

回盲部単純性潰瘍の2例

滋野 俊¹⁾ 白井 忠¹⁾ 嶋倉勝秀¹⁾
 山口孝太郎¹⁾ 赤松 泰次¹⁾ 仲間 秀典¹⁾
 中村 喜行¹⁾ 松田 至晃¹⁾ 古田 精市¹⁾
 飯田 太²⁾ 丸山 雄造³⁾

- 1) 信州大学医学部第2内科学教室
 2) 信州大学医学部第2外科学教室
 3) 長野県がん検診センター

Two Cases of Ileo-cecal Simple Ulcer

Takashi SHIGENO¹⁾, Tadashi SHIRAI¹⁾, Katsuhide SHIMAKURA¹⁾,
 Kotaro YAMAGUCHI¹⁾, Taiji AKAMATSU¹⁾, Hidenori NAKAMA¹⁾,
 Yoshiyuki NAKAMURA¹⁾, Yoshiaki MATSUDA¹⁾, Seiichi FURUTA¹⁾,
 Futoshi IIDA²⁾ and Yuzo MARUYAMA³⁾

- 1) *Department of Internal Medicine, Shinshu University School of Medicine*
 2) *Department of Surgery, Shinshu University School of Medicine*
 3) *Nagano Cancer Center*

Two cases of ileo-cecal simple ulcer are reported. The first case, a 53-year-old man, was admitted to our hospital because of fever and lower abdominal pain. Colonoscopy and barium enema study revealed a slightly irregular ulcer on the ileo-cecal valve with stenosis, and deformity of the cecum. Ileo-cecal resection was performed which disclosed a deep, oval-shaped ulcer (1.0×1.2cm). Histologically, the ulcer was a UL-IV, non-specific chronic lesion with marked lymphoid follicles around it.

The second case, a 33-year-old female, was admitted to our hospital because of periumbilical pain and a mass in the right lower quadrant. Barium study of the small intestine and colonoscopy disclosed a large round ulcer (2.0×1.7cm) on the ileo-cecal valve with conversing folds at the large intestine. The diagnosis of simple ulcer was made. The clinical symptoms did not improve with medication, and an operation was performed. The resected specimen revealed a large ulcer on the ileo-cecal valve, which histologically showed a UL-IV, non-specific ulcer.

Recently, the "ileo-cecal simple ulcer" has been suggested as a disease entity among a battery of so-called "simple ulcers of the large intestine". It is often difficult to diagnose this disease definitively before operation, but its characteristic shape, riding on the ileo-cecal valve, leads to accurate diagnosis. Regardless of its rare incidence, it is important to bear this disease in mind when confronted with a patient complaining of abdominal pain. *Shinshu Med. J.*, 33: 258-266, 1985

(Received for publication February 1, 1985)

Key words : so-called simple ulcer of the large intestine, Ileo-cecal simple ulcer, non-specific ulcer

大腸のいわゆる単純性潰瘍, 回盲部単純性潰瘍, 非特異性潰瘍

はじめに

大腸のいわゆる単純性潰瘍は従来その定義が漠然としていたため、この中には種々の疾患が含まれていた可能性がある。しかし、近年炎症性腸疾患の研究が進み、いわゆる単純性潰瘍と呼ばれていたものの中から特に回盲部に発生する単純性潰瘍をしいだいに1つの疾患単位として取り扱う傾向にある¹⁾。最近、我々は回盲部単純性潰瘍の2例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例1：53歳，男性。

主訴：発熱，下腹部痛。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：45歳時，虫垂切除。

現病歴：昭和57年1月9日，発熱（38.5°C），右下腹部痛，下痢が出現，近医で感冒と診断され投薬を受け，症状はいったん改善したが，1月30日再び上記症状が出現したため，某病院へ入院した。抗生剤の投与などを受けたが軽快しないため精査目的で当科へ入院した。

