

(東女医大誌 第44巻 第12号)
(頁1011~1015 昭和49年12月)

小腸脂肪腫の2例

東京女子医科大学外科学教室 (主任: 織畑秀夫教授)

古敷谷 収・木村 恒人・大地 哲郎
コシキヤ オサム キムラ ツネト オオチ テツロウ

徳川 英雄・里村 立志・新福 栄彦
トダガワ ヒデオ サトムラ タツシ シンブタ エイヒコ

教授 太田 八重子
オオ タ ヤ エ コ

東京女子医科大学中検病理部

助教授 平 山 章
ヒラ ヤマ アキラ

東京労災病院外科

外科部長 志 賀 敏
シ ガ イツク

(受付 昭和49年9月11日)

はじめに

本邦における小腸脂肪腫報告例は、急性腹症、腸閉塞の診断のもとに開腹、および剖検により発見されたものが大部分であり、その術前診断は極めて困難であり、また、稀な疾患である。われわれは最近、右内疝径ヘルニアおよび腹痛を主訴として来院した空腸脂肪腫の1症例と、回腸々重積症を併発した回腸脂肪腫の1症例の、計2例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例1 H.Y. 71才、男性、無職。

主訴: 下腹部痛、左疝径部膨隆。

既往歴: 71才時、前立腺肥大症にて前立腺摘出術を受けた。

現病歴: 半年前より、立位で右疝径部膨隆を生じ、臥位で膨隆は消失していた。

以後上記症状と、時々腹鳴と共に軽い腹痛を生じていたが、自然寛解していた。

便秘気味で、腹痛を恐れるあまり十分な食餌は摂取していなかった。

入院時所見

体格中等、栄養状態やや不良、脈拍数66/分、血圧 160/110mmHg、体温36.7°C、貧血、黄疸を認めず。腹部は軽度膨隆し、波動を認め、右下腹部

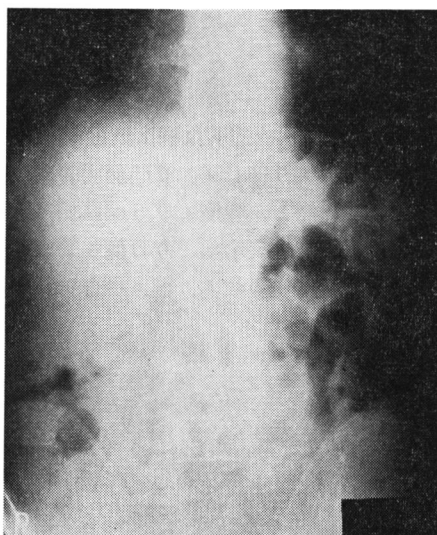


写真1 (症例1) 入院時腹部レントゲン写真

Osamu KOSHIKIYA, Tuneto KIMURA, Teturo ŌCHI, Hideo TOKUGAWA, Eihiko SHINPUKU, Tatsushi SATOMURA, Yaeko OHTA (Department of Surgery, Tokyo Women's Medical College). Akira HIRAYAMA (Department of Clinical Pathology, Tokyo Women's Medical College). Ituku SHIGA (Department of Surgery, Tokyo Labour Department Hospital): Two cases of intestinal lipoma.

に圧痛を認める。腫瘤を触知せず。恥骨上、横に約15cmの手術瘢痕を認め、右臍径部に、立位で4×4cmの膨隆を認める。入院時腹部立位単純レントゲン写真(写真1)にて、左上腹部に大腸小腸ガスを認め、腹部全体の透過性は減退している。

昭和48年9月10日腰椎麻酔下に右内鼠径ヘルニア手術施行。

ヘルニア門は、直径約3cm、黄色透明な腹水が多量に排泄された。腸管を検索すると、小腸は膨大し、軽度に浮腫状であつた。腹水の性状は、比重 1.020, 蛋白 1.8g/dl, 糖 (+), Rivalta 反応 (-), Runneberg (+) と漏出液の性状を示した。

表1 入院時検査成績

Hb	11.2 g/dl	GOT	20
RBC	379万/mm ³	GPT	5
Ht	33.5%	LDH	193
WBC	4200 mm ³	Al-P	4.3
T.P	5.1 g/dl	T. cho	185
α_1 フェトブ ロテイン	4 mug/dl	T. Bi	0.8

ヘルニア手術後約10日目頃より、イレウス状態が続いたため、正中切開にて、昭和48年10月8日開腹。

手術時所見

1,600ml の淡黄色透明な漏出液を腹腔内に認め、Treitz 靱帯より約 230cm 肛門側腸管内壁に硬い小指頭大の腫瘤と、腫瘤より5cm 肛側に、約2cmの狭窄を認めた。狭窄部より口側腸管は拡張しており、栄養状態不良のため、側々吻合を行い手術を終了した。

