症 例

直腸癌術後に発生し腸閉塞をきたした腸間膜脂肪織炎の1例

友仁山崎病院外科

田 中 千 弘 松 村 幸次郎 樫 塚 登美男
佐 野 純 天 岡 望

腸間膜脂肪織炎は原因不明の稀な非特異的炎症性疾患である。われわれは、直腸癌術後の早期に発生し、腸閉塞をきたした腸間膜脂肪織炎の1例を経験した。症例は60歳の男性。直腸癌にて腹会陰式直腸切断術を施行した。術後4日目より腹部膨満出現し嘔吐を伴うため、癒着性腸閉塞として保存的治療を施行したが軽快せず、術後16日目に再開腹した。Treitz 靱帯より20cm 肛門側からの小腸が一塊となって後腹膜に癒着しており、その腸間膜は著明に肥厚、硬化していた。小腸切除を施行したが、その後も腸管狭窄の症状が残存し副腎皮質ホルモンの投与を行うことで治癒した。自験例のように高度の器質的狭窄所見を認める場合は治療期間短縮のためにも腸切除を必要とするが、本症は基本的には良性疾患であり保存的治療を原則とし、手術が必要な場合は過大手術にならないよう治療方法を慎重に選択する必要があると思われた。

索引用語: mesenteric panniculitis, sclerosing mesenteritis, postoperative ileus

はじめに

腸間膜脂肪織炎は比較的稀な非特異的炎症性疾患で、その原因も諸説があり診断は困難である。われわれは直腸癌術後に腸閉塞をきたし、再開腹後の病理組織検査にて腸間膜脂肪織炎が原因の腸閉塞であることが判明した1例を経験した。消化管手術後早期に発生した腸間膜脂肪織炎は稀であり、若干の文献的考察を行ったので併せて報告する。

症 例

患者: 60歳、男性。

主訴: 特記すべきことなし。

既往歴・家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 平成7年2月9日当院人間ドックにて便潜血陽性を指摘された。2月17日大腸内視鏡検査にて直腸(Rb)に1/2周性の2型腫瘍を認め、生検にてgroup Vであったため手術目的にて当科入院となった。

入院時血液生化学検査所見: 特記すべき異常値なし。

手術所見: 3月5日腹会陰式直腸切断術を施行した。下腸間膜動脈は根部で結紮切離しD₃郭清を行った。肝転移、腹膜播種は認めなかった。病理組織学的

検索では well differentiated adenocarcinoma, a₂, ly₂, v₂, n₂ (+), stage IIb¹⁾であった。

術後経過: 第4病日より左上腹部膨満が出現した。軽度の圧痛を伴い、第7病日には嘔吐をきたした。腹部単純X線検査では、左上腹部に複数の鏡面像を認めた(Fig. 1)。癒着性腸閉塞と診断し ileus tube 挿入したところ、排液は良好であったが先端はTreitz 靱帯を越えなかった。また術直後は、stoma への示指の挿入が容易であったが、同時期より管外性の圧迫による狭窄が進行し、ごく少量の排液はあるものの第14病日には小指の挿入も困難となった。ileus tube からの排液も減少せず、手術的治療が必要と判断し第16病日再開腹となった。

再開腹所見: Treitz 靱帯より20cm 肛門側からの小腸が一塊となって左上腹部の後腹膜に癒着しており、小腸間膜の肥厚、短縮、硬化が著明であり数カ所で狭窄と拡張を繰り返していた。手動的剥離を試みるも非常に硬く腸管損傷をきたすだけであったため、約70cmの小腸を一塊に摘出した。骨盤腔は癒着、硬化のため検索できなかったが腸管に拡張を認めないため小腸端々吻合し、その肛門側20cmより腸瘻として胃管チューブを留置した。また周囲の腹膜の硬化も著しく、stoma 作製の際に後腹膜腔を通した結腸が圧迫され

Fig. 1 Abdominal plain X-ray showed some nivalous at the left upper abdominal region.

て狭窄していたので腹膜を一部切開した。

摘出標本：小腸間膜および漿膜の肥厚，硬化が著明で管腔は狭窄し屈曲していた (Fig. 2)。

病理組織学検査所見：腸間膜と小腸壁の脂肪組織内に炎症性細胞浸潤と多数の foamy cell の出現を認めた。また強い線維の増生と一部骨様変化を伴っており，sclerosing mesenteritis と診断された (Fig. 3)。

再手術後経過：第6病日目に経鼻胃管 tube，腸瘻 tube，stoma より造影検査を施行したところ，leakage 認めなかったが，stoma 口側大腸および一部小腸は拡張不十分であった (Fig. 4)。そのため stoma より steroid の注腸を開始したところ第8病日より stoma からの排液は良好となり，N-G tube 排液量が著明に減少したため第15病日に抜去した。このころより stoma は小指通過可能となり，第26病日までに示指の通過も可能となった。同時に排液，排ガスも良好となり，第37病日に経口摂取を開始し，プレドニン (5mg) 1/2錠の経口投与に変更した。以後は順調に経過し第107病日目に全治退院した。

考 察

本邦では腸間膜脂肪織炎は mesenteric panniculitis と一般的に総称されているが，mesenteric panniculitis は腸間膜脂肪組織の非特異性炎症性疾患に対

Fig. 2 Macroscopic findings of the resected specimen showed that the mesentery became thick and sclerous remarkably and that the jejunum revealed stenotic (arrow) and dilated lesions alternately.

Fig. 3 Microscopic finding showed the infiltration of inflammatory cells and many foamy cells.