入院時現症：身長159.4cm，体重44.5kg，脈拍80/分，血圧112/70mmHg，結膜軽度貧血様，黄疸なし。口腔内アフタなし。頸部リンパ節，小豆大2個触知。胸腹部異常なし。外陰部潰瘍なし。

検査成績：便潜血反応(+)，血沈 87/121，CRP (++)，赤血球 360万/mm³，血色素 10.5g/dl，ヘマトクリット 33%，血小板 42.3万/mm³，白血球 11,000/mm³，分画 St 28%，Seg 43%，Ly 21%，Mo 5%，Eo 3%，肝機能異常なし（Table 1），ツ反 10×10mm，便結核菌検査陰性。

大腸内視鏡検査所見：高度に変形し弁口の狭小化した回盲弁上に，潰瘍の一部と思われる白苔を認め，同部に向かう粘膜集中像を認めた。しかし，回盲弁が著しく狭窄していたため，それ以上内視鏡を挿入することができず，潰瘍の全貌を観察することはできなかった。また回盲弁に接する上行結腸側には粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。さらに盲腸は高度の変形のため内腔はほとんど消失していた（Fig. 1）。

注腸X線検査所見：盲腸は内腔が狭小化し変形が著しく回盲弁上には2個のやや不整形なバリウム斑と，それをとり囲むように結節状の隆起を認めるが，内視鏡でみられた腫瘍ははっきりしなかった（Fig. 2）。

Table 1 Laboratory data

	case 1	case 2
stool occult blood	2+	2+
stool examination of Mycobacterium Tuberculosis	negative	negative
ESR	87/121	15/40
CRP	2+	2+
RBC × 10 ⁴ /mm ³	360	446
Hb g/dl	10.5	12.0
Hct %	32.8	36.5
Plt × 10 ⁴ /mm ³	43.2	38.4
WBC /mm ³	11,000	7,100
St. %	28	10
Seg.	43	59
Ly.	21	23
Mo.	5	6
Eo.	3	2
T. P. g/dl	7.3	7.3
Alb g/dl	3.5	3.9
ZTT KU	10.5	6.8
TTT KU	1.3	1.1
GOT KU	32	13
GPT KU	20	10
T. bil mg/dl	0.3	1.2
LDH mIU/dl	130	170
IgG mg/dl	2170	—

生検では著明なリンパ球の集簇を認めたが，確定的には診断できなかった。

以上，X線検査，内視鏡検査の潰瘍所見および粘膜下腫瘍様所見に生検結果を加味して，悪性リンパ腫を疑い手術を施行した。

切除標本肉眼所見：回盲弁上に大きさ 1.0×1.2cm の境界鮮明な類円形の下攔れ傾向のある潰瘍を1つ認め，その周囲粘膜は粗大結節状に隆起していた。とくに潰瘍肛側ではこの隆起が強く，隆起の間に溝を作り，一見潰瘍のごとき印象を受けるほどであった。盲腸は変形が強くその内腔はほとんど認められなかった（Fig. 3）。

病理組織所見：潰瘍は UL-IV で，表層は壊死物質，その下層はリンパ球の浸潤と肉芽組織からなっていた。巨細胞，肉芽腫は認められず非特異性潰瘍であった。また潰瘍周囲の粘膜の結節状の隆起はリンパ濾胞の反応性増殖によるものであった（Fig. 4）。なお所属リン

