

症 例

下血を主訴とし、腹部血管造影にて

診断された小腸平滑筋腫の1手術例

戸 枝 一 明¹⁾ 岸 裕¹⁾ 富 所 隆¹⁾
 吉 川 明¹⁾ 杉 山 一 教¹⁾ 石 川 忍²⁾

はじめに

小腸の良性腫瘍は極めてまれな疾患であり、しかも特有の症状に乏しく、小腸の解剖学的特殊性からも、その術前診断は非常に難しい。近年、診断学の進歩によりTreitz靭帯およびBauchin弁近傍の小腸腫瘍の診断はかなり容易となってきたが、中部小腸の病変に対するアプローチは今一步の感がある。今回、我々は出血源不明の消化管出血例に対し腹部血管造影を施行し、小腸筋原性腫瘍と術前診断できた1例を経験したので報告する。

症 例

患 者：58才、男性。
 主 訴：下血（黒色便）
 家族歴：特記すべき事なし。
 既往歴：昭和57年より慢性関節リウマチの治療中。昭和59年4月に上部消化管出血の診断で入院するも出血源不明であった。
 現病歴：平成元年3月2日より下血（黒色便）が出現したため3月3日受診。同日の緊急内視鏡検査では上部消化管に出血が認められないため経過観察となる。翌4日の早朝に再度下血が出現したため緊急入院。
 入院時現症：顔面蒼白で眼瞼結膜に著明な貧血を認める。脈拍84/分。血圧90/46mmHg。胸腹部理学的所見に特記すべき事なし。四肢に慢性関節リウマチによる関節変形あり。
 入院時検査成績（表1）：赤血球数 212×10^4 、ヘモグロビン6.5g/dlと高度の貧血を認めた。その他、白血球増多、BUN上昇がみられるも肝機能検査、血清電解質に異常は認めず。
 入院後経過（図1）：入院直後から輸液および輸血を続け、最高血圧は90~100mmHg前後に維持されてい

た。この間、下血はみられず。3月4日、午後10時過ぎに下血が出現し最高血圧70mmHgとショック状態になり、血中ヘモグロビンは4.6g/dlまで下降す。そのため、出血部位の確認と緊急手術の必要性を判断する目的で3月5日の深夜に緊急腹部血管造影を施行した。

表1 Laboratory data on admission

RBC	212×10^4	T.B.	0.2	mg/dl
Hb	6.5	GOT	10	IU/l
Ht	20.3 %	GPT	8	IU/l
Plat	14.6×10^4	Al-P	112	IU/l
WBC	15600	LDH	119	IU/l
(Stl Seg88 Ly9 Mo2)		γ GTP	26	IU/l
T.P.	4.8	BUN	45.8	mg/dl
Aib	61.3 %	Cr	0.8	mg/dl
rGlob	12.0 %	Na	135	mEq/l
ESR	12	K	4.5	mEq/l
CRP	0.5	Cl	107	mEq/l

上腸間膜動脈造影：動脈相で空腸に近い回腸に一致して不整な血管増生と腫瘍濃染像を認め、動脈相後期には比較的太いdrainage veinが描出されている（図2、図3）。

腹部CTスキャン：小腸壁に腫瘍様陰影が指摘できる。なお、腸管拡張や腸管内液体貯留は認められない（図4）。

手術所見：Treitz靭帯から約210cm肛門側に 3.0×2.5 cm大の管外性発育を示す腫瘍が存在しており、小腸部分切除が行われた。腫瘍と周囲臓器や腹壁との癒着はなく、リンパ節腫大も認められなかった（図5）。病理組織学的所見：腫瘍の粘膜側において腫瘍は粘膜をおしあげてびらんを形成し、ここに血栓形成のみられる露出血管が存在していた（図6）。腫瘍部は紡錘型の細胞が線維束を形成して規則的な走行を示し、異型性はなく、平滑筋腫と診断した（図7）。

