症 例

二期的手術により救命しえた腸管ペーチェットによる 穿孔性腹膜炎の 1 例

帝京大学医学部第 1 外科（主任：四方淳一教授）

公 平 不二雄 山 川 達 郎

A CASE OF GENERALIZED PERITONITIS DUE TO INTESTINAL BEHCET PERFORMED TWO STAGE OPERATION

Fujio KOHDAIRA and Tatuo YAMAKAWA

The First Department of Surgery, Teikyo University, School of Medicine, Tokyo

(Director: Prof. Junichi Shikata)

腸管ペーチェットによる穿孔性汎発性腹膜炎に対し、腸管の腹腔外肛置術を施行し、2 期的に治癒せしめえた症例を経験し、その経過の概要を報告するとともに、本症の治療に関し、1 考察を加えた。

症例は50歳男性、4年前、腸管ペーチェットに罹患し、多発性小腸潰瘍の診断のもとに結腸右半切除術をうけている。今回は腹痛を主訴として入院し、吻合部に再発した潰瘍の穿孔による汎発性腹膜炎の診断のもとに緊急手術がおこなわれた。多発性潰瘍穿孔部を含めて腸管の腹腔外肛置術を施行し、腹膜炎症状の消滅と腸管ペーチェットの寛解を待って、肛置腸管切除ならびに腸管吻合術を行った。術後、創傷哆開をみたが2期手術後80日目に無事退院した。

はじめに

腸管ペーチェットは、増悪・寛解を反復しつつ、慢性に経過する全身性炎症性疾患の一部であり、潰瘍を主症状とし、難治性であり穿孔をきたしやすく、穿孔は重篤な状態を惹起するものである。さらに潰瘍穿孔時の腸管切除ならびに再建術は、縫合不全の発生率が高く¹⁾、その予後を不良とすることから、その治療法に関しては議論の多いところである。

我々は、ペーチェット病起因の回腸・横行結腸吻合部縫合不全による膿瘍と吻合部十二指腸瘻をもつ症例が多発性回腸穿孔により汎発性腹膜炎をきたしたので、緊急手術により穿孔部を含めた腸管の腹腔外肛置術を施行し、二期的に肛置腸管を含めて回腸ならびに結腸の部分切除を施行して治癒せしめた経験を報告する。

症 例

患者：50歳、男性。

家族歴ならびに既応歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和51年2月頃より、口腔内アフタ、外陰部潰瘍、皮疹、回盲部痛が周期的に出現するようになった。昭和51年5月、症状が次第に増悪する傾向があるため、某大学病院で精査を受け、回腸・上行結腸に多発性潰瘍が発生していることが判明し、腸管ペーチェットの診断のもとに結腸右半切除術が施行された。その後の経過は良好であったが、再び昭和55年1月頃より回盲部痛が出現し、次第に増悪傾向を示したため、昭和55年3月、当院第2内科を受診、腸管ペーチェットの診断を受けた。注腸造影で、回腸・横行結腸吻合部に潰瘍が認められ、また、これと十二指腸との間に瘻孔がみられた。その後、内科的治療を続けたが、昭和55年8月6日、上腹部痛、悪化、嘔吐が出現して第2内科再入院し、9月6日外科転科となった。

転科時所見：体格中等度。栄養良好。体温40℃。脈拍100/分整。緊張良好。眼瞼結膜貧血様。体表リンパ節は特に触知せず。口腔内にアフタを認めるも、皮疹や外部

陰潰瘍は認められなかった。

腹部所見：腹部軽度膨隆。腹部全体に圧痛，抵抗ならびに筋性防御を認む。直腸指診にてもダグラス窩全体に軽い圧痛を認めた。

検査所見：赤血球数 417×10^4 ，白血球数12,400，血色素量13.8g/dl，ヘマトクリット値40%，血小板数 19.2×10^4 ，総蛋白量4.3g/dl，尿素窒素21，総ビリルビン値1.7，GOT 34，GPT 39，LDH 244，AL-P 6.8， γ -GTP 44，Ch-E 0.15，総コレステロール値55，プロトロンビン時間14.2秒，部分トロンボプラスチン時間62%，フィブリノーゲン530，FDP 10，CRP 6+，血沈値60分87mm 120分138mm，ワッセルマン反応（-），TPHA（-）。

