

特発性十二指腸拡張症の1例

昭和32年9月14日受付

信州大学医学部丸田外科教室

島田 寔

信州大学医学部小児科学教室

高井 善弘

特発性十二指腸拡張症、或は先天性十二指腸拡張症と呼ばれる疾患は1924年 Melchior^①により詳細に報告されて以来、一般の注目を引くに至つた疾患であるが未だ今日に於てもその本態は不明で、且つ全く稀な疾患とされている。

我々は最近嘔吐、腹痛等を主訴として来院した6才8カ月の小児で、X線上典型的な十二指腸拡張症の所見を呈し、開腹したところ Melchior の所謂特発性十二指腸拡張症なることを確認した症例を経験したのでその臨床所見を述べ、併せて本症に関する文献的考察を加えた。

症 例

茅野某、6才8カ月、男子。

主 訴、頑固な嘔吐と腹痛。

家族歴、特記すべきことはない。

既往歴、満期、鉗子分娩にて出産し、生下時体重は3.4kg.、混合栄養にて生育し、歩行は1年3カ月頃より開始した。家人により生后2週目頃より右側風径ヘルニアのあるのに気付かれていたが、そのまま放置していた。

現病歴、生后1週目頃より1日数回の噴射状嘔吐を見るようになり、幽門狭窄症の診断で治療を受けたが軽快せず、羸瘦が目立つて来た。3カ月頃よりは嘔吐の頻度は減少したが、1才頃に至り離乳して固形食を与えるようになってから嘔吐は再び頻回となり、同時に多食症が現われ、2才頃にはすでに大人の量をたべるようになった。上腹部の膨隆は漸次増強し、腹鳴甚しく、放屁も頻回にみられるようになった。吐物は常に黄色を帯び、酸臭はあるが、糞臭を帯びたことはなかつた。

3才の頃は嘔吐が最もはげしかつたが、4才頃よりは嘔吐の回数は次第に少くなり、来院時には1月に3~4回くらいとなつた。ところが最近に至り、嘔吐の前後に腹痛を訴えるようになったので、昭和30年12月2日入院した。

入院時所見、身長は101cm、体重は18.7kg.で、いづれも標準以上で栄養は不良である。顔面少々蒼白、

心肺、四肢等に異状は認められない。腹部所見としては腹囲57.0cm.で、上腹部がやゝ膨隆しているが蠕動不穏は見当たらない。腹部の触診では恰も Hirschsprung 氏病の腹部を触れるが如き感があり、又グル音一般に強く、打診上腹部右側は全般に著明な鼓音を呈している。肝、脾、腎は触れない。

入院時検査所見、ツ反応陰性、ワ氏反応陰性、血液像に白血球増多(13,800)を認めた他は異常はない。肝機能は正常、尿中にインヂカン陽性であつたが、糞便に異状所見はない。

胃液検査ではカフエイン法で最高酸度は遊離塩酸43、総酸度80を示し少々高酸で長高曲線を示している。十二指腸液検査ではpH.4.5で酸性を示し、酵母を多数に培養出来る。

レントゲン検査所見、食道には異常なく、胃は牛角型で成人大を示し、やゝ上方に圧排されているが、ニツシエ或は陰影欠損等の異常所見を認めない。また幽門よりの排出は良好である。写真1はバリウム服用30分後に撮影したものであるが、一見して明瞭な如く、十二指腸はその全領域にわたり著明な拡張を示し、この拡張せる十二指腸は腹腔の右半分を占めている。また透視でこの拡張部には甚だ強い蠕動運動が認められた。バリウム服用後3時間では、写真2の如く、胃にバリウムの残存はなく、十二指腸には未だバリウムの残像を認めるが、空腸へのバリウムの移行は順調に見られ、何処にも特に器質的狭窄を思わせる所見はない。

以上の所見より、特発性十二指腸拡張症の診断のもとに手術を行った。

手術所見、上腹部正中切開にて開腹すると、胃にも拡張、肥厚が認められ、十二指腸はその起始部より十二指腸空腸曲部に至るまで、即ちその全領域に亘つて高度の拡張と肥厚が認められ、十二指腸の最大拡張部は直径凡そ7~8cmを示していた。空腸への移行部は円錐状に次第に細くなつて正常の空腸へと移行しており、この部には、器質的狭窄等は認められなかつた。そこで第1図に示す如く、胃切除(凡そ1/2)、並びに