1) 中央総合病院 内科
 2) 中央総合病院 放射線科

図1

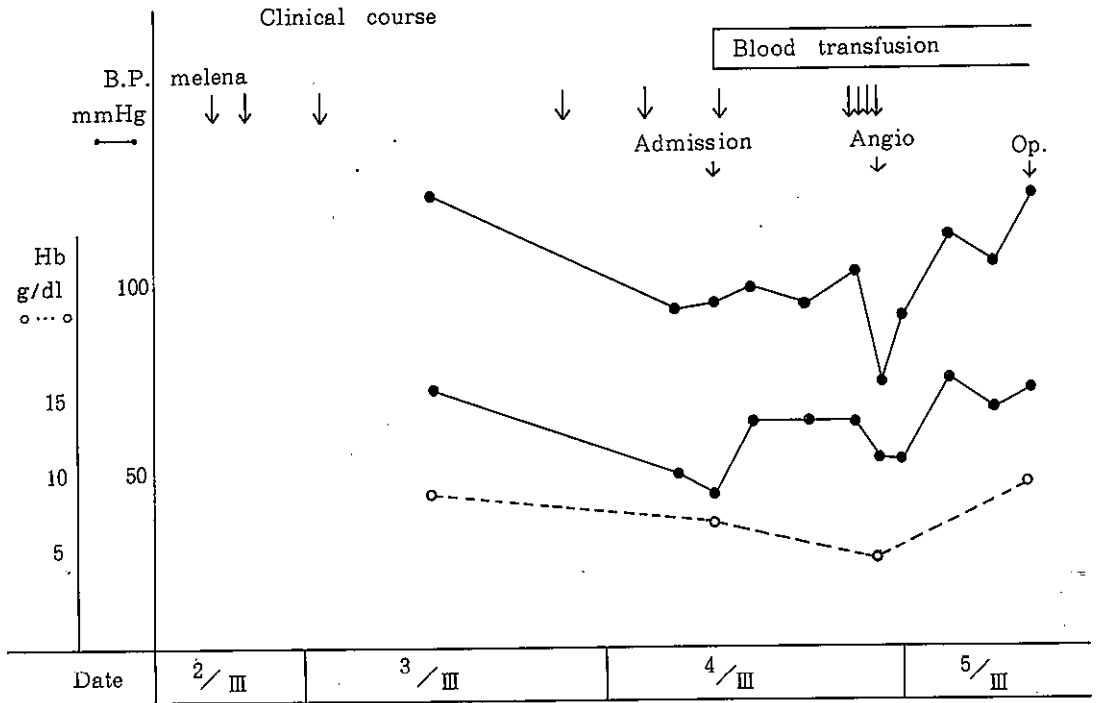


表2 小腸(空腸・回腸)腫瘍症例 (1978.1.~1989.3.)

	年齢性	臨床症状	検査成績			術前診断	発生部位	病理診断
			血色素(g/dl)	血清蛋白(g/dl)	便潜血			
1.K.T.	31男	貧血 腹部腫瘤	12.0	7.1	(-)	腹部腫瘍	空腸(T.L.より5cm)	平滑筋肉腫
2.I.I.	63男	腹部膨満感 嘔気、嘔吐	12.1	7.1	(+)	小腸腫瘍 イレウス	空腸(T.L.より40cm)	平滑筋肉腫
3.Y.H.	65男	腹痛、発熱 腹部腫瘤	13.4	7.7	(-)	小腸平滑筋肉腫	回腸(?)	平滑筋肉腫
4.H.T.	58男	下血	7.6	4.8	(+)	小腸腫瘍	回腸(T.L.より210cm)	平滑筋腫
5.S.S.	46男	腹痛、嘔気	15.3	9.0	(-)	イレウス	空腸(T.L.より120cm)	腺癌
6.S.A.	70男	腹痛、嘔気 嘔吐	9.7	4.6	(+)	小腸腫瘍 イレウス	回腸(T.L.より220cm)	腺癌
7.T.A.	61男	貧血 腹部腫瘤	4.6	5.9	(+)	小腸腫瘍	空腸(T.L.より15cm)	腺癌
8.Y.I.	49女	腹痛、嘔気 嘔吐	14.6	?	?	急性腹症	空腸(T.L.より50cm)	悪性リンパ腫
9.K.O.	48男	腹痛、貧血	7.4	7.6	(+)	小腸腫瘍	空腸(T.L.より280cm 340cm 440cm)	悪性リンパ腫

