

孤在性上行結腸結核の2治験例

東京女子医科大学 外科学教室 (主任 織畑秀夫教授)

新 シン	福 ビク	栄 エイ	彦 ヒコ	・	中 ナカ	谷 ヤ	雄 ユウ	三 ソウ
山 ヤマ	添 ゾエ	信 ノブ	幸 ユキ	・	赤 アカ	羽 バ	根 ネ	巖 イワオ

助教授	倉 クラ	光 ミツ	秀 ヒデ	磨 マロ
-----	---------	---------	---------	---------

教授	太 オオ	田 タ	八 ヤ	重 エ	子 コ
----	---------	--------	--------	--------	--------

(受付 昭和47年12月18日)

はじめに

最近、抗結核剤の進歩にともない、結核患者は減少したが、いわゆる孤在性結腸結核を、われわれは過去5年間に於いて2例経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例 1

患者：中○正○，♂，40才，会社員

主訴：右側腹部痛および発熱。

家族歴：癌，結核等の既往なし。

既往歴：昭和42年3月，交通事故にて右上腹部打撲および口唇部を2針縫合。肺結核等の既往歴なし。

現病歴：昭和45年12月10日，突然40.6℃の発熱あり，近医にて「風邪」の診断をうけ，治療し解熱したが，12月14日，突然心窩部に食事とは無関係な，断続的な，刺し込む様な痛みがあり，12月15日，次第に疼痛が長くなり，右側腹部に移動し，某医にて便秘症との事で下剤および浣腸の治療を受けたが軽快せず。12月19日，当科に転医する。その間，腹部腫瘤を指摘された事は，一度もなかった。

入院時現症：体格中等度，栄養状態良好。眼瞼結膜に軽度の貧血を認めたが，黄疸はなく，胸部X線検査にて（写真1），中葉に古い肋膜炎の所見あり。腹部所見にて，腹部は平坦で，回盲部がやや膨隆し，同部に圧痛あり。しかし腫瘤は触知せ

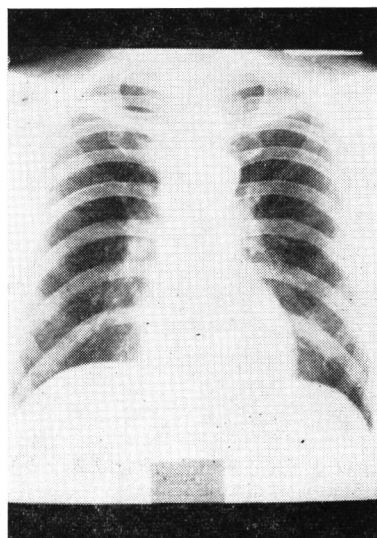


写真1 (症例1) 右中葉に肋膜炎あり。

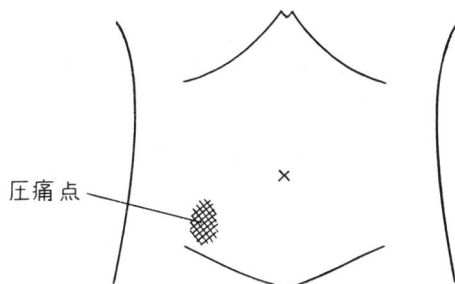


図1 (症例1)

Eihiko SHINPUKU, Yūzō NAKAYA, Nobuyuki YAMAZOE, Iwao AKABANE, Hidemaro KURAMITSU, Yaeko OHTA, Department of Surgery (Director: Prof. Hideo ORIHATA) Tokyo Women's Medical College: Two cases of isolated ascending colon tuberculosis.

