

症例報告

著明なS状結腸過長症を伴った特発性巨大結腸症の一例

鈴木道成¹⁾, 鈴木伸明¹⁾, 長島由紀子¹⁾, 武田 茂¹⁾, 宮原 誠¹⁾, 矢野一麿¹⁾,
森岡秀之¹⁾, 上田城久朗²⁾, 奥園美子³⁾

国立下関病院外科¹⁾ 下関市後田町1-1-1 (〒751-8501)

同内科²⁾

同病理³⁾

Key words : 特発性巨大結腸症, S状結腸過長症, 習慣性便秘, 下行結腸固定異常

はじめに

巨大結腸症とは結腸の異常な拡張と持続性の高度な便秘, 腹部膨満, 嘔気, 嘔吐を主徴とする疾患である¹⁾²⁾. 特発性巨大結腸症ははっきりした原因がなく良性疾患ということもあり手術を決定する際, 躊躇する場合が多い. 今回われわれは, 著明なS状結腸過長症を伴った特発性巨大結腸症の患者に対し約2ヶ月の保存的治療を行ったが軽快せず, 激しい腹痛発作も来たため手術を施行し軽快せしめた. 巨大結腸症の手術適応は慎重に検討しなければならないが, 本症例のように積極的に手術を選択すべき症例も多いと考えられたので文献的考察を加えて報告する.

症 例

患 者 : 30歳, 男性

主 訴 : 心窩部痛, 腹部膨満感, 便秘

既往歴 : 特記すべきことなし.

家族歴 : 特記すべきことなし.

現病歴 : 幼少時よりの便秘の既往はなかった. 26歳時より, 排便が週1回となり, 時折, 緩下剤を服用していた. 自宅でしか排便ができず, 家族の前でも放屁をしたことがないという排便・排ガス抑制習慣

があった. また以前より検診で大腸の異常拡張を指摘されていた. 平成10年1月頃より時折心窩部痛が出現するも, 市販の胃腸薬内服で軽快していた. 3月12日激しい心窩部痛と腹部膨満が出現し, 近医に入院となった. 巨大結腸症と診断され, 3月18日精査加療目的で当院に紹介入院となった. 腹部の手術既往はない.

入院時現症 : 身長166cm, 体重67kg. 体格および栄養状態は良好. 知能, 精神障害はなかった. 転院時は軽度の腹部膨満を認めるものの, 腹痛は消失していた. 腹部に圧痛は認めず, 腸雑音の亢進や減弱はみられなかった. 直腸指診にて肛門括約筋の緊張は正常で, 直腸は著明に拡張し多量の硬い塊状の便塊貯留を認めた.

入院時血液・尿検査所見 : 特に異常を認めなかった.

腹部X線撮影 : 上腹部を中心に多量の結腸ガス像を認めたが, 小腸ニボー像は認めなかった.

大腸内視鏡検査 : 直腸およびS状結腸の高度の拡張を認めるものの粘膜は正常であり, SD移行部での屈曲が強くそれより口側への挿入は不能であった.

ガストログラフィン注腸造影 : 直腸およびS状結腸は高度に拡張しており, S状結腸過長症も認めた. 横行結腸および下行結腸は拡張したS状結腸に隠れて一部不明瞭であった. narrow segmentやapple core signといった明らかな狭窄を来す病変はなかった(図1, 2).

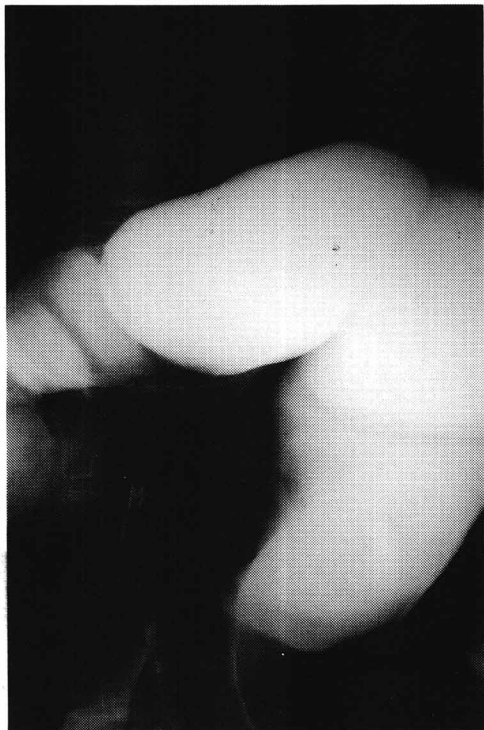


図1：ガストログラフィン注腸造影(1): S状結腸は著明な拡張と過長症を認めた。横行結腸および下行結腸は拡張したS状結腸に隠れて一部不明瞭であった。



図2：ガストログラフィン注腸造影(2):直腸は高度に拡張していたが、narrow segmentやapple core signといった明らかな狭窄を来す病変はなかった。



