

臨床報告

腹部鈍的外傷後の収縮性腸間膜炎により結腸
穿孔をきたしたと考えられた1例

谷津保健病院外科

ナガタ	ヒトシ	ミ	コシバキ	オ	カスヤ	シノブ	ヒラヤマ	ヨシフミ
永田	仁	御子	柴幸男	糟谷	忍	平山	芳文	
フジタ	トオル	ミヤザキ	シヨウジ	ロウ	オザワ	フミアキ		
藤田	徹	宮崎	正二郎	小澤	文明			

東京女子医科大学 第二外科学教室 (主任: 浜野恭一教授)

カメオカ	シンゴ	ハマノ	キョウイチ
亀岡	信悟	浜野	恭一

千葉県対がん協会病理部

クワ	ハラ	タケ	イチ	ロウ
桑	原	竹	一	郎

(受付 平成7年7月31日)

緒言

収縮性腸間膜炎 (retractile mesenteritis) は硬化性腸間膜炎 (sclerosing mesenteritis) とも呼ばれ、腸間膜のびまん性あるいは限局性、結節性肥厚をきたす腸間膜脂肪織炎 (mesenteritis panniculitis) に線維化が加わった状態で、癒着性収縮、腸管の癒着をきたし、通過障害を招くこともある。今回我々は、腹部鈍的外傷後第21病日に下行結腸穿孔をきたし、その原因が収縮性腸間膜炎によると思われる、興味深い機序で発症した、稀な症例を経験したので報告する。

症例

症例: 59歳, 男性。

主訴: 左側腹部痛, 下血。

既往歴: 特記すべきことはない。

家族歴: 特記すべきことはない。

現病歴: 1992年12月31日誤って自宅2階より転落し、全身を強打した。左第8~10肋骨骨折, 左

血胸, 左腎損傷, 左腎周囲血腫の診断にて近医へ入院し, 保存的加療により順調な経過をたどっていた。1993年1月21日突然, 左側腹部激痛, 39°Cの発熱, 多量の下血を認めた。上部消化管内視鏡検査では特に異常を認めず, 1月25日注腸造影が施行された。下行結腸の穿孔と後腹膜腔へのバリウムの漏出を認め, 結腸穿孔による後腹膜腔膿瘍の診断にて, 1月26日手術目的に当院へ転院となった。

入院時現症: 身長158cm, 体重54kg, 血圧120/84mmHg, 脈拍108/分, 整。体温37.2°C, 貧血, 黄疸はなかった。左呼吸音は低下し, 左上腹部より背部にかけ著明な圧痛を認めた。

入院時検査成績: 白血球数9,800/mm³, CRP 13.2mg/dlと炎症所見を認めたが, 他に異常値は認めなかった。

検査所見:

腹部単純X線像; 後腹膜腔に広範なバリウム

Hitoshi NAGATA^{1,2)}, Yukio MIKOSHIBA¹⁾, Shinobu KASUYA¹⁾, Yoshifumi HIRAYAMA¹⁾, Toru FUJITA¹⁾, Shojiro MIYAZAKI¹⁾, Fumiaki OZAWA¹⁾, Shingo KAMEOKA²⁾, Kyoichi HAMANO²⁾, Takeichiro KUWABARA³⁾ [¹⁾Yatsu Hoken Hospital, ²⁾Department of Surgery II, Tokyo Women's Medical College, ³⁾Chiba Antivcancer Association]: Colonic perforation due to retractile mesenteritis after abdominal injury: A case report