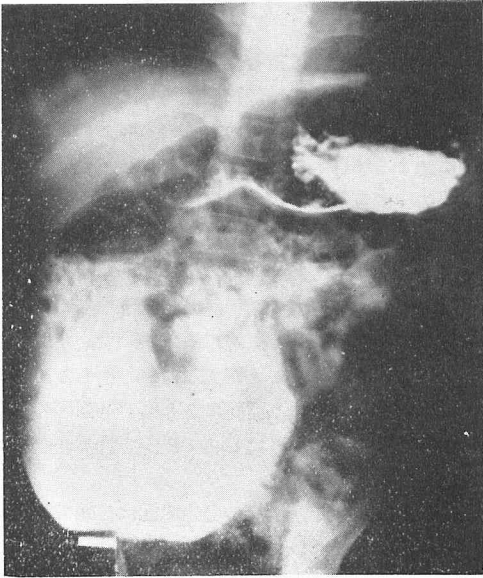


写真 1

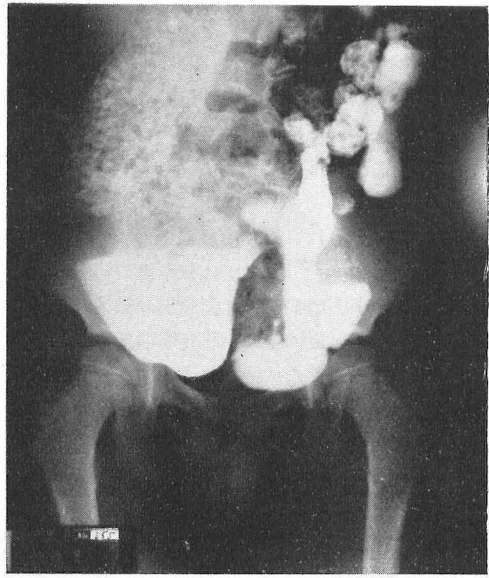


写真 2

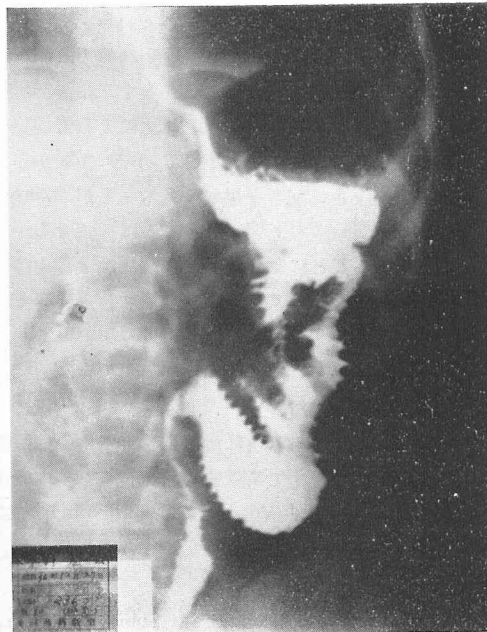
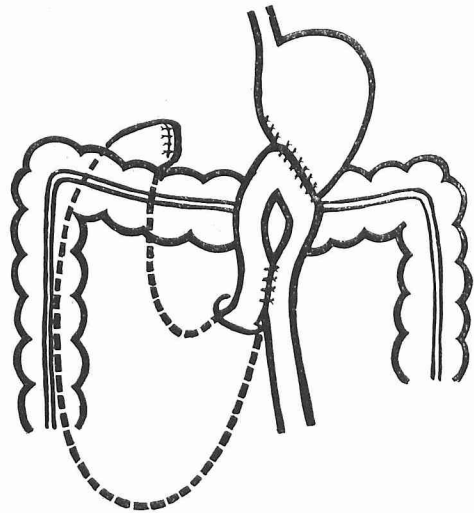


写真 3

胃切除術 (Billroth II 法)
Brown 氏吻合併用



第 1 図

Billroth II 法に従つて胃空腸吻合術を行い、十二指腸を曠置し、更に十二指腸に内容の停滞するのを防ぐためブラウン氏吻合を施して手術を終えた。

術後経過、術後は順調に経過し、本例の主訴であつた嘔吐、腹痛等は全く消失し、腹部は平坦となつた。

術後16日目に於けるレントゲン検査では、写真3の如く、バリウムは吻合部より空腸に順調に移行している像が見られた。

術後17日目で退院したが、その後は次第に体重も増加し、現在元気で通学している。

考 按

腸管の著しい拡張と肥厚とを来す疾患は一般に稀とされているが、その中では Hirschsprung 氏病が比較的多く見られるもので、十二指腸に発生する特発性十二指腸拡張症は極めて稀なものである。

特発性十二指腸拡張症は 1905年 Tschudy^①により最初に報告され、その後 1924年 Melchior^②により初めて詳細に記載され一般の注目をひくに至つた。