表1 臨床検査成績 (症例1)

血液		総タンパク	7.4 g/dl
血色素	15.2 g/dl	A/G 比	1.8
ヘマトク		Alb	64%
リット	42.5%	α_1 -G	4%
赤血球	542×10^4	α_2 -G	12%
白血球	6100	β -G	11%
血小板	24×10^4	γ -G	9%
尿		GOT	19単位
タンパク	(-)	GPT	18単位
糖	(-)	MG	2.7
潜血	(-)	結核菌培養	陰性
インジカン	(-)	ワッセンルマン反応	陰性
		虫卵および潜血反応	(-)
		赤沈 30分	5mm
		60分	17mm
		120分	43mm

ず。肝腎脾も触知せず。

臨床検査成績：表1に示す通りで、他は、心電図で右脚ブロックを認めた。レ線注腸造影では(写真2, 3), 上行結腸の下 $\frac{1}{3}$ の部に著明な Stierlin 症候を認め、上行結腸癌の診断にて開腹した。

手術所見：下腹部正中切開にて開腹。腹水なく、胃・肝・胆嚢正常。腫瘤は、上行結腸の下 $\frac{1}{3}$ の部にあり、周囲との線維性癒着が強く、結腸壁が肥厚して、輪状に狭窄を呈し、右半結腸切除後、回腸と横行結腸を端々吻合し閉腹した。

切除標本：潰瘍部の腸壁は肥厚して腫瘤を形成

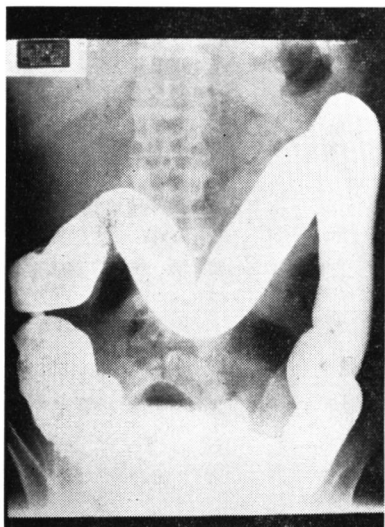


写真2 (症例1) 注腸造影

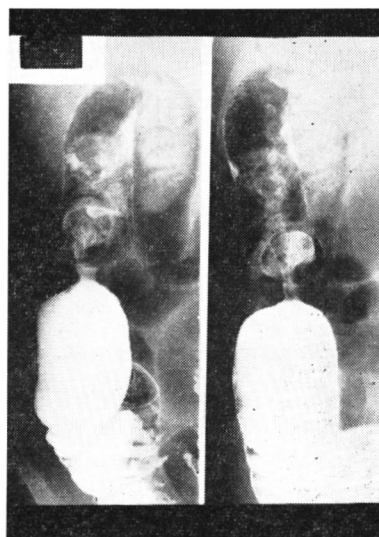


写真3 (症例1) 注腸造影

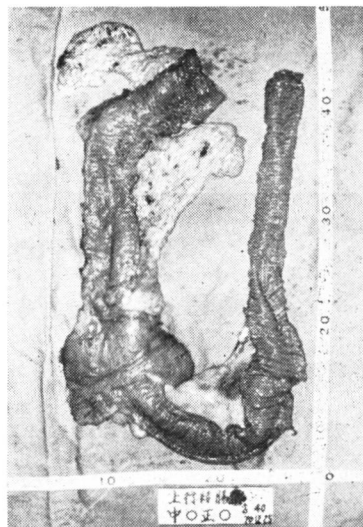


写真4 (症例1) 切除標本



写真5 (症例1) 組織像 H-E 染色

し、狭窄を呈していた（写真4）。

組織学的所見：ラングハンス巨細胞，類上皮細胞およびリンパ球の浸潤を伴う，いわゆる結核結節がみられ，組織学的診断は，結腸結核およびリンパ節結核であった（写真5）。

症例2

患者：岡○純○，♀，33才，サービス業

主訴：回盲部痛および回盲部腫瘍。

家族歴：父が肺結核で死亡。

既往歴：8才で腎臓病，31才で膀胱炎，その他，肺結核の既往歴なし。

現病歴：昭和47年5月中旬頃より，食欲不振および回盲部痛あり。疼痛は間歇的に，また次第に強くなり，腹部も膨隆した感じがした。現在まで嘔気，嘔吐，下血，下痢および便秘を認めず。

