

筋層の異常肥厚による回腸狭窄の 1 例

公立豊岡病院外科 (院長 辻井 敏 博士)

井 谷 幹 一, 小 池 脩

(原稿受付 昭和33年3月20日)

A CASE OF INTESTINAL STENOSIS DUE TO
ABNORMAL HYPERTROPHY OF
MUSCULAR LAYER

by

KANICHI ITANI and OSAMU KOIKE

Surgical Division of Toyooka Hospital

(Director: Dr. SAROSHI TSUJII)

This is a case, 22-year-old female, who has suffered from colicky pain in the lower abdominal region at times for one year.

Radiological examination revealed intestinal stenosis near the terminal ileum, then laparotomy was chosen.

After extirpation of exceedingly narrowing ileum, about 3 cm. long, ileo-coecostomy was done.

The postoperative course of the patient was quite well and showed no sign of intestinal stenosis thereafter.

Histologically abnormal hypertrophy of muscular layer of narrowing ileum was proved.

We could not find any inflammation and neoplasma in all layers of the part.

われわれは慢性腸狭窄症状を呈する一患者に開腹手術を行い、回腸末端から口側約10cmの所に約3cmにわたる腸管の肥厚狭窄があり、更にそれより口側約20cmにわたる著明な腸管の拡張肥厚を見出し、狭窄部の切除によつて全治せしめ得た。本例は手術時の所見から局所の炎症の結果生じた狭窄と考えられたが組織標本をみると狭窄部に著明な筋層の肥厚がみとめられ、これが狭窄の主因となつていることがわかつた。狭窄部にも拡張部にも、炎症性或いは腫瘍性の変化をみとめず、いかなる原因でかかる筋層肥厚を生じたかは不明であつた。その意味できわめて奇異な症例と思ひここに報告する。

22才, 女子, 農業。

初 診: 昭和30年12月5日。

主 訴: 下腹部の疝痛発作。

既往歴: 生来健康で著患を知らない。虫垂炎, 赤痢腸チフス, 腸重積症, 結核などに罹つたことはない。

現病歴: 14.5才の頃(約7.8年前)時々鼓腸腹鳴をともなう腹痛があつた, 胃腸薬などの投与をうけてその都度軽快した。その後数年間は全く苦痛がなく, 元気に家業に従事していたが, 昨年秋から再び以前と同じ様な腹痛発作が月に1~2回宛起るようになった。その際悪心, 嘔吐はなく, 黄疸に気付いたこともない。便通も普通であつた。本年9月頃からだんだん疼痛が疝痛様になり, 回数も増加し, 時々嘔吐も伴うようになった。しかし黄疸, 発熱は一度も来したことはない。食思良好。睡眠良好。便通1日1行。月経, 定期的,

症 例

量正常。

家族歴：特記すべきことはない。

現 症：全身所見；体格中等大，栄養良好，心肺正常。体温 36.7°C，脈搏72，整調，緊張良好，赤血球数 410万，白血球数 7200，血色素 94%，尿所見，正常。糞便，虫卵，潜血ともに陰性。

局所所見：下腹部とくに右下腹部は中等度に膨隆しているが，蠕動不穏をみとめない。マック・バーネイ氏点に圧痛をみとめ，軽い空気枕様の抵抗があるが腫瘤は触れない。筋性防禦はなくブルンベルグ氏症候も陰性である。肝，腎，脾はいづれも触れない。右下腹部でかすかに響性腸雑音を聴取する，レントゲン透視では回腸末端の狭窄及びその口側の著しい膨大と鏡面像の形成をみとめた。

