

## 〔臨床報告〕

## 腸管回転異常症を伴なつた消化管重複症の1例

東京女子医科大学外科学教室 (主任: 織畑秀夫教授)

里村 立志・中谷 雄三・木戸 訓一・西 純一・  
サトムラ タツシ ナカヤ ニュウゾウ キド クンイチ ニシ ジュンイチ講師 赤羽根 巖・教授 織畑 秀夫  
アカバネ イワオ オリ ハタ ヒデ オ

東京女子医科大学病院中検病理部

助教授 平 山 章  
ヒラ ヤマ アキラ

(受付 昭和52年10月11日)

## 緒 言

消化管重複症は舌根より直腸に至る全消化管のいずれの部分にも発生しうる先天性奇形である。従来, 腸管嚢腫, Enterogenous cyst, Giant diverticula, Ileum duplex, Jejunum duplex 等の名称で呼ばれていた疾患群を, 1940年 Ladd & Gross<sup>1)</sup> がduplication of the alimentary tract と統一的に呼称することを提唱した。本邦においても消化管重複症<sup>2)3)</sup>と統一されている。

当教室において最近腸管回転異常症を合併し, 回腸に発生した消化管重複症を1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

患児: 依○啓○ 生後6カ月。男児。

主訴: 嘔吐

家族歴・既往歴: 正常分娩, 特に異常なし。

現病歴: 昭和52年2月5日夕方より授乳のたびに嘔吐し不気嫌となつた。発熱 (38.8°C) してぐったりしてきたため2月6日朝方当院小児科を受診し, 右下腹部腫瘍を指摘された。腹部単純X線撮影で上部小腸内のガスと

鏡面像を認めた (写真1)。胃腸X線透視では造影剤の通過は良好であつた。更に腸重積症を疑つて注腸造影を施行したが, 右上腹部の肝彎曲部結腸迄しか造影されず, 腫瘍も消失しなかつた (写真2)。その後当科へ転科とな

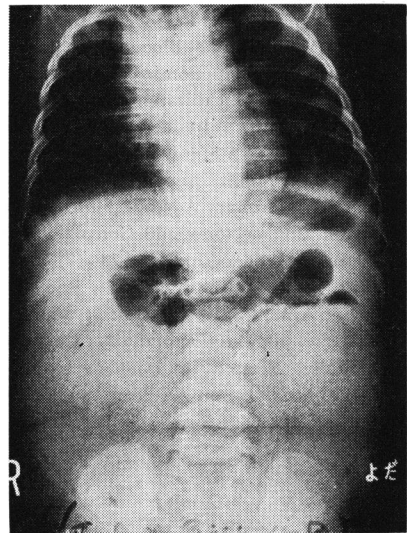


写真1 来院時腹部単純X線写真 (立位)

**Tatsushi SATOMURA, Yūzō NAKAYA, Kunichi KIDO, Junichi NISHI, Iwao AKABANE, Hideo ORIHATA;** Dept. of Surgery (Director: Prof. Hideo ORIHATA), Tokyo Women's Medical College. **Akira HIRAYAMA;** Dept. of Surgical Pathology, Tokyo Women's Medical College Hospital: A case of duplication of the alimentary tract with malrotation.

