

盲腸周周膿瘍の像を示した回腸滑平筋腫の1例

昭和37年12月28日 受付

自衛隊中央病院

西田 匡 作 正 雄
武田 定衛 布施 為 松A Case of Iliac Leiomyoma Presenting a Clinical
Picture of Pericecal AbscessTadashi Neshida, Masao Saku, Sadae Takeda
and Tamematsu Fuse
Central Hospital, S. D. F.

小腸に滑平筋腫の発生することは比較的稀であり、しかも手拳大の外筋腫中に膿瘍を形成して、恰も盲腸周囲膿瘍の像を示し、複雑な経過をたどつた後腫瘍を剔出し、その後の経過を観察したが再発の徴なく、治癒せしめ得た1例を経験したので報告する。

症 例

患者：荒○満○知，50才，男，公務員。

家族歴，既往歴：特記すべきことはない。

主 訴：下腹部膨満感，悪感を伴う発熱。

現病歴：昭和35年6月下旬特別の誘因なくして悪感を伴う39°Cの発熱をきたし，水様便，下腹部膨満感，腹痛等を訴え，医治を受けたが軽快せず，7月中旬当院外科に入院した。

入院時所見：体格中等，栄養やゝ衰えるも顔貌，意識等は正常。体温37.6°C，脈博数76，緊張良好。眼瞼結膜，胸部所見などには異常は認められない。腹部は軽度に膨満するも肝，脾，腎は触知せず。下腹部には軽い腹壁緊張を認め，臍下部でやゝ回盲部よりに手拳大，弾力性硬，表面平滑の腫瘤様抵抗を触れ，軽度の圧痛を訴えた。腸管の蠕動不絶，ダグラス窩膿瘍などの所見はない。検査成績では赤血球数400万，血色素80%，ヘマトクリット値39%，白血球数129000，百分率では好中球の核左方移動を認めるほかに特に異常はない。

経 過：入院後まずテトラサイクリン1日1gを6日間投与し，腹部の瘻法を行つたが効果なく，7月21日手術を施行した。即ち，下腹部正中切開により腹腔内に入らんとしたが，膿瘍壁は体壁腹膜に密に癒着していたので，遊離腹腔内に入ることなく，膿瘍内に達し，約500ccの黄色膿を排除し，ドレーンを挿入した。その後排出液は減少したが，約8cmの瘻孔を形成し，難治性のため瘻孔摘出を行うべく，再度手術し

た。

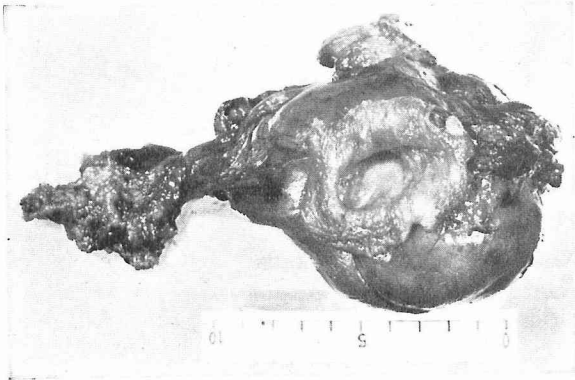
手術所見：瘻孔は腹腔内に存在する超手拳大，球状，弾力性硬の腫瘤に連なり，この腫瘍は回腸末端より口側約70cmの部の回腸壁に約4cmにわたり密に癒着していて，腸管壁より発生した腫瘍の如く思われた。腫瘍とともに腸管を約8cm切除し，端々吻合を行い，腹壁は一次的に閉鎖した。

摘出標本：10×8×7cmで，表面平滑，暗赤色，弾力性硬（第1図），剖面は灰白色，囊腫を形成しているが，その壁は極めて厚く，腸管内腔とは交通していない。この部の回腸粘膜は皺襞消失し，平坦で，潰瘍，糜爛などは認められない（第2図）。

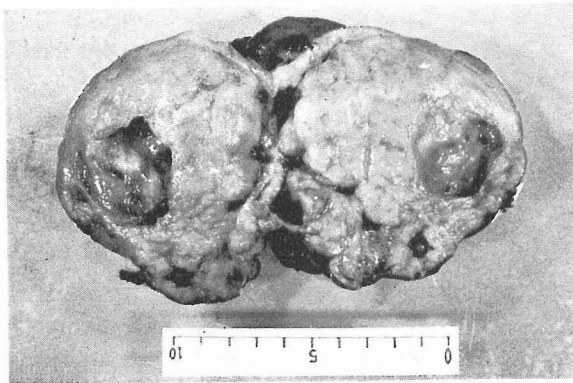
組織学的所見：腫瘍細胞は紡錘形，核は円形または楕円形，大小不同で，腫瘍細胞は処々に渦巻状結節をともなっている（第3図）。腸管粘膜は慢性炎症像を示し，一部筋層は正常像を示すも，壁の大部分は滑平筋によつて置換され，悪性像を認めない。以上の所見から本腫瘍は回腸より発した滑平筋腫と診断された。