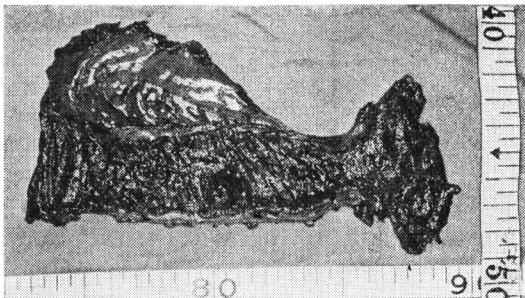


写真2 (症例1) 摘出標本

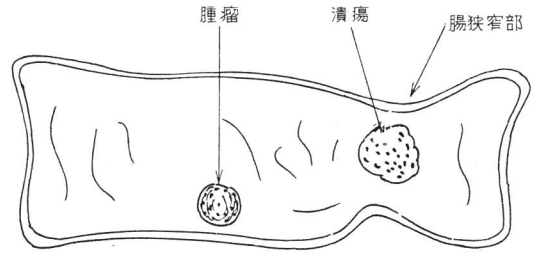


図1 (症例1) 切除標本シェーマ

切除標本(写真2)(図1)

腫瘤は約1×1cm球状にて、腸管内腔に突出し、粘膜により被われ、粘膜をとおしやや黄色状を呈し、実質性である。腫瘤より約5cm 肛側腸間膜側に約2×2cmの浅い潰瘍を認め、同部の腸管

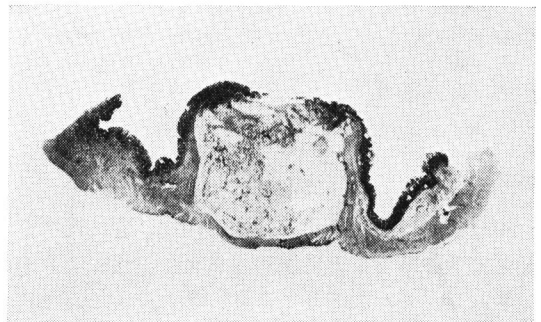


写真3 (症例1) 腫瘍部組織標本の接写。H-E染色、2.5倍



写真4 (症例1) 腫瘍尖端(写真右上)は潰瘍を形成し、粘膜下層(左上)から腫瘍内に肉芽形成、慢炎症がおこっている。H-E染色、14倍

狭窄を認めた。

病理組織学的所見：腫瘍は粘膜固有層および粘膜筋板と筋層の間に存在する脂肪腫で、腫瘍頂部はリンパ球、形質球を主とした細胞浸潤と充血を示す慢性炎症と肉芽形成が見られ、頂部では潰瘍形成が認められる（写真3、4）。

腫瘍細胞は成熟した脂肪細胞と未熟な脂肪細胞より構成されており、前述した潰瘍部の炎症の波及が認められるが、異型はなく、筋層との境界も明瞭で、浸潤像は認められない。

潰瘍部は粘膜下層までの深さで、潰瘍底すなわち粘膜下層の厚い線維性肥厚と慢性炎症細胞浸潤と充血が著しく、筋層内および漿膜にも軽度の慢性炎症が波及しており、筋層の肥大も認められるが神経叢には異常を認めない。

術後経過良好にて第19病日で退院した。

症例2 K.S. 39才、男性、会社員。

主訴：強度腹痛

既往歴：小児期より胃弱体質。

現病歴：昭和49年4月22日、朝食後突然腹部全体に、持続性激痛が生じ、時間の経過と共に激しくなった。悪心嘔吐（一）・当日便通はなし。

来院時所見：体格中等、栄養状態良好、脈拍数66/分、血圧160/100mmHg、体温36.4°C。貧血・黄疸を認めず。腹部全体に自発痛・圧痛を認めるも、膨隆を認めず。腸雑音正常。

