右側大腸憩室炎による腹膜炎の2手術例

八千代病院外科

柳 野 正 人 七 野 滋 彦 佐 藤 太一郎
磯 部 豊 岸 本 秀 雄 秋 田 幸 彦
河 野 弘 加 藤 岳 人

SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PERITONITIS DUE TO DIVERTICULITIS OF THE RIGHT SIDED COLON —TWO CASES AND JAPANESE REFERENCES—

Masato NAGINO, Shigehiko SHICHINO, Taichiro SATO, Yutaka ISOBE,
Hideo KISHIMOTO, Yukihiko AKITA, Hiroshi KOHNO and Taketo KATO

Department of Surgery, Yachiyo Hospital

大腸憩室病で右型は欧米に比べ我が国に多いとされているが、たとえ合併症が起ってもその多くは保存的療法で軽快する。しかし中には手術に至るものもあり、最近われわれは右側憩室炎によると思われる腹膜炎の2症例を経験したので報告する。

症例1. 22歳男。1年前に虫垂切除。回盲部痛で来院。開腹すると Bauhin 弁直上の上行結腸内側縁に鶏卵大弾性硬の膿瘍形成が認められた。まずドレナージを行ない、後日に回盲部切除を行なった。

症例2. 50歳男。発熱、回盲部痛で来院したので限局性腹膜炎として開腹した。まずドレナージをして4週間後に回盲切除を行った。

2例とも回盲部から上行結腸にかけて多数の憩室を認め、そのうちの1個に急性化膿性炎症が起って腹膜炎に至ったもので、病理学的には症例1は真性、症例2は仮性の憩室であった。

大腸憩室病は欧米では左型が多いが、我が国においては右型が多いとされている。右型の大腸憩室はたとえ合併症が起っても、その多くは保存的療法で軽快する。しかし一部では手術を要する症例がある。最近われわれは右型憩室炎から腹膜炎を併発して手術に至った2症例を経験したので報告する。

症例1：22歳、男。

既往歴：昭和45年、カタル性虫垂炎にて虫垂切除術を受けた。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴および経過：昭和46年4月30日、右下腹部痛を訴えて来院。眼球結膜に黄疸、貧血なく一般状態は良好。白血球数は14,000であった。

虫垂切除術創痕を中心に限局性の圧痛があり Blumberg 徴候陽性であった。糞瘻又は腹壁瘻ヘルニアの疑いにて、同日開腹術を施行した。手術所見では、Bauhin 弁直上の上行結腸内側縁に鶏卵大弾性硬の膿瘍形成が認められ、腹水はやや膿様混濁していた。膿瘍の一部を切除し、ドレーンを挿入して閉腹した。

術中盲腸および上行結腸に憩室は認められなかったが、術後の注腸造影（図1）にて、盲腸外側縁に2個、Bauhin 弁直上に1個憩室を認めた。その後ドレナージの部が瘻孔化したので瘻孔造影を施行したところ、前回施行した注腸造影の際のパリウムが憩室に溜まっている所見が認められるとともに、瘻孔は膿瘍形成があった部位からのものと判断し、6月30日開腹した。瘻孔は上行

図1 症例1 注腸造影 矢印は憩室を示す。

図2 症例1 病理組織像(HE 染色, 1.5倍)

結腸腸間膜側へ通じており、又注腸造影で認められたところに憩室を確認し、瘻孔切除術および回盲部切除術を施行した。病理所見(図2)では、憩室壁に炎症性細胞浸潤やリンパ濾胞の過形成があり、また筋層内には膿瘍の形成が認められた。後日、側々吻合部が盲端症候群を来たしたので中山式回腸大腸吻合術を施行したが、その

後は9年間順調に経過している。

症例2: 50歳, 男。

既往歴: 20歳代に肺結核

家族歴: 特記すべき事項なし。

現病歴および経過: 昭和54年8月31日, 他院より急性虫垂炎の疑いにて当院紹介され受診。眼球結膜に黄疸, 貧血なく, 白血球数は13,900, 血圧110~80, 脈拍112であった。腹部はやや膨隆し, 全体に圧痛が認められたが, 特に Mc. Burney 点に強い圧痛とデファンスを認めた。汎発性腹膜炎によるプレシヨック状態と考え, ただちに開腹術を施行した。手術所見では, Bauhin 弁直上の上行結腸内側縁に鶏卵大の膿瘍を認めた。膿瘍は大綱と癒着し, その一部が破れていた。虫垂は軽い炎症性変化を認めるにすぎなかったが, これを切除するとともに3本のドレーンを挿入し, 手術を終了した。術後3週間目に注腸造影(図3)を施行したところ, 盲腸部に多発性の憩室が認められたので, 膿瘍は憩室周囲膿瘍であったと考へ, 9月28日回盲部切除術を施行した。病理所見では憩室の粘膜固有層が浮腫状である以外特に著変は認められなかった。その後約1年間順調に経過している。