考 按

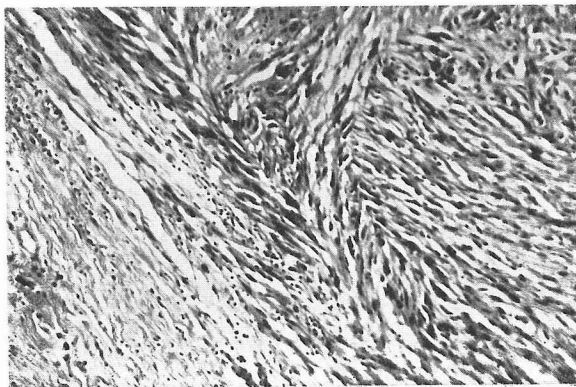
発生頻度：腸管に発生する筋腫は1858年 Förster^①によつて初めて記載されたという比較的稀な疾患で，Raiford^②は11500例の剖検と45000の摘出標本から88例の小腸腫瘍を見出し，その中の3例が筋腫であつた報告，Rabinovitch^③も25年間に結腸癌1954例，小腸癌48例に対し，腸管の滑平筋腫はわずか7例で，このうち小腸筋腫は3例であると報告している。Starr等^④は1955年までに本症の報告例は凡そ230例であると言うが，欧米では滑平筋に由来する良性腫瘍と悪性腫瘍とを合計している報告もあるので，良性腫瘍のみの正確な数字は必ずしも明らかでないが，諸家の報告を綜合すると，本症が小腸とくに回腸に発生することは稀であると言ひ得る。



第1図 中央の円形像は回腸壁よりみた腫瘍であるが、嚢腫との交通は認められない。



第2図 断面、嚢腫は長期間のドレナージの結果縮小し、壁は厚くなっている。



第3図 腸管壁と腫瘍との移行部

本邦では明治45年大河内等^⑥の報告以来症例数が重ねられ、最近では門馬^⑧、宮崎^⑦等の報告があり、木内等^⑥の集計にその後の報告例と自験例を加えると36例前後となる(第1表)。小腸内の発生部位をみると空腸が過半数を占め、次で回腸、十二指腸の順となる(第2表)。

年令、性別：Roth^⑨の新生児に認められた悪性化の1例のごとき報告もあるが、Starr等^③の230例に

記載された平均年令は49才であり、本邦例の年令的分布は30~60才に最も多い(第3表)。性別では両性間に大きな差違はなく、本邦例でも不明例を除けば、男女同数となる。

症状：本症は不定の症状を示すことが多いが、Starr等^③の報告によれば良性的の場合も下血と腹痛を訴える例が圧倒的に多く(第4表)、Horsley^⑩、Goldon^⑪なども不定の出血に注目している。腸管腔

	報告者	発表年度	年令	性	発生部位	組織診断
1	大河内	明. 45	40	女	空腸	線維筋腫
2	乗岡	" 3	32	男	"	筋腫
3	河村	昭. 7	49	"	"	滑平筋腫
4	河村	" 7	49	女	回腸	"
5	上村	" 9	不明	不明	小腸	筋腫
6	安武	" 10	28	女	回腸	線維筋腫
7	永井	" 10	50	"	"	滑平筋腫
8	中村	" 11	39	男	空腸	腺筋腫
9	清市	" 13	60	女	回腸	線維筋腫
10	市川	" 15	28	"	"	線維滑平筋腫
11	石川	" 16	47	"	空腸	滑平筋腫
12	海城	" 16	8	"	回腸	腺筋腫
13	木下	" 19	5	男	十二指腸	"
14	篠原	" 28	35	女	空腸	筋腫
15	村上	" 28	52	男	回腸	"
16	中島	" 29	35	女	空腸	"
17	黒住	" 32	45	男	"	滑平筋腫
18	政井	" 33	62	女	"	筋腫
19	仙波	" 33	26	"	"	滑平筋線維腸
20	木村	" 33	47	男	"	筋腫
21	上谷	" 33	66	"	十二指腸	"
22	門馬	" 33	45	女	回腸	滑平筋腫
23	中矢	" 33	54	"	"	"
24	清水	" 33	23	男	空腸	囊腫性筋腺腫
25	安藤	" 33	44	"	回腸	滑平筋腫
26	林	" 34	69	"	空腸	"
27	内藤	" 34	39	"	"	"
28	五畑	" 34	42	女	"	"
29	和田	" 35	40	"	回腸	"
30	田山	" 35	60	男	空腸	"
31	田山	" 35	67	"	"	"
32	嶋地	" 35	33	"	十二指腸	"
33	木内	" 36	64	"	空腸	"
34	上田	" 36	59	"	"	筋腫
35	宮崎	" 36	42	女	"	滑平筋腫
36	自験例	" 37	50	男	回腸	"

