

慢性腸重積症状を呈した回腸終末部細網肉腫の1例

大阪医科大学外科学教室（指導：麻田 栄教授）

江 原 英 彦 ・ 福 田 勝 次

〔原稿受付：40年2月22日〕

A Case of Reticulosarcoma in the Terminal Portion of the Ileum

by

HIDEHIKO EBARA and KATSUJI FUKUDA

From the Department of Surgery, Osaka Medical School
(Director: Prof. Dr. SAKAE ASADA)

A case of reticulosarcoma which presented itself as an ileocecal intussusception, was reported.

A 35-year-old female was admitted to the Osaka Medical School Hospital with a chief complaint of epigastric pains associated with vomiting. Metallic bowel sounds on physical examination and radiological examination of the gastrointestinal tract suggested an intestinal obstruction, and a laparotomy was performed on February 2, 1964.

On opening the abdominal cavity, an ileocecal invagination was found, and a right hemicolectomy including the terminal portion of the ileum was performed. Postoperative course was uneventful and the patient was discharged 40 days after the operation.

Dissection of the specimen revealed that a tumor, 4 cm in diameter, developed in the terminal portion of the ileum and prolapsed into the cecum and ascending colon as a spearhead drawing the ileum behind it. Pathohistological examination revealed that the tumor was reticulosarcoma.

It was emphasized in this report that intussusception was not a rare complication of primary sarcoma in the intestinal tract (20 to 25% in incidence) though sarcoma itself was a far more rare primary tumor of the intestine as compared with carcinoma, and that intussusception was a diagnostically important finding of primary sarcoma of the intestine.

最近われわれは慢性腸重積症状を呈した回腸終末部細網肉腫の珍しい1例を経験したので、ここに報告する。

症 例

35才，女子。

主訴：嘔吐を伴う心窩部痛と便秘。

既往歴：家族歴：特記すべきものはない。

現病歴：昭和38年10月下旬より，食後に心窩部痛を訴え，胃炎の診断のもとに内科的治療を受けていたが

軽快せず，11月下旬には，悪心嘔吐を来すようになり，幽門狭窄症の疑いで，11月24日当外科に入院した。入院後に行なつた胃腸部透視では，胃には異常所見が認められず，腸では回盲部で造影剤の通過がやや遅延していたが（図1），症状が軽快したので11月30日一応退院した。ところが昭和39年1月上旬より再び心窩部痛と嘔吐を来とし，浣腸をしなければ排便がなく，慢性腸閉塞症の疑いで1月29日再入院した。

入院時所見：体格は中等，栄養はやや不良でやせており，顔面蒼白，顔貌は苦悶状を呈し，舌に白色被苔

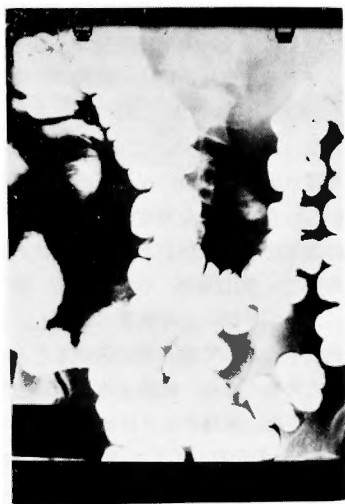


図1 腸レントゲン像

が認められた。脈搏数は82、血圧122～92mmHg。腹部は中等度に膨隆し、軽度の腸蠕動不穏がみられたが、腹壁静脈の怒張は認められなかった。打診上、腹部全体が軽度に鼓音を呈し、肺肝境界は右第6肋間にあつた。触診では、心窩部に圧痛があり、回盲部に軽い抵抗が触知され、腸雑音はやや亢進していた。直腸指診では、腫瘤に触れず、直腸膨大部の開大はなく、また直腸内指診の指先に血液の附着はみられなかった。

諸検査成績：赤血球数 414×10^4 、白血球数 3100、血色素値40%（ザーリー）で、軽度の貧血がみられた。尿所見は正常で、糞便の潜血反応も陰性であつた。血清総蛋白量は正常（6.8g/dl）であつたが、A/G比は0.8で低下していた。肝機能、電解質、心電図はいずれも正常で、直腸鏡検査によつても腫瘤や狭窄等の異常所見は認められなかった。しかし腹部レントゲン写真で左側腹部にガスの充満像が認められた。

