

腸重積症で初発したS状結腸癌の2例

新金岡豊川総合病院内科

松 下 和 広, 東 野 正
奥 田 浩 史, 川 本 博, 熨 斗 秀 興

新金岡豊川総合病院外科

白 山 泰 明, 則 武 正 三, 豊 川 元 邦

奈良県立医科大学第3内科学教室

岩 井 均, 池 中 康 英, 佐 藤 由 美 子, 松 為 裕 二
諏 訪 好 信, 小 泉 雅 紀, 松 村 圭 祐, 松 本 真
高 谷 章, 福 井 博, 辻 井 正

TWO CASES OF SIGMOID CANCER WITH INTUSSUSCEPTION

KAZUHIRO MATSUSHITA, TADASHI HIGASHINO, HIROSHI OKUDA,
HIROSHI KAWAMOTO and HIDEOKI NOSHI*Department of Internal Medicine, Shinkanaoka Toyokawa General Hospital*

YASUAKI SHIRAYAMA, SEIZŌ NORITAKE and MOTOKUNI TOYOKAWA

*Department of Surgery, Shinkanaoka Toyokawa General Hospital*HITOSHI IWAI, YASUhide IKENAKA, YUMIKO SATŌ, YŪJI MATSUI, YOSHINOBU SUWA,
MASAKI KOIZUMI, KEISUKE MATSUMURA, MAKOTO MATSUMOTO, AKIRA TAKAYA,
HIROSHI FUKUI and TADASU TSUJII*The Third Department of Internal Medicine, Nara Medical University*

Received September 8, 1995

Abstract: Two-thirds of adult patients with intussusception are reported to have enterointestinal tumors.

We experienced two cases of sigmoid colon cancer. Two female patients, aged 54 and 32, presented with severe lower abdominal pain and melena.

The rectal examination revealed the presence of a hen-egg-sized tumor with bloody discharge in both patients. To determine the cause of persistent lower abdominal pain, we performed computed tomography(CT) scans, which showed sigmoid-rectal intussusception. Barium studies and colonoscopy disclosed that intussusception was caused by sigmoid cancer of Borrmann type I. These cases suggest that CT scan may be useful for rapid diagnosis of sigmoid-rectal intussusception due to tumors in patients presenting with severe lower abdominal pain.

Index Terms

intussusception, sigmoid colon cancer

はじめに

成人の腸重積症の約3分の2は腫瘍性疾患によると報告されている。また、S状結腸・直腸型の腸重積症は比較的少なく、成人の腸重積症の約2%程度と報告されてい

る。

今回、われわれはS状結腸・直腸型の腸重積症で初発した、Borrmann I型のS状結腸癌を2例経験したので報告する。

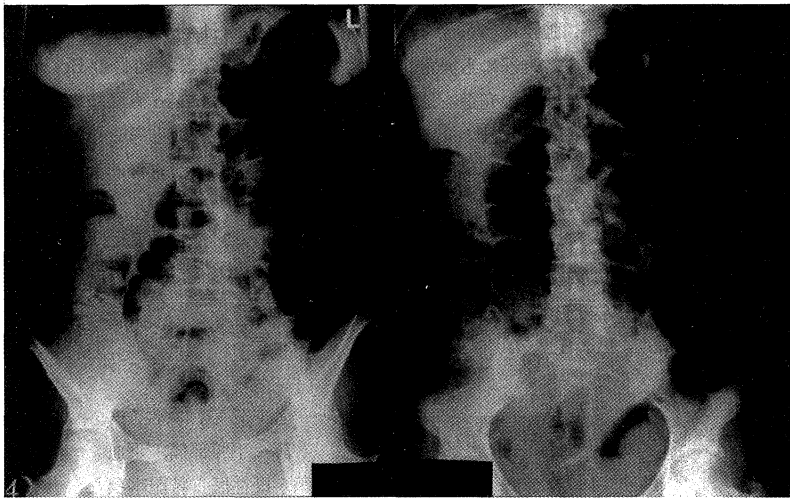


Fig. 1. Case 1. Upright (Left) and supine (Right) abdominal roentgenograms. The colon was extremely expanded by the bowel gas from the transverse colon to the descending colon.