本症は Melchior^②によれば狭窄等の器質的病変がなくて、十二指腸球部、十二指腸上部領域、或は十二指腸全領域時には更に十二指腸空腸曲部を越えて空腸上部領域に及ぶ著明な拡張を来す疾患をさすものであつて、これを特発性食道拡張症、又は Hirschsprung 氏病に擬して考える人も多い^{⑥⑩⑪}。

本症の発生原因に関しては未だ定説はないが、本症を十二指腸の先天性奇形であると考えるもの^{②③④⑦⑧⑨}、若しくは支配神経の機能異常に依ると見做す神経性原因説^{⑤⑥⑩⑪}等がある。例えば Melchior^②は生后間もない乳児にこの種の十二指腸拡張が存在し同時に胆道系にも拡張を伴つていた症例をあげて、本症を十二指腸の先天性奇形であると主張し、Zuelzer, Wilson^⑥は病理学的検索を行い得た 5例の本疾患類似の症例に於て、拡張腸管につまみ末梢腸管壁にアウエルバツハ氏神経叢の欠損していることを認め、原因は拡張せる腸管よりもむしろその末梢側の腸壁にあつて、その部には器質的狭窄はないが、腸壁のアウエルバツハ氏神経叢が減少乃至欠損しているため、その部は蠕動運動が減少乃至消失し、機能的狭窄状態を示し、従つてそれより上方の腸管には内容が鬱滞するため拡張肥厚を来すのであると述べて、神経性原因説を主張している。我々の症例でもレントゲン透視で拡張部に却つて蠕動運動の異常な充進が認められたから、本例は単なる先天性奇形にもとづく十二指腸の拡張というよりは、むしろその末梢部腸壁に Zuelzer 等の主張するような病変が存在するものゝ如く推測されるが組織学的検索を行つていないから確言は出来ない。

本症の発生頻度については、極めて稀な疾患とされており、我々の調査し得た範囲では、最近 10年間に於ける本邦での報告例はわずか 7例にすぎない^{⑨⑩⑪⑫⑬}。

症状としては、大部分のものは嘔吐を主訴としている^{⑦⑧⑩⑫⑬}。嘔吐は所謂噴射状嘔吐の形が多く、生下時より又は生后間もなく始まる腹部膨満と嘔吐はこの疾患の特異的症状であるとも云われている^{⑤⑩⑪}。時には食后上腹部痛を訴えたり、胃症状が強い場合があり、胃疾患と誤診されることもある^{②⑩}。しかしな

がら稀にはなんら認むべき秘訴のないこともあるという^④。

本症の診断に當つて重要なのはレントゲン所見であつて、一般に十二指腸球部拡張症に見る巨大十二指腸球の大きさは、正常のもの 2~3倍で時として小児手拳大に達する場合もあると云われ、拡張が更に他の十二指腸領域に及べば、我々の症例の如き像を呈するに至る。いずれの場合に於ても内容の排泄は極めておそく、十二指腸球部もしくは十二指腸下部水平脚内に数時間乃至十数時間に亘つて停滞し、同部に於けるレ線陰影像は屢々上方より空気泡、液体中間層、バリウム層と 3層を形成することがある^⑭。しかしながら本症の確実な診断はやはり開腹により器質的原因の有無をたしかめることによりはじめて決定されるわけである。

さきに述べた如く、本症の発生原因は複雑であるから、その治療法についても種々の工夫がなされている。文献によると、保存的治療で症状の改善をみた症例も報告されてはいるが^④、一般に本症の症状はアトロピン等の薬剤の使用のみでは一時的な効果しか期待出来ず^{⑭⑮}、判然たる通過障害のある症例には、やはり外科的治療が根治的なものとされている^{②⑥}。本症の外科的治療法としてしばしば用いられる方法には、拡張せる十二指腸と空腸とを吻合する十二指腸空腸吻合術と、我々の行つた Billroth II 法による胃切除術とがある。本症は一般に栄養不良の幼児に多いから、手術的侵襲の小さい前者を用いる人もあるが、Billroth II 法による胃切除術の企図するところは拡張せる十二指腸を曠置することによりこの部の廢用性萎縮をはかると共に胃切除によつて拡張胃の治療を行うに在る。

我々は本症に対する治療法としては Billroth II 法による胃切除が最も合理的であると考えている。

結 語

6才8カ月の男子にみられた特発性十二指腸拡張症の 1例を報告し、併せて文献的考察を行つた。本症は稀な疾患であつて、治療法としては Billroth II 法による胃切除術が合理的治療法であることを強調した。

文 獻

- ①Tschudy: Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte., 35, 80, 1905. ②Melchior: Arch. kl. Chir., 128, 1, 1924. ③Schmol: Münch. med. Wochenschr., S. 1422, 1911. ④Schmidt: Münch. med. Wochenschr., S. 1278, 1914. ⑤Tiffin: Am. J. Dis. Child., 59, 1071, 1940. ⑥Zuelzer & Wilson: Am. J. Dis. Child., 75, 40, 1948. ⑦吉岡: 日外会誌, 41, 143, 昭15. ⑧佐々木: 日外会誌, 43, 1470, 昭18.

