

第26回新潟大腸肛門病研究会

日時 平成2年12月8日(土)
午後2時～5時
会場 ホテル新潟2階 芙蓉の間

I. 一般演題

1) 腸結核の肉眼型分類

一切除標本からみた再検討一

石川 裕之・渡辺 英伸
味岡 洋一・太田 玉紀
本間 照 (新潟大学第一病理)

腸結核の従来の肉眼型分類には、腸結核の自然史が表現されていない、他の炎症性腸疾患との鑑別が考慮されていないなどの不備があったと考えられる。今回、私達は、従来の肉眼型の作成を試みたので報告する。1967年から1989年までに当教室および九州大学病理学教室で得られた切除標本で、腸管壁、リンパ節に結核菌または乾酪性肉芽腫が証明された腸結核確診例10例を用いた。各症例の腸結核病巣の肉眼形態を“渡辺らの腸結核肉眼形態の自然史”(胃と腸, 1990, Vol. 25, No. 6)に基づいて記載し、組織標本上に乾酪性肉芽腫の出現と消失、線維化および再生上皮の有無から各病巣の時相を確認した。対象とした腸結核確診例10例は、“渡辺らの腸結核自然史”の考え方にに基づき、circular ulcer (healed+active); 5例, circular ulcer healed+round ulcer active; 2例, round ulcer (healed+active); 2例, circular ulcer healed; 1例に分類された。今後、腸結核疑診例も検討したい。

2) 潰瘍性大腸炎に合併する、潰瘍性大腸炎粘膜を発生母地とない大腸腫瘍の形態学的特徴

一潰瘍性大腸炎粘膜を発生母地とする大腸腫瘍との鑑別一

味岡 洋一・渡辺 英伸
太田 玉紀・石川 裕之
本間 照 (新潟大学第一病理)

潰瘍性大腸炎(以下 UC)に合併した大腸腫瘍には、UC 粘膜を発生母地としたものと、UC 発症以前に非 UC 大腸粘膜(健常大腸粘膜)を発生母地としたものがある。今回我々は、UC に合併した大腸腫瘍を、臨床経過からみて ① 腫瘍の発生が明らかに UC 発症以前であった群(A群)(腺腫8, sm 癌粘膜内部1), ② UC 発

症が腫瘍発生に先行していたと推定される群(U群)(腺腫1, m 癌4, 進行癌粘膜内進展部2)に分け、両者の組織学的特徴の比較を行った。その結果、A群とU群では以下に挙げる点で異なる特徴を示した。① 腫瘍と非腫瘍との境界(A群; 明瞭, U群; 不明瞭), ② 腺管密度(A群; 増加, U群; 増加もしくは不変), ③ 腫瘍の局在(A群; 表層主体, U群; 全層もしくは深部), ④ 表層分化(A群; なし, U群; あり), ⑤ 非腫瘍腺管の混在(A群; 少数, U群; 多数), ⑥ 化生細胞の出現(A群; 低頻度, U群; 高頻度)。上記の組織学的所見は、A群とU群との鑑別に有用と考えられた。

3) ストリップバイオペシーの大腸腫瘍に対する診断・治療的意義

岡本 春彦・石川 裕之
酒井 靖夫・畠山 勝義 (新潟大学第一外科)
三輪 浩次・浅井 正典 (新潟臨港総合病院 外科)
島田 寛治 (県立柿崎病院外科)

最近1年間の大腸内視鏡検査の結果より、以下の結論を得た。① 342個の腺腫・早期癌病変の中で、扁平・平坦・陥凹型を含めた通常のポリペクトミーが困難な無茎性病変は184個あり、全体の53.8%を占めた。② 5mmより大きい無茎性病変59個(12個が癌)中、ストリップバイオペシーで切除された病変は29個あり、そのうち7個に癌が認められた。③ 扁平・平坦・陥凹型m癌は16個あり、そのうち11個がストリップバイオペシーで切除された。④ 5mmのIIaが2病変あり、4mm以下で陥凹のない病変に癌はなかった。⑤ ホットバイオペシー可能な5mm以下の病変では診断的な意味において、また、ポリペクトミー困難な5mmより大の病変、およびホットバイオペシー困難な5mm以下の陥凹が主体の病変では、治療的意味において、ストリップバイオペシーの妥当性が示唆され、積極的に施行すべきと考えられた。

4) 小児潰瘍性大腸炎症例の検討

八木 実・岩淵 眞
内山 昌則・広川 恵子 (新潟大学医学部 附属病院小児外科)
近藤 公男

小児期発症の潰瘍性大腸炎症例は比較的稀であり、治療上成長障害が特に問題となる。今回我々は1971年から1990年迄の20年間で当科で経験した本症5例を検討した。発症年齢は6歳未満1例、6歳以上の学童期例4例で最年少は3歳であった。病変部位は全結腸型4例、

