症 例

腹痛で発症した小腸ポリープの3例

慶應義塾大学外科¹⁾, 久保内病院²⁾

石 川 秀 樹¹⁾²⁾ 久保内 光 一²⁾ 北 島 政 樹¹⁾

小腸ポリープは稀な疾患だが、急性腹症で発症した3例を最近経験し、いずれも切除し得たので報告する。【症例1】51歳女性。主訴：上腹部痛・下血。回盲弁回腸側の有茎性脂肪腫が先進し、回腸結腸型の腸重積を起こしていた。【症例2】24歳男性。主訴：頻回の上腹部痛。イレウス管からの小腸造影で徐々に狭小化する空腸を認めた。Treitz 靱帯近傍から重積し壊死した小腸を認め小腸大量切除を行ったが、重積の先進部には直径1cmのポリープを認めた。【症例3】30歳女性。主訴：頻回の上腹部痛・下血。イレウス管からの小腸造影で有茎性ポリープを認め、腹腔鏡併用で回腸を部分切除した。組織学的には過誤腫だった。

この3例はいずれも上腹部痛で発症し、2例は下血をみた。これらの症状の原因として小腸ポリープも考慮すべきと思われた。診断にはイレウス管を利用した小腸造影が有効であった。

索引用語：小腸ポリープ、腹腔鏡下手術、小腸造影

はじめに

小腸原発のポリープは小腸の長さの割には他の消化管ポリープに比して稀な疾患である¹⁾。通常の内視鏡が届かず造影も困難なことが多いために、存在の確定にも難渋するのが実状であるが、最近われわれは、急性腹症を契機に発見された3例の小腸ポリープ患者を経験し、いずれも外科的に切除し得たので報告する。

症 例

症例1：51歳、女性。

主訴：上腹部痛、下痢。

既往歴：帝王切開2回。39歳時、子宮筋腫核出術。45歳時、十二指腸潰瘍（内服）。

家族歴：父、胃癌で死亡。母、肺癌で死亡。

現病歴：1995年9月下旬より上腹部痛と下痢が出現したが放置していた。9月28日未明に下血を認め、同日緊急入院となった。

入院時所見：身長156cm、体重45kg、HCV(+)。臍周囲に手拳大の可動性の腫瘤を触知した。貧血・黄疸なし。血液化学検査上異常値なし。

検査所見：注腸造影を行ったところ、横行結腸肝彎曲で蟹の爪様の造影剤の途絶を示した(図1)。大腸内視鏡では、横行結腸をふさぐ表面が平滑な巨大ポリ-

図1 注腸造影検査(症例1)：肝彎曲に蟹爪様の造影剤の途絶をみる。

プを認め、これより口側の観察は不可能であった(図2)。腹部CTでは、横行結腸の腫瘤が黒く抜けて描出され、脂肪腫と診断された(図3a)。また、上行結腸の腸重積を思わせる所見も認めた(図3b)。

1997年2月7日受付 1997年7月14日採用

図2 大腸内視鏡検査(症例1): 横行結腸をふさぐ表面平滑なポリープをみる。

手術所見: 手術は開腹で施行した。回腸の重積陥入による右半結腸の著しい腫大を認めた。陳旧性の重積のため用手整復は困難であり、右半結腸切除を選択した。

切除標本を示す(図4a)。結腸内腔をふさぐ表面平滑な有茎性粘膜下腫瘍は回盲弁の回腸側から生じ(図4b)、これが先進して回腸結腸型の腸重積を起こしたと推測された。

病理組織学的所見: 病理学的には、粘膜下層の脂肪腫で、悪性所見を認めなかった。

経過: 良好で術後16日目に軽快退院した。

症例2: 24歳、男性。

主訴: 頻回の上腹部痛。

既往歴: 23歳時に多発胃ポリープを指摘されている(病理学的には過形成性胃炎)。

家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 15歳頃から突然の上腹部痛が頻発し、いくつかの医療機関を受診したものの原因を特定されずにいた。1996年2月27日未明、上腹部痛が再発し、緊急入院となった。

身体所見: 身長185cm、体重73kg、Hb 12.4だが血清鉄 $25\mu\text{g/ml}$ と低値、CRP(++)、黄疸なし、腹部は平坦で、腫瘤を触知せず、口唇に黒色の色素沈着をみる。

検査所見: 前夜刺身を食したためアニサキス症も疑ったが、内視鏡上は否定的であった。腹部単純X線で小腸ガスを認め、腸閉塞の診断のもとにイレウス管を挿入した。なお、大腸内視鏡では有意な所見を認め