⑨浜口：日外会誌., 43, 1471, 昭18. ⑩寒川：児科雑誌., 52, 5, 昭23. ⑪市橋：児科診療., 15, 68, 昭27. ⑫湯川：綜合医学., 8, 927, 昭26. ⑬大野：日外会誌., 53, 366, 昭27. ⑭林：日本外科宝蔵., 22, 2, 昭28. ⑮児島：診療の実際., 3, 45, 昭27. ⑯近藤：臨消., 3, 650, 昭30. ⑰田宮：内科レントゲン診断学, 東京, 昭31. ⑱内山：小児臨., 9, 923, 昭31.

Ein Fall bes Idiopathischen Megaduodenum

Makoto Shimada

Chirurgische Klinik, Medizinische Fakultät,
Shinshu Universität

(Direktor: Prof. Dri K. Maruta)

Yoshihiro Takai

Kinderklinik, Medizinische Fakultät,
Shinshu Universität

(Direktor: Prof. Dr. N. Yamada)

Ein Fall des idiopathischen Megaduodenum bei einem Knaben im Alter von 6 - 8 Monaten, der sich des Magenresektion nach Billroth II mit gutem Erfolg untergezogen hat, wurde berichtet und noch weitergehend wurden die einschlägigen Literaturen verfolgt.

Das idiopathische Megaduodenum, dessen Krankheitsgenese ausführlich noch nicht klar ist, ist als eine recht seltene Krankheit anzusehen.

Unsere Ansicht nach sei die Magenresektion nach Billroth II als die Operation der Wahl zu bezeichnen.

口蓋混合腫の2例

昭和32年10月11日受付

信州大学医学部耳鼻咽喉科学教室 (主任: 鈴木篤郎教授)

倉田 寛 石塚 鏡 一

緒 言

口蓋に発生する良性腫瘍は比較的稀なものであるが、この中混合腫は病理発生的に興味ある疾患としてかなり数多く報告されている③④⑤⑥⑦。我々も最近本疾患の2例を経験し、手術により摘出する機会を得たので、その概要を報告し、御批判を仰ぎたい。

症 例

第1例 47才, 女子。

主 訴: 口蓋腫脹及び構音障碍。

家族歴及び既往歴: 何等特記すべき事はない。

現病歴: 約10年前, 歯科医受診時に硬口蓋正中稍々右偏りに指頭大の硬い腫瘍のある事を指摘されたが、何等障碍を認めない為放置しておいた。其後腫瘍は徐々に増大し、2~3年前には口蓋の殆ど大部分を占める様になり、構音障碍も現われて来た。又、1昨年及び昨年の2回、腫瘍後端の一部分が指頭大の腫瘍片として自然に脱落した。此頃より腫瘍は右歯列を越えて発育し、その為右上顎第2, 第3大臼歯は著しく外方に圧排され、歯根は遊離し歯牙としての用を為さない為、歯科医を受診し、腫瘍の根治をすゝめられ、当

科外来を訪れた。

現 症: 全身所見に特記すべき点はない。

局所々見: 口腔は硬口蓋より軟口蓋に亘り稍々右に偏し殆ど口蓋全体に及ぶ腫瘍を認め、僅かに切歯附着部、左側口蓋及び軟口蓋後端に正常粘膜が存するのみである(第1図)。右側は歯列を圧排し、右上顎第2, 第3大臼歯は外側に偏位し、動揺著しい。

腫瘍は大小小児拳大、後端に一部凹凸を認める他、表面平滑、潰瘍形成なく、硬度は弾力性で硬く、周囲組織との境界明瞭である。又、頸部リンパ腺腫脹は認めない。

以上の所見より口蓋混合腫との臨床診断の下に摘出を行う。

手術所見: 右上顎第2, 第3大臼歯抜歯後、腫瘍周縁に切開を加え基底より剝離するに、腫瘍は厚い被膜に蔽われ、軟口蓋後端に近い部分以外は周囲との癒着少く、剝離は比較的容易であり、全摘出した。術創はタンボンガーゼを施し、術後20日の治療により全治退院した。

摘出腫瘍は左右径6.4cm, 前後径4.6cm, 厚さ3.2