

大腸憩室症の1例

宮川 信

信州大学医学部丸田外科教室

A Case of Diverticulosis of the Colon

Makoto MIYAKAWA

Prof. MARUTA's Surgical Clinic, Shinshu University

緒言

腸憩室の記載は Fabricius (1598) によるものが最初のものであるが¹⁾、大腸憩室の記載が明確にみられるようになったのは、Cruveilhier (1849)²⁾ の記載以来である。ついで、1898年 Graser が詳細な発表³⁾ をしてから数多くの報告例を見るようになった。腸憩室の部位別発生頻度は欧米と本邦とではかなりの相違を示し、欧米では結腸左半部ことに下行結腸、S字状結腸に好発し、結腸右半部に属するものは稀である⁴⁾。本邦では十二指腸憩室が最も多く、次いでメッケルの憩室が多く、結腸憩室は稀であり、ことに結腸左半部の発生は稀とされている⁵⁾。

著者は下行結腸およびS字状結腸に多発した大腸憩室と食道裂孔ヘルニアの認められた1例を経験したので報告する。なお食道裂孔ヘルニアについては丸田外科教室でこの症例を加えて5例経験しているが、他4例は教室の松田⁶⁾が報告しているのでこゝでは省略する。

I. 症 例

笠井 某 68才 女性

主 訴：左側腹部痛、腹部膨満感。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：36才の時、子宮筋腫にて子宮剔除術をうけている。

現病歴：1968年5月初旬より左側腹部痛が現われ、その疼痛は排便あるいは排ガスの前に増強するという。便の通過障害は認めない。糞便に血液、粘液の附着は認めない。某医を訪れ注腸透視にて大腸憩室症として当科に紹介された。

なお約10年前より食餌を急いで摂取すると前胸部重圧感があったが日常生活に何ら支障ないため放置していた。

入院時所見：体格中等大、栄養良好、顔貌正常、眼瞼結膜に貧血は認められない。

局所々見：下腹部正中部に手術創癒痕が認められ、

腹部全体が軽度に膨満し、皮下脂肪の沈着が認められる。左下腹部に圧痛を認めるがデファンス、鼓腸、腹水は認めなかった。聴診による腸雑音は正常に聴取できる。

臨床検査成績：血液像・赤血球数 462×10^4 、白血球数8800、血色素(ゼーリ)81%。

尿検査・異常なし。

糞便潜血反応・弱陽性。

肝機能検査・異常なし。

注腸レ線検査：下行結腸からS字状結腸にかけて小指頭大から小豆大の憩室を認めた(写真1, 2)。

胃レ線検査：バリウムは横膈膜を通過する前に胸部に貯溜し、その後横膈膜下の胃に入ることが認められた(写真3, 4)。

以上の検査結果にて、1)大腸憩室症、2)食道裂孔ヘルニアの診断が得られた。患者の訴えから判断し、今回は大腸憩室に対する手術的治療を行なうことにした。

手術所見：GOFによる全麻のもとに、左腹直筋外縁切開にて開腹する。下行結腸よりS字状結腸にかけて憩室が見られ、小指頭大から小豆大まで存在し、合計32個の憩室を認めた。憩室腸内翻転埋没縫合を施行し、組織診断の目的で憩室1ヶを切除した。

組織診断：粘膜・筋層・漿膜を具備しており真性憩室である。また粘膜固有層には形質細胞、リンパ球などの浸潤が認められ慢性炎症の像を示している。

術後経過：術後は術前に見られた左側腹部痛は認められない。

II. 考 按

A. 分 類

腸管憩室は、1)構造上より真性と仮性、2)発生時期により先天性憩室と後天性憩室あるいは一次性と二次性、3)腸間膜側、腸間膜反対側などその部位による分類、4)発生の機械的原因による内圧性と牽引性などに分けられる⁵⁾⁶⁾。しかし一般には真性と仮性の分類が

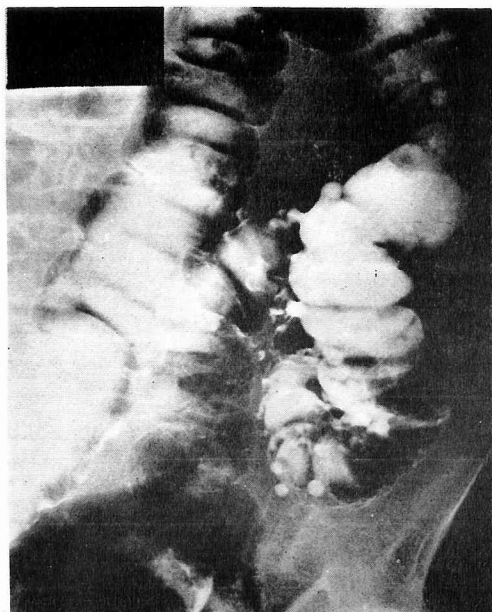


写真 1.

