●症例

癌の穿通を疑った 上行結腸憩室炎の1例

井利雅信¹⁾ 藤本 武利 白石史典 平塚 卓
高橋秀理 北村 隆信 酒井篤司 檜山 護
平塚秀雄 長谷川充輝²⁾

¹⁾平塚胃腸病院, ²⁾同新宿センタービルクリニック
〔Key Words〕上行結腸憩室炎, 画像診断

はじめに

最近われわれは、当初癌の穿通を疑ったが、保存的治療を行いつつ精査を進めたところ、上行結腸憩室炎と判明し、内科的治療で軽快治癒した症例を経験したので報告する。

症例：53歳女性、事務職。

主訴：右下腹部痛。

既往歴・家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成5年9月15日右下腹部痛が出現し、新宿センタービルクリニックを受診したが、腹部腫瘍は認めなかった。9月21日より右下腹部痛が頻回となり、28日再度受診、右下腹部に圧痛を伴う腫瘤を触知した。また、白血球数増多と腹部超音波検査(US)で上行結腸の壁肥厚を認め、精査目的で当院へ紹介入院した。

入院時現症：身長150cm、体重40kg、体温37.5℃、血圧110/70mmHg、脈拍76/分。眼瞼結膜に軽度の貧血を認めた。右下腹部に手拳大の腫瘤を触知し、圧痛を認めた。表在リンパ節は触知しなかった。

入院時検査所見：血液生化学所見では白血球数

Fig. 1 On the 2nd hospital day ultrasonography demonstrates thickened wall of the ascending colon, 6cm long, with paracolic lymphadenopathy.

Fig. 2 A postcontrast CT scan on the 3rd hospital day shows thickened bowel wall with diffuse enhancement.

13,600mm³, CRP 12.2mg/dl と上昇、腫瘍マーカーでは CA 125が50U/ml と軽度上昇していた以外、検査所見に異常はなかった。

入院後経過：入院時より抗生剤の投与を3日間行い、第2病日のUSでは、上行結腸相当部に6cm長で腸間膜側を主体とする約半周の限局性壁肥厚を認めた。近くの傍結腸リンパ節が1cm大に腫大していた(Fig. 1)。翌日のCTでは上行結腸に著明な壁肥厚を認め、造影にて壁肥厚部が濃染された(Fig. 2)。US・CTおよび炎症所見から、この時点では上行結腸癌の穿通を疑った。

第5病日の注腸造影で、上行結腸が約6cmにわたって狭窄しており、腸間膜側にアコーディオンサインを認めたが、明らかな潰瘍形成は認めなかった(Fig. 3)。

第8病日の大腸内視鏡検査(CS)では、上行結腸に5cm長で腸間膜側の1/4周を占める隆起性病変を認めた。病変は耳介様にみえて、表面平滑で軟らかく、浮腫状だった。白苔を有するびらんや潰瘍形成は認めなかった。なお送気による伸展性は良好で、スコープ

が容易に病変部を通過した。病変の生検所見は炎症性変化のみだった(Color 1)。

第11病日にUSを再検したところ、上行結腸の壁肥厚は軽快し、リンパ節腫大も不明瞭となっていた。第15病日の2度目のCSでも隆起性病変は縮小し、伸展性がさらに良好となった。浮腫が軽度となり、病変内に明らかな憩室を認めた(Color 2)。翌日の注腸造影でも狭窄が改善し、病変内に憩室を認めた。以上より、上行結腸憩室炎による一連の変化と考えた。その後、経過良好で退院した。

平成6年11月28日に経過観察のため注腸造影を行ったところ、上行結腸は伸展性が良好で、多発憩室の所見のみだった(Fig. 4)。

考 察

大腸憩室症は無症状か過敏性大腸症候群様の症状を呈することが多いが、憩室炎を合併すると発熱・腹痛がみられる。炎症が高度な大腸憩室炎は、大腸壁および周囲脂肪組織への炎症波及のため壁肥厚と脂肪組織を伴ってくるので、腹部腫瘤として触知されるようになる。一方、進行した大腸癌ではその先進部で炎症性変化を伴うことがあり、高度になると周囲組織に穿通し、膿瘍を形成する¹⁾。両者とも炎症を伴う腹部腫瘤として共通するので、時に鑑別上難渋する。しかし、後者が手術適応なのに対して、前者の多くは保存的治療で軽快治癒するので、両者の鑑別診断は重要である。

自験例について当初われわれは、US・CT から総合的に判断して上行結腸の進行癌を疑った。入院時に炎症所見を認めたことより、この癌が穿通し、膿瘍を形成したものと考えた。しかし、抗生剤治療を行い、第8病日のCS施行時には、積極的に悪性を疑う所見を認めなかった。その後US・注腸造影・CSを再検すると、著明に病的所見が改善し、病変内に明らかな憩室を認めたことから、壁肥厚が憩室炎に起因することは明白である。しかし、壁肥厚の主体が憩室炎だとしても、その病変内に癌が潜んでいたとの報告²⁾もあるので、自験例のように炎症が軽快した時点でCSを行い、病変内に不整な潰瘍あるいはびらんがないか、確認しておくことが重要と考えられた。

本症の治療原則は、絶食・補液・抗生剤投与による保存的治療である。右側大腸憩室炎の場合、自験例のように保存的治療で軽快することが多い。手術適応³⁾は、穿孔性腹膜炎例と保存的治療無効例である。

文 献

- 1) 佐藤章仁：大腸憩室炎における超音波検査の有用性と問題点。日超医論文集，59：201～202，1991
- 2) 浜野恭一，池永達雄：大腸憩室症—手術適応と術式の選択（左下腹部痛）。外科，46：994～999，1984
- 3) 池永達雄，樋上 駿，沢田寿仁，他：大腸憩室症の手術適応。胃と腸，15：825～832，1980

Fig. 3 Five days after admission a barium enema reveals narrowing of the ascending colon with "accordion sign".

Fig. 4 One year after admission a barium enema reveals nothing but diverticula of the ascending colon.

A Case of Acute Diverticulitis of the Ascending Colon Mimicking a Penetrating Carcinoma

Masanobu Iri ¹⁾	Taketoshi Fujimoto
Fuminori Shiraishi	Takashi Hiratsuka
Hidemichi Takahashi	Takanobu Kitamura
Atsushi Sakai	Mamoru Hiyama
Hideo Hiratsuka	Mitsuteru Hasegawa

A 53-year-old female was admitted to this hospital because of a painful abdominal mass and leukocytosis. Physical examination on admission revealed a painful mass of the right lower quadrant. Initial laboratory data included a white blood cell count of 13,600/mm³ and a CRP of 12.2mg/dl. She was given intravenous fluids, and placed on antibiotic therapy. As clinical observations and laboratory data pointed to inflammation of the right-sided colon, ultrasonography and CT scanning suggested a penetrating carcinoma of the ascending colon. Barium enema revealed narrowing of the ascending colon with "accordion sign". Colonoscopy disclosed an edematous elevated lesion, 5cm long, without ulceration. The biopsy specimens revealed colitis. On the 9th hospital day there was no palpable abdominal mass and she denied tenderness on physical examination. On the 15th hospital day the elevated lesion decreased in size and obvious diverticula of the ascending colon were noted on colonoscopy. In this case the endoscopic examination was helpful for the definite diagnosis of diverticulitis.

¹⁾Hiratsuka Gastroenterological Hospital, ²⁾Shinjuku Center Building Clinic.

＜カラーは15pに掲載＞