
 症 例 報 告

盲腸単純性潰瘍に対し腹腔鏡下手術を施行した 1 例

小川 洋・西村 淳・牧野 成人

河内 保之・新国 恵也

厚生連長岡中央総合病院消化器病センター外科

Laparoscopic Assisted Resection for Simple Ulcer of the Cecum

Hiroshi OGAWA, Atsushi NISHIMURA, Shigeto MAKINO,

Yasuyuki KAWACHI and Keiya NIKKUNI

Department of Surgery, Nagaoka Chuo General Hospital

要 旨

単純性腸潰瘍は回盲部に好発する難治性・易再発性の原因不明の慢性炎症性腸疾患である。症例は 73 歳，女性。2004 年口腔内アフタが多発したため，近医でベーチェット病の診断にてステロイド治療を受けた。この際下部消化管内視鏡では異常を認めなかった。2006 年 9 月右下腹部痛が出現したため当院に紹介。下部消化管内視鏡にて回盲部に孤発性単純性潰瘍を認めたため（生検では悪性所見認めず），入院後サラゾピリン投与を開始したところ症状の軽快を認めた。保存的治療にて外来で経過観察中 2007 年 1 月に再び腹痛が出現し，施行した下部消化管内視鏡では盲腸単純性潰瘍は不変であった。2007 年 1 月 15 日腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行。手術所見では悪性を疑う所見は認めず，病理組織学的に盲腸病変は単純性潰瘍であった。術後経過は一時良好であったが，2008 年 1 月に上行結腸に潰瘍の再発を認め，現在は再び内科的治療中である。内科的治療抵抗性の結腸単純性潰瘍を腹腔鏡補助下に切除した例は稀であり，若干の文献的考察を含め報告する。

キーワード：単純性腸潰瘍，腹腔鏡下回盲部切除

緒 言

単純性腸潰瘍は回盲部や上行結腸に好発する原因不明の慢性炎症性腸疾患である。炎症性腫瘍の

形成や穿孔をきたし急性腹症として治療されることもあるが，難治性・易再発性の長期経過をたどることが多い。今回われわれは，保存的治療に抵抗性であった盲腸単純性潰瘍に対し腹腔鏡補助下

Reprint requests to: Hiroshi OGAWA
Division of Digestive and General Surgery
Niigata University Graduate School of Medical
and Dental Sciences
1-757 Asahimachi-dori Chuo-ku,
Niigata 951-8510 Japan

