

穿孔を来せる空腸細網肉腫の1例

京都大学医学部外科学教室第二講座（指導：青柳安誠教授）

小 田 忠 良

〔原稿受付 昭和34年7月16日〕

A CASE OF PERFORATION CAUSED BY JEJUNAL RETICULOSARCOMA

by

TADAYOSHI ODA

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School
(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

A male patient, 48 years of age, was admitted to our clinic.

Since about 1 year prior to admission, he was accustomed to complain abdominal pain after a meal.

On admission, severe abdominal pain occurred suddenly after defecation.

Under the clinical diagnosis of "acute perforated peritonitis", laparotomy was done immediately.

Perforation was found at the site of approximately 130 cm anal from the ligament of Treitz and tumors (walnut size-adult thumb size) were recognized in the wall of jejunal loop. The involved jejunal segment was resected and side to side enterostomy was performed.

Pathological findings of the resected specimen revealed "reticulosarcoma" of jejunum by hematoxylin eosin and silver staining.

腸管に発生する肉腫，就中細網肉腫は稀有なものであり，しかも細網肉腫により空腸に穿孔を来した稀有な1例を経験したので報告する。

症 例

48歳，男子

主訴：全腹部に於ける激痛

現病歴：昭和29年1月頃より顔色が悪くなり，食後時々臍部に疼痛を訴え，肉類摂取後は特に強い様であった。次第に瘠せ8月中頃からは腹痛は増強し殆ど連日の様に食後1時間位に痙痛を来し，数分間持続してグル音と共に軽快するのを常とする様になった。11月初め糞便が黒色であるのに気付いたが，嘔吐，吐血を来した事は無かつた。12月5日腹部に著明な膨満感が

あり，為に排便を行つた所間もなく急に腹部全体に激痛を来し同時に嘔吐が数回あつた。某医に受診し鎮痛剤の注射を受けたが腹痛は軽減しないので同日来院した。

既往歴：18歳頃より時々喘息発作あり。28歳時，痔核根治手術を受けた。性病は否定。

家族歴：結核，喘息及び精神神経病性素因を認める。

現症：

全身所見：体格中等，栄養不良，顔貌苦悶状，脈搏1分時約70，緊張微弱，血圧75～40mmHg，眼瞼結膜貧血性，口臭あり舌に薄苔を認める。全身のリンパ節腫脹は認めない。心，肺には異常所見が無い。

局所所見：腹部，全般に膨隆陥没を認めず，蠕動不

穏、静脈怒張、限局性膨隆を証明しない。全体に腹筋防禦が著明で、臍上部は圧痛が顕著である。ブルンベルグ氏徴候陽性。

肛門内指診では、直腸膨大部拡張せず、ダグラス窩は膨隆するが圧痛は認めない。挿入指に血液、膿汁等は附着しない。

臨床診断：急性穿孔性腹膜炎

手術所見：上正中切開で開腹すると黄色漿液性の腹水を認めた。胃、肝臓、胆嚢には変化はない。十二指腸にも穿孔等の異常所見を認めないので空腸を順次精査すると、漿膜面は浮腫、充血が著明で所々に膿苔が附着する。トライツ氏靱帯から約130cmの所に穿孔があつてその部を中心に上下60～70cmの範囲に拇指頭大よりくるみ大の腫瘤数個を認め、腸間膜リンパ節も腫脹している。穿孔は腫瘤の口側にあつて、腫瘤により腸管が狭窄され且つ脆弱となつて穿孔を来したものと思われる。

腫瘤は空腸にのみ存在し、廻腸、盲腸及び結腸には認められなかつた。茲に於て全身状態が不良のため穿孔部を中心に出来るだけ腫瘤を含めて約50cmの空腸を切除し、側々吻合を行い腹腔内を洗滌後ゴムドレインを挿入して手術を終つた。

術後経過：術後輸血、輸液及び抗菌物質の使用により漸次快方に向いつつあつたが、喘息発作頻発し、手術創は化膿哆開して胃壁が露出する様になつた。術後16日に到り急にショック症状を呈したので再び開腹術を行うと、先の腸吻合部に縫合不全を認めた。再び腸

切除後側々吻合を行つたが、其の後次第に全身衰弱に陥り入院後35日目に死亡した。

別出標本：腸壁は全般に浮腫著明で、5個の腫瘤が散在する。中央部の腫瘤により腸管は狭窄され、腫瘤の口側部に小穿孔が認められる。粘膜面では腫瘤は周囲と境界明瞭で膨隆し自潰潰瘍を形成している。

組織標本：ヘマトキシリン、エオジン染色では図1に示すように、腫瘍細胞は少々大型胞体の形は不規則で極めて明るい。胞体は細胞突起で互に網をなし網の中央或いは偏在して、橢円形、長橢円形、短桿形、陥

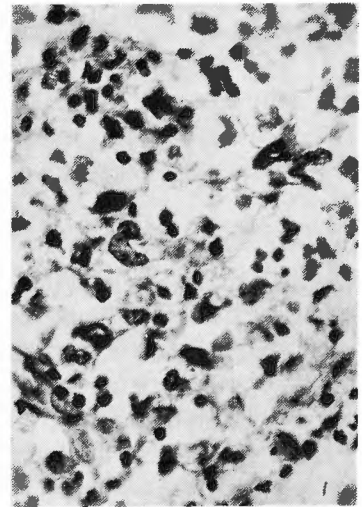


図1 H. E. 染色 ×700
(粘膜下層)

