

# 成人特発性腸重積症の一例

池田 義之・畠山 勝義

新潟大学大学院 消化器・一般外科学分野

富山 武美

新潟県厚生連豊栄病院 外科

## Idiopathic Intussusception in an Adult: Case Report

Yoshiyuki IKEDA and Katsuyoshi HATAKEYAMA

*Division of Digestive and General Surgery,  
Niigata University Graduate School of  
Medical and Dental Science*

Takemi TOMIYAMA

*Department of surgery, Toyosaka Hospital belong to  
The Niigata prefectural Federation of Agricultural  
Cooperatives for Health and Welfare*

### Abstract

An 86-year-old woman had a sudden onset of abdominal pain, nausea, and bloody stool. An elastic, fist-sized mass was palpable in the right lower quadrant of the abdomen. Gastrographin enema showed a large mass arising from the ileocecal valve, and CT scan of the lower abdomen and the pelvis showed a laminar structure in the cecum. Colonoscopic examination showed mucosal necrotic lesion in the ascending colon. Laparotomy revealed ileocecal intussusception eighteen centimeters long. That lesion presented a transmural necrosis, so an ileocecal resection was performed. The resected specimen had no specific lesion, so we concluded that the intussusception was idiopathic. A malignant tumor is thought to cause an idiopathic intussusception in an adult, and it is difficult to diagnose an idiopathic intussusception preoperatively. Unless we say there is no tumor with confidence, the resection is recommended for idiopathic intussusception in an adult.

**Key words:** Idiopathic intussusception, ileus

---

**Reprint requests to:** Yoshiyuki IKEDA  
Division of Digestive and General Surgery  
Niigata University Graduate School of  
Medical and Dental Science  
1-757 Asahimachi-dori,  
Niigata 951-8510 Japan

**別刷請求先:** 〒951-8510 新潟市旭町通り 1-757  
新潟大学大学院 消化器・一般外科学分野  
池田 義之

## 緒 言

成人腸重積症は、その 80 ～ 90 % に器質的病変を認めるといわれ、特発性は稀である<sup>1)</sup>。今回われわれは、成人腸重積症例で、開腹所見および切除標本所見から、特発性腸重積症と診断された一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## 症 例

患者：86 歳、女性。

主訴：腹痛・嘔気・血便。

既往歴：脳梗塞で右片麻痺。糖尿病で経口糖尿病薬の内服加療中。

現病歴：平成 13 年 7 月 3 日未明、就寝中に突然に腹痛・嘔気が出現し、その後血便を伴うようになった。近医受診し、精査加療目的に同日当院外科紹介受診した。

現症：血圧 148/79mmHg、脈拍 52/分、整、体温 36.1℃。眼瞼結膜は蒼白。右下腹部に圧痛を伴う手拳大の腫瘤を触知したが、他部位は平坦軟で、圧痛・筋性防御・反跳痛は認めなかった。

血液検査所見：白血球・CRP の上昇を認めたが、CPK・LDH は正常範囲内であった。腫瘍マーカー CEA、CA19-9 は正常範囲内であった（表 1）。

腹部単純 X 線所見：腹腔内遊離ガスや鏡面形成などの異常ガス像などは認めなかった。

腹部・骨盤腔 CT 所見：盲腸が多層構造を呈し、同心円状の腸管像、いわゆる target sign を認めた。また、盲腸・回腸の拡張と、壁の菲薄化を認めた。リンパ節腫脹、及び腫瘍性病変は明らかでなく、腹水は認めなかった（図 1）。

注腸造影所見：盲腸・虫垂までは良好に造影されなかったが、回盲弁から結腸内腔に突出する腫瘤状陰影を認めた。造影剤の回腸への移行は認めなかった（図 2）。

入院後経過：症状の改善はなく、血便の持続及び補液による脱水改善とともに、貧血が顕著になった。また腹部膨満が出現し腸閉塞状態となった。大腸内視鏡では、回腸が結腸内腔に突出し、壊死に陥っていた。先進部の粘膜性状の判定は困難で、

上皮性腫瘍の有無は明らかではなかった（図 3）。回盲部腸重積の診断にて 7 月 6 日手術を施行した。

手術所見：回盲弁より口側 18cm の部位から、回腸が重積して、回腸の一部が壊死に陥っていた。先進部は上行結腸に突出していた。回盲部切除術を施行した。

切除標本：腸管の重積部位が 23cm にわたり壊死に陥っていたが、切除腸管に器質的病変は認めなかった。組織所見でも、特異的病変は指摘されなかった（図 4, 5）。