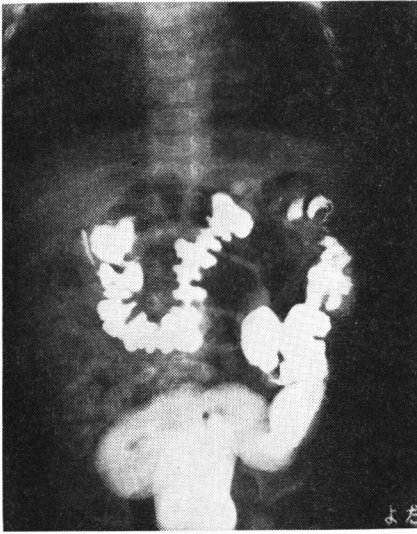


写真2 来院時消化管造影（仰臥位）

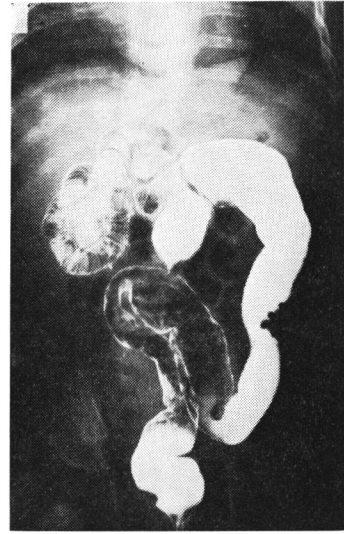


写真3 入院後注腸造影

った。

**入院時所見：**体格中等度，栄養状態良好，顔面紅潮，皮膚乾燥し，元気がなかつた．血圧90/30 mmHg，脈拍120/分，体温38.5℃，心肺には異常所見はなかつた．腹部は軟らかく，腸雑音を聴取したが，右上腹部から下腹部に移動性のある．弾力性硬の鶏卵大腫瘤を触知した．

**入院経過：**入院後直ちに輸液を開始し，3時間後に排尿を得た．来院時より嘔吐は認められなかつた．グリセリン浣腸20cc を施行後バリウム便を排出した後は機嫌が良くなり，離乳食を摂取したが異常なく，その後数回下痢便が続いた．体重9kg，

**血液所見：**Hb 13.0g/dl，Ht 39%，赤血球510

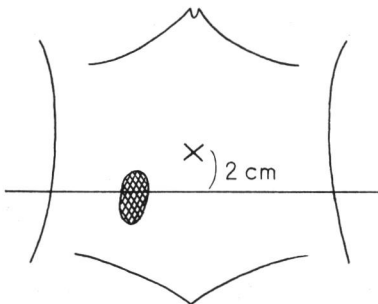


図1 右下腹部の鶏卵大腫瘤

万，白血球12,100，GOT 33u，GPT 8u，T-P 5.1 g/dl.

**尿検査：**蛋白（+），ケトン（+），糖（-）．

注腸造影で横行結腸中央までは正常な位置に認められるが，肝彎曲部，下行結腸，盲腸は造影されず，右上腹部に回腸が造影されていた（写真3）．経静脈腎盂X線撮影では右腎盂腎杯が多少拡張していたが，尿管は異常なかつた．