腹部単純X線所見：背臥位正面像では，気腹像と思われるガス像が認められ，腰筋線陰影は両側とも消失していた。

昭和55年8月11日に，内科で行った注腸造影所見（写真1）では，回腸・横行結腸吻合部に一致する深い潰瘍性病変を認めた。また，この写真には撮っていないが，ここと十二指腸下行脚との間に瘻孔の形成がみられた。

以上の所見より，潰瘍性病変の穿孔による汎発性腹膜炎との術前診断のもとに9月6日開腹手術を行った。

写真1 注腸造影画像（矢印は，回腸・横行結腸吻合部の潰瘍を示す。）

初回手術所見（図1）：前回手術による腹壁癒着部と小腸とが密に癒着し，さらに十二指腸下行脚から右肝下部にかけて約100mlの黄白色の膿汁が認められ，吻合部縫合不全による腹腔内膿瘍と考えられた。また，トライツ靱帯より50—70cm 肛門側の空腸には2個の，そして回腸末端部には多数のそれぞれ潰瘍によると思われる腸管壁の菲薄化がみられた。さらにトライツ靱帯より100cm 肛門側に1個の，そして回腸末端部20cm 以内に2個の穿孔が認められた。腸壁の炎症性変化による発赤は特に下部回腸に強かったが，これらの潰瘍が周囲臓器に被覆されていることはなかった。吻合部は，十二指腸と強固に癒着していた。術中，吻合部が開いたため，ここより吻合部と十二指腸との間に瘻孔，すなわち回腸・横行結腸・十二指腸瘻があることが認められた。

図1 初回手術所見

初回手術々式：トライツ靱帯より100cmの穿孔部は楔状に切除し縫合・閉鎖するのにとどめ，十二指腸の下行脚ならびに水平脚を十分に授動し，これと吻合部および炎症所見の強い吻合部より口側の回腸80cmとを穿孔部を含めて一塊として腹腔外に臍置した。

各穿孔部より小腸内に，ならびに吻合部の開いた瘻孔より十二指腸内にフォリーカテーテルを挿入して腸液を体外に誘導し，消化液による皮膚の炎症を予防した（写真2）。

術後経過：術後は，禁食とし中心静脈栄養により栄養状態を管理した。また，次の手術時期を決定するため，腹膜炎症状の消滅，さらにペーチェット病の主症状であ

写真 2 初回手術直後の腹部所見

る口腔内アフタ，外陰部潰瘍，皮疹を観察しながら，CRP，血沈値などの検査所見を一定間隔でチェックした。

発赤が著明であった噴置腸管は，急性期を脱するとともに正常化したので（写真 3），昭和 56 年 2 月 9 日，二期手術を行った。

写真 3 2 期手術前の腹部所見

二期手術前検査所見：赤血球数 319×10^4 ，白血球数 5,100，血色素量 11.7g/dl，ヘマトクリット値 32%，血小板数 15.6×10^4 ，総蛋白量 7.0g/dl，尿素窒素 15，総ビリルビン値 1.5，GOT 14，GPT 28，CRP ±，血沈値 60 分 20mm，120 分 65mm。

2 期手術所見ならびに術式：腹腔内膿瘍は認められず，前回手術時にみられた小腸の炎症所見や潰瘍によると思われる腸管壁の菲薄化は見られなかったし，小腸同志の癒着はきわめてわずかであった。腹壁と小腸ならびに小腸間膜との癒着を剝離したのち，図 2 のごとく，吻

図 2 2 期手術所見

写真 4 退院前の腹部所見

合部を含めて回腸・結腸を 80cm にわたって切除した。十二指腸瘻孔部は，楔状に切除して縫合・閉鎖した。腹壁閉鎖に当っては腸管疝置のために腹壁欠損をきたしていたので，減張切開を加えてようやく閉腹しえた。

術後経過：術後は，腹壁の緊張が強く，創哆開をきたしたが，肉芽を形成して治癒し，術後 80 日目に無事軽快退院した（写真 4）。

考 察

本邦において報告された腸管バーチケットは，バーチ

ェット病全体からすると 1% 弱であるが、何らかの形で消化器症状をもった患者は、40% 近くに認められると報告されている²⁾。

腸管ペーチェットにおける潰瘍の特長は、本例の X 線所見で認められた如く、円形潰瘍で下堀れがあり、また、小さい割に深く、また、潰瘍底は、膠原線維の反応が弱く穿孔をおこしやすいとされている³⁾。組織学的には、腸管ペーチェットに特有の、固有筋層が完全に断裂した深い潰瘍が認められ、裂孔が高頻度に認められることも穿孔をおこしやすい一因とされている⁴⁾。