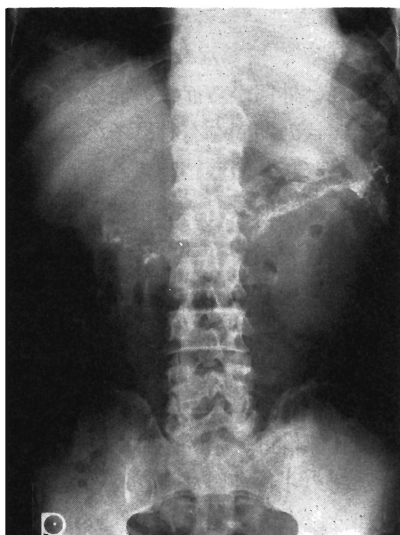


図1 入院時腹部単純 X 線像

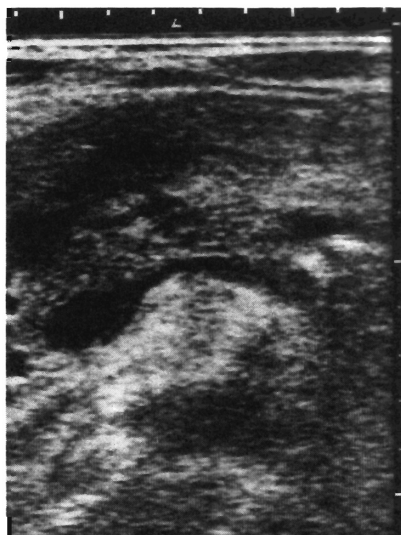


図3 入院時腹部超音波像

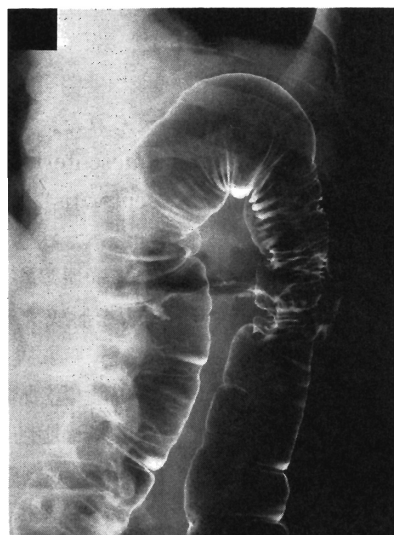


図2 前医での注腸透視



図4 入院時腹部 CT 像

貯留を認めた (図1)。

注腸透視；下行結腸より後腹膜腔へのバリウムの漏出が認められた (図2)。

腹部超音波像；臍は頭側前方に圧排され、臍背部にはガスエコー像が認められた (図3)。

腹部 CT 像；左腎背部の血腫と臍背部から下行結腸部までの後腹膜腔にバリウムを混じた液体貯留像を認めた (図4)。

手術所見：以上より、下行結腸穿孔による後腹膜腔膿瘍の診断にて、27日、結腸左半切除術を施行した。腸間膜に明らかな挫滅、損傷は認めなかった。後腹膜腔にはバリウムを混じた、悪臭を放つ多量の膿の貯留が認められた。吸引・洗浄後、左側腹部よりドレーン挿入し、閉腹した。

切除標本では下行結腸に径5mm 大の punched out 状の穿孔部とその周囲に径15mm 大の粘膜の変色域を認めた。切除標本の穿孔部のルーペ像では、腸管は全層性の穿孔を呈しており、断端には硝子化が認められ、一部出血像もみられた (図5)。粘膜の変化は軽度で、鋭利な穿孔像であり穿孔部以外の壁構造はほぼ保たれていた。明らかな特異

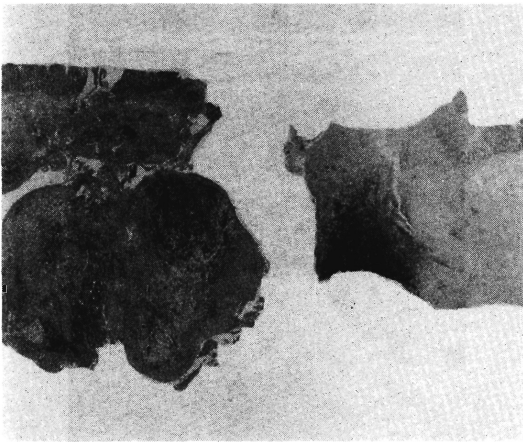


図5 切除標本のルーペ像

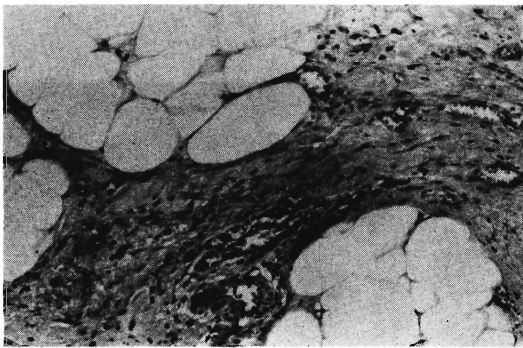


図6 腸間膜の強拡像

的炎症像は認めず、循環障害によるものが示唆された。しかし、循環障害の原因として明らかな血栓はなく、一次性的血管炎の像も認められなかった。

漿膜付近の腸間膜の強拡像では脂肪織炎と線維組織の増生が認められた(図6)。

術後経過: 後腹膜膿瘍腔と十二指腸下行脚に後発性の交通を認めたが、自然閉鎖した。術後第12病日より経口摂取を開始し、残存膿瘍腔もドレナージにより次第に縮小、閉鎖され、術後第81病日治癒退院となった。