手術所見：局所麻酔のもとに下腹部正中切開を行うと著明に膨隆した小腸が手術創に現われた。腸管を創外にとりだしてみると回腸末端部から約 10cm 口側に約 3 cm の狭窄部があり，それにひきつづき約 20cm は盲腸よりも大きく拡張，肥厚していて，漿膜面は粗糙であり，あたかも濡れた雑巾に触れるようであるが，隣接の腸管或いは他臓器との癒着はない。又この部分には腸蠕動を全く欠除している。これから口側の部分約 30cm もなお，相当な拡張，肥厚があるがしだいに，その度を減じて健常部に移行し蠕動もあらわれてくる。狭窄部の区間は約 3cm で管壁は厚く肥厚しているが完全な閉塞ではなく，少し圧を加えると小指頭も通過し得る。漿膜面は比較的きれいで，絞扼索状物，癒着性収縮をみとめない。この附近の腸間膜は厚く肥厚し，脂肪の沈着が著明であるが，表面は滑沢で癒着や癒痕はなく，浮腫状に腫張したリンパ腺を 1~2 みとめ得る。盲腸壁も厚く脂肪に蔽われ，虫垂は盲腸後壁

図 1 腸末端から約 10 cm の狭窄部腸管とその口側の拡張部



図 2 狭窄部切除標本（矢印，口側の拡張部）

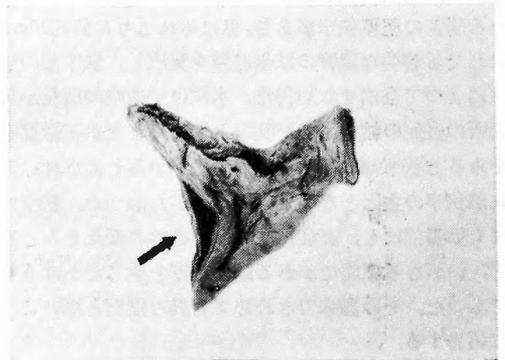


に沿い深く尖端を没入し癒着している。そこで回腸末端から約 5 cm の所より約 20cm の区間を切除し，肛側端を 2 層縫合によつて埋没し，つづいて虫垂切除を行ったあと盲腸壁の脂肪を剝離し，切除部口側端と端側吻合を行った。

切除標本：拡張部腸管の粘膜皺襞は全く欠除し，管壁は中等度に肥厚している。狭窄部の管壁肥厚はきわめて著明で特に筋層の肥厚が著しい。粘膜皺襞は保持せられている。粘膜充血，潰瘍，腫瘍などはいづれの部にもみとめられない。術後の経過はまったく順調で，レントゲン透視の結果，吻合部の通過も良好で術後 15 日目に全治退院した。

組織所見：狭窄部では筋層の著明な肥厚がみられ，粘膜層に形質細胞及び好酸球の浸潤があるが，それは粘膜下層に僅かに及んでいるのみで粘膜筋板をこえていない。拡張部でも筋層の中等度の肥厚があり，その硝子化がみられ粘膜層に僅かに細胞浸潤をみとめる。

図 3 高度の肥厚を示す狭窄部筋層。粘膜及び粘膜下組織正常。(10×10)



考 按

上述のように本症例の腸狭窄症状は回腸終末附近に

ある限局性の腸管の筋層肥厚によるものであるが、いかなる原因でかかる著明な肥厚を生じたかは全く不明である。しかも筋層の肥厚は全周にわたって平等であつて、腫瘍状に一部が内腔にむかつて膨隆しているような所もない。組織標本にも腫瘍性の変化をみとめない。

粘膜は拡張部で皺襞を欠除するが狭窄部では存在し、糜爛、潰瘍をみとめず、炎症性の浸潤、浮腫もみとめない。漿膜はやや粗糙であるが炎症はない。局所性腸炎の慢性例で腸狭窄症状を呈するものが時々報告されているが、この場合の基礎的病変は慢性増殖性炎であつて、粘膜下の強い線維性肥厚、浮腫、筋層の癒着性断裂などがあり、増殖性炎は漿膜にも及び、腸管の間に癒着を生じ、大きなかたまりとなる。また粘膜面には潰瘍があり、腸間膜リンパ節に同様の炎症をみとめることが多い。