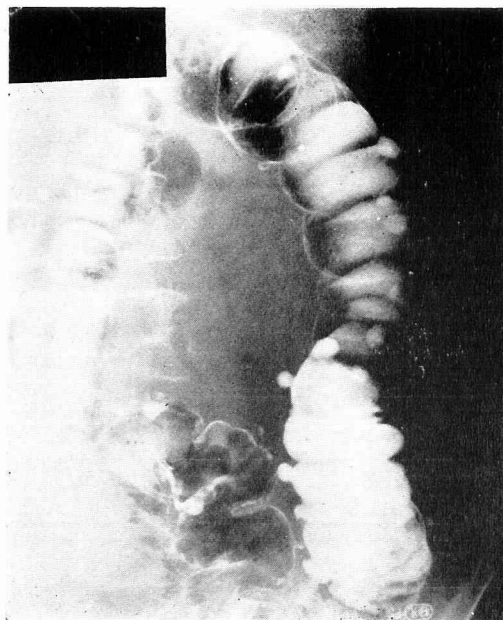


写真 2.



写真 3.

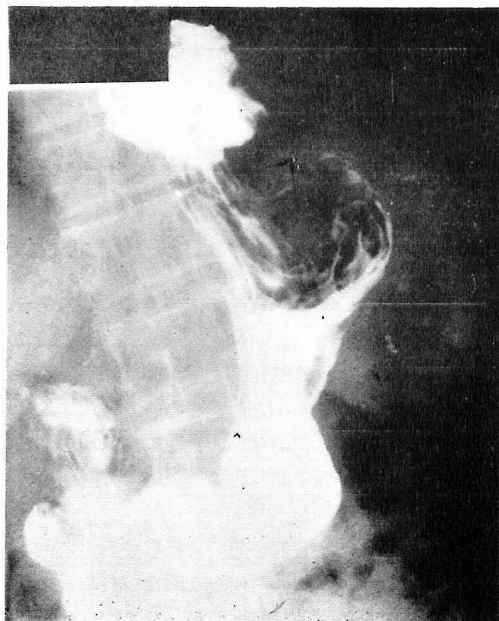


写真 4.

広く用いられている。真性とは腸壁三層(粘膜、筋層、漿膜)を具備するものをいふ、仮性とはそのうち筋層を欠如するものをいう。真性は先天性、仮性は後天性と考えられていた⁷⁾、しかしこれについてはかなりの異論があり、後天性憩室も最初はすべて真性憩室として生じ、増大とともに筋層は二次的に萎縮し、仮性憩室に移行するといわれている¹⁾。

B. 発生原因

結腸憩室の発生に関しては諸説があるが、先天性と後天性に発生する2つの場合が考えられる。盲腸憩室は単発で筋層を含む全層を有する真性憩室であることが多く、これに反してS字状結腸憩室では多発性で筋層を欠如する仮性憩室であることが多いと云う⁸⁾。

後天性の発生原因としてはGreenfelder⁹⁾は外傷説を唱え、癒着、牽引、断端の弱体化などによって腸壁が回転する発生機転を述べている。またS字状結腸に多い仮性憩室は腸管壁に入る血管間隙へ脂肪が進入し、腸管壁に抵抗減弱部を生じ、粘膜がヘルニヤ状に脱出して形成されると云われている¹⁰⁾。Boyd¹⁰⁾、Telling⁷⁾、Delitala¹¹⁾は腸壁組織の退行性変性や慢性炎症により筋線維や支持組織に抵抗減弱部を生じ、この部にヘルニヤ様脱出を生ずると述べている。さらに慢性便秘、腸内ガス蓄積、腸管痙攣などによる腸内圧亢進¹²⁾、下腸間膜静脈のウッ血¹³⁾など種々の原因が述べられている。

C. 発生頻度

消化管憩室の発見率についてみると、Wigandは7295例の剖検で2.5%、Larimorは3446例の消化管X線検査で3.0%に憩室を発見している¹⁵⁾。

欧米では大腸憩室が消化管憩室中最も多く、ことに下行結腸、S字状結腸の報告が多く、盲腸憩室は少ない。Brown⁹⁾によると大腸憩室664例中、下行、S字状結腸がその大部分を占め70.8%、盲腸部は7.5%である。

本邦では十二指腸憩室が圧倒的に多く、ついでメッケル氏憩室が多く、大腸憩室ことに左結腸憩室の報告は極めて少ない。牧野の統計⁴⁾によれば、消化管憩室1246例中十二指腸憩室75.1%、メッケル氏憩室8.2%、大腸憩室は1.9%で、そのうちわけは盲腸憩室0.9%、上行結腸0.5%、横行結腸0.2%、下行結腸0%、S字状結腸0.3%、直腸0%と報告している。