超音波診断法では，皮下より2.5cm に4cm×5cm 大の充実性の腫瘤を示したが，内容充実した腸管を否定できなかつた（図1，写真4）．2月

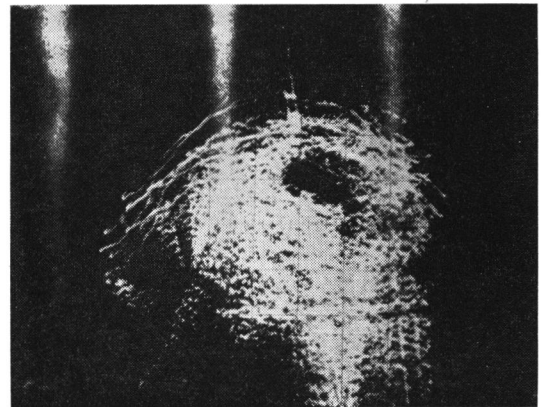


写真4 腹部超音波断層像

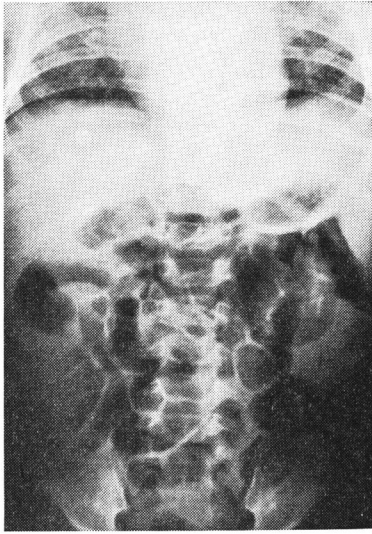


写真5 入院後10日目腹部単純X線写真（仰臥位）

14日の腹部単純X線撮影で腸管内に多量のガスと右中腹部に腫瘤によると思われる腸管圧排像を認めた（写真5）。

腹腔内腫瘤と腸回転異常症の疑いで手術を施行した。

**手術所見：**上腹部横切開にて開腹すると、腸管回転異常を認め、これが時計方向に2回転半ほど捻転していた。捻転を戻し検索すると、回腸末端より30cmの位置の腸間膜に囊腫（写真6）を認めた。囊腫は漿膜で被われ一部回腸と接していたため囊腫と回腸の一部約5cmを同時に切除した後、回腸端々吻合を施行した。トライツ靭帯は存在していた。更に十二指腸と盲腸間の線維性

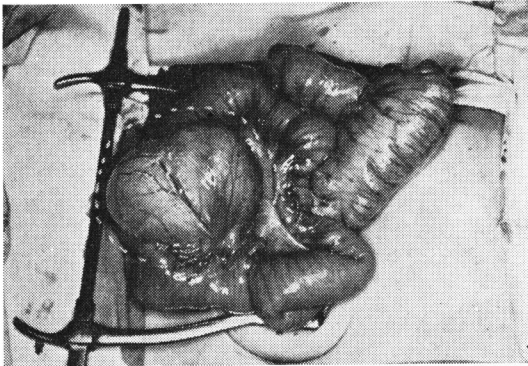


写真6 手術所見：回腸々間膜に囊腫を認める。



写真7 摘出標本

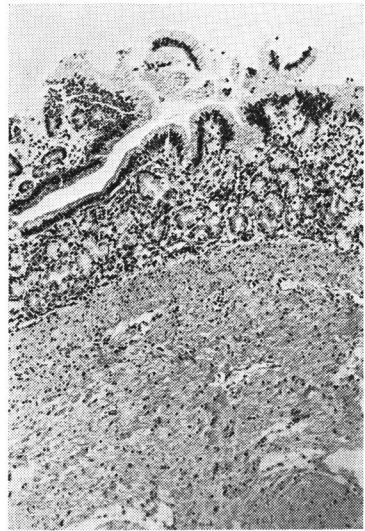


写真8 囊腫内側は幽門に類似した消化管粘膜で被われ、その外側に平滑筋層が認められる。  
H.E. 染色、中拡大

結合織を切断し、虫垂切除後に上行結腸とS字状結腸の漿膜を互いに縫合固定した。2層縫合にて閉腹して手術を終了した。腫瘤は3.5cm×4cm×5.5cm大、被膜の厚さは約3mm、内面は平滑で、粘膜の存在は不明であつた。内腔には黄色透明でやや粘稠性のある漿液で満たされていたが、回腸とは交通していなかつた（写真7）。

**病理組織学的所見：**腫瘤は回腸平滑筋層内にあり、囊腫内壁は幽門粘膜に類似した消化管粘膜、線毛円柱上皮、扁平上皮等で被われた部分が認められ、一部の粘膜層にはリンパ滲胞が形成されていた（写真8）。

術後経過：経過良好で，術後2日目より経口摂取開始し，術後10日目に消化管造影を施行したところ，造影剤の通過は正常であつた。

### 考 按

消化管重複症を定義すると，1) 平滑筋によつて覆われていること．2) 内面に消化管粘膜を有すること．3) 消化管のある部分に密着して存在すること，となる<sup>4)</sup>．多くの場合消化管の腸間膜附着側に存在し，消化管と血行を共にしている．また隣接消化管の筋層を共有しているが，大半は消化管との交通を有していない．内面は隣接消化管粘膜で覆われるが，時には異所性消化管粘膜や多種の消化管粘膜を同時に有した例もある．

