

右側潰瘍性大腸炎の一例

日本アルミ附属病院外科医長 (院長 医学博士 革島悟郎)

医学士 宮 岡 邁

〔原稿受付 昭和28年6月 日〕

RIGHTSIDED ULCERATIVE COLITIS. REPORT OF A CASE.

Head Surgeon of the Attached Hospital to the Nippon Aluminium Mfg. Co. Ltd.
(Director: Goro Kawashima M.D.)

by

TSUTOMU MIYAOKA,

The author has recently experienced a case of large tumour on coecum and ascending colon with symptoms of intestinal stenosis and resected the lesion with ileocolostomy. The resected specimen revealed histologically to be a typical form of right sided ulcerative colitis. As the case reports of this disease is very rare in Japan, the author has tried to review American and European literatures on this problem.

私は最近、盲腸及び上行結腸に巨大な腫瘤を形成し、そのため腸管の狭窄症状を呈した患者に遭遇したが、切除鏡検の結果、右側潰瘍性大腸炎と考えられるものであつたので、ここに報告する。

症 例

22才の女、本院薬局助手

主訴：腹痛及び腹部腫瘤

家族歴：父は最近 Hodgkin 氏病様の多発性淋巴腺腫で死亡、

既往歴：小学生の頃から、一寸した過食でも下痢し易く、月に一度位下痢をしていた。約5年前(昭和22年)急性虫垂炎に罹患し、本院で虫垂切除術を受けた。当時の手術所見は、腹水が少量あり、虫垂は大網で軽く包裡されており、カタル性虫垂炎であつた。順調に経過し、創は一期癒合を営んだ。

その翌年(昭和24年3月)、貧血及び血沈値促進(ウェスターグレン氏法で中等価65mm)を指摘されたことがある。

現病歴：昭和24年11月(33ヶ月前)、発熱(体温39°C)、咳嗽を来したので、本院内科にて受診の結果、左肺野に捻髪音を聴取され、肺炎と診断された。これに

対して、ペニシリンを投与されたがその後10日間解熱せず、引続き廻腹部に疼痛を覚えるとともに、2回の軽い下痢を来し、血便と腹筋緊張が証明されたので、結腸炎と診断された。この時同時に結竇性紅斑と多発性関節炎を伴い、発病以来2週間を経て、ようやく解熱した。

昭和25年7、8月(約2年前)の2回心窩部疼痛、37°C前後の発熱を来したことがあつて、その時には廻腹部から結腸肝彎曲部に至る索状の腫瘤を指摘された。なおこの時糞便に蛔虫卵及び潜血反応が陽性であつた。

昭和26年1月(約1年半前)妊娠腎に罹患し、4月分娩した。

昭和27年1月右側腹部に疼痛発作があり、同年6月には下痢及び発熱をも伴うた、このため遂に同年7月当外科を訪れるに至つた。

現症：体格栄養共に中等度であるが、顔色及び可視粘膜は蒼白である。その他脈博、呼吸、胸部臓器及び尿所見等には著変を認めない。

局所所見としては上記のように、盲腸及び上行結腸に相当する部分は弾性硬の直径約1cmの索状の腫瘤として触れ、上部は結腸肝彎曲部に及んでいるが、なお周囲組織からは移動し易く、その表面は比較的平滑で、

圧痛が著明である。又右側腹部には腹筋緊張及びブルンベルグ氏症候が軽度陽性である。造影剤による経肛門的レ線透視によると、上行結腸、盲腸部には著明な狭窄及び皺襞異常が認められたため、手術を行うこととした。

手術所見：右直腹筋外縁切開で開腹すると、腹水はみられず、盲腸及び上行結腸は軽度に周囲と癒着しているが容易に剝離できた。この盲腸及び上行結腸は全体がやゝ充血し、光沢を失った弾性硬の腫瘍となり、その腸間膜淋巴腺は罹患部の全域にわたり、大豆大に及び大きさに、腸間膜根部に至る迄、無数に腫脹していた。その硬度は略々尋常であつた。右半側結腸切除術を行つて手術を終了した。