術後経過は良好で、第 24 病日に退院した。

## 考 察

腸重積症は、小児においてはその大部分が特発性であるが、成人では全重積症例の 80 ～ 90 % に器質的病変を認めるといわれ<sup>1)</sup>、その他手術後の吻合部や癒着周囲に生じるもの<sup>2)</sup>、また大腸内視鏡後に生じたもの<sup>3)</sup>などの報告がある。器質的病変を伴う腸重積症では、腫瘍性病変によるものが約 7 割を占めており<sup>4)</sup>、小腸腫瘍の約 30 %、大腸腫瘍の約 70 % が悪性腫瘍といわれ<sup>5)</sup>、腫瘍性病変を先進部として、腸管壁に起因する蠕動運動の異常が加わって重積が起こるといわれている。一方、特発性の場合、その発生機序として、何らかの刺激により腸管輪状筋の痙攣性収縮が起こり、肛門側に隣接した弛緩腸管が、この収縮腸管を被覆することによって、順行性にも逆行性にも発生するという、痙攣説が支持されている<sup>6)</sup>。回腸が先進部となり結腸へ重積する回盲部重積型となることが多く<sup>7)</sup>、比較的可動性のある回腸末端が腸蠕動の異常により限局性の収縮をきたし、近接した拡張腸管である結腸に重積するためと考えられている。

腸重積の画像所見として、超音波検査で multiple concentric ring sign と呼ばれる重積腸管の層構造をとらえた像<sup>8)</sup>、CT で多層構造をもつ円形・馬蹄形の腫瘤像<sup>9)</sup>、注腸造影でカニ爪状陰影欠損<sup>10)</sup>、などとして描出される。しかし、器質性病変の有無を、画像上で判定するのは決して容易ではない<sup>11)</sup>。大腸内視鏡が器質性病変の診断に



図1 腹部・骨盤腔 CT

盲腸が多層構造，同心円状の腸管像（target sign）を呈し，盲腸・回腸の拡張と，壁の菲薄化を認めた．リンパ節腫脹，腹水はなく，腫瘍性病変は明らかでなかった．

表1 血液検査所見

検血			生化学		
WBC	11920	/mm <sup>3</sup>	GOT	15	IU/l
RBC	392×10 <sup>4</sup>	/mm <sup>3</sup>	GPT	13	IU/l
Hb	12.3	g/dl	LDH	219	IU/l
Ht	35.8	%	CPK	22	IU/l
Plt	18.3×10 <sup>4</sup>	/mm <sup>3</sup>	T-Bil	0.6	mg/dl
腫瘍マーカー			Amy	30	IU/l
			BUN	14.1	mg/dl
	CEA	1.3 ng/ml	Cre	0.7	mg/dl
	CA19-9	8.3 U/ml	TP	7.1	g/dl
			CRP	4.94	mg/dl

有用であった例も報告されているが<sup>12)13)</sup>，腸重積が器質的病変によるものか，または特発性かを，術前に確定診断するのは一般に困難と考えられる．

特発性が疑われる腸重積の治療方針として，まず最初に整復を試みるべきとする意見がある<sup>14)15)</sup>．大山らは，高齢者の腸重積症において，より侵襲の少ない治療法を選択すべきという見地から，整

復法の有用性を強調している<sup>16)</sup>．しかし，整復後の再発の危険性は完全に否定できない．ただし，非観血的整復後の再発に関する検討は少なく，特に移動盲腸が存在する場合に非観血的整復を施行するので良いか，または固定手術など外科的治療が必要なのかについて，現時点で結論は得られていない<sup>15)</sup>．

一方，速やかに腸切除すべきとする意見がある<sup>17)18)</sup>．その根拠として，術前に特発性の確証がない限り，成人腸重積症では悪性腫瘍が原因であることが多く，整復操作により腫瘍細胞の血行性転移や腹膜播種をきたす危険があるとするものである．

本症例では，先進部における腫瘍性病変の有無の確定が困難であった．腫瘍の存在が完全に否定できない限り，非観血的整復がたとえ可能であっても重積腸管を含めた腸切除を施行すべきと考えられる．全身状態や臨床経過，検査所見などを総合的に検討したうえで，速やかに開腹手術を選択し，病変及び腹腔内を詳細に検索することが重要と思われた．



図2 注腸造影

回盲弁から結腸内腔に突出する腫瘤状陰影を認めた. 造影剤の回腸への移行は認めなかった.