し1960年 Ogden ら²⁾が用いた名称である。本症に類似した，もしくは同一と思われる病態はその前後にも報告されており種々の名称で呼ばれている。Reske ら³⁾は，これらは病期の違う同一疾患であるとし，線維性増殖を主体とする retractile mesenteritis と脂肪変性を主体とする mesenteric panniculitis に大別し，これらを sclerosing mesenteritis と総称した。自験例は病理学的には retractile mesenteritis (退縮性腸間膜炎)にあたると考えられた。

本症の本邦報告例は1968年の木下ら⁴⁾が最初とされ，以来自験例を含めて約86例の報告例がある⁵⁾。

病因は，基本的に非特異的損傷に対する腸間膜の様々な反応と推測され，細菌感染，腹部外傷や手術，胆汁・尿・腸内容物などの漏出による刺激反応，アレ

Fig. 4 Enema graphy from the stoma on 6th day after the second operation showed that the colon in left upper abdomen was not enough dilated.

ルギー反応、自己免疫反応などがあげられている⁶⁾。

好発年齢は40歳以降、男女比は約3:1で中年以上の男性に多いとされる⁵⁾。病変部位は約4割が小腸間膜、約6割が大腸間膜であった⁵⁾。

臨床症状は非特異的であり、腹痛、腹部腫瘤、発熱、腹部膨満感、テヌスなどを主訴とすることが多いが、無症状のこともあるとされている。退縮性腸間膜炎の段階では通常腸閉塞症状を伴うことが多い。

診断は容易ではないとされており、術前に確定診断されることは少ない。画像診断によりある程度まで診断が可能であるが、最終診断は病理組織学的診断によるものである。

治療は診断目的も含めて約9割の症例で試験開腹術あるいは腸切除が施行されている⁵⁾。放射線治療、副腎皮質ホルモン治療⁶⁾、Cyclophosphamidの投与⁷⁾なども施行されているが効果は一定していない。自験例では術後腸閉塞という形で発症しており、開腹所見にて小腸が一塊となり癒着が強く剝離困難なため腸切除を施行した。再手術後にも腸管狭窄の所見が残存し副腎皮質ホルモンの注腸および内服治療を併用した。本症

は基本的には良性疾患であり、確定診断が可能であれば保存的治療がなされるべきであろう。保存的治療による効果が認められるまでの期間に関しては1～6ヵ月⁸⁾と不定であり、術前診断が困難な場合は腹腔鏡検査を確定診断の手段として活用したり、また試験開腹による生検、by-pass術、人工肛門造設などにとどめ、より過大な手術は避けるべきである。しかし高度の器質的狭窄をきたす場合や悪性腫瘍が疑われる場合、急性腹膜炎をきたす場合⁹⁾、下血をきたす場合¹⁰⁾などは腸切除が必要となるであろう。本症を疑った場合はこれらを考慮して慎重に治療方法を選択する必要があると思われた。

稿を終えるにあたり病理診断面で御指導いただいた滋賀医科大学第1病理久嶋亮治先生に深謝いたします。

文 献

- 1) 大腸癌研究会編：大腸癌取扱規約。第5版。金原出版、東京、1994
- 2) Ogden WW, Bradburn DM, Rives JD: Panniculitis of the mesentery. *Ann Surg* 151: 659—668, 1960
- 3) Reske M, Namiki H: Sclerosing mesenteritis report of two cases. *Amer J Clin Path* 64: 661—667, 1975
- 4) 木下康民, 荻間 勇, 森田 俊他: Mesenteric Panniculitis の1症例。内科 22: 537—540, 1968
- 5) 佐藤 宏, 橋本朋之, 谷浦博之他: 十二指腸狭窄を来した腸間膜脂肪織炎の1例—本邦報告77例の考察—。広島医 48: 560—564, 1995
- 6) Deodhar SD, Usgaoncar RP: Sclerosing (retractile) mesenteritis. *J Postgrad Med* 26: 269—272, 1980
- 7) Bush RW, Hammar SP, Rudolph RH: Sclerosing mesenteritis response to cyclophosphamide. *Arch Intern Med* 146: 503—505, 1986
- 8) 鈴木和夫, 中嶋 均: 保存的治療で改善が望めず手術を施行した腸間膜脂肪織炎の1例。胃と腸 31: 910—912, 1996
- 9) 曾根純之, 小棚木均, 瀬戸泰士: 急性腹膜炎で発症した腸間膜脂肪織炎の1例。日消外会誌 23: 2138—2141, 1990
- 10) 沢口 潔, 鷹伊正義, 荻野知己他: 術前に診断しえたS状結腸腸間膜脂肪織炎の1例。消外 9: 1831—1835, 1986

A CASE OF MESENTERIC PANNICULITIS WITH INTESTINAL OBSTRUCTION
AFTER AN OPERATION FOR RECTAL CANCER

Chihiro TANAKA, Koujiro MATSUMURA, Tomio KASHIZUKA,
Jun SANO and Nozomi AMAOKA

Department of Surgery, Yuujin Yamazaki Hospital

Mesenteric panniculitis is a rare disease characterized by nonspecific inflammation of the mesentery. We report a case of mesenteric panniculitis with intestinal obstruction after an operation for rectal cancer. A 60-year-old man with rectal cancer underwent Miles' operation. He complained of a full sensation in the abdomen and vomiting from the fourth postoperative day, and was treated conservatively as a case of postoperative adhesive ileus. However, his complaints did not improve and another operation was performed on the 16th postoperative day. A length of jejunum about 70 cm long forming an adhesive mass at 20 cm anal to Treitz' ligament toward the retroperitoneum was resected. It was found that the mesentery had become markedly thick and sclerous. In spite of operative treatment, the intestinal stenosis continued and steroid hormone medication was prescribed. In this case of marked intestinal stenosis, it was necessary to perform intestinal resection to shorten the hospitalization, but basically mesenteric panniculitis is benign and should be treated conservatively.