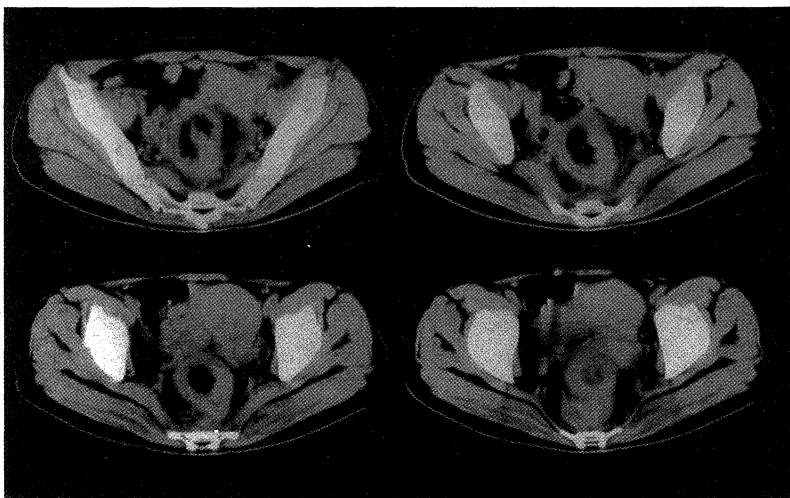


Fig. 2. Case 1. Lower abdominal CT scan. CT showing intussusception at the rectum.

症 例 1

患 者：54 歳，女性

主 訴：下腹部痛，下血

家 族 歴：特記事項なし

既 往 歴：49 歳時から糖尿病，高血圧で治療中

現 病 歴：平成 4 年 8 月初めから便通なく，同 12 日に下腹部痛，下血を自覚。同症状が徐々に増強するため，同 14 日夜に当院外来を初診し，同日緊急入院となった。

入院時現症：身長 154 cm，体重 49 kg，栄養状態は良好であった。体温 36.7℃，脈拍 78/分，整，血圧 144/88 mmHg。結膜に軽度の貧血を認めたが，強膜には黄染を認めなかった。表在リンパ節は触知せず，胸部にも異常所見はみられなかった。腹部は膨満し，腸音の亢進を認め，打診では鼓音を呈していた。肝，脾，腎は触知せず，腫瘤も触れなかった。下腿に浮腫なく，神経学的異常もみられなかった。直腸指診で約 4 cm 大の可動性に富む軟らかい腫瘤を触知した。

入院後経過：腹部単純 X 線写真で横行結腸から下行結腸に一致すると思われる著しいガス貯留像を認め，イレウス状態となっていた(H 4.8.14.Fig. 1)。

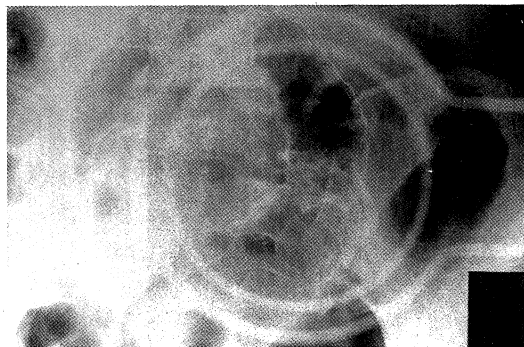
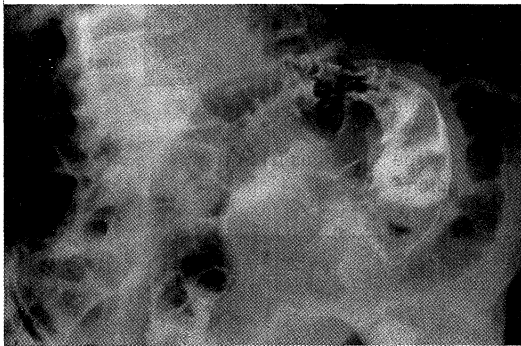


Fig. 3. Case 1. Barium study after reduction of intussusception. There was a mass in the sigmoid colon.

直腸指診で触知した腫瘤は可動性に富み，口側縁も触れたのでイレウスの直接的な原因とは考えにくく，精査のために下腹部の CT 検査を施行した(H 4.8.15.Fig. 2)。直腸の描出される部位で腸管が多層に重積しており，直腸指診で触れた腫瘤を先進部とする腸重積症と考えた。

引き続き行った直腸鏡検査では直腸内に腫瘤を認め，摂子でこの腫瘤を押し込むと大量の排便，排ガスとともに腸重積は解除された。

大腸内視鏡検査では，肛門から約 30 cm の部位に Borrmann I 型の腫瘤が観察され，生検の結果は乳頭状腺癌であった。同時に行った大腸造影では，腫瘤は S 状結腸に存在していた(H 4.8.17.Fig. 3)。