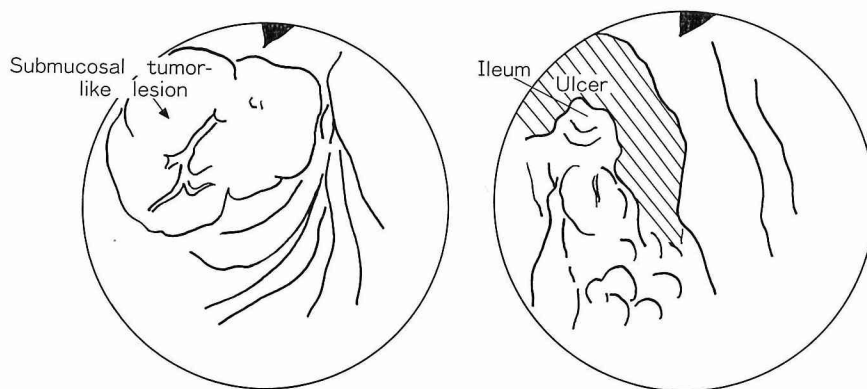


Fig. 1 Colonoscopy in case 1

lt : A submucosal tumor-like lesion is seen near the ileo-cecal valve.
Converging folds are visible toward the ileo-cecal valve.

rt : Ileo-cecal valve is stenotic ; part of a large, white-coated ulcer
is seen on it.

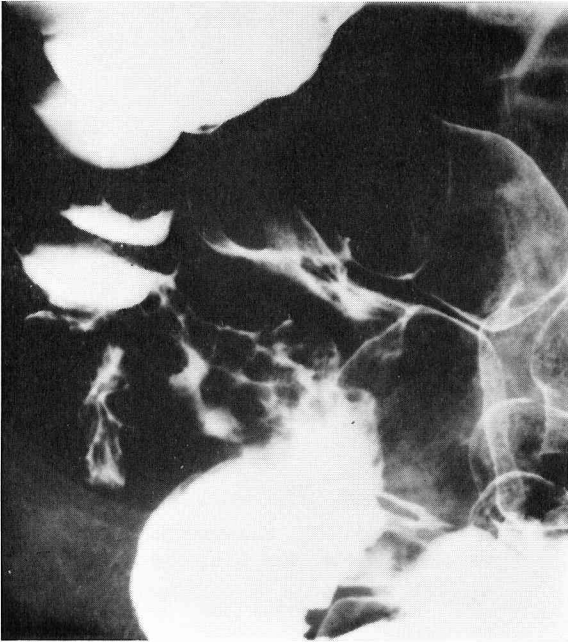


Fig. 2 Barium enema study in case 1. revealed a slightly irregular barium fleck on the ileo-cecal region and nodular mucosal prominences around it.

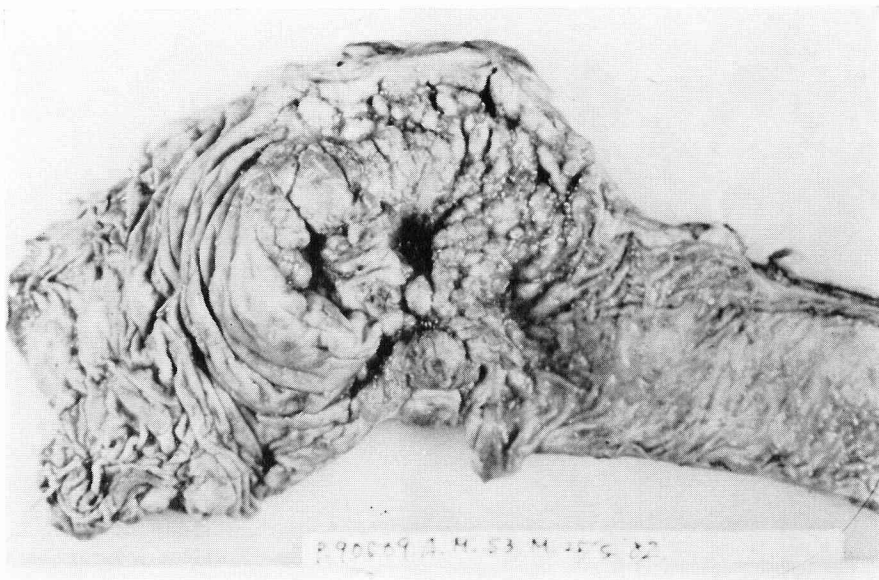


Fig. 3 Resected specimen of case 1 showing a round, undermined and large (1.0×1.2cm) ulcer on the ileocecal valve; the mucosa surrounding it shows nodular prominences.