(T.L. : Treitz 韧带)

考 案

原発性小腸腫瘍の頻度は報告により様々であるが、本邦では八尾¹¹⁾らが1970年から1979年の10年間の報告例を集計している。それによると悪性腫瘍の総計は678例であり、悪性リンパ腫259例、癌221例、平滑筋肉腫176例の順であった。一方、良性腫瘍は214例集計され、その内訳は平滑筋腫90例、脂肪腫37例、血管腫24例、腺腫および神経系腫瘍が各21例との結果であった。

小腸良性腫瘍の臨床症状は顕出血、腹痛、イレウス、重積、腫瘍触知の順であるが、平滑筋腫、血管腫、神経系腫瘍ではその50%以上に顕出血がみられている。表2に示すように1978年1月から1989年3月までに当院で経験した小腸腫瘍確診例は9例であるが、良性腫瘍は症例4の本例のみであり、臨床症状は下血(黒色便)以外に特別なものはなく、緊急内視鏡検査で上部消化管に出血源が認められなかった時点で小腸腫瘍も考慮するべきであった。一般に出血源不明の消化管出血に対しては上部消化管、大腸の検索を行い、それでも不明の場合に小腸の検査を行うのが通例である。その際、小腸X線検査(バリウム経口投与法、十二指腸ゾンデによる二重造影法)および小腸内視鏡検査が選択されるが、小腸の解剖学的特殊性のため、その技術面と読影面において非常に困難さを感じる。また、平滑筋腫では管外発育型が多いため血管造影の診断能力の方が優れているとの報告もある³⁾。自験例では出血性ショックを繰り返したため、やむなく最初に腹部血管造影を施行したが、この時点で小腸筋原性腫瘍の確診が付き緊急手術へまわすことができた。Boijsenら⁷⁾は血管造影で術前診断できた小腸平滑筋腫例を報告しその有用性を強調している。一般に平滑筋腫瘍は癌や悪性リンパ腫に比し特徴的な像を呈するものが多く、①著明な血管増生、②拡張した静脈の早期出現(早期静脈還流像)、③腫瘍内の多数の不規則な血管、④腫瘍濃染像、などが挙げられており、我々の症例もこのすべてを満たしていた。しかし、良悪性の鑑別は難しく、渡辺ら⁹⁾は腫瘍に接した血管にEncasementが認められるか、あるいは周辺への浸潤の所見が認められれば悪性と判定してもよいが、その他の動脈造影所見から質的診断を下すことは困難であると述べている。

本例では腹部C.T.スキャンにて小腸壁に腫瘍が見出されたが、Herbert¹⁰⁾らはC.T.スキャンによってとらえられた12例の小腸腫瘍を挙げ、腸管肥厚、管腔外腫瘍像、管腔内腫瘍像などの異常所見により診断に有用であったと報告している。C.T.スキャンは非観

血的検査であり、今後も同様の症例に対して臨床応用されていくものと考えられる¹¹⁾。

ま と め

出血源不明の下血を反復した症例に対し、緊急腹部血管造影を行い、術前診断できた小腸平滑筋腫の一例を経験したので報告した。

(本論文の要旨は第4回日本消化器病学会甲信越地方会において発表した。)