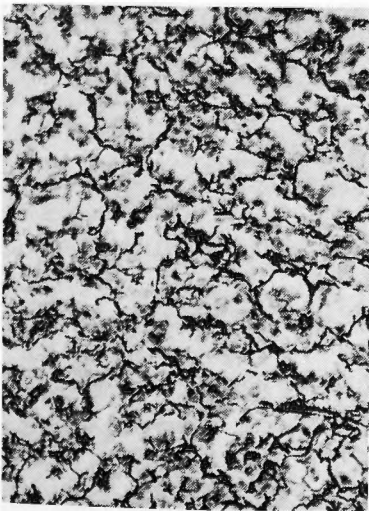


図2 鍍銀染色 ×370

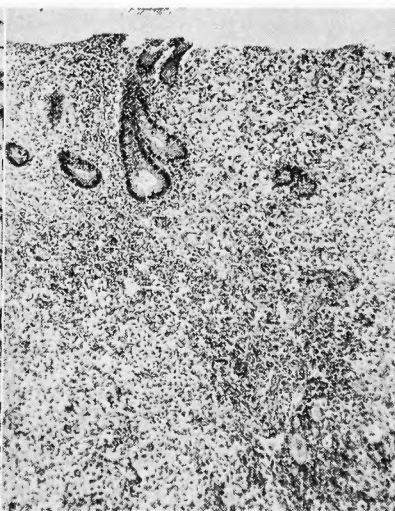


図3 H. E. 染色 ×100
(粘膜層)



図4 H. E. 染色 ×154
(腸間膜リンパ節)

入型、更に不規則型等、種々な形と大きさを呈する核がある。核色質は大型のものは中等度だが、中、小型のものは多い。

有糸核分裂像は、色々な時期のものを豊富に認め、巨多核細胞も混在する。一方 Karyorrhexis を起して変性壊死に陥る細胞も少なからず認める。

鍍銀染色で図2のように微細な格子線維が密な格子線維網を作り、腫瘍細胞にまつわりついている。

かかる所見から腫瘍は細網肉腫と診断された。

腫瘍細胞は、図3に示すように、内方には粘膜固有層を破つて粘膜面に浸潤し、又外方には筋層から漿膜下に到る迄同様瀰漫性に浸潤し、筋線維の断裂、萎縮が強い。

腸間膜リンパ節には、図4のように転移が認められ、殆ど本来のリンパ節の姿は消失している。腫瘍細胞の性格は、原発と転移部で著しい相違は認められない。

考 察

細網肉腫は赤崎に依れば、リンパ組織及び骨髓組織内の細網細胞に由来するもの、臓器組織の組織球から発生するものに分類されるが、特にリンパ性細網肉腫が圧倒的に多いと言う。これを(A)未分化型、(B)分化型、(C)混合型又は移行型に分類し、分化型を更に、(1)網状型、(2)組織球型、(3)多形細胞型に分けているが、本症例は前述の病理組織学的所見より、網状型乃至一部は多形細胞型に属するものと考えられる。

腸管に於ける細網肉腫は主として、廻腸、盲腸、上行結腸に発生し、空腸に発生することは稀とされている。其他時に虫垂、直腸にも見られるが、本症例の如く空腸にのみ限局し、しかも腸管の穿孔を来した例は稀有である。

症状としては細網肉腫に特有なものではなく、不定型で、初発症状も多様であり、消化障碍、腹痛、腹部腫瘤等腸管の悪性腫瘍に見られる症状を呈する、時に腸狭窄症状又は腸重積を呈し早期に貧血、羸瘦を伴う。

症状が不定のため診断は困難であり、その為に早期治療が期待し難い結果その予後は一般に不良である。

治療は早期切除が理想的である事は他の悪性腫瘍と同様であるが、放射線療法も肉腫は感受性が強いので利用される。しかし多くは早期に転移を起し又は再発する。

結 語

48歳、男、急性穿孔性腹膜炎の診断の下に開腹術を行つたところ、空腸に腫瘤を認め腸管穿孔を起していた。腫瘤と共に空腸を約50cm切除し側々吻合を行つたが、術後全身衰弱の為死亡した。腫瘤の組織学的検査により細網肉腫と診断されたが、空腸にのみ限局性に細網肉腫を認め腸管穿孔を来した例は稀有なものであろう。

文 献

- 1) 赤崎兼義：細網内皮系とその腫瘍。最新医学，7，406，昭27。
- 2) 池田恵一：回腸リンパ性細網肉腫の1治験例。外科，15，884，昭28。
- 3) 黒沢 実，他：原発性胃細網肉腫の1例。外科，15，269，昭28。
- 4) 中野 洋，他：胃細網肉腫の1例。日外宝，27，793，昭33。
- 5) 佐藤 治，他：回腸細網肉腫症の1例。外科，17，822，昭30。
- 6) 富田三郎：小腸細網肉腫穿孔の1例。外科，16，822，昭29。