以上の経過から，S 状結腸の Borrmann I 型の癌腫を先進部とする S 状結腸・直腸型の腸重積症が生じ，イレウス状態に陥ったものと考えられた。腸重積が解除されてからは自覚症状はまったく消失し，待機的に手術を施行した。

切除標本では，S 状結腸に頂上の哆開した Borrmann I 型の腫瘤が見られた(Fig. 4)。漿膜側への浸潤はなかった。

症 例 2

患 者：32 歳，女性

主 訴：下腹部痛，下血

家族歴，既往歴：特記事項なし

現 病 歴：平成 4 年 9 月 13 日から下腹部痛と下血を自覚，同症状が持続するため，同 16 日に当科を初診した。

入院時現症：身長 159 cm，体重 52 kg で栄養状態は良好であった。体温 37.2℃，脈拍 74/分，整，血圧 132/90 mmHg。結膜に貧血なく，強膜に黄染を認めなかった。表在リンパ節は触知せず。胸部には異常所見を認めなかった。腹部は平坦，軟であったが，下腹部に圧痛を認め

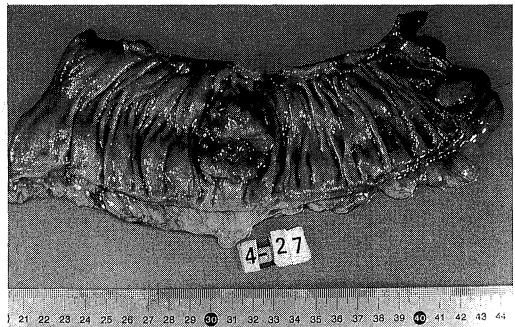


Fig. 4. Case 1. Surgical specimen of the sigmoid colon.

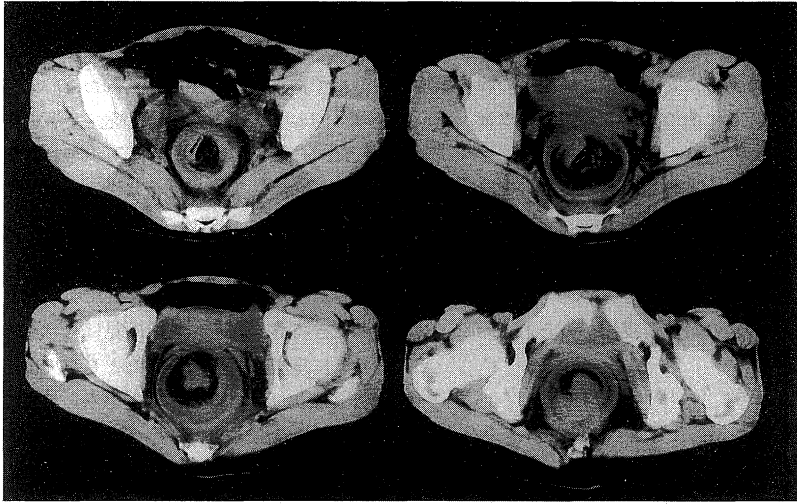


Fig. 5. Case 2. Lower abdominal CT scan.
CT showing an intussusception at the rectum.
A tumor was identified in the center.

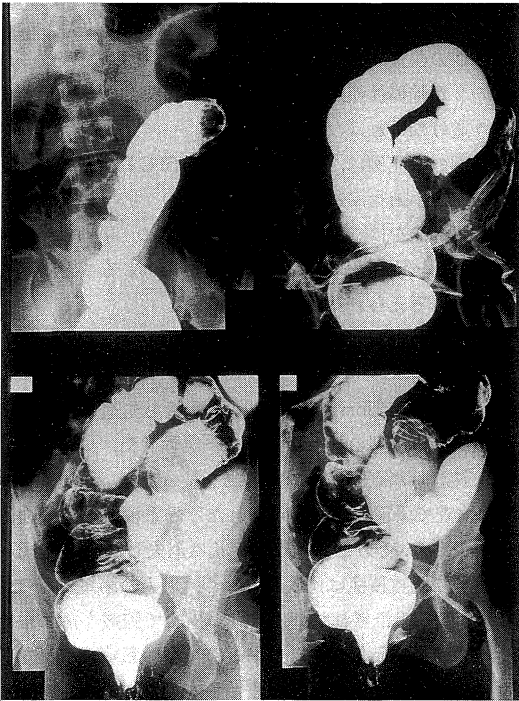


Fig. 6. Case 2. Barium study.