別刷請求先：〒951-8510 新潟市中央区旭町通 1-757
新潟大学大学院医歯学総合研究科消化器・一般外科
学分野（第一外科） 小川 洋

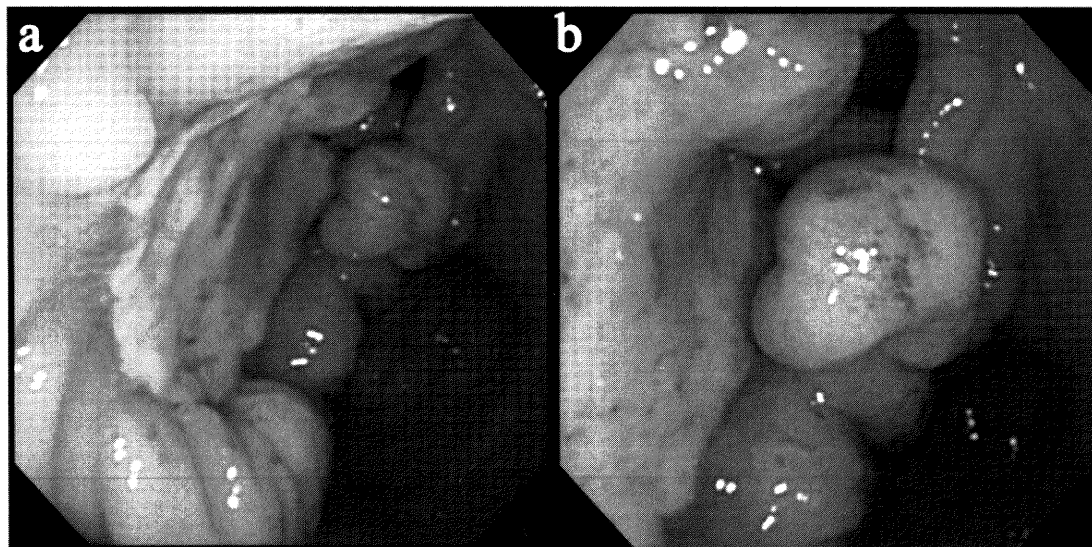


図1 大腸内視鏡検査①(2006/9/19)

- a : 盲腸に辺縁鋭な“打ち抜き様”卵円形潰瘍を認めた(生検: Group1).
b : 近傍の回盲弁は変形していた.

回盲部切除を施行したので報告する.

症 例

患者: 73歳, 女性.

主訴: 右側腹部痛.

既往歴: 2002年口腔内アフタが多発したため, ベーチェット病の疑いにて近医でステロイド治療を受けた(詳細不明). この際の下部消化管内視鏡では異常を認めず.

家族歴: 特記すべきなし.

現病歴: 2006年6月頃より右側腹部痛あり, 9月1日近医受診. 整腸剤を投与されたが軽快しなかった. 9月13日当院を紹介受診. 9月19日下部消化管内視鏡にて回盲部に孤発性潰瘍を認め, 精査加療目的に同日入院となった.

入院時現症: 身長149.2cm, 体重43.3kg, 血圧123/88mmHg, 脈拍93/min・整, 体温37.2℃. 眼結膜に貧血, 黄疸認めず. 表在リンパ節触知せず. 胸部打聴診上異常認めず. 右下腹部に圧痛あ

ったが, Blumberg徴候や筋性防御は認めず.

入院時検査成績: 血算ではHb 9.5g/dlと貧血を認めた. 生化学ではCRP 4.22mg/dlと炎症反応の軽度上昇を認めたが, 他は異常を認めなかった.

大腸内視鏡検査①(2006年9月19日): 盲腸に辺縁鋭な卵円形潰瘍を認めた(生検: Group 1). 近傍に潰瘍瘢痕あり, 回盲弁は変形していた(図1).

腹部骨盤CT検査: 盲腸壁の肥厚および周囲の脂肪濃度上昇を認めた.

臨床経過: 入院後皮膚科と眼科を受診し, 針反応, 眼底検査など行ったがベーチェット病の診断基準は満たさなかった. よって盲腸病変は単純性潰瘍と診断した. 欠食の上抗生物質投与で経過観察したところ, すみやかに腹部症状および炎症反応の改善を認めた. この時点での手術適応はなく, salazosulfapyridine(サラゾピリン)3000mg/dayの内服でコントロールする方針とし, 10月3日退院となった. 10月10日の下部消化管内視鏡では盲腸潰瘍の縮小傾向を認めたが, 11月頃より再び

右側腹部痛が出現した。2006年12月12日下部消化管内視鏡再検にて盲腸の単純性潰瘍は不変であった。保存的治療抵抗性と判断し、手術目的に2007年1月10日再入院となった。

大腸内視鏡検査②（2006年12月12日）：保存

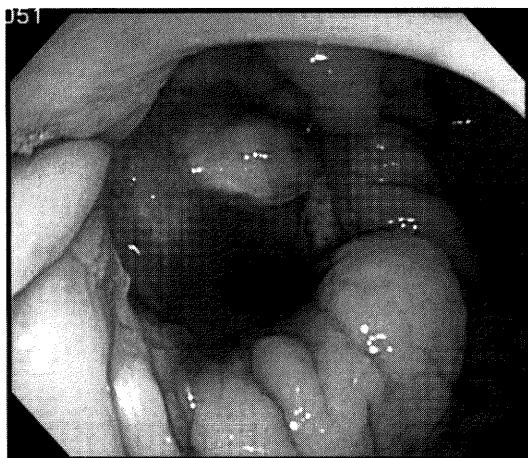


図2 大腸内視鏡検査②（2006/12/12）
保存的治療後も盲腸単純性潰瘍は不変であった。

的治療後の所見でも、盲腸単純性潰瘍は不変であった（図2）。

手術所見：2007年1月15日腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内所見では腹水を認めず。肝転移、腹膜播腫性転移巣など悪性所見を認めなかった。盲腸単純性潰瘍に対して腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した。手術時間は141分で、出血は少量であった。