入院後、経過観察中、右下腹部に有痛性腫痛を触知するに至る。

術前腹部単純レントゲン写真において、拡張した小腸ガス像、鏡面像を認める（写真5）。

昭和49年4月23日、回盲部炎症性腫瘍の診断のもとに開腹。

手術時所見

右傍腹直筋切開にて開腹。血性滲出液を多量に認め、回盲部より約22cm口側において、回腸重積症を認めた（写真6）（図2）。

重積回腸は約30~40cmにわたって壊死状であり、重積回腸より口側腸管は膨隆していた。約80cmの腸切除をし、端々吻合を行い、手術を終了した。

切除標本：回腸末端より、1mの部位に小指頭

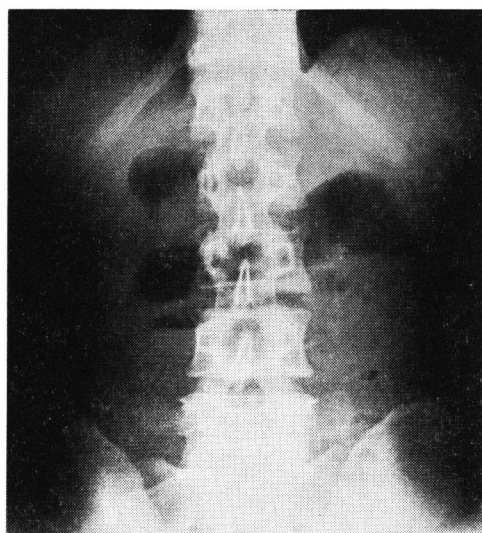


写真5（症例2）入院時腹部レントゲン写真

表2 入院時検査成績

Hb	13 g/dl	尿	
Ht	40%	比重	1.038
WBC	10,300/mm ³	pH	6
RBC	432万/mm ³	蛋白	(±)
BUN	20	糖	(-)
GOT	31	ウロビリノーゲン	(±)
GPT	12		

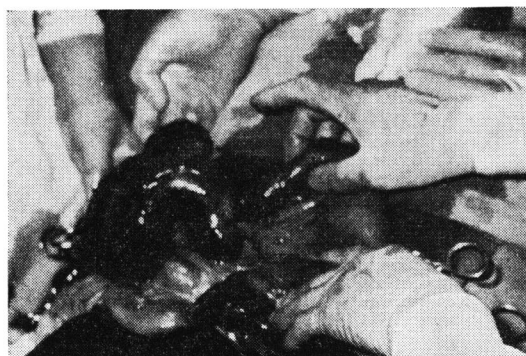


写真6（症例2）術中写真

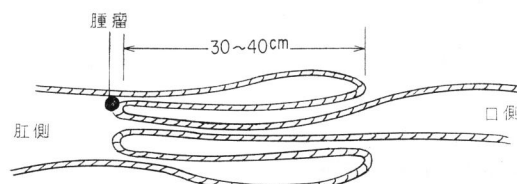


図2（症例2）腸重積シエーマ

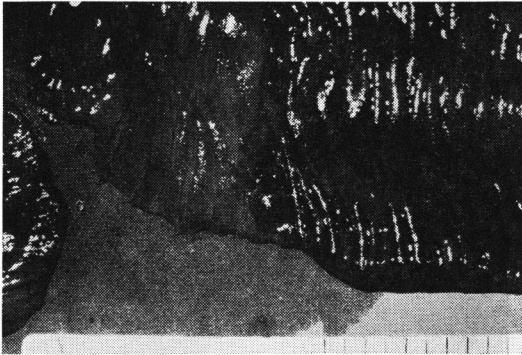


写真7 (症例2) 摘出標本

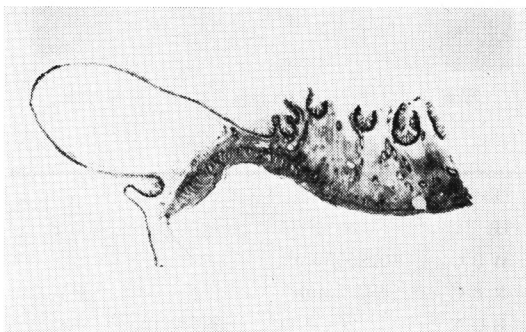


写真8 (症例2) 腫瘍部分組織標本の接写, H-E 染色, 2.5倍



写真9 (症例2) 腫瘍を被う粘膜は萎縮性, 腫瘍細胞は成熟した脂肪細胞から成り立っている, H-E 染色, 20倍

大の有茎性腫瘍があり, 粘膜におおわれていた。これより肛側回腸は壊死に陥っていた (写真7)。

病理組織学的所見: 腫瘍は粘膜下層に発生した境界明瞭な脂肪腫であり, 腫瘍を被う粘膜は萎縮がつよく, また, 出血, びらん, 好中球, リンパ球浸潤がつよいが, 腫瘍内への影響は認められず, 腫瘍細胞は成熟した脂肪細胞から成り立っている (写真8, 9)。

