

## 症例報告

## 腹腔鏡下高位前方切除術を施行した直腸子宮内膜症の1例

前田祥成, 古谷卓三, 太田啓介, 蘓村秀明, 竹本紀一,  
矢原 昇, 安部俊弘, 佐伯俊宏, 林 弘人

国立病院機構 関門医療センター 外科 下関市長府外浦町1-1 (〒752-8510)

Key words : 腸管子宮内膜症, 腹腔鏡手術, 直腸腫瘍

## 和文抄録

今回我々は術前診断が困難であった腸管子宮内膜症を経験したので, 若干の文献的考察を加え報告する。

症例は49歳, 女性。健診にて便潜血陽性を指摘され, 近医を受診。下部消化管内視鏡検査にて直腸Rsに1型腫瘍を指摘され, 精査加療目的に当科を紹介された。当院で3回行った内視鏡では粘膜下腫瘍様であり, 生検で確定診断に至らなかった。悪性疾患の否定ができず, 患者の同意が得られたため, 腹腔鏡下高位前方切除術を施行した。術中所見では骨盤腔内は白色調で強固に癒着していた。切除標本は粘膜下腫瘍様であり, 病理診断にて腸管子宮内膜症と診断された。術後は縫合不全を合併したが, 保存的に軽快した。

## はじめに

腸管子宮内膜症は子宮内膜の組織が腸管で発育・増殖する非腫瘍性病変で, 術前診断が困難なことが多いとされる<sup>1)</sup>。今回我々は術前診断が困難であった腸管子宮内膜症を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

## 症 例

患 者 : 49歳, 女性。

主 訴 : 便潜血陽性。

現病歴 : 生来健康で, 慢性的に便秘症はあるものの月経困難症は認めなかった。X年8月, 健診にて便潜血陽性にて近医を受診され, 下部消化管内視鏡検査にて直腸Rsに1型腫瘍を指摘され, 精査加療目的に当科に紹介された。

既往歴 : 多発性子宮筋腫。

入院時現症 : 身長160cm, 体重54kg, 腹部は平坦, 軟圧痛なし。手術痕なし。表在リンパ節は触知せず。

血液生化学所見 : 貧血, 炎症所見を認めず, 腫瘍マーカーはCEA : 0.7ng/ml, CA19-9 : 13.7U/ml, CA125 : 48.2U/mlとCA125が軽度高値であった。

腹部造影Computed Tomography (CT) : 腹水なく, 長径13cmの巨大子宮筋腫を認め, 直腸Rsにわずかな壁肥厚を認めた。リンパ節腫大は認めなかった (図1)。

下部消化管内視鏡 (CS) : 肛門縁から15cmのRsに1/3周程度を占める隆起性病変を認めた。ほぼ粘膜構造が保たれた粘膜下腫瘍様であり, 頂部に発赤を伴う粘膜粗造部を認めた (図2)。

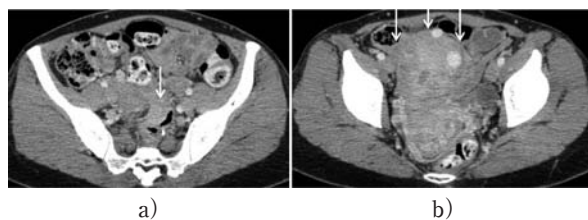


図1 腹部造影CT

- a) 直腸Rsに軽度の壁肥厚を認めた。  
b) 長径14cmの巨大子宮筋腫を認めた。

平成29年5月10日受理

超音波内視鏡 (EUS) : 第4層 (MP) に連続した幅25mm, 厚さ12mmの低エコー均一腫瘤を認めた (図3).

初回直腸生検 : Group 2. 粘液の中に円柱上皮が浮かんでおり, 粘液癌の可能性はあるが, 異型に乏しく細胞量が少量のため確定診断はできなかった.

第2回直腸生検 : Group 2. 粘液癌の可能性はあるが, 異型に乏しく細胞量が少量のため確定できなかった.