切除標本肉眼所見：盲腸後壁に辺縁鋭で卵円形を呈する5×3cmの“打ち抜き状”潰瘍病変を認めた。周囲粘膜はやや浮腫状で盲腸壁対側に潰瘍瘢痕があり、回盲弁は変形していた。前治療による影響と考えられた（図3）。

病理組織学的所見：炎症性肉芽と線維症を主体とするUL-IVの盲腸単純性潰瘍で、炎症細胞浸潤がみられるが肉芽腫は認められず、非特異性炎症所見であった。悪性所見は認めなかった（図4）。

術後経過：術後1日目より経口摂取を開始。以後は良好に経過し6病日に退院した。外来通院中は経過良好であったが、術後1年の2008年1月より微熱と右下腹部痛が再燃し、1月15日下部消化管内視鏡にて上行結腸に孤発性潰瘍の再発を認



図3 切除標本肉眼所見

盲腸後壁に辺縁鋭で5×3cm大の卵円形潰瘍病変を認めた。周囲粘膜はやや浮腫状で近傍には潰瘍瘢痕を認めた。

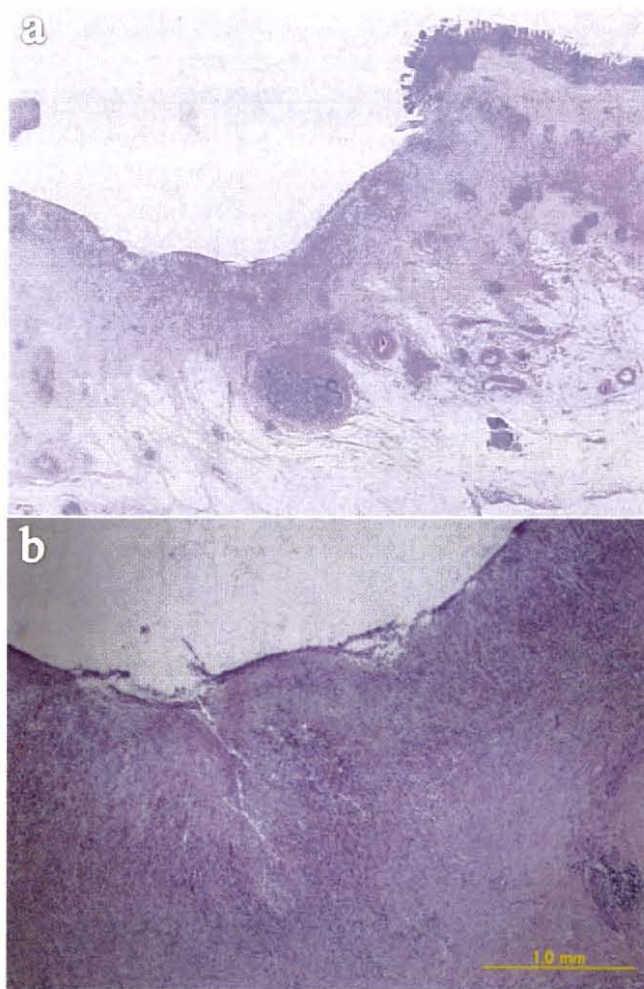


図4 病理組織学的所見 (HE)

