital Oncology, ³⁾Tokyo Saiseikai Central Hospital General Gastroenterological Surgery

*Corresponding author : 48anakaz@gmail.com