症 例

Ogilvie's syndrome (acute colonic pseudo-obstruction) の 1 例

国立東静岡病院外科

加 納 宣 康 酒 井 聡 池 田 正 見
原 俊 介 雑 賀 俊 夫 松 原 長 樹

同 内科

小 川 賢 治

A CASE OF OGILVIE'S SYNDROME (ACUTE COLONIC PSEUDO-OBSTRUCTION)

Nobuyasu KANO, Satoshi SAKAI, Masami IKEDA,
Shunsuke HARA, Toshio SAIGA
and Nagaki MATSUBARA

Department of Surgery, National Tosei Hospital

Kenji OGAWA

Department of Internal Medicine, National Tosei Hospital

最近われわれは Ogilvie's syndrome の 1 例を経験したので報告し若干の文献的考察を加えた。

患者は75歳、女性。主訴は腹痛と嘔吐。現病歴：1983年11月23日より腹痛および腹部膨満出現したため某院受診し、イレウスとして保存的療法を受けるも軽快しないため当院へ転院した。入院時、腹部膨満強くとくに中腹部に横走する著明に拡張した腸管を認めた。腹部単純X線写真では、全体に拡張した腸管を認め、とくに中腹部に横走する腸管は拡張著しく直径11cmである。全身状態不良なため、同11月29日局所麻酔下に結腸瘻造設術を施行した。術後経過良好で全身状態改善したため、12月8日注腸造影施行するに、結腸瘻造設部より肛門側に器質的閉塞を認めず、また結腸瘻造設部を越えて下行結腸もよく造影された。以上の所見から pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) と診断した。

本症は欧米では1948年の Ogilvie の報告以来、現在までに351例の報告をみるが、本邦では現在まで詳細な報告例はない。

本症の特徴は、臨床的およびX線の所見が機械的大腸閉塞に酷似しているにもかかわらず器質的閉塞を証明できないことである。

本症の原因は不明であるが、腸管外病変を合併することが多い。

本症の腹部単純X線写真の特徴は、① 著明な腸管ガス像を認めるが液体の貯留は少なく、機械的イレウスでみられる鏡面像を呈することは少ない、② 拡張腸管の肛門側に cutoff point を認める、③ 通常直腸内にガス像を認める、などである。

治療はまず保存的になされるべきであるが、結腸の拡張が9～12cmに達する例や保存的療法に抵抗する例は手術療法の適応となる。

予後は合併症としての腸管穿孔の有無により大きく異なる。

索引用語：Ogilvie's syndrome, pseudo-obstruction of the colon

はじめに

最近われわれは、機械的イレウスと診断し全身状態不良のため局所麻酔下に結腸瘻を造設し、術後の精査にて器質的閉塞を認めなかったため Ogilvie's syndrome と診断した 1 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

患者：75歳，女性

主訴：腹痛，嘔吐

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：35歳時，虫垂炎にて虫垂切除術を，40歳時，胃潰瘍のため胃切除術を受けている。

現病歴：1983年10月末より便秘傾向であったが，同11月23日より腹痛および腹部膨満出現したため某院受診しイレウスとして保存的療法を受けるも軽快しないため，同11月29日国立東静病院へ転院した。

現症：体格中等なるも栄養不良，皮膚は乾燥し眼瞼結膜は貧血様。血圧70/30で呼吸は促迫している。胸部に特記すべき所見なし。腹部は全体に膨満しとくに中腹部に横走する拡張した腸管を認める。上腹部正中および右下腹部に手術瘢痕を認める。腸雑音は亢進している。直腸指診にて少量の軟便を認めるも糞塊は触れない。

腹部単純X線写真所見：腹部全体に拡張した腸管を認めるがとくに中腹部に横走する直径11cmの拡張腸管を認める。しかし，その肛門側には腫瘤影および糞石影を認めない。直腸内には少量の糞便を認める。右側腹部近くで拡張した腸管壁の間に三角形の腹腔内遊離ガス像を認める (Triangle's sign) (図1)。