第3回直腸生検 (ポーリング生検) : Group 1. 粘膜固有層の浮腫および粘膜筋板の肥厚が目立ち, 上皮細胞の異型は乏しく, 粘液癌などの明らかな腫瘍性変化は認めなかった.

治療方針 : 患者がこれ以上の内視鏡検査, 生検を希望せず, 直腸粘膜下腫瘍の診断にてGISTに準じて切除術を行うこととした. 子宮筋腫に関しては閉経が近く経過観察との方針が婦人科より提示された.

手術所見 : 腹腔鏡補助下高位前方切除術, 3群リン

パ節郭清, Double Stapling method再建を施行した. 骨盤内はいわゆるfrozen pelvisの状態で, ダグラス窩は白色の癒着により完全に閉塞していた. 少量の血性腹水を認めた. 巨大子宮筋腫が視野の妨げとなり, 手術には非常に難渋し, 手術時間は7時間23分, 出血量は450mlであった (図4).

切除標本 : 長径3 cm程度の境界不明瞭な粘膜下腫瘍を認めた. 粘膜面は粗造な部はあるものの粘膜の

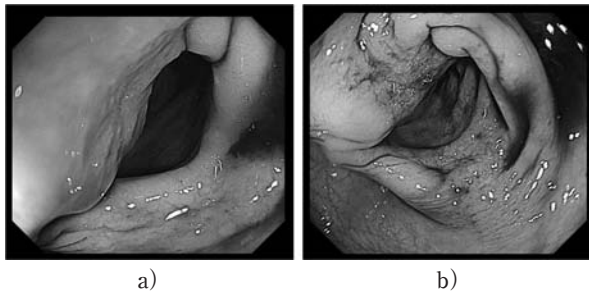


図2 下部消化管内視鏡所見  
a) 肛門縁から15cmのRsに1/3周程度を占める粘膜下腫瘍様の隆起性を認めた.  
b) 隆起部の粘膜面は一部粗造になっていた.



図3 EUS所見  
第4層 (MP) に連続した低エコーで均一な腫瘤を認めた.



図4 術中所見  
骨盤腔は白色の癒着が著明 (→) であった.

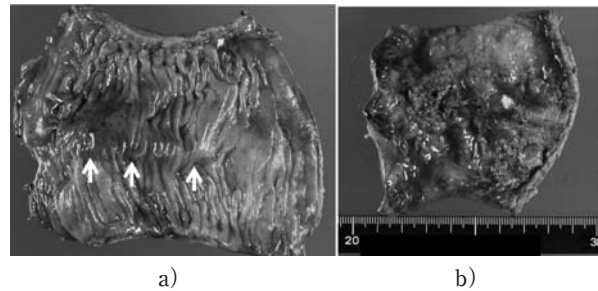


図5 切除標本  
a) 境界不明瞭な粘膜下腫瘍を認めた.  
b) 漿膜面は異常を認めなかった.

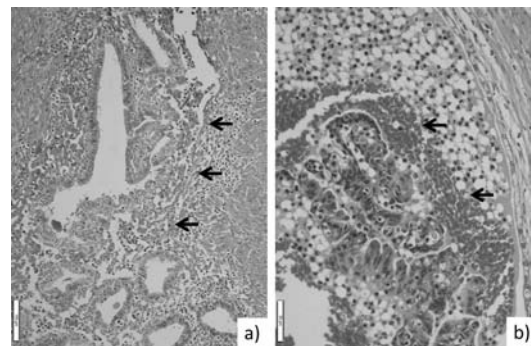


図6 病理所見  
a) 固有筋層の筋束間に腺と間質から成る子宮内膜組織を認めた.  
b) 粘膜下層では拡張した腺腔内に剥離した内膜腺上皮と出血, 炎症細胞を認める部分も見られた.

