●〈症例〉

経肛門的に切除し得た S 状結腸脂肪腫の 1 例

戸塚 統¹⁾ 棚橋美文 松本広志 竹吉 泉²⁾
大和田進

¹⁾国立浜川病院／外科, ²⁾群馬大学医学部／第2外科
〔Key Words〕S 状結腸脂肪腫, 経肛門的切除

はじめに

今回、腫瘍の肛門脱出を契機に発見された S 状結腸脂肪腫に対し、全身麻酔下で大腸内視鏡を用いて腫瘍を肛門外へ誘導し、開腹せずに直視下に切除し得た症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例：76歳、女性。

主訴：肛門部違和感。

既往歴、家族歴：特記事項なし。

現病歴：平成11年1月、咳をした際に肛門部違和感を覚え、当院救急外来を受診した。診察時、約3cm程の黄色調粘膜の肛門外脱出を認めたが、用手的に容易に還納し得た。同年5月、同様の症状で当院救急外来を受診し、治療のために入院した。

血液生化学検査：異常なし。

注腸造影：肛門より約35cmのS状結腸に表面平滑、境界鮮明な約4cm大の腫瘍影を認めた (Fig. 1)。

大腸内視鏡検査：S状結腸に表面平滑、黄色調、cushion sign 陽性の半周性腫瘍を認めた。腫瘍は大きく、内視鏡で全体像を把握するのは困難であった (Color 1)。

以上より、S状結腸脂肪腫と診断した。全体像が把握できないため、内視鏡的 polypectomy は困難と判断し、手術の方針とした。

手術所見：全身麻酔下で大腸内視鏡で腫瘍を確認した。腫瘍の肛門逸脱の既往より、肛門外への誘導が可能と判断し、V字鑷口鉗子で腫瘍を把持し、丁寧に大腸内視鏡を引き戻し、腫瘍を肛門外に引き出した。腫瘍茎部を血管鉗子で把持し、電気メスで粘膜を切除し、切除断端粘膜をモノフィラメント吸収糸で連続縫合した。粘膜を肛門内に戻し、再び大腸内視鏡を挿入し、腸重積が解除されていることを確認して手術を終了した (Color 2, Fig. 2)。

摘出標本：腫瘍は3.9×2.5×1.9cmで表面平滑で黄色調を呈していた (Color 3)。

Fig. 1 Barium enema films showing a smooth and well defined tumor of 3.2×2.0cm in diameter, in the sigmoid colon 35 cm from the anus.

病理組織学的所見：粘膜筋板直下の粘膜下層に境界明瞭な脂肪細胞の密な増殖を認め、脂肪腫と診断した (Fig. 3)。

術後経過：1病日より経口摂取を開始し、7病日に退院した。合併症はなかった。

考 察

結腸脂肪腫は、結腸の良性腫瘍の一つで、剖検例では欧米で0.035～4.4%、本邦で2.9～3.1%との報告がある。従来は稀な疾患とされてきたが、大腸癌検診の普及、内視鏡を始めとする各種診断技術の向上により無症候性を含む大腸脂肪腫の発見が増加している。直径2cm以上のものや有茎性ものは腸重積や腸閉塞等の合併症を起こすことがあり、切除の対象となる。

切除方法として、小さなものは内視鏡的 polypectomy が施行される。径の大きなものは、ダブルスネアー法¹⁾やあらかじめ茎部にクリッピングを施行してから polypectomy²⁾など、特殊な技術を用いた内視鏡的切除術の報告がある。内視鏡的切除術が困難な症例は外科的切除術が行われるが、近年は腹腔鏡下手術が主流となっている。一方近年、前田らは人為的に腸重積をつくりながら下部大腸腫瘍を引き出し、直視下に摘出する低侵襲経肛門的局所切除術 (minimally invasive transanal surgery: MITAS) を行っており、

Fig. 2 The tumor was eviscerated from the anus, and was resected directly.

肛門から20cm位までの大腸腫瘍はMITASで摘出できると報告している³⁾。自験例は肛門から35cmであったが、腫瘍の肛門逸脱の既往があったため、大腸内視鏡下に把持鉗子を用いて腫瘍の肛門外への誘導が可能であると判断し、施行した。肛門逸脱を起こしたのは、加齢による肛門括約筋の弛緩と直腸支持組織の脆弱化も一因と考えられる。良性腫瘍の肛門逸脱の既往例は肛門から20cm以上離れていても内視鏡を用いて誘導することにより、経肛門的に切除可能と考える。術後に大腸内視鏡を再度挿入し、腸重積の解除を確認することが必要である。患者の希望で、術後7日間入院したが、1病日より経口摂取を開始して問題がなかった。本法は低侵襲で、直視下で切除断端を縫合できるため、症例によっては、ambulatory surgeryも可能と考える。

文 献

- 1) 林 勝吉, 松本恒司, 柏木元実, 他: 術前に内視鏡的クリッピングを用いてポリペクトミーした巨大大腸脂肪腫の1例. *Gastroenterol Endosc*, 36: 1229-1234, 1994.
- 2) 浅木 茂, 西村敏明, 佐藤 彰, 他: Double Snare法ポリペクトミー. *Gastroenterol Endosc*, 23: 665-670, 1981.
- 3) 前田耕太郎, 丸田守人, 内海俊明, 他: 低侵襲経肛門的局所切除術(MITAS)とその成績. *臨床外科*, 54: 759-764, 1999.

Fig. 3 The multiplication of border-clear fat cells were recognized in submucosal layer and we diagnosed it as lipoma.

Successful Transanal Resection of Sigmoid Colon Lipoma: A Case Report

Osamu Totsuka¹⁾ Yoshifumi Tanahashi
Hiroshi Matsumoto Izumi Takeyoshi²⁾
Susumu Ohwada

A 76-year-old woman visited the emergency room complaining of anal discomfort. Yellowish mucosa was prolapsed from the anus, and it was easily reductable with a hand manipulation. She admitted the hospital to do further examination four months later because of repeated. Barium enema roentgenograms revealed a smooth and well defined tumor, about 4cm in size, in the sigmoid colon 35cm from the anus. Colonoscopic examination showed a smooth and yellowish submucosal tumor with a positive cushion sign. These findings were compatible with a lipoma of the sigmoid colon, and endoscopic mucosal resection of the tumor should not be indicated. Under general anesthesia with muscle relaxation, we successfully drew the tumor to the outside the anus by using a colonoscope, and resected directly without laparotomy or laparoscopy. The patient resumed diet from the next day after surgery. This method may be applicable to a benign lower colonic tumor under general anesthesia with muscle relaxation.

¹⁾Department of Surgery, Shibukawa National Hospital, Shibukawa, Japan ²⁾Second Department of Surgery, Gunma University Faculty of Medicine, Maebashi, Japan

〈カラーは7頁に掲載〉