第1表

本邦に於ける小腸筋腫報告例

部 位	例 数	%
十 二 指 腸	3	8.3
空 腸	20	55.6
回 腸	12	33.3
不 明	1	2.8
計	36	100.0

第2表 小腸内部位別発生頻度

発 生 年 令	例 数
5才	1
8才	1
20才～30才	4
31才～40才	8
41才～50才	11
51才～60才	5
61才～	5
不 明	1
計	36

第3表 年 部 別 発 生 頻 度

症 状	良 性 (35例)	悪 性 (41例)	計 (76例)
下 血	24	26	50
腹 痛	24	26	50
触診可能な腫瘍	6	21	27
腸 閉 塞	4	11	15
腸 重 積	3	6	9
腹 膜 炎	0	6	6
体 重 減 少	2	10	12
吐 血	1	2	3

第4表 Starr等(Mayo Clinic)における
76例の症状

内に増殖した内筋腫では、腸閉塞症状を示すこともあり、これ等の合併症も悪性化したものにみられることが多い。

診 断：本症の診断は腫瘍が触知し得ない間はなかなか困難で、他の疾患で開腹された際偶然に発見される例が多く、たとえ合併症を伴つてもそれが本症に由来することを術前に想定し得る例は極めて稀である。

治 療：上記の如く術前の診断は必ずしも容易でないで、疑わしい場合は開腹の上、腸管の全領域にわ

たつて精査し、早期に腫瘍を含めて腸切除術を行うべきである。本症は悪性化の傾向が強くと、血行性転移も来し易いが、発育は比較的緩慢であるから、Golden^⑩等はたとえ腹腔内転移があつても、あるいはまた肝転移が単独である場合は原発病巣を除去すべきであると言う。

さて自験例について考えるに、右下腹部に炎症性腫瘍を触れ、盲腸周囲膿瘍として切開排膿したが、この膿瘍は実は回腸末端に発生した平滑筋腫内に嚢腫を形成し、これが二次的に感染し、当時嚢腫壁が極めて菲薄で、しかも体壁腹膜に癒着していたため診断を困難ならしめたものである。超手拳大の回腸平滑筋腫が組織学的には良性で、しかも、かくのごとき複雑な像を示した例は極めて稀なものであると言ひ得る。

結 論

50才、男子で、腹部膨満、発熱等を主訴とし、虫垂穿孔などによる盲腸周囲膿瘍の像を示し、切開排膿、瘻孔形成、再開腹、腫瘍摘出と云う経過をたどり、恰も悪性像を示したにも拘らず、組織学的には良性で、術後2年半を経過した現在、何等の異常を認めない回腸平滑筋腫の1例を経験したので報告する。

(本文の要旨は第8回防衛々生学会に発表した。本文中病理学的部門に関しては、当院臨床検査課長小沢啓邦博士の御教示を仰いだ。ここに感意を表する。)

参 考 文 献

- ①Förster: Virchows Arch. f. path. Anat., 13, 270, 1958 (文献④より引用) ②Reiford, T. S.: Arch. Surg., 25, 123, 1932 ③Rabinovitch, J., Grayzal, D. M., Swyer, A. J. & Pines, B.: Surg. Gynec. & Obst., 85, 333, 1947 ④Starr, G. F., Dockerty, M. B.: Cancer, 8, 101, 1955 ⑤大河内・岡田: 東京医事新誌, 1774, 1415, 明治45, (文献⑥より引用) ⑥門馬・辻・竹多: 医療, 12, 302, 昭和33 ⑦宮崎・牧内: 外科, 23, 1194, 昭和36 ⑧木内・木村・松本: 医療, 15, 642, 昭和36 ⑨Roth, D. & Farrinacci, C. J.: Cancer, 3, 1039, 1950 ⑩Horsley, G. W. & Means, R. L.: Ann. Surg., 141, 799, 1955. ⑪Goldon, T. & Stout, A. P.: Surg. Gynec. & Obst., 73, 784, 1941