連続性は保たれていた。漿膜面の連続性も保たれていた。切除断端は陰性であった(図5)。

**病理診断:** 粘膜下層から漿膜下層にかけて大小の子宮内膜組織が島状に散見された。固有筋層内に特に多く存在し、周囲の平滑筋が増生していた。壊死や脈管侵襲はなく、異型細胞もなく、子宮内膜症と診断された(図6)。

術後経過は軽度の縫合不全を認めたが、1週間の絶食により保存的に軽快した。術前に認めていた、便秘症や排便時腹痛は術後軽快した。

## 考 察

子宮内膜症(endometriosis)は、子宮内膜組織が異所性に増殖する非腫瘍性疾患である。子宮内膜症は一般にその発生部位により子宮体部に発生する内性子宮内膜症と子宮体部以外の部に発生する外性子宮内膜症とに分けられ、後者は更に卵巣、卵管、膣などに発生する性器内子宮内膜症と靱帯(子宮仙骨靱帯、円靱帯)、ダグラス窩、腸管などに発生する性器外子宮内膜症とに分けられる<sup>2)</sup>。

腸管子宮内膜症は1991年にRobert Meyerが最初に報告した疾患で<sup>3)</sup>、異所性子宮内膜症のなかで一番多く、子宮内膜症の5~15%を占め、発生部位では直腸とS状結腸が多く75~90%を占める<sup>4)</sup>。

腸管子宮内膜症の発生要因については、体腔上皮の仮生説、転移性移植説、機械的移植説、胎生上皮由来説など種々の説があるが、Sampsonによって提唱された卵管移植説<sup>5)</sup>が現在最も支持されている。すなわち、月経時に経血とともに卵管内を逆流した子宮内膜が腹腔内に播種、腸管の漿膜側に付着し、性周期とともに増殖、脱落を繰り返しながら、筋層、粘膜下層と浸潤していくというものである<sup>6)</sup>。

腸管子宮内膜症の形態分類として腫瘤形成主体のendometrioma型と狭窄主体のdiffuse endometriosis型に分類される。endometrioma型では腸管壁の一部に異所性子宮内膜が粘膜下腫瘍様の結節を生じて、性周期に同調して出血などの症状を引き起こす。また、diffuse endometriosis型では、子宮内膜腺が漿膜側で増殖し、壁内で出血、消褪を繰り返して、腸管壁の線維化が進んで進展性がなくなり、腸管狭窄による便通異常が出現する<sup>1)</sup>。本症例は内視鏡所見から典型的なendometrioma型と考

えられた。

症状は、月経困難、月経過多、不正性器出血などの月経異常、性交痛や性交不快症などが挙げられ、本症の約40%に周期的な痙攣性の腹痛、下痢、便秘、テネスマス、下血などの消化器症状を認める<sup>7)</sup>。月経に伴う症状の発症は本症に特徴的であるとされているが、実際には約半数の症例では月経周期と症状の増悪・軽快に関連性はないと報告されている<sup>8)</sup>。

本症例においては、軽度の月経困難症と便秘は自覚していたものの、月経周期と関連はなく、症状から本疾患を想定することは困難であった。

本疾患の診断は血液検査でCA125が上昇することが多く、治療効果判定にも用いられる。

下部消化管内視鏡検査では特異的な所見は認められず、粘膜の発赤から、粘膜粗造、粘膜下腫瘍、隆起性病変、全周性狭窄像までさまざまな所見を示す。生検で子宮内膜組織を認める頻度は6~9%と低率である。また月経周期を考慮に入れた複数回の検査は有用であるとされる。診断のゴールドスタンダードは腹腔内所見であり、通常の子宮内膜症の所見に加え、腸管表面に子宮内膜組織の増生と癒着による腸管の短縮を認める<sup>4)</sup>。

本症例では前医で1型腫瘍と診断され、当院では粘膜下腫瘍様であり、月経周期により形態変化を起こしている可能性が示唆された。また、腹腔鏡所見で白色調の子宮内膜組織が骨盤腔内で強固に癒着しており、典型的であった。