図3 症例2 注腸造影(腹臥位)

表 1 大腸憩室の分類

1) 真性, 仮性
2) 単発性, 多発性 (散在性, 群集性)
3) Paulino ¹⁾
① solitary diverticulum
② diffuse diverticulosis
③ diverticular disease of the sigmoid
4) Fleischner ²⁾
① simple massed diverticulosis
② spastic colon diverticulosis
5) Morson ^{3) 4)}
① diverticulosis of the sigmoid colon with muscle abnormality
② diverticulosis of a part or the whole of the colon without muscle abnormality
③ diverticulum of the cecum or ascending colon
④ right sided diverticulosis

考 案

全大腸憩室の頻度については様々の報告があるが、最良の報告¹⁾では注腸造影の4～10%に発見されている。近來より我が国では欧米に比べ右側大腸憩室が多いとされ、全大腸憩室の約60%に相当するといわれている。しかしこれには反論もあり、小林²⁾によるとこれは左側大腸憩室の発生頻度が欧米に比べきわめて少ないため、右側大腸憩室の頻度自体は欧米と大差がなく、右側大腸憩室が特に日本人に多いとは断定できないとしている。

大腸憩室の分類には様々のものがあるが(表1)、我々は最も実際のと思われる Morson^{3) 4)} の分類を採用している。我々が今回報告した2症例はともに盲腸及び上行結腸の多発性憩室であり、Morson 分類の④に相当し、私が述べているごとく筋層の肥厚は認められなかった。真性か仮性かという点でみると症例1は真性憩室であり、症例2は仮性憩室であった。

大腸二重造影法の確立された現在憩室自体の証明は困難ではないが、憩室炎の有無をX線写真から読みとることは少々困難である。臨床的にみられる憩室炎の本態は憩室壁内に限局した炎症ではなく、憩室の小穿孔に

よる憩室周囲の炎症であることはよく知られている。X線写真上この憩室周囲炎の診断基準として、①穿孔によるバリウムの腸管外漏出像、②他臓器との瘻孔形成③炎症性腫瘍による結腸の圧排像、④高度の痙攣性収縮等の所見があげられている。しかし、これらの見は主に左側大腸憩室炎に認められるもので、右側大腸憩室炎にこれらの所見が認められることはほとんどないとされている。これは、右側大腸は内腔が広く糞便が流動性を保っているため炎症がおきても直りやすく、たとえ穿孔がおきても腸間膜や大網によって直ちに被覆されるためと考えられている。したがって Wolf⁶⁾、Shapira⁶⁾らは右側大腸憩室炎のX線学的診断基準として、①憩室炎による限局性陰影欠損、②粘膜皺の乱れや伸展不良等の機能的変化、③侵襲部位の限局性癒着、④憩室及び虫垂の証明等をあげている。われわれの2症例の注腸造影は、炎症がかなり治まってからのものであるため、バリウム漏出像はもちろん、陰影欠損、粘膜皺の乱れ等の所見も認められなかった。ただ Gaulard⁷⁾らによれば、憩室炎のいかなる時期にもバリウムによる注腸透視に禁忌はないとのことであり、われわれの場合も本疾患を疑った時点で積極的に注腸透視を行なっておけば、様々の所見が認められたかも知れない。

右側大腸憩室炎は左側大腸憩室炎に比べてその予後ははるかによく、合併症のない場合は保存的治療のみでよく治まり、再発もほとんどないといわれている。池永⁸⁾は3例(このうち2例は鶏卵大腫瘍を触知)に保存的療法を試み、経過順調に治癒したと報告している。しかし、膿瘍形成、結腸周囲炎等の合併症を伴った憩室炎は多かれ少なかれ腹膜炎の症状を呈するものであり、従ってその治療方針も腹膜炎と同様にすべきであり、全身状態、腹部所見、発熱、白血球数等から手術適応と決定することが大切である。

最も問題となるのは急性虫垂炎との鑑別であるが、諸家によれば右側大腸憩室炎は急性虫垂炎に比べ、①発

表 2 右側大腸憩室炎手術例の術式

	右半結腸切除 回盲部切除	盲腸部分切除	憩室切除	ドレナージ	その他	計
菅原 ¹⁴⁾ (1972年)	4	0	0	0	0	4
松林 ⁹⁾ (1972年)	28	1	14	0	5	48
池永 ⁸⁾ (1972年)	3	0	2	2	0	7
柏川 ¹³⁾ (1973年)	3	0	1	1	0	5
牧野 ¹⁰⁾ (1976年)	9	0	1	10	0	20