D. 年齢及び性別

一般に高令者に多いと云われている¹³⁾¹⁴⁾。Welchによれば2000例の腸透視で35才以下の大腸憩室は発見できず、85才以上では%にみられた¹⁵⁾と云っており比較的高令者に多く認められている。

性別では石川¹⁰⁾は男性24例、女性9例で男女比は2.7:1で男性に多く見られたと報告している。欧米に於ても同様で、Spriggs¹²⁾及びMayo²⁰⁾の報告では、その比は2:1であったと述べている。著者の症例は68才の女性であった。

E. 症状及び診断

一般的にいって消化管憩室があっても必ずしも症状を生ずるとは限らず、むしろこれに合併症が生じたり、ほかの目的でX線検査や開腹術が行われたさいに発見されることが多いようである。しかし大腸憩室のときは合併症を起し易く、たとえばSpriggsら¹²⁾によるとその80%は症状を呈しているといわれている。合併症としては憩室炎、憩室穿孔、大腸閉塞、腸瘻などがみられるが、炎症を生じた時の症状は腹痛、便秘、出血、発熱、下痢、腹部膨満などである(表1)。本症例も下腹部痛と腹部膨満感を訴えていた。

表1 大腸憩室炎の症状
(外科28巻4号 p.389 大内清太より引用)

| | No. of Patients |
|----------------|-----------------|
| Pain | 33 |
| Constipation | 25 |
| Blood in stool | 13 |
| Fever | 12 |
| Diarrhea | 11 |
| Fistula | 11 |
| Distention | 10 |
| Mass | 2 |
| Hemorrhage | 2 |

診断は症状をよく聴取することはもちろんであるがX線検査、直腸鏡が大切であり、Pemberton¹⁶⁾によればそれぞれ66%、63%に憩室の診断を確定できたと云っている。

F. 治療

1) 保存的療法

合併症がなく、自覚症状のない時は治療の必要はないと思われる。欧米では臨牀的に明らかな憩室炎もその67%は保存的に治療し得るといふ報告もある¹⁶⁾。

2) 手術的療法

a) 根治手術

- i) 憩室腸内翻転埋没縫合
- ii) 憩室切除

b) 救急手術

- i) 穿孔部を縫合または大網による被覆
- ii) 切開と腸瘻造設

穿孔をおこし腹膜炎を呈したもの、老令あるいは一

般状態不良の時、あるいは骨盤膿瘍、腸閉塞、結腸膀胱瘻などの合併症によりやむをえない場合は症例によって、二次、三次に分けて手術を行なうべきであり、救急手術の適応になると思われる¹⁷⁾。また慢性の炎症によって壁の肥厚、癒着が起り、腫瘤を形成している場合は腸管部分切除を行なうことになるが、癌との鑑別に注意が必要と思われる。憩室壁の肥厚、癒着などの強度でない増大、しかも多発性などの場合は憩室腸内翻転埋没縫合が手術侵襲が少ないという点推奨すべき術式と考えている。

結 語

著者は68才の女性の下行結腸およびS字状結腸に多発した大腸憩室と食道裂孔ヘルニアの認められた1例を経験したので紹介し、あわせて大腸憩室について若干の考察を行なった。

文 献

- 1) 清成正智：外科，23：42，1961.
- 2) Mayo, W. J. : Ann. Surg., 92 : 739, 1930.
- 3) Browne, D. C. : Geriatrics, 16 : 14, 1961.
- 4) 牧野惟義：外科，23：7，1，1961.
- 5) 島田信勝：治療及び処方，22：1074，1931.
- 6) Telling, W. H. M. : Lancet, 174 : 843, 1931,

London.

- 7) Telling, W. H. M. : Brit. J. Surg., 4 : 468, 1917.
- 8) 中村嘉三：外科診療，10：3，385，1968.
- 9) Greenfelder, L. A. : Surg. Gynec. Obstet., 48 : 730, 1929.
- 10) Boyd : Pathology for Surgeon, pp. 221, 1955, W. B. Saunders, Philadelphia.
- 11) Delitala, P. : Zentr.-Org. ges. Chir., 95 : 566, 1940.
- 12) Spriggs, E. I. : Lancet, 212 : 1067, 1927, London.
- 13) 大内清太：外科，28：385，1966.
- 14) 河合啓三：外科診療，7：884，1965.
- 15) 大内清太：外科，28：385，1966 より引用.
- 16) Berry, R. E. L. : Amer. J. Surg., 101 : 66, 1961.
- 17) 藤山省吾：岡山医学会雑誌，54：363，1941.
- 18) 松田三郎・寺島文平：信州医誌，17：1，69，1968.
- 19) 石川 徹：外科診療，11：6，693，1969.
- 20) Mayo, W. J. : Brit. med. J., 2 : 574, 1929.

(昭和44年12月15日 受付)