図3 腹部CT検査(症例1): a) 横行結腸に fat density を持つ腫瘤影をみる。b) 上行結腸に腸重積を思わせる輪状層状構造を見る。

a
b

なかった。

イレウス管は挿入後3日目で上部空腸より進まなくなった。イレウス管より造影を行ったところ、空腸が tapering して狭小化する所見を得た(図5)ため、上部空腸の腸重積あるいは内ヘルニアを考え、手術を施行した。

手術所見: Treitz 靱帯の近傍から、重積のため著しく腫大し壊死を起こした小腸を認め(図6)、周囲には腸内容の漏出と思われる混濁腹水を認めた。重積の用手整復は困難で空腸壁の一部に穿孔がみられ血行も不良のため、約5mの小腸のうち3.3mを切除した。

切除標本を示す(図7a)。2カ所の重積部で各々直径1cm程の小ポリープを認め、これが先進部となり5箇の小腸重積を生じたと推測された(図7b)。

病理組織学的所見: 壊死が強く病理学的診断は困難だったが、悪性所見はなかった。

経過: 良好で術後15日目に退院し、現在に至るまで短腸症候群を認めていない。軽度の上腹部不快感に対し術後6カ月目に施行した上部消化管内視鏡では、十二指腸下行脚にポリープを認めポリペクトミーを内視鏡的に施行したが、標本回収に失敗し、またも病理学的診断はし得なかった。

症例3: 30歳、女性。

主訴: 頻回の上腹部痛、下血。

図4 剔出標本(症例1): a) 結腸内腔をふさぐ表面平滑な粘膜下腫瘍をみる。b) この有茎性粘膜下腫瘍は回盲弁の回腸側から生じている。

図5 イレウス管による小腸造影検査(症例2): 上部空腸が徐々に狭小化する像を見る。

図6 術中写真(症例2): 重積のため著しく腫大し壊死した小腸を認める。

既往歴: 自然分娩1回。

家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 数年前から原因不明の上腹部痛が頻発していたが、1996年1月29日、突然の下血をきたし、近医に緊急入院した。Hb 7.0まで低下したため輸血を行いながらCT・腹部血管造影まで含めた精査をしたものの確定診断はつかず、『小腸狭窄』の診断で開腹手術が予定されたが、患者の希望で当院に転院した。

身体所見: 身長160cm, 体重50kg, 転医時 Hb 11.4。

黄疸なし。腹部は平坦で、腫瘤を触知せず。血液化学検査上異常値なし。

検査所見: 大腸内視鏡で有意な所見はなかった。上部消化管造影の際、引き続き小腸透視を行ったところ、小腸の中ほどに腫瘤陰影を認めた。そこで、イレウス管を挿入の上、これを用いて再度小腸透視を行ったところ、回腸に有茎性ポリープを認め、確定診断を得た(図8)。

手術所見: 手術は腹腔鏡併用で行われ、直径3cmの有茎性ポリープを含む回腸を10cmにわたり摘出した(図9)。

病理組織学的所見: 病理学的には過誤腫であり、悪性所見は認めなかった。

経過: 良好で術後10日目に軽快退院した。

図7 剥出標本(症例2): a) 5mの小腸のうち3.3mを切除した。b) 2カ所の重積先進部で各々直径1cm程のポリープ(矢印)を認めた。

図8 イレウス管による小腸造影検査(症例3): 回腸に有茎性ポリープを認める。

図9 剥出標本(症例3): 腹腔鏡併用で、直径3cmの有茎性ポリープを含む回腸を10cmにわたり摘出した。

考 察

ポリープは全消化管に発生しうるが、小腸はその長さの割には発生率は高くない¹⁾。また、解剖学的な制約から、その診断および治療は困難ことが多い。

症例1は脂肪腫であった。信田らの集計²⁾では、小腸良性非上皮性腫瘍としては平滑筋腫に次ぎ21.7%の頻度とされる。粘膜下腫瘍であるために大腸内視鏡下の生検では確定診断を得ることは難しいが、ある程度の大きさを持ったものであれば、その質的診断にはX線

CTが有用である³⁾。CT上、黒く抜けた辺縁平滑な腫瘤像を消化管内に認めれば確定診断がつく。良性腫瘍であるとはいえ、大きさによっては腸閉塞の原因となり得るほか、本症例のごとく有茎性のものは腸重積の先進部となることもあるため⁴⁾、腸部分切除等の処置が望ましいと考える。