炎症性肉芽と線維症を主体とする UL-IV の盲腸単純性潰瘍であった。

a : ルーベ像, b : $\times 20$

めた。再度サラゾピリンの内服を開始し、2008年7月現在まで保存的に経過観察を行っている。

考 察

単純性腸潰瘍は主として回盲部、ときに上行結腸や回腸末端部に好発する大型の打ち抜き様潰瘍を特徴とする原因不明の炎症性腸疾患である。以

前は非特異性単純性潰瘍や非特異性腸潰瘍などの名称で報告されていたが¹⁾、1979年に武藤が打ち抜き状の慢性盲腸潰瘍を狭義の単純性潰瘍として、広義の非特異性腸潰瘍から分離することを提唱²⁾して以来、現在では単純性潰瘍という名称で統一されつつある。潰瘍性大腸炎や Crohn 病とも異なり、肉眼的に境界明瞭な円形ないし卵円形で下掘れ傾向が強い形態を呈し、組織学的には慢

性活動性の非特異性炎症所見を示す潰瘍性病変である³⁾。自験例では下部消化管内視鏡にて粗大な卵円形の孤発性深掘れ潰瘍を認め、病理所見では非特異的な慢性炎症像を呈していた。

本症の腸病変の特徴は、腸型バーチェット病のそれと類似性があり、両者は同一ないし類縁の疾患である可能性があるとされている。腸病変自体は肉眼的にも病理学的にも鑑別が困難であり⁴⁾、ともに術後再発の頻度が高いことと合わせて両者には本質的な差がないとする考えがある³⁾。両者の鑑別にはバーチェット病の臨床症状の有無が重要になるが、自験例においてはバーチェット病の診断基準を満たさなかったため単純性潰瘍と診断した。バーチェット病の主症状の一つである口腔内アフタの既往はあったが、単純性潰瘍症例にも経過中10%以上に口腔内アフタを合併するといわれており⁵⁾、自験例における診断は単純性腸潰瘍として矛盾はないと思われる。口腔内アフタを有する例は術後再発率が明らかに高いとの報告があるが⁶⁾、自験例でも術後1年で孤発性単純性潰瘍の再発を認めている。また、口腔内アフタを伴う単純性潰瘍の患者が経過中に他のバーチェット徴候を認めて後にバーチェット病と診断された報告もあり⁷⁾、本症例でも他症状出現の有無を含めた今後の注意深い経過観察が必要になると思われる。

単純性腸潰瘍の症状としては、腹痛が主症状で圧痛を伴うことが多い。ときには無痛性の経過をとり、穿孔で発症する例もある⁸⁾。大量出血はまれで貧血が潜行性に進行することが多い。治療はステロイドやサラゾピリン等の薬物療法⁹⁾や食事療法¹⁰⁾が一般的であるが、治療抵抗例や再燃を繰り返す症例が多く、長期経過例では手術適応となる症例が多い¹¹⁾。自験例ではサラゾピリン投与後一時は右側腹部痛の軽快および盲腸潰瘍の縮小を認めたが、3ヶ月後に再燃したため手術適応と考え腹腔鏡下手術を施行した。しかし術後約1年で上行結腸に再発を認めた。報告例での術後再発率は20%以上とされているが⁵⁾、長期経過例の検討では術後再発率62.5%と非常に高い報告もあり¹¹⁾、本疾患があらためて難治性・易再

発性であることがうかがわれる。

本邦での単純性腸潰瘍に対しての腹腔鏡下手術報告例は、検索しうるかぎり3例^{12)~14)}のみであり稀である(日本医学中央雑誌において1983~2008を「腹腔鏡下手術」と「単純性潰瘍」または「非特異性潰瘍」で検索。会議録は2例)。そのうち1例¹²⁾は再発病変に対しても再度腹腔鏡下に手術を施行可能であった¹⁵⁾。腹腔鏡下手術は術後癒着リスクの低さと整容性あるいは早期離床早期社会復帰などの面においてメリットを有する優れた治療法であるが、自験例でも術後1病日より離床、経口摂取を開始し、6病日に退院可能であった。本疾患やCrohn病のような複数回手術の可能性のある疾患に対しては、初回手術は低侵襲で癒着のリスクの少ない腹腔鏡下手術が有用であると考えられる。実際に上述の症例¹²⁾における再発病変に対する再手術時には腹腔内に癒着を認めず、腹腔鏡補助下右半結腸切除を安全に施行可能であったと報告されている¹⁵⁾。もし今後自験例が再び内科的治療に抵抗性を示した場合には、再度腹腔鏡下手術を選択する予定である。