文 献

- 1) 八尾恒良他：最近10年間(1970~1979)の本邦報告例の集計からみた空・回腸腫瘍。胃と腸，16：935~941，1981。
- 2) 八尾恒良他：最近10年間(1970~1979)の本邦報告例の集計からみた空・回腸腫瘍。胃と腸，16：1049~1056，1981。
- 3) 村田裕彦他：血管造影で診断し得た空腸平滑筋腫の1例。外科診療，28：1097~1100，1985。
- 4) 黒田知純他：血管造影によって診断しえた小腸平滑筋腫瘍。臨床放射線，17：655~663，1972。
- 5) Sato, A., et al. : Diagnostic and therapeutic considerations of myogenic tumors of the duodenum. Gastroenterol. Jpn., 13 : 65~71, 1978.
- 6) 奥山修児他：繰り返す下血と腸重積をきたした小腸平滑筋腫の1例。Gastroenterol. Endosc., 27 : 1807~1811, 1985.
- 7) Boijsen, E. and Reuter, S. R. : Mesenteric angiography in the evaluation of inflammatory and neoplastic disease of the intestine. Radiology 87 : 1028~1036, 1966.
- 8) Boijsen, E. and Reuter, S. R. : Angiography in diagnosis of chronic unexplained melena. Radiology 89 : 413~419, 1967.
- 9) 渡辺俊一他：消化管の平滑筋腫と平滑筋肉腫—その動脈造影所見について—。臨床放射線，21 : 335~342, 1976.
- 10) Herbert YK, et al. : Computed tomographic evaluation of disorders affecting the alimentary tract. Radiology 129 : 451~455, 1978.
- 11) 朝倉均他：小腸腫瘍診断のための諸検査法の意義。胃と腸，16 : 999~1008, 1981。



図 2

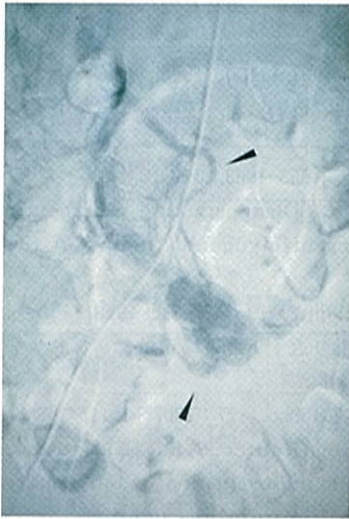


図 3

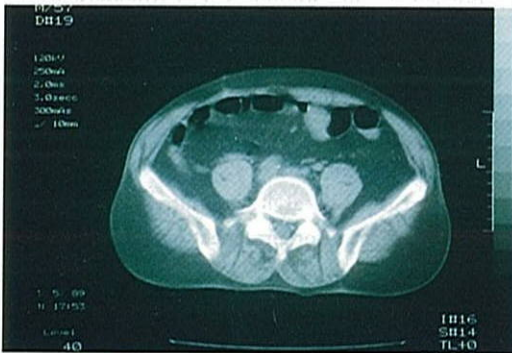


図 4



図 5

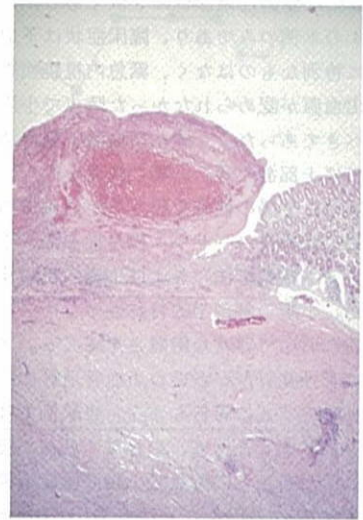


図 6

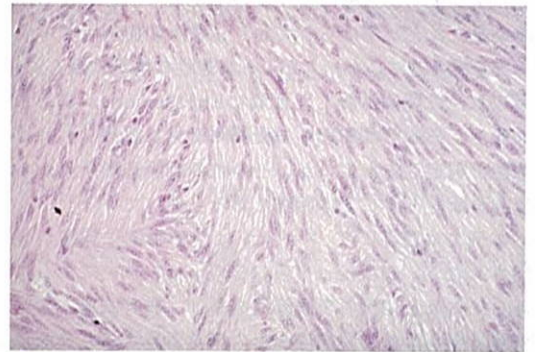


図 7