術後 38~39°C の弛張熱を来し、またあらゆる抗生剤、サルファ剤を7日間にわたつて投与したが、結局糞塊を形成した。しかしこの糞塊は約2週間で閉鎖され、約100日を経て全治退院した。

摘出標本は、盲腸から結腸肝彎曲部迄、粘膜下組織、筋層が高度に肥厚し、盲腸の粘膜表面には大豆大及びそれ以下のポリープが数箇認められるが、肛門側ほど小さくなり、上行結腸では顆粒状となり、漸次横行結腸の正常粘膜に移行している。最も肥厚の高度な部分では粘膜下組織5mm、筋層7mmに及んでいる。盲腸前壁の厚さは約6mmで、ポリープはなく、粘膜の厚さは正常である。虫垂の附着部は肥厚し、癰疽様で硬い。廻腸終末部には孤立性淋巴濾胞が多い。(第1図)

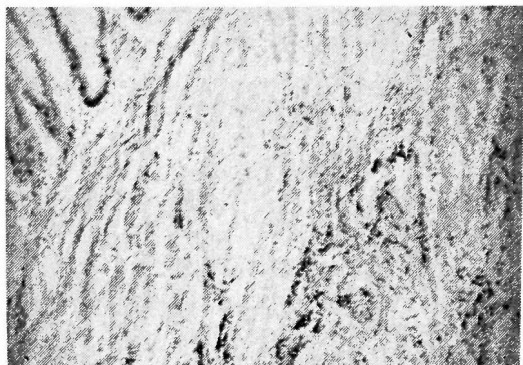
第1図 別出標本



組織学的には、主として慢性もしくは亜急性の非特異性炎の像が全層、特に粘膜下組織に強く、粘膜下組織の肥厚が最も著明である。上行結腸で粘膜が顆粒状になつた部位は、皺襞が多く、絨毛状となり、粘膜の入りこんだ部分には形質細胞、多形核白血球の浸潤が

第2図 組織標本

粘膜下組織を中心とした著明な線維増殖



強い。被覆上皮には表皮剝脱がある。粘膜下組織には多数の細胞浸潤があつて、筋層から漿膜下まで続いており、線維は粗で、浮腫状となり、血管周囲にも細胞浸潤の集落がある。虫垂根部の粘膜には変化なく、その粘膜下には線維成分が多く、軽い細胞浸潤がみられる。しかしこれは、盲腸に較べると、一般にその変化の程度が少い。淋巴腺は慢性淋巴腺炎の像である。(第2図)

考 案

潰瘍性大腸炎の本邦における報告は比較的少く、稲田¹⁾、坂口²⁾、久保³⁾、近藤⁴⁾などの報告をみるのみであるが、標本を摘出して検討したものではなく、殊に右側性のものは甚だ少い。

私は最近、上述のように、潰瘍性大腸炎の中でも、その発生頻度が10%前後といわれている右側性潰瘍性大腸炎を偶々経験したが、これに対して腸切除を行い治癒させる機会を得たので、欧米諸家の記載と比較して本症例を検討してみたい。

1) 発病：Moses Paulson⁵⁾は本症が屢々上気道感染、疲労、精神的肉体的荷重などを誘因として発病、再燃するといひ、その病型には i.) 電撃的のもの、ii.) 比較的急激なもの、iii.) 潜在的に進行するものなどの3型があることを述べている。私の症例は肺炎を誘因として ii.) の型を以て発病している。即ち、i.) の型のように激しい下痢、出血、重篤な毒血症、脈搏頻数及び体温上昇はみられないが、しかもその発病の時日を確然と指摘できる。体温上昇、脈搏頻数及び白血球増多症(15,500)は著明であるが、重症の肺炎に続発しているので、それとの区別が難しい。

2) 原因：未だ確定したものは無く、種々の細菌説、神経説及びアレルギー説等が主なものである。Andresen や Rowe のアレルギー説を唱える諸家の中には、結節性紅斑や関節周囲炎を伴うもののあることを1つの根拠としているから、自家症例はこの点からも興味が深いわけである。

3) 症状：全身症状として、発熱、衰弱、体重減少、脱水症及び貧血等があげられている。本症例は肺炎に続発したものであるから、勿論如上の症候は存在したが、すべてが潰瘍性大腸炎に因るものかどうかはなお不明である。最近3～4年間、原因不明の貧血の存在が指摘されているのは、或はこの為かとも考えられる。