結 語

今回われわれは、保存的治療に抵抗性であった盲腸単純性潰瘍に対し、腹腔鏡補助下回盲部切除を施行した。

文 献

- 1) 月岡 恵, 笹川 力: 単純性腸潰瘍. 別冊日本臨床, 領域別症候群シリーズ No. 6, 消化管症候群その消化器疾患を含めて(下巻). 日本臨床社, 大阪, pp314-316, 1994.
- 2) 武藤徹一郎: いわゆる“simple ulcer”とは. 胃と腸 14: 739-748, 1979.
- 3) 渡辺英伸, 遠城寺宗知, 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) 渡辺 勇(順天堂大学), 岡田 基, 桑原紀之: 腸管型 Behcet 病といわゆる Simple Ulcer. 病理と臨床 2: 233-244, 1984.

- 5) 北 陸平, 中村積方, 松島康博: 回盲部非特異性潰瘍. 消外 8: 111-120, 1985.
- 6) 村野直子, 平田一郎, 村野実之: 腸管 Behcet 病と単純性潰瘍における難治群の検討. 胃と腸 38: 201-208, 2003.
- 7) 松本主之, 中村昌太郎, 矢田親一郎, 江崎幹宏, 古賀秀樹, 堺 勇二, 小林宏幸, 瀧上忠彦, 飯田三雄: 長期経過例からみた腸型 Behcet 病と単純性潰瘍の病態. 胃と腸 38: 159-172, 2003.
- 8) 松本敦夫, 吉松和彦, 石橋敬一郎, 渡邊 清, 成高義彦, 小川健治: 多発穿孔をきたした単純性小腸潰瘍の1例. 日臨外会誌 65: 1578-1582, 2004.
- 9) 押谷伸英, 北野厚生, 岡部 広, 福嶋龍二, 中村志郎, 小畠昭重, 松本誉之, 大川清孝, 小林絢三: Salicylazosulfapyridine の大量投与が有効であった腸型 Behcet 病および simple ulcer の4例. 胃と腸 27: 337-341, 1992.
- 10) 月岡 恵, 鈴木 雄, 森 茂紀, 藤田一隆, 伊藤明, 何汝 朝, 市井吉三郎, 木村 明, 笹川 力, 山本睦生: 栄養療法が奏効した回盲部単純性潰瘍の1例. 日消誌 87: 1074-1077, 1990.
- 11) 村野直子, 平田一郎, 村野実之, 年名 謙, 新田昌稔, 森田英次郎, 安本真悟, 鹿嶽佳紀, 浜本順博, 林 勝吉, 勝 健一: 腸型 Behcet 病と単純性潰瘍における難治群の検討. 胃と腸 38: 201-208, 2003.
- 12) 山村陽子, 沖津 宏, 湯浅康宏, 滝沢宏光, 石倉久嗣, 山下理子: 腹腔鏡補助下回盲部切除を行った単純性潰瘍の1例. 日臨外会誌 67: 2400-2404, 2006.
- 13) 山本 淳, 谷口正次, 古賀和美, 指宿一彦, 堤田英明, 関 孝, 稲津東彦, 崎濱國治: 腹腔鏡補助下回盲部切除術を行った回盲部単純性潰瘍の1例. 宮崎県医師会医学雑誌 22: 131-134, 1998.
- 14) 田中久雄, 真鍋麻紀, 堀江 聡, 柏木亮太, 満田朱理: IgG サブクラス欠損症に合併し著明な狭窄像を呈した回盲部単純性潰瘍の1例. 鳥医誌 34: 134-138, 2006.
- 15) 沖津 宏, 山村陽子, 湊 拓也: 回盲部単純性潰瘍の術後再発に対し再度腹腔鏡下手術を行った1例. 日鏡外会誌 13: 313-316, 2008.

(平成20年8月25日受付)