考 察

外傷後の腸管損傷には穿通性損傷と鈍性損傷がある。前者は刃物や銃弾による直接損傷であり、後者は腸管への直達外力による圧挫、剪力または

牽引による断裂、腸管の内圧上昇による穿孔の三つが考えられる¹⁾。稀ではあるが、遅発性破裂も経験する。これは外傷から症状の発現まで通常48時間以上の無症状の期間を有し、その原因も不明のことが多く、診断と治療に困難をきたすことが多い^{2)~4)}。多くは腸間膜の挫滅・損傷のため、血栓が生じ、血流障害が起こることによる、腸管穿孔が考えられる。しかし本症例は、前記のごとく病理組織所見からは循環障害による腸管穿孔と考えられたが、腸間膜に明らかな損傷、血栓の存在がなく、一次性的血管炎の像も認められなかった。ところが、穿孔部付近の腸間膜に脂肪織炎と線維組織の増生が認められていた。これらの所見から、穿孔の原因は以下のように推察された。まず、穿孔部付近の腸間膜に外傷による二次性的収縮性腸間膜炎が生じた。同部は癒着性収縮をきたし、そのためごく狭い範囲の脈管に狭窄が生じた。その脈管を栄養血管とする腸管に、小さな punched out 状の穿孔が起きた。それゆえ、受傷後21日も経過した後には穿孔が生じたと考えられた。

収縮性腸間膜炎 (retractile mesenteritis) は硬化性腸間膜炎 (sclerosing mesenteritis) ともいわれ腸間膜脂肪織炎に線維化が加わった状態で、癒着性収縮、腸管の癒着をきたし、通過障害を招いたり、腸間膜の肥厚により、腫瘤を形成する⁵⁾。腸間膜の孤立性脂肪ジストロフィー、腸間膜脂肪織炎、収縮性腸間膜炎は腸間膜の偽腫瘍を形成する三つの病態ではあるが、組織学的には脂肪浸潤、慢性炎症、線維化がそれぞれすべてに認められる。組織学的に脂肪浸潤が優勢である場合には孤立性脂肪ジストロフィーであり、慢性炎症が優勢である場合には腸間膜脂肪織炎であり、今回の症例のように線維化が優勢な場合は収縮性腸間膜炎といわれている。主として中年以後の男性に多い⁶⁾。

収縮性腸間膜炎の原因は不詳であるが、外傷、感染、アレルギー、自己免疫によるといわれている。侵された腸管の部位により腹痛、腹部膨満感、発熱、嘔吐、便秘などの多彩な症状が現れるが、その狭窄の程度によっては無症状のこともあるという⁷⁾。今回の症例でも外傷による腹部打撲が契機となり、腸間膜に収縮性腸間膜炎をきたし、そ

のために穿孔をきたしたと推察されたが、穿孔によると思われる腹痛、発熱の以前にはなんら症状を訴えていなかった。

収縮性腸間膜炎の治療は放射線療法、ステロイド投与、免疫抑制剤投与などが有効といわれ、限局性病変に対しては手術療法も用いられるといわれるが、手術操作により、収縮性腸間膜炎再発の危惧もあるという⁷⁾。今回の我々の症例は穿孔を機に発見されたものであり手術療法の絶対的適応であったが、幸いなことに術後再発は認めていない。

結 語

腹部鈍的外傷後21日後に結腸穿孔をきたし、その原因が収縮性腸間膜炎によると考えられた極めて稀な発症機序による症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告した。

文 献

- 1) **Williams RD, Sargent FT**: The mechanism

- of intestinal injury in trauma. *J Trauma* 3: 288-294, 1963
- 2) **Fleishman HA, Griffiths GL, Bivins BA**: Delayed perforation of small intestine following abdominal trauma. *J Ky Med Assoc* 77: 294-295, 1979
- 3) **真喜屋実祐**: 外傷性遅発性臓器破裂. *総合臨* 37(Suppl): 1666-1669, 1988
- 4) **荒木恒敏, 加来信雄**: 小腸損傷. *救急医学* 14: 1631-1634, 1990
- 5) **桧沢一夫**: 腹膜・腸間膜・後腹膜. 「外科病理学」(石川栄世, 牛島 宥, 遠城寺宗知編), pp985-991, 文光堂, 東京 (1990)
- 6) **Nq SH, Wong HF, Ko SF et al**: Retractable mesenteritis with colon and retroperitoneum involvement: CT findings. *Gastrointest Radiol* 17: 333-335, 1992
- 7) **Kipfer RE**: Mesenteric paniculitis (lipodistrophy) and retractile mesenteritis. *In* *Bucks Gastroenterology* Vol 7, 4th ed, pp4210-4213, Berk, Philadelphia (1985)