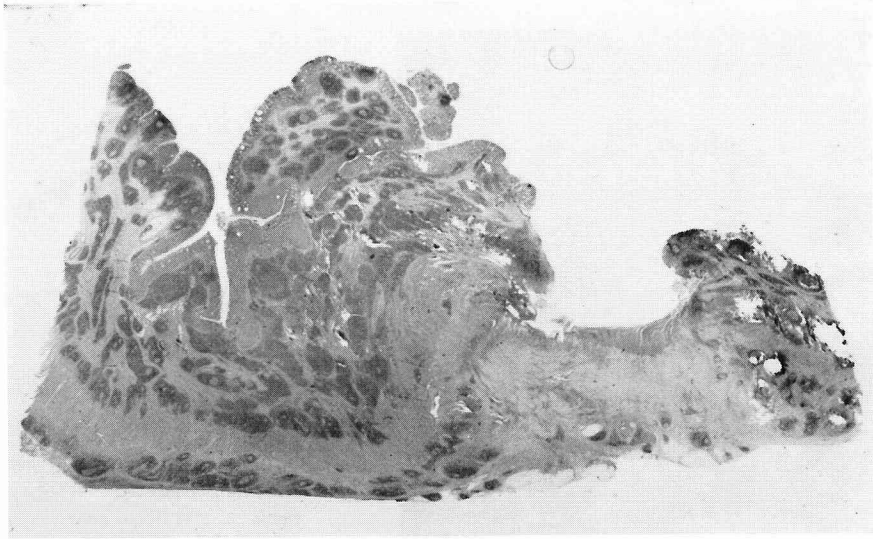


Fig. 4 Histological finding of case 1. The ulcer was UL-IV, non-specific chronic lesion. Around the ulcer there are marked lymphoid follicles.

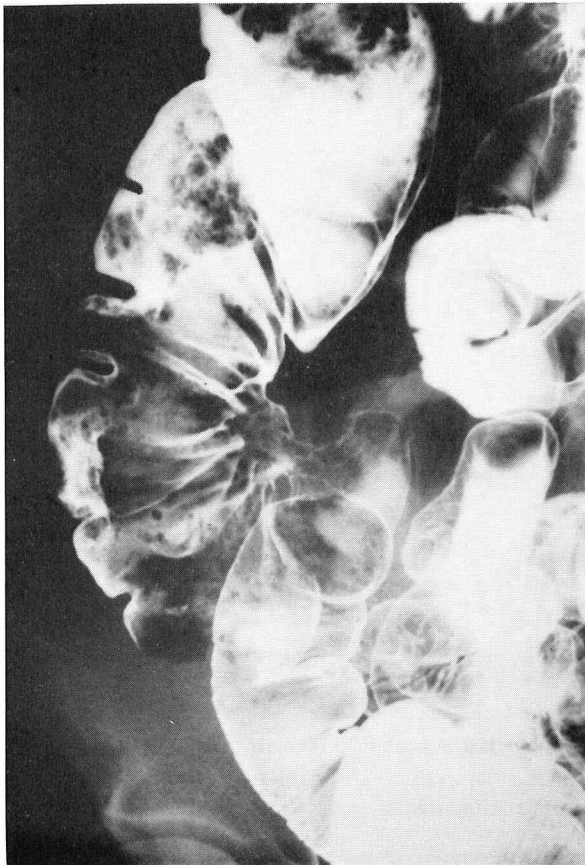


Fig. 5 Barium study of small intestine in case 2 shows a large niche on the ileo-cecal valve with conversing folds at the large intestine.