- a : The claw sign and classic “coiled-spring” pattern appeared in the recto-sigmoid junction.
- b : The tip advanced to the middle of the sigmoid colon, keeping the similar shape.
- c,d : After the reduction of intussusception, a mass appeared.

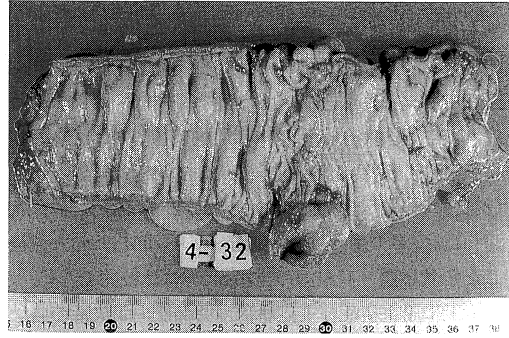


Fig. 7. Case 2. Surgical specimen of the sigmoid colon.

た。肝、脾、腎は触知せず、腫瘍も触れなかった。下腿に浮腫なく、神経学的異常なし。直腸指診で可動性のある硬い腫瘍を触知した。

入院後経過：身体所見や腹部単純X線写真では特にイレウス所見は無かった。直腸指診後、鶏卵大の腫瘍が周辺粘膜と共に肛門から脱出してみられた。腫瘍は手動的に簡単に還納されたが、症例1を経験した後であったので腸重積症を疑い、直ちに下腹部CT検査を施行したところ、直腸の部位で多層に重積した腸管内に腫瘍像が認められ、腸重積症と診断できた(Fig. 5)。

その後、引き続き注腸造影を行った(Fig. 6-a, b, c, d)。造影剤を注入開始してすぐに、直腸・S状結腸移行部でカニの爪様変化とコイル状変化がみられた(Fig. 6 a)。さらに造影剤の注入を続けて行くと、先進部はほとんど同

じ形のまままでS状結腸の中部にまで移行していった (Fig. 6 b)。さらに造影剤の注入を続けたところ、重積は解除され、先進部であったところにはぼ円形の腫瘤様陰影欠陥がみられ、そしてその口側へも造影剤は進んでいった (Fig. 6, c, d)。

腫重積の解除と同時に下腹部痛は消失し、翌日からは下血も認めなくなった。大腸内視鏡検査では、肛門から約45 cmの部位にBorrmann I型の腫瘤が認められ、生検の結果は管状腺癌であった。

切除標本では、軽度の漿膜側浸潤がみられた (Fig. 7)。

考 察

成人の腸重積症は比較的少なく、腸重積症全体の約5%程度¹⁾²⁾³⁾とされている。また、その3分の2は誘因となる器質的疾患を持ち、そのほとんどが腫瘤性病変であるといわれている¹⁾²⁾⁴⁾⁵⁾。しかし、成人例では小児例に比べ症状が軽く¹⁾²⁾⁶⁾、腸重積症が診断されないうちに経過するものも多いのではないとも考えられている。1975年から1991年までの本邦報告例のうち、論文として記載明確な47症例の重積型の頻度を調べたところ、回盲部型が21例(44.7%)、小腸型が17例(36.7%)で両者ではほぼ80%を占めていた。大腸型は9例(19.1%)でその内訳は、結腸・結腸型5例(10.6%)、結腸・S状結腸型が1例(2.1%)、S状結腸・S状結腸型が2例(4.3%)、S状結腸・直腸型が1例(2.1%)であった。今回われわれの経験したS状結腸・直腸型の重積症⁷⁾¹²⁾は比較的少ない。

一般に腸重積症の主症状は、突発性・間欠性の強い腹痛、嘔吐、血便であり、重積した腸管が軟らかい腫瘤として触知されることが多いとされている。今回の2症例はいずれも下腹部痛と下血を主訴にしているが、嘔吐はなく、腹部腫瘤も触れなかった。両症例とも初診時には、直腸指診で直腸癌を疑う腫瘤を触れたので、これによる下腹部痛・下血であると考えた。

しかし、1例目ではイレウスを伴っておりながら、直腸で触れた腫瘤は口側縁が簡単に触れられる程度の大きさであり、しかも可動性に富んでいたのでイレウスの直接的な原因とは考えにくく、その精査のために下腹部のCT検査を行って腸重積症が診断された。