なお本例では局所症状としての腹痛、下痢、粘液膿血便は比較的程度で特に襲急後重を欠いているが、これは右側性で、直腸に病変のないためであると考えれば当然である。

4) 病理：James A. Cahill は次のように記載している。即ち本症の病理学的所見は非特異性炎症で、最初は粘膜が感染し、充血、小潰瘍を形成し、それが融合する。それから粘膜下組織、筋層及び漿膜に拡がり、かくて粘膜下組織、筋層が著しく肥厚する。治癒の過程においては、収縮し、いわゆる lead pipe colon になる。軽症にあつては、粘膜に発赤と顆粒をとめるのみである。癒痕形成期には、他の腸管、膀胱等との間に瘻孔や洞又は膿瘍を形成することがある。pseudo polyposis は末期において、普通にみられる現象で、これは粘膜の島から発生するものであると述べている。私の症例は特にこれに一致し、病変が高度の部位では lead pipe colon となり、正常部に移行する比較的变化の軽い所では顆粒状となつていく。

潰瘍性大腸炎の潰瘍は一般に浅在性であるため、急性期を過ぎると治癒するので、この症例でも潰瘍が認められなかつたもののようである。それ故潰瘍性大腸炎なる名称を不適当であると考える人もあり、私も、このように慢性期に入つた潰瘍性大腸炎は、むしろ藤浪、房岡⁹⁾博士の提唱した腸管象皮症として取扱う方が、より実体を把握しているのではあるまいかと考える。

5) 鑑別診断：第1には Crohn 氏病との関係が問題となる。両者を同一であるとみるむきもあるが、一般には区別されているようである。潰瘍性大腸炎が廻腸終末部に及ぶこともあり、又 Crohn 氏病が盲腸、結腸に及ぶこともあるが、私の症例では廻腸終末部には変

化なく、又発病が特有であるので問題にならない。

6) 治療：はじめは虫垂嚢または盲腸嚢を造設した後、洗滌療法が試みられた。最近では、急性期には廻腸嚢を造り、一坦軽快をみた後、一部或は全部の結腸切除術が行われる。更に最近 Philip Theorek は迷走神経切斷術の効果を強調している。

結 語

私は急性型から慢性型に移行した定形的な右側潰瘍性大腸炎の1例を経験したので、こゝに文献的考察を加えて報告した。欧米においては多い疾患とされている本症が、本邦では甚だその報告例に乏しく、本邦の成書における記載も甚だ簡単である。しかし今後本症に注目すれば、恐らくその症例が増加するものと思われる。

なお又、腸管象皮症と本症、Crohn 氏病との関係については、藤浪、房岡氏らも言及しておられないが、或は潰瘍性大腸炎を原因としたものではあるまいかと思われる。しかし他方逆に、本症及び Crohn 氏病の慢性型をも広義の腸管象皮症の中に含めることも一案であるから、この点は更に将来の研究に俟たねばならない。

文 献

- 1) 稻田竜吉：重症大腸炎に就て、日本消化器病学会雑誌，27，625 昭3
- 2) 坂口三男：潰瘍性大腸炎の統計的観察，実地医家と臨床，15，1213 昭13
- 3) 久保郁哉：潰瘍性大腸炎に関する最近の知見，最新医学，7，12，60 昭27
- 4) 近藤平一郎：潰瘍性大腸炎の2例，臨床内科小兒科学，7，3，136 昭27
- 5) Moses Paulson：Diseases of the digestive system 660 Philadelphia 1944
- 6) Andresen and Rowe：cited in ibid
- 7) James A. Cahill：Text book of Surgery 1073 Philadelphia & London 1949
- 8) 藤浪修一，房岡隆三：消化管象皮症，日本外科宝函，16，414 昭14
- 9) Weir：Zitiert in "Die Chirurgie" Band V 976 Berlin 1927
- 10) Philip Theorek：特発性潰瘍性結腸炎並に限局性腸炎に対する迷走神経切斷術，J. A. M. A. 日本版，5，4，157 1951.