

右側結腸に発生した潰瘍性大腸炎の治験例

岡山大学医学部砂田外科教室（指導：砂田輝武教授）

松 浦 梅 春
佐 藤 実
佐 々 木 澄 治

緒 言

潰瘍性大腸炎は Wilks & moxon¹⁾ (1875) によって記載され、歐米では日常しばしば見る比較的多い疾患で、たとえば Sloan²⁾ は mayo clinic で20年間に経験した約2000例について報告している。これに反し本邦では從来稀な疾患とされていたが、松永 (1958)³⁾ の詳細な報告以来次第に注目をひくようになり、その外科的治療についての発表^{4,5)} もみられ、当教室でも菅原⁶⁾、佐藤⁷⁾ らの報告がある。しかし所謂 segmental ulcerative colitis についての報告は欧米でも少なく、本邦ではほとんどない。著者らは最近右側結腸に限局した定型的な Pseudopolyposis を呈する本症の1例を経験し、手術により完治せしめたので症例を報告し、併せて segmental ulcerative colitis について多少の文献的考察を加えた。

症 例

患者： 山○正○ 47才 男

初診： 昭和36年11月10日。

既往歴： 20年前に胃潰瘍で1回吐血したことがある。

主訴： 血性下痢便

現病歴： 昭和36年9月中旬より誘因なく下痢が始まり、10月始頃より頑固な血性粘液下痢便が持続する。下痢は次第に頻回となり、食思不振、るい瘦、強度の貧血症状を呈するようになった。

現症： 体格中等度、顔貌憔悴し蒼白、やや苦惱状を呈す。眼瞼結膜は貧血性、眼球結膜に黄疸はない。舌は白色舌苔でおおわれ、口腔粘膜は貧血性、頸部、腋窩にリンパ腺腫脹なし。心臓音界は正常であるが心尖部に収縮期雜音がある。

腹部所見： 腹部は平坦で蠕動不整なく、腹水もない。腹壁緊張はないが右回盲部に軽度の圧痛を伴う

抵抗あり、鶏卵大の腫瘤を触れる。肝、脾は触れない。

直腸指診：腫瘤なし。

直腸鏡検査：直腸膨大部に粘膜の皺襞形成をみると、腫瘤、潰瘍、出血などを認めない。

臨床検査成績：赤血球270万白血球8,000、血色素53%、白血球分類異常なし。

血沈値1時間 28mm、2時間 75mm、

肝機能：高田（土）、gross（糞）BSP 10～5%、梅毒、癌反応陰性、尿 urobilinogen (+)、糞便虫卵（-）、赤痢アメーバ（-）、潜血反応強陽性。

胃液検査：総酸度45～25、遊離塩酸30～12、乳酸（-）、潜血反応（-）、胆汁混入（-）。

X線所見：胃には異常なし。上行結腸、および下行結腸よりS状結腸上部にかけて、haustra消失、顆粒状の陰影欠損あり、軽度の鉛管像を呈す。狭窄、腫瘍形成などはない。横行結腸は正常である。（図1）

入院後経過：入院後約2カ月余、クロマイ、ブレドニン、輸血などの単独並びに併用療法を行なつたが、症状は好転せず貧血、るい瘦が増加するので手術を行なつた。

手術所見：潰瘍性大腸炎の診断で昭和37年2月8日全身麻酔下に開腹した。

胃、肝、胆嚢などに特別な所見なく、小腸に異常なし。回盲部で虫垂が著明に腫脹、肥大し、肥厚した大網でおおわれ一塊となつて盲腸壁に癒着している。（術前触れた回盲部腫瘤はこのためと思われる）。

上行結腸は全体にわたり腸壁は光沢を失い、やや白っぽく、触診するに壁はやや肥厚し弾力性を失い、恰もスポンジに触れるような感を与える。

横行結腸より下行結腸、S状結腸にかけては腸壁は弾力性平滑で光沢あり、腫瘤、狭窄などもなく全

く正常であつた。よつて回腸末端約10cmより上行結腸および横行結腸起始部約5cmまでを切除し、断端を端端吻合す。

剥出標本肉眼所見：上行結腸粘膜面は全体にわたり定型的な Pseudopolyposis を認め、所々に数個の潰瘍、糜爛がある（図2）。

組織学的所見：明らかな Pseudopolyposis および粘膜の腺腫様増殖、プラスマ細胞、好酸球の浸潤を認める（図3）。

術後経過は極めて順調で、1カ月後のX線検査でも通過障礙はなく、潜血反応も全く陰性となり、頑固な下痢も消失した。術後約15カ月の現在体重も約10kg増加し極めて健康で再発を認めない。