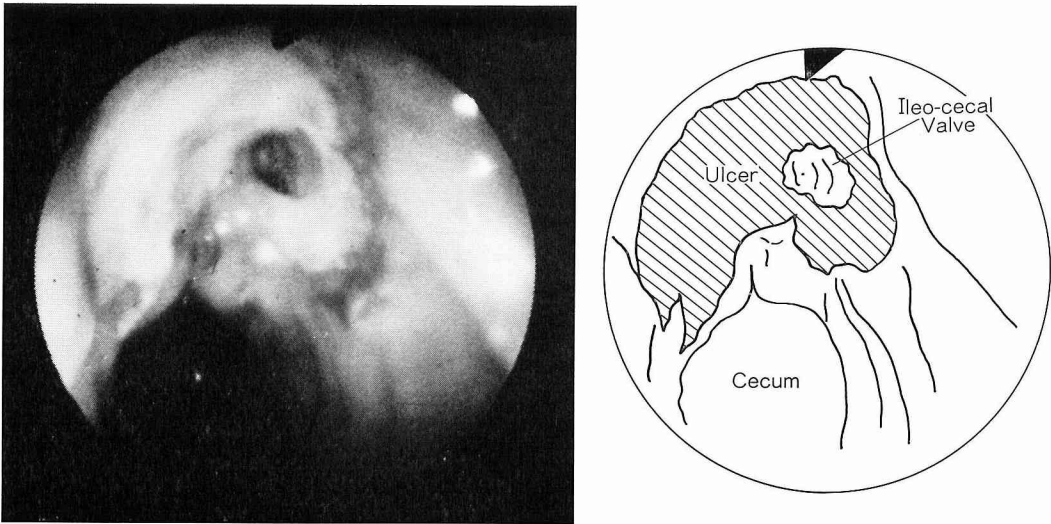


Fig. 6 Colonoscopy in case 2 revealed a large ulcer on the ileo-cecal valve with converging folds.

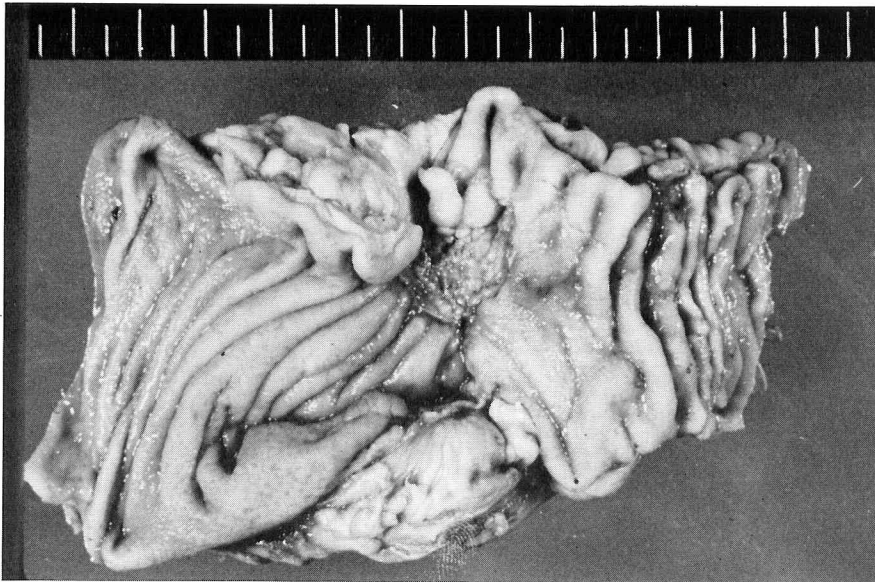


Fig. 7 The resected specimen of case 2 demonstrated an oval-shaped, large (2.0×1.7cm) ulcer on the ileo-cecal valve with converging folds.

