症 例

直腸子宮内膜症の1例

仙台赤十字病院外科

中 川 国 利 桃 野 哲

ダグラス窩よりポリープ状に発育した子宮内膜組織が直腸壁を貫通した腸管子宮内膜症の1切除例を経験したので報告する。

症例は35歳の未婚女性で、月経期の下腹部痛、血便を主訴として来院した。注腸造影にて直腸にクルミ大で表面凹凸な陰影欠損像を認めた。内視鏡検査でも直腸前壁に、カリフラワー状に分葉し、易出血性の腫瘍を認めた。生検にて子宮内膜組織が確認された。ホルモン療法を5カ月間施行したが、症状が改善しないため、直腸前方切除を行った。手術所見では、子宮と直腸は強固に癒着し、右卵巣にチョコレート嚢胞を認めた。病理学的には、ダグラス窩より発育した子宮内膜組織が直腸壁を貫通し、腸管内に突出していた。また右卵巣にも子宮内膜組織を認めた。

腸管子宮内膜症の多くは、腸管壁内に発育する。本例の如くダグラス窩よりポリープ状に発育し、腸管壁を貫通した例は非常に稀で、本邦では未だ2例しか報告されていない。

索引用語：腸管子宮内膜症、直腸

はじめに

腸管子宮内膜症は、子宮内膜組織が腸管に異所性に発現した病態であり、欧米と比べ本邦では未だ稀な疾患である¹⁾。今回われわれは、ダグラス窩よりポリープ状に発育した子宮内膜組織が、直腸壁を貫通して腹腔に突出した。きわめて稀な腸管子宮内膜症の1切除例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：35歳、女性、未婚。

主訴：血便、下腹部痛。

家族歴：特記すべき事なし。

既往歴：特記すべき事なし。

現病歴：1989年春頃より月経期に下腹部痛が生じ、次第に増悪するため、1990年7月19日当院婦人科を受診した。子宮内膜症と診断され、ホルモン療法（danazol 400mg/day）を受けた。しかし、11月初旬より血便や下痢も生じたため、12月11日婦人科へ入院した。

入院時現症：身長149cm、体重43kg。眼瞼結膜に貧血を認めた。下腹部に疼痛あるも、腫瘍は触知しなかった。また直腸指診では、肛門輪より7cm口側の直腸前壁に、表面凹凸で柔らかいクルミ大の腫瘍を触知し、

指に血液の付着を認めた。

入院時検査所見：赤血球数399万/mm³、血中ヘモグロビン値9.8g/dl、血清鉄16μg/dlと鉄欠乏性貧血を認め、便潜血反応は陽性であった（表1）。またCA125 73U/mlも高値であったが、肝機能や腎機能は正常値であった。

注腸造影所見：直腸膨大部に直径5.5cmの陰影欠損像を認め、表面は凹凸不整であった（図1）。

大腸内視鏡所見：肛門輪より7～13cm口側の直腸前壁に、カリフラワー状に分葉し、表面凹凸で、易出血性の腫瘍が存在した（図2）。生検にて、子宮内膜組織が確認された。

表1 入院時検査成績

血液一般		血液生化学	
RBC	399×10 ⁴ /mm ³	T. Bil	0.4 mg/dℓ
WBC	7,600 /mm ³	GOT	18 IU/ℓ
Ht	30.8 %	GPT	16 IU/ℓ
Hb	9.8 g/dℓ	LDH	376 IU/ℓ
Plat	85.9×10 ⁴ /mm ³	ALP	6.1 IU/ℓ
腫瘍マーカー		T. P	6.3 g/dℓ
CA125	73 U/ml	A/G	1.16
便潜血反応		FBS	102 mg/dℓ
免疫学的法	陽 性	BUN	8.9 mg/dℓ
ベンチジン法	陽 性	Cre	0.7 mg/dℓ
CRP	1.6 mg/dℓ	Fe	16 μg/dℓ

1991年2月8日受付 1991年8月7日採用

図1：注腸造影所見：直腸膨大部に、表面凹凸不整な陰影欠損像を認める。

図2 大腸内視鏡所見：直腸前壁に、カリフラワー状に分葉し、易出血性の腫瘍を認める。

骨盤 CT 所見：直腸と子宮は一塊となり、その間に存在する low density な腫瘍は、前方より直腸内腔に突出していた(図3)。また右卵巣は腫大し、内腔は low density であった。