治療は大きく分けて手術療法とホルモン療法がある。手術療法は病巣の一部のみを切除する保存的手術療法と、それに加えて子宮全摘・両側付属器切除を行う根治的手術がある。ホルモン療法としては、低用量ピルやdanazol、ゴナドトロピン放出ホルモン(GnRH)アゴニスト投与が挙げられる<sup>6)</sup>。本症例ではイレウス症状などなく、術前診断可能ならば手術回避できた可能性が高いと考えられる。しかし術後、慢性的に自覚していた便秘や排便時痛が消失しており、症状コントロールに有用な手術であった。

## 結 語

術前診断困難であった腸管子宮内膜症を経験した。悪性疾患の否定ができず、手術を施行し、病理診断にて確定診断を得た。閉経前女性のS状結腸、



直腸に発生した隆起性病変については本疾患の可能性を念頭に慎重に診断を行う必要があると考えられた。

### 謝 辞

病理診断についてご指導いただいた、国立病院機構 関門医療センター病理診断科、村上知之先生に感謝申し上げます。

### 引用文献

- 1) 吉積 司, 長谷和生. 子宮内膜症-腸管子宮内膜症. 産婦人科の実際 2009 ; 58 : 1513-1517.
- 2) 小平 進. 腸管子宮内膜症の病態. 胃と腸 1998 ; 33 : 1323-1328.
- 3) Meyer R. Ueber enzundliche heterotope Epithelwucherungen im weiblichen Genitalgebiete und unber bis in die Wurzel des Mesocolon ausgedehute bengine Wuncherung des Darmamepitheles. *Virchows Arch* 1909 ; 195 : 487-536.
- 4) 小島 豊, 秦 政輝, 高橋 玄. 子宮内膜症の診断・治療. 臨床消化器内科 2012 ; 27 : 1127-1132.
- 5) Sampson J. Intestinal adenomas of endometrial type. *Arch Surg* 1922 ; 5 : 217-280.
- 6) 加藤元彦, 赤坂智史, 井上拓也. 腸管子宮内膜症. 消化器内視鏡 2015 ; 27 : 1691-1695.
- 7) Goto M, Ishiyama S, Sugimoto K. A case of endometriosis in the inguinal region. *Juntendo Medical Journal* 2010 ; 56 : 274-278.
- 8) 西田禎宏, 裏川公章, 中本光春. 十二指腸との内瘻を伴った虫垂子宮内膜症の1例. 日消外会誌 1991 ; 24 : 3022-3026.

## A Case of Rectal Endometriosis Treated with Laparoscopic High Anterior Resection

Yoshinari MAEDA, Takumi FURUYA,  
Keisuke OHTA, Hideaki SOMURA,  
Norikazu TAKEMOTO, Noboru YAHARA,  
Toshihiro ABE, Toshihiro SAEKI and  
Hiroto HAYASHI

Department of Surgery, Kanmon Medical Center,  
1-1 Chofusotoura, Shimonoseki, Yamaguchi 752-  
8510, Japan

### SUMMARY

We encountered a case of intestinal endometriosis with difficulty in preoperative diagnosis. Here we report the case with some literature review.

The patient was a 49-year-old woman. She visited a nearby doctor due to the positive result of fecal occult blood test at a medical check-up. She was referred to our department for detailed examination and received treatment because a type 1 tumor was suspected in the rectum Rs by lower gastrointestinal endoscopy. Three times of endoscopic exams performed in our hospital revealed that submucosal tumor-like appearance was seen in the rectum, however biopsy did not lead to definitive diagnosis. Since the possibility of malignancy could not be denied and the patient strongly desired to receive operation, laparoscopic high anterior resection was performed. In the intraoperative findings, the pelvic cavity was white tone and the endometrium was firmly adhered to the rectum. The resected specimen showed a submucosal tumor, and intestinal endometriosis was confirmed with pathological diagnosis.