以上の所見よりイレウスと診断し、昭和39年2月3日開腹術を施行した。

手術所見：気管内挿管麻酔のもとに、下正中切開で開腹すると、腹腔内には混濁した漿液性腹水が多量に貯留していた。胃、肝、胆嚢に異常は認められなかったが、小腸全体がガスでもつて著明に膨満し、充血を伴ない、浮腫状を呈していた。イレウスの原因を精査すべく小腸を肛門側にたどると、回盲部から約5cm肛門側の上行結腸に鶏卵大の腫瘤に触知し、この腫瘤が先進部と成つて ileocecal invagination を形成していた（図2）。そこで腫瘤を含めて回腸終末部と結腸の右半部を切除し、回腸横行結腸端側吻合を行ない、手

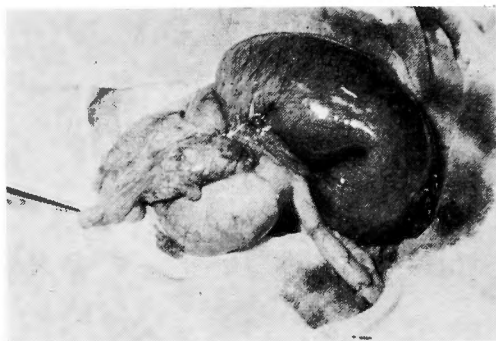
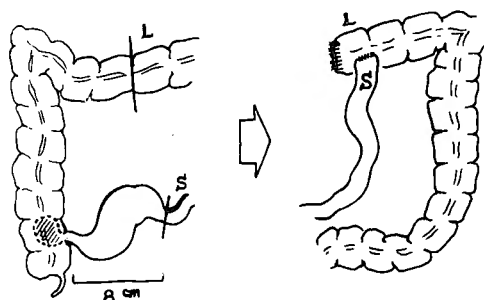


図2 開腹所見



手術々式

図 3

術を終了した（図3）。

切除標本所見：嵌入腸管は強く絞扼され、漿膜面は紫赤色を呈していた。内腔を開くと、回腸が約5cm上行結腸内へ重積嵌入しており、この嵌入回腸終末部には、大きさ $5 \times 4 \times 4$ cm、暗赤色、表面凹凸不整、弾性硬の腫瘤が認められ、断面は灰白色充実性であつた。この腫瘤が先進部となり腸重積症を来たしたものであつた（図4）。

病理組織学的所見：腫瘍細胞の核は円形ないし楕円

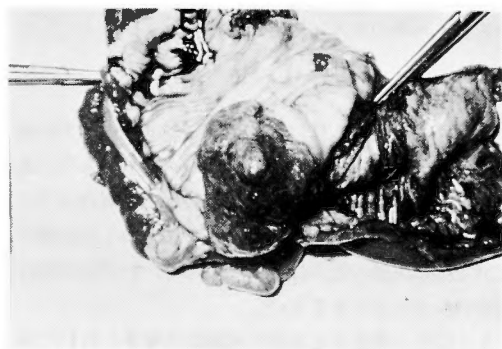


図4 切除標本

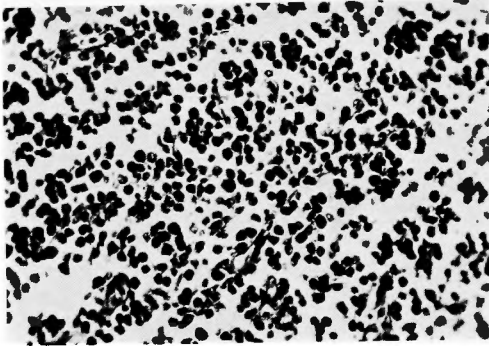


図5(a) 病理組織像
(H. E. 染色, $\times 280$)

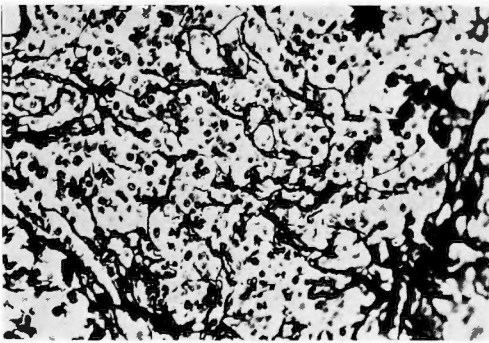


図5(b) 病理組織像
(鍍銀染色, $\times 280$)