入院時現症：体格中等度。栄養状態良好。眼瞼結膜に貧血を認めたが，球結膜は正常。胸部X線検査にて異常所見認めず（写真6）。腹部所見としては，回盲部に鳩卵大の弾性硬の腫瘤を触れ，臍方向に移動性を認めた（表2，図2）。

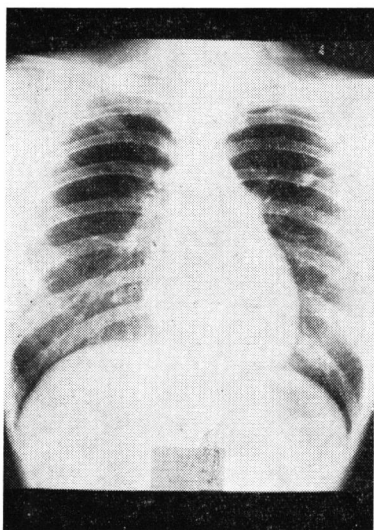


写真6 （症例2）胸部X線像

臨床検査成績：表3に示す通り，赤沈は軽度亢進し，血液に貧血ある他は，諸検査にて正常。レ線注腸造影にて，盲腸部に著明な陰影欠損像と辺縁の不規則な像を認め（写真7，8），回盲部腫瘍と診断し，昭和47年5月31日開腹した。

表2 腹部所見（症例2）

位置：回盲部	可動性：臍方向に動く
大きさ：うづら卵大	疼痛：圧痛あり
形：楕円形を2個ふれる。	
硬度：弾性硬	表面：平滑
底部との癒着（+）	皮膚との癒着（-）

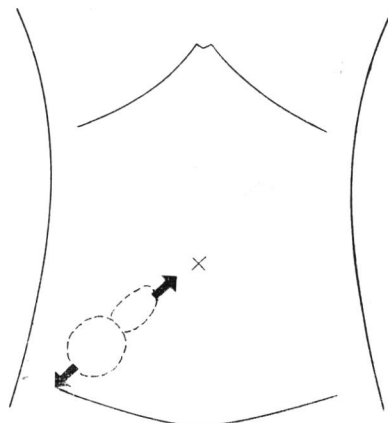


図2 （症例2）

表3 臨床検査成績（症例2）

血液	総タンパク	6.9 g/dl
血色素 9.6 g/dl	A/G 比	1.3
ヘマトクリット 27%	Alb	56%
赤血球 316×10^4	α_1 -G	5%
白血球 5700	α_2 -G	9%
血小板 12×10^4	β -G	11%
尿	γ -G	19%
タンパク（-）	GOT	23単位
糖（-）	GPT	11単位
潜血（-）	MG	4
インジカン（-）	ワッセルマン反応	陰性
	虫卵	（-）
	潜血反応	（-）
	結核菌培養	陰性
	赤沈 30分	19mm
	60分	46mm
	120分	75mm

手術所見：右傍腹直筋切開にて開腹。腹水なく，胃，肝，胆嚢は正常。右卵巣に鳩卵大の囊腫あり。回盲部に約 $3.0 \times 2.0 \times 2.0$ cmの固い腫瘤を触れ，回盲部近くの腸間膜リンパ節に，鶏卵大の硬い腫瘤を1個ふれ，その一部は，十二指腸の下彎曲と堅固に癒着し，肉眼的には，癌の所見が