図3：腹部単純X線撮影:結腸の最大径は15cmと著明な拡張を示していた。

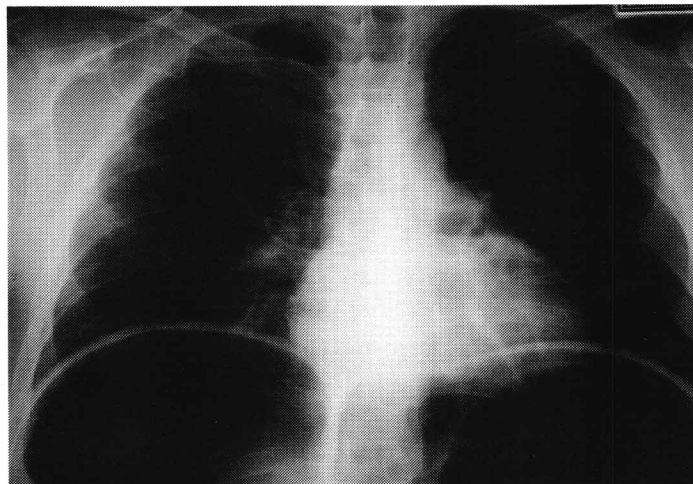


図4：胸部X線撮影:多量の結腸ガスにより横隔膜が挙上されていた。

胃内視鏡検査：食道，胃，十二指腸の粘膜に異常を認めなかった。胃のボーリング生検を行ったが，アミロイド染色は陰性であった。

直腸粘膜生検：直腸粘膜の全層生検を施行したが，成人型Hirschsprung病を疑わせる所見は認めなかった。アミロイド染色も陰性であった。

入院後経過：絶食を継続しながら高カロリー輸液を行いメトクロプラミドを連日投与した。排便はないものの時折排ガスがあり腹部膨満感もやや軽快した

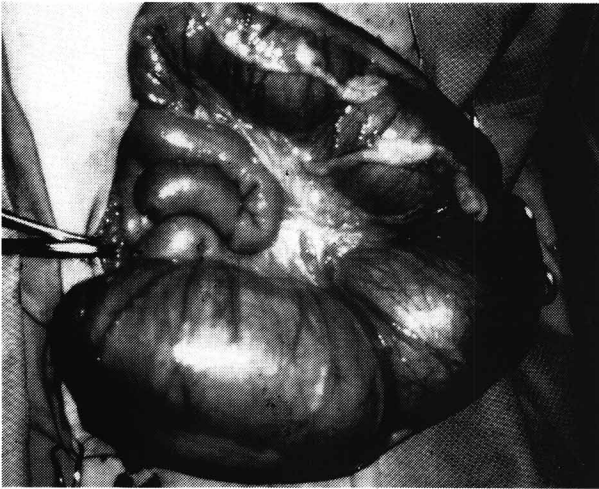


図5：手術所見 (1):S状結腸は全長70cmと過長症を認め、全直腸およびS状結腸が著明に拡張し、腸壁は高度に肥厚していた。



図6：手術所見 (2):下行結腸の肛側半分は後腹膜に固定されていなかった。

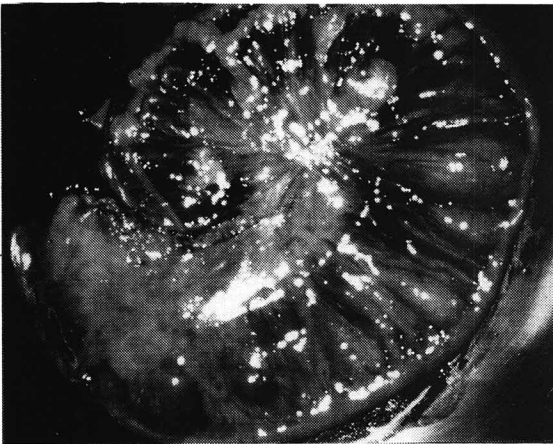


図7：切除標本:腸管壁は著明に肥厚していたが粘膜および漿膜には肉眼的に異常を認めなかった。

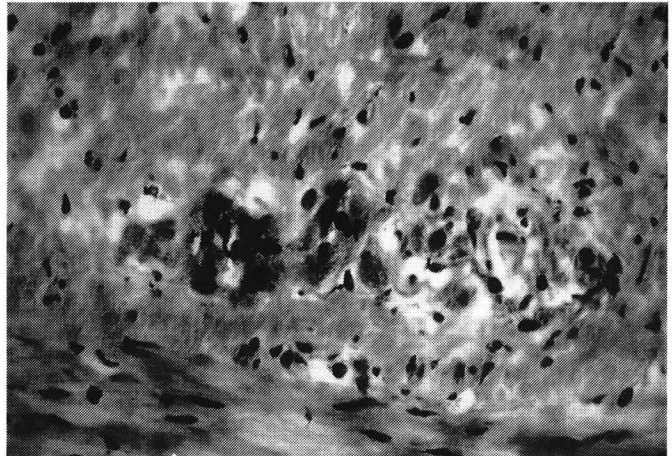


図8：病理組織検査(HE染色×400):核小体の明瞭な核と豊富な胞体を有する類円形で大型の神経節細胞が内輪筋層と外縦筋層の間に認められる(Auerbach神経叢)。