形で、核分裂像が多く認められ、原形質は一般に乏しく、細胞は概ね互いに遊離していた(図5(a))。腫瘍組織は外方へ向つて強く浸潤増殖して腸間膜根部にまで達し、内方へは内腔に突出して表面が壊死に陥ちいつているのが認められた。鍍銀染色標本では銀線維が腫瘍細胞間にかなり多く認められ(図5(b))。すなわち細網肉腫と診断された。

術後経過：順調に経過し、40日目に退院し、1年余の現在、再発の兆なく健在である。

考 按

腸管に発生する肉腫は、1864年 Wallenberg が腸重積症を合併した腸肉腫を報告したのが最初であり、本邦では、1902年関場、大久保の発表以来、現在までに約120例の腸肉腫が報告されている。しかし腸肉腫のなかで細網肉腫の報告は極めて少なく、わずか15例の報告がみられるにすぎない。

さて腸管に発生する癌腫と肉腫の比率をしらべてみると、欧米の統計では Schumann が 100 : 1, Wortman

が 38 : 1, 本邦では、大藤が 291 : 1, 弥永が 89 : 2 と記載しているごとく、肉腫は癌腫にくらべて遙かに少ないようである。発生部位は、癌腫が大腸に発生するのに反し、肉腫は小腸に多く、特に回盲部、ついで回腸、空腸、盲腸、直腸の順となつている。発生年齢は癌腫が主として高齢者に多いのに反し、肉腫は青壮年者に多く、性別では、女性よりも男性に多いとされている。

腸肉腫の臨床症状には特有な定型的症状がなく、初発症状は多様で、消化障害、不定の腹痛、腸閉塞症状等であり、比較的早期に全身状態が増悪し、貧血、るいそう、衰弱を來たして悪液質に陥いることが多い。腫瘍は急速に大きくなり、触診上移動性が著明であることが特徴とされ、癌腫のように狭窄を來たすことは少ないといわれ、本症例のごとく、腸肉腫で腸重積症を來たす頻度は 20~25% (細網肉腫では 11%) で、かなり多いようであるが、開腹術によつて初めて発見されている場合が大多数である。以上のごとく症状は多様で定型的な症状を欠くため、術前に本症を診断することはすこぶる困難である。このため腸肉腫では手術の時期を失することが多く、たとえ手術が行なわれても早期に転移を來たし再発を起すため、永久治癒が期待できない場合が多い。切除手術を受けた本邦の 91 例中 2 年以上健在であつたものは、わずかに 3 例にすぎず、すなわち腸肉腫の予後は極めて不良というべきであらう。

われわれの症例では、上述の如く臨床症状は慢性イレウス症状を繰返し、触診上回盲部に単なる抵抗を触れたのみで、腫瘤としては触知出来ず、イレウスとして手術を施行し、組織学的検索により初めて細網肉腫に起因する腸重積症であることが判明したものであり、術前診断は不可能であつた。しかしながら、初回入院時の回盲部レントゲン像を注意深く見直してみると陰影欠損が認められ、当然、成人にみられる慢性腸重積症を疑い、その原因として腸腫瘍の存在を考えるべきであつたと反省される。

む す び

35才の女子で、幽門狭窄症の疑いで経過を観察中、たまたま、イレウス症状を呈し開腹術を行なつたところ、回腸終末部細網肉腫による慢性腸重積症であつた 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告した。

(本論文の要旨は第27回京都外科集談会において発表した)。

文 献

- 1) 大藤信之：腸肉腫1例に就きて，日本外科学会雑誌，**36**：620，昭10.
- 2) 坂梨秀文：両側卵巢悪性腫瘍と誤診せられたる廻腸肉腫の1例に就いて，癌，**31**：96，昭12.
- 3) 富田三郎：小腸細網肉腫穿孔の1例，外科，**16**：822，昭29.
- 4) 弥永耕一：小児空腸肉腫の1例，外科，**15**：892，昭28.
- 5) 永光慎吾・高島八郎：腸重積症の原因となつた回腸細網肉腫の1症例．外科診療，**6**：182，昭39.
- 6) 真鍋茂良・町田正司：廻腸細網内皮肉腫の1例，臨床外科，**6**：380，昭26.