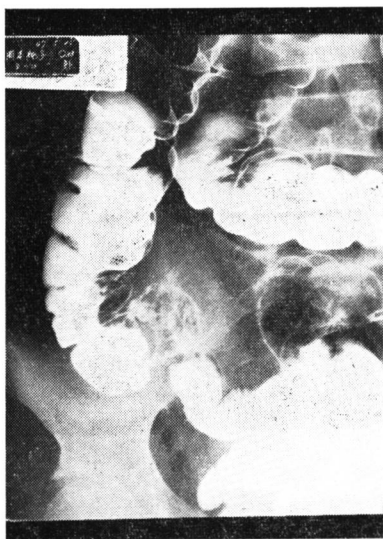


写真7 (症例2) 注腸造影

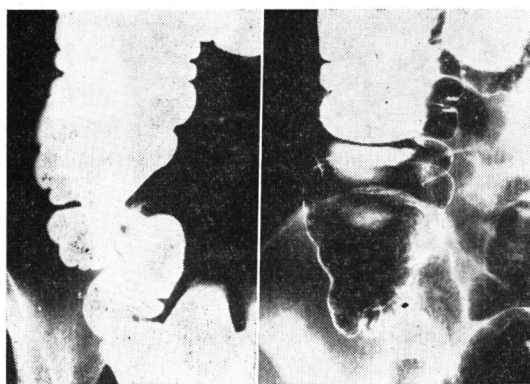


写真8 (症例2) 注腸造影

強く、右半結腸切除後、十二指腸癒着部を漿膜縫合し、回腸と横行結腸を端々吻合し閉腹した。

切除標本: 潰瘍は、約 2.0×0.5 cmで、Bauchin 弁より約3cm 肝弯曲部側で (写真9)、回盲部に近い腸間膜リンパ節に約 $6.0 \times 3.5 \times 3.0$ cmの腫瘤を認め、内容は米のとぎ汁様であつた (写真10)。

組織学的所見: 潰瘍を形成する肉芽組織内に、ラングハンス巨細胞、リンパ球の浸潤を伴なういわゆる結核結節を認め、診断は、結腸結核およびリンパ節結核であつた (写真11)。

術後経過は、2症例とも、SM, PAS, INAHの三者併用療法にて軽快退院した。

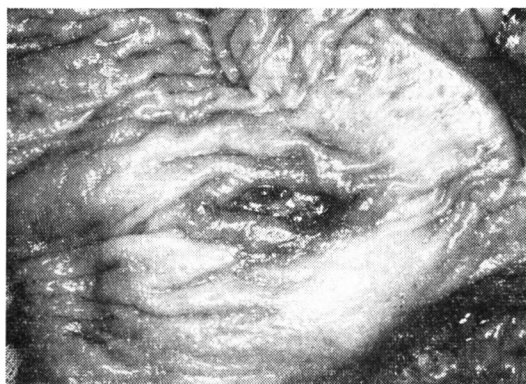


写真9 (症例2) 切除標本

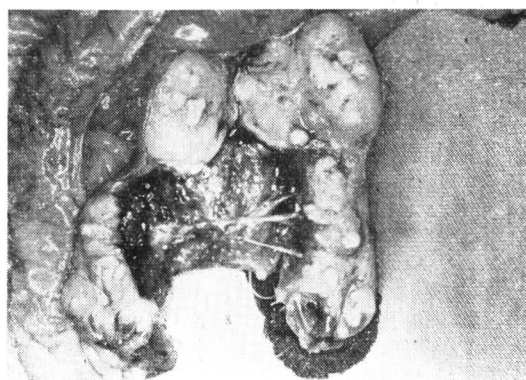


写真10 (症例2) 切除標本

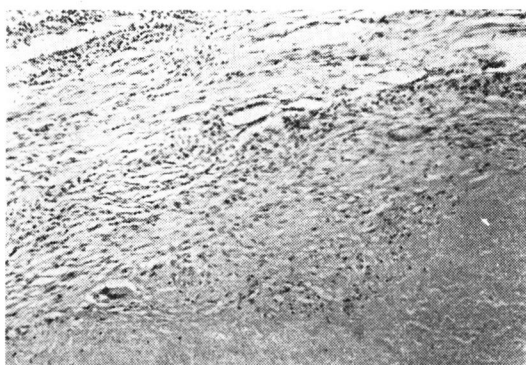


写真11 (症例2) 組織像 H-E 染色

考 按

腸結核が回盲部に多発する事は周知の事実であるが、肺その他の結核性病変を伴わない、いわゆる孤在性腸結核の報告例は稀である。Bockusによれば、米国での結腸結核の報告は66例¹⁾²⁾で、本邦では高橋³⁾、石川⁴⁾⁵⁾らの報告によれば、昭和27