ため、4月8日より食事を開始した。経口摂取良好であったが4月13日再び激しい上腹部痛と腹部膨満が出現したため絶食とした。その時の腹部X線撮影では結腸は最大径15cmと著明に拡張していた(図3)。胸部X線撮影では多量の結腸ガスにより横隔膜が挙上されていた(図4)。その後、シサプリド、ラクツロース等を内服させたが効果を認めず保存的治療の限界と判断し5月8日開腹手術を施行した。手術所見：S状結腸は全長70cmと著明な過長症を認め、全直腸およびS状結腸が著明に拡張し、腸壁は高度に肥厚していた。また下行結腸の肛側半分は後腹膜に固定されておらず、移動性盲腸も認めたが総腸間膜症ではなかった。S状結腸の捻転の所見は認めなかった。SD移行部を境に口側にはほとんど

拡張を認めなかった(図5, 6)。拡張した直腸およびS状結腸の切除を行い、一期的に吻合を行った。切除標本所見：切除された直腸・S状結腸は長さ90cmで幅は最大で12cmと著明に拡張していた。腸管壁は著明に肥厚していたが粘膜および漿膜には肉眼的に異常を認めなかった(図7)。病理組織検査：腸管壁全層の肥大を認めたが、粘膜固有層に軽度の細胞浸潤が見られる以外は特記すべき変化は認めなかった。Auerbach神経叢は存在した(図8)。アセチルコリンエステラーゼ染色では、粘膜固有層および粘膜筋板の染色陽性神経繊維網は証明できなかった(図9)。術後経過：術後、腹部X線検査にて横行結腸から下行結腸に術前ほどではないものの、多量の結腸ガス