左結腸型1例であった。治療は成人例に準じて行われた。4例にステロイド投与が行われ、投与期間は9ヶ月から3年2ヶ月にわたり、プレドニゾン投与総量は3.2～6.7g(平均4.5g)、1日あたりの投与量では4.4～17mg(平均9.8mg)と大量投与が行われていた。手術例は4例で手術適応は急性増悪例、長期ステロイド投与下での活動期例、成長障害例(mean-SD以下)であった。手術法は1970年代の症例は術後再発により内科的治療の継続や再手術を必要とした。1980年代の1症例は全結腸摘除、直腸粘膜剥去、J-pouch形成を行い術後経過良好である。以上から本症の治療ではステロイド投与が不可避の場合が多いが成長障害を念頭にいれ内科的治療の限界を見極めつつ、臨床的に緩解状態であっても発育不良例は骨端線閉鎖前に手術適応とすべきであると考えられた。

II. 主題「潰瘍性大腸炎(診断と内科的治療)」

1) 潰瘍性大腸炎の内視鏡診断(色素散布法を用いて)

山口 正康・永田 邦夫(吉田病院内科)
川原 薫・吉田 鉄郎(吉田病院外科)

潰瘍性大腸炎は、非常に多彩な形態的变化を呈する疾患である。したがって、その診断および治療効果の判定には、きめ細かな内視鏡観察が必要です。今回、UCの内視鏡診断の一助として、色素内視鏡を用いた粘膜性状の経過観察を行った。対象は活動期から治癒期まで経過観察できたUC15例と、比較として細菌性感染性腸炎8例につき検討した。正常粘膜へのインジゴカルミン50%液散布では粘膜表面に細かな編目模様(FNP)が認められたのに対し、UCの活動期では粘膜微細顆粒状～粗大顆粒状で、小区の凹凸と大小不同の程度は組織学上の炎症程度が強くなるに従い増強していた。UCの治癒期ではFNPは回復してきたが正常粘膜に比べ粗大傾向が見られた。この時期の所見と感染性腸炎の粘膜表面性状はきわめて類似していた。色素内視鏡を用いることで、炎症性腸疾患の粘膜性状変化をさらにくわしく追求でき、UCの病期決定および鑑別診断に有用であるものと思われた。

2) 治療に難渋した全大腸型・重症潰瘍性大腸炎の1例

佐藤 攻・平原 浩幸
若桑 隆二・松田由起夫(長岡赤十字病院)
田島 健三・和田 寛治(外科)
小池 雅彦(同 内科)

症例は30歳、女性。平成2年5月初旬、頻回の粘血便で発症。6月2日、当院を受診し、大腸内視鏡検査にて全大腸炎型の活動期潰瘍性大腸炎と診断。ステロイド強力静注療法やスルホ化グロブリン製剤(ベニロン)の大量静注療法(400mg/kg/day)を試みたが無効で、大量下血を繰り返すため、8月23日に準緊急手術(結腸全摘、回腸瘻、直腸粘液瘻造設)が施行された。しかし、術後3週間目に残存直腸からの大量出血によるショック状態となり、残存直腸切除が施行された。その後、骨盤内膿瘍を発症したが、自然ドレナージにより軽快退院した。この症例は内科的治療の限界、手術のタイミング、術式など多くの課題を残したので、検討し報告した。

3) 潰瘍性大腸炎に対する γ -グロブリン大量療法

笹川 哲哉・滝沢 英昭
坂内 均・成沢林太郎
朝倉 均(新潟大学第三内科)

潰瘍性大腸炎(UC)に対して γ -グロブリン大量療法の有効性が報告されているが、当科関連施設においてその有効性と作用機序を検討した。対象:UC13例で、全大腸炎型5例、左側型8例。臨床経過では再燃緩解型8例、慢性持続型3例、初回発作型2例。重症度では中等症12例、軽症1例。方法:ヒト免疫グロブリンGを1日1回体重Kg当たり400mgを5日間連日点滴静注した。結果:臨床的及び内視鏡所見では1週後において、有効9例、無効4例であった。血中C3とCH50は変化なかったが、C4は低下し血中免疫複合体は1週後に増加した。粘膜中の顆粒球とリンパ球は1週後には顆粒球優位に減少した。本法の機序としては補体系を介した腸粘膜微小循環障害の改善と顆粒球遊走の抑制が考えられ、重症難治性に対し試みる価値のある治療法と思われる。

4) 潰瘍性大腸炎の内科的治療

月岡 恵・藤田 一隆(新潟市民病院)
笹川 力(消化器科)

潰瘍性大腸炎の内科的治療についての若干の知見を発表した。