また、2例目では直腸指診直後に腫瘤の肛門からの脱出を認め、腸重積の存在を疑って下腹部のCT検査を行い、その存在が証明された。両症例とも初診時の下腹部痛・下血はかなり強いものであったが、腸重積を解除することにより、下血以外の自・他覚症状は消失した。下血も2~3日のうちに止まっており、出血量も少量で、緊急手術を避けることができた。

また、今回経験した2症例で腫瘤が触知されなかったのはいずれも小骨盤腔内で生じたS状結腸・直腸型の腸重積であったためと考えられた。

今回の2症例とも、CT検査で腸重積の存在が診断された。一般に腸重積症のCT上の特徴所見は、重積部で腸管が多層に重層した輪状構造物として描出されることと重積部より口側の腸管の拡張がみられること⁸⁾⁹⁾¹³⁾である。

腸重積症が腹部超音波検査で診断されることも多くなってきており、その特徴所見はやはり、重積部で腸管が多層に重層した輪状構造物として描出されることと、重積部より口側の腸管の拡張がみられること¹⁰⁾¹¹⁾であるがわれわれの経験した2症例では小骨盤腔内の病変であったためか、腹部超音波検査では診断できなかった。

一般に腸重積の治療については、腸管の壊死を伴わない早期であれば、X線透視下での用手整復か大腸内視鏡による整復が可能であるが、診断が遅れて腸管の壊死・穿孔を伴って腹膜炎に進展すれば緊急手術が必要になってくる。成人の腸重積症は稀な疾患ではあるが、ほとんどが他の器質的疾患の結果生じるものであり、その約3分の2が腫瘍性疾患であることから、緊急手術は可能な限り避けなければならない。

今回の2症例は、ともに早期に腹部CT検査で診断され、緊急手術を回避できた。

下腹部痛を伴う直腸内腫瘤性病変では、早期に下腹部CT検査を行い、腸重積症の有無を確かめることが必要であると考えられた。

ま と め

S状結腸のBorrmann I型の腫瘤を先進部とするS状結腸・直腸型の腸重積症を2例経験した。いずれの症例も初診時に直腸指診で直腸癌を疑ったが、下腹部単純CT検査で腸重積症が診断された。腸重積症は非観血的に整復され、それと共に自覚症状は消失した。S状結腸・直腸型の腸重積症は比較的少なく、成人の腸重積症の約2%程度と報告されている。直腸指診で腫瘤を触れた場合には、早い時期に腹部CT検査で腸重積症の有無を判断することがその後の診断と治療を円滑に進めるために重要であると思われた。

文 献

- 1) 堀 公行：外科 38：692-698, 1976.
- 2) 河野一朗, 長尾和治, 松田正和, 庄嶋 健, 西村令喜, 竹口東一郎：日消外会誌. 20(8)：2011-2014, 1989.

- 3) 水沢広和, 鈴木 彰, 所沢 剛 : 外科診療 10 : 1285-1288, 1981.
- 4) 松村長生, 中田昭愷, 松崎孝世, 西島早見, 田北周平 : 外科 33(8) : 951-956, 1971.
- 5) Gordon, R. S., O'Dell, K. B., Namon, A. J. and Becker, L. B. : J. Emergency Medicine 9 : 337-342, 1991.
- 6) 尾崎行男, 中尾 実, 前田迪郎 : 外科 39 : 1520-1523, 1977.
- 7) Nesbakken, A. and Haffner, J. : Acta Chir. Scand. 155 : 201-204, 1989.
- 8) 内藤 晃, 柏戸宏造, 福岡治仁, 伊藤勝陽, 荒谷清司, 小川勇一郎 : 広島医学 36(4) : 396-398, 1983.
- 9) 三山鎮皓, 藤田正人, 石原 潔, 一島茂樹, 勝盛哲也, 中井真起子, 村上晃一, 福田雅武 : 臨放. 35 : 509-512, 1990.
- 10) 富田 貴, 趙 成濟, 片山 仁, 住 幸治, 玉本文彦, 富田富士子, 青木正巳, 八木義弘, 石和 久, 坂本豊吉 : 画像診断 8(9) : 1101-1105, 1988.
- 11) 黒岡信幸, 土井 修, 水野富一, 青柳 裕, 藤牧悦子, 野辺地篤郎, 梅垣洋一郎 : 臨放. 27 : 923-928, 1982.
- 12) Klooster, N. J. J., Goei, R. and Baeten, C. G. M. I. : Fortschr. Röntgenstr. 151(5) : 623-624, 1989.
- 13) Lorigan, J. G. and DuBrow, R. A. : Br. J. Radiol. 63 : 257-262, 1990.