発生学的には Meckel 憩室に由来する初期の頃の仮説は今日では否定されている．Bremerの再疎通障害説<sup>5)</sup>，Pavitchの部分的双胎説<sup>6)</sup>，Veeneklassの脊索発生障害説<sup>7)</sup>，Lewis & Thyingらの胎生期腸管憩室よりの発生説<sup>8)</sup>など多数の説が見られるが，若林<sup>9)</sup>は本症の発生機転を多角的に考えている．形状は球形，卵形の囊腫型と管状並列型に分類できる<sup>4)</sup>．囊腫型は消化管腔との交通はなく，主として小腸に多くみられる．管状型は希で一端が消化管腔と交通しており，消化管と平行して存在し一見双胴のように見える．本邦では4例報告されているにすぎない<sup>10)11)</sup>．

本症の発生頻度については，本邦では池田(74例，1970)，笠井<sup>12)</sup>(97例，1973)らによる集計がある．欧米ではGross(68例)<sup>4)</sup>，Daudet(764例)<sup>13)14)</sup>の報告がある．性差では，本邦症例で男女比が2.3:1と男性に多く，年齢別では15歳未満が73%を占める．部位別頻度は小腸(47%)，回盲部(23%)，結腸(18%)，胃(9%)，食道(1%)の順である<sup>10)</sup>．小腸回盲部を合わせると70%となり，本症の好発部位と考えられる．欧米では小腸(47%)，食道および縦隔内(24%)，大腸(19%)，十二指腸(6%)<sup>4)</sup>の順であり，本邦に比して食道および縦隔内と十二指腸症例が多いという特徴がある．

症状としては悪心嘔吐，腹部膨満，排便障害，腹痛などのイレウス症状が主であるが，その他に

腹部腫瘤，下血なども見られる．

合併奇形として，脊椎脊髄系の奇形は縦隔内にて，泌尿生殖器系の奇形は結腸の管状並列型のものに多い<sup>3)</sup>．腸管囊腫型のものには，本症例の腸管回転異常，また腸閉鎖の合併奇形が報告されている<sup>3)10)</sup>．

特有な病状を欠くため術前診断は困難であつた．検査として消化管造影，超音波診断法が有効であつた．腸閉塞，腫重積症の術前診断にて開腹されるものが多く，腹部腫瘤，腸間膜腫瘍がこれに次いでいる<sup>10)</sup>．

治療は外科的切除が原則である．本症は腸管壁に隣接し血管を共有しているため，合併切除が行なわれている．

### 結 語

われわれは6カ月男児の腸管回転異常を合併した消化管重複症を経験したので報告した．本症例の嘔吐の原因が，腸管回転異常によるものか消化管重複症によるものかは判明しなかつたが，乳児で腹部腫瘤と嘔吐を呈する場合に，消化管重複症を疑う必要がある．

### 文 献

- 1) Ladd, W.E., and R.E. Gross: Surg Gynec. Obst 70 295-307 (1940)
- 2) 石田正統・他：外診 5 876~889 (1963)
- 3) 石田正統・他：外診 9 216~226 (1967)
- 4) Gross, R.E.: The Surgery of infancy and childhood. Philadelphia, W.B. Sanders Co. p. 221-245 (1953)
- 5) Bremer, J.L.: Arch Path 38 133-140 (1940)
- 6) Ravitch, M.M.: Ann Surg 137 588-601 (1953)
- 7) Veeneklass, G.M.H.: Am J Dis Child 83 500-507 (1952)
- 8) Lewis, F.T., and F.W. Thying: Amer J. Anat 7 505-519 (1907)
- 9) 若林 修・他：手術 18 423~430 (1964)
- 10) 池田恵一・他：臨外 25 833~839 (1970)
- 11) 秋山 洋・他：小児外内 1 337~347 (1969)
- 12) 笠井敏雄・他：臨床外科 28 1311~1315(1973)
- 13) Daudet, M., et al.: Ann Chir Infant 8 5-17 (1967)
- 14) Silvevmann, A., et al.: Pediatr. Clin gastroenterol St. Louis, C.V. Mosby Co, (1975) p. 76-81.