症例2は、胃内および十二指腸・切除した小腸全域にわたり比較的小さいポリープの多発を見た。口唇の色素沈着も見られることから、未だ病理組織的検討は

不十分で家族歴もないが、Peutz-Jegher's syndrome (PJs)の疑いが強い。PJsによる腸重積は石和ら⁹⁾のほかにいくつかの報告例があり、PJsによる合併症の一つとして留意すべきものと思われた。

症例3は、過誤腫であった。小腸はその可動性故に従来腹腔鏡手術の適応とはなりにくく報告例も検索し得なかったが、本症例は腹腔鏡併用の小開腹で切除し得た。腹腔鏡下手術でも腸間膜はある程度切除可能で、悪性リンパ腫以外的小腸ポリープはこの手法で根治的切除になると考えられる。

小腸に対する内視鏡検査法は様々な工夫がなされている⁹⁾が、術中内視鏡として行われることは多いものの外来検査としては容易に施行しうる一般的な検査として普及してはいない。

小腸の造影検査も一般に難しい。十二指腸に達する経鼻管を用いる造影法の有効性はGourtsoyiannisら⁷⁾が述べているが、自験例の如くイレウス管を挿入し、その進行が停止した部から造影を行えば、目的とする病変の描出率がより高まるものと考えられる。

まとめ

比較的稀な小腸ポリープを3例経験し切除し得た。3例とも上腹部痛で発症しており、うち2例には下血を伴った。これらの症状の原因として、小腸ポリープも考慮すべきと思われた。また、診断にはイレウス管

を用いた小腸造影検査が有用であった。症例によっては、腹腔鏡下での小腸切除も可能であった。

文 献

- 1) 八尾恒良, 日吉雄一, 田中啓二他: 最近10年間 (1970—1979) の本邦報告例の集計からみた空腸, 回腸腫瘍II. 良性腫瘍. 胃と腸 16: 1049—1059, 1981
- 2) 信田重光: 腸脂肪腫, 腸脂肪肉腫. 別冊日本臨床, 領域別症候群シリーズ 6: 463—467, 1994
- 3) Kakitubata Y, Kakitubata S, Nagatomo H, et al: CT manifestations of lipomas of the small intestine and colon. Clin Imaging 17: 179—182, 1993
- 4) 村岡 実, 小林弘忠, 佐藤治夫他: 小腸脂肪腫による腸重積症の1例. 日消外会誌 22: 2118—2121, 1989
- 5) 石和直樹, 今田敏夫, 福沢邦康他: 小腸癌と腸重積を合併した Peutz-Jeghers 症候群の1例. 日臨外医会誌 56: 2389—2393, 1995
- 6) 清水誠治, 磯 彰格, 多田正大他: 小腸内視鏡. 日臨 49: 2804—2808, 1991
- 7) Gourtsoyiannis NC, Bays D, Papaioannou N, et al: Benign tumors of the small intestine: Preoperative evaluation with a barium infusion technique. European J Radiol 16: 115—125, 1993

THREE RESECTED CASES OF POLYP OF THE SMALL INTESTINE OCCURRED AS ABDOMINAL PAIN

Hideki ISHIKAWA¹⁾²⁾, Koichi KUBOUCHI²⁾ and Masaki KITAJIMA¹⁾

¹⁾Department of Surgery, School of Medicine, Keio University

²⁾Kubouchi Hospital

Polyps growing in the small intestine except the duodenum are rare. We report three resected cases of small intestinal polyp(s) occurred as acute abdomen.

〈Case 1〉 A 51-year-old woman was admitted to the hospital because of upper abdominal pain and tarry stool. CT scan demonstrated a low-density lesion in the transverse colon. The resected specimen showed a lipoma grew on the ileal side of Bauhin's valve made ileo-colonic type invagination. 〈Case 2〉 A 24-year-old man was admitted to the hospital because of repeated upper abdominal pain. Examination of the small intestine showed a tapering jejunum. The resected specimen revealed that some small jejunal polyps led the invagination. 〈Case 3〉 A 30-year-old woman was admitted to the hospital because of repeated upper abdominal pain and sudden tarry stool. Examination of the small intestine showed a pedunculated polyp in the middle of the ileum. Partial resection of the ileum was performed under laparoscopy. The pathological findings revealed hamartoma.

This potential diagnosis should be borne in mind for a patient who complains of upper abdominal pain and tarry stool. Intestinal fluoroscopy through a long intestinal drainage tube is useful for preoperative diagnosis of polyps in the small intestine.