考 按

本症は大腸に原因不明の非特異性潰瘍を発生する疾患で、組織学的にも特定の原因が認められず、血液や粘液を混じた頑固な慢性下痢を主症状とする疾患である。従来本症はS状部又は下行結腸下部に始まり、上下に進展していくものと考えられていたが、種々の変異のあることが漸次明らかにされてきた。

最近 Bockus⁸⁾らは罹患部位に基く本症の解剖学的分類法を発表している。（表1）

第1表 解剖学的分類

1. Ordinary Distal
a. Rectum or Rectum and Sigmoid
b. Left Colon
c. Whole Colon
2. Segmental
a. Continuous Involvement
b. Skip areas
3. Enterocolitis
a. Continuous Involvement, Ileum and Part of Colon
b. Skip areas in Small intestine, Colon, or Both

即ち第1群は潰瘍が常に直腸を侵す場合であり第2群は直腸は侵されず、それ以外の大腸を侵すものである。

第3群は Brooke⁹⁾らにより病理学的に証明されているが、一般にはその存在を認めるものは少なく本症より除外すべきものと考えられている¹⁰⁾。これらの発生頻度は表2に示す如く、第1群は本症の大

第2表

分類	報告者	例数	頻度(%)
Ordinary distal	Sloan	2,000	93
	Bockus	182	85
Segmental	Watkinson	114	13
	Crohn	600	8
Bargen	Bargen	277	6.1
	Warren	708	8.5

部分を占め、第2群は6~8%にすぎない。第2群の segmental ulcerative colitis は Bargen¹¹⁾が名付けたもので比較的症状が重く、合併症を伴うものが多いといわれる。

著者らの症例でも、高度の貧血と全身衰弱がありかなりの重症型に属するものであつた。主訴は下痢、粘血便、腹痛、貧血、るい瘦などで、初発症状は下痢が多く約86%との報告¹⁰⁾がある。

本症の癌への悪性変化は、臨床上極めて重要な問題で Banks¹²⁾は3.7%， Machella¹³⁾は約3%と報告している。

本症の診断には直腸鏡検査とX線検査が重要である¹⁴⁾。松永¹⁵⁾は約83%に直腸に変化（潰瘍、出血、Pseudopolyposisなど）を認める報告している。X線検査では haustra 消失、顆粒状の陰影欠損、鉛管像などが認められる。

しかし segmental ulcerative colitis の特に著者の症例の如く right sided colitis では右側結腸はX線検査が不充分になり勝ちであり、直腸鏡検査ではもちろん異常がないので術前診断は困難な場合が多い。即ち臨床症状で潰瘍性大腸炎を疑い、直腸鏡検査で異常所見を認めねば、right sided colitis を疑い、特に右側結腸のX線検査を充分に行なうべきである。segmental ulcerative colitis と Crohn 氏病との鑑別は困難であるが、後者は腸管壁全層の肉芽様変化が強く、肥厚して内腔の狭窄を示すが、前者は壁の肥厚は軽度で、粘膜の潰瘍性変化が強く、著明な Pseudopolyposis を作る傾向が強い。

また術後再発は前者では殆んどなく、後者では約80%といわれる¹⁶⁾。

本症の治療はまずステロイドホルモンおよび抗生素等による内科的治療を行ない、効果がなければ躊躇することなく積極的に外科的療法を行なうべきである。

手術術式として初期は回腸瘻造設（ileostomy）が

行なわれたが効果は満足すべきものでなく、最近は麻酔や抗生素の進歩により一次的手術が貢用され、結腸切除や全直腸結腸切除術（Panproctocolectomy）¹⁷⁾¹⁸⁾等次第に広範かつ根治的な手術が行なわれている。特にS状部や直腸に病変を認めた場合は全直腸結腸切除術を行なうべきであり、手術死亡率も低くCarpenter¹⁹⁾は約3.3%と報告している。right sided colitisの確診がつけば右側結腸切除術で充分であり、著者らの症例でも完全に治癒し再発を認めていない。開腹時切除範囲の決定は、罹患結腸表面の光沢が減少し白っぽくみえ、触診するとスポンジにふれるような所見や局所充血等の