上記所見より機械的イレウスと診断し，全身状態不良のため11月29日局所麻酔下に人工肛門造設術を施行した。

手術所見：中腹部正中よりやや右方に5cmの皮膚切開をくわえ腹腔内に達す。腹腔内には少量の腹水を認めるが混濁はない。横走するもっとも拡張著明な腸管には結腸紐を認める。同部を腹膜および筋膜に縫着したうえで腸管を切開し，大量のガスと液状便700mlを吸引した。切開した腸管壁全層を皮膚に縫着し結腸瘻とした。結腸瘻より拡張腸管の肛門側端を指診するに，腫瘤および糞塊を認めなかった。

術後経過：良好で，ガスおよび液状便の排泄により全身状態の改善した同12月8日注腸造影を施行した。

注腸造影所見：結腸瘻はS状結腸に造設されている。肛門から結腸瘻造設部まで狭窄および閉塞を認め

図1 腹部単純X線写真所見：腹部全体に拡張した腸管を認めとくに中腹部には直径11cmの腸管が横走している。直腸内には糞便の貯留を認める。

図2 注腸造影所見：肛門から結腸瘻造設部まで狭窄および閉塞を認めず，結腸瘻造設部を越えて下行結腸もよく造影されている。

図3 胃十二指腸および小腸透視所見：通過良好で狭窄および閉塞を認めない。

ず糞塊も証明しない。結腸瘻造設部を越えて下行結腸もよく造影されている(図2)。

胃十二指腸および小腸透視にても狭窄および閉塞部位を認めない(図3)。

以上の所見から pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) と診断した。

考 案

Ogilvie¹⁾が1948年、下部大腸に機械的閉塞を伴わない急性結腸拡張症の2例を報告して以来、同様の症例の報告がなされ false colonic obstruction²⁾, intestinal pseudo-obstruction³⁾, idiopathic large-bowel obstruction⁴⁾, pseudo-obstruction of the colon⁵⁾, colonic ileus⁶⁾などと呼ばれたが現在では一般に Ogilvie's syndrome と呼ばれている。

Nanni⁷⁾によれば欧米での現在までの報告例は351例であるが、本邦では十二指腸および小腸についての同様の報告^{8)~12)}はあるが大腸についての報告はない。

本症は臨床的およびX線所見が機械的大腸閉塞に酷似した著明な結腸拡張を示すにもかかわらず器質的閉塞を証明できないことを特徴とする。

本症の原因についてはOgilvie¹⁾と同様に大腸の交感神経および副交感神経支配の不均衡によるとする報

告が多い¹³⁾¹⁴⁾。

本症には腸管外の疾患が合併することが多く、Nanni⁷⁾は351例中309例88%になんらかの腸管外病変が合併したと報告している。しかし、これらの合併疾患と本症発生についての因果関係は明らかでない(表1)。

本症の症状は機械的大腸閉塞によるイレウスと同様であり、中等度の腹痛を伴う進行性の腹部膨満を主徴する。腸蠕動は亢進する例と低下する例とが報告されている。嘔吐を伴うことは少ない。拡張した結腸が穿孔または破裂すれば圧痛や筋性防禦が出現する。

腹部単純X線写真の特徴として Melzig¹⁵⁾は次の点を挙げている。著明な腸管内ガス像を認めるが液体の貯留は少なく、機械的イレウスで見られる鏡面像を呈することは少ない。拡張腸管の肛門側に cutoff point を認める。通常直腸内にガス像を認める。

結腸の拡張が進行するとともに破裂の可能性が大となり、Laplace's law により盲腸にもっとも拡張が著明となり¹⁶⁾、盲腸の直径が Lowman¹⁷⁾は9cm, Adams¹⁴⁾は12cm を越えると破裂の危険性が高くなると述べている。

自験例では腸管拡張はS状結腸でもっとも著明で直径11cmであった。その肛門側には、腫瘤および糞塊を

表1 351 Reported Cases of Ogilvie's Syndrome and Associated Disorders

associated disorders	Number	Percent
Intra-abdominal inflammation	25	7.1
Retroperitoneal disease	26	7.4
Cardiac failure	22	6.3
Myocardial infarction	11	3.1
Sepsis	27	7.7
Normal pregnancy or delivery	7	2.0
Cesarean section	27	7.7
Abdominal and pelvic surgery	43	12.2
Thoracic and cardiovascular surgery	9	2.9
Orthopedic and spinal surgery	19	5.4
Post-traumatic syndromes	34	9.7
Neurologic disease and treatment	23	6.5
Alcoholism	16	4.6
Burns	8	2.3
Uremia	5	1.4
Malignant disorders(generalized)	7	2.0
Idiopathic(unknown)	42	12.0
Total	351	100