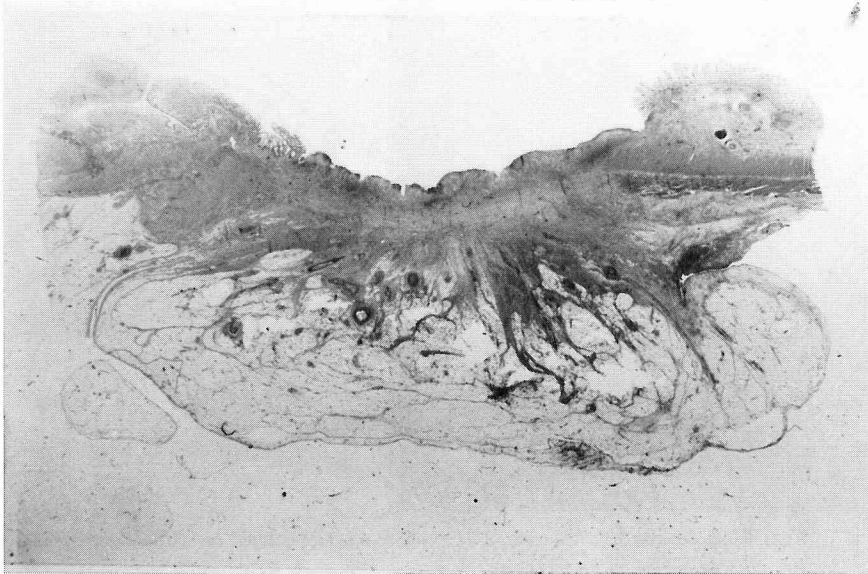


Fig. 8 Histological findings in case 2. The ulcer was UL-IV without any granuloma or giant cells.

パ節の腫大を認めたが、組織学的にはリンパ濾胞の反応性増殖の所見であった。

以上から回盲部単純性潰瘍と診断した。

症例2：33歳，女性。

主訴：臍周囲痛。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：10歳時，虫垂切除。

現病歴：昭和58年4月中旬より，食欲不振，臍周囲痛が出現，腹痛は間欠的で，さしこむような痛みであった。下血，発熱はなかった。近医を受診し右下腹部の腫瘤を指摘され，精査目的で当科へ入院した。

身体所見：身長 156cm 体重 49kg 脈拍 70/min 血圧 128/70mmHg 貧血・黄疸なし。口腔粘膜異常なし。リンパ節腫脹なし。胸部異常なし。腹部 右下腹部に鶏卵大，表面平滑で圧痛のある腫瘤を触知。外陰部異常なし。

検査成績：便潜血(++)，血沈15/40，CRP(2+)，赤血球 446万/mm³，血色素 12g/dl，ヘマトクリット 36%，血小板38.4万/mm³，白血球7,100/mm³，分画 St 10%，Seg 59%，Ly 23%，Mo 6%，Eo 2%，肝機能異常なし。(Table 1) ツ反18×13mm，針反応陰性，便結核菌検査陰性。

小腸X線検査所見：回盲末端部にニッシュを認めた

ため肛門より空気を送り二重造影像を得た (Fig. 5)。

回盲弁上に大きさ2.0×1.8cm のニッシュを認め，大腸側よりの皺襞集中像を認めた。皺襞は潰瘍辺縁までなめらかに達し良性潰瘍の所見と考えられた。また回腸末端は狭小化しているが，他に潰瘍は見られなかった。

大腸内視鏡検査所見：回盲弁上に厚い白苔を有しやや出血を伴う巨大な潰瘍があり，その周辺はやや浮腫状であった (Fig. 6)。回腸末端はやや狭小化していたが娘潰瘍はなかった。生検では炎症性細胞の浸潤を認めるのみで，また潰瘍底からの生検組織培養では結核菌は陰性であった。

Behçet 病を思わせる臨床症状はなく，以上から回盲部単純性潰瘍と診断した。Salazosulfapyridine 投与などで内科的治療を行ったが回腸末端の狭窄が強くなり，腹痛が増悪したため手術を施行した。

切除標本肉眼所見：回盲弁上に大きさ 2.0×1.7cm，境界鮮明な類円形の潰瘍が騎乗し，大腸側より皺襞集中を伴っていた。皺襞は潰瘍辺縁まで達し悪性を疑わせる所見は認めなかった。また回腸側に潰瘍は認めなかった (Fig. 7)。