変化に注意して行なうべきである。即ち segmental ulcerative colitis でも病変は一般に右側結腸を侵し、次第に上下に進展してゆくから、右側結腸に限局した早期に手術を行なうべきである。

結 語

最近経験した right sided colitis の1例を報告し、併せて segmental ulcerative colitis について文献的考察を加えた。

稿を終るに臨み、御懇切なる御指導と御校閲を賜つた恩師砂田教授並びに稻田助教授に深く感謝いたします。

本論文の要旨は第37回中国四国外科学会で発表した。

文 献

- 1) Wilks & Moxon.: Lectures on pathological anatomy., 2 : 672, 1875.
- 2) Sloan et al.: Gastroenterol., 16 : 25, 1950.
- 3) 松永：日内会誌，47 : 295, 1958.
- 4) 横他：臨床外科，13 : 5, 1958.
- 5) 菊地：手術，10 : 416, 1956.
- 6) 菅原：外科の領域，3 : 118, 1955.
- 7) 佐藤他：外科，21 : 1135, 1959.
- 8) Bockus, H. L. et al.: Gastroenterol., 86 : 549, 1656.
- 9) Brooke, B. N. & Cooke, W. T.: Lancet, 2 : 462, 1951.
- 10) Watkinson, G. et al.: Brit. J. Surg., 204 : 337, 1960.
- 11) Bargen, J. A. & Weber, H. M.: Surg. Gynec. Obst., 50 : 964, 1930.
- 12) Banks et al.: Gastroenterol., 32 : 983, 1957.
- 13) Machella, T. E.: Am. J. Med., 13 : 760, 1952.
- 14) Paulson, M.: Am. J. Clin. Path., 11 : 588, 1941.
- 15) 松永他：日消会誌，53 : 377, 1956.
- 16) Van Patter, W. N. et al.: Gastroenterol., 26 : 347, 1954.
- 17) Fallis, L. S. & Barron, J.: Arch. Surg., 67 : 363, 1953.
- 18) Fox, J. D.: Am. J. Surg., 93 : 3, 1957.
- 19) Carpenter, W. S.: Arch. Surg., 76 : 13, 1958.

Case Report of Ulcerative Colitis at right Colon

By

Umeharu MATSUURA

Minoru SATO

Sumizi SASAKI

Department of the 2nd. Surgery Okayama University Medical School
(Director: Prof. Terutake SUNADA)

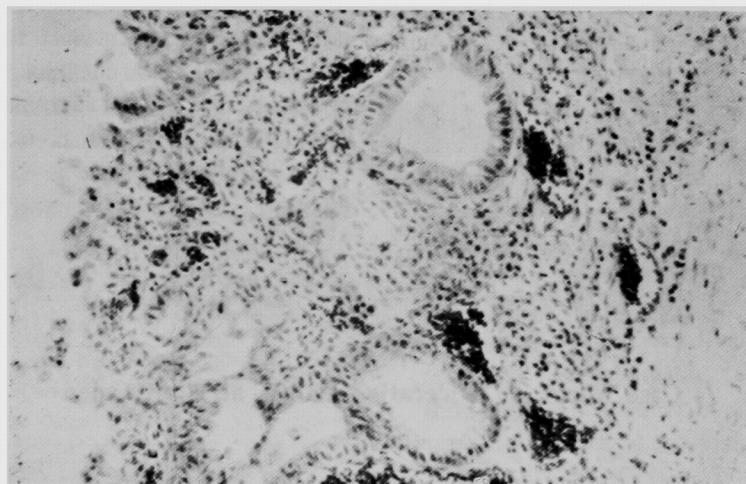
It has been known that there are numerous reports in Europe and America but few in Japan with regard to ulcerative colitis of which the first report was done by Wilks and Moxon in 1875, especially to segmental ulcerative colitis. This is the report of one case of our experience. The colitis was localized at right colon with typical pseudopolyposis and was undergone surgery resulting in a complete cure.

Segmental ulcerative colitis tends to originate at right colon and extend toward both oral and anal directions, and it is, therefore, mandatory to resect it surgically when it is localized at right colon, so-called at the stage of the right-sided colitis. In order to fulfill it with making the early diagnosis, the x-ray examination should be very carefully done at right colon in clinically suspected case of ulcerative colitis without any abnormal finding at romanoscopic examination.

第 1 図



第 2 図



第 3 図