われわれは本症例のあとで、高度の腸狭窄症状を呈した亜急性の局所性回腸炎（回腸末端から1mの所に約10cmの罹患部あり）を経験したが、その組織学的所見はあきらかに異つている。即ち腸管は全周にわたって著明に肥厚しているがそれは好酸球、形質細胞が粘膜、粘膜下組織、筋層にわたつてびまん性に浸潤しているための肥厚である。粘膜層の血管は著明に充血し浮腫状で上述の各細胞が著明に浸潤し腸管壁はそのためにつよい狭窄を示している。一部では粘膜の欠損をみるが、一般に壊死傾向は乏しい。この細胞浸潤は筋層に及び更に腸間膜附着部において腸間膜内にも達し細血管周囲に特につよくみられる。

もし本例の腸管狭窄が過去に存在した非特異性炎症の結果生じたものとするれば、細胞浸潤は吸収されたとしても、粘膜下組織の線維性肥厚、筋層の断裂あるいは粘膜面の癒着などのどれかを認められる筈であるが、そのいづれをも証明できぬから炎症性のものであると断定することはできない。

又狭窄部分の腸間膜が著明に肥厚しこの部分から盲腸壁にかけて厚い脂肪の沈着があり、虫垂が盲腸後壁に沿つて脂肪のなかに深く尖端を没入している所から、或は過去に虫垂炎に罹患し、これが周囲に波及して件の回腸部に炎症性の絞扼を残し、そのため筋層に労作性肥大を来したという推測もできるが絞扼索状物、癒着性収縮、癒着、いづれもみとめないから確定的なことはいえない。

藤浪、房岡氏の所謂、消化管象皮病も高度の腸狭窄を来すが、これは粘膜下組織の異常増殖によるもの

で、且、胃、盲腸、直腸など内容の停滞しやすい箇所にかかなり広い範囲に現われるものである。

結核、放線状菌病、梅毒はいづれも腸狭窄を来し得るが、それぞれ特有の変化があるので本症例は除外し得る。

先天的に筋層の一部が肥厚して長い年月を経てこれが益々著明となり、そのため口側の腸管にも拡張と肥厚を来したとも考えられるが、元来先天性腸狭窄はきわめて稀な疾患であつて、過去10年の本邦文献を調査しても僅かに数例を算するにすぎない。しかもその殆んどが生後まもなく腸閉塞症状をおこして不幸の転帰をとつており、成人に発見された症例は報告がない。ただ稗田が Treitz 靱帯より約60cmのところ約20cmにわたり粘膜皺襞の輪状硬結があり、このため高度の腸狭窄症状を呈した一例を報告しているのが唯一の例外である。而もこの例は粘膜のみに変化があつて漿膜、筋層、粘膜下層いづれも変化をみていない。

以上から次の事項が言い得る。

- 1) 本症例に於ける小腸狭窄症状はその腸壁筋層の肥厚によるものであるが、この肥厚は腫瘍性のもではない。
- 2) 狭窄部の粘膜、粘膜下組織筋層及び漿膜には炎症所見はなく、又過去に炎症のあつたことを示す所見もない。
- 3) ただ強いて考えると隣接臓器の炎症たとえば虫垂炎が管外から波及したという可能性は考えられる。
- 4) 併し先天性の筋層肥厚が漸次強度になつてきて、ついに腸管狭窄症を起したという仮定も成り立ち得る。

結 語

われわれは回腸末端附近の筋層が異常に肥厚して、ついに腸狭窄症を来した一例を手術的に治癒せしめたので若干の考察を加えて報告した。

拙筆にあたり御快闘を賜つた恩師青柳教授、並びに種々御指導を頂いた辻井院長に感謝の意を表する。

参 考 文 献

- 1) Cristopher : Textbook of Surgery 1942.
- 2) 萩原 : 腹部内臓外科学 中巻 昭29.
- 3) 藤浪 : 日本外科宝蔵 16, 414, 昭14.
- 4) 浜口 : 日本外科学会雑誌 56, 1, 昭30.
- 5) 稗田 : 日本外科学会雑誌 54, 11, 昭28.
- 6) 桂 : 日本外科学会雑誌 53, 3, 昭27.
- 7) 西山 : 神戸医大紀要 3, 2, 昭24.
- 8) 砂原 : 日本消化機病学会雑誌 51, 12, 昭29.
- 9) 山田信 : 外科 19, 3, 昭32.
- 10) 吉田 : 病理学各論中巻昭31.