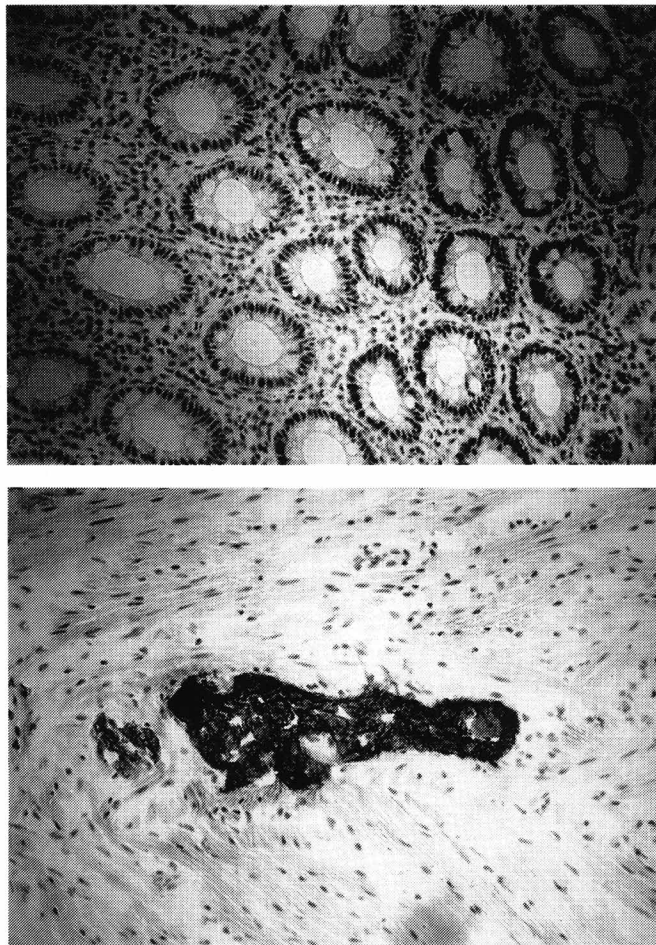


図9：病理組織検査(アセチルコリンエステラーゼ染色 ×100)。(上段) Hirschsprung病の所見とされる粘膜固有層および粘膜筋板の染色陽性神経線維網は証明できなかった。(下段)Auerbach神経叢では神経線維が褐色に濃く染色されている。

像を認めた。ラクツロース、シサプリド等の内服にて排便・排ガスを認め、次第に結腸ガスの貯留は軽快した。経口摂取も順調に進み、術後25日目に退院となった。退院後は、少量の緩下剤内服で2日に1回の排便を認め、症状の再発は認めていない。

臨床経過

当患者は自宅でしか排便ができず、家族の前でも一度も放屁をしたことがないという特異な排便・排ガス習慣があり、いわゆる排便抑制習慣に基づく習慣性便秘と考えられた。この習慣性便秘は当初は直腸性便秘だけであったものが次第に高度化し弛緩性便秘も伴い直腸・S状結腸の巨大結腸症に至ったものと考えられた。鑑別疾患として成人型Hirschsprung病、Hirschsprung病類似疾患、急性偽性

腸閉塞症(Ogilvie症候群)¹⁾、慢性特発性偽性腸閉塞症(CIIP)²⁾等があげられるが、何れも症状、経過、病理組織検査等の結果から否定された。成人の巨大結腸症は様々な原因によって起こる症候性巨大結腸症と原因の明らかでない特発性巨大結腸症とに分類される。症候性巨大結腸症の原因としては精神疾患、神経・筋疾患、向精神薬内服、膠原病、代謝性疾患、中毒性、機械的閉塞等が上げられるが、当患者には習慣性便秘以外には明らかな原因がないため除外診断で特発性巨大結腸症と最終的に診断された。巨大結腸症は結腸の異常な拡張と持続性の高度な便秘、腹部膨満、嘔気、嘔吐および高度の場合、呼吸循環不全を呈する疾患³⁾である。症候性巨大結腸症では原疾患の加療が重要であるが、特発性では各種の下剤投与や浣腸を長期的に行いつつ正常な排便習慣を確立させる対症療法がまず行われるべきである⁵⁾。い

ずれにしても、保存的治療が最優先されるが、来院時すでに結腸の高度な拡張が不可逆的で手術を余儀なくされることもある⁶⁾⁸⁾。特に本症例では、巨大結腸症に特有の症状に激しい腹痛が加わり2ヶ月間の保存的治療にて軽快しないため手術を行った。この激しい腹痛はS状結腸過長症によるS状結腸の屈曲が巨大結腸症に加わったために起こったものと推察した。総腸間膜症や下行結腸の固定不全によるS状結腸捻転が原因の巨大結腸症が本邦で数例報告されている⁹⁾¹²⁾。本症例でも下行結腸の固定不全が認められたが、巨大結腸が直腸末端部からSD移行部まで連続しており、くびれも全く認めなかったことと、今回の腹痛を来す以前より巨大結腸症を検診で指摘されていたことから、S状結腸捻転はなかったものと考えた。過長のS状結腸を切除したことにより今回の様な激しい腹痛は術後は起こりにくいものの、巨大結腸症の再発の可能性は充分あると思われる。退院時には排便・排ガス習慣を正すように指導し、定期的に外来通院中であるが、8ヶ月経過した現在、症状の再発は認めていない。

結 語

特発性巨大結腸症の患者がS状結腸過長症に起因すると思われる腹痛発作を来した。保存的治療にて軽快しないため、拡張した直腸・S状結腸を切除し良好な結果を得た。巨大結腸症の再発の可能性を考慮し、正常な排便習慣を身につけるよう指導しつつ外来で定期的に観察中である。