腹部超音波所見：子宮後方に low echoic な腫瘍を

図3 骨盤 CT 所見：直腸と子宮は一塊となり、ダグラス窩より直腸内腔に突出した腫瘍を認める。また右卵巣も腫大している。

図4 切除標本所見：直腸前壁に、カリフラワー状に分葉した腫瘍を認める。

認め、また右卵巣が鶏卵大に腫大していた。

以上より、直腸子宮内膜症と診断した。ホルモン療法を5カ月間施行したが、血便や下腹部痛が軽減しないため、12月25日外科にて直腸前方切除術を行うことにした。

手術所見：直腸と子宮との間に腫瘍を認め、周囲との癒着は高度であった。そこで直腸を子宮より腫瘍を含めて剝離し、直腸前方切除を行った。また右卵巣は腫大し、チョコレート嚢胞を呈していたため、右卵巣摘出も行った。

切除標本所見：直腸前壁粘膜側に基部が 2.5×2.5 cmで、カリフラワー状に分葉し、表面凹凸で柔らかい $5.5 \times 5.5 \times 3.0$ cmの腫瘍が存在した(図4)。腫瘍は直腸壁を貫き、ダグラス窩の腫瘍に連続していた。また右卵巣は $6.0 \times 4.2 \times 4.0$ cmと腫大し、褐色な液を貯留

図5 組織学的所見：腫瘍は間質を伴った子宮内膜組織からなっている（HE染色，×100）。

図6 組織学的所見：ダグラス窩より発育し、直腸壁を貫通して内腔にポリプ状に生育している（EM染色）。

していた。

病理組織所見：腫瘍は間質を伴った子宮内膜組織からなり（図5）。ダグラス窩より発育し、直腸壁を貫通して腸管内腔にポリプ状に突出していた（図6）。また右卵巢にも子宮内膜組織を認めた。

術後経過：経過は良好で、1991年1月23日退院し、以後外来にて経過観察中である。

考 察

腸管子宮内膜症の発生頻度は欧米では比較的高く、全子宮内膜症の12%²⁾～18.5%³⁾程度とされている。一方、本邦での報告例は少なく、未だ60数例が報告されているに過ぎない。発生部位は直腸が6割を占め、次いでS状結腸が3割強と多く、他の部位は非常に稀である。臨床症状としては、下腹部痛、血便、便秘、下痢などの頻度が高く、月経期に一致して症状が増悪する特徴がある。また好発年齢は、25～45歳とされている。

診断は問診が非常に大切で、月経期に一致して増悪

する血便や便秘があれば、腸管子宮内膜症を疑う必要がある。また注腸造影検査や大腸内視鏡検査は診断上大変有用ではあるが、子宮内膜組織の腸管壁浸潤程度によりその所見に差がある。すなわち子宮内膜組織が腸管壁内に留まる例では、単に直腸前方からの片側性狭窄として注腸造影では描出される。また内視鏡検査でも粘膜下腫瘍を疑わせる隆起性病変としか捕えられず、通常の生検法では組織診断は不可能である。一方、本例の如く子宮内膜組織が粘膜を破り腸管内に発育した例では、注腸造影にて陰影欠損像として描出される。また内視鏡検査でも腫瘤として観察され、生検による確定診断も可能である⁴⁾。しかし、子宮内膜症は炎症反応や線維化による間質増生が主なため、生検にて肉芽組織のみが採取されることが多く、組織診断ができない例も散見される⁵⁾。したがって生検する際には、時期（月経期）や部位（壊死部）を考慮し、頻回に施行する必要がある。

子宮内膜組織の発育形式は、ほとんどの例が腸管壁内に留まり、粘膜を破って腸管内腔に突出する例は少ない。また本例の如く、ダグラス窩より発育した子宮内膜組織がポリプ状に生育し、腸管壁を貫通して内腔に達した例は、本邦では未だ2例⁵⁾⁶⁾しか報告されていない。腸管壁を貫通した理由としては、腫瘍による腸管の圧迫壊死が推察され、腸管子宮内膜症の発育形式を考える上で非常に示唆に富む症例であった。