病理組織像：潰瘍は UL-IV，潰瘍底は壊死物質，リンパ球主体の細胞浸潤，肉芽組織よりなり，また漿膜面にまで線維化がおよんでいた。肉芽腫，巨細胞な

どはみられず非特異性潰瘍であった。なお漿膜面の動脈に内膜の肥厚がみられたが、炎症による二次的な変化と考えられた (Fig. 8)。

考 按

大腸のいわゆる単純性潰瘍は、1832年、Cruvehierによる記載²⁾が最初といわれているが、従来、その定義および概念が必ずしも明確でないため、組織像が非特異性炎症像を示すものは安易に単純性潰瘍と診断されてきたきらいがある¹⁾。したがって過去の単純性潰瘍には憩室炎、結核、クローン病、虚血性大腸炎をはじめ種々の疾患が少なからず含まれていた可能性があり、単一の疾患単位とは考えられない。しかし、近年この中から回盲部に発生する単純性潰瘍は以下に述べる特徴から、次第に1つの疾患単位として取り扱われる傾向にある²⁾。この場合の単純性潰瘍は、境界鮮明な円形～類円形の下掘れ傾向の強い潰瘍で、主潰瘍は回盲弁上に騎乗し、回腸側に娘潰瘍を伴うことが多い。また組織学的にはUL-IVの非特異性炎症を伴う慢性活動性の潰瘍であることが特徴である³⁾。我々の2例もほぼこれらの特徴を有し典型例と思われるが2例とも回腸側に娘潰瘍の合併はなかった。また症例1は、潰瘍周囲の強いリンパ濾胞の増生をみたが、これは潰瘍が慢性活動性であることを示すものと考えられる。他の報告例にも潰瘍周囲にリンパ濾胞の増生の目立つものがみられる⁴⁾⁵⁾。

本症の病因については、感染説⁶⁾、循環障害説⁷⁾をはじめ多くの説があるが、現在のところ明らかな定説はない。また欧米では本症は臨床的にも病理的にも大腸憩室炎と共通点が多く、本症を大腸の孤立憩室炎に由来すると主張する説⁸⁾もあるが、渡辺ら³⁾の詳細な検討から本症は憩室炎とは明らかに異なるものとされている。

症状は腹痛が最も多く、これに腹部腫瘍、発熱、下痢、下血がつぐ⁵⁾。いずれにしても本症に特有の症状はなく、また近年になり注目された疾患であり、他の疾患と診断される可能性も大きいと考えられる。

診断上鑑別を要するものは癌、悪性リンパ腫、クローン病、結核、Behçet病などが挙げられるが、術前に本症と診断しえたものは約1/4程度である⁴⁾。症例1では、発熱が持続したこと、内視鏡所見上、潰瘍肛側の粘膜下腫瘍の所見から悪性リンパ腫を疑い術前には正診に至らなかった。切除標本では内視鏡で見られた粘膜下腫瘍様の隆起はなかったが、これはリンパ濾

胞の増生による潰瘍肛側粘膜の隆起と潰瘍によるひきつれによりこのような内視鏡像を呈したと思われる。このように潰瘍のみならず、潰瘍に伴う炎症性変化のため炎症性腫瘍を形成したり、周囲の腸管に変形、狭窄がおこり、その形態が複雑化することも診断が困難な一因と思われるが、症例2のごとく、回盲弁に騎乗する特有の形の潰瘍を描出できれば本症の診断はさして難しいものではないと思われる⁹⁾。

また我々の2例にも虫垂切除の既往がみられるように、本症は既往に虫垂炎のあるものが、約1/4にも達している⁴⁾。虫垂切除後、本症が発見された報告¹⁰⁾もあり、急性虫垂炎と診断されたもののなかには本症が潜んでいる可能性も考えられる。本症は比較的にまれな疾患とはいえ、右下腹部痛を訴える患者では本症の存在を念頭におくことは重要と思われる。一方、単純性潰瘍と腸型Behçet病にみられる潰瘍は形態学的にはまったく同様の所見を呈し³⁾、両者の鑑別はBehçet病の4主徴の有無をもって行われる¹¹⁾。したがってBehçet病との鑑別が臨床上最も問題となるが、我々の2例では皮膚症状、眼症状などBehçet病を思わせる症状は現在までみられていない。しかし、Behçet病の臨床症状と腸潰瘍の出現は必ずしも平行せず、単純性潰瘍と診断された後にBehçet病の症状が出現した例もあり¹⁾¹²⁾、今後の注意深い観察が必要と思われる。