表 4 孤在性結腸結核

A : 発生機序	
1) 血行性感染	2) 淋巴性感染
3) 管内性感染 (一般的に認められている)	
B : 病理学的分類	
1) 潰瘍型および狭窄型	
2) 腫瘤形成型	
C : 症状……結腸結核特有な症状はない。	
1) 微熱	2) 腹痛
3) 腹部膨満感	
4) 下痢または便秘	5) その他
D : 診断: 確定診断は, 非常に困難である。	
1) 既往歴および家族歴	
2) ツベルクリン反応	
3) 赤沈	
4) 胸部 X-P	
5) 注腸造影	
6) 結核菌の検出 (糞便中)	
7) 病理学的検査	
8) その他	
E : 鑑別診断	
1) 腫瘤形成型	
癌, 放射状菌症, 虫垂炎性腫瘤,	
子宮付属器炎症性腫瘤等。	
2) 狭窄型	
Crohn 氏病等。	
F : 治療	
1) 抗結核剤の使用	
2) 外科的手術	
イ) 狭窄型—腸切除術。	
ロ) 腫瘤型—腸切除術, 姑息的手術。	
ハ) 穿孔の場合—腹膜炎の処置。	

年頃までは, 結腸結核は数10例にすぎず, 腸結核全体の1%以下であった。孤在性腸結核の症例数は昭和25年佐藤⁶⁾ら12例, 32年西田⁷⁾ら5例, 42年池内⁸⁾ら1例, 原田⁹⁾ら1例, 45年伊原⁹⁾ら1例, 丸田¹⁰⁾ら2例, 合計22例である。

結腸結核の感染経路としては (表4), 一般には, 肺結核症の2次感染による。管内感染が認められている。臨床症状は, 結腸結核特有の症状はないが, 腹部膨満感, 腹痛, 腫瘤形成, 腹壁抵抗感, 下痢もしくは便秘等がある。しかし, これら

は腸結核症の一般症状ときわめて類似している。したがって, 癌との鑑別はきわめて困難であるが, 家族歴, 既往歴, 赤沈, ツ反応, 腹部レ線像および年令, 一般状態, 病期期間等が参考となる。しかし, 確定診断には, 病理学的検査が必要である。予後は, 一般に良好で, 抗結核剤使用の他に, 腫瘤形成や狭窄を示めせば外科手術が必要である。

結 語

われわれは, 過去5年間に病理の結果で始めて判明した2例の孤在性結腸結核の手術を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告した。

稿を終るにのぞみ, ご校閲をたまわつた織畑秀夫教授に感謝する。

(本稿の要旨は, 第38回東京女子医科大学総会にて発表した。)

文 献

- 1) Henry, L. Bockus: Colon Tuberculosis. Gastroenterology. Vol 2 W. B. Saunders Company (1964) p. 330
- 2) 池内 彰・他: 結腸結核の1例. 共済医報16(11) 83~86 (1967)
- 2) 高橋智広・他: 潜在性腸結核症. 日本胸部臨床 20(5) 327~33 (昭36)
- 4) 右川憲夫: 腸結核症. 診断と治療 42 319~25 (昭29)
- 5) 右川憲夫: 腸結核の診断と治療についてとくにいわゆる潜在腸結核の臨床. 診療室 5(2) 84~95 (昭29)
- 6) 佐藤陸平・他: 腹部結核症の研究. 結核 25 (12) 642~647 (昭25)
- 7) 西田 他: 久留米医会誌 19 1132 (1957)
- 8) 原田敏雄・他: 孤在性腸結核の1例. 日立医学会誌 1097~100 (1967)
- 9) 伊原勝雄・他: 結腸結核の1例. 外科 33(5) 533~535 (1970)
- 10) 丸田守人・他: 最近経験した大腸結核の臨床像. 日本臨床外科医学会雑誌 31 (6) 32 (1970)