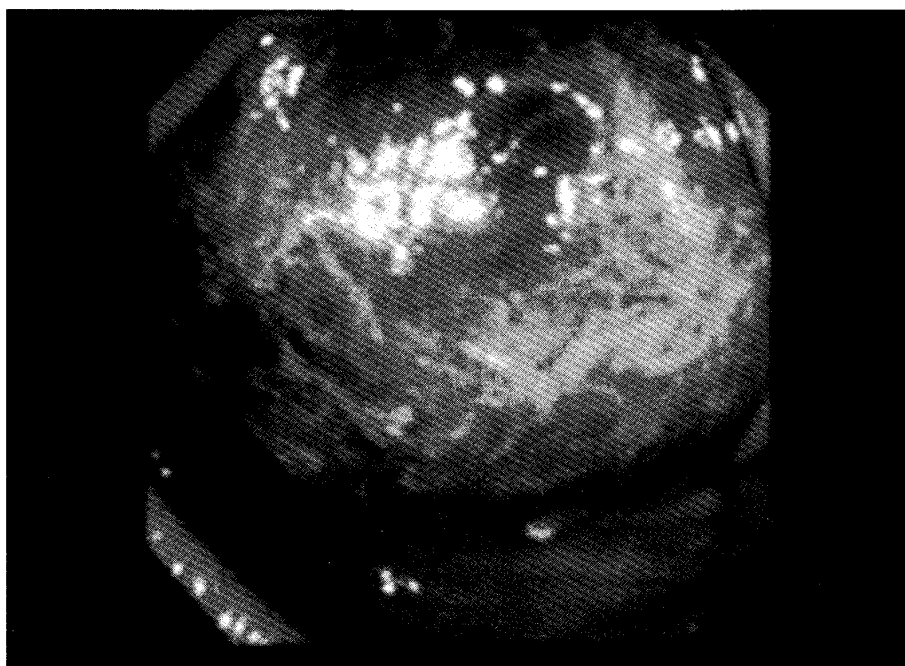


図3 大腸内視鏡

回腸が結腸内腔に突出し, 壊死に陥っていた.

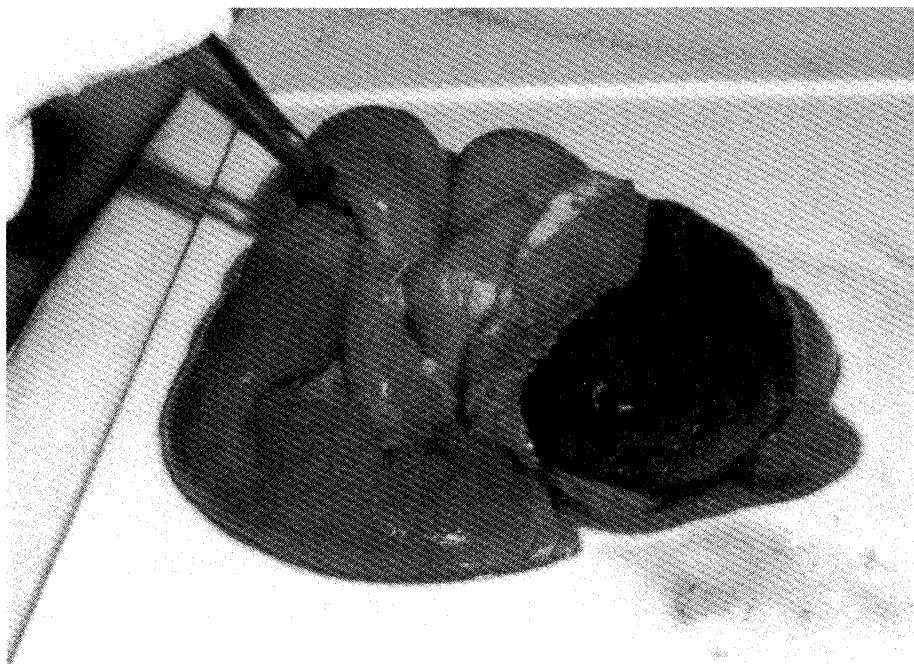


図4 切除標本(1)

回盲弁より口側18cmの部位から、回腸が重積して壊死に陥っていた。標本は上行結腸を開き、回盲弁より突出した先進部を示す。鑷子は回腸の陥入部を示す。



図5 切除標本(2)

腸管の重積部位が23cmにわたり壊死に陥っていた。

## 結 語

成人特発性腸重積症の1例を呈示した。成人腸重積症は、医原性など特殊な場合を除き、その成因を術前・術中に診断するのは困難であり、悪性腫瘍の可能性を念頭において、腸切除を行うのが望ましいと考えられる。