謝 辞

御校閲いただいた、山口大学外科学第二講座教授岡正朗先生に深謝いたします。

文 献

- 1) 櫻村博正, 福富久之: 大腸拡張疾患. 日本臨床 1988;46:179-184.
- 2) 植田 隆, 臨床消化器病講座, 巨大結腸症, 山形徹一ほか編, 金原出版, 東京, 1977, p.297-310.
- 3) 古川良幸, 森田茂生, 中田浩二, 西川勝則, 向井英晴, 志賀由章, 羽生信義, 青木照明: 特発性偽性腸閉塞症の診断と治療. 外科診療 1995;37:309-316.
- 4) 三島 誠, 留守信興, 山岡久泰, 猪俣裕紀洋: 重篤な呼吸, 循環不全をおこした成人の特発性巨大結腸症の1例. ICUとCCU 1982;6:589-592.
- 5) 西田宏二, 野尻五千穂, 東島正泰, 高木維彦: 高齢者後天性巨大結腸症の3例. 日本老年医学会雑誌 1993;30:497-502.
- 6) J.Stewart, D.Kumar, M.R.B.Keighley: Results of anal or low rectal anastomosis and pouch construction for megarectum and megacolon. *Br J Surg* 1994; 81:1051-1053.
- 7) G.Stabile, M.A.Kamm, P.R.Hawley, J.E.Lennard-Jones: Colectomy for idiopathic megarectum and megacolon. *Gut* 1991; 32:1538-1540.
- 8) Giorgio Stabile, Michael A.Kamm, Robin K.S.Phillips, Peter R.Hawley, John E.Lennard-Jones: Partial colectomy and coloanal anastomosis for idiopathic megarectum and megacolon. *Dis Colon rectum* 1992; 35:158-162.
- 9) 宇高徹総, 岸 淳彦, 中村 猛, 得能輝男, 清水信義: 総腸間膜症により腸軸捻転を繰り返した巨大S状結腸症の1例. 日臨外医学会誌 1997;58:1306-1309.
- 10) 舞弓浩一郎, 渡辺英宣, 川口満宏, 他: 総腸間膜症により頻発した腸軸捻転が原因と考えられた症候性巨大S状結腸症の1治験例. 大分病医誌 1993;22:132-136.
- 11) 田中宏紀, 岸川博隆, 林 正修, 重永啓子, 服部浩次: 25歳男性に発生したS状結腸捻転症の1例-下行結腸の固定異常を伴った症例. 臨外 1990;45:1305-1307.
- 12) 大津一弘, 松村豪晃, 丸山高司, 表原多文, 森田 悟, 田原 浩, 平井伸司: 総腸間膜症に発生したS状結腸捻転症の1例-下行結腸間膜の固定異常を伴った症例. 広島医 1992;45:1752-1754.

A Case of Idiopathic Megacolon with Extremely Elongated Sigmoid Colon

Michinari SUZUKI¹⁾, Nobuaki SUZUKI¹⁾, Yukiko NAGASHIMA¹⁾, Shigeru TAKEDA¹⁾,
Makoto MIYAHARA¹⁾, Kazuma YANO¹⁾, Hideshi MORIOKA¹⁾, Kikuo KANDA²⁾
and Yoshiko OKUZONO³⁾

*Departments of Surgery¹⁾, Internal Medicine²⁾, and Pathology³⁾, Shimonoseki National Hospital,
1-1-1, Ushiroda, Shimonoseki, Yamaguchi 751-8501, Japan*

SUMMARY

We reported a case of idiopathic megacolon with extremely elongated sigmoid colon. A 30-year-old man was admitted to our hospital because of abdominal pain, abdominal fullness, and constipation. A plain abdominal x-ray showed extremely dilated colon, measuring 15cm in diameter. Gastrographin enema study showed the dilated rectum and sigmoid colon with elongated sigmoid colon. Conservative therapies were ineffective. At laparotomy, the rectum and sigmoid colon measured 90 cm in length dilated and the descending colon incompletely fixed to the retroperitoneum. Resection of the dilated rectum and sigmoid colon was performed with end-to-end anastomosis. Since histological examination revealed that the ganglion cells of the rectum were normal, the patient was diagnosed as having an idiopathic megacolon. There is no recurrence of megacolon after the operation.