Nanni 論文より一部転載

認めず糞便性イレウスとは異なる所見であった。拡張腸管の肛門側の cutoff point はやや不明瞭であった。

本症は注腸造影または大腸内視鏡検査により器質的閉塞を否定することにより確認されるが、腸管拡張の著明な例では腸管破裂を誘発する可能性もあり慎重を要する。

治療はまず保存的になされるべきであるが、結腸の拡張が直径9~12cmに達する例や保存的療法に抵抗する例は手術療法の適応となる。腸管壊死のない例では結腸瘻または盲腸瘻の造設が有効で、全身状態不良な例では局所麻酔下に施行するのが良い。腸管壊死例でも単発性のものは同部に結腸瘻あるいは盲腸瘻を造設すべきで、腸切除は壊死部が大きいが多発性の例のみに施行されるべきである。

本症の予後は合併症としての腸管穿孔の有無により大きく異なり、Nanniら⁷⁾は本症全体の死亡率は25~31%であるのに対して盲腸穿孔合併例のそれは43~46%と報告している。

ま と め

75歳女性で機械的イレウスの術前診断のもとに結腸瘻造設し、術後の精査にて器質的閉塞を認めずOgilvie's syndrome と診断した1例を報告し、本症につき文献的考察を行った。

文 献

- 1) Ogilvie, H.: Large-intestine colic due to sympathetic deprivation: A new clinical syndrome. *Br. Med. J.*, 2: 671-3, 1948.
- 2) Dunlop, J.A.: Ogilvie's syndrome of false colonic obstruction: A case with post-mortem findings. *Br. Med. J.*, 1: 890-1, 1949.
- 3) Editorial: Intestinal pseudo-obstruction. *Lancet*, 1: 535-6, 1979.
- 4) Rothwell-Jackson, R.L.: Idiopathic large-bowel obstruction. *Br. J. Surg.*, 50: 797-800, 1963.
- 5) Wanebo, H., Mathewson, C. and Conolly, B.: Pseudo-obstruction of the colon. *Surg. Gynecol.*

Obstet., 133: 44-8, 1971.

- 6) Morton, J.H., Schwartz, S.I. and Gramiak, R.: Ileus of the colon. *Arch. Surg.*, 81: 425-34, 1960.
- 7) Nanni, G., Galbini, A., Luchetti, P., et al.: Ogilvie's syndrome (acute colonic pseudo-obstruction). *Dis. Col. & Rect.*, 25: 157-66, 1982.
- 8) 小沢篤寛, 米田恭二: 先天性十二指腸拡張に更に2次的拡張を伴える胎生期腸管發育異常の1例—特発性十二指腸拡張症の原因に関する知見補—, *臨床放射線*, 2: 175-81, 1957.
- 9) 斉藤政見, 坂本哲夫, 田中丈二他: 巨大十二指腸症の1例, *三重医学*, 8: 393-95, 1965.
- 10) 森 常明, 渡辺武夫, 佐藤富士夫: 巨大十二指腸症の1例, *北動医誌*, 2: 142-45, 1975.
- 11) 沢田蘇広三, 泉 外美: 巨大廻腸の一治験例, *日本外科宝函*, 31: 792-95, 1962.
- 12) 佐藤 卓, 田中淳一, 浅井隆志他: 腸閉塞をきたす原因不明の慢性小腸拡張症の1例, *臨外*, 37: 433-37, 1982.
- 13) Melamed, M. and Kubian, E.: Relationship of the autonomic nervous system to "functional" obstruction of the intestinal tract: Report of four cases, one with perforation. *Radiology*, 80: 22-9, 1963.
- 14) Adams, J.T.: Adynamic ileos of the colon: An indication for cecostomy. *Arch. Surg.*, 109: 503-7, 1974.
- 15) Melzig, E.P. and Terz, J.J.: Pseudo-obstruction of the colon. *Arch. Surg.*, 113: 1186-90, 1978.
- 16) Stillwell, G.K.: The law of Laplace: Some clinical applications. *Mayo Clin. Proc.*, 48: 863-9, 1973.
- 17) Lowman, R.M. and Davis, L.: An evaluation of cecal size in impending perforation of the cecum. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 103: 711-8, 1956.