## 参 考 文 献

- 1) 牧内明子, 中村俊幸, 前澤 毅, 安達 亘, 土屋 眞一: 高齢者特発性腸重積症の1例. 信州医誌 49: 119 2001.
- 2) 堀 公行: 成人腸重積症. 外科 38: 692-698 1976.
- 3) 斎藤正幸, 穂苅市郎, 山崎俊幸, 豊田精一, 相馬 剛: CF後に発症した成人特発性腸重積症の1例. 新潟医学会誌 113: 283 1999.
- 4) 河野一郎, 長尾和治, 松田正和, 庄嶋 健, 西村 令喜, 竹口東一郎: 腸重積症を起こした成人S状結腸ポリープ癌の1例. 日消外会誌 20: 2011-2014 1987.
- 5) 檜本良夫, 合地 明, 岡信孝治, 小林元壮, 大西 長久, 大西信行, 山際裕史, 吉村 平, 富山浩基: 成人腸重積症の6例. 臨外 40: 1107-1110 1985.
- 6) 山本 透, 松尾信昭, 石倉宏恭, 原田直己, 武山直志, 田中孝也: 成人の特発性腸重積の1例. 関西医大誌 43: 444-448 1991.
- 7) 坂田好史, 岡村光雄, 栗本博史, 尾野光市, 上西 幹洋: 成人腸重積症4例の検討. 日臨外会誌 55: 3102-3106 1994.
- 8) Parienty RA, Lepreux JF and Gruson B: Sonographic and CT features of ileocolic intussusception: Am J Roentogenol 136: 608-610 1981.
- 9) 山本俊二, 加賀野井純一, 入江明美, 徳永行彦, 中山 昇, 大隅喜代志: CT検査による成人腸重積症の術前診断. 外科 57: 1119-1122 1995.
- 10) Gordon RS, O'Dell KB, Namon AJ and Becker LB: Intussusception in the adult. A rare disease: J Emerg Med 9: 337-342 1991.
- 11) Sakamoto N, Kohno M, Wada T, Umezu K, Satoh S, Ogata J, Yoneda K, Katoh K, Aoki T and Koyanagi Y: A case of idiopathic intussusception in an adult. 日外科系連会誌 27: 115-118 2002.
- 12) 渡辺勝志, 岩井 彰, 大岩孝幸, 山腰雅宏, 城卓志, 伊藤 誠, 武内俊彦: 腸重積を起こした大腸内視鏡にて術前診断し得た回腸原発悪性リンパ腫の1例. Gastroenterol Endosc 36: 87-93 1994.
- 13) 中野克哉, 石丸寿美子, 山本研治, 上平博司, 小西英幸, 小谷慎一, 福田新一郎, 児玉 正, 加嶋敬, 岡 隆弘: 腸重積にて発症し, 大腸内視鏡検査にて術前診断が可能であった悪性リンパ腫の1例. Gastroenterol Endosc 36: 94-101 1994.
- 14) 中神克尚, 高橋 泰, 杉谷一宏, 竹内浩紀: 自然整復を繰り返す特発性腸重積症の1例. 日赤医学 50: 197 1998.
- 15) 土肥直樹, 三好 勲, 芦川良介, 吉田達也, 篠原寿彦, 野尻卓也, 朝倉 潤, 渡部通章, 三森教雄, 山崎洋次: 16歳男性に認めた特発性腸重積症の1例. 日腹部救急医会誌 19: 909-912 1999.
- 16) 大山 司, 宗田滋夫, 橋本純平, 吉川幸伸, 森 匡, 中根 茂, 大嶋正人: 高齢者に発症した特発性腸重積の1例. 日生医誌 24: 41-45 1996.
- 17) 片野素信, 植竹正彦, 鮫島博之, 伊藤 浩, 蘭田善之, 小松崎薫, 渡辺善徳, 生方英幸, 後藤悦久, 松本文和, 上甲 宏, 平良朝秀, 湯本二郎, 舟山仁行, 佐藤茂範, 中田一郎, 西田清一, 湯本克彦, 田淵崇文, 相馬哲夫: 成人腸重積症例の検討. 日救急医会関東誌 12: 172-173 1991.
- 18) 堅野国幸, 正木忠夫, 工藤浩史, 西土井英昭, 石黒 稔, 村上 敏, 谷口 遥, 前田宏仁: 術前診断が可能であった特発性成人腸重積症の1例. 日臨外会誌 55: 666-669 1994.

(平成15年4月2日受付)