治療に関しては、ほとんどの症例で外科的切除が行われている⁴⁾。その理由として、術前診断が困難なものが多いこと、組織学的には潰瘍底全層にわたって血管と炎症性細胞に富む厚い層が存在し、密な膠原線維の増生が弱いため潰瘍に治癒傾向の乏しいこと³⁾、などが挙げられる。また主潰瘍は回盲弁上に発生し、かなりの大きさを有するものが多く、たとえ治癒したとしても強い狭窄を残すことが予想され、外科的切除に頼らざるをえないのが現状といえる。Salazosulfapyridine 投与を行い経過観察したが潰瘍の治癒傾向はみられなかったとの報告もある⁹⁾。症例2でもsalazosulfapyridine 投与にて内科的治療を試みたが、むしろ回盲末端の狭窄が強くなり外科的切除を行った。現在のところ本症に有効な内科的治療はないが、単純性潰瘍は良性疾患であり、今後の有効な治療法の検討が望まれる。

おわりに

回盲部単純性潰瘍の2例を報告しその診断、臨床的取り扱いについて若干の文献的考察を加えた。

文 献

- 1) 武藤徹一郎：いわゆる“Simple Ulcer”とは。胃と腸，14：739-748，1979
- 2) Cruveihier, J. A. : Un bean cas de cicatrisation d'un ulcère del' intestin galle gâtant d'une douzaine d'années. Bull Soc Anat, 2 : 1, 1832 : quoted by 1)
- 3) 渡辺英伸，遠城寺知，八尾恒良：回盲弁近傍の単純性潰瘍の病理。胃と腸，14：749-767，1979
- 4) 上村卓良，高島茂樹，小坂健夫，片山外一，山口明夫，喜多一郎，松本伸夫，宮崎逸夫，三輪晃一，中川正：単純性非特異性大腸潰瘍の2例，消化器外科。5：1351-1355，1982
- 5) 笠島 真，根井仁一，金山隆一，高田 昭：回盲部のいわゆる単純性潰瘍。内科，51：541-544，1983
- 6) DeCamp, P. T. and Penick, R. M. : Acute non-specific inflammatory lesions of the cecum. Ann Surg. 143 : 665-669, 1956
- 7) Butsch, J. L., Dockerty, M. B. McGill, D. B. and Judd, E. S. : Solitary non-specific ulcers of the colon. Arch Surg, 98 : 171-175, 1969
- 8) Parker, R. A. and Serjeant, J. C. B. : Acute solitary ulcer and diverticulitis of the cecum. Br J Surg, 45 : 19-23, 1957
- 9) 伊藤 誠，横山善文，犬飼政美，勝見康平，岸本高比古，友松 武，安江直二，矢崎 裕，武内俊彦，古田吉行，中村隆昭，野口良樹：回盲部単純性潰瘍の一例。胃と腸，17：323-329，1982
- 10) 寺田紘一，近藤慶二，岩田克美，辻豪，山崎 奨：虫垂切除後に発見された回盲部単純性潰瘍の一例。胃と腸，16：105-110，1981
- 11) 西沢 護：「回盲弁近傍潰瘍症例」16例について。胃と腸，14：951-952，1979
- 12) 坂本清人，堀之内幸士，八尾恒良，尾前照雄，田中靖邦，水田朝博，成富義幸，渡辺英伸：Intestinal Behçet の3症例と本邦報告例の分析。日本消化器病学会雑誌，72：1032-1046，1975

(60. 2. 1 受稿)