CT検査や超音波検査も子宮内膜症の診断に有効で、ダグラス窩にmixed cystic and solid appearance⁷⁾を認めれば、子宮内膜症の診断は可能である。とくに本例の如く、ダグラス窩に存在する腫瘍が直腸内腔に前方より突出した例では、CT検査のみからも腸管子宮内膜症が推察される。さらに超音波内視鏡検査では、腸管壁肥厚や層構造の破壊なども観察でき、癌との鑑別診断上大変有用であるとされている⁸⁾。

治療は、子宮内膜症がdanazolなどのホルモン療法によく反応するため、まずホルモン療法が試みられている⁹⁾。しかし、下血などの症状が改善しない例、狭窄症状が著しい例、癌との鑑別が困難な例などでは、病変部の切除が必要である。著者らの例でも5ヵ月間danazolを投与したが、下血が続き、貧血を認めたため、直腸切除を行った。

腸管子宮内膜症は、未婚女性や高齢出産の増加に伴い、本邦でも報告例が増加しつつある。したがって血便や便秘を主訴として来院した女性症例では、月経期

との関連を問診する必要がある。また積極的に大腸検査を行い、腸管子宮内膜症の早期発見および適切な治療に心がける事が大切である。

おわりに

ダグラス窩より発育した子宮内膜組織が、直腸壁を貫通して内腔に達した腸管子宮内膜症の1切除例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告した。

最後に、病理組織について御教示いただきました東北大学病理学教室 笹野伸昭名誉教授に深謝いたします。

文 献

- 1) 細川 勉：子宮内膜症. 小林 隆, 現代産婦人科大系, 8B₂, 中山書店, 東京, 1975, p88—119
- 2) Macafee CHG, Hardly GHL: Intestinal endometriosis. J Obstet Gynecol 67: 539—555, 1960
- 3) Masson JC: Present conception of endometriosis and its treatment. Coll Papers Mayo Clin 37: 205—209, 1945
- 4) 折居 裕, 真口宏介, 中沢郁生他：内視鏡的直視下

生検により確認し得た閉塞性大腸炎を伴う直腸子宮内膜症の1例, Gastroenterol Endosc 31: 165—172, 1989

- 5) 伊藤順造, 今野喜郎, 新井元順他：直腸に山田IV型様発育を呈した腸管子宮内膜症 (endometrial polyp) の1例, 消化 10: 763—767, 1987
- 6) 武田雄一, 中内幸郎, 菊地輝夫：直腸癌と誤診した子宮内膜症の1例, 外科 28: 1187—1192, 1966
- 7) Fishmann EK, Scatarige JC, Saksouk FA, et al: Computed tomography of endometriosis. J Comput Assist Tomogr 7: 257—264, 1983
- 8) 大川恵三, 中島 均, 近藤博満他：大腸子宮内膜症の4例, 日本大腸肛門病会誌 42: 1233—1238, 1989
- 9) 吉田 豊, 相沢 中：腸管子宮内膜症. 鎮目和夫他, 新内科学大系, 19A, 中山書店, 東京, 1979, p286—291

A CASE OF RECTAL ENDOMETRIOSIS

Kunitoshi NAKAGAWA and Satoshi MOMONO

Department of Surgery, Sendai Red Cross Hospital

We report a case of intestinal endometriosis in which polypoid-grown endometrial tissues from the pouch of Douglas penetrated the rectal wall.

A 35-year-old single female visited the hospital with the chief complaints of low abdominal pain during menstrual period and bloody stool. Barium enema showed a filling defect of walnut size and with irregular surface at the rectum. Endoscopic findings showed a cauliflower-like segmented tumor which was liable to bleed at the anterior wall of rectum. The endometrial tissue was confirmed with biopsy. Hormonal therapy for 5 months resulted in no symptomatic remission. Therefore, the anterior resection of the rectum was excised. The operative findings showed a close adhesion between the uterus and rectum, and a chocolate cyst at the right ovary. Histological examination showed that endometrial tissue grown from the pouch of Douglas penetrated the rectal wall and protruded into the intestine. In addition, the endometrial tissue was observed at the right ovary.

Intestinal endometriosis commonly grows in the intestinal wall. It is rare, like this case, that endometriosis presenting polypoid-grown from the pouch of Douglas perforates the rectal wall, and only 2 cases have been reported in Japan.