重積部回腸は出血壊死と粘膜下浮腫が著明であるが, 重積症の原因を示唆するような所見は認められなかった。

術後第28病日に完治退院した。

表3 小腸良性腫瘍の種類 (River ら, 1956)

adenoma	227
polyps	170
hpomas	219
myomas	179
fibromas	163
angiomas, hemangiomas	127
neurogenic tumors	90
fibromyomas	81
fibromyxomas, myxofibromas	26
lymphangiomas	18
fibroadenomas	15
myofibromas	12
myxomas	8
reticulofibromatosis	1
teratomas	1
hemangiopericytoma	1
osteoma	1
osteofibroma	1
total	1350

考 按

River らの集計¹⁾ (表3) によると 1,350例の小腸良性腫瘍中, 脂肪腫は腺腫, ポリープの次に多く, 219例であり, 全体の16.2%である。本邦における小腸脂肪腫報告例²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾は, われわれの2例を加えて41例であつた。

小腸における脂肪腫発生部位は, River らの219例の集計では, 回腸 113例, 十二指腸35例, 空腸34例, 回盲部13例の順で, 回腸に最も多い。

年齢および性別: あらゆる年齢層に発生するが, 40~60才代に多い。性別では男女差を認めな

い。

脂肪腫の大きさは、胡桃大からオレンジ大のものが多くとされているが²⁾、Mayo⁷⁾によると3 cm以下のものが全体の65.9%を占めると報告している。

小腸脂肪腫は、粘膜下より発生した内脂肪腫と、漿膜下より発生した外脂肪腫に分類される。内脂肪腫は外脂肪腫よりはるかに多く85%を占めるといわれ、管内性に発育し、茎を形成する場合と、広基性に発育する場合があります。前者は後に自然脱排出される事もある。そして腸閉塞、腸重積を併発する事が非常に多い。腸重積の合併率はRiver¹⁾らの集計219例中136例52%があり、堀米ら³⁾の17例中9例66%と報告されている。

外脂肪腫は腸管々腔外に発育する事が多い。われわれの2症例は内脂肪腫であり、その内1例は腸重積症を合併していた。他の1例はイレウス症状をしめし、脂肪腫肛側、小腸狭窄部に潰瘍形成を認めた。腸管潰瘍を、大内ら⁹⁾は病理学的に、① 血管の閉塞を伴った硬塞、② 偽膜性腸炎、③ 出血性壊死の3つに分類している。われわれの症例では、強い腸炎を伴った潰瘍であり、潰瘍形成より2次的に腸狭窄をきたしたものと思われる。脂肪腫と潰瘍との相関々係は不明である。

小腸脂肪腫は、その大きさ、発生部位などにより、無症状に経過するものも多いが、成人に発生する事が多いため、成人性腸重積症を併発し発見される事が多い。症状は慢性に経過し、腹痛、出血、慢性便秘、又は腸閉塞症状を呈する。

診断は、小腸良性腫瘍をも含め、非常に困難である。小腸脂肪腫例の1/4をRiverは、直接腹壁上より触診したと報告しているが、その大きさが、

多くは3 cm以下である事より触知する事がむずかしく、その大部分は開腹手術時、および剖検により発見されている。

レ線所見では、Olson⁸⁾らは辺縁平滑な中心陰影欠損を認めると報告しているが、本邦において、術前にレ線にて小腸脂肪腫を診断したとの報告例はない。

現在、各施設において、小腸鏡検査、イレウス管を使用しての造影が積極的に行われているが、小腸鏡を利用しての小腸脂肪腫例はまだ報告されていない。

以上の如く、小腸脂肪腫術前診断は、非常に困難であるため、慢性腹部症状を訴える症例に対し、小腸良性腫瘍を考慮し、注意深い腹部触診、レントゲン検査、小腸鏡検査などを行うべきである。

おわりに

小腸脂肪腫2症例を経験したので、若干の考察を加え報告した。慢性間歇性腹痛、亜イレウス、腸重積症々例に対しては、術前小腸良性腫瘍を念頭に置き対処すべきである。

文 献

- 1) River, L. et al.: Int Abstr Surg 102 1 (1956)
- 2) 上垣恵二・他：現代外科学大系 36 A (1970)
- 3) 堀米孝尚・他：外科治療 13 741 (1965)
- 4) 丹治正男・他：外科 32 972 (1970)
- 5) 赤木笑入・他：臨床放射線 16 325 (1971)
- 6) 吉原太郎・他：臨床外科 28 1321 (1973)
- 7) Mayo, C.W. et al.: Surg 53 598 (1963)
- 8) Olson, J.D. et al.: Ann Surg 134 195 (1951)
- 9) 内内清太・他：現代外科学大系 36 B (1970)