症が緩徐で悪心嘔吐を伴うことが少ない, ② 腹膜刺激徴候が軽微, ③ 圧痛点が Mc. Burney 点より上方にある, ④ 移動性良好な腫瘤を触知することが多い等といわれている。しかし事前に大腸憩室が知られていなければ, 実際には両者の鑑別はほとんど不可能であり, 松林らの右側大腸憩室炎手術例の本邦集計でも48例中35例は急性虫垂炎として開腹されている。我が国における右側大腸憩室炎手術例の報告は我々が調べた範囲では表2の通りである。松林⁹⁾らの報告では, 1例に憩室翻転陥没縫合, 14例に憩室切除, 1例に盲腸部分切除, 20例に回盲部切除, 7例に回盲部上行結腸切除がなされている。憩室切除のみを施行した14例のうち12例は単発性憩室であった。また回盲部切除20例のうち10例は単発性憩室であったが, これらは憩室が鶏卵大以上の憩室例であった。池永⁸⁾7例の報告では2例に憩室切除, 3例に回盲部切除, 2例にドレナージのみが施行されている。ドレナージのみの例において憩室を切除しなかった理由は明らかではないが, 2例とも経過順調で再燃は認められていないと述べている。牧野¹⁰⁾は, 膿瘍を形成した上行結腸憩室炎2例と, 症状が慢性反復性の多発性右側大腸憩室6例に対し結腸右半切除を施行している。又12例の単発性盲腸憩室炎については, 憩室切除と回盲部切除を各1例ずつ行なったが, 他の10例については虫垂切除を行なうのみで, 多くはドレーンされ使用せず閉腹, 術後の抗生剤のみで完治しえたと報告している。我々の症例はともに膿瘍を合併した右側大腸の多発性憩室例であり, これを二期的に切除したわけであるが, ドレナージのあとで病変部を二期的に切除するかどうかは未だ結論が得られていない。

われわれは自験例および上記の報告等より右側大腸憩室炎に対し今後のような方針で臨みたい。

1) 虫垂切除術の既往, 以前の注腸造影等から右側大腸憩室炎が強く疑われる場合はまず保存的治療を優先する。

2) 汎発性腹膜炎合併例, 閉塞合併例, 癌との鑑別が困難な例では開腹術を行なう。

3) 症状が反復するものは切除する。

4) 虫垂炎等の診断のもとに開腹した場合は, 虫垂切除を行なうとともに, 膿瘍形成があった場合のみドレーンを挿入する。

以上, 自験例を報告し, 二, 三の文献的考察を加えた。

本論文の要旨は第 193 回東海外科学会 (1980 年 5 月 25 日 豊明市) で発表した。

文 献

- 1) 山形敏一, 渡辺 晃: 消化器 1 病 1 例 (7), 大腸憩室病, 日本臨床, 34: 3282—3293, 1976.
- 2) 小林世美: 日本人の大腸憩室, 胃と腸, 10: 614—615, 1974.
- 3) Morson, B.C.: The muscle abnormality in diverticular disease of the sigmoid colon. Brit. J. Radiol., 36: 385—406, 1963.
- 4) Perry, P.M. and Morson, B.C.: Right sided diverticulosis of the colon. Brit. J. Surg., 58: 902—904, 1971.
- 5) Wolf, B.S.: Roentgen findings in diverticulitis of the right side of the colon. J. Mount Sinai Hosp., 23: 697—710, 1956.
- 6) Schapira, A., Leichtling, J.J., Wolf, B.S., et al.: Diverticulitis of the cecum and right colon, clinical and radiographic features, report of 18 cases. Am. J. Digest. Dis., 3: 351—383, 1958.
- 7) Gaulard, A. and Hampton, A.O.: Correlation of clinical, pathological, and roentgenological findings in diverticulitis. Am. J. Roentgenol. Rad. Therap., 72: 213—221, 1954.
- 8) 池永達雄: 結腸憩室症の検討. 外科, 35: 409—413, 1973.
- 9) 松林富士男, 佐藤薫隆: 盲腸憩室炎について. 臨床外科, 27: 839—845, 1972.
- 10) 牧野永城, 葛西 猛, 佐藤光史ほか: 大腸憩室の特徴とその治療方針. 手術, 15: 1045—1053, 1976.
- 11) Paulino, F., Roselli, A. and Martins, U.: Pathology of the diverticular disease of the colon. Surgery, 69: 63—69, 1971.
- 12) Fleischner, F.G.: Diverticular disease of the colon, new observation and revised concepts. Gastroenterology, 60: 316—324, 1971.
- 13) 粕川剛義: 大腸憩室症および癌併存例の臨床的研究, 日消外会誌. 6: 235—248, 1973.
- 14) 菅原虎彦, 久保田譲: 大腸の憩室, 日本医事新報, 2498: 28—34, 1972.