腸管に潰瘍をみつけたら常に手術の対象とすべきであるとする中野の意見⁵⁾に対して、保存的療法でもかなりの治癒が認められるため積極的に手術を行う根拠はないのではないかという意見もあるが⁶⁾、馬場らの全国集計における緊急手術例は 53.8% あり⁷⁾、そのうち、50% は穿孔性腹膜炎併発例であった事実を考えあわせても、やはり、腸管ペーチェットの特長をもった潰瘍に対しては、積極的に手術を行う必要があるものと思われる。しかしながら、増悪期における手術成績がよくないことを考え⁸⁾、さらに主症状の消腿および血沈値、CRP などをこまかくチェックし、本症特有の増悪・寛解の周期を知り、寛解期に手術を行うことも手術を成功させるためには重要なことと考えられる。

さらに児玉らは、本邦で報告された待期手術を含めた手術例 54 例の集計を行った。そのうち 10 例 (約 23%) が再手術例であり⁹⁾、高率に再発をおこすことが本症の特長としている。その再発は、極めて早期に起こる可能性もあり、その原因は、縫合系の刺激が潰瘍の再発に関与する¹⁰⁾という報告もあるが、手術時期が、ペーチェット病の増悪期に行なわれることが多いために再発するのではないかと考えられる。また一般に、腸管吻合を腹膜炎による炎症存在時に行うと縫合不全を併発する危険が高くなるため段階的手術を考慮すべきであるとする意見もある¹¹⁾。

前谷らも、腹壁開放および罹患腸管の外瘻化すなわち腸管空置および肛置術を施行することにより、より良い結果を得たと報告している¹²⁾。また、やはり同様に腹壁を開放すると、腹腔内が好氣的になることが良い結果をもたらすとしている¹³⁾。

本症例は、腸管ペーチェットにより広範囲の腸管がおかされていたこと、穿孔性汎発性腹膜炎により炎症性変化が強かったこと、さらに空腸・横行結腸・十二指腸な

らびにその附近の腹腔内膿瘍があったことなどから、穿孔部を含めて罹患腸管を腹腔外に肛置し、腹膜炎症状の消腿をまち、ペーチェット病の増悪期を乗り切って寛解期に 2 期的手術を行い、重篤な合併症もなく治癒したものである。よって本症例のごとく、広範囲に腸管が昌され炎症々状の強い時は、姑息的な外瘻化手術を行い、腹腔内および腸管の安静をはかり、炎症々状の消腿をまち再手術したことが救命しえた大きな因子であると思われる。

結 語

腸管ペーチェットが一般に手術成績が不良であるということは、潰瘍の悪化するペーチェット病の増悪期に手術が行なわれることが一因をなしていると考えられるので、段階的手術として穿孔存在時の手術法としては腹腔外腸管肛置術をも考慮すべきであると考えられる。

稿を終るにあたり、ご指導とご校閲を賜った四方淳一教授に深く深謝いたします。なお、御教示いただいた、本学第 2 内科の各先生に深謝いたします。

(本論文の要旨は第 701 回外科集談会で口演した。)

文 献

- 1) 山川達郎、四方淳一：下部結腸吻合部縫合不全—臨床および実験的研究，日消外誌，7：46—51，1974。
- 2) 中野新一：腸管ペーチェットの外科的意義，福島医学誌，27：87—117，1977。
- 3) 高田好彦：Intestinal Beh et の臨床的および病理組織学的研究—7 症例の分析：特に潰瘍の発生機序に関する考察—，北里医学，8：363—379，1978。
- 4) 渡辺 勇，桑原紀之，福田芳郎：腸管型 Behçet 病の病理組織学的研究，胃と腸，14：903—913，1979。
- 5) 馬場正三：腸型 Beh et 病の臨床，胃と腸，14：885—891，1979。
- 6) 児玉 宏，大垣和久，稲本 俊他：術後吻合部に再発を繰返した Intestinal Behçet，最新医学，33：1411—1419，1978。
- 7) 前谷俊三：消化管，特に小腸の縫合不全の病態と対策，消化器外科，3：289—298，1980。
- 8) Steinberg, D.: On leaving the peritoneal cavity open in acute generalized suppurative peritonitis, Am. J. Surg., 137: 216—220, 1979。